



TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ

# 59. ULUSAL PSİKİYATRİ & KONGRESİ

Deprem ve Ruh Sağlığı  
Sempozyumu

“Yıkımların ardından dayanıklılık ve umut”

18 - 22 EKİM 2023

SHERATON OTEL ve  
KONGRE MERKEZİ / ANKARA



Konuşma Özetleri Kitabı



## TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ MERKEZ YÖNETİM KURULU

### GENEL BAŞKAN

Ejder Yıldırım

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (İstanbul)

### GENEL BAŞKAN YARDIMCISI

Nezaket Kaya, Özel Klinik (İzmir)

### GENEL SEKRETER

Emre Mutlu, Hacettepe Üniversitesi (Ankara)

### SAYMAN

İrem Ekmekçi Ertek, Gazi Üniversitesi (İstanbul)

### ÖRGÜTLENME SEKRETERİ

Alper Bülbül, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (İstanbul)

### ASİSTAN HEKİMLİK SEKRETERİ

Emre Cem Esen, Hatay Hassa Devlet Hastanesi (Hatay)

### EĞİTİM SEKRETERİ

Deniz Ceylan Tufan Özalp, Koç Üniversitesi (İstanbul)

## KONGRE DÜZENLEME KURULU

### KURUL BAŞKANI

Gamze Özçürümez Bilgili, Başkent Üniversitesi (Ankara)

### BİLİMSEL PROGRAM KURULU

Aytül Karabekiroğlu, Ondokuz Mayıs Üniversitesi (Samsun)

Arda Bağcaz, Başkent Üniversitesi (Ankara)

Emine Eren Koçak, Hacettepe Üniversitesi (Ankara)

Neşe Yorguner, Marmara Üniversitesi (İstanbul)

### DÜZENLEME KURULU

Memduha Aydın, Selçuk Üniversitesi (Konya)

Hakan Kardeş, Özel Klinik (İstanbul)

Taner Yılmaz, Özel Klinik (İstanbul)

Cansu Ünsal (Genç Üye), Mersin Silifke Devlet Hastanesi (Mersin)

Öykü Özçelik (Genç Üye), Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi (Muğla)

*Konuşma özetleri bilimsel programdaki sıraya göre yerleştirilmiştir.*



Türkiye Psikiyatri Derneği

59. Ulusal Psikiyatri Kongresi & Depremler ve Ruh Sağlığı Sempozyumu

"Yıkımların ardından dayanıklılık ve umut"

18 - 22 Ekim 2023

Ankara

# KONUŞMA ÖZETLERİ



## Kurs: DEHB'yi yeterince anlıyor ve tedavi ediyor muyuz?

Oturum Başkanı: Arzu Erkan

Eğitçiler: Bengi Semerci, Arzu Erkan, Umut Mert Aksoy

### Hedef

Katılımcılarla karşılıklı etkileşimin ön planda olduğu bir kurs planlanmıştır. Katılımcıların, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve bireyin yaşamındaki bedelleri hakkında bilgilenmeleri; bu bedellerin azaltılması ve yaşanan başlıca sorunların çözülmesinde kullanabilecekleri Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) uygulamaları hakkında temel bilgi ve becerileri kazanmaları hedeflenmektedir.

### Tanım ve Bilgiler

Bir nörogelişimsel bozukluk olan DEHB %65-70 oranında erişkinlikte de gözlenir. Erişkinlerde genel nüfusta yaygınlığı %2,5-4,9 olup, DEHB erişkinlerde de en sık görülen psikiyatrik bozukluklardandır. Buna karşın erişkin psikiyatrisinde halen yeterince tanınmamakta, tanısı gözden kaçmakta, DEHB'ye bağlı sorunların tedavisi için psikiyatrye başvuran olgular başka tanılarla tedavi edilmeye çalışılmaktadır. DEHB'li olan erişkinlerin yaklaşık %90'ının tedavisiz kaldığı tahmin edilmektedir.

DEHB'li yetişkinlerin %89-98'inin; duygu düzenleme, zaman yönetimi, organizasyon, güdülenme, yoğunlaşma ve öz disiplini kapsayan yürütücü işlevlerinde yetersizlikler olduğu düşünülmektedir. DEHB belirtilerinden dolayı yakın ilişkiler, iş, aile, eğitim yaşamı, bütçe yönetimi, sağlık, öz bakım, ebeveynlik, araç kullanma, yasalar ve topluma uyum gibi pek çok alanda önemli oranda yeti yitimi meydana gelir.

Tanı almamış ve tedavi edilmeyen DEHB, gerek eklenen eş tanılar gerekse yarattığı morbidite nedeniyle, ciddi bir halk sağlığı sorunudur.

İlaç tedavisi; akademik yaşam, iş, ilişki ve aile işlevselliğini kısmen düzeltse de, ilaçlar bırakıldığında sorunların geri döndüğü gözlenmiştir. DEHB'ye özgü Bilişsel Davranışçı Terapi uygulamaların da içeren bütüncül bir tedavi planı düzenlenmediğinde, geleneksel tedaviler yardımcı olmakta yetersiz kalabilmektedir.

NICE (National Institute for Health and Care Excellence) Tedavi Kılavuzu'nda yetişkinlerde DEHB belirtileri, çevresel değişikliklere rağmen günlük yaşamın en az bir alanında hâlâ önemli bir bozulmaya yol açıyorsa, birinci basamak tedavi olarak ilaç kullanımını önerilir. NICE kılavuzunda ilaçlardan yararlanan ancak belirtileri hâlâ en az bir alanda önemli bir bozulmaya neden olan erişkinler için ilaç tedavisine ek olarak psikoterapi önerilirken; ilaç kullanımına sıcak bakmayan, ilaçları tolere edemeyen ya da bir başka tedavi seçeneğini denemek isteyenler için, psikoterapi seçeneği sunulmasının yararına değinilir. Bu psikoterapi yönteminin standart bir BDT programı olması ya da en azından BDT'nin bileşenlerini içermesi; DEHB'ye odaklı, düzenli takip ve bilgilendirmeleri sağlayan, yapılandırılmış, destekleyici bir psikolojik müdahale olması gerektiği vurgulanır.

### İçerik ve Akış Planı

Kursun bu bölümünde, DEHB'li bireylerin karşılaştığı başlıca sorun alanları tanımlanacak, temel bilgiler gözden geçirilecek ve bunlara yönelik terapi müdahaleleri anlatılacaktır. DEHB ve BDT'ye ilişkin psikoeğitimin uygulanışı, yas reaksiyonunun aşamaları ve yönetimi aktarılacaktır. DEHB'nin yönetiminde BDT tekniklerinin uygulanışına, temel BDT teknikleri ile bilişleri değerlendirmeye, bilişsel yeniden yapılandırmaya, davranışsal kısır döngüleri tespit ederek uyum bozucu olanları işlevsel olanlarla değiştirmeye, sorun çözme ve iletişim becerilerinin artırılmasına yönelik ipuçları aktarılacaktır. Yapılan sunumun ardından oturum, soru, yanıt ve tartışma kısmı ile sonlandırılacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Tanı, Farmakoterapi, Bilişsel Davranışçı Terapi

### Kaynaklar

1. Erişkinde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı ve Tedavi Kılavuzu. 2018, Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
2. Erkan A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Sahip Erişkinlerin Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi Uygulamaları, Klinik Uygulamada Bilişsel Davranışçı Terapi-II içinde 2022, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık.
3. National Collaborating Centre for Mental Health. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE): Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. Nice Guideline no 87. 2018;(March 2018):62. Accessed Jul 10, 2020. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29634174/>



## Kurs: DEHB'yi yeterince anlıyor ve tedavi ediyor muyuz?

### DEHB Tedavisinde Kanıta Dayalı Psikoterapi

Arzu Erkan

*İstanbul Kültür Üniversitesi*

Bir nörogelişimsel bozukluk olan DEHB %65-70 oranında erişkinlikte de gözlenir. Erişkinlerde genel nüfusta yaygınlığı %2,5-4,9 olup, DEHB erişkinlerde de en sık görülen psikiyatrik bozukluklardandır. Buna karşın erişkin psikiyatrisinde halen yeterince tanınmamakta, tanısı gözden kaçmakta, DEHB'ye bağlı sorunların tedavisi için psikiyatrye başvuran olgular başka tanılarla tedavi edilmeye çalışılmaktadır. DEHB'li olan erişkinlerin yaklaşık %90'ının tedavisiz kaldığı tahmin edilmektedir.

DEHB'li yetişkinlerin %89-98'inin; duygu düzenleme, zaman yönetimi, organizasyon, güdülenme, yoğunlaşma ve öz disiplini kapsayan yürütücü işlevlerinde yetersizlikler olduğu düşünülmektedir. DEHB belirtilerinden dolayı yakın ilişkiler; iş, aile, eğitim yaşamı, bütçe yönetimi, sağlık, öz bakım, ebeveynlik, araç kullanma, yasalar ve topluma uyum gibi pek çok alanda önemli oranda yeti yitimi meydana gelir.

Tanı almamış ve tedavi edilmeyen DEHB, gerek eklenen eş tanılar gerekse yarattığı morbidite nedeniyle, ciddi bir halk sağlığı sorunudur.

İlaç tedavisi; akademik yaşam, iş, ilişki ve aile işlevselliğini kısmen düzeltse de, ilaçlar bırakıldığında sorunların geri döndüğü gözlenmiştir. DEHB'ye özgü Bilişsel Davranışçı Terapi uygulamaların da içeren bütüncül bir tedavi planı düzenlenmediğinde, geleneksel tedaviler yardımcı olmakta yetersiz kalabilmektedir.

NICE (National Institute for Health and Care Excellence) Tedavi Kılavuzu'nda yetişkinlerde DEHB belirtileri, çevresel değişikliklere rağmen günlük yaşamın en az bir alanında hâlâ önemli bir bozulmaya yol açıyorsa, birinci basamak tedavi olarak ilaç kullanımını önerilir. NICE kılavuzunda ilaçlardan yararlanan ancak belirtileri hâlâ en az bir alanda önemli bir bozulmaya neden olan erişkinler için ilaç tedavisine ek olarak psikoterapi önerilirken; ilaç kullanımına sıcak bakmayan, ilaçları tolere edemeyen ya da bir başka tedavi seçeneğini denemek isteyenler için, psikoterapi seçeneği sunulmasının yararına değinilir. Bu psikoterapi yönteminin standart bir BDT programı olması ya da en azından BDT'nin bileşenlerini içermesi; DEHB'ye odaklı, düzenli takip ve bilgilendirmeleri sağlayan, yapılandırılmış, destekleyici bir psikolojik müdahale olması gerektiği vurgulanır.

Kursun bu bölümünde, DEHB'li bireylerin karşılaştığı başlıca sorun alanları tanımlanacak, temel bilgiler gözden geçirilecek ve bunlara yönelik terapi müdahaleleri anlatılacaktır. DEHB ve BDT'ye ilişkin psikoeğitimin uygulaması, yas reaksiyonunun aşamaları ve yönetimi aktarılacaktır. DEHB'nin yönetiminde BDT tekniklerinin uygulamasına, temel BDT teknikleri ile bilişleri değerlendirmeye, bilişsel yeniden yapılandırmaya, davranışsal kısır döngüleri tespit ederek uyum bozucu olanları işlevsel olanlarla değiştirmeye, sorun çözme ve iletişim becerilerinin artırılmasına yönelik ipuçları aktarılacaktır. Yapılan sunumun ardından oturum, soru, yanıt ve tartışma kısmı ile sonlandırılacaktır.

### Kaynaklar

1. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu - Tanı ve Tedavi Kılavuzu (2018) 1. Basım, Semerci B, Aksoy UM (Ed), Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, s 3-41.
2. Erkan A. (2022) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Sahip Erişkinlerin Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi Uygulamaları, Klinik Uygulamada Bilişsel Davranışçı Terapi-II içinde, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık, s 107-128.
3. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE): Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. Nice Guideline no 87. (2018) 10 Temmuz tarihinde 2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29634174/> sitesinden indirildi.



**Kurs: DEHB'yi yeterince anlıyor ve tedavi ediyor muyuz?**

**DEHB: Klinik Değerlendirme ve Tanı**

**Bengi Semerci**

*Bengi Semerci Enstitüsü*

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), temel olarak dikkat azlığı, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik ile karakterize nörogelişimsel bir sorundur (DSM-5 2013). Çocukluk döneminde başlar ve %65-70 yetişkin dönemde devam eder. DEHB tanı ölçütleri, DEHB'nun yaşam boyu devam eden bir sorun olmasını dikkate alarak DSM-5 de değiştirilmiştir. DEHB nörogelişimsel bozukluklar başlığı altına alınmış, başlama yaşı 12 yaşından önce olarak değiştirilmiş, yaşam boyu devam ettiğini açıklayan örnekler eklenmiştir (DSM-5 2013).

DEHB'nun tanınması için değerlendirilmesi kişi tarafından bildirilen semptomların değerlendirilmesi, çocukluk ve yetişkinlik dönemlerine ilişkin ayrıntılı öykü alınması ve klinik görüşme ile yapılır. Bu süreçte ebeveyn, eş gibi birinden alınacak bilgiler tanınması için değerlendirilmeye önemli katkı sağlar. DSM-5 ölçütlerine göre tanı için 17 yaş üstünde olanlarda en az beş semptomun olması gerekmektedir. Planlama, Organizasyon, zaman yönetimi, davranışları düzenleme gibi yürütücü işlev bozuklukları ile duygusal düzensizlikler tanıyı destekleyen özelliklerdir (Kooij JJS ve ark. 2019).

Klinik değerlendirmede ve komorbiditeleri saptamada yarı yapılandırılmış tanınması için geliştirilmiş ölçekler kullanılabilir. ACE+, DIVA 2.0 Türkçe formları olan yarı yapılandırılmış görüşme ölçekleridir.

DEHB davranışsal ve klinik bir tanıdır. DEHB için kullanılan ölçekler subjektif olarak belirtileri tararlar ve belli zaman aralığındaki belirli işlevleri ölçerler. Bu nedenle tanı koydurucu değil, destekleyicidirler. Türkçe geçerliliği olan testler Wender Utah Derecelendirme Ölçeği, Mevcut Septomlar Ölçeği (CSS) ve Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1) dir.

Nöropsikolojik testler tanı koydurmazlar. Ancak kişinin bireysel olarak güçlü ve zayıf özelliklerini ortaya koyar, gelişimsel ve davranışsal komorbiditeler hakkında fikir verirler. Böylece kişiye özgü tedavi protokolları oluşturulmasına yardımcı olurlar (Kooij JJS ve ark. 2019).

Klinik değerlendirmede benzer bulguların olabileceği ya da DEHB ile birlikte olabilecek bütün hastalıkların bulguları taranmalıdır. Ayrıca hem kişinin hem de ailenin fiziksel ve nörolojik hastalık öykülerinin bilinmesi gerekir. Tedavi sırası komorbiditelerin varlığına ve ciddiyetine bağlı olacaktır, komorbid bozuklukların değerlendirilmesi, uygun klinik tanı yaklaşımları kullanılarak DEHB değerlendirme sürecinin önemli bir bileşenidir (Jacob ve ark 2006).

Sonuç olarak DEHB tanısı iyi bir klinik değerlendirme, gelişimsel süreci ve güncel durumu kapsayan öykü, aile geçmişi, geçmiş ya da var olan tıbbi ve psikiyatrik süreçlere, kullanılan ilaçlara ilişkin bilgi alınarak konulur.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5ed: American Psychiatric Association; 2013.

Kooij JJS, Bijlenga D, Salerno L Ve ark.(2019) Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. European psychiatry 56(1): 14-34

Jacob CP, Romanos J, Dempfle A, Heine M, Windemuth-Kieselbach C, Kruse A, et al. Co-morbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2007;257(6)309–17 Epub 2007 Apr 1.



**Kurs: Fonksiyonel Nörolojik Bozukluklarda Tanı ve Tedavi: Multidisipliner Yaklaşım**  
**Tanıda pozitif nörolojik muayene bulgularının önemi**  
**Gül Yalçın Çakmaklı**

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı*

Fonksiyonel nörolojik bozukluklar (FNB), iyi tanımlanmış nörolojik hastalık tabloları ve nöroanatomik dağılım ile uyumsuz, kendi içinde değişken, tutarsız belirti ve bulgular ile karakterize; ön planda kaygı, bedensel belirtilere yönelik artmış dikkat ve benlik algısı bozukluklarından kaynaklanan nörolojik bozukluklardır. Klinik belirtiler ağırlıklı olarak vücudun farklı kısımlarının istem dışı anormal hareket veya postürleri şeklinde ise bu tablo fonksiyonel hareket bozukluğu (FHB) olarak adlandırılır.

FNB, toplumda yılda 4-12/100.000 sıklıkla görülmekte ve nörolojik maluliyetin en sık nedenlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Nöroloji kliniğinde farklı nedenlerle değerlendirilen hastalar arasında FNB sıklığı %5,4, hareket bozukluğu (HB) polikliniğinde görülen hastalar arasında FHB sıklığı ise %3-10 olarak bulunmuştur.

Tanıda, ani başlangıç, belirtilerin zaman içinde değişkenlik göstermesi, kendiliğinden düzelmelerin olması, belirtilerin tanımlanmış, bilinen herhangi bir hastalık tablosuna uymaması, nörolojik muayenede tutarsızlıkların olması, hafif şiddette travma öyküsü, birden çok somatizasyon belirtisinin bulunması, eşlik eden psikiyatrik hastalıklar, ikincil kazanç ve sağlık ile ilgili meslek sahibi olmak gibi klinik ipuçlarından faydalanılabilir. Tanının kesinleştirilmesi için öyküde tetikleyici stres varlığı DSM-5'e göre artık aranmamaktadır. FHB bir dışlama tanısı değildir, tanı pozitif nörolojik muayene bulgularına dayanarak konulmalıdır. Öte yandan bir hareket bozukluğunun garip ("bizarre") olması veya daha önce görülmemiş özellikte olması FHB olduğu anlamına gelmez. FHB izole olarak görülebileceği gibi, diğer bilinen nörolojik bozukluklara ve hareket bozukluklarına eşlik edebilir. Gözlem, ayrıntılı nörolojik muayene, video kayıtları ile tekrarlayan değerlendirmeler, uygun durumlarda farklı elektrofizyolojik yöntemlerle inceleme yapmak tanının netleştirilmesini sağlar.

Bu kursta FNB'nin tanı ve ayırıcı tanısında kullanılan pozitif nörolojik muayene bulguları video örnekleriyle detaylı bir şekilde anlatılacaktır. Tedavi aşamasında tanının bu pozitif nörolojik muayene bulguları ışığında şeffaf bir yaklaşımla hastaya açıklanmasının önemine değinilecek ve bu bilgiler vaka örnekleriyle birlikte detaylandırılacaktır.

Anahtar Kelimeler: fonksiyonel hareket bozukluğu, pozitif muayene bulguları, multidisipliner yaklaşım

**Kaynakça:**

1. Stone, J., A. Carson, R. Duncan, ve ark. (2010) Who is referred to neurology clinics?--the diagnoses made in 3781 new patients. Clin Neurol Neurosurg, 112(9):747-51.
2. Park, J.E. (2018) Clinical Characteristics of Functional Movement Disorders: A Clinic-based Study. Tremor Other Hyperkinet Mov (N Y), 8:504.
3. Lidstone, S.C., R. Araujo, J. Stone, and B.R. Bloem.(2020) Ten myths about functional neurological disorder. Eur J Neurol, 27(11):e62-e64.



**Kurs: Fonksiyonel Nörolojik Bozukluklarda Tanı ve Tedavi: Multidisipliner Yaklaşım**  
**Konuşma Başlığı: Fonksiyonel Nörolojik Bozuklukta Tanı Süreci: Fenomenoloji, Yatkinlık Yaratıcı, Tetikleyici, Sürdürücü Etkenler**  
**M. İrem Yıldız**  
*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Fonksiyonel nörolojik bozukluklar (FNB) Klinik belirtiler ön planda vücudun belli bölgelerinin istem dışı anormal hareket veya postürleri şeklinde ise bu tablo fonksiyonel hareket bozukluğu (FHB) olarak adlandırılır. FNB, toplumda yılda 4-12/100.000 sıklıkla görülmekte ve nörolojik maluliyetin en sık nedenlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Etiyolojide biyolojik, psikolojik ve sosyal birçok etken bir arada bulunmakta, bunlar bir yandan yatkinlığı belirlerken bir yandan sürecin başlangıcından süreklilik kazanmasına kadar her aşamada rol oynamaktadır. Belirtilere yönelik dikkatin artması, belirtilerle ilişkili farklı beklenti ve inanışların olması, kişinin eylemlerinin faili olduğu hissinde (sense of agency) bozulma gibi bileşenler fonksiyonel nörolojik belirti bozukluğunun nörobiyolojik kökenlerine ilişkin belli başlı kavramlardır. Nöroloji ve psikiyatri kliniklerinde sıklıkla karşımıza çıkan ancak çoğunlukla etkili tedavi edilmediği için ciddi maluliyete yol açan ve prognozu kötü olabilen bu bozukluğun doğru bir şekilde tanınarak, nörolog, psikiyatrist, psikolog, fizyoterapist ve hemşireden oluşan bir ekip tarafından, her hasta için belirlenecek uygun tedavi planı ile ele alınması önem taşımaktadır.

Yatkinlık yaratıcı, ortaya çıkışı tetikleyen ve sürdürücü özellikteki etkenlerin hasta ile birlikte ele alınması, hastadaki pozitif nörolojik muayene bulgularının hasta ile birlikte tartışılarak tıbben geçerli olan bir hastalığı olduğunun hastaya anlatılması, tedavide kullanılan fizyoterapi ve psikoterapi yöntemlerinin etki mekanizmalarının hastaya açıklanması hastanın tedaviye uyumunu ve motivasyonunu arttıracaktır. Tanı, hekimi tanıya götüren muayene bulguları hastaya uygun bir biçimde açıklanabilir ise

Fonksiyonel nörolojik yakınma ile başvuran hasta İlk muayeneden geçerli nörolojik bir belirtisinin ve yetiyetiminin olduğuna hekimi tarafından onaylandığı hissi ile ayrılır ve bu şekilde tanıya inanması, alternatif tıbbi görüşler aramaktan vazgeçmesi ve ilişkili tedaviye uyum sağlayabilmesi olası hale gelir. Hasta bu aşamadan sonra Nörolog/psikiyatrist ile bir işbirliği içine girebilir, fizyoterapiyi ve psikolojik müdahaleyi de içeren bir multidisipliner tedavinin rasyonelini anlayabilir.

Bu kursta Fonksiyonel Hareket Bozuklukları tedavisinde multidisipliner yaklaşımın özellikleri ele alınacaktır.

#### **Kaynaklar**

1. Espay AJ, Aybek S, Carson A, et al. Current Concepts in Diagnosis and Treatment of Functional Neurological Disorders. *JAMA Neurol.* 2018;75(9):1132-1141.
2. Stone J, Edwards M. Trick or treat? Showing patients with functional (psychogenic) motor symptoms their physical signs. *Neurology.* 2012;79(3):282-284.
3. Aybek S, Perez DL. Diagnosis and management of functional neurological disorder. *BMJ.* 2022;376:o64. Published 2022 Jan 24.





**Kurs: Fonksiyonel Nörolojik Bozukluklarda Tanı ve Tedavi: Multidisipliner Yaklaşım**  
**Talat Demirsöz**

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı*

Fonksiyonel nörolojik bozukluk (FNB), tıpta yaygın görülen bir nöropsikiyatrik durumdur. Hastalar, başka herhangi bir nörolojik veya tıbbi bozuklukla açıklanamayan FNB belirtileri yaşarlar. Her ne kadar literatürde FNB'nin prognozunun kötü olduğu bildirilmekte ise de, son 20 yıldır, FNB ile ilgili araştırmalarda önemli bir artış vardır ve FNB'nin altında yatan mekanizmalara ilişkin yeni kavrayışlara ulaşılmıştır. FNB semptomları multidisipliner bir bakış açısı ile ele alınır olmuştur ve bu tedavi bileşkesi nörologu, psikiyatristi, fizyoterapisti ve psikoterapisti içermektedir. Psikoterapi ile ilgili olarak konuşulacak olursa, literatür FNB'nin tedavisinde hem psikodinamik hem de bilişsel davranışçı yaklaşımların bu multidisipliner tedavinin bir parçası olarak uygun seçimler olduğunu öne sürmektedir ancak bilişsel davranışçı terapi (BDT) için kanıtlar daha yüksek kalitededir. Bu bakımdan BDT, FNB'nin oluşumunun altında yatan işlevsiz temel inançları ve davranışları ele almak için giderek daha fazla kullanılmaya başlanmıştır.

BDT, fonksiyonel nörolojik semptomların gözlemlenmesi ve izlenmesi ile başlar. Terapist ve hasta iş birliği içinde hem FNB semptomlarını tanımlamaya hem de bu semptomların davranışsal, fizyolojik ve bilişsel düzeydeki olası tetikleyicilerini bulmaya çalışır. BDT böylece hastanın FNB semptomlarını yeniden bir bağlama oturtmuş olur. BDT'nin tedavi sürecinde, terapist öncelikle hastanın durumunun kapsamlı bir formülasyonunu oluşturmaya çalışır ve bu da bilişsel davranışçı model çerçevesinde danışanın kendi mevcut sorunlarını anlamasına yardımcı olur. Bunlara ek olarak, hastanın yaşam olayları ve iç çatışmaları terapötik ortamda ele alınabilir hale gelebilmektedir.

Dolayısıyla, hastalar semptomlarını ne kadar çok tanırlarsa, sonraki semptomlarıyla başa çıkmaları o kadar kolay olur ve semptomlar üzerinde daha fazla kontrol hissederler. Temel olarak, FNB için BDT, uyumsuz inançları yeniden yapılandırarak ve kaçınma ve diğer işlevsiz hastalık davranışlarını tersine çevirerek FNB semptomlarını azaltmayı hedeflemektedir.

Sunum sırasında, FNB'nin multidisipliner tedavi modalitesi bağlamında yapılan psikoterapi uygulaması, fonksiyonel hareket bozukluğu olan bir hasta üzerinden paylaşılacaktır. Hareket bozuklukları ile ilgili olarak, bu tanı grubu genellikle duygudurum bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve yorgunluk ile ilişkilendirilir ve bunlar BDT'nin etkili olduğu kanıtlanmış patolojik durumlardır.

Anahtar Kelimeler: fonksiyonel nörolojik bozukluk, multidisipliner yaklaşım, bilişsel davranışçı terapi

**Kaynakça:**

Espay AJ, Aybek S, Carson A, Edwards MJ, Goldstein LH, Hallett M, Lafaver K, Curt LaFrance W, Lang AE, Nicholson T, Nielsen G, Reuber M, Voon V, Stone J and Morgante F (2018) Current concepts in diagnosis and treatment of Functional Neurological Disorders. JAMA Neurology 74, 1132–1141.

Goldstein LH, Chalder T, Chigwedere C, Khondoker MR, Moriarty J, Toone BK, Mellers JD. (2010) Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures: a pilot RCT. Neurology 74:1986– 1994.

Gutkin M, McLean L, Brown R, et al. (2021). Systematic review of psychotherapy for adults with functional neurological disorder. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 92:36–44.



**Kurs: Travmada Destekleyici Dinamik Psikoterapi: Olgu Formülasyonu**  
**Karmaşık Travma Sonrası Stres Bozukluğu Olgusu**  
**Hacer Arıkan**

*Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı*

**Giriş ve amaç**

1992 yılında Herman tarafından "karmaşık travma sonrası stres bozukluğu" (KTSSB) tanısı teklif edilmiştir. KTSSB için önerilen tanı kriterleri 1) duygu ve dürtülerin düzenlenmesinde zorlukları, 2) dikkat ve bilinç değişikliklerini, 3) negatif kendilik algısını, 4) diğer insanlarla ilişki kurma veya sürdürmede zorlukları, 5) bedenselleştirmeyi, 6) anlamlandırma sistemlerinde bozuklukları içermektedir. KTSSB genç yaş, tekrarlayan travma ile ilişkili bulunmuştur. Hastalığın seyri, şiddeti veya belirtilerin gelişimsel, kişilerarası veya kişisel sorunlarla ilişkili olduğu durumlarda psikodinamik psikoterapilerin TSSB tedavisinde faydalı olabileceği ve bunun kişisel, mesleki ve sosyal işlevsellikte özel önemi olabileceği belirtilmiştir. Bu olgu sunumunda karmaşık KTSSB bulguları gösteren bir hastada destekleyici psikoterapinin yerinin tartışılması amaçlanmıştır.

**Olgu**

Olgu sunumunda hastanın kimliğinin açığa çıkmasına sebep olacak kişisel veriler bildirilmeyecek olup hastadan olgu sunumu için onam alınmıştır. 38 yaşında kadın hasta, 8 yıl önce boşanmış, ailesiyle yaşıyor. Hemşire, iki yıldır işini yapamıyor. 2021 yılında depresif yakınlarla dört günlük psikiyatri yatışı mevcut, ailesinde bilinen psikiyatrik hastalık yok.

1999 Gölcük depreminde evleri yıkılmış. Akrabaları ve arkadaşlarının çoğu ölmüş. Arkadaşlarının kopmuş cesedlerini denizde yüzerken görmüş. Sonrasında okumak için başka bir şehirde tanıdıklarının yanında kalmış. Kimseden bir şey isteyememiş. Okulda çok başarılıymış.

İki yıl önce erkek arkadaşının ölüm tehditleri ile ortaya çıkan yakınlarını tanıyamama mesleğine dair hiç bir şey hatırlayamama, hafıza boşlukları, suçluluk duyguları, duygu düzenlemede zorluklar, işitsel-görsel halüsinasyonlar, yeniden yaşantılamaları başladı. Bu dönemde kliniğimize başvurdu. Yatarak ve ayakta tedaviler düzenlendi. İlaç tedavilerinin yanında EMDR uygulandı, fayda görmedi. Tüm bu tedaviler sonrasında dissosiasyonu azaldı, psikotik ve depresif belirtileri devam etti. 1 yıl önce destekleyici psikoterapi tedavisine başlandı.

Destekleyici psikoterapi bağlamında hastanın cesaretlendirilmesi etkin dinleme, güven ilişkisi kurulması, ılımlı yüzleştirme, savunmaların ele alınması olumlu aktarımın desteklenmesi hastanın uyumunu arttırmıştır. Bir yıllık takip sürecinde hastayla ayda iki kere görüşülmüştür. Güncel depremler sonrası hastanın şikayetlerinde artışlar olması sebebiyle ek görüşmeler yapılmıştır.

**Tartışma**

Normalde bilinçli ve bilindiği dünyayı kontrol edilebilir öngörülebilir ve genellikle güvenli algılamaya ihtiyaç duyarız. Travma bu ihtiyacımızı derinden baltalar ve kendimiz çaresiz ve baş edilemez duygular içinde buluruz. Bu nedenle travma geçiren kişiler bu gerçeği inkar etmeye ve travmatik gerçekle yeniden yaşantılayarak baş etmeye çalışırlar. Bu savunmalar travma erken ve uzun süren travmalar olduğunda 'KTSSB' de olduğu gibi gerçekle bağın kopmasına psikotik bir bağın oluşmasına neden olur. Travmada her tür savunma görülebilir. Bizim hastamızda patolojik düzeyde inkar, bastırma, dissosiasyon, izolasyon semptomlarının ortaya çıkışında rol oynamıştır. Travma kurbanları öfkeye veya çaresizliğe savunma olarak derin bir suçluluk duyabilirler.

**Kaynaklar:**

1) Herman J. Travma ve İyileşme. Şiddetin sonuçları, ev içi istismardan siyasi teröre. 10. Baskı. Tosun T, çev. İstanbul: Literatür Yayınları; 2022.

2) Louise Gaston, Dynamic Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder, (e-Book 2015 International Psychotherapy Institute)

3) Taycan, O., & Yıldırım, A. (2015). Çoklu Travmanın Etkilerine Alternatif Bir Yaklaşım: Karmaşık Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Arch Neuropsychiatr*, 52, 312-314.



**Kurs: Olgu Örnekleriyle Madde Bağımlılığında Vaka Yönetimi  
Gebelik ve Eroin Kullanım Bozukluğu: Tamam mı? Devam mı?  
Tuğçe TOKER UĞURLU**

*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Denizli*

Opioidlerin gebelikte kullanımı anne ve yenidoğan sağlığını etkileyen pek çok sorunla ilişkilendirilmektedir. Bir diğer yanda ise madde kullanan kadın hastalar için gebelik dönemi maddeyi bırakma ya da azaltma konusunda motivasyon buldukları bir dönem olabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün güncel yayınlarında opioid kullanım bozukluğunda kullanılan agonist tedavi yöntemleri (metadon, buprenorfin, buprenorfin/nalokson) gebelik ve emzirme döneminde de önerilmektedir. Çalışmalar buprenorfin/nalokson kullanan kadınların bebeklerinde metadon kullananlara göre neonatal yoksunluk sendromu için daha az tedavi ihtiyacı olduğunu bildirmekte ve daha az kötüye kullanım riski ile ilişkilendirmektedir (1, 2). Buprenorfin/nalokson kombinasyonunun umut veren potansiyel kullanım olasılığına karşın gebelik, fetüs ve yenidoğan üzerine etkilerini açıklamak için yeterli sayıda çalışma mevcut değildir. Bu kurs sunumunda AMATEM kliniğimizde gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde halen takipleri devam eden iki eroin kullanım bozukluğu tanılı kadın hastanın tedavi ve izlem sürecinin paylaşılması amaçlanmıştır. Her iki hasta da 17-18 yaşlarından bu yana eroin kullanmakta olup gebelik süreçleri boyunca buprenorfin/nalokson 8-16mg/gün ile düzenli takip edilmiştir. Hastaların gebelik süresince herhangi bir sağlık sorunu ve madde kullanımı olmamış, hastalar izlem ve doğum sürecinde kadın doğum, anestezi ve yenidoğan bölümleri ile multidisipliner yaklaşımla konsulte edilmiştir. Doğum sırasında ve emzirme döneminde kullanmakta oldukları agonist tedavi kesilmemiştir. Her iki yenidoğan da sağlıklı olup, APGAR skorları 9-10 tespit edilmiştir. Bir bebeğin doğum kilosu 3-10 persentilde iken, diğer bebekte de yenidoğan sarılığı gelişmiştir. Bebeklerin her ikisinde de ek müdahale gerektirecek neonatal yoksunluk sendromu gelişmemiştir. Her iki hastada da doğum sonrası dönemde aşermeye artış saptanmıştır, hastaların halen ayaktan takip ve tedavileri devam etmektedir. Günümüzde artan sayıda çalışma (3) ve klinik deneyimimiz buprenorfin/nalokson tedavisinin gebelikte kullanımının anne ve yenidoğan sağlığı açısından etkin ve güvenli olduğunu gösterse de daha çok sayıda bilimsel çalışmaya ihtiyaç vardır.

**Kaynaklar:**

1. Coish R, Hardial J (2023) Successful buprenorphine/naloxone low-dose induction in pregnancy: A case report. J of Addic Med 17:114-116.
2. Kanervo MM, Tupola SJ, Nikkola EM, Rantakari KM, Kahila HK (2023) Buprenorphine-naloxone, buprenorphine, and methadone throughout pregnancy in maternal opioid use disorder. Acta Obstet Gynecol Scand 102:313-322.
3. Ordean A, Tubman-Broeren M (2023) Safety and efficacy of buprenorphine-naloxone in pregnancy: A systematic review of the literature. Pathophysiology 30:27-36.



**Kurs: Perinatal Hastaya Psikiyatrik Yaklaşım ve Olgu Temelinde Tedavi Seçenekleri  
Olgu Örnekleriyle Gebelikte Antipsikotik Kullanımı  
Ayça Öngel Atar**

*Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Günümüzde antipsikotikler birçok ruhsal hastalığın tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Doğurganlık çağındaki kadınlar da bu tedavilerin sıklıkla kullanıldığı bir gruptur ve bu kadınlar genellikle plansız olarak gebe kalmaktadırlar.

Ruhsal bozukluğu olan bir kadın gebelik planladığında ya da ilaç kullanmakta iken gebe kaldığında bu durumun idaresi klinisyenler için karmaşık ve zorlayıcı olabilmektedir. Bununla birlikte ilaçların teratojenitesi olabileceği endişesiyle kesilmesi ruhsal bozukluğun alevlenmesine ve hem anne adayını hem de bebek açısından olumsuz sonuçlara sebep olabilmektedir. Bu nedenle hem ruhsal hastalığın anne ve bebek üzerindeki olası etkileri, hem de ilaç maruziyetinin olası etkileri değerlendirilip, tedavi sürecine aile ile birlikte karar verilmelidir. Bu süreçte hastalık süresi, gebelikte hastalık seyri, gebeliğin evresi, psikiyatrik hastalığın şiddeti, tedavi edilmeyen psikiyatrik hastalığın fetüs üzerindeki potansiyel etkisi, ilaç kullanımı ile ilgili olabilecek riskler, ilaç ve ilaç dışı tedavilere daha önce verilen yanıt, önceki ilaçsız dönemlerde hastalığın yinelenme ve düzelmeleri ve sosyal faktörler gibi faktörler göz önüne alınan özelliklerdir (Aydın N 2014).

Bilgi birikiminin artması ile birlikte gebelikte atipik antipsikotik kullanımının da belirgin şekilde arttığı gösterilmiştir. Bu oran 2001 yılında %0,33 iken 2007 yılında %0,82 olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada atipik antipsikotik tercihinde en sık tanının depresyon olduğu, tipik antipsikotiklerin kullanım oranının ise değişmediği belirtilmiştir (Toh S ve ark. 2013). Literatürde anne karnında antipsikotik ilaçlara maruz kalan bebeklerde doğumsal anomaliler, erken doğum, gelişimsel bozukluklar ve yenidoğan döneminde uyum sorunları yönünden risk artışı olabileceği bildirilmekle birlikte, psikiyatrik hastalığın ya da sigara, çoklu ilaç kullanımı gibi olası karıştırıcı etkenlerin kontrol edildiği çalışmalarda daha düşük bir risk bildirilmektedir. Antipsikotik ilaçların en yaygın olarak kullanıldığı ruhsal bozukluklar olan şizofreni ve bipolar bozukluk, prematürite, düşük doğum ağırlığı ve intrauterin gelişme geriliği ile ilişkili bulunmuştur (Galbally M ve ark. 2014)

Gebelikte antipsikotik tedavi gerekliliğinde, anne ve baba adayını güncel bilgiler ışığında olası risklerle ilgili anlaşılır bir şekilde bilgilendirilmeli, tedavi kişinin klinik durumu ve özgeçmişini dikkate alınarak kişiye özel planlanmalıdır. İlaçlar en düşük etkin dozda ve mümkünse monoterapi olarak kullanılmalıdır.

Kursumuzda perinatal hastaya psikiyatrik yaklaşım ve antipsikotik kullanımı konusunda temel bilgilerin verilmesinin yanında, bu bilgilerin olgu örnekleriyle de pekiştirilerek ruh sağlığı çalışanlarının bu alanda güncel bilgilere ve yaklaşımdaki inceliklere hakim olmaları amaçlanmaktadır.

#### **Kaynaklar**

1. Aydın N (2014). Gebelikte Duygudurum Bozukluklarının İlaçla Tedavisi, Türkiye Klinikleri Dergisi 7: 2.
2. Toh S, Li Q, Cheetham TC (2013) Prevalence and trends in the use of antipsychotic medications during pregnancy in the U.S., 2001-2007: a population-based study of 585,615 deliveries. Arch Womens Ment Health 16: 149-157.
3. Galbally M, Snellen M, Power J (2014) Antipsychotic drugs in pregnancy: a review of their maternal and fetal effects. Ther Adv Drug Saf 5: 100-109.



**Kurs: Perinatal Hastaya Psikiyatrik Yaklaşım ve Olgu Temelinde Tedavi Seçenekleri  
Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarına Olgu Temelli Yaklaşım**

**Nalan Öztürk**

*Serbest Hekim*

Depresyon yaşamın her döneminde olumsuz etkilere sebep olabilmekle birlikte gebelik ve doğum sonrası dönemde etkileri hem anneyi hem de gelişmekte olan bebeği etkilediğinden üzerinde önemle durulması gereklidir. Gebeliğinde tedavi edilmiş depresyonu olan annelerin gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonlara maruz kalma olasılığı daha fazladır. Doğum sonrası dönemde intihar, en önemli gebelik komplikasyonu olarak karşımıza çıkabilmektedir. Diğer taraftan annenin depresyonu nedeniyle bebeğiyle yeterince iletişime girememesi, anne bebek bağlanmasının bozulmasına ve bunun erişkin yaşama olumsuz yansımaları da istenmeyen durumlar arasındadır. Dolayısıyla gebelik ve doğum sonrası dönemde depresyon hem anne hem de bebek üzerine olumsuz sonuçlara yol açabilecek ciddi bir hastalıktır.

Öte yandan, birçok hasta ve sağlık çalışanı için, gebelik dönemi ruhsal hastalık ile ilgili ilaçların kullanılmayacağı bir dönem olarak düşünülmektedir. Çoğu hasta tedavi altındayken gebe olduklarını öğrendikleri anda aniden ilaçlarını kesmektedirler. Oysa ki ilacın kesilmesi alevlenme ihtimalini de beraberinde getirmektedir. Gebelik sürecinde depresyonun alevlenme oranlarını gösteren bir çalışmada antidepresan ilacı kesenlerde bu oran %68, antidepresan ilacı devam ettirenlerde ise %26 olarak tespit edilmiştir. Alevlenme oranı ikinci 3 ayın sonuna kadar % 90 oranında olmaktadır (Cohen ve ark. 2006). Bu durumda da genellikle daha yüksek doz ve daha fazla sayıda ilaç kullanımı gerekmektedir.

Bununla birlikte, tedavide kullanılması düşünülen ilaçlar da olası teratojenite ve yenidoğan sorunları nedeniyle endişe yaratmaktadır. Yapılan çalışmalarda gebelikte ve emzirme döneminde antidepresan kullanımı ile ilgili teratojenite olduğuna dair kanıtlar sınırlıdır (Einarson ve ark.2005). Bazı araştırmacılar özellikle paroksetin kullanımıyla kardiyak defektlerde az da olsa artmış risk bulduklarını bildirmişlerdir. Bu ajanların major teratojen olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur.

Gebelik döneminde anksiyete bozukluğu olması doğum sonrası dönemde depresyon ve anksiyete bozukluğu riskini arttırmaktadır. Gebelik döneminde anksiyete bozukluğunun doğum sonrası dönemde depresyon için en önemli risk faktörü olduğu bildirilmiştir (Viswasam ve ark.2019). Anksiyete bozukluklarının tedavisinde tercih edilmesi gereken ilaçlar antidepresanlar, bunlar arasından da ilk seçenek spesifik serotonin geri alım inhibitörleridir (SSGI). Benzodiyazepinler gebelikte SSGİ tedavisinin yetersiz kaldığı şiddetli anksiyete durumlarında mümkün olan en düşük dozlarda ve en kısa sürede kullanılmalıdır.

**Kaynaklar**

Cohen LS, Altshuler LL, Harlow BL, Nonacs R, Newport DJ, Viguera AC ve ark. (2006) Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. JAMA 2006; 295:499 –507.

Einarson TR, Einarson A. (2005) Newer antidepressants in pregnancy and rates of major malformations: a meta-analysis of prospective comparative studies. Pharmacoepidemiol Drug Saf;14:823–7.

Viswasam K, Eslick GD, Starvic V. (2019) Prevalence, onset and course of anxiety disorders during pregnancy: A systematic review and meta analysis. JAD, 2019;255:27-40



**Kurs: Bir Semptom Olarak Gündüz Aşırı Uykululuğun, Hipersomnolansın Değerlendirilmesi ve  
Tedavi Yaklaşımları**

**Olgular ile aşırı uykululuğun, hipersomnolansın değerlendirilmesi**

**Esra Ünverdi Bıçakcı**

*SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D*

Hipersomnolans yada gündüz aşırı uykululuğu gün içerisinde uyanık olunması gereken zaman dilimi içinde uyanık kalamama durumudur. Yapılan çalışmalar batı toplumlarında popülasyonunun %12-16'sının, Türk toplumunun ise %14'ünün gündüz uykululuktan yakındıklarını bildirmektedir (Klink ve Quan 1987, Kaynak ve ark. 1995). Bunun yaklaşık %10 kadarında sekonder hipersomniler yer alırken, %90 ını santral hipersomnolans bozuklukları oluşturmaktadır. Artmış uykuluk, öncelikle bir semptom olarak ele alınmalı ve incelenmelidir. Bir semptom olarak ele alınırken, durumun normal sınırlar içinde olup olmadığı, sürekli ya da zaman zaman ortaya çıkışı, kabul edilebilir ya da kabul edilemez sınırlar içinde olup olmadığı açısından değerlendirilmelidir. Ayrıca uyku ve uykuluk halinin, fizyolojik, elektrofizyolojik, bilişsel bileşenleri olan durumlar olduğu akla getirilmelidir. Hipersomnolansı değerlendirirken de bu bileşenler dikkate alınmalı ve uykuluk, yorgunluktan ayırt edilmelidir.

Uluslararası uyku sınıflaması üçüncü versiyonunda (ICSD-3) hipersomnolansın santral bozuklukları: narkolepsi tip 1-2, idiyopatik hipersomni, kleine-levin sendromu, tıbbi durum, ilaç veya madde kullanımı ve psikiyatrik hastalığa bağlı hipersomni, yetersiz uyku sendromu olarak sınıflandırılmıştır (AASM 2014). Kursumuzun bu kısmında ICSD-3 de yer alan hipersomnolansın santral uyku bozuklukları ve ayırıcı tanıda sıklıkla karşılaşılabilecek hipersomni ayırıcı tanısında yer alması gereken diğer uyku bozuklukları olgular üzerinde tartışılarak, bir semptom olarak hipersomnolansın nasıl değerlendirilmesi gerektiği aktarılacaktır.

**Kaynakça**

- 1- Kaynak H, Gözükırmızı E, Damcı D, Akıncı T, Denктаş H (1995) The prevalence of insomnia and excessive sleepiness in Turkey. In Reports of a WHO meeting: Neurology and Public Health, 1st ed (Eds D Kirbac, L Matilde), İstanbul, Bitam Publications,164-169.
- 2- Klink M, Quan SF (1987) Prevalence of reported sleep disturbances in a general adult population and their relationship to obstructive airways diseases. Chest, 91:540-546.
- 3- American Academy of Sleep Medicine (AASM) (2014) International classification of sleep disorders, 3 rd ed (ICSD-3). Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine.



## Psikiyatrik Bozukluklarda Hipersomnolans Serkan ZİNCİR

Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Uyku, belirli sınırlar içinde ertelenebilen, yoksunluğunda, yoksunluk süresi ile ilişkili olarak gereksiniminde artma olan bir yaşantıdır. Uyku kalitesi, uykunun verimliliği olarak açıklanmakta ve öznel uyku kalitesi, uyku gecikmesi, uyku süresi, alışılmış, uyku etkinliği, uyku bozuklukları, uyku ilacı kullanımı ve gündüz dis-fonksiyon bileşenlerinden oluşmaktadır. Uyku kalitesinin kötü olması hastanın fiziksel yapısını çalışma performansını yaşam kalitesini ve ruhsal yapısını olumsuz yönde etkilemektedir.

Hipersomni, uzamış uyku süreleri, her yerde ve kolayca uykuya dalma, tekrarlayan uyku atakları ve gündüz aşırı uykulu olma ile karakterize bir klinik tablodur. Aşırı uyku hali psikiyatrik bozukluklarının ortaya çıkışında, tedavisinde ve seyrinde önemli bir rol oynar. DSM-5; Aşırı Uykululuk Bozukluğunu, 3 aydan uzun süren ve haftanın en az 3 günü olan ana uyku süresi en az 7 saat olmasına rağmen; gün içinde yineleyen uyku evreleri, dinlendirici olmayan 9 saatin üzerinde gece uyku süresi ve uyanıklığı sürdürmede güçlük çekme belirtilerinden en az birinin olması şeklinde tanımlanmıştır. Ayrıca bu bozukluğun işlevsellikte düşmeye neden olup tıbbi, nörolojik, psikiyatrik hastalıklar ve madde kullanımıyla ilişkili olmaması gerekmektedir. DSM-5'te 1 aydan kısa akut, 1-3 ay arası subakut, 3 aydan fazla süreli kronik olarak tanımlanmıştır. Şiddet ölçüsü olarak haftada 1-2 gün olması hafif, 5-7 gün olması ağır olarak belirtilmiştir. (APA 2013) Gündüz aşırı uykuluğun genel popülasyonda yaygınlığı; % 5-25 arasında olduğu bildirilmiştir.

Oldukça geniş bir literatür, uykuyu başlatma ve/veya sürdürmede zorluk olarak tanımlanan uykusuzluk ile psikiyatrik bozukluklar arasında çift yönlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (Krystal 2012). Bununla birlikte, ruhsal bozukluğa sahip olan hastaların önemli bir kısmının bu semptomları yaşamasına rağmen, aşırı gündüz uykululuğu ve/veya aşırı uyku süresi olarak tanımlanan hipersomnolansın psikiyatrik bozukluklardaki rolüne çok daha az ilgi gösterilmiştir (Kaplan ve Harvey 2013). Genel popülasyonda aşırı uykululukla ilişkili birçok bozukluktan en sık görüleni, başta depresyon olmak üzere zihinsel sağlık bozukluklarıdır. Özellikle hipersomnia ile bipolar-2 bozukluğunun yanı sıra atipik özellikler gösteren majör depresif bozukluk arasında güçlü ilişkiler olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Psikiyatrik hastalıkların seyrini ve tedavilerin etkinliğini önemli ölçüde etkileyen bu durumun anamnez ve laboratuvar yöntemleriyle ortaya çıkarılması ve uygun tedavi seçeneklerinin uygulanması son derece önem arz etmektedir.

### Kaynaklar

- 1- APA (American Psychiatric Association). (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 2- Kaplan KA, Harvey AG.(2009) Hypersomnia across mood disorders: a review and synthesis. Sleep Med. Rev. 13:275–85.
- 3- Krystal AD. (2012) Psychiatric disorders and sleep. Neurol. Clin. 30:1389–413.



## **Alkol, Uyuşturucu ve Sigara Bağımlılığında TMS Uygulamasının Etkinliği, Güvenliği ve Yan Etkileri** **Emine Eda Kayapınar**

*Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye*

Madde Kullanım Bozukluğu (MKB), şiddetli istek, kontrol kaybı, tolerans ve fiziksel bağımlılıkla karakterize kronik ve tekrarlayan bir hastalıktır. Mevcut durumda, farmakoterapi ve psikososyal müdahalenin kombinasyonu, MKB hastalarında tedaviyi bırakma oranlarını azaltmak ve nüksetmeyi önlemede en etkili yönetim stratejisidir. Bununla birlikte, yalnızca birkaç etkili ilaç mevcuttur. Transkraniyal Manyetik Stimülasyon (TMS), seçilen beyin bölgelerine uygulanan manyetik bir darbe yoluyla serebral korteksin hücresel aktivitesini modüle eden, invaziv olmayan bir beyin stimülasyon tekniğidir. Son zamanlarda TMS'nin etkinliği çeşitli MKB hasta kategorilerinde araştırılmıştır (1). Kötüye kullanımı olan maddelere başlamayı, bağımlılığı ve nüksetmeyi yönlendiren biyolojik mekanizmalar, striatumun dopamin açısından zengin alanlarıyla sınırlı değildir. Striatum ile afferent ve efferent bağlantıya sahip olan kortikal alanlar aynı zamanda aşerme ve kompulsif kullanım için de kritik öneme sahiptir. Dorsolateral prefrontal korteks PFC (DLDPFK), posterior parietal korteks ve dorsal singulat korteksi içeren yürütücü kontrol ağı; eylem kalıplarını, karar vermeyi ve öz kontrolü yönetir ve düzenler. Ek olarak, medial prefrontal korteks (mPFC), orbitofrontal korteks (OFK), insular korteks ve ventral anterior singulat korteksi içeren ventral PFK ağı, limbik uyarılma ve duygu işlemeyi modüle eder. Bu iki sistem arasındaki dengesizliğin, MKB'lerin gelişmesi ve yeniden ortaya çıkması konusundaki hassasiyete katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Birlikte ele alındığında bu çalışma grubu, MKB alanında rTMS için birçok potansiyel terapötik hedefin bulunduğunu göstermektedir.

Bağımlılık tedavisi için bir araç olarak TMS'nin geliştirilmesine olan ilgi, Strafella ve meslektaşlarının (2001) etkili bulgularıyla şüphesiz arttı; burada prefrontal kortekse uygulanan TMS ile kaudat çekirdekte dopamin bağlanması arasında nedensel bir ilişki olduğunu gösterdiler. Bu, Zangen ve meslektaşlarının (2002) TMS'nin ventral striatumdaki hücre dışı dopamini ve glutamati arttırdığını gösteren sonuçlarıyla daha da güçlendirildi. TMS'nin beyindeki glikoz, serebral kan akışı ve dopamin üzerindeki etkilerinin tam bir incelemesi Kinney ve Hanlon (2022) tarafından sunulmuştur.

Madde kullanımı, yoksunluk ve nüksetme döngüsünün sürdürülmesi ve kırılmasında yer alan sinir ağları hakkındaki bilgiler gelişmeye devam ettikçe, MKB'lerin tedavisi için sinir devresi temelli bir müdahaleye yönelik ilgi artıyor. TMS, aşerme ve yürütücü kontrolde yer alan sinir devrelerini modüle etme yeteneğinin yanı sıra kısa süreli sigara bırakma tedavisi için uygulanan TMS formunun yakın zamanda onaylanması göz önüne alındığında en umut verici tedavilerden biridir. Birbirine örtüşen çok sayıda kanıt, TMS'nin alkol kullanım bozukluğu ve uyuşturucu kullanım bozukluğu için de kullanımını desteklemektedir (2).

Optimum sıklık, seans sayısı ve hedeflenen hemisfer, uyuşturucu veya alkol bağımlılığına göre değişebilir ve daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyar. Klinik çalışmaların sayısı hala sınırlı olmasına rağmen, tekrarlayan TMS'nin bu hastalarda cesaret verici sonuçlar vermesi, TMS'nin tedavide olası bir rolünü düşündürmektedir (3).

Anahtar Kelimeler: TMS, Alkol, Madde, Sigara

### **Kaynaklar:**

1. Antonelli, M., Fattore, L., Sestito, L., Di Giuda, D., Diana, M., & Addolorato, G. (2021). Transcranial magnetic stimulation: a review about its efficacy in the treatment of alcohol, tobacco and cocaine addiction. *Addictive behaviors*, 114, 106760. doi: 10.1016/j.addbeh.2020.106760
2. Harmelech, T., Hanlon, C. A., & Tendler, A. (2023). Transcranial Magnetic Stimulation as a Tool to Promote Smoking Cessation and Decrease Drug and Alcohol Use. *Brain Sciences*, 13(7), 1072. doi: 10.90/brain33sci13071072.
3. Barr, M. S., Farzan, F., Wing, V. C., George, T. P., Fitzgerald, P. B., & Daskalakis, Z. J. (2011). Repetitive transcranial magnetic stimulation and drug addiction. *International review of psychiatry*, 23(5), 454-466. doi: 10.3109/09540261.2011.618827.





**Kurs: Transkraniyal Manyetik Stimülasyon Tedavisinin Mekanizması ve Psikiyatrik  
Bozukluklarda Kullanımı  
Beyazıt Garip**

*Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı*

Transkraniyal Manyetik Stimülasyon (TMS) tedavisi tedaviye dirençli depresyon ve obsesif kompulsif bozuklukta yenilikçi ve alternatif tedavi yöntemi olarak tanımlanmaktadır. TMS tedavisi fonksiyonel olarak beyinde bağlantı yollarını etkileyen ve elektriksel alana dik şekilde elde edilen manyetik alanın beyine belirlenen noktaya direkt uygulanması esasına dayanmaktadır. TMS elektriksel yük depolama kabiliyetine sahip bir kapasitör yardımıyla bir kaç bin amper düzeyinde tekrarlayan ve aralıklı şekilde üretilen elektriksel alanın bir başlık aracılığı ile beyine direk uygulanmasıdır. Manyetik alan temel olarak Faraday yasası ve Maxwell denkleminde göre hesaplanarak şiddet, frekans ve uygulanan atımlar sistemik çalışmalar ile belirli protokollere göre uygulanmaktadır. Bu alanda bulunan kortikal nöronların depolarize edilmesiyle uzun dönemde ilgili beyin bölgesinde fonksiyonel değişim oluşturulmaktadır. Bu şekilde üretilen elektriksel alandan manyetik alan üretilmekte olup şiddet, frekans ve uygulanan atımlar sistemik çalışmalar ile belirli protokoller oluşturulmuştur. Bu alanda bulunan kortikal nöronların depolarize edilmesi ile uzun dönemde ilgili beyin bölgesinde fonksiyonel değişim oluşturulmaktadır(1).

Major depresif bozuklukta uygulanan tedavide beyinin sol dorsolateral prefrontal korteksi (DLPFC) hedef alınmaktadır. Tekrarlayıcı şekilde uygulanan manyetik alan tedavisinin ilgili beyin bölgesinde uzun dönemde potansiyel değişim yapabilme özelliği bulunmaktadır. Bu değişim beyin içerisinde farklı bağlantı yollarının birbiriyle etkileşimini sağlamaktadır. Özellikle sol DLPFC beyin bölgesini ilgilendiren bağlantı yolları olan limbik, yürütücü ve sessiz sinir ağının etkilendiği ve anterior singular korteksi ile sol DLPFC arasında negatif ilişkinin tedavi yanıtı ile ilişkisinin olduğu bildirilmektedir(2).

TMS tedavisinin etkinliğinin özellikle dirençli depresyonda %60 -80 düzeyine olduğunun gösterilmesi bu alanda ilerleyen dönemde önemli gelişmelerin olabileceğini göstermektedir. İntihar düşüncesi olan tedaviye dirençli depresyonda hızlandırılmış TMS yönteminin (SAINT) başarısını % 80 olduğuna ilişkin yapılan çalışmalar neticesinde daha kısa sürede etkin sonuç elde edilebileceğini kanıtlamıştır. Sonuç olarak TMS tedavisinin girişimsel psikiyatri açısından önemli bir tedavi seçeneği olduğu, alternatif ve yenilikçi bir tedavi olarak dirençli vakaların tedavisinde ilerleyen dönemde öncelikli seçenek olabileceği ve teknolojinin gelişmesi ile uygulama alanının genişleyeceği düşünülmektedir (3).

Anahtar Kelimeler: TMS, SAINT, Depression, OCD, DLPFC

**Kaynaklar**

1. Siebner HR, Funke K, Aberra AS, Antal A, Bestmann S, Chen R, Classen J, Davare M, Di Lazzaro V, Fox PT, Hallett M, Karabanov AN, Kesselheim J, Beck MM, Koch G, Liebetanz D, Meunier S, Miniussi C, Paulus W, Peterchev AV, Popa T, Ridding MC, Thielscher A, Ziemann U, Rothwell JC, Ugawa Y. Transcranial magnetic stimulation of the brain: What is stimulated? - A consensus and critical position paper. Clin Neurophysiol. 2022 Aug;140:59-97. doi: 10.1016/j.clinph.2022.04.022. Epub 2022 May 18. PMID: 35738037.
2. Liston C, Chen AC, Zebley BD, Drysdale AT, Gordon R, Leuchter B, Voss HU, Casey BJ, Etkin A, Dubin MJ. Default mode network mechanisms of transcranial magnetic stimulation in depression. Biol Psychiatry. 2014 Oct 1;76(7):517-26. doi: 10.1016/j.biopsych.2014.01.023. Epub 2014 Feb 5. PMID: 24629537; PMCID: PMC4209727.
3. Cole EJ, Phillips AL, Bentzley BS, Stimpson KH, Nejad R, Barmak F, Veerapal C, Khan N, Cherian K, Felber E, Brown R, Choi E, King S, Pankow H, Bishop JH, Azeez A, Coetzee J, Rapier R, Odenwald N, Carreon D, Hawkins J, Chang M, Keller J, Raj K, DeBattista C, Jo B, Espil FM, Schatzberg AF, Sudheimer KD, Williams NR. Stanford Neuromodulation Therapy (SNT): A Double-Blind Randomized Controlled Trial. Am J Psychiatry. 2022 Feb;179(2):132-141. doi: 10.1176/appi.ajp.2021.20101429. Epub 2021 Oct 29. PMID: 34711062.



**Kurs: Transkraniyal Manyetik Stimülasyon Tedavisinin Mekanizması ve Psikiyatrik  
Bozukluklarda Kullanımı**  
**Transkraniyal Manyetik Stimülasyon Tedavisinin Travma Sonrası Sres Bozukluğu'nda Kullanımı**  
**Turan Ayıdağa**

*Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı*

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) bir çok vakada dirençli olabilen sosyal ve mesleki işlevsellikte kayba neden olan yaygın bir psikiyatrik bozukluktur. Bu amaçla (TMS), depresyondaki etkinliği destekleyen verilere sahiptir ve TSSB'na yeni bir hızlı yaklaşımı temsil edebilir. Psikoterapi ve farmakolojiyi de içeren kanıta dayalı TSSB tedavileri, gazilerde semptomları azaltmada ve işlevleri iyileştirmede daha az etkilidir.

Tekrarlayan transkraniyal manyetik stimülasyon (TMS), kortikal bölgelerdeki ve ilişkili sinir devrelerindeki aktiviteyi modüle ederek majör depresyonu ve diğer hastalıkları tedavi eder. Stimülasyon, hızlı değişen manyetik alanlar oluşturmak için kafa derisine yerleştirilen metal bir bobinden geçen büyük bir alternatif elektrik akımı kullanır; bu manyetik alanlar, kafatasından neredeyse hiçbir engel olmadan geçip ve yüzey korteksinin odak alanındaki nöronları depolarize edip elektrik akımlarını indükler; bazı TMS cihazları aynı zamanda daha derin beyin yapılarını da uyatabilmektedir. Tekrarlayan TMS tarafından oluşturulan manyetik alan, standart bir manyetik rezonans görüntüleme (MRI) cihazınıninkine benzer (yaklaşık 1,5 ila 3 Tesla) olup TMS alanı odaksal olması ile değişir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu uygulanan tedavide beyinin sol dorsolateral prefrontal korteksi (DLPFC) hedef alınmaktadır. Tekrarlayıcı şekilde uygulanan manyetik alan tedavisinin ilgili beyin bölgesinde uzun dönemde potansiyel değişim ile beyin içerisinde farklı bağlantı yollarının birbirine etkileşimini sağlamaktadır. Özellikle sol DLPFC beyin bölgesini ilgilendiren bağlantı yolları olan limbik, yürütücü ve sessiz sinir ağının etkilendiği ve anterior singular korteks ile sol DLPFC arasında negatif ilişkinin tedavi yanıtı ile ilişkisinin olduğu bildirilmektedir(2).

Anahtar Kelimeler: TMS, TSSB, OCD, DLPFC

**Kaynaklar**

1. Theta Burst Transcranial Magnetic Stimulation for Posttraumatic Stress Disorder Noah S. Philip, MD\* , Jennifer Barredo, PhD, Emily Aiken, MA, Victoria Larson, BS, Richard N Jones, ScD, M. Tracie Shea, PhD, Benjamin D. Greenberg, MD, PhD, Mascha van 't WoutFrank, PhD. Center for Neurorestoration and Neurotechnology, Providence VA Medical Center, Providence RI 02908, and Department of Psychiatry and Human Behavior, Alpert Medical School of Brown University
2. Liston C, Chen AC, Zebly BD, Drysdale AT, Gordon R, Leuchter B, Voss HU, Casey BJ, Etkin A, Dubin MJ. Default mode network mechanisms of transcranial magnetic stimulation in depression. *Biol Psychiatry*. 2014 Oct 1;76(7):517-26. doi: 10.1016/j.biopsych.2014.01.023. Epub 2014 Feb 5. PMID: 24629537; PMCID: PMC4209727.
3. Cole EJ, Phillips AL, Bentzley BS, Stimpson KH, Nejad R, Barmak F, Veerapal C, Khan N, Cherian K, Felber E, Brown R, Choi E, King S, Pankow H, Bishop JH, Azeez A, Coetzee J, Rapier R, Odenwald N, Carreon D, Hawkins J, Chang M, Keller J, Raj K, DeBattista C, Jo B, Espil FM, Schatzberg AF, Sudheimer KD, Williams NR. Stanford Neuromodulation Therapy (SNT): A Double-Blind Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry*. 2022 Feb;179(2):132-141. doi: 10.1176/appi.ajp.2021.20101429. Epub 2021 Oct 29. PMID: 34711062.



**Tedaviye Dirençli Obsesif Kompulsif Bozuklukta (OKB) Transkraniyal Manyetik Uyarım (TMS) Etkinliği ve Derin Transkraniyal Manyetik Uyarım (dTMS) Uygulama Prensipleri**  
**Seçil Özen**

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı*

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), yaşam boyu yaygınlığı %2-3 olan ve yalnızca %40-60'ında tedaviye kısmi yanıt alınan bir rahatsızlıktır. Noninvaziv beyin stimülasyonu olan TMS, nöronal uyarılabilirliği, aktiviteyi ve plastisiteyi modüle eden yeni bir tedavi bir alternatifidir.

TMS, saçlı deri üzerine yerleştirilen bir bobin vasıtasıyla elektrik akımının sağladığı dikey yönde kısa şiddetli manyetik alan vasıtasıyla serebral kortekste küçük ve geçici bir elektrik akımı oluşturmayı amaçlayan bir tekniktir. TMS tedavisi, nöronal membranları uyararak transmembran aksiyon potansiyeli oluşturma prensibine dayanmaktadır. Uygulama yoğunluğuna bağlı olarak uygulama sırasında oluşan manyetik alan saçlı deri altında 1,5 – 2 cm derinliğe kadar etkili olabilir ve bu sayede kortikal ve subkortikal yapıları etkileyebilir. Oluşturulan manyetik alanın geçerken saç derisine ve beyin dokusuna zarar vermediği bildirilmiştir.

OKB tedavisinde etkinliği kanıtlanmış olan SSRI (Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü) ve Bilişsel davranışçı terapi (BDT) tedavisi sonrasında prefrontal kortekste, özellikle de orbitofrontal kortekste (OFC) glukoz metabolizmasındaki hiperaktivitede azalma tespit edilmiştir. Subtalamik çekirdeğin derin beyin stimülasyonu ile uyarılmasıyla elde edilen başarılı sonuçlar ve OKB tedavisinde bir diğer alternatif olan striatum ve subtalamik çekirdeğe beyin cerrahisi müdahaleleri sırasında OFC'den daha kolay erişim sağlanması nedeniyle; OFC, OKB tedavisinde TMS uygulamalarının hedef alanlarından biri olmuştur (1).

TMS'de, fonksiyonel görüntüleme çalışmalarında OKB'de de etkilendiği tespit edilen orbitofrontal subkortikal devreler, kortikostriatotalamik yapılar ve medial kaudat çekirdeklerin hedeflenmesi amaçlanmaktadır. Bu nedenle OKB'de yapılan TMS çalışmalarında bu bölgelere yakın olan ve daha önceden depresyon çalışmalarında da olduğu gibi dorsolateral prefrontal korteks (DLPFC) tercih edilmiştir.

Fonksiyonel nörogörüntüleme çalışmalarında OKB'de tamamlayıcı motor alanı (SMA) ve dorsal anterior singulat gibi premotor alanlarda da hiperaktivite bulunmuştur. SMA'da artan aktiviteye bağlı olarak inhibitör kontrolün sağlanamamasının kompulsiyonların etiolojisinde önemli olduğu düşünülmektedir. Bu bölgelerin düşük frekanslı TMS ile uyarılarak inhibisyonunun, motor korteks uyarılabilirliğini azaltarak OKB'de tedavi edici olabileceği düşünülmektedir (2).

Kanıtlar, OKB'de kortikal-striatal-talamik-kortikal devrede bir işlev bozukluğu olduğunu ileri sürmektedir. Medial prefrontal korteks ve anterior singulat korteksi hedef alan yüksek frekanslı derin TMS'nin, OKB belirtilerini anlamlı düzeyde iyileştirdiği gözlemlenmiştir. Derin TMS, farmakolojik ve psikolojik müdahalelere yeterli yanıt vermeyen hastalar için potansiyel bir müdahale olarak değerlendirilmektedir (3).

**Kaynaklar:**

1. Mallet L, Polosan M, Jaafari N ve ark. (2008) Subthalamic nucleus stimulation in severe obsessive-compulsive disorder. *New England Journal of Medicine* 359:2121-2134.
2. Blom RM, Figeo M, Vulink N ve ark. (2011) Update on repetitive transcranial magnetic stimulation in obsessive-compulsive disorder: different targets. *Current psychiatry reports* 13:289-294.
3. Carmi L, Tendler A, Bystritsky A ve ark. (2019) Efficacy and Safety of Deep Transcranial Magnetic Stimulation for Obsessive-Compulsive Disorder: A Prospective Multicenter Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Trial. *Am J Psychiatry* 176:931-938.



**Kurs: Flash Teknik**  
**Önder Kavakcı**  
*Serbest hekim*

Göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR), travma ve ilişkili bozuklukların tedavisi için Shapiro (1989) tarafından geliştirilen bir psikoterapi yöntemidir. EMDR terapisine göre travmatik deneyimin hatalı ve/veya yetersiz kodlanması ya da işlenmesi, bellek ağlarına uyumsal katılımını bozar, bu da psikopatolojiyle sonuçlanabilir. EMDR terapisinde iki taraflı göz hareketleri ile anıya ait işitsel veya dokunsal girdilerle gözden geçirilmesi ve yeniden işlenmesi ile bu hoş olmayan anıların emosyonel yükü ortadan kalkar. Çok sayıda özgün araştırma EMDR'nin yararlılığını kanıtlamıştır.

EMDR Flash Tekniği, nispeten yeni bir bireysel ve grup müdahalesidir (Manfield 2017). Flash Tekniği her ne kadar EMDR bağlamında ortaya çıkmış olsa da günümüzde EMDR terapisinin dışında kullanılabilir, travmaya bağlı bağımsız bir müdahale olarak değerlendirilmesi gerektiğini öne süren yayınlar da bulunmaktadır. Etkinliği zaten az sayıda çalışmada gösterilmiştir.

EMDR Flash tekniği diğer travma terapilerinden farklı olarak olumsuz anıya çok kısa maruz bırakırken hastanın daha uzun süre olumlu anılarda kalmasını sağlar. Bu nedenle de çok zorlayıcı anılara ait emosyonel yükün çok kısa sürelerde azaltılmasını ya da tamamen nötr hale gelmesini sağlayabilmektedir. Özellikle karmaşık travma ya da disosiyatif özellikli hastalar için tüm tedavi boyunca ya da diğer yöntemlere ek olarak kullanılabilir. Çoğu durumda bir seansta birçok travmatik ya da hoş olmayan anının çalışılabilmesine izin vermektedir. Bireysel ve grup ortamlarında sınırlanmış ve etkili bulunmuştur. Ayrıca çevrim içi (online) terapi için de uygun olduğu bildirilmiştir (Yaşar ve ark. 2022)

**Kaynaklar**

Manfield, P., Lovett, J., Engel, L., and Manfield, D. (2017). Use of the flash technique in EMDR therapy: four case examples. *J. EMDR Prac. Res.* 11, 195–205

Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *J. Trauma. Stress.* 2, 199–223.

Yaşar AB, Konuk E, Kavakcı Ö, Uygun E, Gündoğmuş İ, Taygar AS, Uludağ, E A Randomized-Controlled Trial of EMDR Flash Technique on Traumatic Symptoms, Depression, Anxiety, Stress, and Life of Quality With Individuals Who Have Experienced a Traffic Accident. [doi.org/10.3389/fpsyg.2022.845481](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.845481)



### **Kurs: Şema Terapiye Giriş Ayşegül Kervancıoğlu**

Şema terapi son yıllarda klinik pratikte kullanımı artan bir terapi yaklaşımıdır. İlk olarak Jeffrey Young tarafından geliştirilmiştir. Kanıta dayalı bilişsel, davranışçı teknikler, kişiler arası, duygu odaklı ve Geşalt terapileri gibi yaygın kullanılan diğer terapi yaklaşımlarını bir araya getiren bütüncül bir modeldir. Şema terapi yaklaşımı danışanların sorunlarının altındaki şema adı verilen düşünce kalıplarına odaklanır. Şema bilişsel psikolojide de yer alan bir kavramdır. Kişinin dünyayı algılamasını ve anlamasını ifade edilebilir. Bireyin kendisi ve çevresi ile kurduğu ilişkide işlevsel olan ya da olmayan şemalar bulunmaktadır. Şemalarımız ihtiyaç duyduğumuz şeylere ulaşabilmek için zihnimizin geliştirdiği düşünsel/duygusal yapılardır. Terapiye ismini veren şema kavramı ile erken dönem uyum bozucu şemalar kastedilmektedir. Diğer taraftan yaklaşıma göre ruhsal aygıtımız uyum sağlayan pozitif şemalara da sahiptir. Bugüne kadar yapılan çalışmalar ile 18 işlevsel olmayan ve 14 tane pozitif işlevsel şema tanımlanmıştır.

Şema gelişimi üzerinde üç ana belirleyici olduğu düşünülmektedir. İlk olarak ihtiyaçlarımızın karşılanmaması-aşırı karşılanması, ikinci olarak mizaç özelliklerimiz, üçüncü olarak ise içinde bulunduğumuz sosyal çevrenin etkileridir. Şema terapi özellikle klinisyenlerin de zorlandığı kişilik örüntüleri üzerinde sıkça uygulanmaktadır. Bu grup üzerinde yapılan çalışmalarda etkili olduğu gösterilmiştir. Hollanda'da yapılan çok merkezli bir çalışma, şema tedavi uygulanan sınır kişilik bozukluğu tanılı hastaların yarısının iyileştiğini, üçte ikisininse klinik olarak önemli gelişmeler gösterdiği ortaya koymuştur. Bununla birlikte başlangıçta kronik süreçlerin tedavisi ile ilişkilendirilirse de sonrasında Eksen 1 grubu psikopatolojilerin tedavisinde de kullanılmaya başlanmıştır.

Şema terapide şemaların hayat üzerine olumsuz etkisinin azaltılmasına yönelik birçok teknik kullanılmaktadır. Bilişsel, davranışçı, yaşantısal tekniklerden terapi sırasında faydalanılmaktadır. Yukarı ok, çift sandalye, yeniden yazma ise şema terapisi içerisinde en sık kullanılan tekniklerdir. Bu teknikler ile şemaların etkisi zayıflatılmaya çalışılmaktadır.

#### **Kaynaklar**

1. Karaosmanoğlu, A. (2019). Hepsini istiyorum hemen istiyorum.
2. Karaosmanoğlu, H. A. (2016). *Eyvah! Kötü Bir Şey Olacak: Endişe Kısılacı: Evham ve Vicdan*. Psikonet Yayınları.
3. Arntz, A. ve Jacob, G. (2011). *Uygulamada Şema Terapi (1. Basım)*. (G. Soygüt, Çev.). Ankara: Nobel Yayınları. (Orijinal çalışma basım tarihi 2011).



**Kurs: Şema Terapiye Giriş**  
**Şema Terapide Yaşantısal Teknikler İmgeleme İle Yeniden Yazma**  
**Canan Bayram Efe**  
*Serbest Hekim*

Şema Terapi J.Young tarafından, bilişsel davranışçı yaklaşımdan köken alarak geliştirilen ve başlangıçta yaşam boyu devam eden kronik sorunlara yönelik uygulanan bütüncül bir tedavi yaklaşımıdır. Bilişsel davranışçı ekol, psikodinamik ekol, kişiler arası ilişkiler kuramı, bağlanma kuramı ve nesne ilişkileri kuramlarının etkili tekniklerinin bütüncül bir şekilde uygulandığı bir terapi yöntemidir. Başlangıçta kronik süreçlerin tedavisi ile ilişkilendirilirse de sonrasında Eksen 1 grubu psikopatolojilerin tedavisinde de kullanılmaya başlanmıştır. Şema terapide tedavi stratejileri içerisinde kullanılan tekniklerden biri de yaşantısal tekniklerdir. Yaşantısal teknikler içerisinde yer alan ‘İmgeleme ile yeniden yazma’ önemli bir müdahale yöntemidir. İmgeleme ile yeniden yazma; zorlu anıların neden olduğu olumsuz duygular ve semptomların, anının değiştirilmesi üzerinden iyileştirdiği bir terapi tekniği olarak açıklanabilir. Bu tekniğin kullanımının 1900’lü yıllara dayandığına ilişkin veriler bulunmaktadır. Bilişsel davranışçı kuram içerisinde de hem davranışsal stratejileri planlama da hem de geçmiş yaşam anılarını çalışmada imgeleme ile yeniden yazma tekniği kullanılmaktadır. İmgeleme ile yeniden yazma sırasında, hoş olmayan bir anı daha olumlu bir anıya dönüştürülmek için yeniden yaşantılanır. İmgeleme sadece görsel duyuya etki ediyor gibi görünse de aslında işitsel, dokunsal, tatsal olarak da yaşantılanabilmektedir. İmgeleme ile yeniden yaşantılamada otobiyografik belleğin etkili olduğu bildirilmektedir. Otobiyografik temsillere yönelik yaşananların anlamının değişmesi altta yatan etki mekanizması gibi görünmektedir. Ayrıca son dönemlerde kişinin geçmiş yaşam rahatsız edici olan anılarına yönelik anlamlandırmalarının değişmesinin yanı sıra bellek algısı üzerinden de etki ettiğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır. İmgeleme ile yapılan işlemlerin bilişsel işlemlerden üstün olduğunu bildiren yayınlar bulunmaktadır.

İmgeleme ile yeniden yazmanın depresyon, sosyal fobi, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve kişilik bozuklukları gibi bozuklukların semptomlarını azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Bu nedenle de klinikte daha sıklıkla kullanılmaya başlanmıştır. Psikoterapide bu denli etkili ve yaygın kullanım alanı bulan imgeleme ile yeniden yazma terapistlerin ilgi alanı olmaktadır.

**Kaynaklar:**

1. Arntz, A. (2012). Imagery rescripting as a therapeutic technique: Review of clinical trials, basic studies, and research agenda. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(2), 189-208.
2. Heath, G., & Startup, H. (Eds.). (2020). *Creative methods in Schema therapy: advances and innovation in clinical practice*. Routledge.
3. Strohm, M., Siegesleitner, M., Kunze, A. E., Ehring, T., & Wittekind, C. E. (2019). Imagery rescripting of aversive autobiographical memories: effects on memory distress, emotions, and feelings of mastery. *Cognitive Therapy and Research*, 43, 1005-1017.



**Kurs: Uykusuzluğun Semptomdan Bozukluğa Gelişimi, Değerlendirmesi ve Tedavi Yaklaşımları  
İnsomnide Bilişsel Davranışçı Terapi Uygulamaları**

**Amine Merve Atalay Saka**  
SBÜ Gülhane EAH Psikiyatri AD

İnsomni, önemli bir halk sağlığı problemidir. Uykusuzlukla ilişkili sık görülen şikayetler arasında yorgunluk, sinirlilik, dikkat ve konsantrasyon sorunları yer alır. Uykusuzluğa yönelik bilişsel davranışçı terapi (BDT-I), mevcut tedavi kılavuzlarına göre uykusuzluğun birinci basamak tedavisidir. Spielman ve arkadaşları tarafından ortaya atılan Uykusuzluğun Davranışsal Modeli, kronik uykusuzluğun etiolojisine ilişkin ilk ve en çok alıntı yapılan teoridir (1). Bu modelde, akut uykusuzluğun nasıl kronik bir duruma dönüştüğü ve tedavi için hangi faktörlerin hedeflenmesi gerektiğini anlatan yatkınlık-stres perspektifi vardır. Üç faktörlü yatkınlık-stres modeli, uykusuzluğun hem predispozan hem de presipite edici faktörlerle ilişkili olarak akut bir şekilde ortaya çıktığını ve bozukluğun kronik formunun uyumsuz başa çıkma davranışları (sürdürücü faktörler) tarafından sürdürüldüğünü varsayar.

BDT-I'da birinci ve ikinci sıra müdahaleler bulunmaktadır. Birinci sıra müdahaleler; uyaran kontrolü, uyku kısıtlama tedavisi ve uyku hijyeni talimatlarıdır. Uyaran kontrolü, uyanırken yatak odasında geçirebileceği süreyi ve yatak odasındayken yapabileceği davranış türlerini sınırlar, uyanık hissettiğinde yatak odasından ayrılmayı içerir. Uyku kısıtlama tedavisi, hastaların yatakta geçirdikleri süreyi ortalama toplam uyku sürelerine eşit bir miktarla sınırlamalarını gerektirir. Önceki hafta hasta, yatakta geçirilen sürenin %90'ı veya daha fazlasını uykuda geçirmişse, 15 dakikalık artışlarla yukarı doğru titrasyon gerçekleştirilir. Uyku hijyeni psikoeğitimsel bir müdahaledir. Hastaya bir çalışma kağıdı sağlamayı ve ardından maddeleri ve bunların gerekçelerini gözden geçirmeyi içerir. İkinci sıra müdahaleler; bilişsel terapi, gevşeme eğitimi, uyku kompresyon tedavisi, nörofeedback ve fototerapidir. Bunların ikinci sıra olarak kabul edilmesi, monoterapi olarak etkili bulunmamasından ve hakkında yeterli ampirik veri olmamasından kaynaklanmaktadır. Bu müdahaleler, tedavinin ikinci yarısında eksik tedavi yanıtlarını desteklemek ve predispozan ve hızlandırıcı faktörleri ele almak için uygulanabilir. BDT-I haftada bir kez, genellikle 30 ile 90 dakika arasındaki bireysel seanslarla 4 ila 8 haftalık bir sürede uygulanır. Giriş seansları genellikle 60 ila 90 dakikadır, öykü alınır ve hastaya uyku günlükleri anlatılır. Birincil müdahaleler, sonraki 1-2 seans boyunca uygulanır. Bu tedaviler uygulandıktan sonra hasta, sonraki 2-5 seans boyunca yatakta geçirilen sürenin yukarı doğru titre edildiği bir tedavi aşamasına girer. Takip seansları, yaklaşık 30 dakika sürer. Genellikle orta seanslarda bilişsel müdahale uygulanır. Son 1-2 seans, nüks önleme ve nüks meydana geldiğinde ne yapılması gerektiğine ayrılır (2). BDT-I'nin yaşam kalitesini iyileştirmede orta düzeyde, genel bir etkisi olduğu saptanmıştır (3). BDT-I için grup psikoterapisi ve dijital-aplikasyon temelli terapilerin de etkili olduğunu gösteren kaynaklar mevcuttur.

- 1) Spielman A, Caruso L, Glovinsky P. (1987) A Behavioral Perspective On İnsomnia Treatment. Psychiatr Clin North Am; 10: 541–553
- 2) Perlis, M. L., Jungquist, C., Smith, M. T., & Posner, D. (2005). Cognitive behavioral treatment of insomnia: A session-by-session guide. Vol. 1. United States of America. Springer Science & Business Media. s. 22
- 3) Alimoradi, Z., Jafari, E., Broström, A., Ohayon, M. M., Lin, C. Y., Griffiths, M. D., ... & Pakpour, A. H. (2022). Effects Of Cognitive Behavioral Therapy For İnsomnia (CBT-I) On Quality Of Life: A Systematic Review And Meta-Analysis. Sleep medicine reviews, 64, 101646.



**Kurs: Uykusuzluğun Semptomdan Bozukluğa Gelişimi, Değerlendirmesi ve Tedavi Yaklaşımları**  
**Olgularla İnsomni Tedavisi**  
**Bülent Devrim Akçay**

*SBÜ Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı*

Uykusuzluk bozukluğunda günümüzde özgül bir tedavi yaklaşımı mevcut değildir. Uykusuzluk bozukluğunda birincil tedavi hedefleri uykuyu kalite ve kantite yönünden iyileştirmek ve uyku ile ilişkili gündüz bulgularını (bilişsel ve somatik) iyileştirmek olmalıdır. Uyku latensini 30 dakikanın altına indirmek, uyku başladıktan sonraki uyanıklık süresini (WASO) 30 dakikanın altına indirmek, uyanıklık sayısını düşürmek, toplam uyku süresini 6 saat üzerine çıkarmak ve/veya uyku etkinliğini %80-85'in üzerine çıkarmak gibi insomni ile ilişkili özgün belirleyiciler iyileştirmek diğer hedefler arasındadır. Öte yandan yatak ve uyku arasında pozitif ilişki güçlendirilmeli, uyku ile ilişkili psikolojik sıkıntılar iyileştirilmelidir. Tedavi öncesi ve tedavi takibinde uyku ile ilgili bilgiler uyku günlüğü ile toplanmalıdır. Seçilen tedavi şekline göre değişmekle birlikte, tedavilerden sonuç alınana kadar, ideal olarak haftalık veya aylık klinik kontrol değerlendirmeleri yapılmalıdır. İlk tedavilerde sonuç alındıktan sonra, insomni relaps oranı yüksek olduğundan uzun dönemli (her 6 ayda bir) kontroller yapılmalıdır.

Kronik uykusuzluğun olumsuz çevresel faktörler, adaptif olmayan davranış kalıpları ve psikolojik faktörler gibi birçok faktörün bir kombinasyonu sonucu oluşan, çok nedenli psikosomatik bir bozukluk olduğu akıldan çıkarılmamalıdır.

Uykusuzluk yakınmaları ile baş vuran bir hastanın değerlendirilmesinde; Öncelikle uyku uyanıklık düzeni sorgulanarak sirkadiyen ritmi hakkında fikir sahibi olunmalıdır. Öte yandan yakınmaların özelliği, uykuya başlama güçlükleri, gece uyanıklık sayıları ve süreleri, sabah erken uyanmaları, dinlendirici olmayan uykunun olup olmadığı, yakınmalarının başlangıcı (ani, yavaş, etkenler), süresi, şiddeti, gidişatı akut, episodik, sürekli olup olmadığı sorgulanmalıdır. Uykusuzluğu yatkinlaştırıcı, tetikleyici, devam ettirici faktörler, önceki tedaviler ve tedavilere yanıtı, uyku öncesi koşulları, uyku öncesi aktiviteleri, yatak odası koşulları, yatmadan önceki fiziksel ve ruhsal durumu, yatma zamanı ve uykuya dalma zamanı, uyanma ve yataktan kalkma zamanı, hafta içi ve hafta sonu uyku saatleri, gece uyanıklıklarındaki aktiviteleri, gündüz işlevselliği, gün içi uykululuk/yorgunluk, bilişsel işlevler, gündüz aktiviteleri; mesleği, uğraşları, egzersiz, yaşam şekli, sürekli kullandığı ilaçlar ve maddeler, uyku için kullandığı ilaç veya maddeler, kahve, çay, sigara, alkol tüketimi sorgulanmalıdır.

Uyku ile ilişkili diğer semptomlar, solunum (horlama, tanıklı apne), motor (huzursuz bacaklar, uykuda bacak hareketleri, uykuda yürüme), diğer tıbbi durumlar (ağrı, reflü, nokturi), tıbbi öykü ve muayene, psikiyatrik öykü ve muayene, uyku günlüğü takibi (en az iki haftalık), tanıya giderken detaylı bir şekilde sorgulanmalıdır. Tanı, tedavi ve takip süreçlerinde Subjektif uyku testleri (Insomni şiddeti ölçeği, Epworth uykululuk ölçeği, Pittsburg uyku kalitesi indeksi) ve polisomnografik çalışmalardan da faydalanılabilir.

Tedaviye başlamadan önce diğer önemli bir husus, uykusuzluğu hazırlayan, başlatan, devam ettiren faktörler, diğer uyku bozuklukları, psikososyal, psikopatolojik ve genel tıbbi öykü dikkatli alınmalıdır. Tedavi sistematik bir değerlendirme ile hastaya göre şekillendirilmelidir. Uykusuzluğa neden olan komorbid durumlar uygun ve etkin tedavi edilmeli, uyku hijyeninin sağlanması, farmakolojik tedavilerden önce davranışçı ve bilişsel davranışçı tedavilere öncelik verilmelidir. Uyku hijyenine yönelik psikoeğitimler, uyaran kontrol yöntemleri, uyku kısıtlama yöntemleri mutlaka uygulanmalıdır. Farmakolojik tedaviler içinde melatonin ve melatonin reseptör agonistleri ile sirkadiyen ritm bozukluğu tedavi edilebilir. Kısa etkili benzodiazepinler ve benzodiazepin olmayan agonistler (Z drugs) kısa süreli insomnilerde kullanılabilir. Bunun dışında sedatif etkili antidepresan ve antipsikotiklerde uygun hastalarda etkili olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır.

Psikiyatri klinik pratiğinde sık karşılaşılan olgular üzerinden uykusuzluk bozukluğuna yönelik tanı ve tedaviler tartışılmıştır.

**Kaynaklar**

- 1.Roth T. (2007) Insomnia: Definition, prevalence, etiology, and consequences. J Clin Sleep Med, 3: 7-10.
- 2.Billiard M, Bentley A. (2004) Is insomnia best categorized as a symptom or a disease? Sleep Med, 5: 35-40
- 3.Aydın H, Sütçügil L, Özgen F. (2001) Insomnia. T Klin Psikiyatri, 2: 98-102.





## **Çocukluk, Ergenlik ve Erişkinlik Gelişiminin Temel Basamakları**

**Ece Büyüksandalyacı Tunç**

*Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı*

Gelişimsel psikopatoloji, bireylerin yaşamları boyunca karşılaştıkları zorlukları ve psikolojik sorunları anlama ve açıklama amacı taşır. Bu bağlamda, çocukluk, ergenlik ve erişkinlik dönemleri, psikopatolojik risklerin ve sorunların doğrudan ilişkilendirildiği temel dönemler olarak kabul edilir. Bireyin yaşam dönemlerinin her biri kişinin fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal gelişimini etkileyen benzersiz faktörlere sahiptir (1).

Çocukluk dönemi, doğumdan ergenliğe kadar olan yaşamın ilk evresidir. Çocukluk dönemi, bireylerin temel bağlanma becerilerini, duygusal düzenlemeyi ve zihinsel kapasitelerini geliştirdikleri dönemdir. Ergenlik, çocukluktan yetişkinliğe geçişin başladığı bir dönemdir. Ergenlik dönemi, kimlik oluşturma, bağımsızlık kazanma ve cinsel kimlik gelişimi gibi önemli gelişim görevleri ile karakterizedir. Erişkinlik dönemi, ergenlik sonrası yaşamın bir devamıdır ve kişinin bağımsızlık kazandığı ve kariyerini inşa etmeye başladığı bir dönemdir. Aile içi ilişkiler ve sorumluluklar bu dönemde öne çıkar. Bu dönem, kişinin potansiyelini en üst düzeye çıkarma ve kişisel hedeflerini gerçekleştirme dönemidir (2).

Her bir gelişim dönemi, bireyin yaşamında benzersiz bir rol oynar ve kişisel gelişimlerine katkıda bulunur. Her birey bu dönemleri farklı hızlarda ve farklı deneyimlerle yaşantılar. Bu dönemlerin her biri, bireylerin kendilerini keşfetmeleri ve en iyi potansiyellerini ortaya koymaları için fırsat sunar. Bireylerin yaşamları boyunca farklı dönemlerde karşılaştıkları zorluklar ve gelişimsel süreçler, gelişimsel psikopatolojiyi anlamamıza yardımcı olan önemli göstergelerdir. Bu kursta çocukluk, ergenlik ve erişkinlik dönemlerinin temel gelişim basamaklarına odaklanarak gelişimsel psikopatolojiye yaklaşım açısından önemli bilgiler sunacağız.

### **Kaynaklar:**

1. Malone JC, Liu SR, Vaillant GE, Rentz DM, Waldinger RJ. Midlife Eriksonian psychosocial development: Setting the stage for late-life cognitive and emotional health. *Dev Psychol.* 2016 Mar;52(3):496-508
2. Maree, Jacobus G. The psychosocial development theory of Erik Erikson: critical overview. *The Influence of Theorists and Pioneers on Early Childhood Education*, 2022, 119-133.
3. Chung D, et al. The eight stages of psychosocial protective development: Developmental psychology. *Journal of Behavioral and Brain Science*, 2018, 8.06: 369.



## Yeme Bozuklukları Tedavisinde Diyalektik Davranışçı Terapi

Feyza Bayraktar

Boğaziçi Üniversitesi

Serbest Hekim

Sınırdaki (Borderline) kişilik bozukluğu tedavisi için Marsha Linehan tarafından geliştirilen diyalektik davranışçı terapi (DDT), yeme bozuklukları tedavisinde, özellikle bulimiya nervosa ve tıknırcasına yeme bozukluğu tedavisinde uygulanmak üzere uyarlandı.

Zorlayıcı duyguları yönetmekte zorlanmanın yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında önemli rol oynadığı birçok bilimsel çalışma ile kanıtlandı. Birçok bilimsel yayın, yeme bozukluklarının duyguları kontrol etmek için bir araç olduğunu öne sürer. Dolayısıyla, yeme bozuklukları tedavisinde emosyon regülasyon becerilerinin geliştirilmesine de odaklanmak oldukça önemlidir. Diyalektik davranışçı terapi emosyon regülasyon becerilerinin geliştirilmesine destek olduğu için yeme bozuklukları tedavisinde yaygın olarak kullanılır.

Temeli kabul ve değişime dayalı diyalektik davranışçı terapide temel amaçlardan biri bireye zorlayıcı duyguları sağlıklı biçimde yönetme becerileri kazandırmak ve sağlıklı yeme davranışı edinmesine destek olmaktır (Telch, 1997).

Diyalektik davranışçı terapi özellikle B kümesi kişilik bozuklukları ve yeme bozukluklarının birlikte seyrettiği vakalarda ve bilişsel davranışçı terapinin olumlu sonuç vermediği yeme bozuklukları vakalarında uygulanabilir. Ayrıca, bulimiya nervosa ve tıknırcasına yeme bozukluğu tedavisinde grup terapilerinde de oldukça etkili olduğu bilimsel araştırmalarla kanıtlanmıştır (Wilfley & Cohen, 1997).

Diyalektik davranışçı terapi sürecinde yeme bozukluğu olan kişilere kazandırılması hedeflenen beceriler arasında aktif kabul, kişilerarası ilişkilerde etkin iletişim, mindful eating ve zorlayıcı duygular karşısında tolerans geliştirme sayılabilir.

### Kaynakça

- Harriet Salbach-Andrae, H., et al. (2008). Dialectical behavior therapy of anorexia and bulimia nervosa among adolescents: A case series. *Cognitive and Behavioral Practice*, doi:10.1016/j.cbpra.2008.04.001.
- Linehan, M.M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Telch, C. E., Agras, W. S., & Linehan, M. (2000). Group dialectic behavior therapy for binge-eating disorder: A preliminary, uncontrolled trial. *Behavior Therapy*, 31, 569-582.
- Telch, C. E. (1997). Skills training treatment for adaptive affect regulation in a woman with binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 77-81.
- Wilfley, D. E., & Cohen, L. R. (1997). Psychological treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 437-454.



**Deprem ve Ruh Sağlığı Sempozyumu: Afetlerde Sağlık Çalışanlarında Ruh Sağlığını Güçlendirme  
Sağlık Çalışanlarında İkincil Travmadan Korunma: Ruh Sağlığını Güçlendirmek İçin Bireysel Olarak Neler  
Yapılabilir?**

**Selin Tanyeri Kayahan**

*T.C. Sağlık Bakanlığı Yalvaç Devlet Hastanesi, Isparta*

İkincil travma veya ikincil travmatik stres, bir başkasının yaşadığı travmatik bir olayı bilmekten veya travma yaşayan bir kişiye yardım etmekten kaynaklanan stres ile sonucunda ortaya çıkan doğal duygu ve davranışları ifade eder. Tüm sağlık çalışanları, özellikle travma alanında çalışanlar, ikincil travmatik stres açısından risk altındadır (Zara ve İçöz 2015). İkincil travmatik stres sağlık çalışanlarında tükenmişlik, travmatik olaya dair öğrenilenleri zihinde canlandırma ve yeniden yaşantılama, odaklanma güçlükleri, kaygı, öfke, umutsuzluk gibi duygusal, bilişsel, davranışsal ve fiziksel pek çok belirtiyeye neden olabilmektedir. Sıklıkla görülen bu belirtiler söz konusu travmanın doğasına ya da sağlık çalışanın kişisel ve mesleki koşullarına göre değişebilir. Sağlık çalışanlarında ikincil travmatik stres konusunda yayımlanan bir derlemede, travma ile çalışan ruh sağlığı profesyonellerinde ikincil travmatik stres belirtilerinin yaygın olarak görüldüğü ancak bu belirtilere müdahale yöntemlerine dair bilgilerin son derece kısıtlı olduğu bildirilmiştir (Bercier ve Maynard 2015). Bu alanda ruh sağlığını güçlendirme ve koruyucu önlemler oldukça önemlidir.

«Çevresi içinde birey» yaklaşımıyla ele alındığında ikincil travmanın oluşumu, doğası gereği önlenemez bir durum değildir. Çevredeki sistemlerde meydana gelen her türlü değişim bireyi de etkilemektedir. Bu nedenle travma yaşamış kişilerle çalışan sağlık çalışanlarının bu durumdan değişken düzeylerde etkilenmesi kaçınılmazdır. Ancak ikincil travmatik stres ve sonuçlarından korunmak mümkündür. Burada birbiriyle iç içe geçen ve birbirini tamamlayıcı özellikte olan bireysel ve kurumsal yöntemler öne çıkmaktadır. Bu uygulamalar genel olarak farkındalık çalışmaları ve öz bakım planlamaları, destek grupları ve süpervizyon, bilgilendirme ve müdahale olarak üç başlıkta incelenebilir. Sağlık çalışanlarında ikincil travmadan korunmaya ve ruh sağlığını güçlendirmeye yönelik bireysel yöntemler iş-yaşam dengesi, farkındalık, bilgilendirme, monitörizasyon ve yardım isteme olarak sıralanabilir. İyi bir iş-yaşam dengesi ve iş yükünün kontrolü, kişisel ve sosyal ilişkilerin aktif şekilde sürdürülmesi, bireylerin meslekleri dışında çeşitli ilgi alanlarının bulunması, strese baş etmeye yönelik aktiviteler, sosyal destek ağlarıyla etkin iletişim ruh sağlığını güçlendirme açısından önem taşımaktadır. Sağlıklı yaşam tarzı tercihleri, dengeli ve sağlıklı beslenme ile düzenli fiziksel egzersiz ve uyku hijyeni, kişisel öz bakım kapsamında değerlendirilmektedir.

Sağlık çalışanlarının ikincil travmatik stres belirtilerine dair farkındalığının artması ve bunları tanıyabilecek şekilde donanım kazanması, bu amaçla bilgilendirme aktivitelerine katılımı son derece önemlidir. Bu konuda alınacak eğitimler, sağlık çalışanın maruziyeti tahmin etmesine, tepkilerini izlemesine ve bunları gözlemlediğinde ne yapması gerektiğini bilmesine hazırlık için gereklidir. Sağlık çalışanlarının kurumların desteğiyle travma ve travma sonrası stres belirtileri, ikincil travmaya maruziyetle ilgili riskler ve kendi dayanıklılıklarını artırma yolları hakkında sürekli, kanıta dayalı eğitim ve öğretime katılmaları önerilmektedir. Sağlık çalışanın yardım eden kişi rolüyle yakından ilişkili olan kimi tutum ve değerler ikincil travmaya bağlı stresten koruyucu rol oynayabilir. Burada kastedilen kişinin iyilik hâlini desteklemek amacıyla, işinin gerektirdiği zor duygulara ve deneyimlere açık olmayı, anlam ve amaç kazandırmayı sağlayan belirli kabul ve değerleri tanımlaması, geliştirmesi ve hayata geçirmesidir.

Sağlık çalışanlarının kendi iyilik hallerini aktif olarak izlemesi, bireysel olarak önerilen uygulamalardan bir diğeridir. Sağlık çalışanın ikincil travmaya maruz kalmayla ilgili düşünce ve duygularını paylaşabileceği güvenilir meslektaşlarından oluşan bir ekibin bulunması bu anlamda çok önemlidir. Son olarak, sağlık çalışanlarının ikincil travmatik stres belirtileriyle karşılaştıklarında ihtiyaç durumunda bir ruh sağlığı uzmanına başvurabilmesi ve destek gruplarına kolaylıkla ulaşabilmesi, ruh sağlığını güçlendirme açısından büyük önem taşımaktadır (Bride ve ark. 2023).

**Kaynaklar:**

- 1- Bercier ML, Maynard BR (2015) Interventions for Secondary Traumatic Stress With Mental Health Workers: A Systematic Review. Soc Work Pract 25(1): 81-9.
- 2- Bride BE, Sprang G, Hendricks A ve ark. (2023) Principles for STS-informed practice: An expert consensus approach. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy.
- 3- Zara A, İçöz FJ (2015) Secondary Traumatic Stress in Mental Health Workers in Turkey. J Clin Psy 18(1): 15-23.



## **Şema Terapi Perspektifinden Travma; Akut Travma Durumlarında Şema Terapi ve Mindfulness Teknikleri Ayşe Döndü**

*Aydın Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği*

Olumsuz yaşam deneyimlerine karşı gösterilen ruhsal tepkiler çok uzun süreden buyana araştırmacıların en çok ilgilendiği konular arasındadır. Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması Onuncu Baskısı (ICD-10) travmaya tepki olarak ortaya çıkan ruhsal bozuklukları F43 başlığı altında üçe ayırarak incelemektedir: Akut Stres Bozukluğu (ASB) (F43.0), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) (F43.1) ve Uyum Bozuklukları (F43.2).

TSSB, travmatik bir olaya maruz kaldıktan sonra ortaya çıkan ve yeniden yaşantılama, kaçınma-küntleşme ve aşırı uyarılmışlık belirtileri ile kendini gösteren bir sendromdur. Travmatik olaylar kişinin yaşam bütünlüğünü tehdit eden olaylardır. Kişilerin bu tür olayları doğrudan yaşamaları kadar, böyle olayların bir başkasının başına gelmesine tanık olmaları veya sevdiklerinin başına gelmiş olduğunu öğrenmeleri de olayların duygusal açıdan travmatik olmasını sağlar. Travmatik olaya verilen cevap, korku, dehşet ve çaresizliği içerir. TSSB de belirtiler bir aydan daha uzun sürer. Belirtilerin 2-30 gün sürmesi ve dissosiyatif belirtilerin eşlik etmesi durumu ise Akut Stres Bozukluğu olarak tanımlanmaktadır.

Şema terapi değiştirilmesi zor, çocukluk ve ergenlik döneminde belirgin kökenleri bulunan psikolojik rahatsızlıklar için tasarlanmış Bilişsel, davranışçı, kişiler-arası, yaşantısal teknikleri birleştiren bütünleştirici bir teori ve tedavi yöntemidir. Young tarafından yaşam boyu tekrarlayan yıkıcı duygusal ve bilişsel örüntüler olarak tanımlanan erken dönem uyumsuz şemalar ve şemalarla başa çıkma şekillerinin araştırılması gerektiğini ifade etmektedir. Başka bir deyişle, hastalığı sürdüren şemalar değiştirilmediği takdirde kişide var olan bozuklukların tam olarak ortadan kalkması gerçekleşmeyebilir. Şema terapi bireyin erken dönem travmaları aracılığıyla hem geçmiş hem şimdiki travmalarını iyileştirmek için düzeltici duygusal deneyim sağlanmasıdır.

Kişinin yaşadığı travmatik deneyimlerin oluşturduğu belirli şemalar veya kalıplar ortaya çıkabilir. Bu şemalar, kişinin güvenlik, kendine güven, ilişkiler ve dünya görüşü gibi çeşitli alanlarda etkili olabilir.

Travma sonrası stres, kişinin yakın ilişkilere olan güvenini zedeleyebilir. Bu, kişinin terk edileceği veya reddedileceği korkusunu içeren bir şemaya yol açabilir. (terk edilme şeması)

Kişi, yaşadığı travmatik deneyim sonucunda dünyanın adil olmadığına inanabilir. Bu şema, öfke, haksızlık duygusu ve mağduriyet duygularını tetikleyebilir. (haklılık şeması)

Travmatik bir deneyim yaşamış kişiler, dünyayı ve diğer insanları güvensiz olarak algılayabilirler. Bu şema, kişinin başkalarına güvenmekte zorlanmasına ve sürekli bir tehdit altında olduğunu hissetmesine neden olabilir.

Mindfulness pratiği, kişinin içsel dünyasına odaklanmasına yardımcı olur. Bu durum travmatik deneyimlerle başa çıkmak için kullanılabilir. Derin nefes alma, beden taraması ve meditasyon gibi farkındalık egzersizleri, zihinsel ve duygusal dengeyi sağlamada yardımcı olabilir. Mindfulness, şu anın farkına varmayı teşvik eder. Travmatik deneyimler geçmişte yaşanmış olsa da, şu anın farkına vararak kişinin kendini güvende hissetmesini sağlayabilir. Bu, endişelerin ve korkuların gelecekle ilgili olmadığı, şu anla ilgili olduğunu farketmeye yardımcı olabilir. Travma sonrası stres bozukluğu gibi durumlarda, duygusal regülasyon önemlidir. Mindfulness pratiği, duyguları daha iyi tanımaya ve kişinin kontrol etmesine yardımcı olabilir. Travmatik deneyimler sıklıkla kişinin kendine yönelik olumsuz düşünceleri ve öz eleştiriyi artırabilir. Mindfulness, kendine şefkat ve kabul üzerine odaklanmayı destekler. Kişinin kendini eleştirmeden ve yargılamadan kabul etmeye çalışmasını, travma sonrası iyileşme sürecini kolaylaştırır.

### **Kaynaklar**

Price J.P . Cognitive schemas, defence mechanisms and posttraumatic stress symptomatology. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2007; 80: 343–353.

Young J.E. , Klosko J.S. , Weishar M.E . Schema therapy: A practitioner's guide. 2003; New York: Guilford Press



**Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Bilişsel Modelin Ötesinde Şema Terapi İle  
Çalışmanın Tedavideki Yeri**

**Canan Bayram Efe**

*Serbest Hekim*

Şema Terapi J.Young tarafından, bilişsel davranışçı yaklaşımdan köken alarak geliştirilen ve başlangıçta yaşam boyu devam eden kronik sorunlara yönelik uygulanan bütüncül bir tedavi yaklaşımıdır. Bilişsel davranışçı ekol, psikodinamik ekol, kişiler arası ilişkiler kuramı, bağlanma kuramı ve nesne ilişkileri kuramlarının etkili tekniklerinin bütüncül bir şekilde uygulandığı bir terapi yöntemidir. Başlangıçta kronik süreçlerin tedavisi ile ilişkilendirilirse de sonrasında Eksen 1 grubu psikopatolojilerin tedavisinde de kullanılmaya başlanmıştır. Travma sonrası stres bozukluğunda da şema terapinin etkili olduğunu bildiren yayınlar bulunmaktadır. Travma sonrası stres bozukluğunda klinik; travmatik olayın yeniden yaşantılanması, travmayı çağrıştıracak içsel ve dışsal uyarlardan kaçınma ve artmış uyarılmışlık olarak üç ana başlıkta ele alınmaktadır. Travma sonrası stres bozukluğunda, etkenin tanımlanması ve özellikle psikolojik faktörlerin fiziksel faktörlerden daha belirgin olması sebebi ile psikoterapiler tedavi süreci için özellikle önerilmektedir. Travmaya bağlı bilişsel, duygusal ve davranışsal problemleri ele almakta psikoterapötik yaklaşımlar kullanılmaktadır. Yaşantıların depolandığı ve geri getirildiği bellek yapısına otobiyografik bellek denilir. Travmatik veya stres verici olaylarda bu anıların otobiyografik bellekteki ulaşılabilirliği artar. Travmatik anılar gün içinde sıklıkla akla gelir. Şema terapide yaygın kullanılan yaşantısal tekniklerden olan imgeleme ile yeniden yaşantılama otobiyografik bellek üzerinden travmatik anıya müdahalede bulunmaktadır. Yapılan imgeleme ile yeniden yaşantılamada kişinin geçmiş yaşam rahatsız edici olan anılarına yönelik duygu yoğunluğunun azalması, anlamlandırılmalarının değişmesinin travma sonrası stres bozukluğunda etkili olduğu belirten çalışmalar bulunmaktadır. İmgeleme ile yapılan işlemlenin yapıları bilişsel müdahaleden üstün olduğunu bildiren yayınlar bulunmaktadır. Bilişsel davranışçı psikoterapi ile yanıt alınamayan olgularda şema terapinin etkili bir yöntem olarak kullanılabileceğini unutulmamalıdır.

Travma sonrası stres bozukluğu tedavi süreçlerinde psikoterapötik yaklaşımlar vazgeçilmez tedavi basamaklarıdır. Bu alanda yapılacak daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Şema terapi için de benzer çalışmalar klinisyenler için faydalı olacaktır.

**Kaynaklar:**

- 1.Morina, N., Lancee, J., & Arntz, A. (2017). Imagery rescripting as a clinical intervention for aversive memories: A meta-analysis. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 55, 6-15.
2. Prinz, J. N., Lutz, W., Bar-Kalifa, E., & Rafaeli, E. (2016). Imagery Rescripting and Psychophysical Relations Based on the ImRs-Therapy Concept Used for Test Anxiety: Review and First Experience. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 66(12), 481-485.



## **Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Şemalar Üzerinden Açıklanması**

**Gözde Yontar**

*Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği*

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) herkes tarafından ağır bir stres kaynağı olarak görülebilecek sıra dışı travmatik bir yaşantıdan sonra ortaya çıkan ve bu travmatik olaya dair istemsiz yineleyici anılar, tepki göstermede yavaşlama, etkinliklere katılım ve ilgide azalma, süregen olumsuz duygudurumu gibi belirtilerle karakterize psikiyatrik bir bozukluktur (1). Bireyler dünya ile ilgili algılarını ve yaşantılarını belirli kalıplar içerisinde sınıflandırır. Bu sınıflandırma, yaşam deneyimleri ile elde edilen bilgilerdir. Bu sınıflandırmalar erken çocukluk ve ergenlik döneminde oluşmaya başlar ve yaşam boyu gelişmeye devam ederler. Şemalar değişmeye dirençli oldukları için bireylerin yaşama bakış açıları da bunlara bağlı olarak değişime dirençlidir (2).

Travmatik yaşantılar bireyin dünya ile ilgili algılarının değişmesine neden olabilir. Bilişsel yeniden yapılanma, bireylerin yaşamları ile ilgili gerçekliği travma sonrasında yeni şemalar geliştirerek algılamalarına neden olur. Travma sonrası gelişmiş olan bu şemalar ise değişime daha dirençlidirler. Karatzias ve ark. (3) travma yaşamış bireylerin sahip oldukları psikopatolojiler ve bunların erken dönem uyumsuz şemalar ile ilişkilerine bakmıştır. Travma yaşamış bireylerin erken dönem uyumsuz şemalarının tümünde yükselmeler bulunmuştur.

Panelimizde, TSSB tanısı bulunan bireylerin daha kalıcı ve değişime dirençli olan şemalarının değiştirilmesinin, olguların terapötik sağaltımlarındaki rolü üzerinde durulacaktır.

### **Kaynaklar:**

1. American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc..  
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
2. Cockram DM, Drummond PD, Lee CW. Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam Veterans with PTSD. Clin Psychol Psychother. 2010 May-Jun;17(3):165-82. doi: 10.1002/cpp.690. PMID: 20486158.
3. Karatzias T, Jowett S, Begley A, Deas S. Early maladaptive schemas in adult survivors of interpersonal trauma: foundations for a cognitive theory of psychopathology. Eur J Psychotraumatol. 2016 Sep 16;7:30713. doi: 10.3402/ejpt.v7.30713. PMID: 27642181; PMCID: PMC5027329.



## **Şema Terapide Erken Dönem Karşılanmamış İhtiyaçların ve Çocukluk Çağı Travmatik Deneyimlerin Önemi**

Hanife Kocakaya,

*Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı*

Erken dönem uyumsuz şema kişinin kendisi ve başkalarıyla olan ilişkilerine dair, çocukluk veya ergenlik döneminde geliştirdiği, yaşamı boyunca detaylandırdığı ve önemli ölçüde işlevsiz hale getirdiği anılar, duygular, bilişler ve bedensel duyumlardan oluşan tema veya örüntü olarak tanımlanmaktadır. Erken dönem uyumsuz şemaların depresyon, kişilik bozuklukları ve bağlanma dahil olmak üzere bir çok psikiyatrik tablonun gelişmesine ve devam etmesine katkıda bulunduğu bildirilmiştir. bu görüşten yola çıkarak, Young (1990) geleneksel bilişsel terapiye yanıt vermeyen yaygın, uzun süreli psikolojik zorlukların (ör; kişilik bozuklukları) tedavisine yardımcı olması amacıyla Şema Terapi tanımlanmıştır.

Young'ın Şema Terapi'sinin altında yatan temel ilke, erken dönem uyumsuz şemaların travmatik olaylara ve çocuklukta karşılanmamış duygusal ihtiyaçların tekrarlanan deneyimlerine yanıt olarak oluştuğudur. Young Şema Modeli, olumsuz çocukluk olaylarını dört türe ayırır: (a) ihtiyaçların toksik olarak engellenmesi, (b) travmatizasyon ve mağduriyet, (c) aşırı şımartılma veya aşırı korunma ve (d) seçici içselleştirme veya özdeşleşme. İhtiyaçların toksik olarak engellenmesinin "Duygusal Yoksunluk ve Terk Edilme" gibi şemalar geliştirilmesine neden olabileceği bildirilmiştir. Çocukluk döneminde travmatizasyon veya mağduriyet gibi deneyimler yaşamının ise "Güvensizlik ve Kusurluluk/Utanç" gibi şemalarla ilişkili olduğu varsayılmıştır. Çocuklar aşırı şımartılır ya da aşırı korunursa, eylemlilik ve sağlıklı sınırlara yönelik ihtiyaçlar yeterince karşılanmaz ve ebeveynler çocuğun hayatına aşırı derecede dahil olabilir. Bu durum "Bağımlılık" şemasının gelişmesine yol açabilir. Seçici içselleştirme veya özdeşleşme ise, çocuğun ebeveyninin düşünce ve davranışlarıyla özdeşleşmesini ve bunları benimsemesini tanımlar. Bu durum çocukların olaylar karşısında ebeveynlerine benzer davranışlar sergilemelerine (ör; karamsarlık) yol açabilir.

Alan yazında erken dönem uyumsuz şemaların oluşumunda duygusal istismar ve ihmalin etkili olduğunu gösteren çalışmalar bu görüşü desteklemektedir. Benzer şekilde Rezaei ve Ghazanfari, ÇÇTÖ (Çocukluk Çağı Travma Ölçeği) alt boyutları ile erken dönem uyumsuz şemalar arasında pozitif ve orta şiddette korelasyon bulmuşlardır. Ayrıca yapısal eşitlik modeli sonucunda, çocukluk çağı travmalarının erken dönem uyumsuz şemaları yordayıcı özellik gösterdiği bildirilmiştir. Zheng ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan araştırmada ise, duygusal istismarın erken dönem uyumsuz şemaların yoksunluk ve duygusal boyun eğdirme alanlarıyla anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca, cinsel istismarın erken dönem uyumsuz şemaların terk edilme, savunmasızlık ve bağımlılık/yetersizlik alanlarıyla önemli ölçüde ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.

Sonuç olarak, çocukluk çağı travmaları, erken dönem uyumsuz şemalar ve psikiyatrik tablolar arasındaki ilişkileri destekleyen birçok çalışma bulunmaktadır.

### **Kaynakça**

1. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy: A practitioner's guide. Guilford Press.
2. Pilkington PD, Bishop A, Younan R. Adverse childhood experiences and early maladaptive schemas in adulthood: A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Psychother. 2021 May;28(3):569-584. doi: 10.1002/cpp.2533. Epub 2020 Dec 10. PMID: 33270299.
3. Rezaei, M., Ghazanfari, F., & Rezaee, F. (2016). The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experimental avoidance on depression: A structural equation modeling. Psychiatry Research, 246, 407–414. <https://doi.org/10.1037/t44552-000>



**"Pembe Tezkere"den Güncel Uygulamalara: Asker Muayenelerinde Cinsiyet Kimliği ve Cinsel Yönelim ile İlgili Değerlendirmeler**  
**Cansu Ünsal**

*Silifke Devlet Hastanesi*

Türk Silahlı Kuvvetleri (TSK), Jandarma Genel Komutanlığı ve Sahil Güvenlik Komutanlığı mensubu olan personel adayları, öğrenciler ve halihazırda çalışan personellerin sağlık açısından göreve uygunlukları ve ilgili işlemler "TSK, Jandarma Genel Komutanlığı ve Sahil Güvenlik Komutanlığı Sağlık Yetenek Yönetmeliği (SYY)" temel alınarak değerlendirilmektedir. Önceleri askerlik ile ilişkili sağlık işlemleri ve diğer sağlık hizmetleri askeri hastanelerde gerçekleştirilmekteyken, 2016 yılından itibaren askeri sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi nedeniyle bu hizmetler Sağlık Bakanlığı bünyesindeki ilgili hastanelere bırakılmıştır. Uzmanlık eğitimi süresince değerlendirme süreçleri, askeri işleyiş ve ilgili yönetmelik hakkında kısıtlı bilgiye sahip olunması nedeniyle klinik pratikte psikiyatri hekimlerinin zorluk yaşadığı bilinmektedir.

Askerliğe elverişlilik halinin değerlendirilmesi sırasında yönetmeliğin "Hastalıklar ve Arızalar Listesi"nin "Ruh Sağlığı ve Hastalıkları" başlığında yer alan tanımlamalar kullanılmaktadır. Bu bağlamda yönetmelikte cinsiyet kimliği ve cinsel yönelimle ilişkili olarak 17. madde D dilimi 4. fıkrasında yer alan "Cinsel kimlik ve davranış bozukluğu" başlığı yer almaktadır. Bu başlıkta "Cinsel tutum ve davranışlarının askerlik ortamında uyum ve işlevsellik sorunu yaratan ya da yaratacağı değerlendirilen olgular" tanımlaması yapılmış olup, bu madde kapsamında değerlendirilen bireylerin askerliğe elverişli olup olmadığına dair sağlık kurulu raporu oluşturulmaktadır.

Tanı olarak ilk kez 1980'de yayınlanan DSM-III'te "Cinsel Kimlik Bozukluğu (Psikoseksüel Bozukluklar)" şeklinde yer alan transseksüalite, son olarak DSM-5'te ise "Cinsiyet Disforisi/Cinsel Kimliğinden Yakınma (Hoşnut Olmama)" olarak tanımlanmıştır. Bu bağlamda cinsel kimliğinden yakınan bireyler yapılan rutin incelemeler, detaylı psikiyatrik değerlendirme ve izlem sonucunda tanı konusunda netlik sağlandığında hormonal ve cerrahi olarak cinsiyet değiştirme sürecine dahil olabilir. Bununla birlikte olağan cinsel yönelimlerden biri olan eşcinsellik ise 1973 tarihinde Amerikan Psikiyatri Birliği ve 1993 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü tarafından hastalık sınıflandırmasından çıkarılmış olup, ICD-10'da "cinsel yönelim tek başına bir rahatsızlık/hastalık olarak kabul edilemez" ifadesi yer almaktadır.

Günümüzde halen toplum tarafından sapkın olarak gösterilmeye çalışılan transseksüel ve eşcinsel bireylerin sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere farklı alanlarda ciddi sorunlarla sıklıkla karşılaştığı bilinmektedir. Bu alanlardan biri olan askerlik muayenelerinde eşcinsel ve transseksüel bireylerin değerlendirilmesi sırasındaki belgelendirme ve usul süreç içerisinde değişkenlik göstermiştir. Bu konuşmada cinsiyet kimliği ve cinsel yönelimle ilgili geçmiş ve günümüzdeki askerliğe elverişlilik hali değerlendirmeleri klinik uygulamalar çerçevesinde ele alınacaktır.

**Kaynakça**

1. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.20158136.pdf>
2. Yürekli, A., Botsalı, A., & Çalışkan, E. (2021). Türk Silahlı Kuvvetleri sağlık yeteneği yönetmeliği yorumlama tavsiyeleri. *TÜRKDERM-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi*, 55(2), 61-69.
3. Şahin, D. (2021). Cinsiyetinden Hoşnut Olmama: Psikiyatrik Açıdan Tanı, Değerlendirme ve Raporlama Süreçleri. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine*, 84(S-1), 1-3.





## Resmi Kurumlardan Cinsiyet Kimliği ve Cinsel Yönelimle İlgili Değerlendirme Taleplerinde Psikiyatrik Uygulamalar

### Cezaevleri ve LGBTİ+ Psikiyatristin Sınır ve Sorumlulukları

Gökhan Eşim

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD

LGBTİ+ mahkumların psikiyatrik değerlendirmesi, ıslah tesislerinde uygun ve etkili sağlık hizmetinin önemli bir unsuru olarak kabul edilmelidir. Bu değerlendirme sürecinde psikiyatristler, cezaevinin özel koşullarını ve LGBTİ+ bireylerin özel ihtiyaçlarını dikkate alarak hareket etmelidirler. Bu konu, günlük pratiğin dışında kaldığı için cezaevlerindeki LGBTİ+ bireylerin değerlendirilmesi, psikiyatristler için bazı zorluklar içerebilir.

Dünya genelinde, cezaevlerinin çoğu mahkûmları doğumda atanmış cinsiyete göre ayrı tutar ve yerleştirir. Bu nedenle, transgender bireylerin, kendilerine uygun koşulların tespiti konusunda zorluklar yaşanabilir. LGBTİ+ bireyler ve özellikle trans bireylerin, özellikle bu aşamada psikiyatrik değerlendirme amacıyla yönlendirilebildikleri bilinmektedir. Bu yaklaşım, LGBTİ+ bireylerin taleplerinin ve ihtiyaçlarının göz ardı edilmesine, değerlendirmenin sadece bir rapor düzenleme işlemine indirgenmesine yol açabilir. Bu nedenle, psikiyatristler mahpus LGBTİ+ bireylerin karşılaşılabileceği psikososyal zorluklar hakkında bilgi sahibi olmalı ve değerlendirmelerini bu bilgiler ışığında yapmalıdırlar. Bu zorluklar genel hatları ile ayrımcılık ve şiddet, yerleştirme, sağlık hizmetlerine erişim, cinsiyet uyum süreci başlıkları altında ele alınabilir.

Cezaevlerinde LGBTİ+ bireylere yönelik ayrımcılık ve şiddet olasılığının yüksek olduğu belirtilmiştir. Ayrımcılık LGBTİ+ bireylerin günlük aktivitelerden dışlanmasından fiziksel, ruhsal ve cinsel saldırıya kadar uzanan geniş bir yelpazede görülebilir.

LGBTİ+ mahpusların ve özellikle trans bireylerin yerleştirilmesi ve alıkonulma koşulları, bu bireyler için bir stres faktörü haline gelebilir. LGBTİ+ bireyler için ayrı koşul uygulamaları, saldırı riskini azaltma amacıyla olumlu bir yaklaşım olarak değerlendirilebilir. Ancak, LGBTİ+ bireylerin özel koşulların her cezaevinde bulunmaması nedeniyle diğer cezaevlerine sevk edilmeleri aileleri ile bağlantılarının kesilmesine yol açabilir. Bunun yanı sıra aynı cezaevinde farklı bir koşula tek başına yerleştirilmeleri tecrit uygulamalarına neden olabilir. Bu durumlar, adeta çifte ceza etkisi yaratarak LGBTİ+ bireylerin yaşadığı olumsuzluklara katkıda bulunabilir. Bu nedenle özellikle trans bireylerin değerlendirilmesi sırasında psikiyatristlerin bu bireylerin öznel gereksinimlerini göz önünde bulundurarak değerlendirme yapmaları önem taşımaktadır.

Dikkate alınması gereken bir diğer önemli husus da LGBTİ+ mahpusların sağlık deneyimleri ve sağlık hizmetlerine erişimidir. Cinsel azınlıklar halihazırda yaşadıkları azınlık stresi nedeniyle olumsuz sağlık sonuçlarına yatkın durumdadırlar. Cezaevi deneyimlerinin azınlık stresinde artışa sebep olabilmesi ve ıslah ortamında tedavi eksikliği nedeniyle LGBTİ+ mahkumların genellikle önceden var olan ruh sağlığı bozuklukları ve madde bağımlılığı sorunlarının artmasına ve yeni sorunların ortaya çıkmasına sebep olabilir. Çalışmalar, LGBTİ+ mahkumların karşılaştığı kötü sağlık sonuçlarını ve sağlık hizmetlerine erişim eksikliğini vurgulamıştır (Hughto vd., 2018; McCauley vd., 2018). (Routh ve ark., 2015).

Bunların yanı sıra cinsiyet uyum sürecinde olan ya da henüz uyum sürecine başlamamış ancak keşif aşamasında olan trans bireyler açısından cezaevi koşulları trans bireylerin cinsiyet uyum sürecinde gereksinim duydukları psikososyal ve tıbbi müdahalelerden mahrum kalmalarına sebep olabilmektedir. Bu sebeplerle cezaevindeki trans bireylerin psikiyatrik ve fiziksel olarak olumsuz sağlık sonuçları ile karşılaşma olasılıkları artmaktadır.

Sonuç olarak, trans mahkumların psikiyatrik değerlendirmesi, kendilerine özgü sağlık ihtiyaçlarının, aile dinamiklerinin ve destek sistemlerinin etkisinin, ıslah ortamlarında karşılaştıkları zorlukların ve insan ve cinsiyet haklarının korunmasının önemini kapsamlı bir şekilde anlaşılmasını gerektirir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları bu faktörleri ele alarak trans mahkumlara uygun ve etkili psikiyatrik bakım sağlayabilir.

### Kaynaklar

- 1) Amil, B. , Balcıoğlu, Y. H. & Öncü, F. (2021). Cezaevi Popülasyonunda Dünya Örnekleriyle Ruh Sağlığı Uygulamaları ve Yol Haritası . Current Research and Reviews in Psychology and Psychiatry , 1 (1) , 46-76 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/crrpp/issue/68586/1075478>



- 2) Bülül, A., & BAŞAR, K. (2023). HAPSEDİLME, CİNSEL KİMLİK VE SAĞLIK. Community & Physician/Toplum ve Hekim, 38(1).
- 3) White Hughto, J.M., Clark, K.A., Altice, F.L., Reisner, S.L., Kershaw, T.S. and Pachankis, J.E. (2018), "Creating, reinforcing, and resisting the gender binary: a qualitative study of transgender women's healthcare experiences in sex-segregated jails and prisons", International Journal of Prisoner Health, Vol. 14 No. 2, pp. 69-88. <https://doi.org/10.1108/IJPH-02-2017-0011>



## Ruminasyonda Beyin Aktivitesi ve Bağlantısallık

Emre Mısır

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

Belirsizlik, hedef ve mevcut durumun uyuşmaması ve olumsuz duygulara yanıt olarak düşüncelerin bir konu etrafında dolanıp durması olarak tanımlanan ruminasyon depresif bozukluk için önemli bir risk faktörüdür. Özellikle sorun çözme hedefinden ziyade olumsuz temalardan uzaklaşamama ile karakterize saplantılı düşünme (brooding) tipi ruminasyon depresyon tedavisinde de bir hedef haline gelmiştir. Son dönemde giderek artan ilginin odağı olan ruminasyonun nörobiyolojisine dair çalışmalarda ruminasyon, ipuçları veya olumsuz uyarılarla indüklenerek sıklıkla dinlenim durumunda incelenmektedir. Tutarlı olarak varsayılan mod ağı (default mode network; DMN) bağlantısallığında artış olduğu bildirilmiştir. Frontoparietal ağı DMN üzerindeki kontrolünde yetersizlik ve önemlilik ağının (salience network; SN) düzenleyici aktivitesinde bozulma, diğer önemli bulgular arasındadır (Lydon-Staley ve ark., 2019). Son yıllarda yapılan dinamik fonksiyonel bağlantısallık çalışmaları önemlilik ağının düzenleyici rolündeki bozulmayı daha net bir şekilde ortaya koymuştur. Aynı zamanda bilişsel esneklikte azalmaya da işaret edecek şekilde frontoparietal ağ bağlantısallığının stabilitesinde artış ve DMN bağlantısallığında stabilitede azalma gösterilmiştir. Bölgesel düzeyde posterior singulat korteks ve medial prefrontal korteks bağlantısallığı ve aktivitesinde artış ruminasyonla ilişkilendirilen en tutarlı bulgular arasındadır. Aynı zamanda anterior singulat korteks aktivitesinde artışın ruminasyonla ilişkisi gösterilmiştir. Böylece ruminasyon kişinin kendisiyle ilgili ve olumsuz uyarılara duyarlılığı arttırarak depresif duygudurumun devam etmesine neden olabilir. Yapılan çalışmalarda, bu etki doğrudan incelenmemiştir. Bununla birlikte olumsuz uyarılara amigdala yanıtında artış ve subgenual anterior singulat korteks (sgASK) aktivitesinde artış ile ruminasyon puanları arasında pozitif yönde korelasyon olduğu gösterilmiştir (Connolly ve ark., 2013). Bu bölgelerin uyarı değerinin işlenmesinden sorumlu olduğu bilinmektedir. Öte yandan olumlu uyarılara yanıt olarak aktivite artışı görülen ventral striatum aktivitesi ve ruminasyon ilişkisini gösteren yalnız bir çalışma bulunmaktadır.

Ruminasyon bedensel duymalara karşı artan hassasiyetle de ilişkili olabilir. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada, kara kara düşünme sol posterior insula ve sol parahipokampal girus/hipokampus arasındaki fonksiyonel bağlantısallık ile pozitif korelasyon göstermiştir (Li ve ark., 2022). Posterior insulanın interoseptif duyarlılıkla ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu bağlantı, somatik semptomların belirgin olduğu bazı depresyon türlerinde olduğu gibi, bedensel duymalarla zihinsel etkileşimin arttığı bireylerde özellikle önemli olabilir. Somatik belirtilerin baskın olduğu depresyon hastalarında ruminasyon ve insula bağlantısı arasındaki ilişkinin incelenmesi bu konuda daha fazla ipucu sunabilir.

Yapılan birçok çalışmaya rağmen ruminasyonun açıklığa kavuşturulması gereken noktaları bulunmaktadır. Mevcut yöntemlerin karanlık noktaları ortaya çıkarmada yetersiz kaldığı, bunun da ruminasyon ve depresyon arasındaki ilişkiyi açıklamayı zorlaştırdığı vurgulanmalıdır.

### Kaynaklar

Connolly, C. G., Wu, J., Ho, T. C., Hoeft, F., Wolkowitz, O., Eisendrath, S., Frank, G., Hendren, R., Max, J. E., Paulus, M. P., Tapert, S. F., Banerjee, D., Simmons, A. N., & Yang, T. T. (2013). Resting-State Functional Connectivity of Subgenual Anterior Cingulate Cortex in Depressed Adolescents. *Biological Psychiatry*, 74(12), 898–907. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.05.036>

Li, X., Qin, F., Liu, J., Luo, Q., Zhang, Y., Hu, J., Chen, Y., Wei, D., & Qiu, J. (2022). An insula-based network mediates the relation between rumination and interoceptive sensibility in the healthy population. *Journal of Affective Disorders*, 299, 6–11. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.11.047>

Lydon-Staley, D. M., Kuehner, C., Zamoscic, V., Huffziger, S., Kirsch, P., & Bassett, D. S. (2019). Repetitive negative thinking in daily life and functional connectivity among default mode, fronto-parietal, and salience networks. *Translational Psychiatry*, 9(1), Article 1. <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0560-0>



## Ruminasyonun Epidemiyolojisi ve Psikiyatrik Hastalıklarla İlişkisi Jamal Hasanlı

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Ruminasyon geçmişteki ve şimdiki olumsuz içeriğe odaklanan ve duygusal sıkıntıya neden olan tekrarlayıcı bir biliş biçimidir. Ruminasyon bireyin pasif ve ısrarlı bir şekilde kendi üzücü semptomlarını ve bu semptomların sebepleri ve sonuçları hakkında düşünmesi ve bu sıkıntının nedenini değiştirebilecek aktif problem çözme başlatmada başarısız olduğu sıkıntıya tepki verme örneği olarak tanımlanmaktadır. Treynor ve arkadaşları ruminasyonun temel olarak iki farklı alt tipini tanımlamıştır: brooding (kara kara ve saplantılı düşünme) ve reflection (derinlemesine düşünme) (Treynor ve ark.2003).

Ruminasyonla ilgili en yaygın teori Nolen-Hoeksema'nın Tepki Tarzları Teorisidir- Response Styles Theory (RST). RST'de ruminasyon, kişinin olumsuz duygularının nedenleri, sonuçları ve semptomları hakkında sürekli olarak düşünmesinden oluşur. Tepki tarzları teorisine (RST) göre, depresyondaki cinsiyet farklılıkları kısmen kadınların erkeklerden daha fazla ruminasyon yapma eğiliminden kaynaklanmaktadır. 2012 yılında ruminasyondaki cinsiyet farklılıklarını değerlendirmek için yapılan bir meta-analizde kadınların erkeklere nazaran ruminasyon puanlarının yüksek olduğu gösterilmiştir (Johnson & Whisman 2013).

Yapılan çalışmalarda majör depresif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, sosyal fobi, alkol kullanım bozukluğu, yeme bozuklukları ve yaygın anksiyete bozukluğu gibi birçok psikiyatrik hastalıkta ruminasyon puanlarında yükselme gösterilmiştir(2). Aynı zamanda ruminasyonun önemli bir transdiagnostik araç olduğu ortaya konulmuştur(3). Ruminasyon, çeşitli mekanizmalar yoluyla hem kaygıya hem de depresyona yol açabilir. Ruminasyon, depresyonun başlaması ve devam etmesinde önemli bir rol oynar ve ruminasyon ile depresyon birbirini çiftyönlü olarak etkiler. Ruminasyon depresyona yakınlık oluşturabildiği gibi, depresif bireyler daha fazla ruminatif düşüncelerle uğraşmaktadır. Ruminasyon depresyonda görüldüğü zaman prognozu kötü etkilemektedir. Nolen-Hoeksema ve arkadaşları sosyal destek ve cinsiyet gibi değişkenler kontrol edildiğinde, ruminasyonun sonraki altı ay için depresyon düzeyini hala tahmin edebildiğini bulmuşlardır. Sağlıklı ancak ruminasyon eğilimi olan bir birey kolaylıkla depresyona girebilir ve ruminasyon, depresyonu olan klinik hastaların hastalığını ağırlaştırabilir. Yüksek ruminasyona sahip bir birey, olumsuz bilişsel araçlarıyla bir konuyu sürekli olarak düşünmekte, olumsuz sonuçları büyütme, sürekli olarak şikayet etmekte ve hatta iç değersizliğini artırmakta; tüm bunlar depresyonu daha da güçlendirmektedir (Sun ve ark.2014). Birçok çalışmada ruminasyonun hem depresyon hem de anksiyete belirtilerindeki değişiklikleri öngördüğü bulunmuştur. Bir bütün olarak değerlendirildiğinde ruminasyon ve endişenin yalnızca birbirleriyle değil, aynı zamanda her birinin hem depresyon hem de anksiyete belirtileriyle ilişkili olduğu görülmektedir

### Kaynaklar

Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S (2003) Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis. Cogn Ther Res 27:247-259.

Johnson DP & Whisman MA. (2013). Gender differences in rumination: A meta-analysis. Pers Individ Dif 55: 367-374.

Sun H, Tan Q, Fan G, Tsui Q (2014) Different effects of rumination on depression: key role of hope. Int J Ment Health Syst 8:1-5.



### Ruminasyon bir lateral inhibisyon kusuru mudur?

Yasemin Hoşgören Alicı

Başkent Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

Ruminasyon bir çok psikiyatrik hastalığın gelişiminde ve prognozunda önemli bir etkiye sahip olan girici bir düşünce sistemidir. Patolojinin temelinde inhibisyon kusurları olduğu düşünülmektedir. Yapılan hayvan çalışmalarında ve insanlarda yapılan çalışmalarda hipokampusteki GABAerjik aktivitedeki değişikliğin bu intruziv düşüncelerin temelinde yer alabileceğini görüşünü ortaya atmıştır. İnsan görüntüleme çalışmaları, bireylere istenmeyen bir düşünce hatırlatıldığında ve düşünceyi farkındalıktan bastırmaya çalıştıklarında, sağ dorsolateral prefrontal korteksin (DLPFC) polisinaptik yollar aracılığıyla hipokampal aktiviteyi aşağı doğru düzenleyerek bastırılan içeriğin unutulmasına neden olduğunu göstermektedir. Kemirgen elektrofizyolojisi, hipokampüsteki GABAerjik internöron ağlarının tonik olarak inhibe edilmemesinin hipokampal ritimleri desenkronize ettiğini, genel aktiviteyi azalttığını ve hafıza işlevini bozduğunu göstermektedir. Spesifik olarak, prefrontal kontrol sinyalleri yerel hipokampal internöron ağlarındaki aktiviteyi tonik olarak artırabilir, hipokampus boyunca ana hücre aktivitesini inhibe edebilir, böylece hafızayı bozabilir. Bu hipotezden yola çıkarak hipokampusun lokalindeki GABAerjik tonun azalması, DLPFC'den kaynaklanan kontrol sinyallerinin inhibitör etkisini azaltarak istenmeyen içeriği bastırma yeteneğini tehlikeye atabilir. Aynı GABAerjik ton eksikliği, anormal derecede yüksek hipokampal aktiviteye (hipokampal hiperaktivite) de neden olabilir ve bu özellik ile intruziv semptomatoloji arasındaki yinelenen ilişkiyi açıklayabilir. Yakın zamanda yapılan önemli bir çalışmada istenmeyen düşünceleri bastırma becerisinin altında işlevsel olarak spesifik bir fronto-hipokampal inhibitör kontrol yolunun yattığını ve bu yolun işlevsel bütünlüğünün hipokampusa lokal GABAerjik internöron ağlarına bağlı olabileceği bildirilmiştir. Bu görüş hipokampal GABA aktivitesinin hipokampal hiperaktivite ve hipokampus ile prefrontal korteks arasındaki dinlenme durumu bağlantısının azalması ile ilişkili olması gerektiğini öne sürmektedir; ayrıca, müdahaleci semptomatoloji ile karakterize edilen bir dizi psikiyatrik bozuklukta ortaya çıkan varsayılan mod ağ aktivitesini bastırmada yaygın olarak ortaya çıkan zorluğu kısmen açıklayabilir. GABAerjik aktivasyondaki bu tonik bir etki gibi gözükse de lokal GABAerjik internöronlarda inhibisyonla ilgili sorular yeni çalışmalara gebedir. Yine intruziv düşünceler ve GABA ilişkisini araştıran bir başka çalışmada ACC içindeki GABA ve glutamat nörometabolizmasının stres tepkisinde işlevsel bir rolü olabileceği görüşünü iddia etmiştir. Sağlıklı bireylerde, hem eğilimsel hem de durumsal intruziv düşünce daha önce, hassaslaşmış duygusal, kardiyovasküler, otonomik, endokrin ve immün uyarılma ile gösterilen fizyolojik bir stres tepkisinin ortaya çıkmasıyla ilişkilendirilmiştir, kalp atımındaki ve nabızdaki yükselmeye ilişkili olabileceği düşündürmüştür. Bu panel sürecinde Ruminasyon ve GABAerjik sistemler arasındaki etkileşimler ele alınacak ve güncel hipotezler tartışılacaktır.

#### Kaynakça

- Narayan, G. A., Hill, K. R., Wengler, K., He, X., Wang, J., Yang, J., ... & DeLorenzo, C. (2022). Does the change in glutamate to GABA ratio correlate with change in depression severity? A randomized, double-blind clinical trial. *Molecular psychiatry*, 27(9), 3833-3841.
- Parrillo, C., Gazzellini, S., Cairone, L., Baldassari, G., Thayer, J., Giove, F., ... & Schettino, M. (2023). State-Dependent Aberrant Gamma-Aminobutyric Acid Reactivity and Downstream Functional Connectivity of Central Autonomic Network Subserve Pathological Intrusive Thinking.



**Bipolar Bozuklukta Lityum Yanıtı İlişkili GWAS Sonuçları**  
**Bilge Targıtay Öztürk**

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı*

Bipolar bozukluk depresyon ve mani/hipomani dönemlerinin tekrarları ile seyreden, dönemler arasında hastaların neredeyse tamamen işlevsel olduğu kronik bir bozukluktur. Bipolar bozuklukta %90'lara varabilen tekrarlama oranları mevcuttur, hastaların yarısından fazlası ilk 2 yıl içerisinde yeni bir hastalık dönemi yaşamaktadır ve hastalık %70 civarında yüksek bir kalıtlılabirlik oranına sahiptir (Rowland & Marwaha, 2018). Bipolar bozukluk tedavisinde lityum hala altın standart tedavi olarak yerini korumaktadır. Bipolar bozukluk tedavisinde ilk sıra ilaç tedavileri arasında yer almasına rağmen lityuma hastaların ancak %30 u iyi yanıt vermektedir ve %40 oranında tedaviye yanıtızlık ve yan etkiler nedeni ile ilaca devamsızlık gözlenmektedir. Bu iyi yanıt veren hastalar genellikle hastalık dönemleri arasında tam yatışma dönemlerinin gözleendiği, psikiyatrik ek hastalık öyküsü olmayan, ailesinde sık bipolar bozukluk ve lityuma iyi yanıt öyküsü bulunan klasik manik-depresif bozukluk örüntüsü gösteren hastalardır (Malhi & Outhred, 2016). Klinik değişkenler üzerinden lityum yanıtını saptamada yaşanan güçlükler, tutarlı periferik ve nörogörüntüleme belirteçlerinin bulunmayışı, hastalığın kendisinin ve lityuma tedavi yanıtının ailesel kümelenmeler göstermesi lityum yanıtının değerlendirilmesi için araştırmacıları genetik araştırmalar yapmaya itmiştir. Lityum yanıtının değerlendirilmesi için ilk genetik araştırmalar bipolar bozukluk nörobiyolojisi ve lityum etki mekanizmalarında yer aldığı düşünülen aday genler üzerine yapılmıştır. Aday gen çalışmaları, belli bir genin polimorfizmi ile lityum yanıtı arasında bir dizi ilişkiyi ortaya koymuştur. Ancak ikiden fazla sayıda araştırmada anlamlılık gösteren ve sonuçları tekrarlanabilen aday gen sayısı çok düşüktür. Polijenik olduğu düşünülen lityum yanıtının incelenmesinde birden çok genin ve bu genler içindeki birden çok varyantın eş zamanlı değerlendirmesinin daha etkili olacağını düşünen araştırmacılar tüm genom incelemesine olanak tanıyan genom çapında ilişki çalışmalarına (GWAS) yönelmişlerdir. Ancak GWAS'larda genom çapında ilişki eşliğini aşabilen sonuç sayısı kısıtlıdır ve çalışmalar küçük heterojen örneklerde gerçekleştirilmiştir. Polijenik risk hesaplaması ile ilişkili araştırmalar umut verici olmakla birlikte polijenik skorun başarısı başlangıç genom çapında ilişki çalışmalarının gücü ile ilişkili olduğu için sonuçların başarısı sınırlıdır (Pisanu, Meloni, Severino, & Squassina, 2022).

**Kaynaklar:**

Malhi, G. S., & Outhred, T. (2016). Therapeutic Mechanisms of Lithium in Bipolar Disorder: Recent Advances and Current Understanding. *CNS drugs*, 30(10), 931–949. <https://doi.org/10.1007/s40263-016-0380-1>

Pisanu, C., Meloni, A., Severino, G., & Squassina, A. (2022). Genetic and Epigenetic Markers of Lithium Response. *International journal of molecular sciences*, 23(3). <https://doi.org/10.3390/ijms23031555>

Rowland, T. A., & Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 8(9), 251–269. <https://doi.org/10.1177/2045125318769235>



**Şizofreni hastalarının iç dünyasını anlamak ve iyileştirmek**  
**Ayşen Esen Danacı<sup>1</sup>, Aslı Sarandöl<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Celal Bayar Tıp Fakültesi

<sup>2</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

Şizofreni ve diğer psikotik bozukların anlaşılmasında birçok model geliştirilmiştir. Bu çalışma grubunda psikotik bozuklukları açıklamaya çalışan psikanalitik kuramlara değinilecek, özellikle psikotik kendilik gelişimi hakkında kuramsal bilgi aktarılacaktır. Bu kuramsal çerçevede psikotik hastalarla psikoterapide dikkat edilecek unsurlar ve sanatın psikoterapide kullanılmasının kazanımları üzerinde durulacaktır. Sosyal yaşama uyumu zorlayan hastalık tablolarında hastanın zihninde ne olup bittiğini anlamak oldukça güçtür.

Hasta, kültüre yabancılaşma ve sosyal bağlamda kendine yer açmada engeller yaşamaktadır. Psikotik hastayla yapılan psikoterapide savunmaların güçlendirilmesi, stres kaynağı olan durumların gerçekçi şekillerde ele alınması hedeflenmelidir. Psikotik hasta kendini topluluğun üyesi olarak hissedemediği için acı çeker, simgesel biçimlerin kullanımında da başarısız olmaları nedeniyle söylenen sözün aracılığına güvenmez ve terapistleriyle bile ilişkiye girmeyi tehditkar algılayabilir. Sanatın psikoterapide araç olarak kullanılmasıyla dile dayalı psikoterapilerden farklı olarak sanat unsuru "öteki" ile ilişki için bir köprü oluşturur. Sanat unsuru aracılığı ile kendilik duygusunun gelişebilmesi, sanat ve bunu ifade etmeye çalışırken dil gibi eylemler ve simgesel biçimlerde de gelişmenin gerçekleşmesi sağlanabilmektedir. Tedavide sanat unsurları ile çalışmak simge öncesi yapıların ve ilişkilerin evrimi için uygun bir ortam işlevi görür, somut ve simgesel işlevsellik arasında bir ara-alan oluşturur. Sanat unsurları bilinç dışındaki malzemeyi bilinç öncesine taşır. Terapist ve hasta arasında üçüncü unsur (resim, kil, müzik vb.) başka türlü ifade edilemeyen düşünce ve duyguların dışsallaştırılmasına yardımcı olur. Sanatla psikoterapi ortamının talepkar olmaması da psikotik hastayla çalışırken olumlu bir katkı sağlayabilmektedir. Bu çalışma grubunda psikotik hastaların iç dünyalarını anlamak üzere katılımcıların hem teorik, hem de pratik anlamda bilgi ve uygulama fırsatı bulmaları hedeflenmiştir.

Anahtar kelimeler: psikoz, şizofreni, sanat, psikoterapi

**Kaynaklar**

1. Akhtar S (2009) Hasarlanmış Çekirdek, Kökenler, Dinamikler, Göstergeler ve Sağaltım (Çeviri Ed. A Eğrilmez). İzmir, Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Eğitim Hizmetleri.
2. Dickerson FB, Dixon L, Lehman AF (2007) Şizofreni: psikososyal tedaviler. In Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 8. Baskı (Eds. BJ Sadock ve VA Sadock, Çeviri ed: H Aydın ve A Bozkurt): 1456-1467. Ankara, Güneş Kitabevi.
3. Eracar N, Sarandöl A (2019) Ruhsal gelişim ve onarım için sanat: rehabilitasyon, uğraşı tedavileri ve psikoterapi uygulamalarında sanatla çalışmanın işleyişi ve etki mekanizması. In Ruhsal Bozuklukların Tedavi ve Rehabilitasyonunda Yaratıcı Sanat Psikoterapileri.



## 10 Soruda Travmatik Yaşantılar Tarifleyen Hastalar ve Uyku Problemlerine Yaklaşım

Oturum Başkanı: **Levent SÜTÇİGİL**

Konuşmacılar: **Süreyya AKYILDIRIM ÇOR, Nihan Nur CERAN GÜRLEK, Melike DUMAN AVCI**  
*Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD*

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), travmatik olaylar yaşamış ve bu olaylar sonrasında nöropsikolojik problemlerle karşılaşan kişileri tanımlamak amacıyla giderek daha fazla kabul gören bir terimdir. Bu travmatik olaylar tecavüz, hırsızlık, savaşta işkence, kazalar ve felaketler gibi anormal yaşam olaylarının ötesine geçen deneyimlerdir.

TSSB'nin oluşumunda, bireyin psikolojik dayanıklılığı, genetik faktörler, çevresel koşullar ve geçmiş psikiyatrik tedavilerin rolü büyüktür. Travma sonrası stres bozukluğu travmaya uğrayan bireylerde görülen tek bozukluk değildir. Travmaya uğramış bireylerde TSSB yanı sıra birçok sayıda ek semptom ve bozukluklar görülebilmektedir. Bunlardan bazıları çeşitli psikotik semptomlar, somatizasyon bozukluğu, kişilik değişiklikleri, uyum sorunları ve uyku bozukluklarıdır.

Uyku bozuklukları birçok hastalığın ortaya çıkmasında, sürmesinde ve yeniden alevlenmesinde tetikleyici bir rol oynamaktadır. TSSB açısından bakıldığında ise ikincil grup belirti olarak değerlendirilir ve TSSB tedavi edildikten sonra düzeleceği varsayılır. Ancak son araştırmalar, bu yaklaşımın yetersiz olduğunu düşündürmektedir.

Çeşitli uyku bozuklukları (kabuslar, uykusuzluk, ani uyanma, noktörmal panik atak, uyku apnesi ve periyodik uzuv hareketleri vb.), TSSB vakalarında oldukça yaygındır ve uyku bozukluklarının TSSB gelişimi için bir risk faktörü olabileceği birçok çalışmada belirtilmiştir. Ayrıca, bu uyku sorunlarının sonucu fiziksel aktivitenin azalmasıyla obezite ve diyabet gibi tıbbi sorunlara ve ek ruh sağlığı bozukluklarına yol açabileceği bildirilmiştir. Uyku bozuklukları, TSSB tedavisi tamamlandıktan sonra bile sıkça devam eden bir yakınma olabilir. Uyku odaklı tedavi hem uyku sorunlarını hem de TSSB semptomlarını hafifletebilir.

Bu oturumda, travmatik deneyimler ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) vakaları üzerinde durulacak, ayrıca travmatik olaylar sonrası yaşanabilecek uyku sorunları ve TSSB ile uyku bozuklukları arasındaki bağ incelenecektir. Uyku problemlerinin nasıl değerlendirileceği, ilaçlı ve ilaçsız tedavi yöntemleri, alkol ve madde bağımlılığı olan kişilerde travmatik deneyimlerle nasıl başa çıkılacağı gibi konulara değinilecek. Ayrıca, hukuki durumlarla ilgili uyku bozukluklarına nasıl yaklaşılması gerektiği ve tüm bu konuların bilimsel veriler doğrultusunda tartışılması planlanmaktadır.

### Kaynakça

1. Agorastos A, Olf M. Sleep, circadian system and traumatic stress. *Eur J Psychotraumatol*. 2021 Sep 28;12(1):1956746. doi: 10.1080/20008198.2021.1956746. PMID: 34603634; PMCID: PMC8480713.
2. Pillar, G., Malhotra, A., & Lavie, P. (2000). Post-traumatic stress disorder and sleep—what a nightmare! *Sleep Medicine Reviews*, 4(2), 183–200. <https://doi.org/10.1053/smr.1999.0095>
3. Spoomaker, V. I., & Montgomery, P. (2008). Disturbed sleep in post-traumatic stress disorder: Secondary symptom or core feature? *Sleep Medicine Reviews*, 12(3), 169–184. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2007.08.008>





## Göç Sonrası Yaşam Zorluklarının Ruh Sağlığına Etkisi

Aylin Evecen

S.B.Ü. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Göç, çeşitli olayları ve belirli aşamaları içeren, bireysel ve sosyal faktörlerden etkilenen ve uzun bir süreyi içine alan karmaşık bir süreç özelliği taşımaktadır. Göç sürecinde kişilerin yaşadıkları deneyimler, göçün psikolojik etkileri ile yakından ilgilidir. Göç süreci genel olarak; göç etme kararının verildiği ve hazırlığının yapıldığı göç öncesi dönem, fiziksel olarak yer değiştirilen göç dönemi ve göçmenin yeni topluma kültürel, politik, ekonomik ve sosyal açıdan uyum sağlamaya çalıştığı göç sonrası dönem olarak üç ana aşamada tanımlanmaktadır. Her aşama bireye ve sürece özgü zorluklar, stres faktörleri ve ruh sağlığını olumsuz etkileyebilecek risk faktörleri içermektedir.

Göç öncesi faktörler çoğunlukla yaş, cinsiyet, medeni durum gibi sosyo-demografik değişkenleri, bireyin kişilik yapısını, göç eylemine karar verme ve hazırlık sürecini, göçü sürükleyen nedenleri içerir. Göç eğer savaş, çatışma, insan hakları ihlalleri gibi bir nedenle ortaya çıkıyorsa göç öncesi yaşanan travmatik yaşam olaylarını da içermektedir. Mülteciler bombalanma, silahlı saldırı, yaralanma, öldürülen insanlara tanıklık etme gibi savaş olaylarına; politik, etnik, dini veya diğer nedenlerle zulüm, işkence, hapis, zorla çalıştırılma gibi insan hakları ihlallerine maruz kalabilmekte ya da tanık olmaktadır.

Kişilerin buldukları ülkeyi terk edip, sığınacakları ülkeye varana kadar geçen sürece göç sırası denilmektedir. Bu süreçte güvenli olmayan botlar, riskli kara yollarında yürüme, kapalı tren ve kamyonlar gibi araçlarla, tehlikeli, uzun ve rotası belirsiz yolculuklar; şiddet, açlık, susuzluk, bulaşıcı hastalıklar ve tıbbi yardım alamama gibi zorlu yaşam koşulları; aile üyelerini geride bırakma, birbirinden haber alamama gibi toplumsal bağların kopması; göç sonrası süreç ile ilgili yoğun belirsizlik yaşama gibi pek çok olumsuz yaşantı sebebiyle fiziksel ve psikososyal travmalara maruz kalabilmektedirler. Bu faktörlerin ruh sağlığı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Göç sonrası dönem; göçmenlerin yeni topluma sosyal, kültürel ve ekonomik açıdan uyum sağlamaya çalıştığı dönem olarak tanımlanmaktadır. Göç sonrası yaşam zorluklarının gönüllü göçmenlerde de önemli bir stres kaynağı olduğu ve ruh sağlığını etkileyebileceği bulunmuştur. Bu durum göçün kendisinin ve göç sonrası ev sahibi ülkeye uyum sağlamanın travmatik bir olay olduğu ile açıklanmıştır. Bu zorluklar, bireyin yaşamı boyunca devam edebilir ve sonraki nesilleri etkileyebilir.

Bu dönemde mülteciler pek çok zorlu yaşam koşulu ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Göç sonrası yaşam zorlukları; göçmen statüsü ile ilgili belirsizlikler, sosyal statü kaybı, işsizlik, ekonomik yetersizlikler, sosyal, eğitim ve sağlık hizmetlere yetersiz erişim, geride kalan aile üyeleri ile ilgili endişe, aile ve toplum desteğinin kaybı, dil bariyeri, kültürel uyum sorunları, ayrımcılık, sosyal dışlanma, izolasyon gibi sorunları içerir. Bu faktörlerin mültecilerin ruh sağlığını olumsuz etkilediği gösterilmiştir. Bu bağlamda göçmenler, bir yandan temel ihtiyaçlarını giderme çabası ve bunun için ekonomik kaynaklar oluşturma arayışı içindeyken, diğer bir yandan da yeni katıldıkları topluma psikolojik ve kültürel uyum çabası içerisinde olmaktadır.

Bu bağlamda son zamanlarda yapılan çalışmalarda göç sonrası yaşam zorluklarının TSSB, depresyon ve anksiyete gibi ruhsal bozukluklarla ilişkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca göç sonrası yaşam zorluklarına odaklanan psikososyal müdahalelerin, tedavi yanıtına olumlu katkıda bulunduğu gösterilmiştir.

### Kaynakça

1. Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. BMC Int Health Hum Rights. 2015;15(1):29.
2. Hynie M. The Social Determinants of Refugee Mental Health in the Post-Migration Context: A Critical Review. The Canadian Journal of Psychiatry. 2018 May 4;63(5):297–303.
3. Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, ve ark. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. Can Med Assoc J. 2011 Sep 6;183(12):E959–67.



## Ev Sahibi Toplum ve Ayrımcılık

Ersin UYGUN

*İstanbul Bilgi Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı*

Deprem ve doğal afetler sırasında mültecilere yönelik ayrımcılık ve zorluklar sıkça görülebilen bir sorundur. Mülteciler, doğal afetler sırasında daha savunmasız hale gelebilirler ve toplum içinde ayrımcılığa uğrayabilirler.

İşte bu tür durumlarda mültecilere yönelik ayrımcılığın nasıl ortaya çıkabileceği ve nasıl ele alınabileceği hakkında bazı önemli noktalar: Yerinden Edilme ve Barınma Sorunları: Depremler gibi doğal afetler, mültecilerin evlerini kaybetmelerine veya yaşanabilir alanlardan uzaklaşmalarına neden olabilir. Mültecilerin barınma ihtiyaçları özellikle büyük bir endişe kaynağıdır.

Ayrımcı Barınma Uygulamaları: Mülteciler, yerel halkın ayrımcılığına veya yerinden edilen kişilere yönelik barınma yerlerinde ayrımcı uygulamalara maruz kalabilirler. Bu, ayrımcılık, zorla yerinden edilme ve şiddet riskini artırabilir.

Temel İhtiyaçlara Erişim: Deprem sonrası dönemde, mültecilerin gıda, su, tıbbi yardım ve temel ihtiyaçlara erişimi zorlaşabilir. Bu tür ihtiyaçların dağıtımı adil bir şekilde gerçekleştirilmediğinde, mülteciler ayrımcılığa uğrayabilirler.

Dil ve Kültürel Engeller: Mültecilerin yerleştikleri toplumlarda dil bariyerleri ve kültürel farklılıklar, onların yerel halk arasında izole olmalarına ve ayrımcılığa uğramalarına neden olabilir.

Çocuklar ve Eğitim: Mülteci çocuklar, depremler gibi doğal afetler sırasında eğitimlerini yitirebilirler veya eğitim fırsatlarına erişimleri kısıtlanabilir. Bu, gelecekteki fırsatlarını sınırlayabilir.

Mültecilere yönelik ayrımcılığı önlemek ve bu tür durumlarda başa çıkmak için çeşitli önlemler alınabilir: Eşitlik ve İnsan Hakları Bilincinin Yükseltilmesi: Toplumda eşitlik ve insan hakları bilincini artırmak, ayrımcılığın azaltılmasına yardımcı olabilir.

Barınma ve Temel İhtiyaçların Karşlanması: Deprem sonrası dönemde tüm yerinden edilmiş kişilere adil ve eşit bir şekilde barınma ve temel ihtiyaçlara erişim sağlanmalıdır.

Dil ve Kültürel Uyum Destekleri: Mültecilerin dil öğrenmelerine ve kültürel olarak uyum sağlamalarına yardımcı olacak programlar ve kaynaklar sunulmalıdır.

Eğitim Fırsatları: Mülteci çocukların eğitimlerine devam etmelerini sağlayacak programlar ve fırsatlar sağlanmalıdır.

Ayrımcılığa Karşı Yasal Tedbirler: Ayrımcılığın yasaklandığı ve yaptırımların olduğu yasal çerçeveler oluşturulmalıdır.

Depremler ve diğer doğal afetler, herkesi etkileyebilir ve mültecilere yönelik ayrımcılığı önlemek ve bu zorlukları ele almak için toplumlar, hükümetler ve sivil toplum kuruluşları arasında işbirliği yapılması önemlidir. Bu, insanların güvenliğini ve refahını koruma açısından kritik bir konudur.



### **Türkiye'de Göç: Güncel Durum Mustafa Tunç Karaytuğ**

*S.B.Ü. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı*

Göç, insanlık tarihi boyunca toplumları etkileyen en önemli olaylardan biridir. İnsanlar tarih boyunca çeşitli nedenlerle yaşadıkları yerlerden ayrılarak yeni yerleşim alanlarına göç etmişlerdir. Göçün tek bir tanımını yapmak, farklı birçok disiplinin alanına girmesi ve toplumu birçok alanda etkilemesi sebebiyle güçtür. Göç, genel olarak kişilerin veya toplulukların yaşadıkları ülke, bölge ya da yerleşim yerinden bir başkasına gitmesi tanımlanabilir.

Göç hem niteliksel hem niceliksel olarak oldukça heterojen bir süreçtir. Süresi (sürekli-geçici), gidilen yer (iç göç-dış göç), nedenleri (gönüllü-zorunlu), göç edenlerin sayısı (bireysel-kitlese), hedefe varmakta kullanılan yöntem (yasal-yasadışı göç) gibi farklı kriterlere göre sınıflandırılabilir. Göç nedenleri kişilere ve buldukları ülkenin koşullarına göre değişebilir. Daha iyi koşullarda yaşam talebi, ekonomik nedenler, ailesel nedenler, etnik, dini veya siyasi kimlikleri nedeniyle ayrımcılığa ve/veya yaşamsal tehdide maruz kalmak, savaş ve/veya terör yaşantısı nedeniyle insani korunmaya gereksinim duymak göçün sık karşılaşılan nedenlerindedir. Yer değiştirme şekilleri ve nedenlerindeki farklılıklar, yer değiştiren kişiler için sığınmacı, mülteci, göçmen, yerinden edilmiş kişi gibi farklı kavramların kullanılmasına neden olmaktadır.

Uluslararası Göç Örgütü'nün 2022 Göç Raporu'na göre, dünya genelinde uluslararası göçmenlerin sayısı her geçen gün artmaya devam etmektedir. 2000 yılında 173 milyon olan göçmen sayısı, 2022 yılında 281 milyona ulaşmıştır, bu da dünya nüfusunun %3,6'sına denk gelmektedir. Bu rakamların, silahlı çatışmalar, siyasi baskı ve çevresel değişiklikler nedeniyle artmaya devam edeceği öngörülmektedir.

2011 yılında başlayan Suriye'deki savaş ve iç çatışmalar nedeniyle meydana gelen zorunlu göç dalgası, tarihteki en büyük kitlese göç hareketlerinden biri sayılmaktadır (3). Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği'nin (BMMYK) verilerine göre, 2011 senesinden beri milyonlarca Suriyeli ülke içinde buldukları yeri terk etmek zorunda kalmış/bırakılmış ve yaklaşık 6,8 milyon Suriyeli, sığınabilecekleri güvenli bir bölge arayışı ile Türkiye, Lübnan, Ürdün ve yakın bölgelere göç etmişlerdir. Türkiye, uluslararası koruma altındaki 4 milyona yakın mülteci ve sığınmacıyla üst üste dokuz yıldır dünyanın en büyük mülteci nüfusuna ev sahipliği yapmaktadır.

Göç, siyasi, hukuki, sosyo-ekonomik sonuçları olan bir olgu olmasının yanı sıra bireylerin beden ve ruh sağlığını da etkileyen bir süreçtir. Göç ve ruh sağlığı ile ilgili çalışmaların son 40 yıldır ön plana çıkmasının yanı sıra bireyin yer değiştirmesi sonucu meydana gelen ruhsal sorunlar ilk olarak 1678'de Basel'li bir hekim olan Johannus Operius tarafından kaleme alınmıştır. Göçmenlerde görülen ruhsal sorunlar ve göçmenlerin yaşam şartları, göçün başlı başına travmatik bir olay olduğunu göstermektedir.

Yaşadıkları insan hakları ihlallerinin yarattığı bilişsel, duygusal ve sosyo-ekonomik güçlükler nedeniyle, zorunlu göçmenlerin yaklaşık yarısının çeşitli ruhsal problemler yaşadığı belirtilmektedir. Mülteci popülasyonu ile yapılan ruhsal bozukluk yaygınlıklarını araştıran çalışmalar özellikle travma sonrası stres bozukluğu, depresyon ve anksiyete bozukluklarına odaklanmıştır. Yaygınlık oranları, oldukça heterojen olmakla birlikte, mülteci olmayan nüfusa veya çatışma ve savaş bölgelerinde yaşayan kişilere göre önemli ölçüde daha yüksek bulunmuştur. Yaygınlıktaki heterojeniteye bir dereceye kadar metodolojik farklılıklar neden olabilirken, yapılan çalışmalarda farklı mülteci gruplarının ve göç süreçlerinin bu farklılıkta etkili olabileceği bulunmuştur. Bu nedenle, popülasyona ve bağlama özgü verilerin elde edilmesinin önemli olduğu vurgulanmıştır. Dünya çapında artan mülteci sayısı göz önüne alındığında, ruhsal bozukluklarının yaygınlığı halk sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır.

#### **Kaynakça**

1. Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand.* 2004 Apr;109(4):243–58.
2. UNHCR. GLOBAL TRENDS FORCED DISPLACEMENT IN 2022 [Internet]. 2023 Jun [cited 2023 Sempember 14]. Available from: <https://www.unhcr.org/global-trends-report-2022>
3. Yılmaz A. Uluslararası Göç: Çeşitleri, Nedenleri ve Etkileri. *Journal of Turkish Studies.* 2014 Jan 1;9(2):1685–1685.



## Yas Sürecindeki Hastalara Kişilerarası İlişkiler Psikoterapi Yaklaşımı

**Irmak Polat**

*Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı*

Kayıplar ve yas bireyin hayatı boyunca birçok kez karşısına çıkan, yaşamın başlıca deneyimlerindedir.

Kayıp yaşayan bireylerde, yalnızca bu kaybın doğrudan etkisini değil, başka kimsenin onları anlamadığı düşünceleri, çaresizlik ve yalnızlık duyguları da yaşarlar. Kişilerarası ilişkiler Psikoterapisi (KİPT) yası belirli kriterlere ve belirli bir zaman dilimine göre tanılamak yerine her kaybı biricik olarak ele alır ve bireyin yaşadığı deneyimi öncelikler. KİPT'in terapötik açıdan hedefleri bireyin sosyal desteği geliştirmesi ve kullanmasına, kayıp deneyimini başkalarına aktarabilmesine, iletişim kurmasına ve izolasyonunu azaltmasına yardım etmektir. Hastanın/ danışanın acısını paylaşmasını sağlayacak sıcak bir ilişkinin kurulması KİPT'in ana unsuru olan bağlanma temelli çalışmanın başlangıcıdır.

Yas ve kayıplar üzerine çalışmada KİPT'in amaçları şu şekilde sıralanabilir:

- 1- Bireyin kayıp ve yas sürecini empatik bir şekilde dinleyerek kolaylaştırmak
- 2- Bireyin kayıp deneyimini tanımlamasına yardım etmek
- 3- Bireyin deneyimini başkalarına bir bağlantı ve anlam bulma aracı olarak anlatmasına yardım etmek
- 4- Bireyin -gerekirse- yeni kişiler arası ilişki kurmasına yardım etmek ya da var olan ilişkilerini daha fazla destek alabilmesi için düzenlemek.

KİPT sürecinde bireye, öyküsünü anlatması, duygularını tanımlaması ve deneyimlemesi, kayıp deneyimini terapi odası dışındaki kaynaklara da aktararak sosyal desteğinin genişletilmesi açılarından yardımcı olunur. Başkalarıyla bu duygu ve deneyimlerin paylaşılması bireyin izolasyon duygusunun azalmasını sağlayacaktır.

KİPT bağlamında yas, normal ya da patolojik, uzamış vb. şekillerde kategorize edilmeden, bireyin deneyiminin iyi dinleyerek anlamaya çalışılan sorun odağı olarak ele alınır.

KİPT kayıp ve yasla ilişkili sorun ve sıkıntıların kaynağına iki etmen üzerinden yaklaşır. Bunlardan ilki bireyin sosyal destek kaynaklarının, kayıp deneyimi süresince ona destek için yeterli olmaması; diğeri ise bireyin destek ihtiyacını çevresindekilerin anlayabileceği ve etkili bir biçimde yanıtlayabileceği şekilde aktaramamasıdır. Bireyin bağlanma tarzı hem onun sahip olduğu sosyal desteğin kaynağını ve boyutunu, hem de bu desteğe ulaşma ve kullanabilme kapasitesini etkiler.

KİPT çalışmasında terapist, hastası/ danışanı için geçici olarak bir bağlanma ve sosyal destek figürü olarak yer alır ve bireyin kayıpla ilgili duygularını açıklayacağı ve konuşabileceği ilişki ortamını oluşturur. Terapötik ilişkide belli bir ilerleme kaydedilen süreçte, bireyin bu gereksinimlerini sosyal destek kaynaklarıyla gerçekleştirebileceği noktaya doğru ilerlenir.

### Kaynaklar:

- 1- Stuart S ve Robertson M (2003) Interpersonal Psychotherapy A Clinician's Guide. Florida. CRC Press. s. 195-208.
- 2- Wurm C, Robertson M, Rushton P (2008) Interpersonal psychotherapy: An overview. Psychotherapy in Australia, 14(3), 46-54.
- 3- Markowitz JC, Weissman MM (2012) Interpersonal psychotherapy: past, present and future. Clinical psychology & psychotherapy, 19(2), 99-105.
- 4- Caron A, Weissman MM (2006) Interpersonal psychotherapy in the treatment of depression in medical patients. Prim Psychiatry, 13, 43-50.



**Deprem sonrası yaraları sarmada psikolojik ilk yardım ve Yas Sürecine  
Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi çerçevesinden bakmak  
Değişik Boyutlardan Yasa Bakmak  
Nalan Öztürk  
Serbest Hekim**

Yas, sevilen kişiden ayrılma yaşantısıdır. Böyle olduğu için de sevilen kişinin yitirilmesine verilen doğal, insanca ve normal bir tepkidir. Bireylerin kayba verdikleri tepkideki geniş kapsamlı değişkenliği fark etmek ve insan davranışına ilişkin herhangi bir aşamalı kuramın ancak yaklaşık bir yapısı olabileceğini akıldan çıkarmamak hem kuramcılar hem de klinisyenler için gerekli bir parametredir (Rubin ve ark 2000). Her kayıp biricik, kişiye özgüdür. Bireyin kendi anlattığı şekliyle yaşadığı yası anlayabilmemiz mümkün olacaktır.

Peki kederin bir gün bitmesi mi gerekiyor? Kederin işlenip üstesinden mi gelinmesi gerek? Yasını yaşarken yardım arayışında olan kişiye kabullenmek, yasin çözülmesi, katarsis yardımcı oluyor mu?

Freud kuramında yasin işlevini ölmüş kişiyle ilişkiyi koparma süreci olarak kavramsallaştırmış olsa da mektuplarında bu ilişkinin devam ettirilmesinin istenen bir şey olduğu fikrinin izlerini görüyoruz (Freud 1957). Şimdiye kadar ortaya konulan fikirlerle gelinen noktada kayıp yaşayan kişinin ölmüş kişiyle, anılarıyla bağlarını sürdürmesinin yas tutma sürecine eşlik eden doğal bir özellik olduğu vurgulanmaktadır. Bu anlamda bağlanma kuramı bağın sürmesinin neden doğal olduğunu anlamamızı sağlamıştır. Bağlanma açısından kayıp alanında bildiklerimizi en anlamlı ve en sistemli biçimde geliştiren John Bowlby olmuştur (Bowlby 1980). İnsanların kendileri için güvenli bir üs oluşturan ve sıkıntılarını azaltan, bağlanacakları önemli bir kişiye yakın olmaya doğal bir gereksinimleri olduğunu belirtmiştir. Bağlanma kuramına göre insan tehdit, acı, kayıp yaşadığında bağlanma figürüne yönelir ve onunla yakınlık kurmak ister. Yasta bunu fiziksel olarak yapabilmek mümkün olmasa da yakın olma ve yakınlık kurma ihtiyacı hala vardır. Bir yanda yitirilmiş kişiye fiziksel açıdan yakın olma isteği varken bir yandan da ölmüş kişiyle ilişkili zihinsel temsillere yakın olma isteği aynı anda var olur. Bu nedenle kişinin vefat eden kişiye yakın olma amacı ile yaptığı davranışların ve arayışlarının doğal ve anlamlı olduğunu hissettirmek önemlidir. Bir yas yaşadıktan sonra ilişkilerimize genel bakışımız, bağlarımıza verdiğimiz anlam, alabildiğimiz desteğin değeri de değişir.

#### **Kaynaklar**

Bowlby J (1980) Loss, sadness and depression. Attachment and loss:Volume 3. London:Hogarth

Freud S (1957) Mourning and Melancholia. The standart edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, cilt 14, J. Strachey (Ed. and Trans.) London:Hogarth, s.239-58

Rubin SS, Malkinson R, Witztum E (2000) Traumatic and non-traumatic loss and bereavement. Clinical theory and practice. An overview of the field of loss. R Malkinson, SS Rubin, E Witztum (Eds) Madison CT, Psychosocial press, s.5-40.



**Akıp giden zamanlar, tutunamayan kökler: Solastalji**

**Hiç “Solastalji” hissettiniz mi?**

**Diğdem Göverti**

*Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Solastalji, insan ve ekosistem sağlığı arasındaki bağlantıları, özellikle iklimsel ve çevresel değişimin insanın zihinsel, duygusal ve ruhsal sağlığı üzerindeki kümülatif etkilerini anlamak için bulunan nispeten yeni bir kavramdır. İklim değişikliğinin hızı ve şiddeti göz önüne alındığında, biyolojik çeşitlilik kaybı, kirlilik, ormansızlaşma, dizginsiz kaynak çıkarma ve diğer çevresel zorluklar nedeniyle giderek daha fazla insan solastalji yaşayacak. Bu panelde henüz yeni bir kavram olan solastaljinin ne olduğu anlatılacaktır (1).

1. Albrecht G. Solastalgia. Alternatives Journal. 2006;32(4/5):34-6.



## Hiçbir Yere Dönüş: Neoliberal Politikalar, Mekan ve Solastalji

Hande Gazey

Gazi Üniversitesi Tıp Fak. Psikiyatri ABD

Mekân, saf, apolitik, nesnel, yansız bir nesne değil; aksine politik ve stratejiktir.

Tam da bu sebeple hem sosyal olarak inşa edilir hem de sosyalliği inşa eder. İnsanların yaşamlarını sürdürdükleri mekanlar, geçmişlerini hatırladıkları, bugünlerini gözlemledikleri ve geleceklerini kurguladıkları yaşanmış deneyimlerin, çeşitli hikayelerin ve uygulamaların toplamıdır.

Neoliberal politikalar, sermayenin sınırlarını genişletirken mekana da dokunur, bu genişleme meydanlardan sokaklara, kıyılardan ormanlara uzanır; bireyin hem yaşam alanını hem de yaşamsal pratiklerini dönüştürür ve daraltır.

Mekanın olumsuz dönüşümü, yakın çevrenin bozulması, aidiyet duygusunun ve mekanla olan kimliğin kaybı, umutsuzluk, çaresizlik, güçsüzlük, yas, sefalet, ağırlaşma, öfke, kaygı, keder ve kayıp duygularını tetikleyebilen faktörlerdir. Solastalji kavramı bir yerin özelliklerindeki değişim ile insanların yaşadığı sıkıntı arasındaki ilişkiyi tanımlar.

Tamamen 'kaybolmuş' değil, dönüşen, farklılaşan, aşinalığını kaybeden, 'bilindik halinden' uzaklaşan yerlerde; evlerinden/yerlerinden zorla uzaklaştırılmayan, fakat aşına olduklarını, 'ev' ile olan mevcut ilişkilerinden kaynaklanan rahatlığı ve huzuru yavaş yavaş kaybeden, buna ek olarak da bu sıkıntıya neden olan durum üzerinde anlamlı bir söz sahibi olamama ve etki sahibi olamama konusunda derin bir yalnızlık duygusu hisseden dolayısıyla mekan kaynaklı sıkıntıları aynı zamanda güçsüzlükle ve kendilerine çevresel adaletsizlik yapıldığı duygusuyla da bağlantılı olan insanların yaşadığı teselli eksikliği ve yoğun yalnızlıkla bağlantılı melankolinin spesifik biçimini tanımlayan bir terim olarak 'solastalji' bir altüst olma hissinde açıkça ortaya çıkan, şimdiki zamanın ve şimdiki zamandan elde edilebilecek teselli potansiyelinin kaybının yaşanmış deneyimdir. Kısacası solastalji, kişinin hâlâ 'evdeyken' yaşadığı bir tür ev özlemidir.

Neoliberal politikalar ve finans kapitalin genişleme eğilimi, artan nüfus ve küresel ısınmanın iç içe geçmiş etkileri, buna eşlik eden iklim ve ekosistem krizleri karşısında, dünyayla ilgili yaşanmış deneyimlerimiz dönüşüyor. Neoliberal politikalarla, mekanların piyasa mantığı, ihtiyaçları ve önceliklerine göre dönüşümü ve canlıların yaşam ve üretim alanı olma özelliğini yani kullanım değerini yitirerek değişim değerinin hakim olması ile birlikte mekanlar; toplumsal, sosyo-kültürel, ekonomik ve fiziksel yıkımlara maruz kalmaktadır. Mekanın piyasa lehine dönüşümü yoksulluk, işsizlik, mülksüzleştirme, sahipsizlik, sosyal dışlanmışlık, yok edilen mahalle kültürü, hak arama özgürlüğünün kısıtlanması, dostluk ve dayanışma ilişkilerinin kaybolması, toplumsal sosyal dokunun devlet eliyle soylulaştırma projesi adı altında yok edilmesi, soylulaştırma, yerinden etme, değersizleştirme, konut ve mülkiyet hakkının çiğnenmesi gibi pek çok sonuca yol açmaktadır. Bu durum, bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıkları ile mekanın karşılıklı bağımlılığı çerçevesinde yıkımların iç içe geçtiği bir süreci tariflemektedir.

### Kaynakça

1. Kartal, M., & Gençtürk, D. C. (2022). Henri Lefebvre Kazısı: Neoliberal Kentsel Politikalar ve Kent Hakkı. *Turkish Studies-Economics, Finance, Politics*, 17(1).
2. Albrecht, G., Sartore, G. M., Connor, L., Higginbotham, N., Freeman, S., Kelly, B., ... & Pollard, G. (2007). Solastalgia: the distress caused by environmental change. *Australasian psychiatry*, 15(1\_suppl), S95-S98.
3. Albrecht, G. A. (2020). Negating solastalgia: An emotional revolution from the Anthropocene to the Symbiocene. *American Imago*, 77(1), 9-30.



## **Küresel İklim Krizi ve Göç: "Evde" Kalmak ya da Ayrılmak**

**Helga Rittersberger-Tılıç**

*ODTÜ, Fen Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü*

Manşetler, toplumların kitleler halinde iklim değişikliğine maruz kalmanın eşliğinde olduğunu öne sürüyor. Ampirik araştırmalar, çevresel faktörlerin göç kalıpları ve karar verme süreçlerindeki karmaşık ve değişken rolüne işaret ediyor.

Çevresel (iklim) değişiklik, göç hareketlerini bastırabileceği gibi güçlendirebilir, göçe hiç etki etmeyebileceği gibi sınırlı bir etkiye de sahip olabilir. Doğal ve kültürel ortamlar, dönüştürücü teknolojilerin bir sonucu olarak genellikle insanların yaşadıkları çevreye adaptasyonunu zorlaştıran bir hızda değişmekte, mevcut düzene ve aidiyet duygularına ve yaşadıkları mekanlara aidiyetlerine meydan okumaktadır.

Sosyolojik araştırmalar, iklim krizi ile insan hareketleri arasında basit neden-sonuç ilişkileri kuran ve yeniden canlanan çevresel determinizmin reddedilmesinde kilit bir rol oynamaktadır. Sosyolojik araştırmaların ana odak noktalarından biri, farklı iklim senaryoları ve ani ya da yavaş yavaş gerçekleşecek çevresel tehditlere bağlı göç hareketlerini daha doğru kavrama çalışmalarıdır. Çevresel (iklim) değişikliklerin neden olduğu göçü etkileyen mikro, mezo ve makro ölçekli faktörlerin belirlenmesi önem kazanmaktadır. Ancak göç kararlarının mevcut sosyal (sınıfsal, etnik, toplumsal cinsiyete dayalı) belirleyenleri, çevresel faktörlerin göç kalıpları ve karar verme süreçlerindeki karmaşık ve değişken rolünü ortaya koymaktadır.

Böyle bir analizin temelinde, doğanın insanlar tarafından sömürülmesinin aynı zamanda sosyal ilişkilerin ve sosyal eşitsizliklerin de sömürülmesine yol açtığı gerçeği yatmaktadır. Bu etkiyi yakalayabilmek için sınır ötesi göç ve küresel göç bağlamında eşitsizliklerin nasıl ortaya çıktığının da göz önüne alınması gerekir. Aslında, küresel Güney ve küresel Kuzey arasında bir oyun oynanmakta ve mevcut iktidar ilişkileri sorgulanmadıkça bu oyun pekiştirilmektedir.





### Nerelisin? Solastalji Bir Aidiyet Krizi mi?

**Nur Nihal Baltacı**

*Gazi Üniversitesi*

Dünyada her kişinin kimlik kartında nereli olduğu bilgisi yer alır, yeni biri ile tanışırken ilk sorularımızdan biri o kişinin nereli olduğudur. İnsan sadece fiziksel bir varlık değil, çoğunlukla sosyal, kültürel, çevresel veya diğer ilişkiler tarafından şekillenir. "yer" de insanın kimliğini oluşturan boyutlardan biridir. Yer genellikle "anlamla dolu bir 'uzay'" olarak algılanır. Biyo-fiziksel olan, yani insanların içinde hareket ettiği manzaralar, ağların ve anlamın yaratılmasında merkezi öneme sahiptir. Ancak bu tek yönlü bir süreç değildir ve biyofiziksel anlam ve ağları şekillendirdiği gibi anlam ve ağlar da biyofiziksel olanı şekillendirir. Dolayısıyla içinde yaşadığımız biyo fiziksel alan/yer aracılığı ile biz oluruz. Peki "yer" değişirse ne olur? Çünkü yer sadece maddi bir temeli değil aynı zamanda bir zihinsel alanı da içerir. "Yer" kavramının değişimi ile algıladığımız dünya istikrarsızlaşabilir, kişi hayal edilen geleceğin yerine kayıp ve son deneyimlerini koyabilir. "Yer" in değişiminden sorumlu olan failer aynı zamanda değişimin getirdiği sorunların kurbanıysa...Şu anda önü kestirilemez bir iklim krizi ile mücadele ediyoruz, ormanlar yok oluyor, madenler nedeni ile topraklar verimsizleşiyor, faili bulunduğumuz suçun kurbanı konumunda oluyoruz. Bu da yaşanan melankolik deneyime suçluluk utanç hayal kırıklığı ve ihanet duygusu ekliyor.

Ev ile kimlik arasındaki ilişkinin bozulması ile nostaljinin yarattığı melankoli hali olan solastalji nevroz ile depresyon arasında bir duyarlılık köprüsü oluşturur. Bir hastalık halinden ziyade bir hastalık risk etmeni olarak tekinsizlik halini anlatır. Bu tekinsizlik suçluluktan yabancılığa kadar pek çok farklı duygulanımı içerebilir. Solastaljik deneyimler sonucu bireyler şu an yaşanan yerin geçmişten farklı olduğunu ve gelecekte de geçmiş gibi olamayacağı endişesini taşırlar sanki birey Angelopoulos sinemasındaki yabancıdır. Geldiği yer yanı yer de gideceği yer de ona ait değil gibidir. Bu durum bireylerde bir kimlik krizini tetikleyebilir.

- 1- Askland, H. H., & Bunn, M. (2018). Lived experiences of environmental change: Solastalgia, power and place. *Emotion, Space and Society*, 27, 16-22.
- 2- Prade-Weiss, J. (2021). For want of a respondent: Climate guilt, solastalgia, and responsiveness. *The Germanic Review: Literature, Culture, Theory*, 96(2), 195-213.



**Çoğul Tanılı Bir Vaka Bağlamında Tanı ve Tedavi Yaklaşımları  
Sınır Kişilik Bozukluğu Penceresinden Bakış  
Gamze Özçürümez Bilgili**

*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı*

Okul fobisi, tekrarlayan şiddetli karın ağrıları; hareketlilik ve dikkat dağınıklığı, ergenlik döneminde aileden ilk kez ayrıldığı sırada gelişen yeme bozukluğu belirtileri; sinirlilik, arkadaşlık ilişkilerinde sorunlar; yüksek öğrenim için başka şehre taşındığında eklenen alkol kullanım bozukluğu ve duygudurum bozukluğu belirtileri olan çoğul tanılı bir vaka, iki belirtiyi odaklanılarak -duygu düzenleme güçlüğü ve dürtüsellik temelinde- ele alınacaktır.

Dürtüsellik, ortama uygun olmayan veya aşırı riskli, yeterince planlanmamış ve genelde istenmeyen sonuçlara yol açan çeşitli davranışları kapsar. Sabırsızlık, yenilik arama, risk alma, anlık doyum arama, zarar görme ihtimalini düşük hesaplama gibi özellikler ile kendini gösterir. Duygular, duygulanımlar ve öznel algılar, düşünce süzgecinden geçmeden anlık tepkilere tahvil edilir.

Dürtüsel davranışları açıklayan kavramsal modeller çeşitlidir. Özellikle işlevsel modeller, dürtüsellığı, eylemin belirli özellikleri, zamanlaması, yani işlevi ile (bir tür başa çıkma stratejisi) açıklarlar (Suyemoto 1998). Yazında yer alan işlevsel modeller arasında en kayda değer olanı duygu düzenleme modelleridir: Dürtüsellığın, yoğun ve katlanılamayan olumsuz duygulanımları düzenlemenin hizmetinde; bireyin, söze dökemediği, başka türlü ifade edemediği öfke, kaygı ve ruhsal acıyı dışsallaştırmak veya kendince denetlemek için olduğunu öne sürerler.

Freud, dürtüsellığı, intrapsişik yapılarla ve onların etkisiyle ortaya çıkan olumsuz duygulara atfeden öncü kuramcılardandır. Ego psikolojik nesne ilişkileri kuramını ortaya koyan Kernberg (1975) ise dürtüsellığı sınır kişilik örgütlenme düzeyi bağlamında kimlikteki, duygulanımdaki ve süperegodaki bütünleşme eksiklikleri temelinde tanımlar. Öte yandan, Bowlby (1980), anneyle bağlanma deneyiminin bebeğin strese uyum sağlama kapasitesindeki temel belirleyici olduğunu öne sürer. Nörobiyolojik çalışmalar, erken sosyal çevrenin bebeğin otonomik sinir sistemi üzerindeki güçlü etkilerini kanıtlamıştır (Sapolsky 1996). Güvensiz bağlanma ile sınır düzey kişilik örgütlenmesinin temel özelliklerinden duygulanım düzenlemesinde güçlük, dürtüsellik (epizodik saldırganlık, kendine zarar verme davranışları, vb) ve ilişkilerde tutarsızlık arasında güçlü bir pozitif ilişki bulunduğu da pek çok kez bildirilmiştir (Borges ve Naugle 2017). Bağlanma ve kişilik örgütlenmesi arasındaki ilişkiye ışık tutabilecek gelişimsel yapılardan biri mentalizasyon becerisidir. Sınır kişilik bozukluğunda görülen duygu düzenleme güçlükleri, dürtüsellik, kaotik ilişki örüntüleri ve değişken benlik algısı gibi belirtilerin mentalizasyon bozukluğuyla ilişkili olduğu yönünde birçok araştırma vardır (Fonagy ve ark. 2015).

Sunumda aktarılacak çoğul tanılı vaka, tüm tanıların belirtilerini tek başına kapsadığı düşünülen sınır kişilik bozukluğu penceresinden tartışılacaktır.

**Kaynaklar**

Borges IM, Naugle AE (2017) The role of emotion regulation in predicting personality dimensions. *Personal Ment Health* 11(4):314-34.

Bowlby J (1980) *Attachment and Loss: Loss, Sadness and Depression* (Vol. 3). New York: Basic.

Fonagy P, Luyten P, Bateman A (2015) Translation: mentalizing as treatment target in borderline personality disorder. *Personal Disord* 6: 380-92.

Kernberg O (1975) *Sınır Durumlar ve Patolojik Narsisizm*. Çev. Mustafa Atalay. İstanbul: Metis Yayınları.

Sapolsky RM (1996) Why stress is bad for your brain. *Science* 273:749-750.

Suyemoto KL (1998) The functions of self-mutilation. *Clin Psychol Rev*,18(5):531-54.



**Çoğul Tanılı Bir Vaka Bağlamında Tanı ve Tedavi Yaklaşımları**  
**Vaka Sunumu: On Beş Yıllık Bir Sağkalım Öyküsü**  
**Hayri Can Özden**  
*Hatay Samandağ Devlet Hastanesi*

Psikiyatri pratiğinde, farklı alanlarda, kişinin işlevselliğini ciddi derecede etkileyen ve yaşamını zorlaştıran birden çok tanının eş zamanlı olarak koyulabildiği "eş tanılı" (komorbid) durumlar ve bu tür bir klinik görünüme sahip hastalar azımsanmayacak sıklıkta karşımıza çıkmaktadır. Bu hastaları tanımlamak kadar kategorik yaklaşımla net bir tanı sınıfına dahil etmek de oldukça güçtür.

Oturumda sunulacak vaka bu 'zor tanımlanan' ve 'çoğul tanılı' hasta grubunun tipik bir örneğidir. Hastanın hikayesi, belirgin bir 'doğum öncesi stres' özelliği ile başlıyor: Hamilelik sırasında annenin geçirdiği ağır bir enfeksiyonun teşhisi için yapılan tetkikler nedeniyle radyasyona ve tedavi için verilen farklı antibiyotiklere maruz kalıyor. Yenidoğan döneminde hem neşeli ve sevimli hem de beslenmesi ve uyutulması zor olan, sürekli ağlayan ve yatıştırılmayan bir bebek olarak tanımlanıyor, annesi tarafından. Çocukluk çağında şiddetli karın ağrısı gibi kaygı belirtileriyle ortaya çıkan okul fobisini, daha sonra yeme bozukluğu ve erken ergenlik döneminde sinirlilik, arkadaşlarıyla ilişkilerinde sorunlar ve ilaç/madde kötüye kullanımı takip ediyor. Hasta aynı anda birden fazla konuyla ilgilenmeyi her zaman daha kolay bulur, bir alanda konsantrasyonunu sürdürmekte zorluk çekermiş. Ancak severek isteyerek yaptığı şeylerin çoğunda başarı gösterirmiş. Geç ergenlik döneminde ortaya çıkan alkol bağımlılığı, şiddetli ruh halı değişimleri, öz-denetimdeki başarısızlık, davranışsal ve sosyal sorunlar nedeniyle, özellikle üniversitede okumak için evden ayrıldıktan sonra zorluklar daha da artmış. Bahar aylarında, alkol kullanımının arttığı manik veya karma dönemi andıran, zaman zaman şiddetli sarhoşluk krizlerine yol açan, kontrol edilemeyen hastalık dönemleri ortaya çıkmaya başlamış. Çocukluğundan beri strese oldukça duyarlı olan ve stres ile başa çıkma becerisi düşük olan hastada, disinhibisyon ve davranış kontrolünün kaybindan kaynaklanan ek travmatik deneyimler ile bu fırtınalı ve kaotik tablo daha da gürültülü hale gelmiş.

Ruhsal yakınmalarının şiddetlenmesi, insan ilişkilerinde, eğitiminde ve günlük işlevselliğinde belirgin bozulma olması nedeniyle ilk kez 18 yaşında psikiyatrye başvuran hastaya pek çok psikotrop ilaç önerilmiş. İlaç tedavileri uygun sürede ve etkin dozlarda denenmiş. Hasta bu ilaçların hiçbirinden tam olarak fayda görmemiş. Çevresine ve kendisine zarar verme davranışları, özkıyım girişimi, alkol ve madde kullanımında artış, çökkünlük gibi sebeplerle üç sefer psikiyatri servislerine yatışı yapılmış. Tedavilerden sonra kısa süreli iyilik halleri oluyor, okuluna devam ediyor ve yüksek notlar alıyormuş fakat duygudurumunda dalgalanma, öfke nöbetleri, yoğun alkol kullanımı gibi şikayetleri tekrar alevleniyor, işlevselliği yeniden bozuluyormuş.

Bahsedilen hastanın 15 yıllık izlemi ayrıntılı olarak sunulacak; vaka, sınır kişilik bozukluğu ve duygudurum bozukluğu eksenlerinde ele alınacaktır. Ayrıca, hastanın sorun alanları tanıları üstü (*transdiagnostic*) yaklaşım ile tanımlanmaya çalışılacak; bu bağlamda tedavi önerileri tartışılacaktır.

#### **Kaynaklar**

Peters JR, Crowe ML, Morgan T, Zimmerman M, Sharp C, Grilo CM, et al. Borderline personality disorder symptom networks across adolescent and adult clinical samples: examining symptom centrality and replicability. *Psychological Medicine*. 2023;53(7):2946-53.

Zimmerman M, Morgan TA. The relationship between borderline personality disorder and bipolar disorder. *Dialogues Clin Neurosci*. 2013;15(2):155-69.

Ringwald WR, Hallquist MN, A YD, Wright AGC. Transdiagnostic Associations With Interpersonal and Affective Variability in Borderline Personality Pathology. *J Pers Disord*. 2022;36(3):320-38.



## Çağdaş Modern Bilişsel Davranış Terapileri

Mehmet Zihni Sungur

Mehmet Sungur-İstanbul Kent Üniversitesi

Bilişsel Davranışçı Terapiler (BDT) terimi günümüzde giderek özgürlüğünü kaybetmekte belirli ve statik bir tedavi biçimini tanımlamaktan çok her geçen gün evrilen ve esnek zeminine kanıta dayalı yaklaşımları entegre eden dinamik bir tedavi biçimini yansıtmaktadır. Bilimin önündeki en temel sorunlardan biri aynı terim ya da yaklaşımın farklı uygulamaları tanımlamak için kullanılmasıdır. Bir başka deyiş ile BDT yaklaşımı adı altında birbirinden çok farklı uygulamalar yapılmakta ve temel kuram ve pratiğe uygun olmayan bu uygulamalar yapılan işin değerini azaltmakta ve "iyi ve etik" olmaktan uzak kalmaktadır. BDT nin doğurgan zemininden türeyen yeni ve 3. dalga olarak tanımlanan yaklaşımlar çok farklı ve BDT'den bağımsız yeni terapiler olarak tanıtılmakta ve bu durum farklı eğitim standartlarının devreye girmesine neden olmaktadır. Bu gerçek yalnızca ülkemizde değil tüm dünyada dikkati çeken bir sorun olmuş ve 2019 yılında kurulan "Dünya Kognitif ve Davranış Terapileri Konfederasyonu" (WCCBT) bu sorunu azaltmak amacıyla 2022 yılında "BDT Eğitim ve Akreditasyon Komitesi" adı altında bir çalışma grubu oluşturmuştur. Bu komite 2022 ile 2023 yılları arasında her hafta toplanarak dünyanın değişik kıtalarında ve ülkelerinde kullanılan eğitim standartlarını gözden geçirecek "BDT terapisti" biçiminde bir ünvana sahip olabilmek için gerekli optimal teorik ve pratik uygulamaların standartlarını belirlemiştir. Bu standartlar 1-4 Haziran 2023 tarihinde düzenlenen 10. Dünya Kognitif ve Davranış Terapileri Kongresi'nde tarafımdan sunulmuş ve WCCBT Genel Kurulu'nda kabul edilmiştir. Günümüzdeki bilimsel gelişmeler ışığında daha kapsayıcı, daha çağdaş ve daha esnek bir şekilde tanımlanan yeni bir BDT tanımı yapılmıştır. Bu sunumda hem Dünya Kognitif ve Davranış Terapileri Konfederasyonu yönetim kurulu hem de Eğitim ve Akreditasyon Kurulu üyesi olarak BDT'nin giderek evrilen bu yeni tanımı ve eğitim standartları konusunda bilgiler aktarılacak ve katılımcılarla iletişim içinde yeni tanım ve eğitim standartlarının yapılacak uygulamaları nasıl şekillendireceği tartışılacaktır. BDT'nin daha mekanik ve yüzeysel görünen tanımından yeni çağdaş tanımına geçiş ve uygulamalardaki yaşantısal teknikler alanda yapılmış bir devrim gibi düşünülebilir. Sunumda BDT tanımında yapılan değişikliklerin rasyoneli ve eğitim standartlarına ilişkin kılavuz katılımcılarla etkileşim içinde sunulacaktır.

### Kaynaklar:

1. WCCBT Training Guidelines
2. WCCBT Newsletter
3. Türkiye'de Psikiyatri'nin Örgütsel Belleği, TPD Yayınları



### **Bilimsel Makalenin Üç Perspektiften Serüveni: Editör Ne ister? Hakem Ne Bekler? Yazar Ne Yapar?**

**Yasin Hasan Balcıoğlu**

*Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Adli Psikiyatri Eğitim ve Araştırma Birimi, İstanbul, Türkiye*

Akademik yayıncılık, biyomedikal yayıncılığın nabzını tutan, değerli ve yeni bilimsel bilgilerin yayılmasını sağlar. Bilimsel dergiler, alandaki araştırmacıların, bilim insanlarının ve uzmanların katkılarını, düşüncelerini ve görüşlerini kayıt altına alır. Yazarlar, bir makaleyi göndermeden önce derginin itibarını ve kalitesini dikkate alırlar. Aynı şekilde, okuyucular da dergi seçiminde derginin prestijini önemli bir faktör olarak görmektedirler. Bir derginin prestiji, yayınlanan makalelerin geçerliliğine, kullanışlılığına ve kalitesine bağlıdır. Hakem değerlendirmesinden geçmiş bir yayın saygınlık ve kabul kazanır ve alana anlamlı bir katkı olarak kabul edilir. Bir bilimsel bilginin hakemli bir dergide yayınlanmış olması, kanıt düzeyinin kabul edilebilirliği açısından önemli bir kriterdir (Kumar 2009). Hakem değerlendirmesi sürecinin temeli, bir yazar veya yazar grubundan gelen yazılı araştırma bulgularının kabul edilmesi ve bunların kalite, doğruluk, uygunluk ve yenilik açısından değerlendirilmesi için alandaki bir grup uzmana (hakemlere) iletilmesidir. Geleneksel olarak bu uzmanlara görüşleri karşılığında ücret ödenmez ve editör kadrosunda yer almazlar. Mükemmel bir süreç olmasa da, geleneksel hakem değerlendirmesi, kaliteli bilimsel yayınların değerlendirilmesi ve seçilmesinde altın standart olmaya devam etmektedir (Mayden 2012). Gelecekte gelişmesi beklenen bu süreci yönetmek için ek araştırmalara ve kanıta dayalı kılavuzların geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Hakem değerlendirmesi hem bir sanat hem de bir bilimdir ve büyük ölçüde inceleme biriminin kalitesine bağlıdır. Yetkili hakemler, kendi alanlarında yazarlara, editörlere, okuyuculara ve tıp camiasına karşı sorumlu olan uzmanlardır. Hakemler yazarların savunucusu veya hakemi olarak hareket eder ve editörlerin kaliteli yayın kararları vermesini sağlar. Akran değerlendirmesi, bir bilgi birikimi için neyin önemli olarak kabul edildiğini doğrudan etkileyen profesyonel bir ayrıcalık ve sorumluluktur. Hakem değerlendirmesi süreci zaman alıcı ve yeterince takdir edilmeyen bir süreç olsa da, mentorluk, öğrenme, en son araştırmalara maruz kalma ve kişisel gelişim gibi ödüller, bunu değerli bir yatırım haline getirir. Tıp alanının hızla artan bilimsel bilgiye ihtiyaç duyan ve en sık güncellenen klinik uygulamalardan biri olan psikiyatri, kuşkusuz ki bilimsel yayınların en fazla ilgi gösterilen alanlarından biri haline gelmiştir. Akademik yayıncılık, Türkiye'de ve dünyada bilimsel performans değerlendirmeleri ve akademik yükseltmelerdeki gereksinimler nedeniyle önem kazanmıştır. Doçentlik kriterlerinin yıllar içinde değişmesi ile geçmişten günümüze yıllar içerisinde akademik yayıncılık açısından dergi sayısında artış olmuştur. Bundan kaynaklı son dönemlerde bilimsel dergilerde yayımlanan makalelerin sayısındaki artış ve bu dergilerin niteliksel açıdan gelişimi gözlenmiştir (Ceylan ve Bakır 2022). Akademik yayıncılığın paydaşları olan yazarların, hakemlerin ve editörlerin birbirlerinden beklentilerini anlamak ülkemizdeki akademik psikiyatri yayıncılığının gelişmesine önemli katkı sağlayacaktır.

#### **Kaynaklar**

Ceylan, Ö. Ö. ve Bakır, A. A. (2022). Bilimsel Yayın Deneyimleri: Editör, Hakem ve Yazar Olmak. E-International Journal of Educational Research, 13(1), 316–37.

Kumar, M. (2009). A review of the review process: Manuscript peer-review in biomedical research. Biol Med, 1(4), 1–16.

Mayden, K. D. (2012). Peer Review: Publication's Gold Standard. J Adv Pract Oncol, 3(2), 117–22.



**Depremzede Olarak Kamuda Psikiyatri Hekimliği**  
**Meltem İnsel Kaptanoğlu**

*Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*

6 Şubat 2023 tarihinde Kahramanmaraş'ta gerçekleşen deprem yıkıcılık, kayıplar ve müdahaleler açısından tarihi bir depremdi. Mevcut binaların %53'ünün hasar aldığı ve hasarlı binaların da yaklaşık %56'sının yıkılmış, yıkılması gereken veya orta hasarlı olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanında temiz su, altyapı, sağlık ve diğer sosyal devlet imkanlarına ulaşım kesilmiş olup can kaybı sayısının resmi rakamlara göre 50 bin kişi olduğu bildirilmekle birlikte bu sayının çok daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Deprem diğer insanlarda olduğu biz hekimlerde de gibi korku, endişe, şaşkınlık, üzüntü çaresizlik gibi duygular oluşturdu. Yıkımın büyüklüğü ve yardımların gecikmesi nedeniyle çaresiz, değersiz, korkulu hissettik. Depremde bazı arkadaşlarımız birinci derece yakınlarını ve büyük bir kesim de çalışma arkadaşlarını kaybetti. Bu nedenle onlara yardım edemediğimiz için suçluluk duyduğumuz dönemler yaşadık.

Sorunlarımız bunlarla kalmadı ailemize ve çevremiz ile ilgili sorumluluklar yanında mesleğimizin getirdiği sorumluluklar vardı. Depremde çok fazla insan kaybı yaşandı ve bazı arkadaşlarımızın geriye dönüp baktıklarında aklına gelen şeylerden biri de daha fazla yardım edebilir miydik? olmuştu. Bir yandan ailemize ve çevremize yardım etme telaşı içindeyken bir yandan da diğer insanlara hastalara yardım edip etmeme arasında kaldık. Bu nedenle sık sık suçluluk hissi yaşadığımızı dile getiren meslektaşlarımız da oldu. Bir yandan bu suçluluğu yaşarken çalıştığım Kahramanmaraş merkez de hasarlı da olsa hastane binası olarak kullanılabilir 3 bina kalması bu binaların da görünüşleri ile hasar durumlarının uyumsuz olması nedeniyle hekimler olarak çalışmakta zorlandık. Artçılar devam ederken bu tip binalarda çalışmaya itildik ve büyük bir çoğunluğumuz ilk 1 ay içerisinde göreve çağırıldı, çalıştığım kurumda ilk gün içinde çalışmaya başlamazsak idari inceleme başlatılacağı iletildi. Tepki gösterildi ve hastane yönetimi geri adım atmak zorunda kaldı.

Depremin üstünden 8 ay geçmesine rağmen görev yaptığım Kahramanmaraş merkezdeki hastanenin ana binasının hasar durumu belli değil, acil durum hastanesi yok ve nereye kurulacağına dair bir net bilgi de yok. Şehir merkezindeki birçok hastane hasar aldığı için kısıtlı sayıdaki polikliniklerde günde 100-150 kişiye hizmet vermek zorunda kalıyoruz. Travmanın mağduru olmamız, muayene sürelerinin kısalığı, travma mağduru çok fazla olgunun olması ve işlevsiz kalan birçok birimimizin olması bizi çaresiz ve yetersiz hissettirdi 12 Nisan tarihinden itibaren Toplum Ruh Sağlık Merkezimiz, 1 Temmuz 2023 tarihinden itibaren de Alkol ve Uyuşturucu Bağımlılıkları Tedavi ve Araştırma Merkezimiz yeniden aktif olarak çalışmaya başladı.

Bunun yanında birçok hekim arkadaşlarımızın barınma sorunu devam etmektedir. Hasarsız ya da az hasarlı yapıların bulunmasının zor olması kira fiyatlarının da yükselmesine sebep oldu. Birçok arkadaşımız farklı dönemlerde hastanede, konteynırda, il dışında veya yakınlarının yanında yaşamak zorunda kaldı, halen barınma sorunlarını tam olarak çözemeyen arkadaşlarımız mevcut.

Hasar durumu tam olarak belli olmayan binalarda çalışan birçok arkadaşımız hayatlarını riske ederek çalışmasına rağmen süreç içerisinde de esnek mesai, akşam polikliniği açmaya zorlama gibi idari güçlükler ile performans sistemi, sözleşmeli kadrolarının geç dağıtılması ve icap nöbet ücretlerinin ödenmemesi gibi farklı başlıklar altında yaşadığımız mali güçlükler ile baş etmek durumunda kaldık.

Sonuç olarak hala yetersiz sayıda poliklinikle, kısa sürelerde yeterince iyileştirilememiş koşullarda, temel gereksinimleri dahi yeterince karşılanmamış depremedelere karşı yetersiz hissetmekteyiz. Çalışma koşullarımız ve aldığımız karşılık hala belirsizliğini sürdürmektedir.



**Genç psikiyatristlerin depremde etkilenenlere yardımda klinik deneyimleri; zorluklar ve ihtiyaçlar**  
**Deprem Bölgesi Dışında Kamuda Psikiyatri Hekimliği**  
**Özlem Çıtak Ekici**

*Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği*

Ülkemizde 1900'den günümüze, can kaybına, hasara neden olan 269 deprem meydana gelmiştir. Bunların 20'si 7 ve üzeri şiddetinde gerçekleşmiştir (1). 6 Şubat 2023 tarihinde saat 04:17'de ve 13:24'te merkezi Kahramanmaraş'ın Pazarcık ve Elbistan ilçeleri olan 7.6 ve 7.7 şiddetinde iki deprem meydana gelmiştir. Bu depremler 11 ilde büyük can kayıpları ve yıkımlara yol açmıştır.

Depremde etkilenen 11 ilin toplam nüfusu, 2022 yılında 14.013.196 olarak kaydedilmiştir (2). Depremler sonucunda resmi rakamlara göre 50 binden fazla insan hayatını kaybetmiş, çok daha fazlası yaralanmış, yarım milyondan fazla bina hasar görmüştür (3).

Deprem bölgesinden ayrılan depremzedelerin, çoğunlukla komşu illere, yakınlarının olduğu illere veya konaklama imkânı verilen illere gittikleri saptanmıştır. Resmi kayıtlara göre en fazla depremzede ev sahipliği yapan il Ankara'dır. Kayıtlara göre depremin ilk günlerinde Ankara'ya 205.405 kişi giriş yapmıştır, bu sayının 300 bine yaklaştığı belirtilmektedir.

Ankara'da, en fazla hasta başvurusu ve yatışı olan hastane Bilkent Şehir Hastanesi olmuştur. Anadolu'nun tümünden gelen hastalar ile zaten fazla olan hasta sayısı depremle birlikte katlanarak arttı. Bu hastalar; depremi bizzat yaşayıp beden sağlığı yerinde olan-olmayanlar, depremde yaralanan, vefat eden kişilerin yakınları, bölgeye kurtarma ve yardım amaçlı giden görevli-gönullüler, depremi tv, sosyal medyadan takip edip o anları yaşamışcasına etkilenen, ülkemizde büyük acılara sebep olan depremleri hatırlayan, kendi bölgesinde de deprem korkusu yaşamaya başlayan kişilerdi. Bu kişiler bir psikiyatri doktoruna ulaşmak istedi, kendileri istemese de yakınları tarafından getirildi, takipli diğer branşlardan doktorları tarafından yönlendirildi.

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Psikiyatri Uzman Hekimiyim. Elbistanlıyım, eşim Kahramanmaraşlı... Ailelerimiz depreme memleketlerimizde yakalandı. Antakya, İskenderun, Adana, Adıyaman'da yüzlerce akraba, arkadaş, tanıdık bu ağır travmaya maruz kaldı. Depremi Ankara'da fiziken hafif hissetsem de ruhsal, duygusal olarak olduğu ilk andan itibaren en ağır şekilde yaşadım...

Bu arada hayat devam ediyordu, başka şikayetleri ve kontrolleri için psikiyatriye gelmeye devam eden hastalar vardı. Nasıl olacaktı, nasıl herkese yetecek hepsine yardımcı olacaktık? Sayımız yeterli miydi, psikiyatrist olarak hastalarımıza ayırmak istediğimiz zamanımız var mıydı? Cevaplanmayı bekleyen onlarca soru ile vakit kaybetmeden işe koyulduk. Kliniğimizde; depremde olan hastaların psikiyatrik değerlendirilmesi amacıyla afetzede konsültasyon birimi açıldı, poliklinikten gelen, randevusu olmayan depremde hastalara öncelik verilmesi planlandı, zaman zaman birbirimizle konuşup, kendimizi de rehabilite edip, destek alarak yola devam ettik. Bu süreçte hastane işleyişi anlamında zorluklar yaşadık. Depremden aylar sonra bile düzeni devam ettirmeye çalıştık, halen depremde hastalarımıza yardımcı oluyoruz.

Bu felaket gösterdi ki afetlerin yaşanması kaçınılmaz olan ülkemizde hazırlıklı değildik. Sağlık alanında, insanlığa hizmet eden sağlık çalışanlarının çabası ile sistematik çalışma ağı oluşturmaya çalıştık. Ancak, hastanelerimizde kitlesel travma durumları için sistematik hizmet ağı olmadığını acı şekilde tecrübe ettik. Normal hayatta bile iyileştirilmesi gereken ruh sağlığı çalışma şartlarının afet dönemlerinde daha önem kazandığı ve üstünde önemle durulması gerektiği görülmüştür.

#### **Kaynaklar**

- 1- Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi "6 Şubat 2023 Kahramanmaraş Depremleri Çalıştay", 22 Mart 2023
- 2- Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı "2023 Kahramanmaraş ve Hatay Depremleri Raporu"
- 3- Türkiye Cumhuriyeti İç İşleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı, "Kahramanmaraş'ta meydana gelen depremler hakkında basın bülteni"



**Bilişsel İşleme Terapisi**  
**Önder Kavakcı**  
Serbest hekim

Bilişsel işleme terapisi (BİT), Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) semptomlarını azaltmada etkili olan özgün bir bilişsel davranışçı terapi türüdür.

BİT genellikle 12 seansta gerçekleştirilir ve hastaların travmayla ilgili yararsız inançlarla nasıl mücadele edeceklerini ve bunları nasıl değiştireceklerini öğrenmelerine yardımcı olur. Travmatik olaya ilişkin yeni bir anlayış ve kavramsallaştırma yaratarak olayın mevcut yaşam üzerindeki olumsuz etkilerini azaltır. Birçok randomize kontrollü çalışma ile etkinliği gösterilmiştir ve Kılavuzlarda TSSB için önerilen ilk sıra terapiler arasındadır.

Tedavi TSSB'nin yol açtığı düşünceler ve duygularla ilgili psikoeğitimle başlar. Hasta, düşünceler ve duygular arasındaki ilişkinin daha fazla farkına varır ve TSSB semptomlarını sürdüren "otomatik düşünceleri" tanımlamaya başlar. Travmatik olayın neden meydana geldiğine ve bunun kendisi, diğerleri ve dünya hakkındaki inançları üzerindeki etkisine ilişkin mevcut anlayışının ayrıntılarını veren bir etki beyanı yazar.

Daha sonra hasta travma(lar)ı işlemeye başlar. Travmayla ilişkili düşünce ve duygulardan kaçınma modelini kırmaya çalışmak için bir sonraki seansta okuduğu en kötü travmatik deneyimin ayrıntılı bir açıklamasını yazar. Terapist, uyumsuz düşüncüyü değiştirmek amacıyla hastanın travma hakkındaki yardımcı olmayan düşüncelerini (örneğin, kendini suçlama düşünceleri) sorgulamasına yardımcı olmak için Sokratik sorgulamayı ve diğer stratejileri kullanır.

Son olarak, hasta, yararsız düşünceleri tanımlama ve ele alma becerilerini geliştirdikten sonra, bu becerileri travmatik olaylarla ilgili inançları değerlendirmeye ve değiştirmeye devam etmek için kullanır. Bu noktada terapist, hastanın genel işleyişini ve yaşam kalitesini iyileştirmek için bu uyarlanabilir stratejileri tedavi dışında kullanma becerisini geliştirmesine yardımcı olur. Terapistler travmatik deneyimden özellikle etkilenen güvenlik, güven, güç, kontrol, saygı ve yakınlık konularına odaklanır.

BİT hem bireysel hem de yapılandırılmış grup oturumları halinde yapılabilir. Yöntem ne olursa olsun, hastaların seans dışı pratik görevleri olacaktır. BİT başlangıçta tedavinin bir bileşeni olarak yazılı travma anlatımıyla geliştirilmiştir, halen yazılı ya da yazılı anlatım olmadan gerçekleştirilebilir ve bilişsel tekniklere daha fazla vurgu yapılarak uygulanabilir.

Bu sunumda BİT ile ilgili araştırma sonuçları ve yöntemin değerlendirilmesi yapılacaktır.

**Kaynaklar**

- 1- Resick PA, Monson CM, Chard KM (2017). *Cognitive Processing Therapy for PTSD A Comprehensive Manual*. The Guilford Press
- 2- Wenzel A. (2017) *Basic Strategies of Cognitive Behavioral Therapy*. Psychiatr Clin. North Am 40:597-609.





### İnatçı Direnç/İsrarlı Sükunet Bülent Somay

Dayanıklılık travmaların ardından bedensel/zihinsel bütünlüğün korunup görece hızlı bir iyileşme/yeniden inşa sürecine girme anlamında kullanıldığı sürece faydalı bir kavramdır. Ancak katılık/değişime direnç anlamında kullanıldığında ise son derece tehlikelidir. Dayanıklılık/esneklik (*resilience/elasticity*) iki farklı bedensel/ruhsal tutuma karşı konumlandırılabilir: 1. Direnç/Direniş (*resistance*); 2. Plastisite (*plasticity*). 1. Direnç/direniş eğer terapiye/analize karşı *direnç* anlamında kullanılıyorsa, dayanıklılığın altını oyar, uzun vadede kırılmaya, yenilgiye, daha büyük travmalara yol açar. Eğer *direniş* anlamındaysa, bunu zulme, haksızlığa, adaletsizliğe karşı bir direniş olarak okuyabiliriz (1940-44 arası Fransız Direnişi'nde olduğu gibi), ki o zaman yapıcı, sağaltıcı bir anlam kazanır. 2. Plastisite ise bütün bu tartışmaların ötesinde, dış koşullar karşısında (yeniden) şekil alabilme, kendi bünyesinde yapısal değişikliklere giderek travmalar karşısında sağlam durabilme ve hayata yeni yollar açabilme anlamındadır. Bu yanı sıra da günümüz nörobiliminde (*neuroplasticity* anlamıyla) en çok rağbet gören ve üzerinde tartışılan/araştırma yapılan kavramlardan biridir. Bu iki tartışmayı da 2500 yıllık bir bilgelikle, Laozi'nin *Daodejing* bilgelik kitabıyla ilişkilendirmemiz mümkün:

76. On bin şey,  
yaşayan otlar, ağaçlar,  
yumuşaktır, esnektir.  
Ölünce kuru ve kırılğan.

O yüzden sertlik ve katılık  
ölüme aittir;  
yumuşaklık ve hassasiyet,  
hayata.

Sert kılıç kırılır,  
eğilmeyen ağaç devrilir.  
Sert ve yüce göçer gider.  
Yumuşak ve zayıf ayakta kalır.

78. Dünyada hiçbir şey  
su kadar yumuşak, su kadar zayıf değil;  
ama başka hiçbir şey, sert ve güçlü olanı  
aşındırıp tüketirken  
kendisi değişmeden kalmaz.  
Yumuşak sert yener,  
zayıf güçlüye galebe çalar.



## Dayanıklılığın Bedeli Gamze Özçürümez Bilgili

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Şu ana kadar gerçekleştirilen en kapsamlı araştırma sonucu, dünya genelindeki katılımcıların %70'ten fazlasının yaşamları boyunca en az bir travmatik olaya (yaşamı tehdit eden durumlar, ciddi yaralanma veya cinsel şiddet, vb.) maruz kaldığını göstermektedir (Benjet ve ark. 2016). Araştırmaya katılanların yaklaşık üçte biri ise dört veya daha fazla travmatik olaya maruz kaldığını bildirmiştir (Kessler ve ark. 2017). Travmatik deneyimlerin, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), alkol-madde kullanım bozukluğu gibi psikopatolojilerden, olumsuz fiziksel etkilenmelere dek uzanan sonuçları ise hepimizin günlük pratiğinin bir parçasıdır.

Travmaya maruz kalma olasılığının yüksekliği ve bunun sağlık ve esenlik üzerindeki yıkıcı sonuçları, söz konusu etkileri azaltabilecek mekanizmaların anlaşılması; sağaltılması, önlenmesi ve halk sağlığı politikaları geliştirilmesi açısından önemli bir araştırma alanıdır (Magruder ve ark. 2017). Travmaya maruz kalan tüm bireylerin olumsuz sonuçlar yaşamadığına dair yaygın gözlem, bu türden etkileri hafifletebilecek süreçlerin varlığına işaret etmektedir. Gerçekten de bireylerin olumsuz sonuçlara direnme yeteneği veya son derece olumsuz maruziyetlerden sonra dayanıklılık gösterme becerileri, önemli bir araştırma alanıdır.

Dayanıklılık kavramı böylelikle ortaya atılmıştır ancak bazı eleştirilerin de hedefindedir. Örneğin, dayanıklılık kavramının tanımı dahi henüz tartışmalıdır (Denckla ve ark. 2020). Yanı sıra, dayanıklılığın, fiziksel sağlık başta olmak üzere bir bedeli olduğunu öne süren kimi araştırmacılar, hangi koşullar altında bazı dayanıklılık kaynaklarının olumsuz etkileri olduğunu ve bu etkileri en aza indirebilecek stratejilerin neler olduğunu belirleme sorumluluğunun altını çizmektedirler. Ayrıca, dayanıklılıktan sıklıkla bireysel düzeyde bir özellik ya da bireysel düzeyde bir deneyim olarak bahsedilmektedir. Oysa, her şey bireyle ve bireyin bir şekilde olayları aşip aşamamasıyla ilgili hale geldiğinde mesele hem fazlasıyla basite indirgenmiş olur hem de başta kamu politikaları olmak üzere toplumun rolü göz ardı edilir.

Sunumun amacı, yazındaki tartışmalar ışığında dayanıklılık kavramını ve ilişkili etmenleri eleştirel bir bakışla gözden geçirmektir.

### Kaynaklar

Benjet C, Bromet E, Karam EG, Kessler RC, McLaughlin KA ve ark. (2016) The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: Results from the world mental health survey consortium. *Psychological Medicine*, 46(2):327–343.

Denckla C, Cicchetti D, Kubzansky LD, Seedat S, Teicher MH ve ark. (2020) Psychological resilience: an update on definitions, a critical appraisal, and research recommendations. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1):1822064.

Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ ve ark. (2017) Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup5):1353383.

Magruder KM, McLaughlin KA, Elmore Borbon DL (2017) Trauma is a public health issue. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1):1375338.



## Dayanıklı İnsanın Çekilmemiş İstirabı

Pınar Padar

*İstanbul Psikanaliz Derneği*

Travmatik deneyimle, insanın düşünme kapasitesi ve belleği kalıcı hasara uğrar. Kişi başına gelenler üzerine düşünemez, benlik düşünceyi oluşturan afeklerle temsilleri birbirine bağlayamaz ve yeni bir düşünce üretmek yerine, içinde travmatik deneyimin hiç izinin olmadığı bir illüzyon yaratır. Bu sayede çocuksu tümgüçlülük dünyasına gerilenir ve temel çaresizlik bertaraf edilir. Dış gerçekliğin zulmünün, iç gerçekliğin ıstırabıyla buluşmasını engelleyen bu çözüm, benliğin çöküşünü önler, onun sürekliliğini sağlar ancak ruhsallığın acı çeken yanını, acı çekmesine algi yoluyla neden olan tüm parçalarıyla birlikte bir sığınağa saklamasına yol açar. (Steiner, 2003).

Kendi acı çeken parçasından uzaklaşabilmiş insanların, semptom geliştirmeden yaşamın iniş çıkışlarına uyum sağlamaları onları dayanıklı yapar mı? Öyle ise benliğin bütünlüğünü korumak için geliştirdiği savunmanın bir sonucu olan tümgüçlülük ile dayanıklılığı birbirinden ayırt etmeli miyiz? Kişinin kendisini dayanıklı bulması yeterli bir bilgi midir? Yoksa bu ancak bir başkasının yapabileceği bir tespit midir? Kendinden fazla kaybetmeden, dış dünyanın taleplerine uyum sağlayabilen, yaşamın iniş çıkışlarına yanıt verirken, kendiliğinin sürekliliğini koruyabilen insanın kendiliğini gerçekten koruyabildiğini nasıl anlarız? Schneider (2003), dayanıklı olmak için ödenen bedelden söz eder. Travmanın ruhsallık üzerindeki yıkıcı etkileri ile dayanıklılık uğruna feda edilenleri birlikte değerlendirmek gerekir.

### Kaynaklar

Schneider, J. A. (2003) Janus-Faced Resilience in the Analysis of a Severely Traumatized Patient. *Psychoanalytic Review* 90:869-887.

Steiner, J. (2003). *Psychic retreats: Pathological organizations in psychotic, neurotic and borderline patients.* Routledge.



## Depresyonda Üstbilişsel Terapi

Sedat Batmaz

Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi, Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi, Psikoloji Bölümü,  
Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara

Metakognitif terapi (MKT), geleneksel bilişsel davranışçı terapi (BDT) ekolünden bazı yönleriyle farklılaşan, sağlam bir kuramsal arka plana sahip, ruhsal bozuklukların tedavisinde etkili olduğu gösterilmiş, kanıta dayalı bir psikoterapi yöntemidir.<sup>1,2</sup> MKT, özüt itibarıyla bir BDT alt türü olup kimi kaynaklarda üçüncü dalga terapiler arasında sınıflandırılrsa da, geliştiricisi bu sınıflamayı kabul etmemektedir.<sup>2</sup>

MKT'nin temel vurgusu bilişlerin içeriğinden ziyade bilişsel süreçler ve kişilerin bu süreçlere verdikleri tepkiler üzerinedir.<sup>3</sup> Geleneksel BDT yaklaşımlarından temel farklılık noktası da zaten vurgusundaki bu farklılıkta yatmaktadır. MKT'de terapistin ana amacı ruhsal bozukluğun sürdürülmesinde rol oynadığı düşünülen bu bilişsel süreçlere odaklanmak ve kişinin bu süreçlere verdiği uyuma dönük olmayan tepkileri değiştirmeye aracılık etmektir.<sup>1,4</sup> Nitekim MKT'nin geliştirilme sürecinde yapılan gözlemler ve bunları doğrulamak için yapılan klinik araştırmalardan elde edilen sonuçlar, ruhsal bozuklukların hem ortaya çıkmasında, hem de sürmesinde bilişlerin içeriğinden çok, bu bilişlerin hangi süreçleri etkilediğinin, bu süreçlerdeki bozulmaların bir sonucu olarak da kişilerin hangi uyuma dönük olmayan tepkileri gösterdiklerinin ve bu tepkileri kontrol altına alabilmek için devreye soktukları başa çıkma yöntemlerinin daha ön planda olduğunu öne sürmektedir.<sup>1,3,4</sup>

MKT, kişinin biliş ve davranışlarını kontrol altına alabilmek için üstbilişlere önem verir. Üstbilişler, bilişlerin işleyişini anlamada, kişinin neye dikkat ettiğini saptamada, düşünme ve davranışların düzenlenmesinde kullanılan stratejileri etkilemede görev alır. Burada bahsedilen tüm maddeler, bilişsel süreçlerin bir parçasına karşılık gelir. Bu yönüyle bakılacak olursa, üstbilişler, kişiyle ilgili bilişlerin seçilmesi, izlenmesi, yorumlanması ve kontrolünden sorumludur.<sup>1,2,5</sup>

Geleneksel BDT yaklaşımı, topografik açıdan bilişleri yüzeyden derine doğru otomatik düşünceler, ara inanışlar ve şemalar olarak konumlandırır.<sup>6</sup> Üstbilişler bu şekildeki bir konumlandırmada, tüm bu bilişlerin de altında yer alan ve kişiye gelen içsel veya dışsal uyaranlara göre hangi bilişlerin seçilip devreye sokulacağını, hangi davranışsal tepkilerin verileceğini belirleyen, yürütücü güç gibi tahayyül edilebilir. Üstbilişler tüm bu üç biliş katmanı arasındaki etkileşime aracılık eden bir üst köprü gibi de düşünülebilir. Bu yerleşim farklılığının MKT'de uygulanan tekniklerin sıralamasının neden geleneksel BDT'ten ayrı bir yol izlendiğini açıklayabilir.<sup>7</sup> Ayrıca bu her üç katman arasında yayılan ve MKT'nin kuramsal arka planındaki dayanağı temsil eden kendini düzenleyen yürütücü işlevin (KDYİ) de anlaşılmasında bu topografik açıklama yardımcı olabilir. KDYİ, her biri birbiriyle etkileşim içinde olan üç katmanlı bir yapıya sahiptir. En alt katmanda otomatik bilgi işleme süreçleri (alt düzey işlem), ara katmanda bilinçli şekilde bilgi işleme süreçleri (bilişsel tarz), en üst katmanda ise üstbilişlerin depolandığı bir kütüphane (üst düzey işlem) yer alır.<sup>4</sup> MKT'ye göre, ruhsal bozuklukların sürdürülmesi veya kontrol altına alınması, bu üç katmanda tepeden aşağıya doğru ilerleyen bir süreç aracılığıyla gerçekleşir.

Uzun yıllar boyunca laboratuvarında, sonrasında da klinik ortamda KDYİ modeli test edilmiş ve bu modelin ruhsal bozuklukları açıklamakta geçerli olduğu sonucuna varılmıştır.<sup>4</sup> Bu modelin merkezinde dört temel kavram yatmaktadır: (1) Bilişsel dikkat sendromu (BDS), (2) Üstbilişsel inanışlar, (3) Dikkat ve yürütücü işlevlerin kontrolü, (4) Zihinsel modlar.

KDYİ modeli, ruhsal bozuklukların altında yatan temel bozukluktan BDS'nin sorumlu olduğunu savunur.<sup>3</sup> BDS'nin sonucunda kişideki olumsuz duygular ve olumsuz bilişler daha da pekişir. BDS'nin kökeni ise kişinin üstbilişsel bilgi ve inanışlarından gelmektedir.

Depresyonda MKT burada bahsedilen süreçleri mümkün olduğunca değiştirmeyi hedeflemektedir. Bu sunumda depresyona özgül MKT uygulamalarından bahsedilecektir.

### Kaynaklar:

1. Wells A. Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression. New York: The Guilford Press; 2009.
2. Batmaz S. The conceptual foundations of metacognitive therapy. Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research 2014; 3(1):11-17.
3. Fisher P, Wells A. Metacognitive Therapy: Distinctive Features. New York: Routledge; 2009.
4. Wells A. Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy. Chichester: John Wiley & Sons; 2000.
5. Flavell JH. Metacognition and metacognitive monitoring: a new area of cognitive-developmental inquiry. American Psychologist 1979;34:906-11.
6. Beck AT. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: Penguin Books; 1979.
7. Wells A. Advances in metacognitive therapy. International Journal of Cognitive Therapy 2013;6:186-201.



## Ruh Sağlığı Uzmanlarının Medya Paylaşımlarının Damgalayıcı Özellikleri Nelerdir? Medyadaki Damgalayıcı Dilin Annelik Kavramı Üzerine Etkileri Nelerdir?

Arzu Erkan

*İstanbul Kültür Üniversitesi*

Anne ruh sağlığı üzerine son yıllarda çok sayıda çalışma yapılmaktadır. Her ne kadar Dünya Sağlık Örgütü tarafından 21. gebelik haftası ile postpartum 1 aylık dönemi kapsadığı belirtilen perinatal döneme yönelik çalışmalar literatürde daha fazla yer bulsa da psikolojik süreçlerin, annelik fikrinin kişinin zihninde belirlediği andan itibaren tetiklendiği bilinmektedir. Ayrıca küçük yaşlardan itibaren kişilere empoze edilen toplumsal cinsiyet rolleri ve gelecekte anne olma beklentisi de düşünüldüğünde, maternal ruh sağlığının yaşamın çok büyük bölümünü içerdiği anlaşılacaktır. Günümüzde medya ve özellikle internet tabanlı yeni medya araçlarının kullanımı kadınların perinatal dönemde "bilgi ihtiyacını" karşılamaya yardımcı oluyor gibi görünse de bir kadının kendisi, cinselliği ve üreme sağlığı hakkında hatalı/asılsız bilgilenmeye, kaygıya ya da olumsuz tutum ve davranışlara neden olabilmektedir. Kadınlar, bebek sahibi olmak isteme/istememe, annelik, gebelik, emzirme, ne hissetmesi/düşünmesi, neler yapması gerektiği ve ebeveynliğin gerekleri konularında paylaşılan bilgiler ya da başka kadınların deneyimleri ile karşılaştığında yetersizlik ve suçluluk duygularıyla, işlevsel olmayan tutum ve başa çıkma yöntemleri ile karşı karşıya kalabilmektedir. Bu bağlamda maternal ruh sağlığının farklı bileşenler tarafından nasıl etkilendiği araştırmacıların ilgi odağı olmuştur. Bu bileşenlerden biri de medya-yeni medya paylaşımlarında kullanılan üslup ve dildir. Bazı çalışmalar, medya paylaşımlarının bireylerin annelik algılarını önemli ölçüde etkileyebileceğini ortaya koymaktadır. Bunun yansıması olarak medya ve yeni medya paylaşımlarının gebelik ve gebelik sonrasında çeşitli ruhsal bozukluklara zemin hazırlayabileceği düşünülmektedir. Annelik ve kadınlık ekseninde ideolojik ve kültürel arka planlardan köken alan mitlerin ve toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin medya aracılığıyla topluma sunulması, toplumun dayattığı normların dışında annelik rolü ideali olan kadınlarda ruhsal ve sosyal sorunlara yol açabilmektedir. Doğru bilginin kaynağı olması beklenen profesyonellerin yaptığı açıklamaların dili önemlidir. Bu alandaki eşitsizlik ve şiddeti yeniden üreten, ayrımcı ve damgalayıcı dil ya da anneliğe/kadınlığa yüklenen gerçekdışı beklentilerin de kadın ruh sağlığını olumsuz etkilediği bilinmektedir. Bu sunumda literatürden güncel bilgiler, uzman görüşleri ve farklı medya kanallarından olumlu/olumsuz örnekler tartışılacaktır.

### Kaynaklar

1. Chan KL, Chen M (2019) Effects of Social Media and Mobile Health Apps on Pregnancy Care: Meta-Analysis. JMIR MHealth and UHealth, 7(1), e11836. <https://doi.org/10.2196/11836>
2. Jones A. (2022) Postpartum Help-Seeking: The Role of Stigma and Mental Health Literacy. Matern Child Health J. 26, 1030–1037 <https://doi.org/10.1007/s10995-022-03399-1>
3. Smith M, Mitchell AS, Townsend ML, Herbert J S. (2020) The relationship between digital media use during pregnancy, maternal psychological wellbeing, and maternal-fetal attachment. PloS one, 16;15(12):e0243898. doi: 10.1371/journal.pone.0243898.



## Medya Paylaşımlarının Annelik Kavramı ve Perinatal Dönemde Kadın Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri Burak Amil

*İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı*

Günlük yaşamda tüm bireylerin farklı rol ve kimlikler üzerinden tanımlanabilecek davranış kalıpları söz konusudur. Annelik, babalık, eşlik, arkadaşlık gibi çok sayıda rol ve kimliğin bir uzantısı olarak incelenebilecek bu davranışların ilgili kavramlara yüklenen anlamdan hangi düzeyde etkilendiği ise tartışmaya değer bir konudur. Böyle bakıldığında medya bileşenlerinin rol ve kimliklere ilişkin algılarımızı şekillendirdiği de yadsınamaz bir gerçektir.

Gerek medyada kullanılan dil gerekse medya organlarında yer alan kişilerin kullandıkları ifadeler ve tanımlamalar aslında rol ve kimliklerle ilişkili tüm kavramlara bir anlam yüklemektedir. Ne var ki bu anlamın gerçek hayattaki karşılığı ya da toplumun tüm bireyleri için aynı şeyi ifade edip etmediği büyük bir soru işaretidir. İşte medya üzerinden derin anlamlar yüklenen en önemli kavramlardan biri de anneliktir.

Annelik Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğüne göre anne olma durumunu temsil eder. Anne kavramı ise yine TDK'ye göre çocuğu olan kadın ya da yavrusu olan dişi hayvan anlamı taşır. Ancak toplumsal hayatta anne olmak bu tanımlamaların çok ötesinde bir görev ve sorumluluk bilinciyle eş tutulmakta ve bu durum kadınların ruh sağlığı üzerinde çeşitli etkiler yaratmaktadır.

Medya eliyle annelik algısını şekillendirme potansiyeli taşıyan yayınlar daha gebelik sürecinden itibaren etkisini göstermektedir. Gebe bir kadının neleri yapıp yapamayacağı, nasıl davranması gerektiği gibi farklı başlıklarda bilimsel yaklaşımın dışına çıkan ve toplumsal baskı unsuru olabilecek medya paylaşımlarına rastlanabilmektedir. Yine bu tip yayınların gebelik sonrası dönemle ilişkili olarak da devam ettiği görülmektedir.

Her konuda olduğu gibi annelik kavramının medyada işleniş biçiminde de kullanılan dil büyük önem taşımaktadır. Medyada yer alan yazılı ya da görsel materyallerde damgalayıcı, tek tipleştirici, ayrıştırıcı ve bilimsellikten uzak ifadelerin bulunmaması oldukça önemlidir. Bu konuda medya profesyonellerinin de farkındalığını artıracak çalışmalara ihtiyaç vardır. Kadın ruh sağlığı ve perinatal psikiyatri uygulamalarının geniş kitlelere yayılmasında medyanın gücü oldukça önemlidir ve bu açıdan medyada sorumlu bir bakış açısının gelişmesi koruyucu hekimlik uygulamaları açısından da devasa önem taşımaktadır.

İşte bu panelde de on soruda bir konu formatı içerisinde sorular ve cevaplarıyla medya paylaşımlarının annelik kavramına bakışı, perinatal dönemde kadın ruh sağlığına etkileri ve bu konuda atılabilecek adımlar ele alınacaktır.

### Kaynaklar

1. Kirkpatrick, Ciera & Lee, Sungkyoung. (2022). Comparisons to picture-perfect motherhood: How Instagram's idealized portrayals of motherhood affect new mothers' well-being. *Computers in Human Behavior*. 137. 107417. 10.1016/j.chb.2022.107417.
2. Shaw, R. L., & Giles, D. C. (2009). Motherhood on ice? A media framing analysis of older mothers in the UK news. *Psychology and health*, 24(2), 221-236.
3. Luce, A., Cash, M., Hundley, V. et al. "Is it realistic?" the portrayal of pregnancy and childbirth in the media. *BMC Pregnancy Childbirth* 16, 40 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0827-x>



**Kutsal Annelik kavramı nedir? Kutsal annelik mitleri nelerdir?**

**Medyanın kutsal annelik kavramına etkileri nelerdir?**

**Didem Sücüllüoğlu Dikici**

*Serbest Hekim*

İnsanlık tarihinin tüm dönemlerinde farklı zamanlarda farklı anlamlar yüklenen “annelik”, toplumlarda genellikle kadınların tümüne tahsis edilen bir duygu ve rol durumu olarak yaşanır ve yaşatılır. Günümüze kadar gelmiş ve yerleşmiş olan “kutsal annelik” çocuklarının bakımını üstlenen, fedakar, onlar için her şeyi yapan, diğer rollerinden vazgeçen, kendini çocuklarına adanmış; annelik rolünü varoluşunun asıl, en önemli ve gerekirse tek amacı olarak belirleyen böylece kadını kutsanmayı hak edecek bir mertebeye layık gören bir kavramdır. Sözde kadını yücelten bir kavram gibi görünen kutsal annelik özünde kadınlığı anneliğe indirger. Ürettiği mitlerle ne yapması gerektiğini kadına dayatarak, anneliği kadın için bir yük haline getirir. Ama kadının bunu fark etmeye bile hakkı yoktur, kendi kendine bile söyleyemez çünkü anne yorulmaz, söylenmez, çocuğunun bir gülüşü onun için dünyaya bedeldir. Kadın cinsiyet rollerinin içinde sıkışıp kalır, ruhsal hastalıklara gebe kalır, toplumsal cinsiyet eşitsizliğine teslim olur. Ekonomik, siyasal ve toplumsal yapıdan etkilenen ve onu etkileyen önemli bir ideolojik araç olan medya; içeriği ve diliyle ataerkil zihniyet yapısıyla kutsal annelik kavramını ve mitlerini pekiştirebilmektedir. Tam tersine ataerkil zihniyete karşı çıkan, toplumsal cinsiyet eşitliğini savunarak kutsal annelik kavramına karşı çıkan kadının yanında olan görsel, sözlü, yazılı medya ve sosyal medya hesapları da mevcuttur.

**Kaynaklar**

Türkdoğan, Ö. (2015). Ana Akım Medyada Annelik Miti. Kadın Araştırmaları Dergisi, (13).

Timurturkan, M. (2019). Ebeveynlik ve dijital medya: anneliğe ilişkin yaratılan yeni temsiller ve dayanışma örüntüleri. Mediterranean Journal of Humanities, 9(1), 315-333.



**Medya Yaklaşımlarının Doğum Kontrolü Üzerine Etkileri Nelerdir?  
Küretaj Hakları Konusunda Medyanın Kadınlar Üzerinde Etkisi Var mıdır?  
Yalçın Kahya**

*Memorial Antalya Hastanesi*

Afetler; dünya üzerinde sıkça yaşanan ve sebep olduğu zararlar ve kayıplar sebebiyle korku duyulan olaylardır. Medyanın afet kaynaklı krizlerin yönetiminde önemi büyüktür. Son yıllarda teknoloji ve internetin yaygınlaşmasıyla beraber sosyal medya da afetler ve sebep olduğu krizlerin yönetiminde önem taşımaktadır.

Sosyal medya afet yönetiminde iletişim açısından önemli bir konuma gelmiştir. Sosyal medya üzerinden yardım çağrısında bulunma/çağrılarını cevaplandırma afet iletişimi açısından oldukça önemlidir. Ayrıca afet sonrasında afetten etkilenen kişiler sadece yardım çağrısı için değil duygu ve düşüncelerini ifade edebilmek için de sosyal medyayı sık olarak kullanmaktadırlar.

Afet sonrasında travma sonrası stres bozukluğu başta olmak üzere depresif bozukluklar, anksiyete bozukluğu, yeme bozuklukları, uyku bozuklukları, alkol- madde bağımlılığı gibi birçok psikiyatrik bozukluk gelişebilir. Psikiyatrik problemler afete birebir tanık olan kişilerde görülebildiği gibi medya üzerinden afet ve sonraki süreçlerin takibini yapan kişiler de risk altındadır. Bu sebeple afet sonrası dönemde medya paylaşımları oldukça önemlidir. Paylaşımların dayanışmayı güçlendirme gibi faydalarının yanı sıra travmatize edici görüntüler, teyit edilmeden paylaşılan bilgiler de afet sonrası psikiyatrik problemler açısından risk oluşturmaktadır. Afet dönemi ve sonraki süreçte psikiyatristler dayanışmayı kuvvetlendiren ve psikiyatrik bozuklukların gelişimini önleyen bilgilerin paylaşılmasını sağlama açısından oldukça önemli konumdadır. Ayrıca psikiyatristler medyadaki paylaşımların nasıl olması gerektiği konusunda da yol göstericidirler. Bu sebeple medya ile psikiyatrist ve diğer ruh sağlığı uzmanlarının iletişim halinde olmaları oldukça önemlidir. Bu iletişim desteğe ihtiyacı olanları tespit etmenin yanında bilgi kirliliğinin de oluşmasını engelleyecektir.

Afet sonrası psikolojik ilk yardım ve psikoeğitim oldukça önemlidir. Profesyonel bir ekip tarafından yürütülen psikolojik ilk yardım hizmetleri psikiyatrik bozuklukların gelişimini önleme açısından oldukça önem taşımaktadır. Medya hem gönüllü ilk yardım ekibinin kurulması açısından fayda sağlayabilir hem de ilk yardım gereken kişilere ulaşımı sağlayabilir.

Afetler tüm toplumu etkileyen travmatik olaylar olduğu için afet sonrası toplumsal kenetlenme oldukça önemlidir. Afet sonrası yalnız bırakılma duygusu travmanın kendisi kadar ağırdır. Afet sonrası yardımlarda medya organları ve ruh sağlığı uzmanları iş birliği halinde olmalıdırlar.





## **Cinsel Kimlik Çeşitliliği Karşıtı Hareket ve Politikaların Psikiyatri Uygulamalarına Etkileri ve Çözüm Önerileri**

**Şahika Yüksel<sup>1</sup>, Koray Başar<sup>2</sup>, Seven Kaptan<sup>1</sup>, Neşe Yorguner<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>*Serbest Hekim, İstanbul*

<sup>2</sup>*Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıp Fakültesi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara*

<sup>3</sup>*Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıp Fakültesi, Marmara Üniversitesi, İstanbul*

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de son yıllar içinde anti-LGBT (lezbiyen, gey, biseksüel, trans) hareketlerde, bu hareketlerin siyasi ve toplumsal yaşam üzerinde etkinliğinde artış yaşanmaktadır. Ülkemiz gibi cis-heteronormativitenin, yani doğumda üremeye ilgili sahip olunan bedensel özelliklere göre atanan cinsiyetle cinsiyet kimliğinin örtüşmesinin, cinsel ve duygusal ilginin de ikili cinsiyet anlayışına uygun şekilde karşı cinse yönelik olmasının makbul, sağlıklı, normlara uygun olduğu, bunun dışındaki kimlik özelliklerinin sapkın, anormal veya hastalıklı olduğunu kabul eden düşünce sisteminin hakim olduğu toplumlarda bu yeni bir durum değil. Ancak gün geçtikçe örgütlü, görünür ve kamu otoritesi tarafından da desteklenir şekilde sergilenen eylemler yıllar süren mücadelelerle kazanılmış hakları da tehdit etmektedir. Psikiyatristler mesleki rol ve sorumlulukları gereği cinsel azınlıkların ruh sağlığını korumaya, iyileştirmeye, damgalanma ve ayrımcılık karşısında dayanıklılıklarını arttırmaya yönelik uygulamaları sürdürmeye çalışmaktadır. Anti-LGBT hareketler tarafından bu uygulamalar propaganda ya da toplum yapısına zarar verici eylemler olarak sıklıkla nitelendirilmektedir. Bu tutum psikiyatristleri yıkıcı söylem ve eylemlerin hedefi haline getirebilmektedir. Böylece bilimsel bilginin ve düşüncenin özgürce ifade edilmesinin önüne geçilebilmektedir. Bu hedefe basılı ve sosyal medyada kişilerin ya da grupların hedef gösterilmesinden doğrudan saldırılmasına uzanan etkinlikler gerçekleştirilmektedir. Bu eğilimin kurumsal yapılar içinde de karşılık bulunduğu örnekler yaşanmaktadır. Oluşturulan iklim doğrudan etkilerinin ötesinde cinsel azınlık grupları ve yakınlarının sağlığa erişimi önünde engeller oluşturmaktadır. Dahası cinsiyet uyum süreci gibi yasal ve adli süreçlerin de dahil olduğu işlemlerde yazılı olmayan, keyfi zorlaştırmalar yaşanabilmektedir. Bu sürecin yasal işleyişini güçleştirmeye yönelik de adımlar atılmaktadır. Bu çalışma alanıyla ilgili oluşturulan bu baskıya göz yumulması ya da direnilmesinin, benzer politik motivasyonlarla bilimsel dayanakları olan psikiyatrik, tıbbi hizmet ve uygulamalara uzanması büyük bir olasılıktır. Farklı kaynakları olan tüm bu baskılar cinsel kimlikle ilgili hizmet veren, eğitim, araştırma faaliyetleri sürdüren psikiyatristleri zor durumda bırakmakta, uygulamalarını sürdürmelerini güçleştirmektedir. Benzer gelişmelerin yaşandığı ülkelerde de ruh sağlığı çalışanları bu baskı ve tehdit ortamıyla tek başlarına baş etmekte güçlük çekmektedir. Bu çalışma grubunda bu alanda yaşanan zorluk deneyimlerinin konuşmacıların kolaylaştırıcı sunumları sonrasında katılımcılarla paylaşılması, yapılandırılmış şekilde çözüm önerilerinin gözden geçirilmesi planlanmaktadır.



## Kardiyometabolik yan etkilerle mücadele ve ilgili bölümlerle iş birliğinin yönetimi

**Ahmet Gürçan**

*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara*

Duygudurum bozukluklarında kardiyometabolik etkiler hem tedaviler hem de psikiyatrik durumla çeşitli şekillerde ilişkili olarak gözlenen bir durumdur. Bu duruma yapılacak müdahaleler de hastaların hem yaşam sürelerini hem de ek morbiditeleri etkilediği için özellikle önemlidir. Kardiyovasküler hastalıklarla psikiyatrik bozukluklar karşılıklı olarak birbirini artırma riski olan rahatsızlıklardır (Kahl ve ark. 2022, Kambey ve ark. 2023). Bu nedenle uygulanması gereken tedavi her durumun hem aralarındaki ilişkiyi gözeterek hem de öncelik sırası yapmadan hepsine uygun yaklaşımda bulunarak sağlanabilir.

Psikotropoların düzenlenmesi önemli müdahale yöntemlerinden biri olmakla birlikte tek yöntem değildir. Kardiyometabolik etkiler ve hastalıklar çok yönlü olarak ele alınması gereken durumlardır. Bu nedenle dikkate alınabilecek diğer yöntemler temel olarak hastaların yaşam tarzları ile ilgili önerilerde bulunmak, psikotropolar dışında ilaçlarla yapılacak farmakolojik müdahaleler (Kouidrat ve ark. 2015) ya da bazı girişimsel/cerrahi müdahalelerdir.

Tüm bunların yanında diğer yöntemlerin yetersiz kalması gibi durumlarda kardiyometabolik sorunların tedavisi/kontrol altına alınabilmesi için psikiyatrik bakımdan sıkı ölçütleri karşılayan az sayıda hastaya bariatrik cerrahi yöntemleri uygulanabilmektedir. Ancak bu uygulamaların hem beklenen sonucu verip vermeyeceği hem de zaman zaman yaşamı tehdit edebilecek boyutta komplikasyonların gelişmesine neden olabileceği akılda bulundurulmalıdır. Ayrıca cerrahi öncesi ve sonraki süreçlerde psikiyatrik takipleri ve tedavileri açısından da riskin artması dolayısı ile dikkatli olunmalıdır.

Bu konuşmada, duygudurum bozukluklarında kardiyometabolik yan etkilerle nasıl baş edilebileceği, psikotropoların düzenlenmesi dışındaki yöntemlerden, olanaklardan ve hangi durumlarda diğer uzmanlık dalları ile iş birliği yapmak gerektiğinden bahsedilecektir.

### **Kaynaklar**

Kahl KG, Stapel B, Correll CU (2022) Psychological and psychopharmacological interventions in psychocardiology. *Front Psychiatry* 13: 831359.

Kambey PA, Kodzo LD, Serojane F ve ark. (2023) The bi-directional association between bipolar disorder and obesity: Evidence from Meta and bioinformatics analysis. *Int J Obes* 47 :443-452.

Kouidrat Y, Amad A, De Hert M (2015) Emerging Drugs and Indications for Cardio-Metabolic Disorders in People with Severe Mental Illness. *Curr Pharm Des* 21: 3317-3324.



## **Kardiyometabolik Yan Etki Durumunda Psikotrop İlaç Yönetimi ve Önlemler** **Rukiye Tekdemir**

*Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı  
Mazhar Osman Duygudurum Merkezi*

Bipolar bozukluk (BB) hipomani, mani, depresyon ve iyilik dönemleri ile karakterize, kronik seyirli bir duygudurum bozukluğudur. Dünya Sağlık Örgütü BB'ü dünyada mortalite ve engelliliğe en çok neden olan 46. durum olarak bildirmiştir. Ayrıca bu bozukluğa sahip hastalarda yaşam boyu özkiyim oranları yüksek görülmekte ve yaklaşık 250 hastadan 1'i de bu hastalığın komplikasyonlarından ölmektedir. Genel topluma kıyasla ortalama yaşam ömrünün 10-20 yıl kadar daha kısa olduğu bildirilmektedir. BB hastalarında önlenebilir ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklar ilk sırada yer almaktadır ve genel topluma kıyasla yaklaşık 2 kat daha yüksek görülmektedir. Dolayısı ile BB hastalarında kardiyometabolik durumların önlenmesi ve yönetimi oldukça önemlidir.

BB hastalarında kardiyometabolik riskin birkaç olası mekanizması bulunmaktadır. Bunlardan birincisi HPA aksındaki düzensizlikler, nöro-metabolik etkenler, inflamasyon ve oksidatif stres gibi yapısal nedenlerdir. İkincisi, kötü beslenme, sedanter yaşam, yüksek sigara ve alkol kullanım oranları gibi yaşam tarzı faktörleridir. Üçüncüsü, ciddi akıl hastalığı olan bireylerin fiziksel bir şikayete birinci basamak sağlık hizmetlerine veya hastaneye başvurmaları daha az olasıdır, bu nedenle hastalıklar tedavi edilemez ve ilerler. Dördüncüsü, sağlık profesyonellerinin bu yan etkileri takip etmemeleri ve tedavi etmede zorluk yaşamalarıdır. Son olarak hastaların kullandığı psikotrop ilaçların olumsuz kardiyometabolik etkileridir.

Hastalığın tedavisinde farmkoterapi olmazsa olmazdır. Tedavide psikotrop ilaçlar köşe taşı ilaçlardır ve hastaların %70'inin kombinasyon tedavileri kullandıkları bildirilmiştir. Özellikle yeni kuşak antipsikotikler yaygın kullanılmaya başlanması ile, KVS hastalıklar için önemli bir risk faktörü olan metabolik sendrom ve bileşenleri yaygın görülmeye başlanmıştır. Metabolik sendrom açısından klozapin ve olanzapin yüksek riskli, amisülpirid, aripiprazol, paliperidon, risperidon orta riskli, aripiprazol, ziprasidon ve henüz ülkemizde kullanıma girmeyen lurasidon, kariprazin, breksipiprazol düşük riskli ajanlar olarak değerlendirilmiştir.

Amerikan Psikiyatri, Diyabet ve Klinik Endokrinoglar Birlikleri tarafından oluşturulan ortak çalışma metninde; yeni kuşak antipsikotik başlanan hastada tedaviye başlanmadan önce kilo ve diyabet açısından aile öyküsü alınmasını ve bunun her yıl tekrarlanmasını önermiştir. Ayrıca tedavi başlangıcında vücut ağırlığı, bel çevresi, açlık kan şekeri, kan basıncı ve açlık lipid profiline bakılması, tedavi süresince de düzenli ve belli aralıklarla takibini önermiştir. Metabolik sendrom açısından risk taşıyan veya bileşenlerine bağlı bozulma yaşayan bireylerde bu açıdan daha az riskli ajanlara geçiş, mümkün değilse daha düşük dozlarda kullanılması önerilmektedir. Klozapin kullanması gereken bireylerde aripiprazol, ketiapin, ziprasidon eklenmesini ve böylece klozapin dozunun azaltılması önerilmektedir.

QT uzaması pek çok antipsikotik ile ortaya çıkabilsede, pimozid, tioridazin, sertindol ve zotepin ile bu risk daha yüksektir. Kardiyovasküler riskin takibi için tedavinin başlangıcında ve yıllık EKG ile magnezyum ve potasyum düzeyi takibi önerilmektedir. Klozapine bağlı myokardit ve kardiyomyopati riski yüksektir. Tedavinin özellikle ilk dönemleri grip benzeri semptomları olan hastalar dikkatle değerlendirilmelidir.

Davranışçı öneriler kardiyometabolik değerlendirmenin her basamağında önerilmelidir. Düzenli egzersiz, uyku ve yemek düzeni gibi sosyal ritim bileşenleri, sigara ve alkol kullanımı yakından takip edilmelidir. Ancak kısa poliklinik koşullarında metabolik sendrom değerlendirmesi mümkün olamamaktadır. Ayrıca hastalar davranışçı önlemleri yerine getirmede düşük motivasyona sahip olabilirler. Bu nedenle dijital hasta takip uygulamaları büyük önem kazanmaktadır.

Bu konuşmada BB'da kardiyometabolik riskin etiyojisinden yola çıkarak; yönetimde karşılaşılabilecek olası güçlükler ve çözüm yolları tartışılacak, dinleyicilere pratik öneriler sunulacaktır.



#### Kaynaklar

1. De Hert, M., Dekker, J. M., Wood, D., Kahl, K. G., Holt, R. I. G., & Möller, H. J. (2009). Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *European psychiatry*, 24(6), 412-424
2. Mazereel, V., Detraux, J., Vancampfort, D., Van Winkel, R., & De Hert, M. (2020). Impact of psychotropic medication effects on obesity and the metabolic syndrome in people with serious mental illness. *Frontiers in endocrinology*, 11, 573479.



## Kardiyometabolik Yan Etkilerin Görülme Sıklıkları ve Etyolojisi

Şerif Bora Nazlı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Dışkapı SUAM, Etilik Şehir Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

Son yıllarda yapılan araştırmalar psikotrop kullanımının kilo alımı, obezite, glukoz ve lipid metabolizması bozuklukları ve bununla paralel metabolik sendrom ve kardiyovasküler sistem (KVS) hastalık riskinde artışla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Anıl Yağcıoğlu ve Ertuğrul 2011). Bipolar bozukluk seyriinde gerek akut dönemlerin tedavisinde gerekse uzun dönem koruma tedavisinde kullanılan psikotrop ilaçlara bağlı etkiler mortalite ve morbiditenin artmasına neden olmaktadır (Altınbaş K 2023). Psikotrop ilaç kullanımı ile ortostatik hipotansiyon, kilo alımı, lipid ve glukoz metabolizması bozuklukları, senkop, QT/QTc aralığında uzama, QRS komplekslerinde genişleme, ventriküler taşikardi, torsades de pointes, miyokardit, kardiyomiyopati, perikardit, kardiyak arrest ve hatta ani ölüm gibi kardiyovasküler sistemi etkileyen yan etkiler ortaya çıkabilmektedir (Anıl Yağcıoğlu ve Ertuğrul 2011). Bipolar bozukluk tanılı hastalarda ölüm oranlarını ve nedenlerini gözden geçiren en son araştırmalar incelediğinde özellikle kardiyovasküler sistem ilişkili ölümlerin önemine işaret edilmekte olup, yine bu çalışmalarda kronik seyirli sistemik etkileri olan bir duygudurum bozukluğu olan bipolar bozuklukta topluma kıyasla ortalama yaşam ömrünün 9-20 yıl kadar kısa olduğu bildirilmektedir (Altınbaş K 2023). Uzun QTc ve bradikardi için tipik antipsikotikler, yeni kuşak antipsikotikler, lityum kullanımının bir risk faktörü olabileceği bildiriliyor; klozapin, ketiapin ve amisülpiridin miyokardit ve kardiyomiyopati yan etki riskini arttırabileceği bilinmektedir. Yine lityum kullanımının EKG'de ST-T değişiklikleri için bir risk oluşturma ihtimalini arttırdığı bildirilmekte ve koroner arter hastalığı (KAH), miyokard infarktüsü (MI), metabolik sendrom (MetS) ve ortostatik hipotansiyon için özellikle tipik antipsikotik ve/veya yeni kuşak antipsikotiklerin kullanımının bir risk oluşturabileceği bildirilmektedir (Altınbaş K 2023; Manolis TA ve ark. 2019). Elbette potansiyel kardiyometabolik yan etkiler korkusunun hastalarımızı uygun ilaç tedavisinden mahrum bırakmaması da uygun ilaç seçimi ve yan etki yönetimi kadar önemli bir husustur. Kardiyovasküler sistem hastalıkları risk faktörlerinin modifikasyonu, kardiyometabolik yan etkilerin ve olası KVS hastalıklarının optimal yönetimi ve daha fazla etkinliğe ve en az kardiyovasküler sistem toksisitesine sahip psikotrop ajanların uygun seçimi, kardiyometabolik yan etkilerin azaltılmasında ve güvenliğinin artırılmasında büyük önem taşımaktadır. Kardiyometabolik yan etkilerden etkilenme ihtimali yüksek olan hastaların belirlenmesi, yan etki mekanizmasının detaylıca anlaşılması ve kardiyometabolik yan etkilerin görülme sıklıklarının bilinmesi bu tür komplikasyonları önlemek ve yönetmek için ilk önemli adımlardır (Manolis TA ve ark. 2019).

### Kaynaklar

- 1- Anıl Yağcıoğlu AE, Ertuğrul A. (2011) Antipsikotik ilaçların kardiyovasküler yan etkileri. Psikotrop İlaçların Kardiyak ve Metabolik Yan Etkileri. Psikiyatride Güncel. Cilt: 1, Sayı: 4, Sayfa: 251-265
- 2- Altınbaş K. (2023) Bipolar Bozukluk Tedavisinde Kullanılan Psikotrop İlaçların Yan Etkileri ve Yönetimi. Metabolik Sendrom ve Bileşenlerinin Tedavi ve Yönetimi. Editör: Prof.Dr. Kürşat Altınbaş. EMA Tıp Kitapevi. ISBN: 978-625-7849-85-2
- 3- Manolis TA, Manolis AA, Manolis AS. (2019) Cardiovascular Safety of Psychiatric Agents: A Cautionary Tale. Angiology. 70(2):103-129. doi:10.1177/0003319718780145.



## Duygudurum Bozukluklarında Afet Sonrası Dayanıklılık ve İyileşmeyi Etkileyen Faktörler

Ceren Meriç Özgündüz

Madalyon Psikiyatri Merkezi, İstanbul

Afet sonrası dönem, ruhsal hastalıkların ortaya çıkması ve alevlenmesi açısından riskli bir dönemdir. Psikososyal stresörle tetiklenebilme ve yineleyici doğası nedeniyle duygudurum bozuklukları afet sonrası dönemlerde aktifleşebilmekte, post travmatik stres bozukluğu gibi travma sonrası psikiyatrik tablolar daha sık ortaya çıkabilmektedir (Mueser ve ark. 1998). Mevcut duygudurum bozukluğu tanımlı hastaların yanı sıra duygudurum bozukluğu açısından riskli grupların da göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Afet sonrası dönemde ortaya çıkan psikiyatrik patolojiler açısından riskli gruplar afetten direk etkilenenler, yakınlarını kaybedenler, düşük sosyoekonomik statü ve azınlıkta olanlar, afet öncesinde psikiyatrik öyküsü olanlar ve kadınlar olarak tanımlanmakta, düşük sosyal destek ve kaçınma ile baş etme de riski artırmaktadır (Katz ve ark. 2002). Psikolojik dayanıklılık da bu açıdan önemli olup afet sonrası dönemde ortaya çıkabilecek depresyon gibi psikiyatrik belirtilerin şiddetini belirleyen önemli faktörlerden biridir (Stratta ve ark. 2012). Riskli grupların ve duygudurum bozukluğu tanımlı hastaların bu dönemde yakından takip edilmesi gerekir ve uygun baş etme stratejileri geliştirebilmeleri için bireyselleştirilmiş psikoterapötik müdahalelerden faydalanılabilir. Duygudurum bozukluğu olan hastalar ve riskli gruplar için günlük alışkanlıkların düzenlenmesi yanında stres yönetimi ve sorun çözme becerileri gibi uygun baş etme stratejileri kazandıracak ve ruhsal iyilik halini arttıracak girişimler kullanılabilir. Bu dönemde genel işlevsellik ve yaşam kalitesinin artırılması da çok önemlidir. Bu sunumda duygudurum bozukluklarında afet sonrası dayanıklılık ve iyileşmeyi etkileyen faktörler ele alınacak ve bu süreçte neler yapılabileceğinden bahsedilecektir.

Anahtar Kelimeler: Duygudurum Bozuklukları, Afet Sonrası, Psikolojik Dayanıklılık

### Kaynaklar

Katz CL, Pellegrino L, Pandya A ve ark. (2002) Research on psychiatric outcomes and interventions subsequent to disasters: a review of the literature. *Psychiatry Research* 110: 201–17

Mueser KT, Goodman LB, Trumbetta SL ve ark. (1998) Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66: 493–99

Stratta P, de Cataldo S, Bonanni R ve ark. (2012) Mental health in L'Aquila after the earthquake. *Ann Ist Super Sanita* 48(2): 132-7.



## Afetlerin Duygudurum Bozuklukları Üzerine Etkisi ile İlgili Geçmiş Çalışmalar Ne Diyor? Şevin Hun Şenol

*Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, İstanbul*

Afetler etkiledikleri bölgedeki popülasyonda ölüm veya ciddi yaralanmaya yol açmasının yanı sıra afetten sağ kurtulanlarda sonrasında ciddi ruhsal bozukluklar ortaya çıkabilmektedir. Travma sonrası stres bozukluğunun bu bireylerde öneminin altı sıkça çizilmiş olsa da neredeyse benzer sıklıkta görülen ruhsal bozukluklardan duygudurum bozuklukları çalışmalarda daha az vurgulanmıştır (Beaudoin 2007). Duygudurum bozuklarından birisi olan depresyon, çeşitli hastalıkların ortaya çıkması ve kötü sağlık sonuçları ile de ilişkilidir (Malhotra ve ark. 2010). Ancak afetler sonrası duygudurum bozukluklarının ortaya çıkışı ve seyri konusunda veriler sınırlıdır. Sosyalleşmeyi ve işlevselliği belirgin ölçüde bozan duygudurum bozukluklarına afet sonrası yatkınlığı arttıran sebeplerin belirlenmesi önemlidir. Önceki çalışmalarda doğal afetler sonrası depresyonunun yaygınlığı%4.9-54 gibi geniş bir aralıkta saptanmıştır (Cheng ve ark. 2015). Araştırmaların çalışma desenlerindeki temel farklar, ölçüm araçları, travmanın cinsi ve travma sonrasında ölçülme biçimleri bu geniş aralığı açıklayabilir. Hem erişkinlerde hem de çocuklarda duygudurum belirtilerinin ortaya çıkışı gecikmiş olarak görülebilir ve yıllarca sürebilir. Afet sonrası gelişen yeni yaşam koşulları, ekonomik kayıplar, göç ve göçmenlik kavramları da bu bireyleri duygudurum bozuklukları açısından riskli kılmaktadır. Riskli bireylerde duygudurum bozukluklarında remisyonu etkileyen önemli etkenlerden birisi de eşlik eden alkol ve kullanım bozukluklarıdır.

Panelin bu kısmında afet dönemlerinde duygudurum bozukluklarının sıklığı, ilişkili faktörler, yaklaşım önerileri, koruyucu önlemler, erişkinler ve çocuklardaki yaklaşımlarla ilgili yapılmış geçmiş araştırmaların sonuçlarının sunulması hedeflenmiştir.

### Kaynaklar

- 1- Beaudoin CE (2007). News, social capital and health in the context of Katrina. *Journal of health care for the poor and underserved*, 18(2), 418–430. <https://doi.org/10.1353/hpu.2007.0024>
- 2- Malhotra R, Chan A, Ostbye T (2010). Prevalence and correlates of clinically significant depressive symptoms among elderly people in Sri Lanka: findings from a national survey. *International psychogeriatrics*, 22(2), 227–236. <https://doi.org/10.1017/S1041610209990871>
- 3-Cheng Z, Ma N, Yang L ve ark. (2015). Depression and posttraumatic stress disorder in temporary settlement residents 1 year after the Sichuan earthquake. *Asia Pac J Public Health*, 27(2):NP1962-NP1972. doi:10.1177/1010539513485971



**Afet Durumlarında Duygudurum Bozukluğu Takibinde Kullanılabilecek  
İnternet Tabanlı Uygulamalar ve Diğer Araçlar  
Taha Can Tuman**

*İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul*

Afet sonrası dönem, ruhsal hastalıkların ortaya çıkması ve alevlenmesi açısından riskli bir dönemdir. Bipolar bozukluk tanılı hastaların ilk ataktan sonra iki yıl içinde relaps ve rekürrens riski yaklaşık %60 civarındadır. Major depresif bozukluk tanılı hastaların ilk ataktan sonra %50 yinelediği bilinmektedir. Duygudurum bozukluklarının stresörle tetiklenebilme ve yineleyici doğası nedeniyle afet sonrası dönem yakından takip edilmesi gereken bir dönemdir. Aynı zamanda atak geçirme, başta hastaneye yatış ihtiyacı, intihar riski nedeniyle afet ortamında birey ve toplum için yıkıcı sonuçlara neden olma riskini barındırmaktadır. Mevcut duygudurum bozukluğu tanılı hastaların ve duygudurum bozukluğu açısından riskli grupların yakından takip edilmesi gerekmektedir. Duygudurum bozukluğu açısından riskli grupların başında depremde yakınlarını kaybedenler, depremde enkaz altında kalanlar, yaşlılar, gebeler, lohusalar, ergenler ve genç erişkinler gelmektedir. Böyle geniş bir yelpazede duygudurum bozukluğu tanılı ve risk grubundaki kişilerin takibinde zaman, maliyet etkinlik ve sağlık personelinin kısıtlı sayıda olması nedeniyle teknolojik uygulamalardan yararlanmak büyük önem taşımaktadır. Riskli grupların ve remisyondaki duygudurum bozukluğu tanılı hastaların takibinde prodromal belirtilerin, yakın zamanda atak geçirmiş hastalar için rezidüel belirtilerin ve düzenli ilaç kullanımının yakından takip edilmesi gerekmektedir. Prodromal dönemde müdahale hastalığın ortaya çıkmasının engellemesi, geciktirilmesi, gidişinin ve şiddetinin hafifletilmesi açısından oldukça önemlidir. Duygudurum bozukluğu olan hastalarda sık görülen ve yakından takip edilmesi gereken prodromal belirtiler eşikaltı depresif belirtiler, anksiyete, uyku sorunları, enerji artışı, irritabilite ve duygudurum dalgalanmalarıdır. Remisyondaki hastalar ve riskli gruplar için günlük alışkanlıkların düzenlenmesi, stres yönetimi ve sorun çözme becerileri gibi ruhsal dayanıklılığı ve mental iyilik halini arttıracak uygulamalar kullanılabilir. Teknolojik uygulamalar ile hedef mani ve depresyon dönemlerinin önlenmesi, prodromal ve rezidüel eşik altı belirtilerin tespit ve takip edilmesi, ruhsal dayanıklılığın artırılması ve genel işlevsellik ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Teknolojik uygulamalar ile gerçek zamanlı izleme olanak sağlamaktadır. Gerçek zamanlı mobil izleme ile uyku, iştah, duygudurum, sosyal işlevsellik, enerji, madde kullanımı, intihar düşüncesi ve özgüven, hareketlilik, durgunluk, anksiyete, irritabilite gibi parametreler takip edilebilir. Bu sunumda afet sonrası dönemde duygudurum bozukluğu takibinde kullanılabilecek internet tabanlı uygulamalar ve diğer araçlardan bahsedilecektir.





## Duygudurum Bozukluğuna Yatkınlık ve Mitokondriyal Genom Değişiklikleri Deniz Ceylan

Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, İstanbul

Duygudurum bozuklukları (bipolar bozukluklar ve depresif bozukluklar), 15-44 yaş arasındaki bireylerde en fazla iş kaybına neden olan psikiyatrik bozukluklardan biridir [1]. Bu tür bozukluklar, bireylere ve topluma yüksek maliyetler getiren, altında yatan biyolojik mekanizmaları tam olarak aydınlatılmayan karmaşık bozukluklardır. Duygudurum bozukluklarının patogenezinin anlaşılmasında önemli bir zorluk, bu bozuklukların tek bir genetik, biyolojik veya psikososyal faktörle açıklanamaması, bunun yerine birçok faktörün etkileşiminin sonucu olarak ortaya çıkmasıdır. Epigenetik terimi, DNA'nın nükleotid dizisinde herhangi bir değişiklik olmadan gen ifadesinde ve işlevinde değişikliklere neden olan kromatin yapısı değişikliklerini ifade eder. Duygudurum bozuklukları gibi psikiyatrik bozukluklarda, epigenetik değişikliklerin (histon modifikasyonları, DNA metilasyonu değişiklikleri gibi) antidepresanların ve duygudurum dengeleyicilerin etkisi altında olduğu birçok çalışma tarafından gösterilmiştir [2]. Günümüzdeki araştırmalar, duygudurum bozukluklarının patogenezinin daha iyi anlaşılması için farklı mekanizmalar arası etkileşimlere ve genlerin davranışlarını etkileyen epigenetik ve transkripsiyonel değişikliklere odaklanmaktadır [3].

Son yıllarda yapılan çalışmalar, mitokondriyal DNA'nın da epigenetik değişikliklere uğradığını ve bu değişikliklerin hücre içinde düzenleyici etkilere sahip olduğunu göstermiştir. Bu, mitoepigenetik ve mitokondriyal epigenetik olarak adlandırılan yeni araştırma alanlarını ortaya çıkarmıştır. Mitokondriyal epigenetik, sadece mitokondri ve mitokondriyal genomdaki değişikliklere odaklanan bir alanı ifade ederken, mitoepigenetik daha geniş bir alanı kapsar, bu da mitokondriyal DNA (mitokondriyal DNA) ve nükleer DNA (nükleer DNA) arasındaki etkileşimleri içerir. Ancak, metodolojik sınırlamalar nedeniyle, mitokondri epigenetik değişiklikleri hala tam olarak anlaşılmamıştır. Bununla birlikte, mitokondriyal DNA'nın epigenetik değişikliklerinin nükleer DNA'dan farklılık gösterdiği bilinmektedir.

Bu konuşma kapsamında major depresif bozuklukta, bipolar bozuklukta ve bipolar bozukluk için genetik yükü olan bireylerde mitokondriyal genomdaki epigenetik değişikliklerle ilgili henüz yayımlanmamış veriler sunulacaktır.,

### Kaynakça

- [1] Ferrari AJ, Stockings E, Khoo JP, Erskine HE, Degenhardt L, Vos T, et al. The prevalence and burden of bipolar disorder: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. *Bipolar Disord* 2016;18:440–50. <https://doi.org/10.1111/bdi.12423>.
- [2] Saavedra K, Molina-Márquez AM, Saavedra N, Zambrano T, Salazar LA. Epigenetic modifications of major depressive disorder. *Int J Mol Sci* 2016;17. <https://doi.org/10.3390/ijms17081279>.
- [3] Penner-Goeke S, Binder EB. Epigenetics and depression. *Dialogues Clin Neurosci* 2019;21:397–405. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2019.21.4/ebinder>.



## Şizofrenide Tedavi Yanıtı ve Dopamin D1R/D2R Dengesi

Yasemin Hoşgören Alıcı

Başkent Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Şizofrenide kullanılan ilaçlar ağırlıklı olarak Dopamin 2 reseptörünü (DR2) bloke ederek etkinlik göstermektedir; hastaların 1/3'ünde bu ilaçlara yanıt alınamamaktadır. Son dönemde yapılan çalışmalar, tedaviye yanıt vermeyenlerin farklı bir nöropatolojiye sahip olabileceğine işaret etmiştir. Tedaviye yanıtızsızlığa dair patofizyolojinin araştırılması hem şizofrenin etyopatolojisine dair karanlıkta kalan noktaların aydınlatılması hem de yeni tedavi hedefleri için yol gösterici olabilir.

Dinlenme durumu fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (rsfMRG) çalışmalarına göre şizofreni için merkezi öneme sahip üç ağ yapısı tanımlanmıştır: Olağan durum ağı (Default Mode Network/DMN), belirginlik ağı (Salience Network/SN) ve merkezi yönetici ağ (Central Executive Network/CEN). Şizofrenideki bilişsel eksiklikler DMN/CEN koordinasyonundaki işlev bozukluklarına bağlı iken, SN'nin psikotik belirtilerin ortaya çıkmasında önemli rol oynadığı öne sürülmüştür

SN'nin düzenlenmesinde dopamin büyük önem taşır. Dopaminin etkisini anlamaya yönelik ikili durum hipotezi (Dual-state hipotez-DSH), dopamin 1 reseptörü (D1R) ve D2R karşılıklılığına dikkat çekmiştir. D1R, hedef dışı beyin aktivitesinin (gürültü) baskılanmasını sağlayarak hedefe yönelik davranışın gerçekleşmesine hizmet eder yani çeldiriciye direnci artırır. Olası hedeflerin araştırabilmesi için D2R'in aktivasyonu aracılığı ile beyindeki inhibisyonun durumlar arasında geçişi sağlayacak kadar azaltıldığı düşünülmektedir. Dolayısıyla D1R hedefe kitlenmeyi ve istikrarı, D2R ise esnekliği sağlar. Sağlıklı beyinde genel ağ dinamiği dengelidir, yani saf D1R ve D2R baskın ağ durumları, bir sürekliliğin iki uç noktasını temsil eder. Bununla birlikte, dopamin sisteminde dengenin bozuk olduğu durumlarda, prefrontal ağların dinamiğinin, psikotik belirtilerin gelişimini destekleyen uç noktalardan birine doğru kaydığı düşünülmektedir.

DSH'a göre çalışma belleği ve seçici dikkatteki eksiklikler, tutarlı düşünce dizilerinin oluşumunda bozulma, dikkat dağınıklığı, varsanılar ve sanrılar gibi belirtilerin ortaya çıkmasının D1R/D2R dengesinin D2 lehine bozulmasından kaynaklandığı söylenebilir. Diğer uçta, aşırı güçlü bir D1R baskın durum, özellikle ısrarcı düşünme, isteksizlik ve bilişsel esneklikteki eksikliğin temelini oluşturabilir. Aynı zamanda psikotik içeriğin katılığı daha abartılı hale getirebilir. Dolayısıyla, DSH, şizofreni kliniğinde pozitif ve negatif belirtilerin birlikteliğini ve ağırlıklarının zaman içinde değişiminin, D1R/D2R dengesindeki uçlara kaymalardan kaynaklanan bozulma ile açıklamayı sağlayabilir. SN'nin işleyişinde D1R ve D2R arasındaki dengenin belirgin rolü dikkate alındığında, D1R/D2R dengesinde bir bozulma/farklılaşmanın SN işlevlerinde değişimde ve bunun da sanrı ve varsanı oluşumunda önemli role sahip olduğunu düşünmek mümkündür. Bu görüşten yola çıkarak çalışmamızda SN üzerinde D1R/D2R etkisi araştırılmaktadır.

### Kaynaklar

Cools, R. (2016). The costs and benefits of brain dopamine for cognitive control. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 7(5), 317-329.

Tost, H., Alam, T., & Meyer-Lindenberg, A. (2010). Dopamine and psychosis: theory, pathomechanisms and intermediate phenotypes. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34(5), 689-700.

Durstewitz, D., & Seamans, J. K. (2008). The dual-state theory of prefrontal cortex dopamine function with relevance to catechol-o-methyltransferase genotypes and schizophrenia. *Biological psychiatry*, 64(9), 739-749.



## **Psikiyatrinin nesnesi ile ilgili modellerde bir paradigma krizi var mı?**

**Selçuk Candansayar**

*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD*

Ruhsal sorun, sıkıntı ve hastalıklarla ilgili günümüzde bir kargaşa olduğu söylenebilir. Tıbbi psikiyatrinin 20. yüzyıl boyunca sürdürdüğü üstünlük derin bir sarsıntı yaşıyor. Hastalık ve sınırları ile tedavi, iyileşme uygulamaları birbiriyle uzlaşmaz çelişkiler içeren bir durumda. Ruhsal sorunların tıbbın konusu olup olmadığı da yine tartışılıyor. Çok farklı "bilimsel" disiplinler ve hatta "bilimsiz" inanç ve yöntemler ruhsal sorunlar hakkında söz ve yatki sahibi oldukları iddiasındalar. Bu kargaşanın insanlığın yaşadığı ekonomipolitik krizin bir yansıması olduğu açık. İnsanlık yine "büyülenmiş" bir dünyada mitos ve logos un birbiri içine girdiği tarihsel bir dönem yaşıyor. Psikiyatrinin bu krizden etkilenmesi olağan, çünkü psikiyatri nin genellenebilir bir nesnesi varsa onun bizzatı insanın kendisi, ne olduğu ve nasıl olduğu olması.

Bu tartışmada psikiyatri disiplininin 200 yıl önce ortaya çıktığından bu yana iki düzlemde kriz yaşadığı öne sürülecektir. İlk psikiyatri diye bir disiplinin varlığı, gerçekliğinin olup olmadığı sorunu, ikincileyin de varsa bu disiplinin araştırma, çalışma nesnesinin ne olup olmadığı tartışılmaya çalışılacaktır.

Delilik, akıl hastalığı ve oradan ruhsal bozukluk olarak kavramsallaştırılan durumların insan türünün evriminden bu yana var olmasıyla, bu kavramsallaştırılan hallerin üzerinde şu ya da bu kurama dayalı bir teknikle değiştirilmesi (iyileştirme, düzeltme, ortadan kaldırma, ehlileştirme) arasında bir ayırım yapmadan tartışmak mümkün değildir. Psikoloji ve psikiyatri ayrımı ve her iki disiplinin nesnesinin ne olduğu sorusu da henüz üzerinde uzlaşılmış değildir. Ruh, zihin, beyin, beden ve bu kavramlar arasındaki ilişki açık seçik anlaşılmadan da bir sonuca varmak zordur. Böylesi bir tartışma bir yanıyla felsefi bir sorgulama olacaktır ve fakat felsefenin kendisi de aynı haller hakkında kavramsallaştırmalar, kuramlar ve modeller ürettiği için durum daha da karmaşıklaşmaktadır. Dolayısıyla bir epistemolojik (bilgi) ve ontolojik (varlık) sorgulama yapmadan ilerlemek olası olmayabilir.



## Afet süreçlerinde kadınları bekleyen muhtemel ayrımcılık alanları

**Ceylan Koç**

*Etlik Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği*

6 Şubat 2023'te Türkiye, Güneydoğu bölgesinde geniş çaplı yıkıma yol açan iki önemli depremle sarsılmıştır. Deprem yaklaşık 14 milyon kişiyi, 11 ili etkilemiştir. Okullar ve sağlık tesisleri ile yollar, havaalanı, limanlar, elektrik hatları, su ve kanalizasyon gibi diğer kamu altyapıları da dahil olmak üzere binlerce bina ciddi hasar görmüştür. Tahminen 2,7 milyon kişi bölgeyi terk ederek ülkenin diğer bölgelerine göç etmek durumunda kalmıştır. Bölgenin nüfusunun yaklaşık yarısını kadınlar ve kız çocukları oluşturmaktadır. Etkilenen 11 il Türkiye genelinde kadın istihdamının en düşük olduğu iller arasındadır. Bölgedeki kadınların %78,7'si bakım ve ev işlerinde, bölgedeki ana sektörlerden olan tarım ve hayvancılık işlerinde 'aileye yardımcı olma' şeklinde ücretsiz işçi olarak çalışmaktadır. Bu durum kadınların deprem öncesinde de toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile ilişkili zorluklarla karşılaştığını göstermektedir. Var olan eşitsizliklerin afet sonrası derinleşmesi sebebiyle bölgede temel hizmetlere ve yaşamsal yardım malzemelerine erişim, güvenlik ve uygun barınma, temizlik, sağlık ve koruma gibi temel ihtiyaçlarının karşılanması gibi konulardaki zorlukların kadınları daha olumsuz olarak etkilediği bilinmektedir.(1)

Cinsiyet eşitsizliği, bir kişiye cinsiyetinden dolayı olumsuz veya eşit olmayan şekilde davranılmasıyla ortaya çıkan durumdur. Eğitim, istihdam ve sağlık hizmetlerine sınırlı erişim; eşitlikçi olmayan ücretlendirme; cinsel istismar gibi birçok alanda etkileri görülür. Bu alanlar günlük yaşantıyı yakından ilgilendirmeleri ve birbiriyle iç içe geçmiş yapıları nedeniyle, toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile mücadele çok yönlü olarak verilmelidir. Herhangi bir afet anında kadın, yaşlı, engelli, mülteci, LGBTQ bireyler gibi zarar görebilirliği fazla olan gruplar ayrımcılığa daha fazla maruz kalmakta ve afetten daha olumsuz etkilenmektedir. Kadınların kültürel olarak kabul edilebilir kıyafetlerine ulaşmak için tahliye süreçlerinin zorlaşması, gece veya yanlarında bir erkek olmadan dışarı çıkmalarının uygun görülmemesi, afet koordinasyon ekiplerinde kadın görevlilerin ve gönüllülerin sayıca az olması, yer alan kadın görevlilerin yetki ve sorumlulukları ile ilişkili kısıtlanmaları tahliye, arama ve kurtarmada kadınların daha fazla zarar görmesine sebep olan risk etmenlerindedir. Hayatta kalan kadınlar için de erkeklerden daha farklı riskler söz konusudur. Afet sonrasında özellikle cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili sorunlar, geçici yaşam alanlarındaki hijyen ve güvenlik koşullarının elverişsiz olması (2) ve kadınların cinsel, fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalmaları bu risklerdendir. Kadınların maruz kaldığı bu ayrımcılık alanları, toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanamaması nedeniyle oluşan gelir adaletsizliği, eğitimi sürdürmekte güçlük, istihdama katılımı azalma, ekonomik bağımlılık, karar verme süreçlerine dahil edilmeme, erken yaşta evlilikler, sağlık sistemi ve aile planlamasında yetersizlikler, adolesan gebelikler, artmış doğum oranları ve toplum içinde görünürlüğü azalması olarak özetlenebilir.(3) Bu bağlamda düşünüldüğünde kadınların deprem ve ilişkili süreçlerde toplumsal cinsiyet nedeniyle ayrımcılığa maruz kalması üzerinde konuşulması gereken bir durumdur.

Toplumun bireylere kadın veya erkek olarak yüklediği sosyokültürel roller ve sorumluluklar, kişilerin afetlerden zarar görebilirliklerini arttırmakta, tehlikelerin yönetilemez duruma gelerek afete dönüşmesine neden olmaktadır. Aynı zarar görebilirlikler afet sonrası dönemi daha karmaşık hale getirmekte, iyileşme ve toparlanmayı zorlaştırmaktadır. Afet planlama ve risk yönetimi afete direnci arttırmak için esastır. Bu nedenle toplumsal cinsiyet eşitsizliğine duyarlı, ayrımcılıklara karşı olarak bireylerin başa çıkma kapasite ve yeteneklerini geliştirmeyi amaçlayan yaklaşımlar gereklidir.

(1) UNWOMAN (2023) UNWOMAN Brief on Earthquake in Türkiye : Impacts and Priorities for Woman and Girls 06.04.2023

(2) HASUDER (2023) Halk Sağlığı Uzmanları Derneği 6 Şubat 2023 Depremleri Üçüncü Saha Raporu, 12.05.2023

(3) CEDAW Komitesi (2018) İklim Değişikliği Bağlamında Afet Riskinin Azaltılmasının Toplumsal Cinsiyetle İlişkili Boyutlarına



**Afetlerde Cinsiyet Eşitliği ve Kadının Güçlendirilmesi, Hazırlıklı Olmak Mümkün mü?  
Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Tabanlı Afet Hazırlığı: Afet Projeleri Nasıl Olmalı?**

**Diğdem Göverti**

*Kocaeli Üniversitesi*

Toplumsal cinsiyet eşitliği gözetilmeyen politikalar nedeniyle afet öncesi, sonrası ve sonrası süreçlerde kadınlara odaklanmak, kadınların afetleri nasıl deneyimlediğini araştırmak ihtiyacı bulunmaktadır. 2022 yılında yapılan bir araştırma, kişilerin etkilenme olasılığını arttıran birkaç faktörden birinin kadın cinsiyet olduğunu göstermiştir. Ek olarak, toplumsal cinsiyet eşitliği gözetilmeyen, cinsiyet rolleri açısından bu eşitsizliğe göre konumlanan toplumlarda kadınların afet planlama süreçlerinin dışında bırakılması ve kadınlara yönelik afet politikalarının geliştirilmemesi nedeniyle kadınlar afetlerden kaynaklanan tehlikelere karşı daha savunmasız kalmaktadırlar. Doğal afetlerin, kadınların ortalama yaşam süresini erkeklerden çok daha fazla azalttığı ve afet şiddetlendikçe bu etkinin de arttığı gösterilmiştir. Cinsiyet eşitliğinin daha fazla olduğu yerlerde, erkekler ve kadınlar için beklenen ölüm oranları arasındaki farkın daha az olduğu ortaya konulmuştur. Yapılan araştırmalar, kadın ve erkeklerin afetlerle ilgili yaşadığı sıkıntı düzeylerinde anlamlı farklılıklar göstermemektedir. Ancak, afetlerden sonra kadınlarda depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu riskinin; erkeklerde ise, alkol veya madde kullanım bozukluğu riskinin arttığı bildirilmiştir. Kadınlarla ilgili afet sonrasında artış gösteren bir diğer önemli konu ise kadına yönelik şiddettir. Bu gibi öngörülen durumlar için afet öncesi süreçlerde toplumsal cinsiyet eşitliği kapsamında araştırmalar yapmak gerekmektedir.

Afet öncesi bağlamda kadınların ve kız çocuklarının sosyal, politik ve ekonomik kaynaklara eşit olmayan erişimi, onların afet sonrası yardıma ve hasar ve kayıp tazminatına erişimlerini etkilemektedir. Örneğin, 2010'da Pakistan'da yaşanan sel felaketinin ardından pek çok kadınlar, gıda yardımı, tıbbi hizmetler (özellikle üreme sağlığı hizmetleri) ve hatta tuvalete erişim şeklinde olsun, geleneksel olarak sağlanan yardımlara erişimlerini kısıtlayan veya engelleyen mali ve ailesel kısıtlamalar nedeniyle hareket kabiliyetinden yoksundu. Ayrıca pek çok kadının ulusal kimlik kartları yoktu ve bu da onların bir kimlik kartı sahibi olmayı temel alan yardım programlarından yardım alma yeteneklerini sınırlıyordu.

Aynı zamanda doğal tehlikelerden kaynaklanan risklere karşı kadın ve erkek hassasiyetindeki farklılıklar, yaş, ırk, etnik köken, engellilik ve cinsel yönelimin yanı sıra sosyoekonomik durum, coğrafi bağlam, kültürel ve dini inançlar ve göç durumu nedeniyle marjinalleşme nedeniyle sıklıkla daha da kötüleşmektedir.

**Kaynak**

1) Gender Equality and Women's Empowerment in Disaster Recovery, Disaster Recovery Guidance Series



## Afet Öncesi Planlamada Cinsiyet Eşitliği Gözeten Genel İlkeler: Eşitlikçi Politikalar Hande Gazey

Gazi Üniversitesi Tıp Fak. Psikiyatri ABD

Afetler, sağlığın birden çok belirleyicisini etkilemektedir ve önemli bir halk sağlığı sorunudur. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve rolleri bu sorunun daha da derinleşmesine sebep olmaktadır. Afet risk yönetimi halkın tüm kesimlerinin katılması gereken bir süreçtir. Afet öncesinde zarar azaltma ve hazırlıktan herkes sorumlu olmadıkça, afete dirençlilik sağlanamamaktadır. Kadınların planlamada yer alması temel insan hakları olmasının yanısıra, yerel planlama ve stratejilerde toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlayan politikaların daha başarılı olduğu, böylelikle, halkın afetlere dirençlilik kazandığı saptanmıştır. Afet risk planlamasına dahil olan resmi kurumlarda, müdahale ve gönüllü ekiplerinde kadın temsiliyetinin artırılması, yerel yönetimlerin mahalle kadın örgütlenmelerini desteklemesi, eşgüdüm ve uyumun sağlanması açısından iletişim ağlarının oluşturulması önemlidir. Afetlerde kadınları kırılgan kesim olarak tanımlayan yaklaşımlardan vazgeçmek önemlidir. Kadınların desteklediği, katılımlarının ve temsiliyetlerinin arttırıldığı eşitlikçi bir yaklaşımla afet öncesi planlama stratejileri geliştirilmelidir. Bu çalışmaların içerisinde mutlaka kapasite veri tabanı oluşturulmalı ve toplumsal cinsiyet eşitliği temelinde göstergelerin ve risklerin değerlendirilmesi yapılmalıdır. Böylece afet sonrası hem ihtiyaç tespitini kolaylaştıracak hem de iyileştirme ve yeniden yapılandırma için toplumun her kesimini kapsayacak uzun-dönem zarar azaltma stratejilerini tasarlamak mümkün olacaktır.

Müdahale ve yerel gönüllü ekiplerinde özellikle kadın katılımının ve planlamanın her aşamasında kadınların aktif yer almasının sağlanması gereklidir. Kadınların mahalli risk değerlendirme çalışmaları ile afete duyarlılığın arttırılması ve risk azaltma çalışmalarına katılımı sağlanmalıdır. Risklerin doğru algılanmasında, hazırlık ve müdahale kapasitesinin, kısaca afet dirençliliğinin arttırılmasında risk iletişimi oldukça önemlidir. Toplumsal cinsiyete duyarlı, kapsayıcı ve bütüncül afet riski azaltma planını en iyi ortaya koyan uluslararası belge CEDAW'ın İklim Değişikliği Bağlamında Afet Riskinin Azaltılmasının Toplumsal Cinsiyetle İlişkili Boyutları başlıklı 37. Genel Tavsiyesi'nde, İklim Değişikliği Bağlamında Afet Riskinin Azaltılmasının Toplumsal Cinsiyetle İlişkili Boyutlarına İlişkin 37 sayılı Genel Tavsiye hak odaklı afet riski yönetimi, toplumun afet risklerine ve iklim değişikliğine karşı güçlendirilmesi ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin gerçekleştirilmesi vurgulanmaktadır.

### Kaynakça

1. Erbaydar, N. P., İnal, E., & Kaya, E. (2019). Afet Mevzuatının Toplumsal Cinsiyet Açısından İncelenmesi. Paradigma.
2. Nilgün, O. K. A. Y., & İLKKARACAN, İ. (2018). Toplumsal cinsiyete duyarlı afet risk yönetimi. Resilience, 2(1), 1-12.



## Kültürün Etkisinde Dans ve Ruhsal İyileşme

Deniz Alçı

Balıkesir Üniversitesi Hastanesi

Dans, "insanların yer ve zaman içindeki hareketlerinin ustaca kullanıldığı yaratıcı süreç sonucunda oluşan kültürel bir form", "zaman ve mekâna gereksinim duyan etkili bir ifade biçimi", dansçının bakış açısından sıradan motor faaliyetler dışında amacı olan sözsüz vücut hareketi dizileri, ritmik, doğal ve estetik değere sahip, kültürel olarak kalıplaşmış hareketler olarak tanımlanmaktadır. İnsanların doğada bulunan varlıkların hareketlerini taklit etmesiyle başladığı kabul edilen dans, giderek ayinlerde Tanrılara yakarma ve dua aracı olarak kullanılmıştır. Zaman içinde sosyo-kültürel bir olgu olarak dönüşüme uğramıştır. İletişim bağlamında dans sembolik bilgiler içermektedir. Bu nedenle insanın kültür dizgesinde önemli kodlar barındırır ve gelenekler aracılığıyla oluşturulan alanlar sembolik bilgilerin ana kaynağı olmaktadır. Bu sembolik sistem, gelenek bağlamında sadece bu gelenek içerisinde yaşayan insanlar tarafından anlam kazanır.

Dilin ortaya çıkışına kadar önemli bir iletişim aracı olarak kabul edilen bedenleştirme, zaman içinde kutsallaştırılan olay ve durumlara yönelik geliştirilen ritüellerin performans bakımından en önemli yan ögesi olmuştur. Ayin, tören gibi inançsal gösterimlerde anlam üretimini destekleyen danslar, toplumların kültürel belleği bağlamında günümüze kadar ulaşmayı başaramamıştır.

Üretimi ve icrası bakımından kişisel olan dans, zaman içinde onu eser olarak algılayan ve adlandıran toplumun malı olmuştur. Elbette dans üretimi ve icrasında kişisel bir olgudur. Ancak bir sosyal yapı içinde kişisellikten toplumsallığa yönelir. Çünkü, dansı adlandıran toplum ve onun kültürü olmuştur. Bu "dans eden insan"dan, "dans eden toplum"a giden bir süreçtir. Bu süreçte dans kişisel olmaktan çıkıp sosyo-kültürel bir ürün olur.

Dansın sanat terapisinde kullanılan yöntemlerden biri olması, ruhsal iyileştirme süreçlerine olan etkisini ortaya koymaktadır. Dans terapisi ile bireysel ve kitlesel yaratıcı sürecin psikolojik yönü harekete geçirilerek, duyguların ifadesi ve ifade edilen duyguların anlaşılması yetenekleri gelişir. Bunun yanında, kişiye cesaret bulduğu terapi ortamında ürünlerini gerçekleştirme imkânı sunar. Yaratıcılığını harekete geçirme cesaretini bulan kişi mücadele etmeyi de öğrenir; duygusal, fiziksel ve düşsel farkındalıklarıyla yaşadığı sürece tutunur ve bundan doyum sağlar. Dansın sanat terapi süreçlerindeki yaratıcılık üzerine etkileri, beden imgelerinin kullanarak kinestetik hafızanın harekete geçirilmesi ve bu sayede terapötik ortamda farkındalık kazandırıp kişinin kendini ifade etme yollarının açması ile gerçekleşir.

Gelenek koruması ile kültürler içinde etkileşim aktararak günümüze ulaşan kültürel dansların bellek aktarımı süreçlerini kullanarak ruhsal iyileştirme sürecine etkisi bu panelde tartışılacaktır.

### Kaynaklar

- ÖZDEMİR, M. D. G., & TURAN, Z. (2022). Halk Dansları/Oyunları Alanında Yapılmış Lisansüstü Tezlerle Yönelik İçerik Analizi (Bibliyografya).
- Acet, C. (2017). DIŞAVURUMCU SANAT TERAPİSİNDE TÜRK HALK DANSLARI KULLANIMI'. *Ege Üniversitesi Devlet Türk Musikisi Konservatuarı Dergisi*.
- Kaeppler, A. L. (2006). Dans, (Haz. Gülin Öğüt Eker, Metin Ekici, M. Öcal Oğuz, Nebi Özdemir), Türk Halk Biliminde Kuram ve Yaklaşımlar 1, (Çev: F. K. Fay), ss. 246-249, Geleneksel Yayıncılık, Ankara.
- Eroğlu, T. (2017). "Dans Kavramı ve Dansın İşlevi", *The Journal of Academic Social Science Studies*, 7(60): 215- 226.



**Masallar ve Mitlerin Rolü**  
**Ebru Özlem Albayrak**  
*Serbest Hekim, İstanbul*

Toplumsal ve bireysel travmalar, kültürel normlarla etkileşime girdiğinde, kolektif bilinçdışı yoluyla nesilden nesile aktarılan masallar, mitler, türküler, danslar ile ifade bulur. Bireysel ve toplumsal deneyimlerin, travmaların ve bilgeliğin nesilden nesile aktarılması, toplumların kolektif hafızasını oluşturan önemli bir süreçtir.

Masallar ve mitler toplumların deneyimleri sonucu oluşan kültürel ve etik değerlerin anlaşılmasına ve taşınmasında büyük rol oynar. Jung insanların kolektif bilinç dışında ortak olarak oluşan anlamların mitler ve masallar aracılığıyla ifade edildiğini düşünmüştür. Mit ve masalların içerdiği arketipik semboller, insanların ortak deneyimlerinden, kültürel mirastan ve evrimsel geçmişten kaynaklıdır.

Bu arketipik hikayeler, kolektif bilinçdışının derinliklerinde yer alan evrensel semboller ve motiflerle doludur. Yılan sembolizminin kadın ile ilişkilendirildiği birçok hikâyede olduğu gibi, Mezopotamya bölgesine ait Şahmeran mitindeki arketipik öğeler ve sembolik anlamlar incelendiğinde kültürler arasında hikayeler değişkenlik gösterse de evrensel değerlerin ve anlamların nasıl yansıtıldığı ve nasıl ifade edildiği gözler önüne sermektedir. Evrensel olarak anlam bulmuş olan bu sembollerin incelenmesi bizlere arkaik kültürün o dönem ilişkilerine nasıl yansıdığı ile ilgili derin farkındalıklar kazandırır.

Jung'un çalışmalarından etkilenen ve mitolojiyi bu yönü ile de ele alan Mitolog Joseph Campbell'a göre de mit ve masalların, insanların evrensel deneyimlerini ifade etmek ve bu deneyimlerin anlamlandırılması için kullanıldığını, insanların anlam arayışına hizmet ettiğini savunur. Campbell ayrıca mitlerin ve masalların, insanların hayatta karşılaştıkları zorluklarla başa çıkmalarına, kişisel dönüşüm yaşamalarına yardımcı olduğunu savunur. Ona göre bu hikayeler, bireyin içsel yolculuğunu, kahramanının yolculuğu olarak adlandırılan evrensel bir kalıp üzerinden anlatır. Kahraman bilinmeyene doğru bir yolculuğa çıkar, zorluklarla karşılaşır, kendini aşar ve sonunda dönüşür. Böylece mit ve masalların, insan olmanın evrensel ortak deneyimlerini, arzularını, korkularını, hayallerini anlatan hikayeler olduğunu ve içsel çatışmaları yansıttığını görüyoruz. Bizler de sunumumuzun bana ait olan bu bölümünde, mit ve masalların incelenmesinin, kişilerin bireysel ve toplumsal yaralarının iyileştirilmesinde nasıl rolü olduğunu tartışacağız.

**Kaynakça**

1. Carl Gustav Jung (1953) *The Archetypes and The Collective Unconscious*, Routledge
2. Carl Gustav Jung (1968) *Man and His Symbols*, Dell Publishing
3. Joseph Campbell (1991) *The Power of Myth*, Anchor





**Ağıt ve Kadın**  
**Lara Utku İnce**  
*Serbest Hekim*

İnsanların sevdikleri varlıkları –insan, hayvan, eşya, mesken- ölüm veya ayrılık yoluyla kaybetmelerinin ardından söyledikleri, kaybedilenin iyi –kötü özelliklerinin, icracının ve geride kalanların hislerinin anlatıldığı, düzenli/düzensiz, söz ,ezgi ve nidalar bütününe genel olarak "ağıt" adı verilir.

İnsanoğlu, tarih boyunca yas sürecinde duygularını ifade etmek için ritüeller oluşturmuştur. Söz, müzik, beden dili, giyim kuşam, yeme içmeyle ilgili uygulamalar önde gelen ifade araçlarıdır. Ağıt da bunlardan biridir. Yapısal olarak sözle ve müzikle fakat bütüne bakıldığında ölümle ilgili geleneklerin pek çoğunu kapsar. O yüzden hem müzikal, hem edebi (söz), hem de etnografik açıdan ele alınabilir.

Kültürel, müzikal ve etnografik bir fenomen olan ağıt, özellikle Anadolu topraklarında kadınlar tarafından etkin bir şekilde icra edilir. Kadınların bu konudaki katkıları, yalnızca ağıtları icra etmekle kalmaz, aynı zamanda toplumsal belleği şekillendirir ve gelecek nesillere aktarır. Örneğin, kadın dengbejler sayesinde birçok ağıt ve hikaye, toplumsal travmaları ve kayıpları belgeler ve bu deneyimlerin kolektif hafızada yaşamasını sağlar. (Ayaz 2018)

Toplumsal bellek ve ruhsal iyileştirme süreçlerinde "ağıt ve kadın" ilişkisi üzerine derinlemesine düşündüğümüzde, bu bağın kökenini yalnızca kadının duygusal derinliği ya da tınısıyla sınırlamamak gerekir. İçimizde bir yerlerde yankı bulan ağıt yakmanın kadınlarla ilişkisinde, yalnızca kadının duygusal ifade kapasitesi değil, aynı zamanda onun dönüştürme yeteneği de önemli bir rol oynar ki bu ilişkiyi anlamamızda Bion'un alfa ve beta elemanları bize yardımcı olur. (Çakmak 2022)

Ağıtlar, Arnold van Gennep'in tanımladığı gibi, toplumsal bir "geçiş ritüeli"nin parçasıdır. Ölüm, doğum, evlilik gibi hayatın önemli dönemeçlerinde karşımıza çıkar. Ve ağıtlar, bu geçişlerin "eşik evresine" tekabül eder. Kadınlar, ağıtlarla bu eşik evresini ifade eder, yaşanır kılar ve gelecek nesillere aktarır.

Bütün bu süreçler, nesilden nesile bellek aktarımında ağıtların ve ağıt yakan kadınların hayati önemini vurgular. Onlar, hem bireylerin hem de toplumların acıyı anlamasına ve onunla başa çıkmasına yardımcı olurken, aynı zamanda geçmiş deneyimleri ve acıları gelecek nesillere aktarmanın bir yolunu sunar. Bu nedenle, ağıtlar ve ağıt yakan kadınlar, nesilden nesile bellek aktarımının ve toplumsal hafızanın oluşturulmasında ve korunmasında kilit bir role sahiptir. (Tahtaışleyen 2013)

**Kaynaklar:**

1 Ayaz N (2018) Toplumsallık ve Tarihselliğin Taşıyıcı Ana Aktörü ve Ögesi: Dengbej Kadınlar ve Ağıt Yüksek Lisans Tezi

2 Çakmak S (2022) Etnomüzikoloji Bağlamında Psikanalitik Bir Yaklaşımla Doğu Ve Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki Ağıtlar Doktora Tezi

3 Tahtaışleyen N (2013) Anadolu Ağıt Geleneğinin Özellikleri ve Kültürel Süreklilikteki Rolü Yüksek Lisans Tezi



## Yasadışı Madde Kullanım Bozukluğu ve Psikiyatrik Eş Tanı Birlikteliğinde Sosyal Destek Sistemleri Burak Akdöner

*Yakın Doğu Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*

Sosyal destek, sağlayanlar ve alıcılar arasında, spesifik veya non-spesifik bir stresörün etkisini azaltıcı ve baş edebilme becerisini artırıcı, sözel ve sözel olmayan iletişimlerin tümü olarak tanımlanabilir. Emosyonel Destek, Somut Destek, Bilgisel Destek, İlişkisel Destek olarak 4 türe ayrılabilir. En yaygın sosyal destek kaynakları: Aile, Arkadaş çevresi, Romantik ilişkiler, Toplum entegrasyonu, Sosyal hizmet organizasyonları, İş ortamı ve iş arkadaşları, Profesyonel destek. Sosyal destek sistemlerinin etki mekanizmalarını inceleyen çalışmalarda, sosyal desteği yüksek olan kişilerin, stres faktörlerini değerlendirmeleri daha adaptif ve problem çözme üzerine olduğu, sosyal desteğin stres faktörü ile kişi arasında bir tampon etkisi görebildiği, sosyal destek algısı daha yüksek olanlarda, somut destek sistemlerinden bağımsız şekilde baş etme gücünün daha yüksek olduğu, Günlük hayattaki ortak aktiviteler ve sıradan sosyal interaksyonların, emosyon regülasyonunu kolaylaştırıp, baş etme gücünü artırdığı, kişinin yaşamı boyunca devam eden bir sistem olması nedeniyle, kişilik gelişiminde etkili olduğu saptanmıştır. Sosyal destek sistemleri iyi olan kişilerde öfke ve agresyonun düşük, iyimserliğin ve problem çözme becerisinin yüksek olduğu gösterilmiştir. Madde kullanım bozukluklarında sosyal desteğin etkisi, bağımlılık türüne, şiddetine, tedavi protokollerine, psikiyatrik eş tanı varlığına göre farklılık gösterebilmekte. Aile ve arkadaş çevresinin hem olumlu hem de olumsuz yönde, bağımlılık süreci üzerinde önemli bir etki potansiyeli mevcut. Ailenin yapısı ile madde kullanımını inceleyen bir çalışmada, iki ebeveyn ile, tek ebeveyn ile ve yalnız yaşayan 18 yaş altı gençler karşılaştırıldığında, alkol kullanımı sırasıyla %30, %40, %44; kokain kullanımı %6, %8, %11 ve esrar kullanımı %18, %28 ve %31 saptanmıştır (Wallace J 1996). Ailenin alkol ve madde kullanımına karşı yaklaşımının da etkili olduğu gösterilmiştir. Alkol ve madde kullanımına karşı daha katı olan ailelerin çocuklarında madde kullanımı ve madde kullanan arkadaş sayısının daha az olduğu gösterilmiştir (Zapata J ve ark. 1998). Aile içindeki sağlıklı ilişkinin ve güven duygusunun, disiplin yöntemlerinden daha etkili olduğunu gösteren çok sayıda çalışma mevcut. Arkadaş çevresinde madde kullanımı olanlarda %68 alkol kullanımı, %37 kannabis kullanımı, %24 kokain kullanımı, Arkadaş çevresinde madde kullanımı olmayanlarda bu oranlar sırasıyla %30, %5, %2 olarak saptanmıştır, madde kullanım bozukluğu olanlarda komorbidite ve travma ilişkili semptomlar, düşük yaşam kalitesi ile ilişkili (Zywiak ve ark. 2002). Abstinensin sağlanmasında etkili olabilecek sosyal destek, hem yaşam kalitesinde genel artış hem de travma ilişkili semptomlarda belirgin iyileşme sağlayabilir. Madde kullanım bozukluğu ve psikiyatrik eş tanı birlikteliğinde sosyal desteğin artırılmasına yönelik çalışmalar tedavinin bir parçası olmalı. Kişilerarası ilişkiler geliştirebilecek ev içi aktiviteler, kriz anlarında yardım alınabilecek kişilerin listesinin yapılması, klinisyen tarafından aile ve arkadaşların tedavi sürecine dahil edilmesi, aktivitelerin sorumluluğunun beraberce alınmasının sağlanması, destek gruplarına katılımın teşvik edilmesi tedavi sürecinin başarısını önemli ölçüde etkilemektedir.

### Kaynaklar

- 1) Wallace, J. 1996. Race, religion, and drugs.
- 2) Zapata, J.; Katims, D. & Yin, Z. 1 998. A two year study of patterns and predictors of substance use among Mexican American youth. Adolescence
- 3) Zywiak WH, Longabaugh R, & Wirtz PW (2002). Decomposing the relationships between pretreatment social network characteristics and alcohol treatment outcome. Journal of studies on alcohol, 63(1), 114–121.



## Yasadışı Madde Kullanım Bozukluklarında Psikiyatrik Komorbiditeler ve Farmakoterapötik Müdahaleler Hüseyin Altuğ YENİCE

*Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı*

Yasadışı madde kullanım bozukluğu (MKB) olgularında psikiyatrik bir komorbiditenin eşlik etmesi “istisna değil, neredeyse bir kural” olarak tarif edilmektedir. Bu birliktelik, hastalarda; artmış şiddet eğilimi, kötü hastalık seyri, yüksek yineleme oranları ve daha sık hastane yatışları ile ilişkilidir. Ayrıca ciddi enfeksiyonlar, evsizlik ve tutuklanma da psikiyatrik komorbiditesi olan MKB olgularında daha sık görülmektedir (Evren ve ark. 2012)

MKB'ye sekonder gelişen psikiyatrik tablolar; maddenin aşırı doz alımı nedeniyle gelişen intoksikasyona, bedensel arınmanın henüz sağlanmadığı dönemdeki madde etkilerine, bedensel arınmanın başladığı dönemdeki yoksunluğa, arınma sonrası dönemde gelişebilen madde aşermelerine ya da MKB dolayısıyla gelişen psikiyatrik bir komplikasyona bağlı olabilir. MKB olgularında, bedensel arınmanın henüz sağlanmadığı dönemdeki psikiyatrik semptomların, MKB'nin birincil sonuçlarına bağlı olabileceğine dikkat edilmeli ve bu durum psikiyatrik komorbidite olarak değerlendirilmemelidir. Bu nedenle MKB olgusundaki psikiyatrik tablonun, MKB'ye sekonder gelişen bir komorbidite olup olmadığını anlamak açısından, bedensel arınmanın sağlanmış ve yoksunluk döneminin atlatılmış olması önemlidir.

MKB, komplike olarak psikiyatrik bir komorbiditeye yol açabildiği gibi, MKB öncesinde var olan bir psikiyatrik bozukluğa sekonder olarak da gelişmiş olabilir. Özellikle komorbid bozukluğa ait psikiyatrik belirtilerin; kullanılan maddenin türü ya da miktarı ile açıklanamaması ve psikiyatrik öyküde MKB öncesinde de bulunuyor olması, bu olasılığı destekler. Bunların dışında MKB ve eşlik eden psikiyatrik komorbiditenin, aynı etyopatogenezin farklı sonuçları olarak bir arada bulunuyor olması da olasıdır.

MKB'ye eşlik eden psikiyatrik komorbidite varlığında; fiziksel, ruhsal, psikososyal iyilik hallerinin sağlanması ve madde isteğinin/kullanımının olabildiğince azaltılması temel tedavi hedefleridir. Uygun psikofarmakolojik stratejilerin belirlenmesi bu hedeflere ulaşmakta oldukça önemlidir. Farmakoterapötik müdahale seçenekleri; kötüye kullanılan maddeye, kötüye kullanım döngüsünün aşamasına ve komorbid psikiyatrik bozukluğa bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve stimulan MKB komorbiditesinde stimulan MKB'nin yol açtığı nörotoksitenin sonuçlarının giderilebilmesi için normalden daha yüksek dozlarda yavaş salınımlı metilfenidat (yaklaşık 90 mg/g) uygulanması gerekliliği bu duruma örnek olarak verilebilir. (Levin ve ark. 2015).

MKB ve psikiyatrik eş tanı birlikteliğinde, her iki bozukluğun tedavisinin eş zamanlı olarak, aynı merkezde ve aynı klinisyen(ler) tarafından yönetildiği entegre tedavi modeli öne çıkmakta ve önerilmektedir (Mueser ve Gingerich 2013). Bu süreçte farmakoterapötik müdahalelerin yanısıra; bilişsel davranışçı terapilerden ve motivasyonel yaklaşımlardan da yararlanılabilmekte, hastanın sosyal destek sistemleri sürece katılabilmektedir.

### Kaynaklar

Evren C., Ögel K., Uluğ B. (2012). Alkol Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.

Levin F.R., Mariani J.J., Specker S. ve ark. (2015). Extended-release mixed amphetamine salts vs placebo for comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and cocaine use disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 72(6), 593-602.

Mueser K.T. & Gingerich S. (2013). Treatment of co-occurring psychotic and substance use disorders. *Social Work in Public Health*, 28(3-4), 424-439.



## **Yasadışı Madde Kullanım Bozukluğu ve Psikiyatrik Eş Tanı Birlikteliğinde Psikoterapötik Yaklaşımlar** **Hüseyin Ozan Torun**

*Izmir Seferihisar Necat Hepkon Devlet Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı*

Yasadışı madde kullanım bozukluklarının tedavisinde farmakoterapinin tek başına remisyonu sürdürmeye yeterli olmadığı, psikoterapötik yaklaşımların da tedavi sürecine önemli katkılarda bulunduğu gösterilmiştir. En çok kullanılan psikososyal tedaviler, psikoeğitim, bilişsel davranışçı terapi, aile odaklı tedavi, farkındalık temelli bilişsel terapi, motivasyonel görüşme, entegre grup terapisi ve diyalektik davranışçı terapiden oluşmaktadır.

Grup terapileri açısından, madde bağımlılığı tedavisinde 5 tür grup terapisi modeli vardır. Bunlar; psikoeğitsel gruplar, beceri geliştirme grupları, bilişsel davranışçı/problemler çözme grupları, destek grupları, kişilerarası süreç gruplarıdır. Grup ya da lider odaklı, özel grup gündemli, heterojen ya da homojen grup üyeleri, açık ya da kapalı gruplar, lider aktivite seviyesi gibi özellikler bu grupların seçiminde önemli faktörlerdir. Bunların dışında madde bağımlılığı tedavi alanında işlev gösteren 3 ayrı özel grup bulunmaktadır. Bunlar; relaps önleme grupları, toplumsal ve kültürel gruplar ve sanat terapisi, psikodrama gibi dışavurumcu gruplardır. Grup modeli seçiminde grupların amaçları belirleyicidir (SAMHSA, 2012).

Alkol ve madde kullanım bozukluğu (MKB) ile kişilik bozuklunun (KB) birlikteliği sınıflandırma sistemlerinin ilk ortaya konulduğu dönemlerden itibaren dikkat çekmiştir. DSM-I ve DSM-II'de, bağımlılık bir KB (sosyopatik kişilik bozukluğu) tablosunun belirtisi olarak ele alınmıştır. Daha sonrasındaki çalışmalarda DSM-III ve daha sonraki sınıflandırma sistemlerinde ayrı bir klinik sendrom olarak tanımlanmıştır. Özellikle KB tanısı varlığında bütüncül psikoterapötik yaklaşımlar oldukça önem kazanmaktadır.

Hem MKB'nin hem de diğer ruhsal bozuklukların bir arada değerlendirildiği bütüncül psikoterapötik yaklaşımlar ve grup terapi planlamaları ile tedavide daha yüz güldürücü sonuçlar elde edilebilmektedir.

Bütüncül psikoterapi programı, özel olarak tasarlanmış relaps önleme grup terapilerinden, bireyselleştirilmiş kişilerarası terapiden, Adsız Alkolikler gibi kendine yardım gruplarından, psikoeğitim içerikli video ve grup seanslarından oluşmaktadır. Program, bilişsel davranışçı terapi uygulamalarını esas almakta olup üç temel yaklaşıma odaklanmaktadır; hastaların "tek bir ruhsal bozukluğu olduğunu" kabul etmelerini esas alma, komorbid iki bozukluğun iyileşme ve relaps süreçlerinin ortak özelliklerini belirleme, iki bozukluk arasındaki ilişkinin hasta ile değerlendirilmesi (Yılmaz & Dilbaz, 2019).

Bütüncül psikoterapi programının avantajları arasında programın madde ya da alkol kullanmadan yoksunluğa bağlı ortaya çıkan duygudurum değişikliklerinin üstesinden gelebilmeyi hedeflemesi; standart MKB tedavi protokollerinde olduğu gibi yalnızca madde kullanımına odaklanmak yerine, hem MKB'ye hem de eşlik eden diğer hastalıklara odaklanması sayılabilir (SAMHSA, 2012).

### **Kaynaklar**

SAMHSA, (2012). Substance abuse treatment: group therapy inservice training. USA: SAMHSA.

Yılmaz O, Dilbaz N. Duygudurum bozuklukları ve alkol ve madde kullanım bozukluğu eş tanısı ve tedavisi. Karamustafaloğlu KO, editör. Bipolar Bozukluk. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.27-34



## Gelişimsel Bozukluklar ve Psikotik Bozukluklar Kesişiminde Anhedoni Ve Sosyal Anhedoni Işık Batuhan Çakmak

Anhedoni ve sosyal anhedoni, duygusal deneyimlerdeki kısıtlamalar ve sosyal etkileşimlerdeki azalma gibi belirgin özellikleri ifade eder. Anhedoni, genelde zevk alamama, ilgi kaybı ve motivasyon eksikliği gibi duygusal tepkilerin azalması veya kaybı olarak tanımlanırken sosyal anhedoni ise özellikle sosyal etkileşimlerden kaynaklanan zevk ve ilgi eksikliğini ifade eder. Bu durumlar, bireylerin sosyal ilişkilerde zorluk yaşamasına ve sosyal izolasyon yaşama eğiliminde olmalarına yol açabilir.

Anhedoni ve sosyal anhedoni yaşayan kişiler, sosyal durumlara yönelik ilgi azlığı veya ödülllenme hissinde azalma deneyimlerler. Anhedoni, tipik olarak keyifli veya ödüllendirici olan aktivitelerde zevk veya ilgiyi deneyimleme yeteneğinin azaldığı psikolojik bir durumdur. Bu, eskiden ödüllendirici olan şeylerden, örneğin hobilere, sosyal etkileşimlerden veya başarılarından zevk alma kapasitesinin azaldığını içerir (Pizzagalli 2022).

Anhedoni, sosyal, fiziksel ve duygusal deneyimler dahil olmak üzere çeşitli alanlarda ortaya çıkabilir. Sosyal anhedoni, şizotipal kişilik başta olmak üzere, şizofreninin önemli bir belirtisi ve diğer birçok psikolojik bozukluğun önemli bir özelliği olarak giderek daha fazla tanınmaktadır.

Mevcut kanıtlar, sosyal anhedoninin doğası ve ifadesinin psikotik bozukluklar, depresif bozukluk ve otizm spektrum bozuklukları gibi tanımlar arasında değiştiğini göstermektedir. Bazı gruplar, sosyal etkileşimlerin keyifli yönlerini öğrenme, keyif alma ve beklemeye yönelik eksiklik gösterirken, diğerleri için bazı bu bileşenlerin bütünlüğünün korunduğu görülmektedir. Bu yönüyle sosyal anhedoninin tanımlararası bir kavram olabileceği öne sürülmektedir (Barkus ve Badcock 2019).

Yüksek sosyal işlevsellik, psikolojik bozukluklardan iyileşmenin anahtarıdır; bu nedenle anhedoni ve sosyal anhedoninin inceliklerini anlamak, farklı tanımlardaki rolüne yakından bakmak, bir dizi tanı kategorisi için tedavi ve önleme stratejilerine rehberlik etmeye yardımcı olacaktır.

### Kaynaklar:

Barkus E, Badcock JC (2019) A Transdiagnostic Perspective on Social Anhedonia. *Front Psychiatry* 10: Makale 216.

Pizzagalli DA (2022) Toward a Better Understanding of the Mechanisms and Pathophysiology of Anhedonia: Are We Ready for Translation? *Am J Psychiatry* 179 (7): 458-469.



## Bipolar Bozuklukta Nörobiyolojik Çalışmalar

Deniz Ceylan

Koç Üniversitesi Psikiyatri AD, İstanbul

Koç Üniversitesi Translasyonel Tıp Araştırma Merkezi- Affektif laboratuvarı

Bipolar bozukluğun etiolojisi tam olarak aydınlatılamamış olsa da nörogörüntüleme çalışmaları, genetik ve biyokimyasal araştırmalar bipolar bozukluğun süreçlerini anlamamıza önemli katkılar sunmaktadır (1). Bipolar bozukluğun hastalığın patogenezinde hücre içi sinyal ileti yollarındaki işlev değişikliklerinin, hücre sağ kalımının bozulmasına ve hücre ölümüne yol açan faktörlerin yer aldığına dönük kanıtlar artmaktadır (2) Bipolar bozuklukta saptanan azalmış hipokampal hacim, prefrontal korteks ve limbik sistem işlevlerinde bozulma bu hastalığın gelişiminde bu beyin bölgelerin önemini göstermiştir. Hipotalamopitiüter eksenindeki bozukluklar, oksidatif stress ve inflamasyon bipolar bozukluğun etiolojisi ile ilişkilendirilmiştir (Grande et al., 2016). Nöronal ve glial hücrelerinin işlevlerinde değişikliklerin, beyinde ortaya çıkan yapısal değişikliklerin, nöral döngülerde etkilenmelerin ve genetik etkenlerin bir arada bu hastalığın altında yatan süreçleri oluşturduğu düşünülmektedir (3)

Bipolar bozuklukta moleküler araştırmalarının en büyük kısıtlılığı canlı insan beyninden örnek alınmasının ve doğrudan moleküler inceleme yapılmasının mümkün olmamasıdır. Periferik dokulardan alınan örneklerin beyindeki patolojiyi ne ölçüde yansıttığının ölçümünün yapılamaması önemli zorluklardan biridir. Kan, serum, idrar, tükürük gibi örneklerle yapılmış çalışmaların kısıtlılığı kan beyin bariyerinin ötesindeki patolojiyi ne ölçüde gösterdiklerinin bilinmemesidir. Beyin omurilik sıvısı ile yapılan araştırmalar bu kısıtlılığı aşabilmektedir. Ancak beyin omurilik sıvısı, uygulanması zor ve invaziv bir girişimle elde edilebildiği için, araştırmalarda kullanımı kısıtlıdır.

Son on yılda, sıvı biyopsiler özellikle onkolojide tıbbi devrim yapmıştır. Sıvı biyopsiler, hüresiz DNA, hücre dışı veziküller ve vücut sıvılarında bulunan diğer bileşenleri içerir. Bu bileşenler içindeki genomik ve proteomik verilerin analizi daha sonra yapılır (4). Hücre dışı veziküller ve hüresiz DNA, yaşayan beyin hücreleri hakkında bilgi taşımakta ve kan-beyin bariyerini geçebilmektedir (4). Dokularda, özellikle beyinden, örnek almaktaki kolaylık, kişiselleştirilmiş tedavilerin plaması için önemli bir olanak sunmaktadır.

Ayrıca, son on yılda organoid kullanarak in vitro hastalık modelleme alanı patlama yapmıştır. Bu organoidler, kök veya farklılaşmış hücrelerden türetilen, birçok hücre tipine farklılaşabilme ve üç boyutlu olarak kendiliğinden organize olabilme yeteneğine sahiptirler (5). Serebral organoidler, nöropsikiyatrik bozuklukları modellemede benzersiz ve güçlü bir araçtır. Bu araçlar, yaşayan beyin moleküler dinamiklerini anlama ve nöropsikiyatrik bozukluklar için yeni ilaç hedefleri geliştirme konusunda yeni olanaklar sunmaktadır.

Bu oturumda, ağırlıklı olarak bipolar bozuklukta hücre dışı veziküller, hüresiz DNA ve serebral organoidlerle ilgili yeni araştırmalar sunulacaktır

Bu konuşmada bipolar bozuklukta görülen nörobiyolojik değişikliklerle ilgili bu yıl yayımlanmış makalelerden bir seçki sunulacaktır.

1. McIntyre RS, Berk M, Brietzke E, Goldstein BI, López-Jaramillo C, Kessing LV, et al. Bipolar disorders [Internet]. Vol. 396, The Lancet. Lancet; 2020 [cited 2023 Jul 21]. p. 1841–56.
2. Andreatza AC, Young LT. The neurobiology of bipolar disorder: identifying targets for specific agents and synergies for combination treatment. Int J Neuropsychopharmacol [Internet]. 2014 Jul 1 [cited 2019 Feb 23];17(07):1039–52.
3. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder [Internet]. Vol. 387, The Lancet. 2016 [cited 2019 Jun 15]. p. 1561–72.
4. Gruzdev SK, Yakovlev AA, Druzhkova TA, Guekht AB, Gulyaeva N V. The Missing Link: How Exosomes and miRNAs can Help in Bridging Psychiatry and Molecular Biology in the Context of Depression, Bipolar Disorder and Schizophrenia. Cell Mol Neurobiol [Internet].
5. Reis de Assis D, Szabo A, Requena Osete J, Puppo F, O'Connell KS, Akkouch I, Hughes T, Frei E, A Andreassen O, Djurovic S. Using iPSC Models to Understand the Role of Estrogen in Neuron-Glia Interactions in Schizophrenia and Bipolar Disorder. Cells. 2021 Jan 21;10(2):20



**Bipolar Bozuklukta Nörogörüntüleme Çalışmaları**  
**Hidayet Ece Arat Çelik**

*Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı*

Bipolar bozukluk, mani, hipomani ve depresyon gibi duygudurum dönemleriyle giden, dünya nüfusunun yaklaşık olarak %1'ini etkileyen, ciddi yeti yitimi ve yaşam kalitesine bozulmaya sebep olan psikiyatrik bir bozukluktur. Hastalığa özgü biyobelirteçlerin bulunmasının, hastalığın nörobiyolojisinin anlaşılması, erken tanı konması ve tedavi sürecinin en uygun şekilde yönetilmesi konusunda yardımcı olacağı düşünülmektedir. Son yıllarda bipolar bozuklukla ilgili bilgi birikimimiz giderek artmış olsa da hastalığa özgü güçlü ve tekrarlanabilir belirteçlerin bulunduğunu söylemek güçtür. Manyetik rezonans görüntüleme ile elde edilen noninvaziv, in vivo ölçümler, bipolar bozuklukta beyin yapısı, işleyişi, genetik ve davranış arasındaki nedensel bağlantıyı tanımlama gibi birçok alanda bilgi sağlamaktadır. Ancak klinik heterojenite, yüksek veri toplama maliyetleri, değişken işleme ve analiz protokolleri, güçsüz ve genellikle kesitsel araştırma tasarımları güçlü biyobelirteçlerin ortaya konması noktasında engel oluşturmaktadır.

Çok sayıda fonksiyonel ve yapısal beyin görüntüleme çalışması bipolar bozukluk tanılı bireylerin belirli beyin bölgelerinde sağlıklı kontrollere göre farklılıklar ortaya koymuş olmasına rağmen; bu bulgular tutarsızlıklar göstermektedir. Multimodal metaanalizler bipolar bozuklukta insuladan temporal kortekse, fronto-striatal-talamik bölgeye ve default-mode network bölgelerine uzanan benzer anormal yapı ve beyin aktivite paterni olduğunu göstermiştir (Chen ve ark. 2022). Buna ek olarak bipolar bozuklukta duygusal işlemedeki bozulmanın fronto- limbik ağlardaki hasarla, bilişsel işlev bozulmanın sensorimotor network, salience network, default-mode network ve santral yürütücü network gibi içsel beyin ağlarındaki değişikliklerle; psikomotor aktivitedeki değişimin ise bazal ganglia-talamo-kortikal motor devrenin ötesinde, sensorimotor network ve default mode network ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Bi ve ark. 2022). Bunun yanında son yıllarda yapılan çalışmalar, makine öğrenme tekniklerinin nörogörüntüleme çalışmalarına uygulandığı yöntemlerin, bipolar bozukluk tanılı bireylerin sağlıklı kontrollerden farkını ortaya koymakta oldukça yardımcı olacağını düşündürmektedir. Tüm bu bilgilerin yanı sıra yüksek riskli bireylerde, klinik açıdan farklı özelliklere sahip bipolar bozukluk tanılı bireylerde, farklı tedavi rejimleri alan bireylerde yapılan beyin görüntüleme çalışmaları bipolar bozuklukla ilgili bilgi birikimimizin artması açısından büyük önem taşımaktadır.

Bu sunumda son bir yıl içinde bipolar bozuklukta nörogörüntüleme alanında yapılan önemli çalışmalara yer verilecektir.

**Kaynaklar**

Chen G, Wang J, Gong J ve ark. (2022) Functional and structural brain differences in bipolar disorder: a multimodal meta-analysis of neuroimaging studies. *Psychol Med* 52 (14): 2861-73.

Bi B, Che D, Bai Y (2022) Neural network of bipolar disorder: Toward integration of neuroimaging and neurocircuit-based treatment strategies. *Transl Psychiatry* 12 (1): 143.



## Bipolar Bozuklukta Yeni Tedavi Seçeneklerine İlişkin Çalışmalar Neşe Yorguner

Marmara Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Duygudurum bozuklukları tüm dünyada en sık görülen ve en fazla yeti yitimine sebep olan hastalıklardan olmalarına rağmen mevcut tedavi seçenekleri hastalığın sağaltımında oldukça yetersiz kalmaktadır. Özellikle major depresyona bakıldığında klasik antidepresan tedavilerle hastaların ancak üçte ikisinde iyileşme sağlanabilmekte, geriye kalan üçte birlik kısımda ise tedaviye dirençten söz edilmektedir. Bu tedavilerle yeterli yanıt alınamayışının yanı sıra ortaya çıkan yan etkiler ve etkinliğin haftalar sonra başlaması klinisyenlerin işini daha da zorlaştırmaktadır. Bu denli sık görülen ve özkıyım gibi ciddi sonuçları olabilen bir hastalığın daha iyi tedavi edilebilmesi için güçlü etkinlik gösteren, kolay tolere edilen ve hızlı sonuç veren yeni tedavi seçeneklerine acil ihtiyaç duyulmaktadır.

Güncel araştırmalarda, mevcut antidepresan ajanlardan farklı etki mekanizmasına sahip seçeneklere odaklanılmıştır. Özellikle glutamaterjik sistemi modüle eden yeni ilaçlar antidepresan araştırma ve geliştirme çalışmalarının ön saflarda yer almaktadır. Glutamaterjik ajanların depresif belirtiler üzerinde olumlu etkilere sahip olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Ne şekilde etki gösterdiği ise henüz tam anlaşılmamış olsa da yarışmalı olmayan N-metil-d-aspartat (NMDA) reseptör antagonizmasının süreçte kilit bir role sahip olduğu düşünülmektedir.

Son yıllarda klinik araştırmalarla, ketamin gibi eski bir molekülün bugüne kadar depresyon tedavisinde başka hiçbir farmakolojik ajanla görülmeyen bir hızda depresif belirtilerde düzelme sağladığının gösterilmesi, tedavi arayışında yeni bir paradigma yaratmıştır. Klasik antidepresanlardan farklı çalışan bu ilacın hızlı etkinliğinin yanında özellikle anhedoni, yorgunluk ve intihar düşünceleri gibi depresyonun çekirdek belirtilerini güçlü bir şekilde iyileştirmesi, glutamaterjik sisteme olan ilginin daha da artmasını sağlamıştır. Bu alanda çok sayıda yapılan çalışmadan biriken veriye bakıldığında, ketamin ve türevlerinin giderek klinik pratiğe yerleşmeye yaklaşmakta olduğu görülmektedir. Bunlardan esketamin ve deksrometorfan/bupropiyon kombinasyonu FDA tarafından major depresyonun tedavisinde onay alan ajanlardır. Ancak yine de bu ilaçlarla farklı düzeylerde ortaya çıkan disosiyatif ve psikomimetik yan etkiler, bunların uzun dönemdeki seyri konusundaki bilinmezlik ve kötüye kullanım potansiyellerinin varlığı bu sistem üzerinden etki eden ilaçlar hakkındaki endişelerin sürmesine neden olmaktadır.

Deneysel seçeneklere bakıldığında; son yıllarda depresyondaki etkinliği araştırılan bir diğer grup da ruhsal hastalıkların etiyojisinde öne çıkan inflamasyon sürecini hedef alan anti-inflamatuar ajanlardır. Bunlardan NAC, ko-enzimQ, minosiklin, pioglitazon gibi ajanlarla ile yapılan çalışmalardan elde pozitif sonuçlar umut vaat etse de veriler henüz oldukça sınırlıdır. Bununla birlikte inflamasyon hipotezinin giderek güçlenmesi bu ajanların daha fazla ilgi odağı olmalarını sağlamaktadır. Bu ilaçların etki gücü önümüzdeki yıllarda daha büyük örneklemli çalışmalarla netleştirilmeyi beklemektedir.

Yeni tedavi arayışında giderek verinin biriktiği bir diğer alan da omega-3 yağ asitleri, prebiyotikler, probiyotikler, postbiyotikler gibi "doğal" kabul edilen seçeneklerden oluşmaktadır. Bu preparatlar güvenilirlik açısından pek şüphe uyandırmasa da etkinliklerinin test edildiği araştırmaların gösterdiği yüksek heterojenite bu seçeneklerin etkinliklerinin sorgulanmasına ve pratikte standart bir tedavi protokolüne oturtulmalarını güçleştirmektedir. Psikedelik ajanlar ise ilgi uyandırmakla birlikte hem etkinlik hem güvenilirlik açısından henüz yolun başındadır.

### Kaynaklar:

- Alnefeesi, Y., Chen-Li, D., Krane, E., Jawad, M. Y., Rodrigues, N. B., Ceban, F., ... & Rosenblat, J. D. (2022). Real-world effectiveness of ketamine in treatment-resistant depression: a systematic review & meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 151, 693-709.
- Borbély, É., Simon, M., Fuchs, E., Wiborg, O., Czéh, B. ve Helyes, Z. (2022). Novel drug developmental strategies for treatment-resistant depression. *British Journal of Pharmacology*, 179(6), 1146-1186.
- Kendrick, T., Pilling, S., Mavranzouli, I., Megnin-Viggars, O., Ruane, C., Eadon, H. vd. (2022). Management of depression in adults: Summary of updated nice guidance. *BMJ*, 378, o1557. doi:10.1136/bmj.o1557.
- Kishi, T., Sakuma, K., Okuya, M., Ikeda, M. ve Iwata, N. (2021). Omega-3 fatty acids for treating residual depressive symptoms in adult patients with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis of double-blind randomized, placebo-controlled trials. *Bipolar disorders*.
- Lee, M. T., Peng, W.-H., Kan, H.-W., Wu, C.-C., Wang, D.-W. ve Ho, Y.-C. (2022). Neurobiology of depression: Chronic stress alters the glutamatergic system in the brain—focusing on ampa receptor. *Biomedicines*, 10(5), 1005.
- Satodiya, R. M., Brown, V. R., Njuguna, S. W. ve Bied, A. M. (2022). A systematic review of clinical trials on lumateperone and its effects on body weight. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 10.1097.





## ŞİZOFRENİ NÖROBİYOLOJİSİNDE YENİLİKLER

Gamze Gürcan

TOBB ETÜ Tıp Fakültesi, Psikiyatri Bölümü

Şizofreni düşünce, algı, duygu ve davranışları etkileyen ve ağır yetiyetimine neden olan, farklı beyin yapılarının, nöron tiplerinin, nörotransmitter sistemlerinin etkilendiği, çok etkenli ruhsal bir bozukluktur. Hastalığın çekirdek belirtileri arasında pozitif, negatif ve bilişsel belirtiler yer almaktadır. Hastalığın belirti kümelerinin hastadan hastaya değişkenlik göstermesi şizofreninin tek bir hastalıktan çok bir sendrom gibi değerlendirilmesine neden olmuştur. Belirtilerdeki çeşitliliğin yanı sıra, tedaviye yanıt ve hastalığın seyri arasında da farklılıklar görülmektedir. Şizofreni nörobiyolojisinde heterojen ve poligenik süreçlerin etkin olduğu bilinmektedir, nöron ağlarının yapılanması ve işleyişinden sorumlu, nörogelişimle ilişkili genetik farklılıkların epigenetik ve çevresel etkenlerle birlikte hareket ettiği düşünülmektedir. Tüm bu etkilerin şizofrenide beyin yapısında, işleyişinde, dopamin, GABA, glutamat, serotonin gibi birçok nörotransmitter sisteminin düzenlenmesinde değişikliklere neden olarak hastalık belirtilerine yol açtığı anlaşılmaktadır. Bu değişiklikler nörotransmitter sentezi, depolanması, salıverilmesi, gerialımı, metabolizması, presinaptik ve postsinaptik reseptörlerinin sayısı ve yapısı, reseptör sonrası sinyal yolları gibi farklı süreçlerde görülebilmektedir. Şizofrenide genetik özelliklerin güçlü bir etkisi olduğu bilinmekte, araştırmalar çok genli, çok etkenli kalıtsal geçişe işaret etmektedir. Nörogelişimsel hipoteze göre nöronların gelişiminin erken dönemlerinde etki eden genetik ve çevresel olaylar beyin gelişimini olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Şizofrenide nörogörüntüleme ile ilgili bulgular görüntüleme yöntemlerinin ve teknolojinin gelişmesiyle kendini sürekli güncellemekte, yeni geliştirilmiş bilgisayar yöntemleri beyin yapısı ile ilgili bilgilerin güncellenmesine imkân sağlamaktadır. İnflamatuar süreçlerin ve immun sistemin etkileriyle ilgili çalışmalar hastalığın patogenezi anlamada katkıda bulunmaktadır. Şizofreni nörobiyolojisini aydınlatmaya yönelik süregelen çalışmalarla şizofreni etiyojisiyle ilgili nörobiyolojik kanıtlar birikmekte, ancak halen bu alanda yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Şizofreninin nörobiyolojisi ile ilgili bilgilerimiz güncellenirken, etiyojisinde genetik ve çevresel risk etkenlerinin ortak etkisi vurgulanmaktadır. Şizofreni nörobiyolojisi ile ilişkili çalışmalar bilimsel yöntemlerin, bilgisayar teknolojilerinin gelişmesiyle bu alandaki bilgileri genişletmekte, değiştirmekte ve yenilemektedir. Şizofrenideki patolojik süreçlerin daha iyi anlaşılması, daha özgül ve etkili tedavilerin geliştirilmesi için yapılacak çalışmaların ilerlemesinde önemli gözükmektedir.

### KAYNAKLAR

- Seeman MV. History of the dopamine hypothesis of antipsychotic action. *World journal of psychiatry* 2021;11(7), 355–364.
- Stahl SM. *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications*. 4th ed. New York: Cambridge University Press. 2013.
- Stilo SA ve Murray RM. Non-Genetic factors in schizophrenia. *Current Psychiatry Reports* 2019;21(10), 100.



## **Şizofreni Kavramı: “Yıkıp Yeniden mi Yapalım, Onarıp Güncelleyelim mi?”**

**Haldun Soygür**

*Istanbul Okan Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi Psikoloji Bölümü*

Tıbbın en gizemli ve en karmaşık sorun alanlarından biri olmayı sürdüren şizofreni, günümüzde hala etiyolojisini tam olarak bilmediğimiz, gen-çevre etkileşimiyle oluştuğuna ilişkin çeşitli kanıtlara sahip olduğumuz ve klinik görünüm, tedavi yanıtı ve gidiş bakımından farklılıklar gösteren bir sendromdur. Şizofreni tanısı için kullandığımız hiçbir nesnel ölçüt ve onaylanmış bir biyolojik belirteç bulunmamaktadır. Şizofreni tanısı, hastalarımızın öznel deneyimlerine ve hekimin gözlemlerine dayanmaktadır. Şizofreni tanısının değerlendiriciler arası güvenilirliği görece yüksek, yapısal geçerliliği düşüktür. Şizofreni bir spektrum içinde ele alınmalıdır. Son yıllarda bazı araştırmacılar şizofreni teriminin tümüyle ortadan kaldırılmasını önermişlerdir. Uzmanların önemli bir bölümü ise özellikle klinik ortamda sağladığı yararları vurgulayarak; daha iyi bir seçenek bulunana dek mevcut yapıyı korumayı, ancak bazı değişiklikler yapılmasını önermektedir. Tanı koyma aşamasında, önde gelen uluslararası tanı ve sınıflandırma sistemleri kategorik ve boyutsal yaklaşıma yer vermektedir. Araştırma Alanı Ölçütleri ve Psikopatolojinin Hiyerarşik Taksonomisi İnisiyatifleri, mevcut zorlukları aşmak amacıyla oluşturulmuştur. Şizofreni kavramının üniter bir yapı olarak değil, içerdiği bileşenlerin ayrı ayrı tanımlandığı bozukluklar olarak ele alınması giderek daha çok sayıda bir uzman grubu tarafından kabul görmektedir.

### Kaynaklar

Tandon R, Keshavan M, Nasrallah H (2022) Reinventing schizophrenia) Updating the construct. Schizophr Res 242:1-3.

Gaebel W, Salveridou-Hof E (2021) Reinventing schizophrenia: Updating the construct - Primary schizophrenia 2021 - The road ahead. Schizophr Res 242:27-29.



## Şizofreni Genetiğindeki Yenilikler

Jamal Hasanlı

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Şizofreni bir dizi bilişsel, davranışsal ve duygusal işlev bozukluğu ile karakterize, yaygın ve yıkıcı bir zihinsel bozukluktur. Genetik epidemiyolojik çalışmalar, genel popülasyonda yaşam boyu şizofreni geliştirme riskinin %0,5-1 olduğunu, ancak bu bozukluğa sahip akrabaların varlığında riskin önemli ölçüde arttığını göstermektedir. Şizofreninin etiolojisi ile ilgili günümüze kadar pek çok çalışma yapılmıştır ve şizofreninin oluşumunda hem genetik hem de çevresel faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir. Şizofreninin genetik mimarisine ilişkin anlayışımız son on yılda teknolojik gelişmelerle büyük ölçüde artmıştır. Bu gelişmeler moleküler genetik teknolojilerindeki ilerlemeler, uygulanabilir ve uygun fiyatlı büyük ölçekli genotiplendirme ve dizileme (sequencing) çalışmaları ve Psikiyatrik Genetik Konsorsiyumu (PGK) tarafından örneklenen araştırma örneklerini bir araya getiren dünya çapında işbirliği yoluyla ortaya çıkmıştır. Bu ortak çalışmalar, yüzlerce yaygın risk varyantının, nadir varyantların ve kopya sayısı varyantlarının (CNV'ler) tanımlanmasına yol açarak şizofreninin biyolojik temelini ilişkin önemli bilgiler sağlamıştır. Bu yazıda şizofreni genetiği ile ilgili olarak aile çalışmaları, ikiz çalışmaları, evlat edinme çalışmaları özetlenerek şizofrenide moleküler genetik alanındaki ilerlemelerden bahsedilecektir. Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarının hepsi, şizofreni gelişim riskinde genetiğin önemli bir rolü olduğunu, bozukluğun kalıtsallığının yaklaşık yüzde 80 düzeyinde olduğunu düşündürmektedir. Ancak riskin DNA varyasyonu düzeyinde tanımlanması yavaş bir seyir izlemiştir. Genom boyu ilişkilendirme çalışmaları (GWAS), kopya sayısı varyant (CNV) analizi ve yeni nesil dizileme gibi ileri tekniklerin ortaya çıkması yakın zamanda büyük başarılarla sonuçlanmış ve gelecek açısından iyimser bir bakış açısı sağlamıştır.

Son yirmi yılda, şizofreninin genetik çalışmaları için örneklem büyüklüğü yüzlerce kişiden yüz binlerce kişiye yükselmiştir ve bunun sonucunda 300'den fazla ortak varyant, nadir kodlama varyantları yüküne sahip 10 gen ve en az 8 CNV belirlenmiştir. Şizofreninin genetik çalışmaları, GWAS'ın psikiyatrik bozukluklar için ortak genetik riskin araştırılmasındaki değerine dair ilk ikna edici kanıtı sağlamıştır ve bu da örneklem boyutlarının genişlemesine ve ardından diğer psikiyatrik bozukluklar için birçok genetik varyantın tanımlanmasına yol açmıştır<sup>36</sup>. GWAS, psikiyatrik bozuklukların poligenik doğasını ve yüzlerce veya binlerce varyantın şizofreniye yatkınlığa nasıl katkıda bulunduğunu göstermiştir. Şizofrenide nadir görülen varyant çalışmaları, ilgili genlerin ve gen setlerinin diğer nörogelişimsel bozukluklarla örtüşmesinin belirlenmesi de dahil olmak üzere önemli başarılar elde etmiştir. Gelecek yıllarda, sadece örneklem büyüklüklerinde artış değil, aynı zamanda yeni bölgelerin tanımlanması, hassas haritalamanın geliştirilmesi ve şizofreninin biyolojisi ve mekanizmaları hakkındaki anlayışımızın artırılmasıyla genetik çalışmaların çeşitliliğinde de artış beklemeliyiz.



**Şizofreni ve Otizm Spektrum Bozukluğunda Nörobilişsel Etkilenme**  
**Tevhide Ekin Süt**

*Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir*

**Sosyal Bilişsel Etkilenme Özellikleri ve Karşılaştırılması**  
**Simge Uzman Özbek**

*Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir*

Otizm spektrum bozukluğu (OSB) ve şizofreni yaşam boyu süren, nörobiliş ve sosyal bilişin önemli ölçüde etkilendiği nörogelişimsel bozukluklardır. OSB ve şizofreni farklı nörogelişimsel bozukluklar olarak kabul edilmekle birlikte son yıllarda yapılan çalışmalarda bu iki bozukluk arasında belirli ölçüde klinik, nöroanatomi, nörobiyolojik ve davranışsal benzerlikler ve farklılıklar rapor edilmiştir. Son yıllarda artan çalışmalara rağmen bu iki bozukluğun doğası, birlikteliği, örtüşen ve farklı yönleri tam olarak aydınlatılmamış olup yatan ortak mekanizmalara ilişkin hâlâ yanıtlanması gereken pek çok soru bulunmaktadır.

OSB hakkındaki baskın teoriler, OSB'nin yüz işleme, zihin teorisi ve diğer sosyal-bilişsel zorluklarla kendini gösteren bir "sosyal beyin ağı" bozukluğu olduğunu öne sürmektedir. Şizofreninin ise sosyal bilişteki kısıtlılıkların yanı sıra tüm nörobiliş alt alanlarında daha ciddi nörobilişsel bozukluklarla ve daha düşük IQ puanlarıyla ilişkili olduğu bilinmektedir. Şizofreni ve OSB'nin bilişsel profillerini araştıran önceki çalışmaların çoğu, OSB ve şizofreni tanıları bireylerin sağlıklı kontrollerle ayrı ayrı karşılaştırmalarına dayanmaktadır. OSB ve şizofreni tanıları bireylerin sosyal biliş profillerinin değerlendirildiği son yapılan metaanalizde genel sosyal bilişte ve alt alanlarında bu iki grup arasında anlamlı fark gösterilememiştir. Literatür incelendiğinde bu iki grupta nörobiliş ve sosyal bilişin birlikte değerlendirildiği çalışmaların sayısının sınırlı olduğu görülmektedir. Sosyal ve sosyal olmayan bilişin kısmen ilişkili yapıları olduğu bilinmekte olup bu iki nörogelişimsel bozukluğun bilişsel işlevlerine ilişkin yörüngelerin farklılıklarını ve benzerliklerini daha iyi anlamak için sosyal biliş ve nörobilişin birlikte incelenmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu oturumda şizofreni ve OSB arasındaki nörobiliş, IQ ve sosyal bilişin örtüşen ve farklı yönlerinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu amaçla aşağıdaki sorular çerçevesinde bu iki nörogelişimsel bozuklukta bilişsel alanlardaki benzerlikler ve farklılıklar tartışılacaktır.

- 1) Şizofreni ve otizmin klinik açıdan benzer ve farklı yönleri nelerdir?
- 2) Nörobilişsel alanlar nelerdir?
- 3) Şizofrenide nörobiliş nasıl etkilenmektedir?
- 4) Otizmde nörobiliş nasıl etkilenmektedir?
- 5) Şizofrenideki nörobilişsel etkilenenin otizmdeki nörobilişsel etkilenenle farkları nelerdir?
- 6) Sosyal bilişsel alanlar nelerdir?
- 7) Şizofrenide sosyal biliş nasıl etkilenmektedir?
- 8) Otizmde sosyal biliş nasıl etkilenmektedir?
- 9) Şizofrenideki sosyal bilişsel etkilenenin otizmdeki sosyal bilişsel etkilenenle farkları nelerdir?
- 10) Her iki hastalığıdaki sosyal bilişsel etkilene ve nörobilişsel etkilene biçimi neye işaret ediyor olabilir?

**Kaynaklar:**

1. Hajduk, M., Strakova, A., Januska, J., Ivancik, V., Dancik, D., Cavojska, N., Valkucakova, V., Heretik, A., Pecenek, J., Abplanalp, S. J., & Green, M. F. (2023). Connections between and within extended psychosis and autistic phenotypes and social relationships in the general population. *JOURNAL OF PSYCHIATRIC RESEARCH*, 157, 36–42. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.11.022>
2. Oliver, L. D., Moxon-Emre, I., Lai, M.-C., Grennan, L., Voineskos, A. N., & Ameis, S. H. (2021). Social Cognitive Performance in Schizophrenia Spectrum Disorders Compared With Autism Spectrum Disorder A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA PSYCHIATRY*, 78(3), 281–292. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.3908>
3. Sugranyes, G., Kyriakopoulos, M., Corrigall, R., Taylor, E., & Frangou, S. (2011). Autism Spectrum Disorders and Schizophrenia: Meta-Analysis of the Neural Correlates of Social Cognition. *PLOS ONE*, 6(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0025322>



**Adli Psikiyatri Eğitimi**  
**Yasin Hasan Balcioğlu**

*Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Adli Psikiyatri Eğitim ve Araştırma Birimi, İstanbul, Türkiye*

Gelişmiş birçok ülkede adli psikiyatri, psikiyatrinin bir yan dalı olarak belirlenmiş, eğitim ve hizmet yapılması özel olarak şekillenmiştir. Adli psikiyatri eğitimi ülkeden ülkeye farklılık gösterse de, bu adli psikiyatrik popülasyonla çalışmak için gereken bilgi ve beceri setinin genel psikiyatriden farklı olduğu ve eğitimin bunu yansıtması gerektiği konusunda ortak bir kabul vardır. Öte yandan, genel psikiyatri uzmanlık öğrencilerinin de adli psikiyatriye yönelik uzmanlık eğitimleri, yapılandırılmış bir şekilde yataklı kliniklerde ve ayaktan sağlık sunumu, bilirkişi hizmetleri, cezaevi psikiyatrisi ve konsültasyon-iyezon psikiyatrisi gibi teorik ve uygulama alanlarının çeşitlendirilerek yapılması önerilmektedir (Lewis 2004). Bu eğitimler, psikiyatri uzmanlarının hukuk sistemi ile psikiyatri arasındaki karmaşıklığı anlamalarını, adli değerlendirmeleri yapmalarını ve adil ve etik bir şekilde mahkeme süreçlerine katkıda bulunmalarını sağlayacaktır. Ancak Türkiye’de adli psikiyatri uygulamaları ve eğitimi, bazı yapısal eksiklikler ve sorunlarla karşılaşmaktadır. Bu durum adli psikiyatrideki değerlendirme, raporlama, bilirkişilik ve tedavi hizmetlerinin standartlarını etkileyebilmektedir. Türkiye’de tıpta uzmanlık eğitiminin esaslarını belirleyen Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi’ne göre ruh sağlığı ve uzmanlık eğitimi çekirdek müfredatında adli psikiyatri rotasyonu zorunlu tutulmamakla birlikte adli psikiyatri hastalarının ele alınması, hukuksal işlemler ve adli rapor yazma konularında beceri ve deneyim, uzmanlık öğrencilerinin kazanması gereken temel yetkinlikler arasında yer almaktadır. Bu yetkinliklerin yalnızca teorik bilgi içeren kaynaklardan öğrenilmesi her zaman mümkün olmamakta; aynı zamanda yeterli sayıda olgunun uzmanlık öğrencisi tarafından bir süpervizör eşliğinde adli psikiyatrik değerlendirme, raporlama ve klinik yönetim açılarından tecrübe edilmesi gerekmektedir. Adli psikiyatrik popülasyonun önemli kısmını oluşturan karmaşık ve riskli hastaların yönetimi doğası gereği stresli olabilir ve bu tür olguların yönetimi, gelecekte bir uzmanın sadece adli psikiyatri uygulamaları için değil tüm psikiyatri kariyeri boyunca paha biçilemez bir değere sahiptir (Sebastian 2012). Adli psikiyatri rotasyonu sırasında bir uzmanlık öğrencisi, klinik görüşme, klinik veri toplama, klinik akıl yürütme ve karar verme gibi becerileri geliştirme fırsatına sahiptir. Buna ek olarak, adli psikiyatri ortamı daha geniş bir yelpazedeki psikopatolojiyi (örneğin şiddetli karakter bozuklukları, parafili, temaruz, dürtü kontrol bozuklukları ve şiddet içeren davranışlar) inceleme fırsatı sunar (Marrocco ve ark. 1995). Özellikle önemli olguların ele alındığı olgu tartışmaları temelli eğitim ve toplantıların da adli psikiyatri eğitiminin önemli bir parçası olduğu kabul edilmektedir. Genel psikiyatri asistanlarına adli psikiyatri konusunda yeterli ve dengeli temel eğitimin sağlanması, sonuçta genel psikiyatri alanına faydalı olacaktır. Böyle bir eğitim, ülke genelinde adli psikiyatri uygulamalarının standardize ve yetkin bir şekilde sunulmasına katkı sağlayacaktır. Ayrıca adli psikiyatri araştırma alanının da teşvik edilmesine zemin hazırlayacaktır (Lewis 2004, Marrocco ve ark. 1995). Bir psikiyatri uzmanının meslek hayatı boyunca gerçekleştirmesi beklenen adli psikiyatrik raporlama ve yazışmalar, bilirkişilik uygulamaları ve istemsiz tedavilerle ilgili yasal süreçlerin işletilmesi gibi adli psikiyatrik konulara ilişkin eğitimin Türkiye’deki uzmanlık eğitimi kapsamındaki güncel durumu, eksikliklerin neden olduğu sorunlar ve bu yetkinliklerin geliştirilmesi için gerekli çözüm önerilerinin tartışıldığı çalıştayların alanda çalışan uzman isimlerce asistan temsilcileriyle birlikte ulusal bir düzlemle düzenlenmesi ve bu doğrultuda adli psikiyatri uzmanlık eğitim alanının dengeli ve yeterli bir içerikle geliştirilmesi ve eğitim programının teorik ve pratik boyutlarının zenginleştirilerek güçlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca adli psikiyatri eğitiminin gelişmesi için adli psikiyatri hizmetlerinin yalnızca kamu hastaneleriyle sınırlı kalmaması, üniversitelerin de adli psikiyatri eğitimine katkıda bulunacağı düzenlemelerin yapılması önemli görünmektedir.

**Kaynaklar**

- Lewis, C. F. (2004). Teaching Forensic Psychiatry to General Psychiatry Residents. *Acad Psychiatry*, 28(1): 40–6.
- Marrocco, M. K., Uecker, J. C. ve Ciccone, J. R. (1995). Teaching forensic psychiatry to psychiatric residents. *J Am Acad Psychiatry Law*, 23(1): 83–91.
- Sebastian, L. (2012). Specialist training in forensic psychiatry: The UK experience. *Crim Behav Ment Health*, 22(4): 252–6.



## Gidenlerin ardından kalan olmak

**Başak Tokatlıoğlu**

*Serbest Hekim*

Yaslarımız parmak izlerimiz kadar kişiseldir. Aynı aile içinde bile herkesin kederi son derece kişiseldir. Ozanlar ve yazarlar yitime ruhsal bir yara demişlerdir. Yas tutmanın gidişi, yas tutanın keder duyma kapasitesine ve yitime hazırlık yapabilmeye bağlıdır. Kaybedilen şey bir ev anahtarı bile olsa kayıp bizim kontrol etme ve öngörme yanılsamamıza darbe indirir. Ağır şekilde kayba uğradığımızda ise, ilkel terk edilme ve çaresizlik korkularımız bilinçdışında yeniden canlanırlar. Bir kaybın ardından gelen anlarda, kriz döneminde inkar etmeyi bırakarak kaybı kabullenmeye doğru gittiğimiz dönemde paniğe kapılırız.

Kriz dönemindeki tepkiler ise şok uyusukluk başkalarını uzak ve silik olarak görme ve yaşamın gerçeküstü bir nitelik olarak algılanması şeklinde yaşantılanır. Ölen kişinin özelliklerini felaket anında göstermiş olabileceği davranışları sergilenebilir. Yas tutan birinin bir çeşit bilinçdışı taklit yaptığı, örneğin babasının uzun adımlarıyla yürüdüğü ya da ölmüş adamın jestlerinden birini yaptığı gözlenir. Bu birisiyle duygusal olarak bir bağın bilinçdışı dışavurumu olan bir özdeşim olarak bilinir. Bilinçdışımız zaman kavramı tanımaz ve mantıksızdır. Savunmalar çöker sonra yeniden canlanır. Keder sırasında hiçbir şey durduğu gibi durmaz kişi bir evreden çıkar ama sonra o evre tekrar yeniden tekrarlanır döner durur. Önce inkar evresi başlar, inkar şoku emerek, feci gerçeği yavaş yavaş sindirmemize yardımcı olan tampon gibi iş görür. İnkârın bir başka türüsü olan bölme, zihnin bir yanının inkar edilirken, bir yanının kaybı bilmesine izin verir. Pazarlıkta, kaybın olduğuna dair daha yüksek düzeyde bir farkındalık vardır. Ayrılıktan önceki son günleri, haftaları, saatleri geri getirmeye çalışarak yeniden yaşarız. Geçici suçluluk anları ve yanıp yıkılmalar kriz evresindeki yasda genellikle belirgindir. Önemli bir insanı ve de bir çok şeyi kaybetmek, reddedilme ve güçsüzlük duygularını harekete geçirir ve kaybın gerçekliğini yavaş yavaş içimize sindiririz. Bir anda ve oldukça yıkıcı gelişen 6 Şubat Maraş depreminin ardından hazırlıksız yakalananlar, evlerini işlerini yakınlarını kaybedenler için süreçte neler oldu, ölü bedenleri görememek, birdenbire yersiz yurtsuz kalmak nasıl etkiledi, dehşetli duyguları hissederken baş etme yöntemleri nasıl gelişti ve hangi zorluklar devam ediyor. Bu sunumda Doğal afetlerden sonra yasin evrelerini gözden geçirirken vakalarımız üzerinde beraberce düşünmeye çalışacağız.

### Kaynaklar

Kayıptan Sonra Yaşam (Dr. Vamık Volkan, Elizabeth Zintl)

Freud u okumak ( Jean Michel Quinedoz)



## Psikiyatrik Bozukluklarda Bilişsel İşlev Bozukluklarının Tedavisi – Farmakoterapi

Ahmet Arif Özyurt

Beştepe Devlet Hastanesi, Psikiyatri, Ankara

Psikiyatrik bozukluklarda bilişsel belirtiler sıklıkla ortaya çıkmaktadır. Bilişsel belirtiler prodromal dönemde, aktif hastalık döneminde, hatta bazen hastalık öncesi dönemlerde de ortaya çıkabilmektedir. Ruhsal bozukluklarda bilişsel belirtiler; karar verme, sorun çözme, bilişsel esneklik, çalışma belleği, dikkat, yürütücü işlevler, sözel ve görsel-uzamsal bellek, semantik akıcılık ve bilişsel işleme hızında azalma gibi biçimlerde ortaya çıkabilmektedir (1).

Farklı psikiyatrik bozukluklarda farklı bilişsel bozukluklar görülmektedir ve genellikle birden fazla bilişsel alanın etkilendiği görülür. Bilişsel işlev bozukluklarının çeşitli nörobiyolojik sebeplerden kaynaklandığına ilişkin bilgiler bulunsa da tam olarak nedenleri anlaşılabilmiştir. Bilişsel işlev bozukluklarının tek bir nedeni olmadığı ve kontrolü için tek bir çözüm bulunamadığı için birçok alanda araştırmalar yapılmaktadır (2).

Kötü kontrol edilen bilişsel bozukluklar yaşam kalitesini ciddi şekilde düşürmektedir. Bu da sosyal ve mesleki uyumu azaltmaktadır. Psikiyatrik bozukluklarda bilişsel işlev bozukluğunun ciddiyetine ilişkin farkındalığın artması ve bunun nedenlerine ilişkin son zamanlardaki bilgiler, bilişsel işlevlerin iyileştirilmesine yönelik ilaçların keşfedilmesine yönelik önemli çabaları tetiklemiştir (3)

Geleneksel psikotrop ilaçlar, psikiyatrik bozukluklarda bilişsel işlev bozukluğunu hedef almak için özel olarak tasarlanmamıştır ve biliş üzerinde bir dizi olumlu, olumsuz ve nötr etkiler gösterirler (2).

Tek bir hedefe etki eden son derece seçici ajanlar, patogenetik olarak farklı psikiyatrik bozukluklardaki bilişsel bozuklukların geniş tabanlı düzeltilmesi için yetersiz olabilir; bu durum çok işlevli ajanların geliştirilmesine olan ilgiyi teşvik etmektedir. Bilişsel işlevlerin artırılmasında pro-bilişsel ajanların kullanılmasının yeterli olup olmayacağı tartışma konusudur. Farmakoterapinin alternatif stratejilerle birleştirilmesi bilişsel işlevlerin artırılması konusunda bir seçenek olarak düşünülmektedir (1).

Sonuç olarak bilişsel işlevi artıran hücrel ve kortikal devreleri tanımlamak, psikiyatrik bozukluklarda bilişsel bozukluğun doğasını ve nedenlerini belirlemek ve daha etkili tedavilerin geliştirilmesine yoğun çaba harcanmaktadır. Farmakoterapinin bilişsel iyileştirme terapileri, üstbiliş eğitimleri gibi psikoterapi yöntemleriyle kombinasyonu özellikle psikiyatrik bozukluklarla ilişkili bilişsel bozuklukların iyileştirilmesinde etkili olabilir (1).

### Kaynaklar

1. Millan MJ, Agid Y, Brüne M, Bullmore ET, Carter CS, Clayton NS, et al. Cognitive dysfunction in psychiatric disorders: characteristics, causes and the quest for improved therapy. Nature reviews Drug discovery. 2012;11(2):141-68.
2. Trivedi JK. Cognitive deficits in psychiatric disorders: Current status. Indian journal of psychiatry. 2006;48(1):10.
3. Medalia A, Lim R. Treatment of cognitive dysfunction in psychiatric disorders. Journal of Psychiatric Practice®. 2004;10(1):17-25.



**Psikoterapötik Yaklaşımlar**  
**Şükrü Alperen Korkmaz**

*Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çanakkale*

Bilişsel işlev bozuklukları, ruhsal bozuklukların temel bileşenlerinden biridir ve erken yaşlardan itibaren belirgindir. Bilişsel işlev bozuklukları şizofreni, bipolar bozukluk, depresif bozukluklar, dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk ve yeme bozukluğu gibi birçok ruhsal hastalıkta görülmektedir. Genel olarak, bilişsel bozukluklar ruhsal hastalığı olanların tanılarında bağımsız şekilde bireysel, sosyal ve iş-meslek işlevselliğini olumsuz yönde etkiler ve iyi bir yaşam kalitesine ve bağımsız yaşama ulaşmanın önünde engel oluşturur. Bu alandaki sorunlar, psikiyatrik tedavi ve rehabilitasyon bağlamında iyileşme için temel sınırlayıcı faktörlerden biri olduğu bilinmektedir.

Bilişsel işlev bozuklukları sadece ruhsal bir bozukluğun belirtisi olmaktan ziyade işlevsellikle ilgili birçok alanı da etkilediğinden dolayı son 25 yılda bilişsel işlevselliği artırmaya yönelik müdahalelere ilgili artmıştır. Bu müdahalelerden biri "bilişsel onarım (cognitive remediation-CR)" terapileridir. CR, hastaların işlevselliğini iyileştirme hedefi ile öğrenmenin bilimsel ilkelerini kullanarak dikkat, bellek, yürütücü işlevler, sosyal biliş veya metabiliş alanlarında görülen bilişsel kusurları hedefleyen bir müdahale biçimidir. CR'nin temel amacı, hastaya günlük yaşam durumlarına uyarlanabilen ve hastanın günlük yaşam sorunlarıyla başa çıkmasını kolaylaştıran problem çözme stratejilerini öğretmektir. Bilişsel kusurları doğrudan hedefleyen alıştırmalar, bilişsel kusurlar için tamamlayıcı stratejilerin geliştirilmesi ve hastaların bilişsel görevleri yerine getirmesi için çevresel desteklerin sunulması bilişsel onarım müdahaleleri olarak kabul edilmektedir. Bilişsel kusurlara yönelik henüz onaylanan farmakoterapilerin olmaması, CR terapilerinin etkinliğine dair çalışmaların artmasına da olanak sağlamıştır.

Bilişsel onarım müdahalelerinin ruhsal bozukluklarda etkinliğini değerlendiren alanyazında pek çok çalışma mevcuttur. Şizofreni hastalarında yapılan CR çalışmalarının meta-analizleri ve sistemik derlemeleri, şizofreni tedavisi için klinik kılavuzlara dahil edilmesi ve klinik uygulamada yaygın olarak uygulanması gereken kanıta dayalı bir müdahale olduğunu göstermektedir. Duygudurum bozukluklarında özellikle ekleme tedavisi olarak bilişsel fonksiyonlar ve depresif belirtiler üzerinde hafif-orta düzeyde etkinliği ve gençlerde daha faydalı olduğu belirlenmiştir. Bilişsel onarım müdahalelerinin, madde kullanım bozuklukları için tedavi gören kişiler için biliş ve tedavi sonuçlarını iyileştirmek için potansiyel olabileceği vurgulanmaktadır. Ayrıca hafif kognitif bozukluk veya hafif evre demanslarda da kullanılabileceğine dair bir çok kanıt bulunmaktadır. Yeme bozukluğu ile ilgili çalışmalar birlikte ele alındığında, CR'nin faydalarının genç yeme bozukluğu tanılı bireylerde potansiyel olarak faydalı olabileceğini göstermektedir.

Genel olarak, terapötik bir araç olarak CR'nin yalnızca geleneksel uygulamalarda (bilişsel işlevlerin iyileştirilmesi) değil, aynı zamanda terapötik ilişkinin en iyi şekilde güçlendirildiği veya klinik semptomların iyileştirildiği durumlarda da yaygın olarak kullanılması savunulmaktadır. Bu panelde, psikiyatrik bozukluklarda bilişsel işlev bozukluklarının tedavisinde psikoterapötik bir yaklaşım olarak bilişsel onarım müdahalelerine değinilmesi amaçlanmıştır.

**Kaynaklar:**

1. Trapp W, Heid A, Röder S, Wimmer F, Hajak G (2022) Cognitive remediation in psychiatric disorders: State of the evidence, future perspectives, and some bold ideas. *Brain Sci* 12(6): 683.
2. Vita A, Barlati S, Ceraso A, Nibbio G, Ariu C, Deste G, Wykes T (2021) Effectiveness, core elements, and moderators of response of cognitive remediation for schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *JAMA Psychiatry* 78(8): 848-858.
3. Yıldız M (2021) Şizofreni ve İki Uçlu Bozukluğun Tedavisinde Ruhsal Toplumsal İyileştirme Çalışmaları. *Nöro Psikiatr Ars* 58(Ek1): 77-82.





## Şizofrenide Nörogörüntüleme Alanındaki Yenilikler Aslı Ceren Hınç

SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Şizofreninin fenomenoloji konusunda fikir birliğinin kısmen olduğu 19. yüzyılın sonunda, hastalığın beyindeki patolojisini anlamak üzere çok sayıda postmortem çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda birbirini tekrar eden sonuçlar elde edilemediği gibi, patofizyolojiyi açıklayan veriler de üretilememiştir. Bu nedenle bir dönem şizofreni için "patolojinin mezarlığı" ifadesi kullanılmıştır. Bu durum in vivo görüntüleme yöntemlerinin geliştirilmesi ile değişmeye başlamıştır. Her ne kadar pneumoensefaloji ile yöntemsel açıdan sorunlu veriler elde edilmiş ise de gerçek anlamda geçerli olan yöntemlerin ilki bilgisayarlı tomografidir.

Johnstone, Crow ve Frith tarafından 1978 de yayınlanan makale ile şizofrenide beyindeki değişikliklerin bilimsel yöntemler ile görülebileceği ispat edilmiştir (Johnstone ve ark. 1978). Bugünkü teknoloji ile karşılaştırıldığında çözünürlük kalitesinin çok düşük olmasına rağmen şizofreni hastalarının ventriküllerinde genişleme tespit edilebilmiştir. Şizofreni hastalarının beyinlerinde frontal ve temporal alanlar belirgin olmak üzere pek çok alanda doku azalması izlenmiştir. Son yüzyılda nöroradyoloji alanındaki gelişmeler ile paralel olarak şizofreni hastalarında beyin görüntüleme alanında çok çeşitli yöntemler denenmiştir.

Canlı beyin doğrudan incelenmesi yöntemleri ile hastalık hakkında daha fazla bilgi alınabileceği fikri günümüze kadar evrilmiş ve pek çok farklı yöntem ve modalite ile analizler yapılmaya başlamıştır. Yapısal görüntüleme çalışmalarının fazlalığına ikincil olarak son yirmi yılda gelişmeye başlayan fonksiyonel ve metabolik görüntüleme teknikleri şizofreni patofizyolojisini anlamakta çığır açmıştır. Yine şizofreni hastalarında işlevlerin belirli düzeyde gerçekleşebildiği ancak daha yüksek performans gerektiren durumlarda ise, bunun gerçekleşmediği fonksiyonel görüntüleme çalışmaları ile gösterilmektedir (Kubicki M ve ark. 2020).

Son yıllarda "computational neuroscience – berimsel sinirbilim" hızla gelişmesi sonucu beyinden elde edilen sinyallerin (beyin kan akımı, metabolizması veya elektrik) farklı yöntemler ile analiz edilmesinin yolu açılmıştır. Görüntüleme yöntemlerindeki uzaysal çözünürlüğün artması ve zamansal çözünürlüğe uyumluluğu, mikro düzeydeki analizlerin de gelişmesini sağlayacaktır.

Büyük- ortak veri tabanlarına dünya çapında araştırmacıların ve hasta gruplarının dahil olmasıyla arzulanan "büyük veriye" ulaşma çalışmasına her geçen gün bir adım daha yaklaşılmaktadır. Büyük veriye ulaşıldıktan sonra şizofreni patofizyolojisinin aydınlatılması ve kişiselleştirilmiş tedavi yöntemlerinin kullanılması gündeme gelecektir (Van Erp TGM ve ark. 2018).

Johnstone EC, Crow TJ, Frith CS ve ark. (1978) The dementia of dementia praecox. Acta Psychiatr Scand; 57(4): 305-324.

Kubicki M, Shenton ME. (2020) Neuroimaging in Schizophrenia. Birinci baskı. Springer Nature Switzerland AG; 1-146.

Van Erp TGM, Walton E, Hibar DP ve ark. (2018) Cortical brain abnormalities in 4474 individuals with schizophrenia and 5098 control subjects via the enhancing neuro imaging genetics through meta analysis (ENIGMA) consortium. Biol Psychiatry; 84(9): 644–654.



## Şizofreninin İlaç Tedavisinde Yenilikler Bilge Targıtay Öztürk

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Şizofreni için bugüne kadar geliştirilmiş ve kullanımda olan ilaçların çoğu D2 reseptör antagonisti etkinliği göstererek şizofrenideki sanrı, varsanı ve davranış bozukluğu gibi pozitif belirtileri düzeltmekte, ancak negatif belirtilerin ve bilişsel işlev bozukluklarının tedavisinde yetersiz kalmaktadır (Charlson vd., 2018). Ayrıca dopamin antagonistlerinin yol açtığı ekstrapiramidal sistem (EPS) yan etkileri (akatizi, rijidite, tremor, bradikinezi vb) ve hiperprolaktinemi bu ilaçların kullanımını sınırlandırmaktadır. Serotonin dopamin antagonistleri bu tip yan etkilerin azaltılması için üretilmiş olmasına rağmen, bu ilaçlarla da kilo artışı, hiperlipidemi, hiperglisemi, insülin direnci, ortostatik hipotansiyon, sedasyon, nöbet eşliğinde azalma, agranülositoz gibi istenmeyen yan etkiler ortaya çıkabilmektedir (Correll, 2007). Klozapin tedaviye dirençli şizofrenide başarı sağlamasına rağmen klozapin tedavisine yanıt vermeyen dirençli hasta grupları da bulunmaktadır. Şizofreni hastalarının büyük bir bölümünün yaşam boyu ilaç kullanması gerekmektedir. Daha geniş belirti gruplarına etkili ve daha güvenli yan etki özelliklerine sahip, kullanım kolaylığı sağlayan etkili ilaçlara gereksinim duyulmaktadır (Lobo, Whitehurst, Kaar, & Howes, 2022). Bu nedenle son yıllarda glutamat, glisin, sigma 2, 5HT-6, nikotinik, muskarinik, eser amin ilişkili reseptörlerden biri olan TAAR-1 gibi farklı reseptörler üzerinden etkili olabilecek veya fosfodieasteraz enzim sistemleri gibi farklı yolları etkileyebilecek ilaçlar şizofreni tedavisinde denenmeye başlamıştır. Ayrıca mevcut koşullarda şizofrenide etkili olduğu bilinen ancak yan etkiler nedeni ile tolere edilmesi zorlaşan ilaçların kullanımını arttırabilmek için olanzapin/samidofan kombinasyonunda olduğu gibi yan etkileri azaltmaya yardımcı olabilecek yeni seçenekler üretilmeye başlanmıştır. Tedavi uyumunun zaman zaman ciddi anlamda sorun haline dönüştüğü bilinen hastalarda kullanılmak üzere özellikle şizofreni tedavisinde etkinliği kanıtlanmış ilaçların farklı süreler boyunca etkili depo enjeksiyon, implant vb uzun süreli etki profiline sahip formları da geliştirilmeye devam etmektedir. Nöropeptitler, hücre içi sinyal yolları, inflamatuvar süreçler, gen düzenlenmesi, mikrobiota vb farklı yollar üzerine etkili olabilecek alternatif molekül araştırmaları da devam etmektedir.

### Kaynaklar:

- Charlson, F. J., Ferrari, A. J., Santomauro, D. F., Diminic, S., Stockings, E., Scott, J. G., ... Whiteford, H. A. (2018). Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophrenia bulletin*, 44(6), 1195–1203. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby058>
- Correll, C. U. (2007). Balancing efficacy and safety in treatment with antipsychotics. *CNS spectrums*, 12(10 Suppl 17), 12–20, 35. <https://doi.org/10.1017/s1092852900026298>
- Lobo, M. C., Whitehurst, T. S., Kaar, S. J., & Howes, O. D. (2022). New and emerging treatments for schizophrenia: a narrative review of their pharmacology, efficacy and side effect profile relative to established antipsychotics. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 132, 324–361. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.11.032>



**DEHB Nörogelişimsel Bir Çeşitliliştir**  
**Didem Sücüllüoğlu Dikici**  
*Serbest hekim*

"Nöroçeşitlilik" terimi 1998 yılında otizmli Avustralyalı sosyolog Judy Singer tarafından her bireyin beyninin farklı geliştiğine dikkat çekmek üzere ortaya atılmıştır. Nöro-çeşitlilik insanların etraflarında geçip giden dünyayı birçok farklı şekilde deneyimlediğini, etkileşim kurduğunu anlatır. Çünkü düşünmenin, davranmanın, hissetmenin ve de öğrenmenin tek ve bir "doğru" yolu yoktur. Tek yumurta ikizleri dahil herkesin parmak izinin farklı olması gibi, hiçbir beyin de birbirinin aynısı değildir. Bu nedenle de insan beyninin "normal" denebilecek bir kapasitesi yoktur. Ayrıca nöroçeşitliliğin kültürel bir yapı olduğunu göz önünde bulundurmak gerekir. Yani Dünya'nın bir yerinde "normal" sayılan davranışlar Dünya'nın başka bir yerinde veya başka bir zaman diliminde "anormal" sayılabilir. Bu nedenle modern tıbbın organlara yönelik belirlediği normal ve normal olmayandan yola çıkarak oluşturduğu hastalık kavramı beyin için geçerli olmamalıdır. Otizm, öğrenme güçlüğü, Down sendromu, disleksi, dispraksi ile birlikte Dehb de aslında nörogelişimsel bir bozukluk değil farklılıktır. Sadece bu bireyler yeterince tanınmadığı ve çeşitlilik olarak toplumda daha nadir görüldüğü için farklılıklarına uygun koşullara ulaşamamış, fırsat eşitsizliğine maruz kalmışlardır. Dolayısıyla dezavantajlı gruplarda yer almışlardır. Nitekim, nöroçeşitlilik kavramının kabul görmesinin yaygınlaşmasıyla birlikte özellikle kurumsal işyerlerinde nöroçeşitliliklere göre yapılan düzenlenmeler bu insanların işlevselliklerinin artmasına neden olmuştur. Ayrıca hiperfokus, hareketlilik, yaratıcılık, girişkenlik gibi dehb belirtileri çoğu zaman kişinin hayatında bir sorun olmamakta hatta hayatını olumlu etkilemektedir. Bu belirtiler aslında kişinin farklı ve güçlü yönleridir. Bu yüzden dehb bir bozukluk olarak adlandırılmak yerine zayıf ve güçlü yönleri olan; zayıf yönlerin desteklendiği, güçlü yönlerin teşvik edildiği bir çeşitlilik olarak değerlendirilmelidir.

#### Kaynaklar

Armstrong, T. (2015). The myth of the normal brain: Embracing neurodiversity. *AMA journal of ethics*, 17(4), 348-352.

Turner, N. E., & Smith, H. H. (2023). Supporting Neurodivergent Talent: ADHD, Autism, and Dyslexia in Physics and Space Sciences. *Frontiers in Physics*, 11, 1.



**Ruhsal İyiliğim için Ne yapabilirim/Bana Nasıl Yardımcı Olabilirsiniz? Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin  
Gözünden Koruyucu Ruh Sağlığı/ RSG Alanında Gereksinimler  
E.Fusun Akyüz Çim**

**Ece Ilgın**

*Istanbul Florence Nightingale Hastanesi*

Sağlık personeli ağır bir iş yüküyle karşı karşıyadır ve ruh sağlıklarının bozulmasına ve tükenmişliğe neden olabilecek önemli düzeyde stres yaşamaktadırlar. Aynı durum, eğitimlerinin başlangıcı özellikle zorlu bir mücadele olan tıp öğrencileri ve psikiyatri asistanları için de geçerlidir.

Tıp öğrencisi popülasyonlarında bildirilen stres düzeyleri %25 ila 75 arasında değişmektedir. Kalıcı olarak yüksek stres seviyeleri; ruh hali değişikliklerine ve tükenmişliğe yol açar. Tıp fakültesinde tükenmişlik ayrıca etik dışı davranış riskini artırır ve kısmen duyarsızlaşmayı artırarak hasta bakımını tehlikeye atabilir.

Yapılan çalışmalar öğrenci ve asistanların ruhsal destek sistemi ile ilgili eksiklikleri göz önüne sermektedir. Genel olarak, sağlanan psikolojik destek çoğunlukla geçici, danışmanlık ve müdahaleci niteliktedir. Eğer daha uzun bir terapi ihtiyaç duyulması halinde öğrenciler harici bir sağlık kuruluşuna yönlendirilmektedir. Potansiyel destek hakkındaki bilgilerin kolayca erişilebilir olmadığı göze çarpmaktadır (2).

Ruh sağlığı için destek sisteminin kolay ulaşılabilir olması ciddi bir gerekliliktir. Yapılan çalışmalar ayrıca destek planlarının öğrencilerle birlikte oluşturulması gerektiği düşündürmektedir. Ek olarak popüler sosyal ağlar, öğrenciler arasındaki stresi ele almak ve yeni destek sistemleri geliştirmek için yenilikçi bir strateji sunabilir. Bu bağlamda müfredat düzenlenmeli ve stigmatizasyonu önleyen psikoeğitim verilmesi başta olmak üzere gerekli uygulamalar sistemik olarak uygulamaya geçmelidir.

Sunumuzda hem tıp öğrencileri hem de psikiyatri asistanları açısından erişimi kolay, ruh sağlığı profesyonellerinin yer aldığı kurallı işleyen bir ruh sağlığı destek sisteminin stigmatizasyonu önleyecek şekilde nasıl yaygın hale getirilebileceği değerlendirilecektir.

#### **Kaynaklar**

- 1- Brazeau, C. M. L. R., Shanafelt, T., Durning, S. J., Massie, F. S., Eacker, A., Moutier, C., ... Dyrbye, L. N. (2014). Distress Among Matriculating Medical Students Relative to the General Population. *Academic Medicine*, 89(11), 1520–1525.
- 2- Coordinating Committee of Vice Presidents Students. White paper on postsecondary student mental health 2015. April, 2015. <https://occcco>.
- 3- Walkiewicz M., Guziak M. Availability of psychological support for medical students in Poland. *Int J Occup Med Environ Health*.2021 Jan 7;34(1):87-99.



**Psikiyatri ve Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlık Eğitimleri ile Psikiyatri ve Halk Sağlığı Hemşireliği Lisansüstü Eğitimlerinde Toplum Ruh Sağlığı'nın Yeri Araştırması Sonuçları**  
**Irmak Polat**

*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı*

Son yıllarda artan bilimsel araştırmalar ile gelişen erken tanı yöntemleri, ilaç ve aşı üretimleriyle birlikte halk sağlığı uygulamalarında birçok hastalığın önlenmesi ve kontrolünde önemli gelişmeler kaydediliyor olsa da ne yazık ki ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesinde benzer ilerlemenin gerçekleştiği söylenememektedir.

Ruh sağlığı sorunları hem nedenlere hem de tedavilere yönelik karmaşık bir örüntüye sahip olduğu için çözümünde çok disiplinli yaklaşıma gereksinim duyulmaktadır. Sorunlarının kimlerde, nerede ve nasıl ortaya çıktığını, en sık görülen ve en fazla hastalık yüküne yol açan ruh sağlığı sorunlarının hangileri olduğunu, sorunların oluşmasını kolaylaştıran ve önleyen değişkenlerin neler olduğunu belirlemek, toplumlarda ruh sağlığı sorunlarını azaltmak ve önlemek için en etkin müdahale yöntemlerini geliştirmek için gerekli unsurlardır. Başta ruh sağlığı ve halk sağlığı profesyonelleri olmak üzere tüm karar verici ve hizmet planlayıcıların toplum ruh sağlığını geliştirme yaklaşımına sahip olmasına gereksinim duyulmaktadır.

Toplumların ruh sağlığını geliştirmeyi amaçlayan ve sağlıklı toplumlar üreten eylemler olarak tanımlanan "toplum ruh sağlığı (TRS)" kapsamında kimi açılardan somut hedefler konulabilmekteyken bu hedeflere ulaşılmasında gerekli adımlar yeterince atınamamakta ve bugün tüm ülkeler "gelişmekte olan ülke" olarak kabul edilmektedir. Ülkemizdeki durum da dünya genelinden farklı değildir; ruh sağlığı ile ilgili en kapsamlı araştırma olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırması 90'lı yılların sonunda yapılmıştır.

Eğitimde TRS'nin yerine bakıldığında durum şu şekilde özetlenebilir;

Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi (TUKMOS) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı'nda Toplum Psikiyatrisi ve Kültürel Psikiyatri TT, K, A 2, YE, UE, BE şeklinde yer almakta iken TUKMOS Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı'nda "Ruh Sağlığı ile İlgili Hizmetler" EÇ, 2, YE, UE, BE şeklinde belirtilmekte ve klinik rotasyonlarda 1 ay Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Rotasyonu başlığı altındaki girişimsel yetkinlik hedefleri içerisinde madde bağımlılığı danışmanlığı, şiddete yaklaşım ve toplum ruh sağlığı koruma yaklaşımı yer almaktadır. Bilgimiz dahilinde psikiyatri hemşireliği ve halk sağlığı hemşireliği lisansüstü program müfredatlarında standardize edilmiş bir "Toplum Ruh Sağlığı" eğitimi yer almamakta; ancak bazı kurumlarda bu kapsamda zorunlu/ seçmeli dersler bulunmaktadır.

Bu konuşmada, ülkemizde TRS eğitimiyle ilgili psikiyatri ve halk sağlığı alanlarındaki güncel durumun saptanması amacıyla yola çıkılan araştırmamızın verileri dinleyicilerle paylaşılması ve karşılıklı etkileşim ile sonuçların tüm paydaşlarla yorumlanması hedeflenmektedir.

**Kaynaklar:**

1. Karabey S, Arslan Ş (2021) Ruh sağlığına halk sağlığı penceresinden bakmak: Toplum ruh sağlığı. Tokuç B, editör. Toplum Ruh Sağlığı. 1. Baskı. Ankara. Türkiye Klinikleri. s..1-7.
2. Çiçekoğlu P, Duran S. (2018) Dünyada ve Türkiye'de Toplum Temelli Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri. Türkiye Klin psikiyatr Nurs-Spec Top.4(3):8-14.
3. Patel V, Saxena S, Lund C ve ark. (2018) The Lancet commission on global mental health and sustainable development. Lancet [internet]; 392(10157):1553-98. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067361831612X> (Erişim tarihi: 07.07.2023)



**Uzmanlık Eğitimi ve Sonrasında Koruyucu Psikiyatri/ RSG Eğitiminin Önemi**  
**Özge Şahmelikoğlu Onur**

*İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Ruh sağlığı, ruhsal hastalık yokluğundan daha fazlasıdır. Bireyler, aileler ve toplum için hayati öneme sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ruh sağlığını "... bireyin kendi yeteneklerinin farkına vardığı, yaşamın normal gerginlikleriyle başa çıkabildiği, üretken ve verimli bir şekilde çalışabildiği ve içinde yaşadığı topluma katkıda bulunabildiği bir iyilik halidir " şeklinde tanımlamıştır. Halk sağlığının temel prensibi hastalıklardan korumak ve sağlığın daha da iyileştirilmesidir. Aynı şekilde koruyucu ruh sağlığı politikalarının ve ruh sağlığını güçlendirmeye ihtiyacın olduğunun altı çizilmiştir (1). Bununla birlikte psikiyatri eğitimimizde hastalıkların tedavisine odaklanılırken ruhsal hastalıkların önlenmesi ve ruh sağlığının geliştirilmesi daha az odaklanılan bir durumdur. Uzmanlık eğitim sürecinin bu edinimler için kritik rol oynayabileceğinden bahsedilmiştir (2). Bu konuşmada uzmanlık eğitim sürecinde ve sonrasında ruh sağlığını güçlendirme ve koruyucu psikiyatri eğitiminin önemi ele alınacaktır.

**Kaynaklar**

Shim RS, Powers RA, Oleskey C, et. al. (2012) Opportunities to enhance prevention-related competencies in graduate medical education in psychiatry: a position statement of the prevention committee of the group for the advancement of psychiatry. Academic psychiatry: the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry 36(5): 353.

Daskivich TJ, Jardine DA, Tseng J, et. al. (2015) Promotion of wellness and mental health awareness among physicians in training: perspective of a national, multispecialty panel of residents and fellows. Journal of graduate medical education 7(1): 143-147.



**Travma ve Lacancı Gerçek**  
**Ceren Korulsan**  
Serbest Hekim

Travma; Günümüz toplumunda travmanın kliniği ve kavramsallaştırılması temel bir mesele haline gelmiştir. Hatta bunun önce Charcot ve sonrasında da Freud'dan beri böyle olduğunu söyleyebiliriz. Buna karşın hem travmanın ne olduğuna dair hem de öznelere kendilerine özgü gerçekliklerine dair daha incelikli bir anlayışa ihtiyaç duymuyor muyuz? Uygarlığın huzursuzluğuna öznenin verdiği yanıtı travma demek doğru olmaz mı? Freud *Histeri Üzerine Çalışmalarında* nevrozun nedeni olarak travmatik bir nedensellik tanımlamıştı. Bu baştan çıkarmayla ilgiliydi. Daha sonra teorisini değiştirdiğini ve *neurotica*'yı terk ettiğini söyleyecekti.

1. Dünya Savaşının ardından askerlerin tekrar eden travmatik sahneleri içeren rüyaları ise bilinçdışı ile ilgili teorisini yeniden gözden geçirmesini gerektirdi. Madem ki rüyalar bilinçdışı bir arzunun tatminini amaçlıyordu.

Travmatik olayları yeniden üreten bu rüyaları nasıl anlamamız gerekiyordu?

Freud travmatik olanın inşasının iki farklı sahnenin birbirine eklemlenmesinin ardından gelen anlamlandırılmayla nasıl «*après-coup*» ya da «*nachträglich*» olarak oluştuğunu gösterecektir.

Lacan 1953'ten itibaren her yıl, yıl boyunca süren bir seminer vermeye başlar ve Freud'u metinlerini yeniden ele aldığı ilk dönemine *Freud'a dönüş* denmektedir.

11. Seminerinde yani *Psikanalizin Dört Temel Kavramında* ise travma gerçekle talihsiz bir karşılaşma olarak tanımlanır. Yani özne fantezi aracılık etmeksizin gerçekle karşı karşıya gelmiştir.

**ÜÇ DÜZEN**

- İMGESEL
- SİMGESEL
- GERÇEK Gerçek gerçeklik değildir.

Lacan'ın terminolojisinde gerçek ne demektir? Travmaya gerçeğin nasıl bir ilişkisi vardır? Bu konuşma Freud'da travma kavramının daha sonra Lacan tarafından nasıl ele alındığını ve Lacan'ın teorik katkılarının neler olduğunu deprem özelinde tartışmayı hedefliyor.

Bir yandan herkes deprem kuşağında yaşadığımızı bildiği halde neredeyse her kademedede belirleyici olan bu kadar çok insanın bu gerçekliği göz ardı ederek davranmış olmasını nasıl anlayabiliriz? Freud insanın kendi ölümünü düşünmesinin imkansız olduğunu söylüyordu. Acaba bu noktada ortaklaşmış olabilir mi?



**Travma Metaforları**  
**Özgür Ögütçen**  
*Bilgi Üniversitesi, İstanbul*

ÖZNE PSİKİYATRİ

- Travma Metaforları.
- Travma kavramının psikanalizdeki tarihi (savaş nevrozları)
- Freud'un kuramında travma kavramının geçirdiği dönüşümler
- Yaşadığımız çağda "travma" kavramının çeşitli kullanımları ve "kötüye kullanımları»
- Günümüzde travmalar ve travmatik etkiler
- Lacan'ın Gerçek kavramı
- Travma ve Lacancı Gerçek kavramının ilişkisi
- Söze gelmez, anlatılamaz, simgeselleştirilemez olma sıfatlarıyla Gerçek/Travma
- Gerçek'in olası tezahürlerine giriş mahiyetinde düşünceler...





## Deprem ve Fantezinin Çöküşü

Sinem Acar

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul

İnsan yavrusu dili kullanarak simgesel düzene dahil olur. Henüz o var olmadan onun adına konuşulmaya başlanmıştır, o dile dahil oldukça hem kendini ifade etmeye başlar hem de kendini tam anlamıyla ifade etmekte başarısız olur. Çünkü her şeyi dile getirebilmek imkânsızdır. Bu imkânsızlık öznenin eksikle karşılaşmasıdır. Eksik yapısaldır. Özne dilin etkisiyle Öteki'nden ayrıldığı için özne ve nesne birbirinden başkadır. Bebeğin bilebileceği ilk nesne, yani meme hem ona aittir hem de değildir. Anne ile bebek arasındaki değiş tokuş bu nesne üzerinden gerçekleşir. Bebek memeden, bu iki tarafa da ait olan organdan ayrılır. O eski bağı yeniden kurmaya uğraşır ama bunu asla başaramaz. Ancak Öteki'yle öznenin bağı bu kayıp nesne sayesinde hem kurulur hem de iki tarafa da ait bu nesne ayrılmanın aracı olur. Öznenin deneyimlediği bu kopuş, yapısal niteliktedir. Ve bu daima kastrasyonla ilişkilidir.

Sonuçta özne de Öteki de eksiktir ve bununla başa çıkmak için öznenin birtakım stratejiler geliştirmesi gereklidir. Fantazi, eksiği kapatan bir örtü vazifesi görür. Özne, hayata fantazinin penceresinden bakar, bu sayede arzulamayı öğrenir. Fantazi sayesinde özne, hayatına bir tutarlılık ve istikrar algısı veren bir hikâye yaratır.

Lacancı *gerçek* ile karşılaşma ise simgesel öncesidir, daima travmatiktir. Özneyi bir eksik olduğu ile yüz yüze getirir. Bu ölümün ve cinselliğin alanıdır, sözün bittiği yerdir. Fantazi bazen bu noktada işlev göremez olur, onun penceresi aşmıştır. Öznenin hikâyesine yazmadığı bir sahne peyda olmuştur. Deprem gibi yıkımlarda, savaşlarda, beklenmedik ve ağır yaşantılarda gösteren zincirinde bir delik açılır. Bu deliğin varlığı kaygı uyandırıcıdır ve her bir öznenin travmaya yanıtı farklıdır.

Psikotik öznelerde ise Baba'nın-Adı men edilmiştir, bu durumda anne ile bebek arasına bir üçüncü dahil olamamıştır, ayrılma tam olarak gerçekleşmemiştir. Psikozda özne, Öteki'ni tamamlar ne kendinde ne de Öteki'nde bir eksik bulunmaz. Eksik olmayınca onu örtecek bir fantazi örtüsünden de tümünden mahrum kalır, hayatına tutarlılık sağlayacak başka destekler bulması gerekir. İmgesel özdeşleşmeler, bilimsel veya sanatsal üretimler şeklindeki simgesel telafiler olabileceği gibi, *gerçekle* karşılaşmanın yarattığı deliği sanrısıl bir metafor üreterek de kapatmaya çalışabilirler.

Nevrotik ve psikotik öznelerde fantazinin işlevi ve işlevin yetersizliğinde ne gibi klinik sonuçlar olabileceğine dair farklı örnekler verilebilir. Psikotik alevlenmeler, depresyon, kaygı atakları ve güncel psikiyatrik söylemde travma sonrası stres bozukluğu olarak adlandırılan klinik fenomenlerin psikanalitik bir anlayışla değerlendirilmesi yapılabilir.

Kaynakça:

J. Lacan, *The Seminar. Book III: The Psychoses* (1955-1956), notlarla çev. R. Grigg, ed. J.-A. Miller, Londra ve New York NY, Routledge, 1993.

J. Lacan, *Le Séminaire X, L'Angoisse* (1962-1963).

J. Lacan, *Le Séminaire XIV, La logique du fantasme* (1966-1967).



## Uzmanlık Sonrası ve Yaşam Boyu Psikiyatri Eğitimi

Ahmet Gürcan

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Psikiyatride de diğer tıp alanlarına benzer şekilde uzmanlık sonrası eğitimin gerekliliği genel olarak kabul görmüştür. Bunun nedenleri arasında:

- Bilimsel ve teknolojik gelişmelerin her geçen gün yeni uygulamaları ve bu uygulamalarla ilgili bilgi sahibi olma gerekliliğini beraberinde getirmesi (Erol ve Erol 2019),
- Daha iyi bir ruh sağlığı hizmeti sağlayabilmek için hem mevcut uygulamalarla ilgili gelişmeleri/değişimleri hem de yeni tanı/tedavi yöntemleri ile ilgili bilgiyi takip etmenin, zaman zaman da uygulamalı eğitim ve deneyim edinmenin gerekliliği
- Güncel ve son bilimsel kanıtlara dayalı uygulamalara bağlı kalmanın etik ve hukuki açıdan da eksik/hatalı uygulamalardan kaçınmak için gerekli olması mevcuttur.

Uzmanlık sonra psikiyatri eğitimi temelde mesleğin icrası için gerekli bilgi/beceri ve tutuma sahip kişileri hedefliyor olduğundan ve eğitim alması hedeflenen kitlenin günlük mesleki uygulamalarını eğitim sorumlulukları dışında da devam ettirmesi gerektiğinden asistanlık dönemindeki eğitimden farklı şekilde yapılması, bu farklılık ve ihtiyaçların göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Özellikle erişkin eğitiminde dikkate alınabilecek, farklı yaşam ve öğrenme tarzları için kapsayıcı olacak eğitim modellerinin hedefine ulaşması daha olası görünmektedir. Erişkin eğitim programları yapılandırılırken bu nedenlerden göz önünde bulundurulabilecek özellikler arasında, eğitimin uzunlamasına, etkileşimli olması; konular arasında geçiş yapmakta acele edilmemesi ve belleğe kaydedebilmek, tekrar etmek için yeterli zaman bırakılması (Anzia 2021) vardır. Dünyada farklı yöntemlerin kullanıldığı birçok örnek mevcut olmakla birlikte (Faulkner ve ark. 2022)

Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD) tarafından yayımlanan sürekli eğitim/sürekli mesleki gelişim dergisi olan Psikiyatride Güncel Dergisi, TPD tarafından yayınlanan kılavuzlar, TPD ve ülkemizdeki diğer mesleki örgütler tarafından sunulan çevrim içi, kayıtlı kurslar ve eğitim videoları ülkemizde uzmanlık sonrası psikiyatri eğitimi için kolaylıkla erişilebilecek bazı örneklerdir. Bunun yanında farklı özel kuruluşların sunmakta olduğu çeşitli konularda eğitimler de mevcuttur.

Bu sunumda psikiyatri uzmanlık eğitimi sonrası sürekli mesleki eğitim ve gelişimin gerekliliğinden, mevcut olanaklardan ve olumlu örneklerden bahsedilecek. Günümüzde karşılaşılan riskler ve fırsatlar tartışılacaktır.

### Kaynaklar:

- Anzia JM (2021) Lifelong Learning in Psychiatry and the Role of Certification. *Psychiatr Clin North Am* 44: 309-316.  
Erol K, Erol A (2019) A New Era in Psychiatry: Influence of Technology and Artificial Intelligence. *Noro Psikiyatr Ars* 56: 84-85.  
Faulkner LR, Juul D, Thomas CR, ve ark. (2022) An Article-Based Format for Medical Specialty and Subspecialty Maintenance of Certification. *J Contin Educ Health Prof* 42: 83-89.



**Mezuniyet Öncesinde Psikiyatri Eğitimi**  
**Gamze Gürcan**  
TOBB ETÜ Tıp Fakültesi, Psikiyatri Bölümü

Tıbbi bilginin gelişim ve değişim hızı, hekimleri sürekli tıp eğitimi ve sürekli mesleki gelişime yönlendirmektedir. Teknolojinin, tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişimi tıbbi bilgiyi geliştirmekte, değiştirmekte ve güncellemekte, bununla birlikte tıp alanında yeni eğitim olanakları sunmaktadır. Tarihsel açıdan bakıldığında, Flexner 1910 yılında yayınladığı raporunda, usta-çırak ilişkisine dayalı sistemin yüksek nitelikli hekim yetiştirilmesinde yetersiz kaldığını ve tıbbi uygulamaların bilimsel ağırlığının artırılması gerektiğini savunmuş, tıp eğitiminin hastanelerle bağlantılı olarak yapılması gerektiğini belirtmiştir. Bu yolla bilimsel bilgi birikiminin, klinik uygulama ile, yani pratikle bütünleşmesi sağlanmıştır. Günümüze dek güncelliğini koruyan topluma dayalı tıp eğitimi; belirli bir coğrafi bölgede hizmet veren bir fakültenin, o coğrafi bölgedeki tüm sağlık kuruluşlarından yararlanarak eğitimini sürdürmesidir. Tıpta bütüncül yaklaşım kavramı ile hastaya, tıbbı ve de dünyaya geniş bir çerçeveden bakmanın önemi vurgulanmaktadır. Tıp alanındaki bilgilerin gelişimi ile uzmanlaşmanın önemi artmış, tıp eğitiminde uzmanlık eğitimi ve uzmanlık sonrası eğitim üzerine çalışmalar yoğunlaşmıştır. Tıpta uzmanlaşmanın ve modern tıp uygulamalarındaki ilerlemelerin getirdiği olumlu çıktılarının yanında, bu durum bazı eleştirileri de gündeme getirmiştir. 1977'de Engel tarafından kavramsallaştırılan biyopsikososyal modelde hekimlerin hastaları daha geniş bir çerçeveden değerlendirmesi gerektiği vurgulanmıştır. Eğitim sistemleri yönetsel olarak klasik, entegre ve aktif eğitim sistemleri olarak ayrılmaktadır. Aktif eğitimin de probleme, belli bir göreve, yeterliğe ve topluma dayalı, hümanistik teknik gibi farklı yaklaşımları olabilmektedir.

Mezuniyet öncesi psikiyatri eğitimi ile psikiyatri alanında hastalık belirtileri, tanı, ayırıcı tanı, muayene usulleri ve tedavi yöntemleri konusunda temel düzeyde bilgi ve beceri kazandırmak amaçlanmaktadır. Mezuniyet öncesi psikiyatri eğitimi ile hedeflenen, psikiyatrik belirti ve bulguları tanımak; sık görülen ruhsal hastalıklara birinci basamak düzeyinde tanı koymak, tedavi etmek ya da uygun tedavi basamaklarına yönlendirmek; acil psikiyatrik durumları tanımak, ilk müdahaleyi yapmak ve uygun koşullarda sevk etmek; ruhsal hastalıklardan korunma önlemlerini uygulamak; psikiyatrik belirtilerle ilgili olabilecek diğer tıbbi durumların ön tanısıyla uygun koşullarda sevk etmek için öğrencilere gerekli bilgi, beceri ve tutumları kazandırmaktır. Psikiyatri hastaları incinebilir grupta yer almaktadır, toplum tarafından damgalama ve dışlanmaya maruz kalabilmektedirler. Bu nedenle tıp eğitiminde etik yaklaşımların vurgulanması özellikle psikiyatri eğitimi için önemli görünmektedir.

**KAYNAKLAR**

- Owen G. What is formulation in psychiatry?. *Psychol Med.* 2023;53(5):1700-1707.  
Özvarış ŞB, Sayek İ. Tıp eğitiminde değişim; Hacettepe Tıp Dergisi 2005; 36:65-74.  
Stubbs A. Reducing mental illness stigma in health care students and professionals: a review of the literature. *Australas Psychiatry.* 2014;22(6):579-584.



## Buradan Yola Çıkıp Neler Yapabiliriz?

Aytül Karabekiroğlu

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD

Hekimlik mesleği intihar riskinin yüksek olduğu meslek gruplarından biridir. Damgalanma ve kariyerlerinin kötü etkileneceği korkusuyla kendi başlarına stres ve tükenmişlikle baş etmeye çalışan hekimlerde, kendi kendine ilaç yazma, alkolizm ve diğer zararlı davranışların arttığı bildirilmiştir (Brooks ve ark 2011). Hekimlerdeki intihar ve kendine zarar verici diğer davranışlarla ilgili risk artışı daha tıp fakültesinde başlamakta, damgalanma korkusu gibi nedenler yardım arama davranışını zorlaştırmaktadır (Chew-Graham 2003). Dünya Psikiyatri Birliği yayınladıkları bildiride epidemiyolojik çalışmalarda hekimlerde psikiyatrik hastalıklar, alkol, madde kullanımları prevelansının yüksek olduğunu, pek çok ülkede hekim intiharlarının giderek sıklığı, hekimlerin işlerini kaybetme korkusu yaşamadan ruhsal hastalıkları için yardım arayabilmeleri için uygun bir sistem oluşturulması gerektiğini bildirmektedir. Amerikan Psikiyatri Birliği de psikiyatristlerin ruhsal iyilik hali ile ilgili bildirimler yayınlamıştır (APA,2018). Bu bildiride depresyon ve özkiyımın psikiyatristler için önemli olduğu, kadınlar, gençler ve akademik ortam dışında çalışanlar için riskin daha yüksek olduğu ve tükenmişliğin daha çok sistemsel sorunlarla ilgili olduğunu belirtilmiştir. İş yükünün azaltılması, otonominin artırılması, izolasyonun azaltılması, iletişim ve ekip çalışmasının artırılması ile ilgili önerilerde bulunulmuştur. Amerika'da bu konu ile ilgili çeşitli organizasyonlar ve online programlar bulunmaktadır. Bu platformlar aracılığı ile psikiyatristlerin yardım arama davranışlarının artırılması hedeflenmektedir. Royal Collage of Psychiatrists'in kurmuş olduğu bir destek sistemi mevcuttur (Psychiatric Support System). Bu sisteme internet üzerinden ve telefon yoluyla ulaşmak mümkündür. Bu sistem ruh sağlığı hekimlerinin ruhsal iyilik halini sürdürebilmesi için önerilerde bulunulmaktadır. Sunumda dünyada ve ülkemizde hekim intiharlarını önlemeye yönelik yapılan çalışmaların sunulması, tartışılması ve bu çalışmaların geliştirilmesi için yapılabileceklerin tartışılması hedeflenmektedir.

### Kaynaklar

1. APA Workgroup on Psychiatrists Well-being and Burnout Report  
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/well-being-and-burnout/about>
2. Brooks SK, Gereda C, Chalder T. (2011) Review of literature on the mental health of doctors: Are specialist services needed? Journal of Mental Health 20 (2): 146-156.
3. Chew-Graham CA, Rogers A, Yassin N (2003) "I would not want it in my CV or their records: Medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. Medical Education 37; 873-880.



**Hekimlik ve İntihar: İki Uygunsuz**  
**Halise Devrimci Özgüven**  
*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi*

İntihar birçok farklı risk etmenine sahip kompleks bir davranıştır. Genel olarak iş sahibi olma intihara karşı koruyucu bir etmendir, özellikle nitelikli mesleklerde intihar riski daha düşük olmakta, niteliksiz işlerde çalışanlarda ve işsizlerde risk yükselmektedir. Ancak bazı nitelikli meslek grupları intihar davranışı açısından yüksek risk taşır. Polisler, askerler ve hekimler bu mesleklerin başında gelir. Bütün meslek grupları arasında ise hekimler en önde gelmektedir ve bu evrensel biçimde tüm dünyada böyledir. Elimizde Türkiye ile ilgili sayılar bulunmuyor ancak son dönemde ülkemizde hekim intiharları sık sık medyaya yansıyor ve hekimlerde intihar davranışlarında bir artış var gibi görünüyor.

Hekimler insanları sağlıklı yaşatmak, hastalıklardan korumak ve tedavi etmek için eğitilmektedirler. Yaşamı korumak için eğitilen ve ant içen bir meslek grubundaki hekimler neden sık denebilecek ölçüde intihar davranışları sergiliyorlar?

Bu konuşmada hekimlerde intihar davranışının epidemiyolojisi ile ilgili elde bulunan veriler sunulacak ve ardından hekimlerde görülen intihar davranışlarının nedenleri, hangi koşulların bu insanları intihar davranışına yönelttiği, bu konuda yardım aramalarının önündeki engellerin neler olduğu, bu konuyla ilgili etik sorunların neler olduğu ele alınacaktır.

Hekim intiharları konusunda yapılan çalışmalara göre intihar davranışında bulunan hekimlerde genellikle altta yatan bir psikiyatrik bozukluk söz konusudur ve en sık görülen psikiyatrik bozukluklar depresyon ve alkol/madde kullanım bozukluklarıdır. Ancak bunun yanında, intihar girişiminde bulunan bir hekim genellikle son zamanlarında mesleki, kişisel ya da ailevi bir güçlük yaşamıştır. Hekimlerde görülen intihar davranışlarının arkasında ağır eğitim ve çalışma koşulları, bu koşullar nedeniyle sosyal hayatın kısıtlı olması, ciddi ve yıpratıcı mesleki rekabet, hiyerarşik mesleki ortamın güçlükleri, idari baskılar, haksız hasta şikayetleri, hekime yönelik şiddet davranışlarındaki artış, malpraktis ve hukuki sorunlar, alınan eğitim ve sorumlulukla orantılı olmayan gelir düzeyi ve maddi sorunlar yatıyor gibi görünmektedir. Hekimlerin ölümcül ilaçlara kolay ulaşabilmesi ve ilaçlarla ilgili bilgiye sahip olması intihar eyleminin gerçekleştirilmesini kolaylaştırmaktadır.

Hekimler psikiyatrik bozukluklar yaşadıklarında damgalanma ve mesleki yeterliğini yitirme korkusu ile tedavi arayışına gitmedikleri, intihar düşüncelerinden kimseye söz etmedikleri, tedavisiz kaldıkları ya da kendi kendilerini tedavi etmeye çalıştıkları, kendi kendine yapılan tedavilerin ise sıklıkla yetersiz ve hatta yanlış olabildiği görülmektedir. Tedavisiz kalan psikiyatrik bozukluklar hekimlerde intihar riskini artırmaktadır.



## **Bilişsel Davranışçı Psikoterapilerde Ev Ödevleri: Neden, Nasıl ve Ne Zaman? Ayşegül Kart**

*Serbest Hekim, KTO Karatay Üniversitesi Psikoloji Bölümü*

Ev ödevleri, seansta elde edilen kazanımların kuvvetlendirmeleri açısından günümüz Bilişsel Davranışçı Psikoterapi (BDT) pratiğinde oldukça önem arz etmektedir. Ev ödevlerini şu şekilde tanımlamıştır: 'Ev ödevleri terapi seansları arasında danışanların uyguladığı planlanmış terapötik aktivitelerdir. İçerikleri, mevcut sorun için oluşturulmuş bilişsel davranışçı modele dayanmakla birlikte, danışan temelli bireysel bir kavramsallaştırmaya yöneliktir. Ev ödevleri danışanın terapi hedeflerine odaklanır ve terapist ile danışanın iş birliği ile oluşturulur. Danışanların davranışsal ve bilişsel terapötik değişimi, yeni becerileri ve teknikleri uyguladıkları ve sürdürdükleri bir süreçtir. Ayrıca ev ödevleri danışanların farklı durumlardaki düşünceleri, duyguları, fizyoloji ve davranışları ile terapi ve mevcut sorunları ile ilgili bilgi edinmelerini sağlamaktadır'. Ev ödevleri, öğrenilmiş beceri veya davranışların genelleme yoluyla yeni bir ortama aktarılmasını sağlarlar. Ev ödevlerinin depresyon, panik bozukluk, sosyal fobi, agorafobi, obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, madde bağımlılığı, travma sonrası stres bozukluğu gibi birçok psikiyatrik bozuklukta tedavi yanıtı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (4). Anlamli ev ödevleri oluşturmak, ev ödevleri terapinin ana hedefleri ile uyumlu olması, ev ödevleri seansın ana konusuyla ilişkili olması, ev ödevlerinin danışan ve terapist için uygun olması, ev ödevlerinin danışanın sosyokültürel özelliklerine uygun olması, ev ödevlerinin yapılabilir olması, ev ödevlerinde aşamalı ilerlemek ve ev ödevlerini mümkünse seans içinde denemek oldukça önemlidir. Terapi notlarını okumak, otomatik düşünceleri izlemek, otomatik düşünceleri değerlendirmek ve yanıtlamak, davranış deneyleri yapmak, düşüncelere mesafe koymak, terapi hedefleri için aşamalar oluşturmak, aktiviteler planlamak, mola listeleri, davranışsal becerileri uygulamak, bibliyoterapi ve sonraki seansa hazırlanmak gibi ev ödevi türleri mevcuttur. Ev ödevleri her bir seansın ayrılmaz bir parçasıdır. Seansın yaklaşık 5-10 dakikası ödevin gözden geçirilmesine ayrılmalıdır. Terapinin başlangıcında bu süre 20 dakikaya kadar çıkabilir. Gözden geçirildikten sonra nasıl geçtiği ve neler öğrenildiğine dair sorular sorulmalıdır. En önemli nokta, ev ödevlerinde başarısızlık gibi kavramın olmamasıdır, ev ödevleri anlamak ve öğrenmek için planlanmış aktivitelerdir. Seansta ele alınan konu ve çalışmayla bağlantılı olarak yeni ev ödevi oluşturulur. Yeni ev ödevi oluşturmak ve rasyonelini danışana anlatabilmek için 5-10 dakikaya ihtiyaç olduğunu unutmamalı ve seansın en sonuna kadar beklenilmemelidir.

### **KAYNAKLAR**

- (1) Decker SE, Kiluk BD, Frankforter T, Babuscio T, Nich C, Carroll KM. Just showing up is not enough: Homework adherence and outcome in cognitive-behavioral therapy for cocaine dependence. *J Consult Clin Psychol.* 2016;84(10):907-12.
- (2) Beck, J. *Cognitive therapy: Basics and beyond.* New York: Guilford Press;1995.
- (3) L'Abate L. (1999). Taking the bull by the horns: Beyond talking psychological interventions. *The Family Journal: Therapy and Counseling for Couples and Families.* 1999; 7: 206–20.(4) Tompkins MA. Guidelines for enhancing homework compliance. *J Clin Psychol.* 2002; 58(5):565-76.
- (5) Beck JS. *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond.* Üçüncü Baskı. New York: The Guilford Press; 2021



**Ötetenasal (Transdiagnostik) Bilişsel Davranışçı Terapi Yaklaşımları**  
**Ayşegül Kervancıoğlu**  
Serbest Hekim

Ruhsal hastalıklarda eş hastalanma oranının yüksek oluşu gerçekten bir arada görülebilen sendromlardan ziyade tanı kategorilerindeki kısıtlılığı düşündürmektedir. Bu kısıtlılık yeni tedavi yaklaşımlarını da beraberinde getirmiştir. Tanıya özgü bilişsel davranışçı protokoller geliştirilip iyileştirilerek transdiagnostik yaklaşımların gündeme gelmesine yol açmıştır. Hastaların klinik profillerinin heterojen olduğu durumlar için de uygun bir tedavi olduğu düşünülmektedir. Transdiagnostik bilişsel davranışçı terapi (BDT) anksiyete ve duygularla ilişkili bozukluk aralığında olan hastalar için uygulanabilir bir modifiye bilişsel davranışçı terapi formudur. Transdiagnostik BDT protokoller arasında içerik ve hedef farklılıkları olsa da bilişsel davranışçı terapi ile benzer olarak psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma ve maruz bırakma terapisini içermektedir. Transdiagnostik yaklaşımla sınırlayıcı tekniklerin dışına çıkılarak her hastaya özgü bir kavramsallaştırma yapılabilmektedir. Transdiagnostik yaklaşımlar arasında tarihi en eskiye dayanan ve diğer yaklaşımlara göre daha çok çalışılmış ve uygulanmış yaklaşım David Barlow'un geliştirmiş olduğu evrensel bir yaklaşım olan "Bütünleşik Protokol (BP)" dır. BP'de temel amaç hastaların duygularını anlamalarına ve tanımalarına; rahatsızlık veren olumsuz duygularına uyum sağlamalarına yardımcı olmaktır. Toplam sekiz modülden oluşur. Her biri 50-60 dakika süren modül başına seans sayısında esnekliğin olabildiği 12-18 hafta süren bireysel seanslardan oluşmaktadır. Hem birebir hem de grup formatında; ayrıca internet tabanlı olarak da yürütülebilmektedir.

Birinci modül "hedef belirleme ve motivasyonun sağlanması" modülüdür. Bu modülde motivasyonel görüşme teknikleri kullanılarak hastaların farkındalıkları geliştirilir ve değişim için motivasyonları artırılır. İkinci modül "Duyguları anlama" modülüdür. Bir veya iki seansta ele alınan "Duyguları Anlama" modülünde hastalara duyguların işlevi ve gelişimi ile ilgili psikoeğitim yapılır. Hastalar bu modül ile duyguların rahatsızlık verici ve korkutucu bir şey olmasından ziyade dış çevre ile ilgili bize bilgi sağlayan ve uygun eylemi yönlendirmede işlevsel bir role hizmet ettiğini fark etmelidirler. Üçüncü modül "Duyguları fark etme" modülüdür. Hedef duyguları yargılamadan, nesnel ve şimdiki zaman odaklı olarak fark edebilmektir. Dördüncü modül "bilişsel esneklik" modülüdür. Hastaların yanlı yorum ve değerlendirmelerinin duygusal tepkilerini nasıl etkilediği gösterilir. Kişinin o anda aklına gelen otomatik düşüncelerinin çoğu zaman olumsuz olduğu ve birçok duygusal tepkiyi beraberinde getirebildiği açıklanır. Düşünce tuzaklarından bahsedilir. Beşinci modül "Duygu odaklı davranışlara karşı çıkma" modülüdür. Bu modülde hedef duygusal kaçınmanın (örtük davranışsal kaçınma, bilişsel kaçınma, güvence işaretleri) ve duygular tarafından yönlendirilen davranışların (duygu odaklı davranışlar-eyleme geçme eğilimi) fark edilmesi ve değiştirilmesidir. Ayrıca uyuma dönük duygu düzenleme becerileri üzerinde de durulur. Altıncı modül "Bedensel duyuları anlama ve yüzleşme" modülüdür. İnteroseptif maruziyetlerle bu duyuların ortaya çıkarılması hedeflenir. Somatik duyuların duygusal deneyimlere nasıl katkıda bulunduğu anlaşılır. Tekrarlanan alıştırmalarla bedensel duyuların zararlı olduğuna dair olan inanç sarsılmaya başlar. Yedinci modül "Duygulara Alıştırma" modülüdür. Hem seans içinde hem seanslar arasında duyguyu deneyimleme alıştırmaları yapılmalıdır. Alıştırmalar sırasında duyguyu ortaya çıkaran olaya değil duygunun kendisine odaklanması önemlidir. Son olarak sekizinci modül "Başarıları Fark Etme ve Geleceğe Bakış" modülüdür. Bu seansta tedavi kavramlarına genel bakış ve hastanın kazanımları gözden geçirilir. Yeterli ilerleme sağlanamamışsa nedenler gözden geçirilir. Kişiye özel geleceğe dönük karşılaşılabilecek zorlu durumlarla baş etme stratejileri (yineleme önleme) belirlenir.

**Referanslar**

- 1- Dagleish T, Black M, Johnston D, Bevan A. Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. J Consult Clin Psychol 2020; 88(3), 179-195.
- 2- Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a unified treatment for emotional disorders—republished article. Behav ther. 2016;47(6), 838-853.
- 3- Kennedy AK, Barlow DH. Applications of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. New York: Oxford University Press; 2018.



## Afetlerde Sosyal Medya Yardımcı mı Yoksa Krizi Artırıyor mu?

Arzu Erkan

*İstanbul Kültür Üniversitesi*

Medya ve yeni medya (internet tabanlı iletişim araçları, sosyal medya, podcastler, bloglar vb.) insan davranışı üzerinde oldukça etkilidir. Bireysel ve toplumsal değer yargılarını, tutumları, görüş ve eğilimleri şekillendirir ve yönlendirir, kültürü yeniden üretir ve yaygınlaştırır. Medya-yeni medya işlevsel açıdan yalnızca bir iletişim aracı olarak kalmaz. Davranışları, şekillendirme, ketlenmesini önleme, duyarsızlaştırma, taklit etme, saldırganlığı uyarma ve risk almayı teşvik etme gibi yollarla etkileyebilmektedir. Psikiyatri ve psikiyatrik bozukluklar üzerindeki etkileri de önemli ve yönlendiricidir. Medya-yeni medyadaki paylaşımlar ruhsal ve toplumsal sağlığımızı, doğrudan ya da dolaylı olarak, olumu ya da olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Acil durumlarda bilginin zamanında ve kolektif olarak aktarılması için geleneksel ve sosyal medya platformlarının kullanıldığı bilinmektedir. Kriz ve afet dönemlerinde toplumun ruh ve beden sağlığının gözetilmesi, kamuoyunun doğru bilgilendirmesi ve sürecin yönetimine uyum sağlanması açısından bu yayın ve paylaşımların sorumluluğu gün geçtikçe artmaktadır.

Yapılan çalışmalarda medya ve yeni medyanın bilinçli ve doğru kullanılması halinde halk sağlığının korunması ve sürdürülmesinde oldukça etkili araçlardan biri olabileceği, kamuoyu bilinci oluşturmada ve hastalıkların gözlenen etkilerini azaltmada önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir. Pandemi dönemlerinde yapılan araştırmalarda kitle iletişim araçları ile bulaşıcı hastalıklar arasında karmaşık bir ilişki bulunduğu görülmektedir. Bilgilendirici ve destekleyici nitelikte içerikler kadar halkı kaos ve karamsarlığa sürükleyebilecek bilgiler denetimsizce yayılmaktadır. Özellikle internet tabanlı sosyal medya platformları bireyler üzerinde daha fazla etkili olabilmektedir. Alanında otorite ve güvenilir kaynaklara dayalı mesajlar, başka kaynaklara dayalı mesajlardan, hem nitelik ve hem de nicelik bakımından çok daha etkili bulunmuştur.

Kriz, afet zamanlarında sosyal medyadan, doğru bilginin yaygınlaştırılması; iletişim, haberleşme, gereksinimlerin ve acil önlemlerin belirlenmesi, hazırlıkların planlanması, örgütlenmenin, önleyici çalışmaların, destek sistemlerinin oluşması ve yönlendirmelerin yapılması gibi aşamalarda ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunu sağlamakta yararlanılabilir. Yeni medyanın kısıtlılık, dezavantaj ve riskleri de gözetilerek, hak temelli, yasal, etik ve kapsayıcı bir biçimde kullanımına özen gösterilmelidir.

### Kaynaklar

1. Arslan, A. (2006). Medyanın birey, toplum ve kültür üzerine etkileri. *J Human Sci.* 2006; 8 (1):1-12.
2. Wang Y, McKee M, Torbica A, Stuckler D. (2019 ) Systematic Literature Review on the Spread of Health-related Misinformation on Social Media. *Soc Sci Med.* 240:112552. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.112552.
3. Lin X, Spence PR, Sellnow TL, Lachlan KA (2016) Crisis communication, learning and responding: Best practices in social media. *Computers in Human Behavior*, 65: 601-605. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.05.080>.





## Afetlerde ve Kriz Dönemlerinde Medya

**Bengi Semerci**

*Bengi Semerci Enstitüsü*

Terör eylemlerinden, doğal afetlere, salgın hastalıklara kadar değişebilen çeşitli kriz durumları dünyanın her yerinde görülmektedir. Bu tür olaylarda hem olay sürecinde hem de sonrasında bir çok diğer kurumun olduğu gibi yazılı ve görsel basının da önemi ve sorumlulukları bulunmaktadır.

Yazılı, görsel ya da gittikçe yayımlanan dijital basının bilgilendirme, farkındalık yaratma, olayın etkilerini azaltma ve dayanıklılığın artmasını sağlama görevleri bulunmaktadır (UNISDR 2000). Afet iletişimi ve ilişkilerinde medyanın rolü afet iletişimi ve Yönetimi, uyarılarının ve tavsiyelerin yayınlanması, etkilenen kişilere ve topluma bilgi sağlanması şeklinde özetlenebilir (Rusoke 2022).

Son yıllarda sosyal medya haberleşme ve bilgi edinme aracı olarak ön plana çıkmış görünse de özellikle görsel ve dijital medya hala önemli bilgi kaynağı olma işlevini sürdürmektedir. Kamusal ve resmi görüntülerin, haberlerin takibinde önemi sürmektedir.

Medya tüm bu sorumluluklarını yerine getirirken yeni krizler ve sorunlar yaratmadan bilgi ulaştırma sorumluluğu da taşımaktadır. Özellikle afet dönemlerinde en çok etkilenen çocuk ve ergenler konusunda yapılan yayınlar ciddi olumsuz sorunlara yol açabilmektedir. Basının doğru bilgiyi toplama ve dağıtma gibi zorlu bir görevi vardır. Ancak işlerini yaparken, buldukları ortamdaki etkilenmekte ve aynı zamanda o ortamı da etkiledikleri bir süreç yaşarlar. Sosyal medyadan farklı olarak verdikleri haberi ve bilgiyi doğrulama sorumlulukları bulunur (Perreault ve Perreault 2021).

Afet ve kriz dönemlerinde basının önemi ve etkisi yatsınamaz. Ancak bu önemli görevi yaparken dikkat edilmesi gereken durumlar, uyulması gereken kurallar iyi belirlenmelidir. Haber alma ve haber verme özgürlüğü tartışılmaz bir haktır. Ancak bu hakkı kullanırken, toplumsal başka sorunlara ve afetlere yol açmamak, afet ya da kriz sonrası da bilgilendirme sürecini devam ettirmek gerektiği unutulmamalıdır.

Perreault, M. F., Perreault, G. P. (2021). Journalists on COVID-19 Journalism: Communication Ecology of Pandemic Reporting. *American Behavioral Scientist*, 65(7), 976–999.

Taddeo - Rusoke (2022) Disaster Communication & Media Relations Conference: Presentation to Master of Environmental Health Sciences class at Institute of Petroleum Studies Kampala.

UNISDR (2000) A guide for journalists covering disaster risk reduction.



## Derneklerin ve Sivil Toplum Kuruluşlarının Afetler Dönemlerinde Medya ve Sosyal Medya İletişimi Merve Metin

*Başkent Üniversitesi İstanbul Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı*

Dernekler ve Sivil toplum kuruluşları (STK'lar), toplumun farklı alanlarında faaliyet gösteren, kar amacı gütmeyen kuruluşlardır. Bu kuruluşlar, çevre koruması, insan hakları, eğitim, sağlık, yoksullukla mücadele gibi çeşitli konularda çalışmalar yapmaktadırlar. İnternet ve sosyal medya, dernekler ve STK'lara geniş kitlelere etkili bir şekilde seslerini duyurma ve faaliyetlerini tanıtmaya imkânı sunmaktadır. Afetlerde ekonomik, sosyal veya psikolojik olarak zarar görmüş toplumlarda dernekler ve STK'lar kritik öneme sahip işlevler görmektedir.

Dernekler ve STK'lar, hükümetler ve uluslararası yardım kuruluşlarıyla iş birliği içinde afet yönetimine yönelik çeşitli faaliyetler yürütmektedirler. Araştırmalar, STK'ların afet müdahalesi sırasında destek olma işlevine sahip olmalarının yanı sıra zararı azaltma, hazırlık ve iyileştirme safhalarında da son derece etkili olduklarını ortaya koymaktadır. Dernekler ve STK'ların afet yönetimindeki rolü, toplumun afetlere karşı daha dayanıklı hale gelmesine ve etkili müdahalelerin gerçekleştirilmesine katkıda bulunur.

6 Şubat'ta ülkemizde meydana gelen ve büyük yıkım yaratan deprem sonrasında da birçok dernek ve STK'nın da aktif olarak rol aldığını gözlemledik. Ruh sağlığı alanında Türkiye Psikiyatri Derneği Afetlere Hazırlık Müdahale Birimi'nce ilk saatlerden itibaren depremin etkileri, sağlık sisteminin durumu, ruh sağlığı organizasyonu ve psikososyal destek hizmeti ihtiyacının belirlenmesi amacı ile stratejiler geliştirilmiştir. Aynı zamanda topluma yönelik bilgilendirme amaçlı hazırlanan broşürler sosyal medya ağları aracılığı ile geniş kitlelere ulaştırılmıştır. Haftalık faaliyet raporları hazırlanarak müdahalelere yönelik sürece katkı sağlanmıştır.

Dernekler ve STK'lar afet dönemlerinde medya ve sosyal medya iletişimini etkili bir şekilde yöneterek, toplumu bilgilendirme, afet bilincini artırma ve insanlara yardım etme konusunda önemli bir araç olabilir. İletişim stratejileri sayesinde afetlerin etkilerini azaltmaya ve toplumun daha iyi bir şekilde tepki vermesine yardımcı olmaya da katkı sağlarlar.

### Kaynaklar:

- 1- Grogg, R. S. (2016). NGO Collaboration in Natural Disaster Response Efforts- A comparative case study of earthquakes in Asia, Senior Honors Projects, current: 1-51.
- 2- Duruel, M. (2023). Sivil Toplum Kuruluşlarının Afet Yönetimindeki Rolü: 6 Şubat Depremi Hatay Örneği. *Uluslararası Politik Araştırmalar Dergisi*, 9(2), 1-18.
- 3- Teague SJ, Shatte ABR, Weller E, Fuller-Tyszkiewicz M, Hutchinson DM. Methods and Applications of Social Media Monitoring of Mental Health During Disasters: Scoping Review. *JMIR Ment Health*. 2022 Feb 28;9(2):e33058.



## Afetlerde Sosyal Medya İletişiminde Psikiyatristin Rolü Yalçın Kahya

*Memorial Antalya Hastanesi*

Doğum kontrolü, geçici veya kalıcı olarak hamileliği engellemek ya da hamile kalma olasılığını azaltmak amacıyla çeşitli yöntemlerin, araç gereçlerin ya da ilaçların kullanılmasıdır. Bu yöntemlerden aile planlaması adına herkes faydalanabilir. Kürtaj gebeliğe son vermeyi amaçlarken doğum kontrolü gebeliği önlemeyi hedef alır. Doğum kontrolü birçok kültürde ve din açısından siyasi ve etik tartışmalara neden olmaktadır. Bu tartışmaların gündeminde medya paylaşımları da oldukça önemlidir.

Doğum kontrol yöntemleri sadece doğum kontrol amacıyla kullanılmaz. Birçok farklı durumda da tedavi amacıyla bu yöntemlere başvurulabilir. Adet düzensizliğinde adetlerin düzene girebilmesi, adet ağrılarının hafiflemesi, adet öncesi gerginlik sendromu tedavisinde de bu yöntemler kullanılır. Ayrıca doğum kontrol yöntemleri over, endometriyum ve kolon kanseri riskini de azaltmaktadır. Doğum kontrol yöntemlerinin faydalı olmadığı ve birçok yan etkisinin olduğu ile ilgili inanışlar bulunmaktadır. Bu açıdan doğum kontrol yöntemleri hakkında alanında uzman kişilerin medya aracılığıyla doğru bilgileri sunması ve medyada paylaşılan yanlış haberler üzerine denetleyici mekanizmaların gelişmesi oldukça önem taşımaktadır.

Küretaj, üreme sağlığı ve cinsel sağlık hizmetlerinin temel bir bileşeni olmasına rağmen birçok kadın güvenli küretaj hizmetlerinden yararlanmada engellerle karşılaşmaktadır. Tüm dünyada, her yıl 15-44 yaş arası 1.000 kadından yalnızca 35'inin küretaj hizmetine ulaşabildiği bilinmektedir. Kadınların güvenli küretaj hizmeti alamamalarında sosyal, kültürel ve yasal yönden birçok sebep bulunmaktadır. Güvenli küretaj hizmetlerine erişim temel insan hakkı olarak kabul edilirken, dünya çapındaki tüm küretaj hizmetlerinin yaklaşık yarısı güvenli değildir. Kadının kendi kendine gebeliğini sonlandırma girişimlerinde bulunması, küretaj hizmeti veren sağlık bakım vericisinin yeterli eğitim ve deneyiminin olmaması veya uygun tıbbi protokolleri kullanmaması, güvensiz küretaj hizmeti uygulamalarının başında gelmektedir.

Toplumun küretaja yönelik tutumunu anneliğe yüklenen anlam ve kültürel beklentiler, doğum kontrolü için kadınların sorumluluğu, ergen cinselliği/evlilik öncesi cinselliğin kabul edilemezliği ve dini görüşler etkilemektedir. Küretajın ayıplandığı ve kınandığı toplumlarda, küretaj kararı veren kadınlar, kararlarının açığa çıkmasından endişe duyarlar ve bu sebeple güvenli olmayan küretaj yollarına başvurabilir ya da istemediği gebeliği sürdürmek durumunda kalabilir. Küretaj damgalanması nedeni ile birçok kadın, kendi küretaj deneyimlerini başkalarıyla paylaşmaktan kaçınır. Küretaj damgalanmasında yalnızca toplumun değil, sağlık bakım vericilerinin de küretaja yönelik görüş ve tutumları etkilidir. Küretaj hakları konusunda medyanın da etkisi vardır. Medya paylaşımlarının doğru bilgileri içermesi küretaj hakları konusunda damgalanma riskini de azaltacaktır.



**Psikiyatri Eğitim, Uygulama ve Araştırmalarında "Deneyim ile Uzmanlık"  
Koray Başar**

*Hacettepe Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıp Fakültesi, Ankara*

Psikiyatri eğitimi, uygulaması ve araştırmalara ruhsal sorun ve hastalıklar nedeniyle tedavi görenler ve yakınlarının etkin şekilde katılımıyla ilgili modeller birçok ülkede yaygınlaşmaktadır. Hizmet alan ve hizmet veren ikiliği dışındaki bu karşılaşma ve etkileşimin psikiyatri dışındaki alanlarda da etkinlikleri geliştirici sonuçları bildirilmiş durumda. Bu değişikliğin mümkün olması hem yapısal ve işleyişle ilgili değişikliklerin yapılmasını hem de paydaşların tutum ve yetkinlikleriyle ilgili gelişmeler gerektirmektedir. Damgalanma ile mücadelede öznelere etkinliklerin planlama ve yürütülmesine dahil olmasının katkıları çok uzun süredir bilinmekte ve önerilmektedir. "Deneyimle uzmanlığa" psikiyatri eğitim, uygulama ve araştırmalarında yer verilmesinin damgalanmayla mücadelenin ötesinde etkileri olabilmektedir. Bununla birlikte bu işleyişle ilgili kimi zorluklar ve halen en iyi modelin geliştirilmesiyle ilgili sorunlar mevcuttur. Yapılan çalışmalar toplumda hakim olan eşitsizliklerin, sosyal anksiyetenin, etkinliklerin yürütülmesi ve sonlanmasıyla ilgili belirsizliklerin önemli sorunlara neden olabildiğine işaret etmektedir. Öte yandan, bir eğitim sürecini tamamlayarak deneyimle uzmanların profesyonel çalışan olarak sisteme dahil edildiği örnekler de vardır. Başka toplum, kültür ve sağlık sistemlerinden doğrudan alınması yerine mevcut koşullara uygun bir sistem geliştirmek ancak tüm paydaşların katkı ve girişimiyle mümkün olabilecektir. Türkiye psikiyatrisi için uygun bir model geliştirirken daha önce deneyimin uzmanlar, tedavi gören kişiler ve toplum geneliyle paylaşılmasıyla ilgili uygulama örneklerinin, bu uygulamaların sağladığı imkanların, sınırlılıkların ve güçlüklerin de gözden geçirilmesi uygun olacaktır. Uygun modelin geliştirilmesinin her adımında tüm paydaşların katkısının alınması, eşitliğin gözetildiği şekilde konunun tartışmaya açılması ilk adım olarak kabul edilebilir.

**Kaynaklar:**

Hawke LD, Sheikhan NY, Jones N, Slade M, Soklaridis S, Wells S, Castle D. Embedding lived experience into mental health academic research organizations: Critical reflections. *Health Expect.* 2022 Oct;25(5):2299-2305. doi: 10.1111/hex.13586.

Stirrup V, Jones FW, Dimond I, Green D, Kaur J, Wattingham A, MacInnes D. Developing and evaluating mental health lived experience practitioner (LXP) roles in an NHS trust. *J Ment Health.* 2022 Apr;31(2):255-262. doi: 10.1080/09638237.2021.1952956.

Baxter L, Burton A, Fancourt D. Community and cultural engagement for people with lived experience of mental health conditions: what are the barriers and enablers? *BMC Psychol.* 2022 Mar 16;10(1):71. doi: 10.1186/s40359-022-00775-y.



**Deneyimi Dönüştürmek: İyileşme Okulları**

**Yasemin Şenyurt**

*Şizofreni Dernekleri Federasyonu*

Ruh sağlığında iyileşmenin benim için ne anlama geldiğini ve iyileşme öykümde Şizofreni Dernekleri Federasyonu'nun önemli ve anlamlı rolünü paylaşacağım. İyileşme deneyiminin ruh sağlığı alanında nasıl yer alabileceğini yurtdışındaki iyileşme okullarının çalışmaları ile aktarmaya çalışacağım. Türkiye'de ruh sağlığı alanında çalışan derneklerin deneyim ile uzmanlık konusunda nasıl adımlar atabileceğine dair öneriler sunacağım.



## **Yeterli Yatağı ve Kapalı Servisi Olmayan Üniversite Hastanelerinde Acil Psikiyatrik Hasta Yönetimi ve Sorunları**

**Buket Koparal**

*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı*

Psikiyatrik acil kavramı işinin kendisi ya da sosyal çevresi tarafından tariflenen, acil müdahale gerektiren düşünce, davranış, duygudurum ve sosyal ilişkilerde akut bozulma olarak tanımlanır (Karlıdere,2007). Çeşitli çalışmalarda acil servis başvurularının %3-12'sinin psikiyatrik aciller olduğu bildirilmiştir (Şahingöz ve ark. 2014).

Psikiyatrik aciller kronik ruhsal hastalıklar, olumsuz yaşam olayları ve psikososyal stresörlerden kaynaklanabildiği gibi, psikiyatrik semptomlara neden olan tıbbi hastalıklar, zehirlenmeler, ilaç etkileşimleri ya da ilaç yan etkileri nedeniyle de gelişebilmektedir. İntihar, psikomotor ajitasyon, somatik yakınmalar, madde kullanımı ile ilişkili psikiyatrik belirtiler en sık psikiyatrik acil nedenlerindedir (Public Hospitals Statistics Report, 2017). Primer psikiyatrik nedenlere bağlı acil başvurularının takip ve tedavi sürecinde sıklıkla hastanın eşlik eden fiziksel problemlerinin olması, hastanın yatışı kabul etmemesi ya da yatış için yeterli yatak sayısı olmaması gibi sorunlarla karşılaşmaktadır. 2017 yılı verilerine göre ülkemizdeki psikiyatri yatağı sayısı 7115, bir yıl içindeki toplam yatış sayısı ise 9,493,097'dir (4). Bu oranlar nedeniyle yatış gerektiren hastalar için yer bulunması zaman alabilmekte, acil servis şartları da psikiyatrik hasta takibi için uygun olmadığından zaman zaman sıkıntılar yaşanabilmektedir. Öte yandan acil servise psikiyatrik yakınmalarla başvuran hastaların bir kısmında da önde gelen belirti psikiyatrik bir semptom olmakla birlikte, altta yatan organik bir neden bulunması durumunda hastanın takip ve tedavi sürecinde sorunlar olmakta, psikiyatrik belirtiler diğer branşlardaki hekimler tarafından çoğu zaman baş edilmesi zor bir durum olarak görüldüğünden hastaların psikiyatri dışı bölümlere yatışı konusunda dirençler oluşabilmektedir. Bu sunumda acil serviste beklemek zorunda kalan psikiyatrik acillerin nedenleri ve olası çözüm önerilerinin tartışılması planlanmıştır.

### Kaynaklar:

1. Karlıdere T.(2007) Psikiyatrik aciller, Psikiyatri temel kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği s. 544-61
2. Şahingöz M, Kendirli K, Yılmaz E, Sönmez EÖ. (2014) Bir üniversite hastanesindeki psikiyatrik aciller. Selçuk Tıp Derg 30:153-4
3. Public Hospitals Statistics Report 2017. Accessed September, 05, 2023



## **Yataklı Servisi Olmayan Vakıf Üniversitesi Hastanelerinde Acil Psikiyatrik Hasta Yönetimi ve Sorunları** **Gonca Dokuz**

*Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı*

Psikiyatrik aciller, bireylerde oluşan duygu, düşünce ve davranış bozukluklarının kişinin kendisi veya çevresi için tolere edilemeyecek veya tehdit edici olduğu durumlarda acil psikiyatrik yardım gerektiren klinik tablolardır. Acil servis başvurularının yaklaşık %3-12'sini psikiyatrik bozukluklar oluşturmaktadır (Büyükbayram ve Engin 2018, Şahingöz ve ark 2014). Akut başlayan psikiyatrik hastalıklar, kronik ruhsal hastalıkların alevlenmesi, stresli yaşam olayları, psikiyatrik tabloların gözlemlendiği organik bozukluklar, psikiyatrik ilaçların yan etkileri ve toksikasyonları gibi durumlar başlıca acil psikiyatri başvuruları nedenleridir. Acil psikiyatrik durumların uygun fiziksel koşullarda, doğru bir şekilde değerlendirilmesi, risk faktörlerinin değerlendirilmesi, uygun müdahalenin hızlı ve etkin bir şekilde uygulanması, gerekirse sevk sistemlerinin devreye sokulması, hasta yakınlarının da psikososyal açıdan desteklenmesi gerekmektedir. Acil psikiyatrik durumlar, olası tıbbi durum, psikiyatrik hastalık ve psikososyal durumlar gibi birçok alanı değerlendirmeyi gerektirdiğinden oldukça karmaşıktır.

Acil psikiyatrik destek ihtiyacıyla başvuru arayışında olan hastalar, buldukları il ve ilçelerdeki devlet hastaneleri, devlete bağlı, vakıf veya özel üniversite hastaneleri, özel veya devlet psikiyatri dal hastanelerine başvurabilmektedir. Acil psikiyatrik hastalara yaklaşımla ilgili yapılması gereken, yukarıda tanımlanan temel ilkeler tüm kurumlarda benzerken, kurumların kendine özgü işleyiş farklılıkları nedeniyle hastaların yönetiminde farklılıklar bulunmaktadır. Acil servis tedavi ekibinin ve psikiyatristlerin yaklaşımlarının yanı sıra hastanelerin işleyişleri, sağlık sistemi ile ilgili prosedürler ve sevk işlemleri de kritik öneme sahiptir. Bütün bu süreçler, hastanenin şartları ve sağlık sistemindeki prosedürler doğrultusunda, hasta ve yakınlarının iş birliği ile hastanın yararına bir yaklaşım gerektirmektedir. Acil servislere başvuru oranlarının çok fazla olması nedeniyle sağlık çalışanlarının hastaların triajında zorluk çekmeleri, acil servis fiziksel koşullarının psikiyatrik hasta muayenesi açısından yeterince düzenlenmemesi, hastanelerde psikiyatri yataklı servislerinin kısıtlı olması, tıbbi hastalıkları olan acil psikiyatrik vakaların tedavisinin yürütülmesindeki zorluklar, sevk sistemlerindeki sorunlar nedeniyle sevk süreçlerinin uzaması Türkiye'de acil psikiyatrik hastaların yönetiminde görülen sorunlardan bazılarıdır.

Vakıf üniversitesi hastaneleri eğitim öğretim faaliyetlerinin de yürütüldüğü üniversite kimliğine sahip olup, özel hastaneler ve devlet hastaneleri ile bazı ortak özelliklere sahiptir; ancak kendine özgü farklılıkları mevcuttur. Bazı vakıf üniversiteleri yataklı psikiyatri servisine sahip değilken bazıları kısıtlı kapasite ile yataklı psikiyatri servisi hizmeti verebilmektedir. Vakıf üniversitesi hastanelerinde kapalı psikiyatri servisi bulunmamaktadır. Dolayısıyla kapalı servis ihtiyacına sahip hastalar olduğunda sevk zincirinde görülen aksaklıklar bu hastanelerde de görülen önemli problemlerdendir. Bunun yanı sıra vakıf üniversitesinde yatış hizmetleri başta olmak üzere sağlık hizmetlerinin bir kısmı ücretlidir. Bu durum, özellikle kronik psikiyatrik hastalığa sahip işlevselliği düşük hastaları ve ailelerini ekonomik açıdan zorlamaktadır. Bunların dışında yukarıda bahsedilen acil psikiyatrik hastalıkların yönetimindeki zorluklar vakıf üniversite hastanelerinde de gözlenmektedir. Özetle acil psikiyatrik hastaların yönetimi çok boyutludur ve sıklıkla karmaşıklıklar gözlenebilmektedir. Hastaların, hastanelerin ve psikiyatri kliniğinin şartları göz önüne alınarak değerlendirilmeleri gerekmektedir. Acil servisteki ve diğer birimlerdeki sağlık çalışanlarıyla, diğer hastanelerle ve hasta yakınları ile sağlıklı iş birlikleri hayati öneme sahiptir. Süreçteki problemlerin saptanması ve çözümüne yönelik gerekli düzenlemelerin yapılabilmesi, klinisyenlerin, gerekirse yasal düzenleyicilerin de dahil olduğu görüşmeler düzenlenmesi ile sağlanabilir.

### Kaynaklar:

Büyükbayram A, Engin E (2018). Acil psikiyatrik bakım ve ruh sağlığı triyajı. Psikiyatri Hemşireliği Derg, 9: 61-7.

Şahingöz M, Kendirli K, Yılmaz E ve ark. (2014). Bir üniversite hastanesindeki psikiyatrik aciller. Selçuk Tıp Derg, 30: 153-4.



**Bölgenin Sevk Kabul Edebilen Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanelerinde Sevk Edilen Hastanın Kabulü,  
Değerlendirilmesi ve Yaşanan Sorunlar**

**Merve Gümüşay Uğur**

*Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi*

Ülkemizde acil psikiyatrik hizmetler devlet hastaneleri, üniversite ve eğitim araştırma hastaneleri, özel dal psikiyatri hastaneleri ve ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinin acil servislerinde verilmektedir. Yatarak psikiyatrik tedavi hizmeti veren hastanelerin yatak kapasitesinin yaklaşık yarısı ruh sağlığı hastanelerinde bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı 2021 İstatistik Yıllığına göre 10 Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde toplam 3830 yatak bulunmaktadır (Türkiye İstatistik Yıllığı 2021). İstanbul Bakırköy, İstanbul Erenköy, Manisa, Bolu, Samsun, Adana, Elazığ, Trabzon Ataköy, Tokat Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri ile Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı Bursa Dörtçelik Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi bölge hastanesi olarak görev yapmaktadır. Bu hastaneler bölge illerinden sevk edilen hastalara ayaktan ve yatarak tedavi hizmetlerinin verildiği kurumlardır.

Acil psikiyatrik muayene; psikiyatrik değerlendirmeyi, belirtilerin psikiyatrik ve tıbbi ayırıcı tanısını, gerektiğinde tanıya yönelik olarak laboratuvar ve görüntüleme bulgularını değerlendirmeyi ve farmakoterapi, psikoterapi ve sosyal müdahaleleri içeren uygulamalardan oluşur. Acil psikiyatrik durumlar, şizofreni, psikotik bozukluk, bipolar bozukluk gibi kronik ruhsal hastalıklarda, psikiyatrik belirtilerin görüldüğü tıbbi rahatsızlıklarda, intoksikasyonlar, madde kullanımı, ilaç yan etkileri ve psikososyal stres bozuklukları sonrasında da görülmektedir (Kısa ve ark. 2001). Çok sayıda ile hizmet veren ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerine bölgeden sevkler; 112 ve gerektiğinde kolluk kuvveti eşliğinde gelen psikiyatrik yatış endikasyonu olan hastalar, zorunlu yatış kararı olan hastalar, yüksek güvenlikli adli psikiyatri servisi olmayan illerde gözlem kararı olan ceza sorumluluğu sorulan kişiler, koruma ve tedavi kararı olan hastalar ve sağlık kurulu değerlendirmesi için gelen hastalardan oluşmaktadır. Uzmanlık eğitimi veren ruh sağlığı hastanelerinde acil serviste psikiyatri uzmanı, asistan hekimler ve nöroloji uzmanı da bulunabilirken perifer ruh sağlığı hastanelerinde mesai saatleri dışında sadece nöbetçi psikiyatri hekimi hastanede bulunmakta, tüm servislerden ve acil servisten sorumlu olup sevklerin kabulünü yapmaktadır. Pek çok ruh sağlığı hastanesinde radyolojik görüntüleme hizmeti yeterli olmayıp, laboratuvarından mesai saatleri dışında sadece hemogram, biyokimya ve idrar madde tarama testleri bakılabilmektedir. Mevcut koşullar göz önüne alındığında ruh sağlığı hastanelerine sevklerde hastanın etkin ve bütüncül bir tedavi alması amacıyla hastanın ek tıbbi hastalığı olup olmaması sıklıkla sorgulanır ve gerektiğinde sevk öncesi tıbbi durumun değerlendirilmesi, tetkik ve tedavisinin yapılması istenerek kabulü yapılır. Sevk edilecek hastaya ve yakınına hangi hastaneye ve ne amaçla sevk edildiğinin uygun şekilde açıklanmaması, adli hastaların evraklarında eksiklikler olması ve çevreye ve kendine zarar verme riski olan hastaların gerekli güvenlik önlemleri alınmadan sevk, darp gibi durumlarda hastayı ilk gören hekimin adli rapor tanziminde eksiklikler acil psikiyatri servisinde hasta kabulünde karşılaştığımız problemlerimizdir (Korkmaz 2023).

1.T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021 (2023, Eylül 5). 27.09.2023'te <https://www.saglik.gov.tr/TR,95111/tc-saglik-bakanligi-saglik-istatistikleri-yilligi-2021-the-ministry-of-health-of-turkiye-health-statistics-yearbook-2021-yayimlanmistir.html> adresinden indirildi.

2. Kısa C, Aydın OD, Cebeci S ve ark. (2001) Acil Psikiyatrik başvuruların ve acil psikiyatrik hizmetlerin değerlendirilmesi. Yeni Symposium 39:174-80.

3.Korkmaz S (2023) Psikiyatrik Acillere Yaklaşım. Elazığ, Anadolu Nobel Tıp Kitapevleri, s. 390.





## Yataklı Servisi Olmayan İllerde Acil Psikiyatrik Hasta Yönetimi ve Sorunları

Muhammet Akbolat

Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Türkiye’de acil servis başvurularının oldukça sık olduğu bilinmektedir. 2021’de yaklaşık 130 milyon acil servis başvurusu olduğu, bu başvuruların toplam hastane başvurularının yaklaşık %48’ini oluşturduğu saptanmıştır (Beştemir ve Aydın 2022). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersizliği, sağlık politikalarının popülist yönü, bu sık başvuruyu ortaya çıkaran temel sebepler olarak düşünülebilir. Türkiye’de acil başvurulardaki psikiyatrik acil oranıyla ilgili elimizde net bir veri olmamakla birlikte dünyada psikiyatrik acillerin, acil servis başvurularının %6-25 arasında değişen oranlarda bölümünü kapsadığı görülmektedir (Sood ve McStay 2009).

Devlet hastaneleri ise bu sık hastane başvuruları açısından oldukça dezavantajlı bir konumdadır. Özellikle büyükşehirler dışındaki il ve ilçelerde herhangi bir sağlık problemi olduğunda başvurulabilecek yegane merkez olma işlevini üstlenen devlet hastaneleri, birçok alanda eksikliklere sahiptir. Psikiyatrik acil başvuruları da bu eksikliklerin görüldüğü alanlardandır. Genelde bir ya da birkaç psikiyatri uzmanının çalıştığı ve bu nedenle de oldukça yoğun bir iş yüküne sahip olan devlet hastanelerinde psikiyatrik acil başvurularının yönetimi de önemli bir sorun oluşturmaktadır. Acil servislere hastayla görüşme sağlanabilecek uygun ve sağlıklı bir ortamın yokluğu, acil servisteki psikiyatri hastalarının yönetimi konusundaki zorlukların ilk basamağıdır. Bu durum hastaların sağlıklı bir şekilde değerlendirilmesini engellemektedir. Acil servisteki bu uygun ortam eksikliği, acil servis ekibinin ‘psikiyatri hastasının acil servis ortamındaki mevcut düzeni bozabileceği’ ile ilgili söylemleri, sevk işlemi yapılacaksa bunun ‘hemen’ olması yönündeki baskılar, sürecin sağlıklı yönetilmesini engellemekte ve psikiyatri uzmanının üzerindeki baskıyı artırmaktadır. Hastanın sevk işlemine karar verildiğinde, bu kez de sevk zincirindeki sorunlar ortaya çıkmaktadır. Özellikle son dönemlerde bazı şehirlerde 112 komuta merkezlerinin çeşitli yönetmelikleri gerekçe göstererek psikiyatri hastalarına yer temin etmemesi, kimi zaman aynı anda hem poliklinik hem adli hasta yönetimi hem erişkin sağlık kurulu muayenesi hem diğer servislerden talep edilen konsültasyonlarla ilgilenmek durumunda kalan psikiyatri uzmanları için süreci bir kat daha zorlaştırmaktadır. Acil servisteki hastayı kabul eden bir merkez bulunduğu, bu kez de hastaya yolda refakat edecek kolluk kuvveti temin etmekle ilgili yeni bir süreç başlamaktadır. Tüm bu sorunlarla, hastaların acil servislere günlerce beklediği olmaktadır. Hatta bu bekleme süreleri sonunda kimi zaman hastalar acil servisi terk etmektedirler.

Tüm bu sorunlar, halihazırda iş yükü azımsanmayacak düzeyde olan devlet hastanesindeki psikiyatri uzmanının iş yükünü hem fiziksel hem zihinsel açıdan daha da artırmaktadır. Bu sorunların çözümü adına, öncelikle acil servislere psikiyatri hastalarının sağlıklı değerlendirilebilmesini sağlayacak görüşme odaları temin etmek önem arz etmektedir. İkinci olarak sevk işlemlerinin hızlanabilmesi adına illerdeki 112 Komuta birimleriyle iletişim sağlanması faydalı olabilir. Sevk süresini uzatan; kolluk kuvvetlerinin teminiyle ilgili, il ya da ilçe emniyet müdürlükleriyle, kırsal alanlarda jandarma komutanlıklarıyla irtibata geçmek ve bu konuyla ilgili adımlar atmak mevcut sorunları azaltabilir. Ek olarak uygun şartların sağlanması kaydıyla psikiyatri servislerinin sayısının artması da fayda sağlayabilir.

Kaynaklar:

Beştemir A, Aydın H (2022) Yıllık 300 milyon Hasta Muayenesi; Türkiye’de 2. ve 3.Basamak Kamu Sağlık Tesisleri Acil Servis ve Poliklinik Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Sakarya Med J 12: 496-502

Sood TR, McStay CM (2009) Evaluation of the psychiatric patient. Emerg Med Clin North Am 27: 669-83



## Geçiş Döneminde Yaşanan Güçlüklerin Erişkin Psikiyatri Polikliniklerindeki Yansımaları

M. İrem Yıldız

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Ruhsal hastalık tanısı olan çocukların çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetlerinden sonra erişkin ruh sağlığı hizmetlerine devamlılıkla ilgili "geçiş" süreci amaca yönelik, planlı, gençlerin gereksinimlerini bütüncül bir biçimde ele alan ve zamana yayılmış bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Ancak bu süreç ülkemizde ve dünyadaki birçok ülkede ruhsal tedavi ve bakım gereksinimleri devam eden gencin çocuk ve ergen kliniklerinden erişkin kliniklerine mekanik transferi biçiminde gerçekleştirilmektedir. Birçok ruhsal bozukluğun gelişimi ve kronikleşmesi için kırılmalı bir dönem olan ergenlikte, ergen odaklı bir ruh sağlığı hizmetinden erişkin odaklı bir ruh sağlığı hizmetine geçiş süreci ek bir güçlük yaratabilmektedir. Büyük ölçüde çocukluk döneminde tanı konan ve erişkin hayatta da devam eden 'Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu', 'Otizm Spektrum Bozukluğu', 'Mental Retardasyon' gibi nörogelişimsel bozukluklar konusunda bu güçlükler daha da belirginleşebilmektedir. Geçişin yaşa bağlı olarak hızlı ve keskin biçimde gerçekleşmesi birçok hastanın tedaviyi bırakmasına neden olmakta ve hastalıkları için olumsuz bir gidişatla sonuçlanabilmektedir. Sistematik bir geçiş sürecinin olmayışı, nörogelişimsel hastalıklarıyla ilgili tedavi ve bakım gereksinimi devam eden gençlerin erişkin ruh sağlığı hizmetlerine erişimlerini güçleştirmekte, kendilerinin ve ebeveynlerinin erişkin psikiyatri kliniklerindeki tedavi süreciyle ilgili olumsuz inanç ve yargıların pekişmesine neden olmaktadır. Hastalık belirtilerine yönelik olarak düzenlenen tıbbi ve psikososyal tedaviler ve ruhsal, bilişsel ve sosyal gereksinimlerle ilgili bakım ve destek sisteminde oluşan kesintiler hastaların ilaç tedavilerinde aksamalara neden olmakta, öğrenme güçlüklerine yönelik özel eğitim ve rehabilitasyon programlarının kesintiye uğramasına ya da tamamen ortadan kalkmasına yol açarak depresyon, yeme bozukluğu gibi eş ruhsal tanıların sıklığının da tepe noktasına ulaştığı bu kırılmalı yaşam dönemindeki gençlerin ruhsal, sosyal ve akademik açıdan işlevselliklerinde belirgin bozulmaya yol açabilmektedir.

Sistematik bir geçiş süreci yaşamayan ve çocuk ve ergen psikiyatri kliniklerinden ayrıldıktan sonra devam eden tedavi ve bakım gereksinimleri karşılanmayan adolesanların erişkin yaşamda depresyon, anksiyete, psikoz gibi ruhsal hastalıkların belirtileri için erişkin psikiyatri kliniklerine sıklıkla başvurabildiği, nörogelişimsel bozukluk tanılarıyla ilgili geçmiş ve/veya halen süren yakınmaları ve tedavi süreçleriyle ilgili yetersiz tıbbi öykü elde edilmesi nedeniyle kişinin gereksinimine özel tedavilerin düzenlenemediği ve tedavilerden yeterli fayda elde edemedikleri de ileri sürülmektedir. Bu sunumda nörogelişimsel hastalıkları olan kişilerin erişkin ruh sağlığı hizmetlerine uygun bir biçimde geçiş yapamamasının nörogelişimsel hastalıkların gidişi ve erişkinde görülen ek nöropsikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavi süreçleri üzerindeki olumsuz etkiler gözden geçirilecektir.

### Kaynaklar

1. Anderson, J. K., Newlove-Delgado, T., & Ford, T. J. (2022). Annual Research Review: A systematic review of mental health services for emerging adults -moulding a precipice into a smooth passage. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 63(4), 447–462.
2. Song, W., Salzer, M. S., Nonnemacher, S. L., & Shea, L. (2022). Lifespan service receipt and unmet needs among individuals on the autism spectrum. *Administration and policy in mental health*, 49(4), 694–705.
3. King, C., Merrick, H., & Le Couteur, A. (2020). How should we support young people with ASD and mental health problems as they navigate the transition to adult life including access to adult healthcare services. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29, e90.



## **Bir Üniversite Hastanesi Ruh Sağlığı Kliniklerinde Nörogelişimsel Bozukluklarda Geçiş Sürecinin Araştırılması**

**Melike Karaçam Doğan**

*Karadeniz Ereğli Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği*

Ergenlikten erişkinliğe geçiş sürecinin gelişimsel olarak zorlayıcı bir evre olduğu bilinmektedir, ruhsal bozuklukları olan ergenler ve aileleri için ise bu geçiş çok daha zor olabilmektedir (1,2).

Ergenlikte ve genç erişkinlikte gelişimsel basamaklar ve olgunlaşma hızları oldukça farklı olmaktadır; ancak yasal olarak erişkinliğe geçiş bu olgunlaşma hızına göre keskin ve hızlı gerçekleşmektedir. Bu geçiş süreci de birçok hastanın tedaviyi bırakmasına neden olmakta ve hastalıkları için olumsuz bir gidişatla sonuçlanabilmektedir. İngiltere’de yapılan bir çalışmada artık Erişkin Ruh Sağlığı Kliniğine başvurması gereken ergenlerin sadece %31’inin bunu yapabildiği gösterilmiştir (3).

Bu konuşmada Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Erişkin Ruh Sağlığı kliniklerinde yürütülmekte olan nörogelişimsel bozukluklarda geçiş sürecini anlamaya yönelik araştırmamızın ön bulguları sunulacaktır. Bu projenin ilk ayağında Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı bölümünde nörogelişimsel bozukluk tanısı ile uzun süre takip edilip, 18 yaş sonrası izlem için aynı hastanenin Erişkin Ruh Sağlığı bölümüne geçiş yapan ve yapmayan hastaların özelliklerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. İkinci adımda ise geçiş yapan ve yapamayan hastalara telefon yoluyla ulaşılarak bir anket yoluyla nicel, deneyimlerin derinleştirilmesi yoluyla nitel veriler derlenmiştir. Bu bağlamda uluslararası birçok çalışma mevcut olup, bildiğimiz kadarıyla ülkemizde bu alanda yapılan ilk araştırma bu projedir.

- (1) Karakuş Aydos ve ark. Nörogelişimsel Bozukluklarda Ruh Sağlığı Hizmetinde Çocukluktan Erişkinliğe Geçiş Süreci. 31. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi, 2022.
- (2) Fegert JM ve ark. Transition from adolescence to adulthood: The challenges to establish “transition psychiatry”. Transition. 2016.
- (3) Broad B. Improving the health of children and young people leaving care. Adoption & Fostering. 1999;23:40-48.



## Bilişsel Davranışçı Grup Psikoterapilerinde Zorlukları Aşmanın Yolları

Fatih Yiğman

Serbest Hekim, Ankara

Bilişsel Davranışçı Grup Terapileri (BDGT), son yıllarda ön plana çıkmakta olan terapi yöntemlerinden birisidir. Düşük maliyet, daha az sürede daha çok hastaya ulaşma ve terapist sayısının kısıtlı olduğu ülkelerde terapiye ulaşma imkanı sunması, BDGT'nin avantajlarından. Ayrıca diğer grup terapilerinde olduğu gibi, hastanın tek olmadığı gerçeğini fark etmesi, kendine odaklanmasının azalması, rol model alma gibi avantajları da bünyesinde barındırır.

Çalışmalar BDGT ile bireysel BDT arasında benzer sonuçlar bildirmektedir (Bieling ve ark. 2022). Son dönemde hızlı protokollerin de sayısı artmaktadır. Bu protokoller 1 hastanın tedavi zamanında ortalama 16 hastanın tedavisinin tamamlanmasına imkan sağlar (Yiğman ve ark. 2021). Buna karşın hastalar genellikle bireysel terapiyi tercih eder. Yapılan bir çalışmada, erkeklerin %91'i ve kadınların %77'si grup yerine bireysel terapiyi tercih ettikleri bildirilmiştir (Sierra Hernandez ve ark. 2014). Ancak genellikle grup terapisini tecrübe eden katılımcılar, olumlu geribildirimler sunarlar.

Terapistler açısından da aşına olmadıkları bu yönetime kıyasla bireysel terapi tercihi ön plandadır. BDGT uygulamalarında yaşanan zorlukların anlaşılması ve olası çözümlerin değerlendirilmesi bu nedenle önemlidir. Terapistlerin BDT ve grup terapisi uygulamalarında yetkin olması en önemli gerekliliktir. Grup protokolü hazırlanırken detaylı bir planlama yapılmalı ve katılımcılar uygun şekilde seçilmelidir.

Grubun ilk oturumunda grup kurallarının belirlenmesi ve süreçle ilgili olarak gizlilik ve etik ilkeler ilk oturumda katılımcılara bildirilmelidir. Grup terapileri boyunca katılımcıların uygun şekilde yönetilmesi gerekir. Hiç konuşmayan/çok konuşan, grup dinamiklerine uygun hareket etmeyen katılımcılar süreçte uygun şekilde yönetilmezse, grubun diğer üyeleri de bu süreçten olumsuz etkilenir.

Bir diğer önemli gereklilik ölçme ve değerlendirme testlerinin kullanılmasıdır. Grup süreci başlamadan önce, hangi aralıklarla hangi değerlendirme araçlarının kullanılacağı belirlenmesi, sürecin nasıl gittiğini anlama fırsatı yaratır. Son olarak, son yıllarda gündeme gelen güçlendirme seanslarının yapılıp yapılmayacağı, yapılacaksa ne sıklıkta yapılacağı da planlanmalıdır.

Özetle BDGT, zaman, maliyet ve diğer bütün ek avantajlarıyla birlikte, önemli bir tedavi seçeneği olarak ortaya çıkmaktadır.

### Referanslar

- Bieling, Peter J, Randi E McCabe, and Martin M Antony. 2022. *Cognitive-behavioral therapy in groups* (Guilford publications).
- Sierra Hernandez, Carlos A, John L Oliffe, Anthony S Joyce, Ingrid Söchting, and John S Ogradniczuk. 2014. 'Treatment preferences among men attending outpatient psychiatric services', *Journal of Mental Health*, 23: 83-87.
- Yiğman, Fatih, Canan Efe, Esengül Ekici, and Kadir Özdel. 2021. 'The Effects of the Five-Session Cognitive Behavior Group Therapy for Panic Disorders: Ultra-Brief Treatment', *International Journal of Cognitive Therapy*. 1-14.



## **Çocuklarda Bilişsel Davranışçı Psikoterapi Uygulamaları: "Benimle Oynar mısınız?"**

**Hakan Ögütü**

*Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara*

Çocuk ve ergenler için psikiyatrik rahatsızlıkların çoğu, bilişsel, duygusal ve davranışsal alanlar başta olmak üzere her alanda tüketici ve zorlayıcıdır. Sorunun yapısına ve karmaşıklığına bağlı olarak, çocuğa yardımcı olacak uygun stratejinin geliştirilmesi gerekmektedir. Bunların başında psikoterapi, özellikle bilişsel davranışçı terapi (BDT) yer almaktadır. Çocuklarla çalışan terapistler, çocuğun dil ve bilişsel gelişimine uyum sağlamak adına BDT'nin plan ve stratejilerini sunmada yaratıcı ve esnek olmalıdır. Terapiyi somutlaştırmak adına farklı türde sözel olmayan metot ve materyaller kullanılmalıdır. Terapist her durumda, çocuk merkezli BDT'nin çocuğun psikososyal gelişim derecesine göre ayarlanmasını hedeflemelidir. Bu sunumda, çocuklarda bilişsel davranışçı psikoterapi uygulamalarına değinilmiştir.

Bilişsel davranışçı terapi kavramıyla giriş yapılmıştır. Ardından bilişsel davranışçı terapinin çocuk ve ergenlerdeki etkinliği, uygulama alanları, genel olarak nasıl uygulandığı ve uygulamanın uygun olmadığı alanlar belirtilmiştir. Buna ek olarak ebeveyn katılımının bilişsel davranışçı terapiye etkisi tartışılmıştır. Devamında ise çocuk ve ergenlerde BDT uygulamaları için terapistin alet çantasına değinilerek çocuk ve ergenlere özgü uygulanabilecek bazı stratejilerden bahsedilmiştir. Çocuk ve ergen BDT stratejilerinden bazıları yetişkinlerde kullanılan stratejilere de benzer, ancak görsel yardımlar, eğlenceli aktiviteler ve yaşa uygun metaforlar, kavramların çocuk ve ergenler için erişilebilir olmasına yardımcı olur. Bunlar; problem çözme, duygu eğitimi, bilişsel değişim, modelleme ve rol oynama, davranışsal olumsuzluklar, maruz bırakma ve rahatlama gibi stratejilerdir. Diğer kısımda ise obsesif kompulsif bozukluk tanılı bir ergen olgu üzerinden çocuk ve ergenlerdeki BDT uygulaması örneği, uygulama stratejileriyle birlikte sunulmuştur.

Sonuç olarak, çocuk ve ergenlerde BDT uygulamaları dünyada son dönemde oldukça artan kanıta dayalı yapısıyla büyük önem kazanmaktadır. Ülkemizde de çocuk ve ergenlerde BDT uygulamalarının giderek yaygınlaştırılması gerektiği düşünülmektedir.

### **Kaynakça**

1. Kendall, P. C., & Hedtke, K. A. (2006). Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual (3rd ed.). Ardmore, PA: Workbook Publishing.
2. Weisz, J. R., McCarty, C. A., & Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132(1), 132-149.
4. Chorpita, B. F., & Weisz, J. R. (2009). Modular approach to therapy for children with anxiety, depression, trauma, or conduct problems (MATCH-ADTC). PracticeWise, LLC.



## Bilişsel Davranışçı Terapi ve Sanal Gerçeklik Uygulamaları Serhat Yüksel

Doğuş Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, İstanbul

Sanal gerçeklik (SG), bilgisayar tarafından oluşturulan üç boyutlu ortamda farklı gerçek yaşam durumlarının benzetimine (simülasyon) ve kullanıcının bu benzetim ortamıyla etkileşimine olanak sağlayan bir teknolojidir. SG, kullanıcının gerçek dünyadaki varlıklarla bir aradaymış yanılmasına kapıldığı bir durum sağladığından, birçok psikiyatrik bozukluğun tedavisinde özellikle üstüne gitme (ÜG) veya ÜG'yi yaklaşımlarda kullanılmaya potansiyeline dikkat çekilen bir ortamdır (1).

SG'nin iki anahtar kavramı *sürüklenme/sürükleyicilik (immersion/immersiveness)* ve *oradalıktır (presence)*.

*Sürüklenme/sürükleyicilik*, bir SG sisteminin (donanım) ve uygulamasının (yazılım), uyarıları kullanıcının duyum reseptörlerine ne düzeyde yansıtılabildiğinin nesnel derecesidir. Bu derecelendirmede; kapsayıcılık/yaygınlık (extensiveness), uyumluluk/eşleşme (matching), çevrillik (surroundedness), canlılık (vividness), etkileşimlilik (interactability) ve olay örgüsü (plot) gibi belli bileşenler vardır (2).

*Oradalık (Presence)*, kısaca, fiziksel olarak bir mekanda bulunulmasına karşın o mekandan farklı bir mekanda olma hissidir. *Oradalık*, içsel bir psikolojik durum ve visseral iletişimin (otomatik duyguların ve primal davranışların dili) bir biçimidir (3).

ÜG'nin sahnenin nerede kurulduğuna ve hedeflenen içsel veya dışsal sahneye göre ele alınan çeşitli türleri vardır: (i) "gerçek yaşam" uyarıları veya durumları ile karşılaşılan *in vivo ÜG* (imajinal eklemeler yapılabilir), (ii) sıkıntı veren imgelerin, anıların veya intrüziv düşüncelerin üstüne gidilen *imajinal ÜG* (implosyon [korkulan durumun başka bileşenleri] eklenebilir), (iii) teknoloji kullanımı ile kolaylaştırılmış benzetim (simülasyon) yoluyla korkulan uyarı veya durumla ilişki kurulan *SGÜG (in virtuo ÜG)* ve (iv) korku ve kaygı deneyimi ile ilişkili korkulan beden duyumlarını tetikleyen bir aktivitede bulunan danışanda *interoseptif ÜG* (4).

Sanal gerçeklik ortamında üstüne gitme temelli BDT (SGÜG-BDT), çeşitli avantajları ile birlikte konvansiyonel (regular) BDT'ye alternatif olan bir yaklaşımdır. Sanal ortamda terapist tarafından kontrol edilebilen, güvenli, hızlı ulaşılabilen uygun durumlar sağlaması; bireyin gereksinimlerine göre bir sonraki aşamaya geçmeden gerektiği kadar tekrarlanabilmesi, ÜG'nin etkilerinden sorumlu karmaşık süreçleri kolaylaştırması SGÜG-BDT'nin avantajları arasında sayılabilir. SGÜG, belirtiye özgü olmayıp (trans-semptomatik) terapinin davranışsal bileşenini güçlendirebilir. Bu bağlamda SGÜG, tedavinin bireyselleştirilmesine ve böylece her bir durumda istenen uyarılma düzeyine ulaşılmasına olanak sağlar. SGÜG-BDT ile elde edilen ilerlemenin 'gerçek yaşam durumları için geliştirilip geliştirilemeyeceği' sorusu önemlidir. Davranışsal laboratuvar testleri ve gerçek yaşamdaki davranışsal etkinlik kayıtlarından elde edilen ölçümleri kullanılarak SGÜG-BDT tedavisinin gerçek yaşam durumlarına iyi bir şekilde geliştirilebildiği gösterilmiştir (5).

SGÜG'nin çok sayıda psikiyatrik bozukluktaki etkinliği gösterilmiştir ve SGÜG uygulamalarının klinik kullanımdaki yeri, maliyet-etkin bir yöntem olması nedeniyle giderek artmakta ve önem kazanmaktadır. SGÜG'nin avantajları; oluşturulmak istenen durumla ilgili öngörülemez olayların gerçekleşmesine izin verilmemesi ve özgül bir üstüne gitme egzersizinin gerektiği kadar tekrar edilebilmesi bağlamında terapistin kontrolünün olması, ulaşılması güç veya bazen olanaksız olan uyarılara ve mekanlara (uçak vb.) ÜG'ye olanak sağlaması sayılabilir (6, 7, 8).



#### KAYNAKLAR

1. Kim S, Kim E. The Use of Virtual Reality in Psychiatry: A Review. *Soa Chongsonyon Chongsin Uihak*. 2020;32(1):26-32.
2. Slater M, Wilbur S. Framework for Immersive Virtual Environments (FIVE): Speculation on the Role of Presence in Virtual Environments. *Presence: Teleoperators and Virtual Environments*. 1997;6(6):45.
3. Jerald J. *The VR Book: Human-Centered Design for Vitual Reality*. 1st ed. New York: Morgan & Claypool; 2016.
4. Wenzel A. *Handbook of cognitive behavioral therapy: overview and approaches*. Wenzel A, editor. Washington, DC: American Psychological Association; 2021.
5. Morina N, Ijntema H, Meyerbroker K, Emmelkamp PM. Can virtual reality exposure therapy gains be generalized to real-life? A meta-analysis of studies applying behavioral assessments. *Behav Res Ther*. 2015;74:18-24.
6. Krijn M, Emmelkamp PM, Olafsson RP, Biemond R. Virtual reality exposure therapy of anxiety disorders: a review. *Clin Psychol Rev*. 2004;24(3):259-81.
7. Gregg L, Tarrrier N. Virtual reality in mental health : a review of the literature. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42(5):343-54.
8. Meyerbroker K, Emmelkamp PM. Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: a systematic review of process-and-outcome studies. *Depress Anxiety*. 2010;27(10):933-44.



## Kötülük ve Bağışlama Kavramları Üzerine

İshak Saygılı

İstanbul Psikoterapi Okulu

Freud, insanın karşılaştığı kayıplar karşısında nasıl ayakta kaldığı ile yakından ilgilidir. İnsanlığın uygarlaşma uğraşını bir anlamda onun kendi sınırsızlığına karşı giriştiği bir mücadele olarak görür. "Savaş ve Ölüm Zamanları Üzerine Düşünceler (1915)" metninde savaş karşısında düştüğü dehşeti özetler. Onu şaşırtan, çıldırtan şey, insanlığın kültürel sahada inşa ettiği tüm soyut ve somut değerlerine karşı sergileyebildiği, gözü kara yıkıcılığıdır. Ne var ki, tarih içerisinde yıkım ve savaş daima tekrar etmiş unsurlardır ve bunun ötesinde ölüm yaşamın daimî parçasıdır. Dünya üzerindeki her şey geçicidir; canlılık, güzellik, coşku, ölüme solmaya yazgılıdır ve bu katı yazgı karşısında insan çaresizlik, direnme, inkâr gibi pek çok farklı tutuma sürüklenecektir. Böyle durumlarda, kayıp karşısında nasıl bir tutum alınacağı, yani *yas kapasitesi* Freud'a göre hem yaşam olanın kıymetlendirilebilmesi için hem de o kişinin ruhsal olgunluk düzeyini göstermesi açısından hayati önemdedir. Yas yalnızca bireysel bir kapasite olarak da ele alınamaz. Çevresel etmenler de yas süreçlerini olumlu ya da olumsuz anlamda etkilemektedir. Yasın sürebilmesi için kayba uğrayanın ya da travma mağdurunun desteklenmesi gerekir. Ne olduğu, süreçle nasıl başa çıkıldığı ve gelecek tasarısının oluşabilmesi için iyileşme uğraşı içinde olan kişideki "bağışlama/affetme" işi kritik bir yerde durmaktadır. Bu yüzden kötülük, iyilik gibi kavramlar da iyileşme süreçlerinin parçası olurlar. Dana amir bağışlama işinin nesne ve kendiliğin karşılıklı durumu ile salındığı seviyelerden söz eder. Esasında bağışlama işini yapabilen kendiliğin iç dünyasında bir dönüşüm gerçekleştirdiği pek çok kez söylenir. Ama bu pek kolay bir iş değildir hatta olası görülmeyebilir. Çoğu kez failin kurbanın çektiği acıya duyarsızlığı kurbanın da failden hesap sorma ya da failin saldırgan tarafı ile özdeşleşmesi ile sonuçlanan bir işleyişe neden olacaktır. Bağışlayamama bir bakıma faili ve kurbanı, özneyi ve nesneyi aynı sahnede donduracak, ruhsal özgürleşmenin önünde bir engel olarak kalacaktır. Kefaret, özür gibi kavramlar bağışlamayı tetikleyebilse de bu salınımında halen özne ve nesne birbirlerine bağlı bulunmaktadır. Bu noktada "radikal bağışlama" olarak adlandırılan, dışsal koşullar izin vermese de öznenin bu donuk sahnenin dışına, kendi içsel potansiyelleri aracılığı ile atacağı adımlar oldukça önemli görünmektedir.

### Kaynaklar:

Freud, S. (1915). *Savaş ve Ölüm Zamanları Üzerine Düşünceler*. çev. S. Emrem. 2023, İstanbul, Can Yayınları

Freud S (1930) Uygarlık ve Hoşnutsuzlukları. *Uygarlık Toplum ve Din* içinde, Çev. E. Kapkın, Payel, İstanbul, 2004.  
Amir D (2023) From Actual Evil to Possible Forgiveness: Three Positions on the Axes of Self and Other. *Psychoanalytic Perspectives*. 20:125-145





## Travmalar Ülkesinde Bir Halk Sağlığı Sorunu Olarak Kompleks TSSB Cansu Ünsal

Silifke Devlet Hastanesi

Kompleks travma sonrası stres bozukluğu (KTSSB), erken yaşlardan itibaren tekrarlayan çeşitli travmatik yaşantılara maruziyetin sonucunda gelişen ve uzun vadede hem travma maruziyeti riskini hem de travmaya verilen tepkilerin artmasına neden olan bir klinik tablodur. Özellikle çocuklukta maruz kalınan travmatik deneyimlerin, ilerleyen yaşlarda fizyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimi olumsuz yönde etkileyerek madde kullanımı, self mutilatif eylemler ve şiddet davranışının yanı sıra KTSSB gelişme riskini artırabileceği bilinmektedir. Aynı zamanda KTSSB'nin aile içi ilişkilerin bozulmasına, çocuklarda travma sonrası stresle başa çıkma becerilerinin etkilenmesine, toplumda artan şiddet ve suç oranlarına katkıda bulunabileceği söylenebilir.

Tarihi boyunca ülkemiz insanlarının travmatik stres ile farklı zaman ve biçimlerde karşılaştığı bilinmektedir. Ülkemizde halen bazı kesimler tarafından normalleştirilen istismar davranışı, yaşam süresinin uzaması ile birlikte görülen kronik hastalıkların artışı, politik nedenler ve coğrafi konum nedeniyle karşılaşılan savaş ortamları ve sonucunda oluşan göç dalgası, yakın dönemde meydana gelen ve büyük kayıplar yaşatan deprem, yangın ve sel gibi doğal afetler, değişen sosyoekonomik ve kültürel yapının etkisiyle birlikte travmatik yaşantıların tekrarlayan şekilde görülmesine neden olmaktadır.

Halk sağlığı bakış açısından bir hastalık durumu için önlem alınması gerekliliğini gösteren koşullar; hastalığın yaygın olarak görülmesi, işlevsellikte azalmaya neden olarak ekonomik kayıplara yol açması ve hastalığın önlenemez olmasıdır. Bu bağlamda travma sonrası stres bozukluğu gibi sık görülen ve işlevsellikte azalmaya neden olan KTSSB, bireylerin fiziksel ve ruhsal problemleri nedeniyle sağlık hizmetlerine sıklıkla başvurmasına neden olarak sağlık sistemi üzerinde de bir yük oluşturmakta ve kaynakların daha fazla kullanılmasına sebep olmaktadır. Bu nedenle özellikle sağlık personellerine ve öğretmenlere verilecek eğitim ve farkındalık çalışmaları, KTSSB'nin erken teşhisini ve psikososyal destek gibi uygun müdahaleleri sağlayarak hem bireysel hem de toplumsal olumsuz etkileri azaltabilecektir. ICD-11 ile birlikte literatüre yeni bir tanı kategorisi olarak giren KTSSB ile ilgili toplumsal verilerin toplanması ve ileri araştırmalar yapılması, uzun vadeli olan bu sorunun boyutu ile etkilerini anlamak ve uygun adımların atılmasını sağlamak için önemli olacaktır. Bu konuşmada sık görülen kompleks travma sonrası stres bozukluğu bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınacak, dünyada ve ülkemizde yapılan güncel çalışmalar gözden geçirilecektir.

### Kaynakça

1. Sar, V. (2011). Developmental trauma, complex PTSD, and the current proposal of DSM-5. *European Journal of Psychotraumatology*, 2(1), 5622.
2. Sara, G., & Lappin, J. (2017). Childhood trauma: psychiatry's greatest public health challenge?. *The Lancet Public Health*, 2(7), e300-e301.
3. Watson, P. (2019). PTSD as a public mental health priority. *Current Psychiatry Reports*, 21, 1-12.



## **Kompleks Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Uyku-Sirkadiyen Ritim Sorunları ve Somatik Belirtiler**

**Emine Yavuz Ataşlar**

*Etilik Şehir Hastanesi*

Kompleks Travma Sonrası Stres Bozukluğu (K-TSSB), son yıllarda yapılan bilimsel ve klinik tartışmaların ardından bağımsız bir tanı olarak ICD-11'e dahil edilmiştir. K-TSSB, kaçmanın zor veya imkansız olduğu tehditkar veya korkunç olaylara maruz kalan bireylerde gelişebilen ve genellikle uzun süren veya tekrarlayan travmatik deneyimlerle ilişkilidir. K-TSSB, TSSB'nin tüm tanı kriterlerini içerirken, bu üç semptom grubuna ek olarak duygusal düzensizlik, olumsuz özsaygı ve ilişkilerde bozukluklar içerir. K-TSSB, uyku ve sirkadiyen ritim sorunları, somatik belirtiler gibi çeşitli semptomlarla ilişkilendirilebilir.

Uyku sorunları, travmatik deneyimler sonrasında sıkça görülen bir durumdur. Prospektif uzun vadeli çalışmalar, uyku sorunlarının travma sonrası stres belirtilerini artırdığını göstermektedir. Ancak, uyku sorunlarının ICD-11 K-TSSB semptomlarıyla nasıl ilişkilendiğine dair sınırlı veri bulunmaktadır. Stres sistemi ve sirkadiyen sistem arasında sıkı ve iki yönlü bir ilişki vardır. Stresle ilişkilendirilen uyku ve sirkadiyen düzensizliklerin patofizyolojik mekanizmalarının, travma ve ilişkili bozuklukların temelinde büyük bir rol oynayabileceği öne sürülmüştür (Agorastos, 2019). Araştırmalar, K-TSSB semptomlarının somatik belirtilerle ilişkilenebileceğini ve kendilik düzenleme bozuklukları ile travma maruziyeti arasında aracılık rolü oynayabileceğini göstermektedir (Morina, 2015).

ICD-11 ile birlikte yeni bir tanı kategorisi olarak kabul edilen K-TSSB, ileri araştırmalar yapılması gereken bir alandır. K-TSSB semptomları, somatik belirtiler ve uyku sorunları arasındaki karmaşık ilişki tam anlamıyla anlaşılmamıştır. Bu konuşmada, K-TSSB'nin tanımı ve semptomları ele alınacak, uyku ve sirkadiyen ritim bozuklukları ile somatik belirtilerle ilişkisi gözden geçirilecektir.

### **Kaynaklar:**

- Agorastos, A., Pervanidou, P., Chrousos, G. P., & Baker, D. G. (2019). Developmental Trajectories of Early Life Stress and Trauma: A Narrative Review on Neurobiological Aspects Beyond Stress System Dysregulation. *Frontiers in psychiatry*, 10, 118. doi:10.3389/fpsy.2019.00118
- Bondjers, K., Hyland, P., Roberts, N. P., et al. (2019). A longitudinal assessment of the impact of event centrality on posttraumatic stress disorder and depression symptoms in survivors of intimate partner violence. *Journal of Traumatic Stress*, 32(2), 254-262. doi:10.1002/jts.22367
- Morina, N., van Emmerik, A. A., Andrews, B., et al. (2015). Meta-analysis of the association between psychotrauma and somatic symptoms. *Journal of Clinical Psychiatry*, 76(4), 2-11. doi:10.4088/JCP.14r09179



## Kompleks TSSB'nin Tarihçesi ve Kliniği

Esra Yalım

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Ruhsal travma, kişinin maruz kaldığı stres verici bir olay ile ruhsal olarak baş etme kapasitesi arasındaki yaşamsal bir dengesizliktir. Travmanın ruhsal etkileri ilk olarak 2. Dünya Savaşı sonrasında gözlenmekle birlikte, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanısının DSM-III'e girmesi 1970'li yıllarda Vietnam gazileri ile yapılan çalışmalarla olmuştur. DSM-5'te travma 'doğrudan örseleyici olay yaşama, başkalarının başına gelen örseleyici olaylara tanıklık etme, bir yakınının başına örseleyici olay geldiğini öğrenme, örseleyici olayın sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde veya aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma' şeklinde tanımlanmıştır. DSM-5 ile birlikte, TSSB anksiyete bozuklukları başlığından çıkarılarak Travma ve Stresörlerle İlişkili Bozukluklar başlığı altına alınmıştır (Çoban ve Gündoğmuş 2019). Kompleks travma sonrası stres bozukluğu (KTSSB) tanımı ise ilk olarak Judith Herman (1992) tarafından önerilmiş bir tanı olup süreç boyunca DSM dizgesinde kendisine yer bulamamıştır. Sınıflandırma dizgelerinden biri olan ICD-11'de yer alan KTSSB yeni bir tanı olarak gündeme gelmiştir. KTSSB'nin sürekli, tekrarlanan veya çoklu travmatik maruziyet biçimleriyle (örneğin soykırım kampanyaları, çocuklukta cinsel istismar, çocuk askerliği, ciddi aile içi şiddet, işkence veya kölelik) ilişkili olduğu ileri sürülmektedir. Yapılan araştırmalar çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü, travmayla ilişkili olumsuz bilişler, stres intoleransı ve işsizlik gibi faktörlerin KTSSB riskini artırdığı bulunmuştur. Ayrıca KTSSB, depresyon, anksiyete, borderline kişilik bozukluğu ve intihar açısından TSSB'ye göre daha risklidir (Karatzias ve ark. 2019). Genel olarak, KTSSB daha şiddetli ve zarar verici bir bozukluk olarak önerilmekte ve uzun süreli travma biçimlerinin bir sonucu olma olasılığı daha yüksek görünmektedir. Gelişim ve bağlanma literatüründen elde edilen kanıtlar, çocukluk döneminde yaşanan kronik travma biçimlerinin, özellikle de bakıcılar tarafından gerçekleştirilen cinsel ve fiziksel istismarın, sosyo-emosyonel yeterliliklerin sağlıklı gelişim ve tutarlı ve olumlu bir benlik algısı üzerindeki önemli olumsuz etkileri nedeniyle yaşamın ilerleyen dönemlerinde istenmeyen sonuçlar için güçlü risk faktörleri olabileceğini göstermektedir (Cloitre ve ark. 2019). Görece yeni bir tanı olan KTSSB'nin bilinirliğinin artması, risk faktörlerinin incelenmesi ayırıcı tanı ve tedavi süreçleri açısından önemlidir. Bu sunumda KTSSB'nin tarihsel gelişimi ve kliniğine ilişkin literatür gözden geçirilecektir.

### KAYNAKLAR

- 1) Çoban DA, Gündoğmuş İ (2019). Travma sonrası stres bozukluğu belirti profilinin cinsel ve cinsel olmayan travma tiplerine göre karşılaştırılması. Anadolu psikiyatri dergisi, 20(5), 470-476. <https://doi.org/10.5455/apd.21884>.
- 2) Karatzias T, Hyland P, Bradley A, Cloitre M, Roberts NP, Bisson JI, Shevlin M (2019). Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: Findings from a trauma-exposed population based sample of adults in the United Kingdom. *Depress Anxiety*. 36(9):887-894. doi: 10.1002/da.22934. PMID: 31268218.
- 3) Cloitre M, Hyland P, Bisson JI, Brewin CR, Roberts NP, Karatzias T, Shevlin M (2019). ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in the United States: A Population-Based Study. *J Trauma Stress*. 2019 Dec;32(6):833-842. doi: 10.1002/jts.22454. PMID: 31800131.



## Kompleks Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanısı ve Tedavi Farklılıkları İbrahim Gündoğmuş

Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

ICD-11'de tanımlanan Kompleks Travma Sonrası Stres Bozukluğu (K-TSSB), son yıllarda ruh sağlığı alanında yer almaya başlamış yeni bir terimdir. Bu bozukluk semptomatoloji, etiyoloji ve tedavi yaklaşımları açısından Travma Sonrası Stres Bozukluğundan (TSSB) ayrılan bir durumu tanımlamaktadır. Çalışmalar sonucunda tek bir olay ya da travmatik olaylar sonucu oluşan TSSB tanısının aksine K-TSSB'nin, çocukluk döneminde başlayan kronik ve uzamış travmatik yaşantılar nedeniyle ortaya çıktığı ileri sürülmüştür. Bu nedenle gelişimleri süresince daha uzun süre ve farklı tipte travmatik yaşam olayları geçirmiş kişilerin KTSSB riskinin TSSB'ye kıyasla daha fazla olacağı öngörülmektedir. Bununla birlikte KTSSB'de daha fazla depresyon, anksiyete, kişilik bozukluğu ve intihar riski olduğu belirlenmiştir.

K-TSSB'nin TSSB'den ayrılan bazı özellikleri bulunmaktadır. Bu temel özellikler arasında; ilk olarak kronik ve uzun süreli travma maruziyeti bulunmaktadır. Genellikle kişilerarası ilişkiler ile bağlantılı olan, kronik ve uzun süreli travmatik deneyimler dikkat çekmektedir. Bununla birlikte K-TSSB tanısının konulması için yeniden yaşantılaşma, kaçınma ve aşırı uyarılmışlık şeklindeki TSSB belirtilerine ek olarak, olumsuz özsaygı, duygu düzenleme bozuklukları, kişilerarası ilişkilerde bozukluk ve yaygın bir utanç veya suçluluk duyguları gibi bir dizi belirtinin de olması gerektiği öne sürülmüştür.

K-TSSB tanısındaki temel sorunlardan biri, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Kılavuzu Beşinci Baskı (DSM-5)'nda yer almamasıdır. Bu durum, travma ilişkili araştırmaların yapılmasına ve belirti gösteren bireylere yönelik ortak klinik değerlendirmelerin tamamlanmasına engel oluşturmaktadır. K-TSSB'de sınırdaki kişilik bozukluğu ve dissosiyatif kimlik bozukluğu dahil olmak üzere çeşitli psikiyatrik durumlarla örtüşen özelliklerin fazla olması tanı koyma sürecinin zorlaşmasına neden olmaktadır.

K-TSSB'de tedavi süreci, çeşitli terapötik müdahalelerin birlikteliğini içermektedir. Bu müdahaleler stabilizasyon sağlama ve güvenlik oluşturma, travmaya yönelik etkisi kanıtlanmış psikoterapi yöntemleri, bireysel bağlanma stilleri ve ilişkilerin ele alınması şeklindeki tamamlayıcı ve bütünsel yaklaşımlardır. Buna ek olarak belirtilere yönelik uygun farmakolojik müdahalelerin yapılması ve komorbiditelerin değerlendirilmesi tedavinin önemli parçalarıdır.

Sonuç olarak K-TSSB olan bireylerde görülen belirti çeşitliliği, tanı kriterlerinin geliştirilmesinde, klinik izlemlerin yapılması ve tedavi yöntemlerinin uygulanmasında ruh sağlığı profesyonellerinin zorluk yaşamamasına neden olmaktadır. Bu nedenle bu bozukluğa ilişkin farkındalığın artması, uygun tanılama sistemlerinin klinik pratiğe adaptasyonunda, yaşam boyu uzun süreli ve tekrarlayıcı olumsuz deneyimler yaşamış bireylerin erken dönemde tanınması ve etkin müdahalelerin geliştirilmesinde önemli olacaktır. Bu konuşmada Kompleks Travma Sonrası Stres Bozukluğu'na ilişkin tanılama süreci ve tedavi farklılıkları ile travmatik yaşantıları olan bireylerin gereksinimlerine yönelik araştırmaların ve uygulamadaki yeniliklerin önemi ele alınacaktır.

### Kaynaklar

1. Karatzias, T., Hyland, P., Bradley, A., Cloitre, M., Roberts, N. P., Bisson, J. I., & Shevlin, M. (2019). Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: Findings from a trauma-exposed population based sample of adults in the United Kingdom. *Depression and anxiety*, 36(9), 887-894.
2. Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T., & Shevlin, M. (2019). ICD-11 posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in the United States: A population-based study. *Journal of traumatic stress*, 32(6), 833-842.
3. Gündoğmuş, İ., Ünsal, C., Alma, L., & Par, A. (2023). Psychometric Properties of The Turkish Version of The International Trauma Questionnaire. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 1-19.



## Transgender Sağlığı ve Karar Verme Süreçlerine Etik Yaklaşım

Diğdem Göverti

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi

Transgender, Amerikan Psikoloji Derneği (APA; American Psychological Association) tarafından cinsiyet kimliği, toplumsal cinsiyetin dışı vurumu veya davranışları bakımından tipik olarak doğumsal cinsiyeti (doğumda atanan cinsiyeti) ile uyumlu olmayan kişiler için kullanılan kapsayıcı bir şemsiye terim olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde daha çok 'trans' olarak anılan 'transgender' terimi transseksüel, genderqueer, gender varyant gibi çeşitli cinsiyet kimliği tanımlarını içeren ve/veya vücutlarını cinsiyet kimliklerine uyumlu hale getirmek için hormonal ve cerrahi tedaviler almış veya almakta olan kişileri kapsayan geniş bir terim olarak bilinmektedir.

DSM 5'te, cinsiyet kimliğiyle ilgili değişkenlik dikkate alınarak, cinsiyet kimliğinin bedensel cinsiyet ile örtüşmemesinin farklı derecelerini de içerecek bir şemsiye terim olarak yaygın şekilde kullanılan trans kavramına karşılık gelecek şekilde 'cinsiyetinden hoşnutsuzluk' tanı kategorisi tanımlanmıştır. Bu tanımda kişinin doğduğundaki atanan cinsiyeti, birincil ve ikincil cinsiyet özellikleri ve cinsiyet rolüyle cinsiyet kimliği arasında örtüşmeme, uyumsuzluk nedeniyle yaşadığı sıkıntı ve stres cinsiyetinden hoşnutsuzluk (gender dysphoria) ifade edilmektedir.

Geçmişte, bu hoşnutsuzluk, psikiyatrik hastaneye yatış ve sözde onarım psikoterapi uygulamalarının hedefi haline gelirken; gelişen bilim, artan literatür verileri ve insan hakları temelli uygulamalar kavramsallaştırma ve sınıflandırmadaki önemli değişimlerin önünü açmış, daha olumlayıcı bakım yaklaşımlarının ortaya çıkmasıyla yeni bir etik çerçeveyi oluşturmuştur.

Bu olumlayıcı tıp alanı bilimsel temelleri üzerinde giderek gelişen, çeşitli başvuran ve tedavi taleplerini, karmaşık bir tarih ve multidisipliner bakım organizasyonunu içeren bir yapıdadır. Ayrıca bu alan, ruh sağlığı uzmanının danışmanlık ve ayrımcılık temelli ortaya çıkan ruhsal patolojilerin tedavisindeki rolüne ek olarak, şu anda bir tanı sınıflamasında olan ve doğası gereği öznel olguların değerlendirilmesi ile tıbbi tedaviye uygunluğunun belirlenmesi sürecinde de rol alması nedeni ile, sağlık sisteminin diğer bölümlerine kıyasla oldukça benzersiz ve özeldir. Alandaki uzmanların, klinisyenlerin ve başvuranların ne zaman hormonal veya cerrahi tedaviye başlanmasının uygun olduğu, karar vermenin nasıl organize edileceği ve başvuranın hak ve yararına en iyi şekilde nasıl hizmet edileceği konusunda anlaşamadıkları durumlar da görülebilmektedir.

Günümüzde en geçerli kabul edilen bakım standartları Transseksüel Sağlığı için Dünya Profesyoneller Birliği'nin Bakım Standartları (World Professional Association for Transgender Health (WPATH) Standards of Care) olarak kabul edilmektedir. Bu kılavuz, bu alanda çalışan profesyonellere bakım standartları ve transgender sağlığı hakkında yol gösterici olmaktadır. Kılavuzun standartları belirlemesi klinisyenlere yön verirken, insan hakları ve etik değerlerin ışığında bakım hizmetlerinin ve standartlarının belirlenmesi ile karar verme süreçlerinde farklı modeller ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda bu modellerde "karar verme" ve "özerklik" gibi etik kavramlara ve ilkelere sıklıkla da atıfta bulunmaktadır.

### Kaynaklar

- 1- Gerritse, K., Hartman, L. A., Bremmer, M. A., Kreukels, B. P., & Molewijk, B. C. (2021). Decision-making approaches in transgender healthcare: conceptual analysis and ethical implications. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 24(4), 687-699.
- 2- Reisner, Sari L., Judith Bradford, Ruben Hopwood, Alex Gonzalez, Harvey Makadon, David Todisco, Timothy Cavanaugh, et al. 2015. Comprehensive transgender healthcare: The gender affirm- ing clinical and public health model of Fenway Health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 92 (3): 584-592. <https://doi.org/10.1007/s11524-015-9947-2>.
- 3- Schulz, Sarah L. 2018. The informed consent model of transgender care: An alternative to the diagnosis of gender dysphoria. *Journal of Humanistic Psychology* 58 (1): 72-92. <https://doi.org/10.1177/0022167817745217>.



## Cinsiyet Hoşnutsuzluğuna Multidisipliner Yaklaşım Protokolü

Ezgi Şişman

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD

Cinsiyet disforisine multidisipliner standart yaklaşım protokolü henüz ülkemizde yayımlanmamıştır. Dünyada, World Professional Association for Transgender Health Standards of Care konu ile ilgili başvuru en güncel kılavuzdur. Transgender bireylerin ihtiyaçları, buldukları toplumun sosyokültürel bağlamında şekillenmekte ve bu nedenle cinsiyet disforisini ele alırken kültürel gerçekleri göz önünde bulunduran uyarlanmış bir yaklaşım üretme ihtiyacı doğmaktadır.

Kocaeli Üniversitesi Cinsiyet Disforisi Birimi'ne cinsiyet geçiş sürecinin farklı aşamalarında olan 18 yaşından büyük bireyler kabul edilmekte, bu bireylere psikiyatrik, endokrinolojik ve cerrahi yaklaşımları içeren kapsamlı bir tanı ve tedavi hizmeti sunulmakta ve sağlık kurulu raporu düzenlenmektedir.

Psikiyatri, üniversitemizde cinsiyet geçiş süreci uygulamalarını yöneten birimdir. Cinsiyet disforisi ile psikiyatri kliniğine başvuran kişiler, en az birinin trans deneyimli olduğu iki psikiyatri hekimi ve trans deneyimli uzman psikiyatri hemşiresinden oluşan ekip tarafından değerlendirilmektedir. Psikiyatri hekimi bu süreçte, tanıyı koyma, eş tanıları değerlendirme, bireyin tıbbi müdahalelere hazır olup olmadığını değerlendirme ve bu müdahalelere hazırlama, süreçle ilgili bireye ve gerekli durumlarda aile ve yakınlarına ruhsal destek verme sorumluluklarını taşımaktadır. Tanı sürecinde cinsiyet değiştirme isteğinin gerçeği değerlendirme yetisini bozan başka bir psikiyatrik hastalığın belirtisi olup olmadığı öncelikli olarak ayırt edilmektedir. Kimlik karmaşası, cinsel yönelim farklılığı gibi durumlar da ayırıcı tanı açısından ele alınmaktadır. Başvuran bireylerden projektif testler ve klinik ihtiyaca göre MMPI, IQ testi gibi psikometrik incelemeler istenmektedir. Değerlendirmeler sonucunda klinik tablo başka bir ruhsal hastalıkla ilişkili olarak değerlendirilmez ve bireyde zihinsel yetersizlik tespit edilmez ise üç aylık tedavi programına başlanmaktadır. Bireyin komorbiditesi var ise tedavisi düzenlenerek cinsiyet düzenleme programına yönlendirilmektedir.

Psikiyatrik takipte tedavinin hedefleri ve cinsiyet geçiş planı ele alınmakta, trans kimliğinin normal ve sağlıklı olduğunu vurgulayan görüşmelerde ailelerin çocuklarını mümkün olduğunca tam olarak desteklemelerine yardımcı olunmaktadır. Gerçek yaşam deneyimleri bireysel ve grup psikoterapilerinde izlenmekte, aile bilgilendirme ve destek toplantıları da yapılmaktadır. Bireye özel bütüncül yaklaşım ilkeleri ile bireye bu süreçte eşlik edilmeye çalışılmaktadır.

Kaynaklar:

- Aslıhan Polat – Seher Şirin, *Cinsiyet Disforisi Yaklaşım Protokolü*, 1. Baskı (Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2020; 293-306)
- Polat A., Alioğlu F. (2019) *Gender dysphoria: Kocaeli University Hospital experience / Cinsiyet Disforisi: Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Deneyimi*. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20 (1), 101-110. DOI: 10.5455/apd.299184



## Cinsiyet Hoşnutsuzluğu Yaşayan Bireylerde Grup Psikoterapisi ve Kocaeli Üniversitesi Deneyimi Hanife Yılmaz Abaylı

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Cinsiyet hoşnutsuzluğunun ele alınması, multidisipliner bir yaklaşımla bedensel ve ruhsal pek çok süreci bir arada değerlendirmeyi gerektirmektedir. Bu multidisipliner yaklaşımda psikiyatrik değerlendirme ve destek; tanının netleştirilmesi, cinsiyet geçiş süreci ve sonrası olmak üzere her aşamada önemli bir rol oynamaktadır. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 2004 yılından bu yana Psikiyatri Anabilim Dalı'nın yönetiminde multidisipliner bir yaklaşımla cinsiyetinden hoşnutsuzluk yakınmasıyla başvuran kişilerin izlemleri, tedavileri, rapor düzenlemeleri yapılmakta ve psikiyatrik değerlendirmeler tüm bu aşamalar boyunca bireysel ve grup psikoterapileriyle devam ettirilmektedir. Ayda bir kez ortalama 15 katılımcı ile gerçekleştirilen ve açık grup niteliğinde olan oturumlar, sürecin psikiyatrik kısmının ana hattını oluşturmaktadır. Kişiler grup psikoterapilerinde; terapistler ve cinsiyet geçiş sürecinin farklı aşamalarında olan diğer katılımcıların da katkılarıyla cinsiyet hoşnutsuzluğuna dair temel kavramları öğrenme, hormon tedavisi ve cerrahi tedavilerin etkileri, cinsel yaşantı ve üreme, damgalanma, iş ve eğitim hayatındaki zorluklar, yasal süreçler ve hakları konusunda bilgi sahibi olur; deneyim paylaşımlarıyla kendilerinde hissettikleri farklılıkları anlama ve anlamlandırma olanağı bulurlar.

Bu oturumlar, kişinin kendini algıladığı cinsiyete dair gerçek yaşam deneyimini tecrübe edebilmesi; yani kişinin cinsel kimliğiyle ilgili rolü benimsemesi ve bu cinsiyeti dışarıya gösterebilmesi için güvenli bir ortam sunar; bireysel terapilerden farklı olarak bu deneyim paylaşımları yoluyla başkalarıyla haberleşme, akran desteği almasının yanı sıra öykülerini güvenli bir ortamda paylaşabilmesi ve geri bildirim alabilmesine olanak sağlar.

Kaynaklar:

- Aslıhan Polat – Seher Şirin, Cinsiyet Disforisi Yaklaşım Protokolü, 1. Baskı (Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2020; 293-306)
- Heck, N. C., Croot, L. C., & Robohm, J. S. (2015). Piloting a psychotherapy group for transgender clients: Description and clinical considerations for practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 30–36.
- Polat A., Alioglu F. (2019) Gender dysphoria: Kocaeli University Hospital experience / Cinsiyet Disforisi: Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Deneyimi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20 (1), 101-110. DOI: 10.5455/apd.299184



## **Şizofrenide ve Psikotik Bozukluklarda Premorbid ve Prodromal Dönemde Bilişsel İşlevler ve Nörogelişim Eldem Güvercin**

*T.C. Sağlık Bakanlığı Tavşanlı Doç.Dr. Mustafa Kalemli Devlet Hastanesi*

Şizofreni ve psikoz spektrumundaki diğer bozukluklarda, hastalığın klinik belirtileri ortaya çıkmadan önce, etkilenen bireylerde anne karnında oluşmaya başladığı düşünülen, anormal nörogelişimin kanıtlarına ait bazı izler bulunabilmektedir. Bu kişilerde, önde gelen bulgular arasında beyinde bazı yapısal değişiklikler ile bilişsel işlevlerde değişken düzeylerde ortaya çıkan bozulmalar yer almaktadır.

Psikoz risk grubundaki bireylerde, hastalığın prodromal semptomları ortaya çıkmadan önce beyindeki gri madde ile prefrontal korteks ve talamokortikal devrelerde hacim kaybı gösterilmiştir (1). Yine risk grubunda olan ve ilerleyen dönemlerde psikoz spektrumundan bir bozukluk gelişen bireylerin yaşamın erken döneminden itibaren motor gelişim basamaklarında gecikme veya gerilik olduğu gözlemlenmiştir (2), bu bireylerde bilişsel işlevlerden dikkat, bellek, çalışma belleği, sosyal biliş gibi alanlarda, genel olarak ilk atak psikoz hastalarından daha hafif düzeyde de olsa bozulma olduğu saptanmıştır (3).

Bu sunumda, şizofreni ve psikoz spektrumu açısından risk grubundaki bireylerin premorbid ve prodromal dönemde bilimsel kanıtlar ışığında, nörogelişimsel ve nörobilişsel özellikleri detaylandırılacaktır.

### **Kaynaklar:**

1. Rek-Owodziń K, Tyburski E, Waszczuk K, Samochoń J, Mak M. Neurocognition and Social Cognition-Possibilities for Diagnosis and Treatment in Ultra-High Risk for Psychosis State. *Front Psychiatry*. 2021 Nov 22;12:765126. doi: 10.3389/fpsy.2021.765126. PMID: 34880793; PMCID: PMC8645604.
2. Burton BK, Krantz MF, Skovgaard LT, Brandt JM, Gregersen M, Søndergaard A, Knudsen CB, Andreassen AK, Veddem L, Rohd SB, Wilms M, Tjøtt C, Hjorthøj C, Ohland J, Greve A, Hemager N, Bliksted VF, Mors O, Plessen KJ, Thorup AAE, Nordentoft M. Impaired motor development in children with familial high risk of schizophrenia or bipolar disorder and the association with psychotic experiences: a 4-year Danish observational follow-up study. *Lancet Psychiatry*. 2023 Feb;10(2):108-118. doi: 10.1016/S2215-0366(22)00402-3. Epub 2023 Jan 4. PMID: 36610442.
3. Sakurai T, Gamo NJ. Cognitive functions associated with developing prefrontal cortex during adolescence and developmental neuropsychiatric disorders. *Neurobiol Dis*. 2019 Nov;131:104322. doi: 10.1016/j.nbd.2018.11.007. Epub 2018 Nov 10. PMID: 30423472.





**Fear of missing out (FOMO) – Günceli Kaçırma Korkusu**  
**Bengü Yücens**

*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı*

İnternetin yaygınlaşmasıyla birlikte internetin farklı kullanım alanları giderek artmıştır. İnternet teknolojisi sayesinde iletişim, alışveriş, çeşitli bilgilere erişme gibi birçok işlem kullanılır hale gelmiştir ve internet kullanımı daha fazla yoğunluk kazanmıştır. İnterneti yoğun kullanımı beraberinde bireylerin internet kullanım düzeylerini kontrol edememelerini getirmiştir ve sonucunda internet bağımlılığı olarak tanımlanan bir bağımlılık türü gelişmiştir. İnternetin sosyal medya amacıyla akıllı telefonda kullanımının da yaygınlaşmasıyla internet kullanımı davranışı ile ilişki farklı birçok davranışsal sorun da tanımlanmaya başlanmıştır. Bu sorunlardan birisi de günceli/gelişmeleri kaçırma korkusu, FOMO'dur.

FOMO ilk defa 2010'larda tanımlanan bir kavramdır. O dönemde sosyal ağ sitelerinin ve mesajlaşma servislerinin dünyada hızlı bir şekilde arttığı bir dönemdir. Özellikle de akıllı telefonların her yerde yaygınlaşmasıyla sosyal ağları kontrol etme araçları da artmıştır ve kişinin kaçırabileceği potansiyel olarak ödüllendirici deneyimler (çevrimiçi ve çevrimdışı) hakkında bilgi edinmesi kolaylaşmıştır.

FOMO'nun merkezinde, kişinin sosyal ağıyla sürekli olarak bağlantıda kalma ihtiyacı vardır. Bu da sosyal ağ sitelerinin ve mesajlaşma hizmetlerinin sık sık (ve bazı insanlar için aşırı) kullanılmasıyla sonuçlanır (Przybylski et al. 2013). FOMO'nun iki spesifik bileşeni vardır. 1) başkalarının kendisinin bulunmadığı ödüllendirici deneyimler yaşadığına dair endişe 2) kişinin sosyal ağındaki insanlarla bağlantıda kalma konusundaki ısrarlı arzusu. İlk bileşen anksiyetenin bilişsel yönü (örn. endişe, ruminasyon vb.) ile eşleşir. İkinci bileşen, anksiyeteyi azaltmayı amaçlayan davranışsal stratejiyi içerir. FOMO'nun bu davranışsal bileşeni yoğunlukla sosyal bağlantıları sürdürmek ve ödüllendirici deneyimleri kaçırmaktan kaçınmak için sosyal ağ sitelerinin ve mesajlaşma hizmetlerinin sık sık kontrol edilmesini içermektedir (Przybylski et al. 2013).

FOMO'nun doğasında bulunan ısrarlı çevrimiçi kontrol davranışı sadece aktif değildir, insanların zamanları olduğunda akıllı telefonlarına göz atmaları gibi proaktif de olabilir. Ayrıca gün boyunca alınan ve yanıt verme zorunluluğunun bulunduğu pek çok sosyal bağlantılı bildirim nedeniyle sıklıkla reaktif veya belki de pasif de olabilir. Diğer yandan, sosyal ağ bildirimleri kişinin sosyal hayatı için faydalıdır ve FOMO'yu tatmin edip hafiflettiği için olumlu olarak da değerlendirilmektedir (Paul et al., 2015).

FOMO, öncelikle anksiyete ilişkili psikopatolojiyi içeren bir durum olarak kavramsallaştırılmaktadır ve yapılan çalışmalarda anksiyete, depresyon, olumsuz duygulanım ve ruminasyon ile pozitif; yaşam kalitesi, emosyonel iyilik hali ile negatif ilişkisi olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Elhai et al., 2021).

**Kaynaklar**

- Elhai JD, Yang H, Montag C. Fear of missing out (FOMO): overview, theoretical underpinnings, and literature review on relations with severity of negative affectivity and problematic technology use. *Braz J Psychiatry*. 2021;43:203-209. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0870>
- Przybylski AK, Murayama K, DeHaan CR, Gladwell V. Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out. *Comput Human Behav*. 2013;29:1841-8.
- Paul CL, Komlodi A, Lutters WG. Interruptive notifications in support of task management. *Int J Hum Comput Stud*. 2015;79:20-34



**Nomofobi**  
**Canan Bayram Efe**  
*Serbest Hekim*

Gelişen teknoloji insan hayatında daha çok yer kaplamakta ve günlük hayata belirgin bir konfor katmaktadır. Bunun günlük hayatımızdaki en önemli karşılıklarından biri cep telefonlarıdır. Günümüz teknolojisi ile birçok iş cep telefonu ile halledilebilmektedir. Görüntülü iletişim, hızlı bilgi iletimi, alışveriş, kişisel ilgi alanlarına yönelik uygulamalar bu işlerden sadece bazılarıdır. Yoğun bir şekilde hayatımızda yer alan cep telefonu kullanımı olumlu özelliklerinin yanında bazı olumsuz süreçleri de beraberinde getirmektedir. Literatürde nomofobi insanların cep telefonlarından uzak kalma korkusu olarak tanımlanmaktadır. Nomofobinin 21. yüzyıl sık görülen hastalıklarından biri olacağı kabul edilmektedir. 'No Mobile Phobia' kelimelerinin sentezinden gelişen nomofobide, kişi telefonundan uzak kaldığında rahatsızlık, kaygı, korku gibi duygular hissetmektedir. Telefonsuz kalmamak adına birtakım önlemler aldıkları görülmektedir. Sıklıkla telefonlarını kontrol ettikleri, yanlarında sürekli şarj aletleri taşımaları, en kısa yerlere dahi mutlaka telefonlarını alarak gitmeleri, gece telefonlarını kapatamadıkları, yatmadan önce telefonlarıyla zaman geçirmeleri, gece uyurken de telefonun ulaşılabilir yakınlıkta olması ve sabah uyanır uyanmaz telefonlarını kontrol ettiklerini görülmektedir. Telefon ile geçirilen sürenin artması yüz yüze iletişimin zayıflamasına, bireylerin daha fazla yalnızlaşması, bağımlılık oluşturan uygulamaları sıkça kullanması, doğru olmayan bilginin hızla ve kontrolsüzce yayılması sonucunda kaygı ve endişesine bu olumsuz etkilerdendir. Cep telefonların problemleri ve aşırı kullanımı bireyde bağımlılık, dikkat dağınıklığı ve konsantrasyon güçlükleri, uyku sorunları, stres, huzursuzluk, öfke gibi duygusal etkileri açığa çıkarmaktadır.

Nomofobinin özellikle gençlik döneminde artış gösterdiğini bildiren yayınlar bulunmaktadır. Türkiye'de ergenlerle yapılan bir çalışmada nomofobi görülme oranlarının arttığı bildirilmektedir. Özellikle 18-24 yaş aralığındaki gençlerde yapılan çalışmalarda telefonları ellerinden alındığında sıkıntı ve huzursuzluk hissi tarifledikleri, zaman geçtikçe bu duyguların arttığını belirtmişlerdir. Diğerleri ile iletişime geçemeyecek olmaları ya da yeni bilgi akışının sağlanmayacak olmasının kaygılarını arttırdığını belirtmektedirler. Akademik yaşantılarında, ailevi alanda, maddi kaynaklarda sorunlara sebep olmasına karşın telefon kullanımlarına aynı şekilde devam ettikleri bildirilmiştir.

Nomofobi literatüre kısa süre önce girmiş olan ancak yakın gelecekte sıkça karşılaşılabileceği düşünülen bir durum olarak görülmektedir. Özellikle ergenlik ve genç erişkinler için risk teşkil eden bu durum ile ilişkili planlanacak daha çok çalışmaya ihtiyaç var görünmektedir.

**Kaynaklar:**

1. Bragazzi, N. L., & Del Puente, G. (2014). A proposal for including nomophobia in the new DSM-V. *Psychology research and behavior management*, 155-160.
2. Bekaroğlu, E. T., & YILMAZ, T. (2020). Nomofobi: Ayırıcı tanı ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(1), 131-142.
3. Thomée, S., Härenstam, A., & Hagberg, M. (2011). Mobile phone use and stress, sleep disturbances, and symptoms of depression among young adults-a prospective cohort study. *BMC public health*, 11(1), 1-11.



**Phubbing (Sosyotelizm)**  
**Didem Sücüllüoğlu Dikici**  
Serbest Hekim

Bilgisayarların ve internetin yaygınlaşmasıyla ortaya çıkan dijital bağımlılıklar gibi ruhsal ve davranışsal sorunlar akıllı telefonlarla yeni bir boyuta taşınmıştır. Her biri bir cep bilgisayarı özelliğinde olan ve kitap okuma, film izleme, müzik dinleme, haberleri gündemi takip etme, oyun oynama, alışveriş yapma, haberleşme, araştırma, öğrenme, tedaviye ulaşma, sosyalleşme gibi kişinin her türlü ihtiyacını karşılamak için birçok özelliği bünyesinde barındıran akıllı telefonlar avantajlarının yanı sıra yaşamda yeni bir soruna da yol açmaktadır: sosyotelizm (phubbing).

Sosyotelizm, bireyin başka birey(ler)le iletişim hâlindeyken dikkatini akıllı telefona vermesi, akıllı telefonla ilgilenmesi ve algısını kişilerarası iletişimden kaçırmasıdır. Sosyotelizm sözcüğünün İngilizce karşılığı olan Phubbing sözcüğü, telefon (phone) ve yok saymak (snubbing) sözcüklerini birleştirilmesinden üretilmiştir. Sosyotelizm akıllı telefonların yapısından dolayı birçok bağımlılığın kesiştiği bir rahatsızlıktır. Akıllı telefonların bilgisayar özelliği gösteriyor olmaları ve internete erişim imkânının varlığı sosyotelizmin çok boyutlu bir yapısının olduğunu düşündürmektedir. Bu boyutlar (i) akıllı telefonu ve (ii) internet bağımlılığının yanı sıra (iii) sosyal medya, (iv) oyun ve (v) uygulama bağımlılıklarıdır. Dikkatli şekilde irdelendiğinde tüm bu bağımlılıkların iç içe geçmiş karmaşık bir yapısı olduğu görülmektedir. Aynı zamanda kişinin iletişim içerisinde olunan kişi veya kişilere karşı gösterilen saygısız tutum, onları umursamama, sanal ortamı gerçek yaşama tercih etme gibi birçok olası dinamiğe sahip bir kavramdır.

Bu alanda yapılan çalışmalar artmakla birlikte, sosyotelizmin düşünüldüğünden daha yaygın olduğuna ve olası etkilerinin düşünülenenden daha yıkıcı olabileceğine dikkat çekmektedir. Sosyotelist davranışın bağımlılık türleri ile yakından ilgili olduğu birçok araştırma bulunmaktadır. Bununla birlikte sosyotelizmin; anksiyete, stres, yalnızlık gibi faktörlerle ilişkisi ayrı ayrı araştırmalarda saptanmıştır. Ayrıca bireylerin sosyotelizm davranışının olumsuz etkilerinin farkında olmalarına rağmen, hâli hazırda sosyalleşebilecekleri ortamlarda sosyotelizm davranışına karşı koyamadıklarını da göstermektedir.

Sonuç olarak, bu durum bilgisayar teknolojilerinin telefonlarda yer almasıyla birlikte; akıllı telefonların bilgisayarda yer alan tüm bağımlılık türlerine neden olabileceği, ayrıca bilgisayara bağlı bağımlılıklardan farklı olarak masa başına bağımlılığın ortadan kalkmış olması ancak tüm bu bağımlılıkların yaşamın her anında bireyi sarmalamaya başladığı görülmektedir. Bu bağlamda sosyotelizm kendinden önceki birçok dijital bağımlılık türünden daha sinsi ve tehlikeli sonuçlara gebe görünmekte ve ciddi psikopatolojik ve sosyolojik sorunlara yol açmadan önce daha fazla inceleme yapılmasını gerektirmektedir.

*Kaynaklar*

- AYDOĞDU, F., & YAŞAR, S. (2022). Ergen Sosyotelist Davranışlarının (Phubbing) Yordayıcıları Olarak Ebeveyn Sosyotelizmine Maruz Kalma ve Empati. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, (56), 401-425.
- Karadağ, E., Tosuntaş, Ş. B., Erzen, E., Duru, P., Bostan, N., Mızrak-Şahin, B., ... & Babadağ, B. (2016). Sanal dünyanın kronolojik bağımlılığı: Sosyotelizm (phubbing). *Addicta: The Turkish Journal on Addiction*, 3(2), 223-269.



## Kadınların Güçlenme Yolu Olarak Grup Çalışmaları

Suzan Saner

Serbest Psikiyatrist

Kadınların ulusal ve uluslararası yasalarla güvence altına alınmış olan tüm haklarından özgürce yararlanma ihtiyacı afet dönemlerinde artarak devam etmektedir. Kolektif bir travma olarak Şubat 2023 depremlerinden etkilenen bölgelerde çalışırken toplumsal cinsiyete duyarlılık kadınlar açısından yaşamsal önem taşımaktadır. Kadınlar arasında da farklı dezavantajlar ve kırılmalıklar vardır ve bu eşitsizlikler üst üste gelip, örneğin göçmen, genç ve yoksul olan kadınları daha da güçsüzleştirebilmektedir.

Sahada gönüllü çalışan psikiyatristlerin aile/ev içi şiddetin ve cinsiyetçi iş bölümüne dayalı bakım yükünün, kadınların ruh sağlığı ve iyilik hali üzerindeki yıkıcı sonuçlarını fark etmeleri konusunda kadınlarla grup çalışması yol gösterici olabilir.

Güç, kişinin kendi ve/ya diğerleri üzerinde etkili olma kapasitesidir. Güçlenmenin bireysel, örgütsel/kolektif ve toplumsal boyutları vardır. Bu boyutlar; toplumsal ve ekonomik kaynaklara erişebilir hale gelmeyi, stratejik zamanlarda stratejik kararlar verebilmeyi ve otoriter güç kaynaklarından bağımsızlaşabilmeyi içerir. Kadınların güçlenmesi sürekli bir ilerleme değil inişli çıkışlı bir süreç olup, düştüğümüzde yalnız olmayacağımız toplumsal, örgütsel, vs. koşulları mümkün hale getirmekle ilgilidir.

Feminist ruhsal çalışmada kadının hâlihazırda sahip olduğu gücün farkına varması ve onu kullanabilmesi ya da güçlü olmak için yeni yollara erişim kazanması hedeflenir. Sadece ruhsal sıkıntıdan kurtulması değil hayattan keyif alma gücünü ve şiddetten uzaklaşma gücünü kazanması için çaba gösterilir. Güçsüzleştirilen tutum ve davranışlarının farkına varması desteklenir. Kadına yönelik şiddette psikolojik ilk yardımı (LIVES yaklaşımı) bilmek ve uygulamak kadının güçlenmesinin ilk adımıdır ve daha sonra gelişebilecek ruhsal hastalıklardan koruyucu olacaktır.

Bu sunumda, Hatay'daki TPD ve TTB-SES Deprem Koordinasyon Merkezinde 10-17 Nisan 2023 tarihinde kadınlarla yapılan grup çalışmalarından hareketle, kadınların yaşadığı zorluklar ve ihtiyaçlarıyla ilgili deneyim paylaşılacaktır. Deneyim paylaşımının amacı ilişkileri güçlendirmektir. Kadınların grup çalışmasına katılmama ya da erken ayrılma nedenlerine dikkat çekilecektir. Patriyarkal kalıpların dışına çıkmadan 'güçlenme'nin mümkün olup olmadığı tartışılacaktır. Kadınlarla dayanışma ve destek grup çalışmalarının; yalıtımı azaltarak, görülmeyen, işitilmeyen, anlaşılmayan gereksinimlerin, hakların ifade edilmesine ve yas tutmanın toplumsal boyutuna alan açarak, kolektif bir bilinç oluşturarak, ortak sorunlara ortak çözümler için inisiyatif almayı kolaylaştırarak, sosyal aktivizmi teşvik ederek, kadınları hem bireysel hem de toplumsal olarak güçlendirdiği savunulacaktır. Kadınların sosyalleşebilecekleri bir alanın varlığının şiddeti önlemeye yönelik olumlu etkisi vurgulanacaktır. Depremlerden sekiz ay sonra da kadınlarla dayanışma ve destek grup çalışmaları neden ve nasıl devam edebilir sorusuna ortak yanıtlar aranacaktır.

### Kaynaklar

1. Erman A, De Vries Robbé SA, Thies FB, Kabir K, Maruo M (2021) Gender Dimensions of Disaster Risk and Resilience: Existing Evidence.
2. Afet için Feminist Dayanışma Grubu (2023) Adıyaman Deneyim ve Gözlemleri Raporu.
3. Mor Çatı (2023) Depremden Etkilenen Bölgelerde Kadınların Şiddetten Uzaklaşma Deneyimleri ve Destek Mekanizmaları Raporu.



## **Tanı ve Sağaltımda Ciddi Güçlük Yaratan Psikiyatrik Ektanılar: OKB, DEHB, Borderline Kişilik Bozukluğu**

**Kaan Kora**

*Serbest Hekim*

Bipolar bozukluklar, sıklıkla farklı psikiyatrik bozuklukların da eşlik ettiği bir klinik gidiş göstermektedir. Amerikan Ulusal Ektanı (Komorbidite) Anketi verilerine göre, bipolar bozukluk hastalarının %95'ine yaşamboyu en az üç veya daha fazla psikiyatrik bozukluk tanısı konduğu bildirilmiştir. Ektanı varlığı, erken yaşta başlangıç, hızlı döngülü gidiş, zaman içinde hastalık dönemlerinin şiddetlenmesi ve birinci derece yakınlarda artmış madde kötüye kullanımı ile ilişkili bulunmuştur. Ektanı varlığının artmış özkiyım girişimi, depresyon ile başlangıç ve lityuma kötü yanıt ile de ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır. DSM-IV tanı ölçütlerine göre bir eksen I veya eksen II ektanı olan bipolar bozukluk hastalarının, hastalık başlangıcından itibaren uygun sağaltıma ulaşma sürelerinin, saf bipolar bozukluk hastalarına göre çok daha uzun olduğu belirtilmektedir. Bipolar bozuklukta psikiyatrik ektanı varlığının yüksek oranda olmasının nedenleri halen yeterince aydınlatılmamış olmasına rağmen, bipolar bozukluğun diğer psikiyatrik bozukluklar için bir risk faktörü olması veya bipolar bozukluk ile varolan ektanın ortak patofizyolojiye sahip olmaları sonucunda sıklıkla bir arada görüldükleri gibi çeşitli açıklamalar bulunmaktadır. Bipolar bozuklukta ektanı olarak görülen psikiyatrik bozuklukların genellikle, bipolar bozuklukta önce başladığı düşünülmektedir. On yıllık, toplum temelli bir izlem çalışmasında, ergenlik döneminde başlayan çeşitli psikiyatrik bozuklukların yetişkinlik döneminde görülebilecek erken başlangıçlı bipolar bozukluk için risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Buna karşın, obsesif kompulsif bozukluğun veya madde kullanım bozukluklarının bipolar bozuklukta daha sonra başladığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Bu sunumda, bipolar bozukluk sağaltım pratiğinde sık karşılaşılan ve sağaltım planlamasında güçlük ve işbirliğinde bozulma yaratan bazı ektanı durumları olgular eşliğinde tartışılacaktır.



## **Ağır, Sağaltıma Dirençli ve Sağaltımı Reddeden Manik Hastalara Yaklaşım?**

**Ömer Aydemir**

*Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Manisa*

Manik dönem bipolar bozukluğun seyirinde görece daha az yer tutsa bile, belirtilerin gürültülü olması ve hastanın ve çevresinin üzerinde daha fazla etki oluşturması nedeniyle dikkat çekicidir. Manik dönemin tedavisinde tüm antipsikotikler etkilidir ve başarıyla kullanılmaktadır ancak yine de tedavisi zor olan olgular ile gündelik rutin uygulamada karşı karşıya kalınmaktadır. Bipolar bozuklukta manik hastaların tedavisinde güçlük yaratan durumların başında tedavi reddi vardır. Tedavi reddi ile karşılaşıldığında hastanın ret etmeye neden olan tutumları, ret etmenin gerekçeleri ele alınmalı, işbirliği kurmak için çaba sarf edilmelidir. Tedavi reddi için stratejiler arasında uzun etkili kas içi antipsikotik tedaviler başta olmak üzere çeşitli seçenekler bulunmaktadır. Bir diğer tedavisi güç manik dönem özelliği ise psikotik belirtilerdir. Bipolar bozuklukta Schneiderian belirtiler de dahil psikotik belirtiler manik döneme eşlik etmekte tedaviyi zorlaştırmakta ve hatta bazen duygudurum belirtilerine kıyasla daha zor kontrol altına alınabilmektedir. Bu şartlarda klozapin ön plana çıkan seçenek gibi durmaktadır. Bir diğer durum ise kronik mani tablosudur. EMBLEM çalışmasıyla kronik maninin azımsanmayacak oranda görüldüğü ortaya konmuştur. Kronik manide hastanın ve hastalığın geçmişteki özelliklerine bakarak çeşitli stratejiler belirlenmekte ve maninin kontrol altına alınması için ileri sürülmektedir.



### Temel bir kavram: Direnç

Leyla Gülseren

Serbest Hekim

Psikanalitik psikoterapilerin temel kavramlarından biri olan direnç ilk kez S. Freud tarafından tanımlanmış, zaman içerisinde farklı kuramsal bakış açıları kapsayacak şekilde değişmiş ve genişlemiştir. Hastalar psikoterapiye kendi istekleriyle başlamış olsalar da değişim konusunda ikirciklidirler. Özgül savunma düzeneklerini kullanarak zaman içinde bir içsel dengeye ulaşmışlardır. Terapi, varolan içsel dengeyi tehdit ettiğinden savunmalarına sıkıca sarılırlar ve bırakmak istemezler. Direnç yalnızca hastalardan kaynaklanmaz. Terapistin tarzı, yeterince empatik olamaması, yorumları doğru zamanda yapamaması, hastanın gereksinimlerine yeterince uyumlanma sağlayamaması ve genel karşıtтарım sorunları da dirençlerin ortaya çıkmasına katkıda bulunabilir. Terapi sürecine eşlik eden direnç çok çeşitli biçimlerde ortaya çıkabilir: seansa geç kalma, sık ertelemeler, seansın unutulması, ödeme yapmayı unutmama, bir önceki seansta konuşulanları unutmama, konuşulan konular açısından seanslar arasında sürekliliği sağlayamama, seans sırasında hasta için üzücü olan bir konudan başka bir konuya atlama, sağaltımla ilgili olabilecek olayları, düşleri unutmama, uzun süreli sessizlikler ya da tam tersi fazla, gereksiz ayrıntılarla dolu konuşma, her şeyden söz ederek terapi için başvurmaya neden olan en önemli konulardan uzak kalma, seansın entelektüel tartışmalarla geçirme, bugüne bakmaktan kaçınmak için geçmiş üzerine ya da geçmişini ele almamak için bugün üzerine konuşma, hastanın kendi yaşamının belli alanlarını keşfetme konusunda isteksiz olması, kendisinin ya da başkalarının ruhsal yaşantılarına ilgi göstermeme, değişmeme. Hastalar, terapistle mücadeleye girme, terapistin hatalı olduğunu kanıtlama ya da jestler yaparak terapistin beğenisini kazanma gibi, kaçamak ya da agresif, pek çok yöntemle direnebilirler. En yaygın olan dirençler terapistle ilişkiye yanıt olarak ortaya çıkan aktarım dirençleridir. Eyleme dökme de direnç işlevi görebilir.

Direnç, gizlemekten çok, açığa çıkaran bir görüngü olarak bakılmalı, görüngünün daha iyi anlaşılmasının psikoterapiyi derinleştireceği unutulmamalıdır. Zorla ortadan kaldırmaya çalışmak, saldırmak daha da güçlenmesine yol açar. Dirençler, hastanın hayatındaki erken dönem deneyimlerinin terapi sürecinde terapistle ilişkisini ve genel olarak diğer insanlarla ilişkisini nasıl etkilediğini anlamak için bir kaynak sağlar. Direnç “kötü” bir davranış olarak etiketlenmemeli, terapist, hastayı dirençleri konusunda meraklı olmaya davet etmelidir. Dirençlerle çalışırken terapist aynı zamanda kendi karşıtтарım tepkilerini de sürekli olarak gözden geçirmelidir. Psikanalitik terapilerde dirençlerle çalışmanın tek bir doğru yolu olmasa da temel ilkeleri vardır: Hastaya karşı her zaman saygılı olunmalı, ortaklaşa çalışma ve iş birliğine özen gösterilmeli, hastaya bu zorlu süreçte yalnız olmadığı hissettirilmeli; terapist altbenlik ya da üstbenlik değil, her zaman benliğin tarafında yer almalıdır.

### Kaynaklar

- 1.Freud S (1926) Inhibitions, symptoms and anxiety. Standard Edition. London: Hogarth Press, 20:77–175.
- 2.Gabbard GO (2011) Uzun Süreli Psikodinamik Psikoterapi. Psikoterapide çekirdek yetkinlikler. Çev: Atalay H, İkinci baskı, Ankara, Tuna Matbaacılık San. ve Tic. A.Ş.
- 3.Wallace ER (1994). Dinamik Psikiyatri Kuramı ve Uygulaması. Çev: Atalay H, İstanbul, Eylül Yayınları.



**Aile Odaklı Yas Terapisi**  
**Bilge Parlakoğlu**  
*Serbest Hekim*

Ölüm evrensel bir insani deneyimdir ve yas, çoğu zaman müdahale gerektirmeyen doğal bir süreçtir.

Yas tepkisini belirleyen birçok faktör vardır. Ölen bireye yakınlık ise yas yanıtının şiddetini belirleyen önemli değişkenlerden biridir.

Aile en temel sosyal birim olduğundan, aile bireylerinden birisinin kaybı, en çok diğer aile bireylerini etkileyecektir. Ailenin her üyesinin kaybı farklı şekilde deneyimlenir; her bireyin ölen bireyle ilişkisi biriciktir.

**Yasın Aile Sistemine Etkileri**

Aile bir ortak etkiler ve deneyimler sistemidir. Ailenin ilişki kurma biçimleri, değerleri, kültürel özellikleri, iletişim düzeyi yaşamdaki zorlukları nasıl karşıladıklarını belirler.

Bir aile bireyinin kaybı, aynı zamanda ölen kişi ile ilişkinin, aile sisteminin, umut ve hayallerin de kaybı anlamına da gelir. Ailenin ilişkiler dengesi sorumluluk paylaşımının, zaman, enerji ve para gibi kaynakların dağılımı gibi alanlarda da düzenini değiştirir.

Ve birçok farklılığa karşın, aile yas tepkisini bir bütün olarak belirler çünkü aynı zamanda yas, bir aile sorunudur.

**Ailede Yas Kavramının Gelişimi**

Yas üzerine ilk çalışmalar daha ziyade bireysel yas süreçlerine odaklıdır. Zaman içinde yapılan çalışmalarda sistemik gözlemlerle ilgili eksikliğe vurgu yapılmaya başlanmıştır.

İlk kez 1965 yılında, Paul ve Grosser "Operational Mourning and Its Role in Conjoint Family Therapy" başlıklı makalelerinde, "ruh sağlığı çalışanlarının, ailenin bir bireyi kaybedildiğinde oluşan paylaşılmış yas ve onun rezolüsyonu üzerine söyleyeceği çok az şey var gibi görünmektedir." diyerek bu alandaki ihtiyacı dile getirmişlerdir. Bu dönemin ardından, özellikle bireysel yas terapisinin etkisiz kaldığı durumlarda ve sistemik yaklaşım ihtiyacının görünür olduğu ailelerde sistemik terapinin etkinliği ile ilgili çalışmalar yapılmaya başlanmıştır.

Bowen (1978) kayıpta iki süreç olduğunu ve kaybın aile işleyişini aksattığını belirterek kayıpla ilgili ilk sistemik aile terapisi görüşünü ortaya koymuştur.

Minuchin 1987'de Yapısal Aile Terapisi bağlamında kaybın etkilerini vurgulamıştır.

Aile Odaklı Yas Terapisi kavramı ilk kez 1998'de Psychooncology Dergisi'nde David Kissane ve arkadaşlarının bir makalesinde "Aile Yas Terapisi" olarak kullanılmıştır. Kissane ve arkadaşları bu kavramı zaman içinde geliştirerek "Aile Odaklı Yas Terapisi" olarak kullanımını önermişlerdir.

Kissane ve arkadaşlarının deneyimleri, ağırlıklı olarak son dönem kanser hastaları ve aileleri ile yapmış oldukları çalışmalarla zenginleşmiştir.

Kissane ve arkadaşları, 2006 yılında, 257 aile ile çalışarak bu alandaki ilk önemli çalışmayı gerçekleştirmişlerdir. Bu çalışmada, Aile Odaklı Yas Terapisi bireylerin semptomlarının ve depresyon skorlarının anlamlı derecede azaldığı bildirilmiştir. Ailelerin, işlevselliklerine göre sınıflandırıldıklarında riskli ailelerin belirlenebileceği ve önleyici destek sağlanabileceği ifade edilmiştir.

Aile odaklı yas terapisi, son dönem kanser hastalarının ve son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların yakınlarında uygulanmaya başlanmış olmakla birlikte, intrauterin kayıpları olan anne-babalar, küçük çocuk kaybı olan aileler ile de deneyimler oluşmaya başlamıştır. Bu alandaki deneyimler zenginleştikçe, kayıpları olan diğer ailelerde de -asker yakınları, doğal afetlerden kurtulan ve yakınlarını kaybeden aileler, COVID-19 pandemisinde yakınlarını kaybeden aileler gibi- Aile Odaklı Yas Terapisi'nin kullanımı yaygınlaşmıştır.

**Kaynaklar**

1. Kissane DW, Bloch S (2002) Family Focused Grief Therapy. Berkshire, Open University Press, .s.8-21.
2. Şimşek Arslan B, Buldukoğlu K (2019) Grief Support Programs Implemented to Reduce the Effects of Grief on Family. Current Approaches in Psychiatry 2019; 11(3), 402-417.
3. Kissane DW (ve ark.) 2006 Family Focused Grief Therapy: A Randomized, Controlled Trial in Palliative Care and Bereavement. Am J Psychiatry 2006; 163:1208–1218.





## YGAP Hastanelerinde Adli Psikiyatrik Bilirkişilik ve Tedavi Modelleri: Bursa YGAP Örneğiyle Zorluklar ve İyi Uygulamalar

Ali Haydar Küçüktüfekçi

Bursa Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği

Türkiye'de açılacak Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri (YGAP) birimleri ile ilgili planlama Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda (2011-2023) yer almaktadır. Bursa Şehir Hastanesi Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi 11.11.2019 tarihinde açılmış ve adli psikiyatri işlemleri amacıyla adli mercilerce gönderilen kişilerin tıbbi hizmetlerinin, raporlama işlemlerinin ayaktan veya yatırılarak sürdürülmesi amacı ile hasta kabulüne başlamıştır. Türkiye'de açılan 5. YGAP hastanesidir. Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen üç il için (Bursa-Balıkesir-Çanakkale) hizmet vermektedir. Bursa YGAP halen toplam 85 yataklı dört erkek servisi ve 10 yataklı bir kadın servisi ile hizmet vermektedir. 5 yataklı çocuk/ergen servisi faaliyete geçmemiştir. Tutuklu Hükümlü Adli Psikiyatri kapsamında yatak bulunmamaktadır.

Adli psikiyatri, yüksek riskli, düşük hacimli ve yüksek maliyetli, hem tıp hem de hukuk alanında özel eğitim ve bilgi gerektiren benzersiz bir alt uzmanlık alanıdır. Ancak Türkiye'de adli psikiyatri şu anda ne resmi olarak tanınan bir tıp uzmanlığı ne de psikiyatri içinde bir üst uzmanlık alanıdır; bu da resmi olarak tanınan bir "adli psikiyatrist" unvanının bulunmamasına neden olmaktadır. Zorunlu olmamakla birlikte, ulusal çekirdek eğitim müfredatında en az bir aylık adli psikiyatri rotasyonu önerilmektedir.

Ülkemizde ruh sağlığı çalışanları sınırlı deneyim veya eğitim nedeniyle güven eksikliği, belirli bir popülasyon ile ilgilenme konusunda isteksizlik, kişisel güvenlikle ilgili yanlış algılar, yasal sorun yaşama riski ve psikiyatrinin diğer alanlarında karşılaşılanlardan farklı etik zorluklar gibi nedenler ile adli psikiyatride çalışmaktan kaçınılmaktadır.

Bursa YGAP'ta tüm tedirginliklere, zorlanmalara hatta kimi zaman tükenmişliğe rağmen suça karışmış akıl hastalığı olan bireylerin insani, erdemli, güvenli ve etkili bir tedaviye ulaşmasını sağlama, hastanın yararı doğrultusunda ve sağlık kaynaklarının elverdiği ölçüde en iyisini yapma amacı doğrultusunda kolektif çalışma odaklı bir bakım modeli oluşturma, geliştirme ve çalıştırma çabası güdüldü. Bu bakım modelinin merkezine etkin psikofarmakolojik tedavinin yanı sıra yapılandırılmış psikoeğitim programları, rehabilitasyon ve rekreasyon faaliyetleri standardize olacak bir şekilde yerleştirilmeye çalışıldı.

Her ne kadar açılan beşinci YGAP olsa da "yüksek güvenlik", "hastanede kalış süresinin yönetimi", "randevu listesi/boş yatak yönetimi", "klinik işleyiş prosedürü", "adli kurumlar/diğer kamu kurumları ile ilişki kurma" gibi konularda ne, neden, nasıl yapılacağı hep keşfedilmek zorunda kalındı. Zorunluluk olmaksızın hekim, hemşire ve diğer personelin görev yerlerinin sık değişmesi, personel sayısının yetersizliği, güvenlik işleyişinde aksaklıklar, sağlık yönetiminin konuya yabancılığı, adli kurumların tutumu gibi birçok zorlukla karşılaşıldı.

Her bir Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri biriminin, adli psikiyatri alanında bilimsel temelli bilgi ve tecrübe birikiminin sağlanabileceği ve bu bilgi ve tecrübenin yapılandırılmış bir biçimde uzmanlık öğrencilerine aktarılabilme olanağının doğabileceği, adli psikiyatri bilgileri ile donanmış psikiyatri uzmanları yetiştirilebileceği, bölgesinde hizmet veren psikiyatri uzmanlarına danışmanlık ve eğitim verebileceği bir birim olması amaçlanmalıdır. Yapılandırılmış adli psikiyatri servisleri bakım modeli ve yapılandırılmış adli psikiyatri rotasyonu eğitim modeli oluşturulmalı, YGAP birimlerinde çalışan/çalışacak ruh sağlığı çalışanlarına bir an önce bu konuda eğitim verilmelidir. Adli psikiyatri, zorunlu rotasyon olarak tanımlanmalıdır. Adli Psikiyatri Temel Kitabı'nda yazılması planlanan "Adli Psikiyatride Güvenlikli Servislerde Tedavi Uygulamaları" bölümü açılmış/açılması planlanan YGAP'lar için rehber niteliğinde olacaktır. Hala taslak olarak bekleyen YGAP yönergesinin tamamlanarak bir an önce yürürlüğe girmesi ve periyodik denetlemelerin başlaması YGAP'ların standart hizmet vermesi için faydalı olacaktır.

Kaynakça:

Balcıoğlu, Y. H., Öncü, F. ve Kennedy, H. G. (2023). Forensicpsychiatry in Türkiye. *International Review of Psychiatry*, 1-17. doi:10.1080/09540261.2023.2255255



**Olgularla Adli Psikiyatride Bilirkişilik Tedavi Uygulamaları Sorunlar ve Çözüm Önerileri: Adana YGAP Deneyimi**  
**Barış Kılıç Demir**

SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Psikiyatri Uzmanı

Psikiyatri uzmanları, idari hukuk, medeni hukuk ve ceza hukukuyla ilgili pek çok alanda bilirkişilik yapmaktadırlar. Ülkemizde Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri(YGAP) Birimlerinde, çoğu ceza hukuku kapsamında olan, Ceza Muhakemesi Kanunu(CMK) 74'üncü maddesi gereğince gözlem gerekip gerekmediğinin belirlenmesi, Türk Ceza Kanunu(TCK) 31, 32, 33 ve 34'üncü maddeleri gereğince ceza sorumluluğunun belirlenmesi, T.C.Anayasası'nın 104. maddesi gereğince Cumhurbaşkanlığı affı gerekip gerekmediğinin belirlenmesi, Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun(CGTHK) 16'ncı maddesinin birinci fıkrası ve 16'ncı maddenin altıncı fıkrasıyla 105'inci maddeleri gereğince cezasının infazının tehiri konusunda rapor istenenler ve 18'inci maddeyle ilgili rapor istenilenlerin ayaktan ya da yatırılarak bilirkişilik hizmetleri yapılmaktadır.

YGAP birimlerindeki bilirkişilik uygulamalarında tıbbi ve adli sistemi ilgilendiren zorluklar yaşanmaktadır. Bunları tek tek ele alacak olur isek; Suçla bilirkişilik ve bilirkişilikle koruma tedavinin başlaması arasında geçen sürenin uzun olması hastaların atak dönemindeyken uygun psikiyatrik tedaviye ulaşmalarını geciktirmektedir. YGAP polikliniklerinde CMK 74 gereğince yatırılarak gözlemi önerilen ya da gözlem süresi bitip de klinisyen tarafından tedavisinin yatarak devam etmesi gerektiğine kanaat getirilen hastalar YGAP birimlerinde tedaviye devam edememektedirler. Sosyal şifa hali bozulup TCK 57.5 kararı istemi yapılan hastaların, mahkeme kararı çıkana kadar YGAP birimine yatırılmamaları nedeniyle tedavileri gecikmektedir. Psikiyatri servisleriyle güvenilirli adli servisler arasında geçişleri kolaylaştıracak yasal ve prosedürel düzenlemelere ihtiyaç duyulmaktadır. Başvuru sırasında genellikle hastalara ve ailelerine, hasta için yatırılarak gözlem yapılacağı bilgisini ilk veren kişi, bilirkişi olmaktadır. Bu durum hasta hekim ilişkisini olumsuz etkileyebilmektedir. Başvuru sırasında dava dosyalarında eksiklikler bulunması kişinin kısıtlanma süresinin uzamasına neden olabilmektedir.

Adli Psikiyatri, yargı uygulamaları ve yönetim süreçlerinde yalnızca psikiyatri bilgi ve meslek alanının karşılayabileceği gereksinimlerle tanımlanmış hukuk ve psikiyatri bilimlerinin uygulamada buldukları bilgi ve uygulama alanıdır. Amerika Birleşik Devletleri, Birleşik Krallık ve Kanada, yetkili mesleki kuruluşları tarafından akreditasyon yoluyla adli psikiyatri eğitimini standartlaştırmıştır. Adli psikiyatri, psikiyatrinin yan dalıdır. Bu önemli alanda ülkemizdeki psikiyatri uzmanları, pek çok iş yükü arasında adli vaka muayenesi yapma zorunluluğu, kısıtlı sürelerde karar verme zorunluluğu, veri sağlayan personel eksikliği gibi maddi hataya sebebiyet verecek ortamlarda çalışmaktadırlar. Ülkemizde dünya örneklerinden farklı olarak, psikiyatri uzmanlığı gerektiren konularda Adli Tıp Kurumu şubelerinde adli tıp uzmanı tek başına bilirkişi raporu düzenlemektedir. Bu bilirkişi raporları doğrultusunda alınan mahkeme kararları yasaya uygun olmadığı için itiraz halinde bozulsada, itiraz olmadığında yanlış uygulama devam etmektedir. Adli Tıp Kurumu kurumsal yapısında, tıbbi bilirkişilik gerektiren konularda işin uzmanı olmayan çok sayıda hekim tarafından değerlendirilmeler yapılarak raporlar düzenlenmektedir. Ne yazık ki yanlış şekillenen içtihatlar bilirkişiliğin bilimsel, objektif ve açıklayıcı olmasını değil bir kurumu önceler şekildedir. Mevcut durum adaletin yerini bulmasında önemli rol oynayan uzman bilirkişinin etkin rolüne, bilirkişiliğin gelişmesine ve bilirkişilikte bilimselliğin ilerlemesine engel olmaktadır. Adli Psikiyatri rotasyonunun psikiyatri uzmanlık eğitiminde yer alması ve adli psikiyatrinin, ülkemizde de psikiyatri yan dalı olması; bu şekilde konunun uzmanının üst uzmanlıkla adli psikiyatri alanında hizmet verecek olması bilirkişiliğin dünyadaki iyi uygulamalar yönünde gelişmesine ve bilimselliğinin artmasına katkı sağlayacaktır. Adalet sistemi ve sağlık sistemi iş birliğiyle adli süreçlerin hızlandırılması, tedaviye erişimin kolaylaştırılması hedefiyle hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi multidisipliner yaklaşım gerektirmektedir. Ruh Sağlığı Yasa Taslağı içeriğindeki, istemsiz yatışların adli denetimi örneğinden yola çıkarak tanımlanan süreçlerde hastanın ve ailesinin yargı makamı tarafından görülerek, kararın yüzüne okunmasını sağlayacak düzenlemeler yapılması önerilebilir.

**Kaynaklar**

- 1.Yeşilbursa, D. (2018). Bilirkişilik ve Adli Psikiyatrik Değerlendirme. Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu (s. 20-29). Ankara: TPD.
- 2.Sercan, M. (2007). Hukuk, Adli Psikiyatri. Sercan, M., (Ed.) Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu (1.Bs., s. 13-15). Ankara: TPD.
- 3.Reeves, R., Rosner, R., Gunn, J., Reiss, D., Bourget, D., (2017). Education and training in forensic psychiatry. Rosner, R., Scott, C.L., (Ed.) Principles and Practice of Forensic Psychiatry. (3. Bs., s. 59-63) Boca Raton: Taylor&Francis.



**Ankara YGAP Örneği ile YGAP Hastanelerinde Psikiyatri Dışı Bölümlerle Yaşanan Sorunlar, Sınır İhlalleri,  
Çözümüne Yönelik Uygulamalar  
Bengisu Çatlı**

*Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Birimi*

Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri (YGAP) birimleri şehir hastaneleri bünyesinde; ancak psikiyatri kliniği ve diğer kliniklerden ayrı konumlandırılmış, güvenlik seviyesi artırılmış birimlerdir. YGAP biriminde adli makamlarca gönderilen kişilerin adli raporları düzenlenmekte, ayaktan ya da yatırılarak gözlem ve tetkikleri, koruma ve tedavileri sağlanmaktadır. Ankara YGAP birimi de Adli Psikiyatri Polikliniği ve 100 yatak kapasitesi ile Mart 2021'den beri hizmet vermektedir.

Yaklaşık 2.5 yıllık YGAP deneyimimizde özellikle, düzenlenecek adli raporlarda psikiyatri dışı bölümlerin de bulunması gereken vakalarda ya da psikiyatrik hastalıklar dışında tanı ve tedavi gerektiren durumlarda diğer kliniklerle sorunlar yaşanmaktadır.

Klinik adı belirtilmeden doğrudan başhekimliğe yazılan, heyetin hangi branşlar ya da branşlarca oluşturulacağı belirtilmediği durumlarda heyet oluşturma ve rapor düzenlemede yaşanan karışıklık; diğer branş hekimlerinin adli makamların suç ile ilgili sorularına cevap vermekten kaçınmaları; konsültasyon hizmetlerinde yaşanan aksaklıklar, hekimlerin hastayı yerinde değerlendirmek istememesi psikiyatri dışı diğer bölümlerle yaşanan sorunlara örnek olarak gösterilebilir. Konsültasyon hizmetlerinde yaşanan aksaklıkların en sık sebeplerinin YGAP biriminin hastane kampüsünden uzaklığı ve yatan hastaların suç geçmişi olan ya da hali hazırda tutuklu hükümlü kişilerden oluşması nedeni ile duyulan endişe olduğu düşünülmektedir.

Tutuklu ve hükümlülerde sık görülen depresyon, uyum bozukluğu, davranış bozukluğu, intihar riski, anksiyete bozukluğu tanıları ile Adli Tıp Kurumu tarafından Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun'un 16. maddesi kapsamında hapis cezası infazının tehiri yönünde rapor düzenlenmesi sonucunda kişilerin YGAP servislerinde tedavi altına alınması gerekmektedir. Bu durum servislerinde sadece özel güvenlik personelleri bulunan YGAP birimlerinde güvenlik zafiyeti; yatarak tedavi gören hastaların ise servis uyumlarını bozabilecek koşullar gelişmesine meydan verebilmektedir.

Psikiyatri dışı bölümlerle yaşanan bu sorunlar raporlama sürelerini ve adli süreci uzatmakta; konsültasyon hizmetlerinde yaşanan aksaklıklar ise hastanın tedaviye ulaşmasını geciktirmektedir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne 09/10/2020 tarihinde 81 İlin Sağlık Müdürlüklerine gönderilen YGAP Hizmetlerine dair yazıda YGAP birimlerinde yatarak tedavi görecektir hastalara dair şartların açıkça belirtilmesine rağmen yönetmelik eksikliği ve bilgi yetersizliğine bağlı, tehlikeli olduğu düşünülen, ajite, geçmişinde suç öyküsü olan hastaların veya koruma/bakıma muhtaç hastaların YGAP birimlerinde yatışına yönelik gelen uygunsuz yatış talepleri de yaşanan diğer sorunlar arasındadır.

Diğer YGAP birimlerinde de benzer aksaklıkların yaşandığı göz önüne alındığında YGAP Yönetmeliğinin yürürlüğe girmesi, YGAP yetki alanına giren vakaların belirlenmesi; uzmanlık eğitiminde Adli Psikiyatri eğitiminin ve YGAP rotasyonlarının olması; bakanlıklar düzeyinde bir çalıştay planlanarak Adli Tıp Kurumu ile görüş birliği sağlanması önem arz etmektedir.

**Kaynaklar:**

1. M. Can GER, Ahmet TÜRKCAN, (2014), Tutuklular ve Hükümlülerle İlgili Adli Psikiyatri Uygulamaları, Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu, 2. Baskı, Niyazi UYGUR (Ed), Ankara, TPD, S.122, 123, 124, 130
2. Yüksek Güvenlikli Servisler Hakkında Görüş Ve Öneriler, TPD Adli Psikiyatri Bilimsel Çalışma Birimi Raporu, 03 Aralık 2010. Erişim Adresi: <https://psikiyatri.org.tr/55/turkiye-psikiyatri-derneginin-yuksekguvenlikli-servisler-hakkinda-raporu-adl>. Erişim tarihi: 27 Eylül 2023.



## YGAP ve THAP'ların İşleyişi, Resmi ve Hukuki Süreçler: YGAP ve THAP Nedir? Ne Değildir?

Şahin GÜRKAN

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Birimi

2004 yılında kabul edilen 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu (TCK)' nun 57'nci maddesinin birinci fıkrası "Fiili işlediği sırada akıl hastası olan kişi hakkında, koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmedilir. Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilen akıl hastaları, yüksek güvenlikli sağlık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınırlar." doğrultusunda şehir hastaneleri bünyesinde Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri (YGAP) hastaneleri yapılması planlanmıştır. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında Türkiye genelinde toplam 2000 YGAP yatağı planlaması bulunmaktadır.

İlk olarak 2018 yılında Adana Şehir Hastanesi YGAP açılmıştır. Halen Adana, Kayseri, Elazığ, Bursa, Eskişehir ve Ankara Bilkent YGAP Hastaneleri yaklaşık 600 yatak kapasitesi ile hizmetlerini sürdürmektedir. YGAP Hastanelerimizin hizmet içeriği aynı olmakla birlikte hizmet verilen hasta grupları arasında bazı farklar vardır. Bunlardan birisi de Elazığ, Kayseri ve Ankara Bilkent YGAP Hastaneleri bünyelerinde bulunan Tutuklu Hükümlü Adli Psikiyatri (THAP) Servisleridir. Bu sunumda da YGAP Hastaneleri; YGAP Servisleri ve THAP Servisleri olarak ikiye ayrılarak değerlendirilecektir.

**YGAP Servisleri:** Güvenlik seviyesi artırılmış 10-20 yataklı ayrı servislerden oluşur. Servisler; Erkek Koruma Tedavi, Kadın Koruma Tedavi, Çocuk Ergen Koruma Tedavi, Gözlem Servisi olarak isimlendirilir. Her YGAP Hastanesi ihtiyaca binaen servis oluşumlarını kendisi planlar. Güvenlik hizmetleri özel güvenlik görevlileri tarafından yerine getirilir. Hasta odaları tek kişiliktir. Her servis içinde ortak sosyal alan, yemekhane, kütüphane, eliş odası ve hastaların çıkıp hava alabilecekleri spor yapabilecekleri bir iç bahçe bulunmakla beraber tüm servislerin ortak kullanımı için planlan hobi bahçeleri bulunmaktadır. Sadece ilgili kanunlar gereğince adli yargı makamları, kolluk kuvvetleri ve ceza infaz kurumlarının yazıları ile başvuru yapılabilmektedir. Bu başvurularda ayakta veya yatarak bilirkişilik ile koruma ve tedavi hizmetleri verilmektedir. Bilirkişilik hizmeti kapsamında; TCK 31,32,33,34 Maddeleri gereğince ceza sorumluluğu değerlendirmesi ile Ceza Muhakemesi Kanunu (CMK) 74 Maddesi uyarınca gözlem altına alınması kararı gerekip gerekmediği ve karar verilmişse gözlem altına alma işlemleri yapılmaktadır. Koruma ve tedavi hizmetleri kapsamında; TCK'nın 57'nci maddesi bir, iki, üç, dört, beş ve altıncı fıkraları gereğince koruma ve tedavi, ayakta adli kontrol ve takip muayenelerinin yapılması ile Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun (CGİHK) Madde 16 kapsamında hakkında ceza tehiri kararı verilen hastaların tedavi işlemleri yapılmaktadır.

**THAP Servisleri:** Güvenlik seviyesi artırılmış 10-20 yataklı ayrı servislerden oluşur. THAP Servislerinin işleyişi Adalet Bakanlığı, İç İşleri Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı tarafından imzalanan " Ceza İnfaz Kurumlarının Yönetim, Dış Koruma Hükümlü ve Tutukluların Sevk ve Nakilleri ile Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Protokol (Üçlü Protokol)" e göre düzenlenmektedir. Servisler Erkek Hasta, Kadın Hasta, Çocuk Hasta olarak isimlendirilir. İhtiyaca binaen servis oluşumları hastanelerde farklılık gösterebilir. Servislerin dış güvenliği jandarma, iç güvenliği Ceza İnfaz Memurlarınca sağlanır. Hasta odaları tek kişiliktir. Her servis içinde ortak sosyal alan, yemekhane, kütüphane, eliş odası ve hastaların çıkıp hava alabilecekleri spor yapabilecekleri bir iç bahçe bulunur. Tutuklu/hükümlü olup herhangi bir nedenle psikiyatrik yatış gerektiren tüm vakaların muayene, takip, tedavi ve raporlama işlemleri yapılmaktadır. Gözlem altına alma ve ceza sorumluluğu değerlendirmesi, koruma-tedavi kararı, ceza tehiri kararı ve Türk Medeni Kanunu (TMK) 432 uyarınca zorunlu yatış/tedavi gibi adli yargı makamlarınca gönderilen hastaların ve herhangi bir sağlık kuruluşundan psikiyatrik hastalığı nedeniyle yatarak tedavi olması yönünde sağlık kurulu raporu düzenlenen hastaların yatış ve tedavi işlemleri yapılmaktadır.

YGAP Hastanelerin ülkemizde henüz beş yıllık geçmişi vardır. Hem meslektaşlarımız tarafından hem de adli yargı makamları tarafından halen YGAP Hastanelerinin hizmet alanları yeterince bilinmemektedir. Hakkında herhangi bir adli yargı merci kararı olmamasına rağmen hastalık şiddetine göre gönderilen hastalara, huzurevi/bakımevi/çocuk esirgeme kurumu/kadın sığınma evi gibi yerlerde kalması gerekirken gönderilen hastalara, vesayet/ailenin korunması/denetimli serbestlik gibi hukuki süreci nedeniyle gönderilen hastalara YGAP Hastanelerinde bir işlem yapılamayacağı için duruma göre tedavilerin aksaması, hukukun tecellisinin gecikmesi, hastaların sevk işlemleri için görevlendirilen personel ve yapılan harcamalar nedeniyle iş gücü kaybı/maddi kayıp ve benzeri pek çok sorun ortaya çıkabilmektedir.

Bu gerekçelerle YGAP Hastanelerinin hizmet verdiği hasta gruplarının bilinmesi kadar hangi hasta gruplarını kabul edemediğinin konuşulması ve tekrar tekrar vurgulanması da son derece önem arz etmektedir.



**KAYNAKLAR:**

1. M. Can GER, Ahmet TÜRKCAN, (2014), Tutuklular ve Hükümlülerle İlgili Adli Psikiyatri Uygulamaları, Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu, 2. Baskı, Cilt 5, Niyazi UYGUR, Ankara, TPD, S.125,126
2. Hasan Tahsin GÖKCAN, Mustafa ARTUÇ, (2021), Türk Ceza Kanunu, 6. Baskı, Ankara, Adalet Yayınevi, s.313,314



## **Borderline Kişilik Bozukluğu ile Duygudurum Bozuklukları Birlikteliği Birsen Şentürk Pılan**

*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı*

Bipolar Bozukluk (BB) ile Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) arasındaki ayırıcı tanı, iki bozukluk arasındaki eşlik eden semptomların yüksek sıklığı ve örtüşmesi nedeniyle genellikle zordur. BB ve BKB yaygınlığı sırasıyla %21,6 ve %18,5 bulunmuştur.

BKB'nin BB spektrumunun bir parçası olarak kabul edilip edilmeyeceği konusunda devam eden tartışmalar vardır. Literatürde sıklıkla belirtilen ortak özellikler; duygusal dengesizlik, dürtüsellik, sorunlu ilişkiler, dikkat dağınıklığı, sinirlilik, intihar eğilimi, düşünce uçuşması ve çocukluk çağı sıkıntılarıdır.

Bipolar depresyonu olan genç yetişkinler, tek kutuplu depresyonu olanlara göre önemli ölçüde daha yüksek düzeyde borderline kişilik patolojisi sergiler.

Duygudurum Bozuklukları ve BKB karmaşık etkileşimi hakkındaki bilgimizi artırmak için, risk altındaki popülasyonlarda birden fazla değişkeni eş zamanlı olarak inceleyerek ileriye dönük çalışmalara ihtiyaç vardır.

### **Kaynaklar:**

1. Baryshnikov, I., Aaltonen, K., Koivisto, M., Näätänen, P., Karpov, B., Melartin, T., Isometsä, E. (2015). Differences and overlap in self-reported symptoms of bipolar disorder and borderline personality disorder. *European Psychiatry*, 30(8), 914–919. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.08.002>.
2. Fornaro, M., Orsolini, L., Marini, S., De Berardis, D., Perna, G., Valchera, A., Stubbs, B. (2016). The prevalence and predictors of bipolar and borderline personality disorders comorbidity: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 195, 105–118. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.040>.
3. Akiskal, H. S. (2004). Demystifying borderline personality: Critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(6), 401–407. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00461.x>.



## **Çocukluktan Genç Yetişkinliğe Kendine Zarar Verme Davranışı ve İntihar Bürge Kabukçu Başay**

*Pamukkale Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı*

Kendine zarar verme davranışı (KZVD), intihar niyeti olmaksızın kasıtlı olarak kendine zarar verme olarak tanımlanmıştır. Emosyonel regülasyon güçlükleri, dürtü denetim sorunları KZVD'nin kökenindeki önemli etkenlerdendir. Kendine zarar verme davranışı işlevleri arasında en çok vurgulanan "afekt regülasyonu" ve "kendini cezalandırma" bunun bir yansımasıdır (Klonsky ve ark. 2014). KZVD, klinik olarak birbirinden çok farklı şiddet ve görünümelerde ortaya çıkmaktadır. KZVD'si olan gençlerin bir kısmı davranışı uzun zaman sürdürüp, davranışın daha ağır formlarına (kendini kesme, yakma gibi) yönelmekte, bu durumu kişilik yapılanmasına entegre ederek KZVD'yi yetişkinlik hayatına taşımaktadır (Klonsky ve ark. 2014). Bu kişilerin, davranışın otonom işlevlerini daha sık kullandığı, intihar açısından daha yoğun risk altında olduğu ve daha fazla oranda psikopatolojiye sahip olduğu belirtilmektedir. Bazı gençler ise davranışı döneme özgü gerçekleştirmekte ve ileri ergenlik yıllarında sonlandırmaktadır; bu gençler sıklıkla ergenlik dönemine özgü dönemsel güçlükler yaşayıp, davranışın sosyal işlevlerini daha sık kullanan bireylerdir (Klonsky ve ark. 2014, Kabukçu Başay B ve Somer O 2018).

Yazında, KZVD ve intihar girişiminin farklı amaçlar taşıdığı belirtilmiştir ve bu iki kavramı birbirinden ayırt etmenin önemi vurgulanmıştır; bu iki grubu birbirinden ayırt etmeyen çalışmaların önemli bulguları saptırabileceği ve KZVD'nin işlevlerini açıklama yönelik bilgiyi gizleyebileceği belirtilmiştir. Bununla birlikte, kendine zarar verme davranışları ve intihar girişimi arasında karmaşık bir ilişki vardır. Bu ilişki yalnızca klinik ortamlarda değil, toplum temelli çalışmalarda da ortaya konmuştur. "İntiharı önleme" kendine zarar verme davranışı işlevleri arasında yer almaktadır (daha ürkütücü bir girişim yerine daha kabul edilir bir davranışa yönelme). Bir diğer yandan KZVD'si olan kişilerde intihar davranışında bulunma riskinin artmış olduğu belirtilmiştir (Kabukçu Başay ve Somer 2018). Joiner (2005) bu konudaki hipotezinde, kendine zarar veren bireyin, buna bir süre sonra alıştığını ve ağrı duygusunun azaldığını; böylece daha korkutucu bir eylem olan intihar için cesaret ve motivasyonun arttığını öne sürmüştür; bu nedenle, kendini yaralamanın intiharın bir öncülü olabileceğini savunmuştur. Kendini yaralayan kişilerin % 50-75'inin, daha sonraki bir zaman diliminde intihar girişiminde bulunabildiği belirtilmiştir (Joiner 2005). Bu sunumda gençlikten yetişkinliğe KZVD ve intihar davranışının ilişkisi ele alınacak ve her iki davranışla ilişkili durumlar gözden geçirilecektir.

1. Klonsky ED, Victor SE, Saffer BY (2014) Nonsuicidal selfinjury: what we know, and what we need to know. *Can J Psychiatry* 59 (11): 565-68.
2. Kabukçu Başay B, Somer O (2018). Ergenlerde Kendine Zarar Verme Davranışı, Ergenlik Dönemi ve Ruhsal Bozukluklar, 1. Baskı, Bildik T (Ed), Ankara, Türkiye Klinikleri, s. 277-86.
3. Joiner, T.E., (2005). Why people die by suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press.



**Borderline Kişilik Bozukluğunda Alkol ve Madde Bağımlılığı**  
**Ömer Başay**

*Pamukkale Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı*

Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB), genç erişkinlik döneminde başlayan, aşırı dürtüsellik, duygulanımda ve kişiler arası ilişkilerde dengesizlik, benlik algısında yetersizlik ve terkedilmeye karşı aşırı hassasiyet ile karakterize bir bozukluktur (APA 2013). Çalışmalardan elde edilen sonuçlar, BKB'li kişilerin yaklaşık yarısında en az bir mevcut madde kullanım bozukluğu (MKB) olduğunu göstermiştir. En yaygın olanı alkol kullanım bozukluklarıdır (AKB). Mevcut bir MKB'si olanların yaklaşık %25'i aynı zamanda BKB kriterlerini de karşılar (Trull ve ark.,2018).

Çeşitli modeller BKB ile AKB ve MKB arasındaki ilişkiyi açıklamaya çalışır. Predispozisyon modeli Borderline Kişilik Bozukluğu özelliklerinin AKB ve MKB gelişimine zemin hazırladığını iddia eder. Patoplasti modeli ise BKB özelliklerinin var olan AKB ve MKB'yi etkileyerek, şiddetini, gidişatını ve tedaviye yanıtını etkilediğini vurgular. Ortak neden modeli ise duygu düzenleme bozukluğu veya disinhibisyon gibi üçüncü bir değişkenin, BKB ile AKB ve MKB arasındaki komorbiditeyi açıkladığını öne sürer. Bu modellerin her biri bağımsız olarak BKB ile alkol madde kullanım bozuklukları ilişkisini açıklayabilirken, aynı anda tüm modellerin çalışabileceği de düşünülmelidir (Bornovalova ve ark., 2018).

Ortak neden modelini açıklayan çok sayıda çalışma mevcuttur ve bu çalışmalar BKB özelliklerinin ve komorbid AKB ve MKB semptomlarının, kısmen ortak impulsivite, emosyon regülasyonu ve ödül işleme sistemlerindeki bozuk nörobiyolojik etkilerden kaynaklandığını ileri sürmüştür. Yine AKB ve MKB olanlarda BKB'nin tedaviye uyumu bozduğu ve relaps riskini artırdığına dair çalışmalar vardır (Bornovalova ve ark.,2018).

Borderline Kişilik Bozukluğu ile AKB ve MKB'nin birlikte ortaya çıkışını incelemek, bu bozuklukların altında yatan faktörlerin daha iyi anlaşılmasına, ortak etiyoloji, tedavi ve klinik seyrin değerlendirilmesine yol gösterebilir. Bununla birlikte çalışmalardaki metodolojik sorunlar ve bu açıklayıcı modellerin eksik yanlarını da akılda tutmak gelecekte yapılacak çalışmalar için önemlidir.

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Trull, T. J., Freeman, L. K., Vebares, T. J., Choate, A. M., Helle, A. C., & Wycoff, A. M. (2018). Borderline personality disorder and substance use disorders: an updated review. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 5(1), 1-12.
3. Bornovalova, M. A., Verhulst, B., Webber, T., McGue, M., Iacono, W. G., & Hicks, B. M. (2018). Genetic and environmental influences on the codevelopment among borderline personality disorder traits, major depression symptoms, and substance use disorder symptoms from adolescence to young adulthood. *Development and psychopathology*, 30(1), 49-65.





## Afetler Sonrası Akut Süreçte Tablolar

### Mine Ergelen

*Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Doğal ve insan kaynaklı afetler yaralanmalara, can kayıplarına ve ciddi ruhsal sıkıntılara yol açarak hem bireysel hem de kolektif travmaya neden olmaktadır. Etkilenen kişiler alkol, madde ve reçeteli ilaçları kötüye kullanarak uyumsuz başa çıkma davranışları gösterebilirler (1). Araştırmalar, bu tür afetler sonrası erken ve uzun dönemde anksiyete ve depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, alkol, madde ve ilaçların kötüye kullanımı riskinin yüksek olduğunu ve bu durumun travmatik olayın ardından çok uzun süre devam edebileceğini göstermektedir (2). Travma ve stresin ruhsal etkileri, sosyal ilişkilerde kopukluk, izolasyon ve ruhsal sıkıntılar için tedaviye başvurma ya da sürdürmedeki güçlükler afetler sırasında ve sonrasında alkol ve madde kullanım bozukluklarının (AMKB) gelişmesi açısından önemli risk faktörleridir (1-3).

Kitlesel travmalara maruz kalan popülasyonlarda yapılan birçok çalışmada alkol ve madde kullanım kalıpları ve yaygınlığı incelenmiştir (1). Riskli gruplar arasında daha önce travmatik olaylara maruz kalmış ergenler, sürekli olarak afetlere maruz kalan bölgelerde yaşayanlar ve etnik azınlıklar yer almaktadır (2). Doğal ve insan kaynaklı afetlerin ardından alkol, marihuana, tütün, reçeteli ilaçlar ve opioid kullanımında, nökslerde ve ayakta tedavi programlarını bırakma oranlarında artışlar saptanmıştır (1,3). Alkol ve madde kullanımının artması ile motorlu taşıt kazaları, riskli cinsel davranışlar ve aile içi şiddet gibi riskli davranışların da arttığı bildirilmiştir (1).

Doğal afetler sonrasında AMKB tanılı kişiler alkol ve madde kullanımını birden kesmek zorunda kalabilir ve aniden yoksunluğa girebilirler. Aynı zamanda mevcut AMKB tedavileri (benzodiazepin, metadon, buprenorfin/ nalokson) yarıda kalabileceği için hastalar tekrar alkol ve madde kullanmaya başlayabilirler (1,3). Alkol ve benzodiazepinlerin çekilmesi otonomik instabilite, epileptik nöbet ve deliryum tremens gibi yaşamı tehdit edici durumlara yol açabilir (1). Değerlendirme yapılırken alkol, madde ve ilaç kullanım öyküsü, yoksunluk belirtileri, riskli durumlar, ek fiziksel ve ruhsal hastalıklar ele alınmalı ve tedavi, hastanın ihtiyaçlarına göre ayakta veya yatarak tedavi şeklinde bireyselleştirilmelidir.

### Kaynaklar

1. Başterzi, A. D., Yılmaz, B., & Yüksel, Ş. (2021). Kitlesel travmalar ve afetlerde ruhsal hastalıkları önleme, müdahale ve sağaltım kılavuzu.
2. Schiff, M., & Fang, L. (2016). Adolescents' exposure to disasters and substance use. *Current psychiatry reports*, 18, 1-6.
3. McCann-Pineo, M., Taioli, E., & Schwartz, R. M. (2021). Exposure to Hurricane Sandy and risk of opioid abuse. *Substance Use & Misuse*, 56(8), 1241-1245.



**Uzun Süreli Etkiler-Komorbiditeler**  
**Salih Cihat Paltun**  
*Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Travmaya maruziyet sonrası farklı ruhsal sorunlar ortaya çıkabilir. Uzun dönemde bu ruhsal sorunların başında travma sonrası stres bozukluğu gelmektedir. Travma sonrası stres bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu sıklıkla birlikte ortaya çıkar. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir epidemiyolojik çalışmada, travma sonrası stres bozukluğu olan kişiler arasında madde kullanım bozukluğunun tahmini prevalansı %46'dır (1). İnsan kaynaklı veya doğal afetler ya da terörizm sonrasında bireyler arasında madde kullanımında artışa dair kanıtlar mevcuttur; bu da travmatik stres etkenlerine maruz kalmanın daha sonraki madde kullanım bozukluğu tanısı için bir risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir (2,3,4).

Travma ve alkol-madde kullanım bozukluğu arasındaki ilişkiyi açıklamak için önerilen teorilerden biri, bazı kişilerin travmadan kaynaklanan semptomları hafifletmek veya kendi kendini tedavi etmek için maddelerin psikofarmakolojik etkisini kullanmasıdır. Maddeler olumsuz ruhsal belirtileri kendi kendine tedavi etmek için kullanılabilirken belirtilerle başa çıkmak için madde kullanımı afektif disregülasyonu ve disforik ruh halini şiddetlendirir; böylece kendi kendine madde alma isteğini artırarak kısır bir döngüye yol açabilir.

Madde kullanım bozuklukları ve eşlik eden hastalıkları olan bireyler daha fazla tıbbi, mali ve sosyal soruna sahip olup; bu da daha karmaşık klinik görünümlere, daha fazla işlevsel bozulmaya ve daha kötü tedavi sonuçlarına neden olur (5). Travma sonrası görülebilecek ruhsal sorunlar travma sonrası stres bozukluğu varlığında gözden kaçabilmektedir. Bu sorunların gözden kaçmaması için depresyon, anksiyete bozuklukları, psikotik bozukluklar ve yas açısından bireyler ayrıca değerlendirilmelidir.

**Kaynaklar:**

1. Pietrzak RH, Goldstein RB, Southwick SM, Grant BF. Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from wave 2 of the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *J Anxiety Disord.* 2011;25(3):456–65.
2. Flory K, Hankin BL, Kloos B, Cheely C, Turecki G. Alcohol and cigarette use and misuse among Hurricane Katrina survivors: Psychosocial risk and protective factors. *Subst Use Misuse.* 2009;44(12):1711–1724.
3. Stewart SH, Mitchell TL, Wright KD, Loba P. The relations of PTSD symptoms to alcohol use and coping drinking in volunteers who responded to the Swissair Flight 111 airline disaster. *Journal of Anxiety Disorders.* 2004;18(1):51–68.
4. DiMaggio C, Galea S, Li G. Substance use and misuse in the aftermath of terrorism. A Bayesian meta-analysis. *Addiction* 2009;104:894–904.
5. McCarthy E, Petrakis I. Epidemiology and management of alcohol dependence in individuals with post-traumatic stress disorder. *CNS Drugs.* 2010;24:997–1007



## Travmada Sanat ve Sanatla Terapinin Onarıcı Gücü

### Aslı Sarandöl

*Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı*

Kişiyi korkutan, dehşete düşüren, çaresizlik yaratan çoğu kez olağan dışı ve beklenmedik olayların yol açtığı etkilere ruhsal travma denir. Travmatik olayları kişiler bazen kendileri yaşayabilir ya da bu olaylara tanıklık edebilirler. Savaşlar, doğal afetler, kazalar gibi olaylar yıkıcı sonuçları olabilen travmatik yaşantılardır. Travma sonrası yaşanan ruhsal süreçlerle ilişkili birçok psikoterapötik yaklaşım geliştirilmiş ve halen de yeni yöntemler gelişmeye devam etmektedir. Sanatın dışavurum amaçlı kullanıldığı psikoterapi yöntemleri de bu alanda tercih edilebilmektedir. Sanatla terapi özellikle kendi duygu ve düşüncelerini sözel olarak ifade etmede güçlük yaşayan bireylerde etkili olan, bilinç ve bilinçdışı süreçleri arasında bağlantı kurmayı kolaylaştıran, bireyin kendisini fark edip ortaya koymasına olanak sağlamakta etkili bir yöntemdir. Travmatik yaşantılar sonucunda yoğun duygular yaşayan bireylerin duygularını sözel olarak ifade etmede güçlük yaşadıkları, sanat terapisinin bu bireylerin kendilerini ifade etmelerine olanak sağladığı belirtilmektedir. Sanatın dışavurum amaçlı kullanıldığı psikoterapi yöntemleriyle hastanın kendi iç dünyasına, travmatik yaşantılarına ve daha pek çok ruhsal ve zihinsel malzemeye ulaşıp çalışılabilir. Ortaya çıkan sanatsal eylem veya nesne, iç dünyanın simgeleşen dışavurumlarıdır ve üzerine konuşulabilir bir malzemedir. Hasta ortaya çıkan şeyin kendisine çağrıştırdığı duygu düşünce ve eylemler hakkında konuşur, kendi benliğini işgal eden yüklerin farkına varır. Travmatik anıların söz yoluyla çıkışı kolay değildir. Bazen kağıt üzerindeki bir leke, şekli belirgin olmayan bir figür, bir renk, hastanın geçmişe ait bir yaşantısını hatırlayıp anlatmasına yol açar. Öfke, korku ve şiddet de içerebilen bu anılar; renkler, biçimler, ritimler, tınılar, ezgiler yolu ile dışavurum ve boşalım fırsatı verir. Sanat, hastanın kendisi ve başkalarıyla güvenli ve dolaylı bir bağlantı yolu sunan arabulucu olarak kabul edilir. Aynı zamanda sanat öğelerini oluşturma süreci ve bu süreçle ilgili paylaşımlarda bulunmak başlı başına tedavi edici bir etkiye sahiptir. Bu çalışma grubunda öncelikle deprem gibi doğal afetler sonrası gelişebilecek ruhsal travma, yas süreçleri, uygulanabilecek sanat terapisi yöntemleri üzerinde durulacaktır. Katılımcıların kendi deneyimlediği öncelikle beden odaklı ve farklı sanat terapisi yöntemleriyle uygulamalar yapılacaktır.

1. Sarandöl, A., Akkaya, C., Eracar, N., ve Kırılı, S. (2013). Şizofreni hastaları ve yakınlarıyla yapılan sanatla terapinin hastalık belirtileri, bireysel ve toplumsal beceriler üzerine etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(4), 333- 339.
2. Schouten, K. A., de Niet, G. J., Knipscheer, J. W., Kleber, R. J., & Hutschemaekers, G. J. (2015). The effectiveness of art therapy in the treatment of traumatized adults: a systematic review on art therapy and trauma. *Trauma, violence, & abuse*, 16(2), 220-228 (Patterson 2007).
3. Eracar N. Sözden Öte. Sanatla terapi ve yaratıcılık, 3 P yayınları, İstanbul; 2013.s. 91-7.



### **Gölgede Kalanlar: Nadir Rastlanan Cinsel Sorunlar**

**Naz Berfu Akbaş**

*Yeditepe Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul*

**Sexsomnia:** Bir çeşit parasomnia olan sexsomnia de kişiler uyku esnasında standart cinsel davranışlarının dışında cinsel davranışlar gösterirler ve sonrasında bunu hatırlamazlar.

**Sürekli Genital Uyarılma Bozukluğu:**

Herhangi bir cinsel istek olmadan sürekli bir şekilde genital uyarılmanın ve orgazmların yaşandığı durumdur. Hastalar bu durumdan ağır bir rahatsızlık ve utanma yaşarlar.

**Postorgazmik Hastalık:** İlişki ya da mastürbasyon sonrası dakikalar içinde başlayan, 2 ila 7 güne kadar sürebilen, üst solunum yolu enfeksiyonu belirtileri, kas ağrıları, aşırı halsizlik ve yorgunluk belirtileriyle seyreden bir durumdur. Sebebi halen netleştirilememiştir.

**Squirting:** Kadınlarda orgazm esnasında görülen, üretradan fışkıran aşırı derecede sıvının yaşandığı durumdur. Etiyolojisi halen tartışmalıdır.

**Cinsel Aktiviteyle Görülen Başağrısı:** Etiyolojisi tanımlanamayan migren benzeri ağrılardır. Cinsel uyarılma sırasında, orgazm esnasında ya da orgazm sonrasında ortaya çıkabilir.

**Kaynaklar:**

1. Pease ER, Ziegelmann M, Vencill JA, Kok SN, Collins CS, Betcher HK. Persistent Genital Arousal Disorder (PGAD): A Clinical Review and Case Series in Support of Multidisciplinary Management(2022) Sex Med Rev. 10(1):53-70. doi: 10.1016/j.sxmr.2021.05.001. PMID: 34362711.
2. Zizzo J, F Sávio L, Ramasamy R, F N Lima T.(2023) Postorgasmic Illness Syndrome: An Update. Eur Urol Focus. Jan;9(1):22-24. doi: 10.1016/j.euf.2022.09.016. PMID: 36283946.
3. Arias-Castillo L, García L, García-Perdomo HA. The complexity of female orgasm and ejaculation(2023) Arch Gynecol Obstet. Aug;308(2):427-434. doi: 10.1007/s00404-022-06810-y. PMID: 36208324.



**Cinselliğin Geleceği: Prangalardan Kurtulmanın Azizliği/Acizliği**  
**Rümeysa Taşdelen**  
*Serbest Hekim*

Cinsellik insanın hayatı boyunca devam eden, sadece bedensel değil, sevgi, yakınlık, destek ve yaşam doyumu gibi ruhsal ihtiyaçları da içeren, kişiler arası iletişimi zenginleştiren yaşamın ayrılmaz bir parçasıdır. Temelde bireyin bedensel duyularına ve dürtülerine dayanan cinsellik deneyimi, toplumların değer yargılarının belirlediği cinselliğe ilişkin düşünce ve tutumlardan etkilenmektedir. Avcı toplayıcı insanların mağaralara, Antik Yunan medeniyetinde vazolar ve kabartmalara, Mısırda piramitlerin duvarlarına, Ortaçağ Avrupasının tablolarına resmedilen cinselliğin tarih boyunca konuşulamayan ama gizli ve örtük şekilde ifade edildiğini biliyoruz. Bugün bile kapsamlı olarak konuşulamayan cinsellik kişilerin doğru bilgiye ulaşamamasına, cinsellikle ilgili birçok yanlış inancın pekişerek farklı cinsel sorunların ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Günümüzde gelişen teknolojiyle beraber bilgiye ulaşmanın en hızlı ve kolay yolu haline gelen internet, hayatımızda radikal değişikliklere yol açmıştır. Pek çok alanda olduğu gibi artan talebe uygun olarak internette cinsellikle ilgili pornografik materyal, cinsel içerikli mesajlaşma, cinsel eş bulan uygulamalar ve çevrimiçi seks gibi pek çok seçenek sunulmaktadır. İnternette yaşanan cinsellik erişilebilir, uygun fiyatlı, anonim ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı güvenilir olma gibi avantajlarla, özellikle pandemi sürecindeki sosyal izolasyonla birlikte giderek artmıştır. Öyle ki bir dijital erotik içerik platformu olan OnlyFans 2020'nin Mart ve Nisan aylarında kullanıcı kayıtlarında %75'lik bir artış göstermiş ve pandemi sırasında geliri %500'den fazla artmıştır (1). Wery ve Billieux (2016) Belçika'da 434 erkekle yaptıkları çalışmada çevrimiçi cinsel aktiviteye ayrılan sürenin ortalama haftada üç saat olduğu, farklı bir çalışmada erkeklerin %29,5'i günde en az bir kez pornografiyi izlediği bildirilmiştir (2, 3). Hızla dijitalleşen dünyada cinsellikle ilgili yanlış bilgi ile dolu internetin erişilebilirliği, denetimsizliği ve yaygın kullanımı giderek birçok yeni sorunu gündeme getirmektedir. ICD-11'de kompulsif cinsel davranış bozukluğu olarak tanımlanan seks bağımlılığı, dijital cinsel şiddetin ve suçların yaygınlaşması, cinsel işlev bozuklukları ve marital sorunlar bunlardan bazılarıdır. Ruh sağlığı çalışanları olarak giderek farklı cinsel sorunlarla başvuran hastalarımızı anlayabilmek ve tedavi edebilmek için değişen dünyaya uyum sağlamak zorundayız. Bu bağlamda panelimizde her geçen gün gelişen teknolojinin ve yaygınlaşan sanal dünyanın verdiği sınırsız özgürlükler yanında kişileri aciz bırakan cinsel sorunlar tartışılacaktır.

**Kaynaklar:**

- 1.Lippmann M, Lawlor N, Leistner CE. Learning on OnlyFans: User Perspectives on Knowledge and Skills Acquired on the Platform. *Sex Cult.* 2023 Jan 9;1-21. doi: 10.1007/s12119-022-10060-0
- 2.Wery A, Billieux J. Online Sexual Activities: An Exploratory Study of Problematic and Non-Problematic Usage Patterns in A Sample of Men. *Comput Human Behav* 2016;56:257–66.
- 3.Downing MJ, Schrimshaw EW, Scheinmann R, Antebi Gruszka N, Hirshfield S. Sexually explicit media use by sexual identity: a comparative analysis of gay, bisexual and heterosexual men in the United States. *Arch Sex Behav* 2017;46:1762–76



### Sinirbilimden Psikanalize Katkılar

Gonca Aşut

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

Hem psikanaliz ve hem de sinirbilim, insan zihni ve davranışlarını anlama çabasıdır. Psikanaliz ve sinirbilim araştırmaları yıllarca birbirinden çok farklı çerçevelerde ilerlemiş, iki alan arasında anlamlı bir etkileşim ancak yakın sayılabilecek bir tarihte filizlenmiştir. Nöropsikanaliz, psikodinamik psikoterapilerin zihinsel süreçleri anlamak için sağladığı teorik çerçeve ile sinirbilim araştırmalarının sağladığı somut bulguları buluşturmayı amaçlar. Bu buluşma, doğa ve kültür, biyoloji ve psikoloji ikiliklerinin bir yansıması olan beyin-zihin ikiliğinin ötesine geçerek insan zihniyle ilgili derinlemesine bir anlayışa katkıda bulunmaktadır.

Sinirbilim çalışmaları, kişiliğin hem genler hem de çevre tarafından şekillendirildiğine, davranışlarımıza yön veren merkezi sinir sisteminin hem genetik kalıplarımız hem de yaşantılarımız tarafından oluşturulduğuna ilişkin kanıtlar sunmaktadır. Bu çalışmalarda üzerinde durulan kavramlara örnek olarak "önemli öteki" kavramı verilebilir. Psikodinamik yaklaşımın temelinde yer alan kavramlardan biri olan "önemli öteki" kavramı, bireyin yaşamının erken dönemlerindeki deneyimlerinin, yaşamının ilerleyen dönemlerindeki davranışlarını ve savunma mekanizmalarını nasıl etkilediğini açıklar. Bu noktada, sinirbilimin sunduğu bulgular, psikanalizin bu deneyimlerin biyolojik temellerini nasıl açıklayabileceğini göstermektedir.

Bu konuşmada, ortak bir dil ve araştırma yöntemleri geliştirme konusunda yaşanan tüm güçlüklerle rağmen, psikanalizin ve psikodinamik psikoterapilerin sunduğu insan zihnini anlama konusundaki teorik temeller ile sinirbilim araştırmalarının sunduğu bulguların nasıl ilişkilendirildiği ve bu çerçevede sinirbilimin psikanaliz ve psikodinamik psikoterapilere katkıları nöropsikanaliz, afektif sinirbilim, sosyal bilişsel sinirbilim ve bellek ve öğrenme çalışmalarından örneklerle aktarılmaya çalışılacaktır.

1. Kandel ER (1989) Genes, nerve cells, and the remembrance of things past. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1(2): 103–25. <https://doi.org/10.1176/jnp.1.2.103>
2. Solms M, Turnbull OH (2011) What is neuropsychoanalysis?. *Neuropsychoanalysis* 13(2): 133–45. <https://doi.org/10.1080/15294145.2011.10773670>
3. Solms ML (2018) The neurobiological underpinnings of psychoanalytic theory and therapy. *Front Behav Neurosci* 12:294. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00294>



## Psikodinamik Terapinin Farmakoterapi ile Birleştirilmesi

Şeref Gülseren

Serbest Hekim

Psikanalizin ve psikotrop ilaçların bulunması, ruhsal sıkıntının anlaşılması ve tedavisinde iki radikal gelişmedir. Her iki disiplinin büyümesi, ruhsal sıkıntıyı tek başına ilaçlarla iyileştirmenin mümkün olmadığını anlaşılması ve psikanalistlerin psikoterapi ile birlikte psikotrop ilaçlar kullanması birleşik tedavilerin daha etkili olduğunun anlaşılmasına yol açmıştır. Yine de bu tedavinin monoterapiden daha iyi olup olmadığına ilişkin sorunun yanıtlanması için çok daha fazla çalışmaya gereksinim vardır.

Şimdiye kadar yapılmış olan az sayıda çalışma (çoğunlukla vaka çalışmaları, aynı zamanda klinik ve randomize kontrollü çalışmalar), psikanaliz ve ilaç kombinasyonunun, duygudurum ve anksiyete bozukluklarının tedavisinde üstün olabileceğini düşündürmektedir. Psikodinamik psikoterapi üzerine yapılan deneysel araştırmalarla bu tedavilerin genellikle depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları, yeme bozuklukları, somatik bozukluklar, bazı madde kullanım bozuklukları ve bazı karma bozukluklar için orta ile büyük etki boyutlarına sahip olduğunu ortaya konmuştur. Bununla birlikte, bu çalışmaların çoğu küçük örneklem boyutlarına sahiptir, sadece kısa süreli psikoterapileri kapsamakta ve kombinasyon tedavilerinden çok karşılaştırma çalışmaları biçimindedir.

Ruhsal hastalıkların Eksen I ve Eksen II bozuklukları şeklindeki ayrımı, eksen I bozuklukların, biyolojik temele dayandığı ve somatik tedavilerin gerektiği; Eksen II bozuklukların ise biyolojik olmaktan çok ruhsal çatışmalara dayalı oldukları ve yorumlar aracılığı ile tedavi edilebileceği gibi dualist bir beden-zihin bölünmesine yol açabilmektedir. Terapist zihin-beden ikilemini çözmedikçe bu konu ilaç kullanımı sırasında sorun olarak karşısına çıkar.

Psikodinamik psikoterapistlerin ilacın hasta ve terapi için ne anlama geldiğine dikkat etmeleri önemlidir. İlaç tedavisine yanıt vermeyen hastalarda ilacın tedavideki "kişiler arası ve anlam etkileri için önemli bir rolüne" göndermede bulunmak için "*psikodinamik psikofarmakoloji*" ifadesi önerilmiştir.

Psikodinamik psikofarmakoterapi, biyolojik psikiyatri ve psikodinamik anlayışın ve tekniğin entegrasyonunu temsil eder. Kalıcı kişilik özellikleri, farmakoterapinin hedefi olarak giderek daha fazla oranda dikkate alınmaktadır. Ancak, aktarım sorunlarının ve hastanın karakterinin veya kişilik özelliklerinin tümünün, seçim, dozaj, tolere edilebilirlik ve tedavi sonucu üzerinde genel olarak kabul edilenden daha büyük bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Psikodinamik psikofarmakoloji, ruhsal hastalığın ilaçla tedavisini düşünürken hem farmakolojik hem de psikodinamik bilgi içeren, klinik açıdan pratik ve tedavi ile ilgili karar verme konusunda önemli bir yaklaşım sunar.

Kombine tedavinin bir yönü de uygulama şeklidir. Tek kişilik tedavi modelinde aynı kişi ilaç tedavisi ve psikoterapiyi birlikte yürütürken (birleşik tedavi), iki kişilik tedavi modelinde reçete yazan kişi psikoterapistle aynı kişi değildir (ayrışık tedavi). Her iki yöntemin de kendine özgü farklı avantaj ve dezavantajları vardır.

Birleşik tedavide, tedaviler birlikte değil sıralı olarak uygulanır, terapötiklerin temel ilkelerinden birine bağlı kalınır: mümkünse bir seferde bir tedaviye başlamak. Etkili bir ilaç tedavisi, anksiyete ve depresif belirtileri yatıştırmaya yardımcı olarak hastanın daha sonra dinamik terapiye katılabilmesini kolaylaştırabilir.

Modern sinirbilim, bilinç dışı zihinsel süreçlerin nasıl çalıştığını ve olumsuz erken yaşam olaylarının yetişkin davranışını ve duygularını nasıl etkilediğini anlamamıza yardımcı olmuştur. Psikodinamik psikoterapi güçlü bir müdahale olduğundan, tanımı gereği merkezi sinir sisteminin moleküler, hücresel ve sistem biyolojisi üzerinde güçlü etkileri olmalıdır. İlaçlarla, belki de moleküler hedefler üzerinde psikoterapiden daha belirgin ama aynı zamanda daha sınırlı etkileri olan ajanlarla uyum içinde çalışıp çalışamayacağına karar vermek, klinik araştırma teknolojisinin ve sinirbilim araştırmasının kullanılmasını gerektirir. Kombinasyonun monoterapiden daha iyi olup olmadığı ve hangi spesifik hastalar için uygun olduğu açık bir soru olmaya devam etmektedir. Bugün, farmakoterapi ve psikodinamik psikoterapi konusunda bilgili olanlar da dahil olmak üzere birçok bilim insanı arasındaki iş birliğinin hem mümkün hem de potansiyel olarak oldukça anlamlı olduğu bir iklimde çalışma ayrıcalığına sahibiz.

### Kaynaklar

Drisko JW, Simmons BM (2012) The Evidence Base for Psychodynamic Psychotherapy, *Smith College Studies in Social Work* 82 (4):374-400, doi: 10.1080/00377317.2012.717014.

Gorman JM. Combining Psychodynamic Psychotherapy and Pharmacotherapy (2016) *Psychodyn Psychiatry* 44(2):183-209. doi: 10.1521/pdps.2016.44.2.183. PMID: 27200462.

Iannitelli A, Parnanzone S, Pizziconi G, Riccobono G and Pacitti F (2019) Psychodynamically Oriented Psychopharmacotherapy: Towards a Necessary Synthesis. *Front Hum Neurosci.* 13(15):1-6. doi: 10.3389/fnhum.2019.00015.



## Klozapinin Hematolojik ve Sık Gözlenen Yan Etkiler Açısından Güvenli Kullanımı

Emre Mutlu

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Şizofreni tanısı konan hastaların yaklaşık %30'u "tedaviye dirençli" tanımına uymaktadır. Klozapin, ilk sıra antipsikotiklere yanıtız bu hastalarda en etkili tedavi seçeneğidir. Bu özel hasta grubunda klozapinle tedavi yanıtının gözlenmesi 4 ay gibi uzun bir döneme ihtiyaç duyabilmektedir. Hem klozapinin başlandığı titrasyon döneminde hem de takip eden daha uzun soluklu tedavi dönemlerinde ilaç uyumunun korunması hastalar ve hekimler için klozapinden en yüksek faydayı edinmek için gereklidir. Klozapin kullanımında ilaç uyumunu en çok bozan etmenler yan etkiler (%49), ilaç uyumsuzluğu (%29.7) ve tedaviye yanıtızlık (%21.3) olarak saptanmıştır. Klozapinin yan etkileri 1) Klozapin tedavisinin erken döneminde sık gözlenen yan etkiler, 2) Klozapin tedavisinin geç döneminde sık gözlenen yan etkiler ve 3) Klozapin tedavisinin nadir [ancak ciddi] yan etkileri şeklinde üç ana başlıkta değerlendirilebilir. Sık gözlenen sedasyon, hipersalivasyon, kabızlık, nöbet ve metabolik yan etkilerle etkin bir şekilde başa çıkmak klozapin tedavisini sürdürmeyi kolaylaştıracak en etkili yollardan biridir. Ayrıca sedasyonun tromboembolizm, hipersalivasyonun pnömoni için risk oluşturması örneklerinde olduğu gibi bazı sık gözlenen yan etkiler ağır klinik tablolara yol açmaktadır. Buna karşın güncel literatürde klozapinin sık yan etkileri için verilen önerilerin kanıt düzeyinin düşük olduğu, baş etme yöntemleri için iyi yapılandırılmış araştırmalara ihtiyaç duyulduğu söylenebilir.

Agranülositoz, nötropeni, lökositöz gibi titrasyonla ilişkili olan yan etkilerin yönetiminde kullanılan tam kan sayımı gibi uygulamalarda COVID-19 pandemisi ile takip sıklığının azaltılması gibi bazı değişiklikler önerilmiştir. Buna karşın güncel çalışmalar uzun vadede klozapinin bazı hematolojik malignitelerle ilişkili olabileceğini işaret etmektedir. Bu durum araştırmacı ve klinisyenlerin klozapinin hematolojik sistem üzerindeki etkileri ve bu etkilere dair etyolojik risk faktörlerini dikkatle incelemelerini gerektirmektedir.

Klozapin tedavisinin erken dönemindeki yan etkilerin çoğu titrasyon hızı ile ilişkilendirilirken, devam döneminde gözlenen yan etkilerin çoğunun doz bağımlı olduğu görülmektedir. Agranülositozla ilgili tam kan sayımı takibi ve yavaş titrasyona rağmen, klozapin kullanan hastalarda en sık ölüm nedenlerinde pnömoni, kardiyak arrest, agranülositoz, miyokardit, kabızlık, nöbet ve senkop gibi klozapin yan etkileri ile ilişkili tablolar öne çıkmaktadır. Bu durum klozapinin "güvenli kullanımı"nın gündeme getirmektedir. Bunun için titrasyon döneminde "bireyselleştirilmiş titrasyon", tam kan sayımı ile birlikte C reaktif protein (CRP) takibi ve doz ayarlamasında serum klozapin düzeyinin kullanılması önerilebilir.

Devam döneminde ortaya çıkan yan etkilerin çoğunun doz yani konsantrasyon bağımlı olması klozapin düzeyi ölçümünü klinik uygulamada öne çıkarmaktadır. Serum klozapin ölçümü yapılamayacak durumlarda ise o hasta için etkili olduğu gözlenen en düşük terapötik dozla tedaviyi sürdürmek önerilmektedir. Enfeksiyon varlığı ve CRP yüksekliği klozapin intoksikasyonu ve pnömoni gibi mortal tablolara neden olabilmektedir. Hasta ve hasta yakınları yan etkiler ve acil durumlar hakkında bilgilendirilmeli ve ateş, enfeksiyon gibi acil durumlarda hekimine nasıl ulaşacağı konusunda bir plan çizilmelidir.

### Kaynaklar:

- 1) Üçok A, Yağcıoğlu EA, Yıldız M, ve ark. (2019) Reasons for clozapine discontinuation in patients with treatment-resistant schizophrenia. *Psychiatry Res* 275:149–154.
- 2) Anıl Yağcıoğlu AE, Mutlu E (2023) Klozapin Tedavisinin Yan Etkileri ve Klozapinin Güvenli Kullanımı. Türkiye Klozapin Konsensus Raporu, 1. Baskı, N Dilbaz (Ed) Ankara, s. 45-60.
- 3) de Leon J, Schoretsanitis G, Smith RL ve ark. (2021) An International Adult Guideline for Making Clozapine Titration Safer by Using Six Ancestry-Based Personalized Dosing Titrations, CRP, and Clozapine Levels. *Pharmacopsychiatry* 55(2):73-86.





**6 Şubat Depremlerinden Sonra Psikiyatri Uzmanlık Eğitiminde Neler Değişti?**  
**Özge Şahmelikoğlu Onur**

*İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Bu konuşmada TPD Yeterlilik Kurulu Eğitim Programları Geliştirme Alt Kurulu (EPGAK) olarak Asistan Hekim Komitesinin (AHK) ve Merkez Yönetim Kurulunun (MYK) desteğiyle, 6 Şubat depremleri ve artçıların, deprem bölgesindeki psikiyatri uzmanlık öğrencilerine ve eğitim süreçlerine etkilerini eğitimlerinde hangi ihtiyaçların sebat ettiğini ve hangi yeni ihtiyaçların doğduğunu saptamayı amaçladığımız anket çalışmasının verileri ele alınacaktır.



## Günümüzde Psikiyatri Asistanlarının Uzmanlık Eğitimi Deneyimi

### Uğur Takım

*Erzurum Şehir Hastanesi*

Psikiyatri uzmanlık eğitiminde değişen zamanlarda ihtiyaçların güncellenmesi ve ulusal eğitim standartlarının geliştirilmesi ihtiyacı kaçınılmaz olduğundan, ülkemizde halen yürürlükte olan çekirdek eğitim müfredatının uygulanması konusundaki aksaklıkların ve engellerin tespiti ve bu konuda güncel olarak neler yapılabileceğini belirlemek amacıyla Türkiye Psikiyatri Derneği - Eğitim Programlarını Geliştirme Alt Kurulu-Asistan Hekim Komitesi, TPD-Merkez Yönetim Kurulu ile işbirliği içinde Türkiye’de uzmanlık eğitimini değerlendirmeye yönelik bir anket hazırlamıştır. Türkiye’de uzmanlık eğitiminin içeriği, süresi, uygulanma koşulları gibi niteliklerin değerlendirileceği bu anketin hem bugüne hem de yarına ışık tutacağını umud ediyoruz. Toplanacak verilerle eğitimde niteliğin yükseltilmesi yönündeki çalışmalarımızın güç kazanacağına inanıyoruz. Anket çalışmasına halen asistan olarak çalışmakta olan tüm meslektaşlarımız davet edilmiş ve yaklaşık 40 farklı ilden mevcut asistanların yaklaşık üçte birine ulaşılmıştır. Günümüzde psikiyatri asistanlarının uzmanlık eğitim deneyimi anket verileri üzerinden kapsamlı olarak değerlendirilecektir.



**DSİ Kamp Modeli ve Deprem Sonrası Geçici Barınma Merkezlerinde Yetişkinlere Yönelik Koruyucu Ruh Sağlığı Çalışmaları**  
**Çiğdem Cura Yaygın**  
*Serbest Hekim, İzmir*

Deprem felaketinin ardından oluşturulan DSİ (Devlet Su İşleri) Ürkmez Geçici Barınma Merkezi, depremzedelerin acil barınma ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla kurulmuştur. Bu çalışma Türkiye Psikiyatri Derneği İzmir Şubesi tarafından psikososyal destek hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Çalışmamızın ilk adımında, resmi kurumlardan gönüllü çalışma izni aldık. Ardından merkezin ihtiyaçlarını anlamak amacıyla kurum yetkilileri ile görüşmeler gerçekleştirdik. Görüşmeler sonucunda, merkezdeki 290 depremzedenin fiziksel ihtiyaçlarının büyük ölçüde karşılandığı ancak psikososyal destek eksikliği yaşandığı tespit edildi. Ayrıca, merkezde çalışan personelin tükenme riski taşıdığı ve psikososyal destek almaya ihtiyaç duyduğu görüldü.

Çalışmamızın ilk aşaması, merkezde görev yapan personele yönelik bir grup oturumu düzenlemektir. Bu oturumda 16 katılımcıyla bir araya gelerek depremzedelerin akut dönem tepkileri ve deprem sonrası psikolojik tepkilerini ele aldık. Aynı zamanda katılımcıların, duygu paylaşımında bulunarak duygusal iyilik hallerini güçlendirmesi hedeflendi. Oturum sonrasında, 6 kişi bireysel görüşme talep etti ve bu görüşmeler gerçekleştirildi.

Ziyaretlerde depremzedelerle ve çalışan personel ile bireysel görüşmeler yapıldı ve gerekli yönlendirmeler sağlandı. Ayrıca, kronik psikiyatri hastalarının takibi ve düzenli ilaç kullanımının önemini vurgulayarak bu konuda bilinçlendirme yapıldı.

DSİ modelinde, görev yapan personelin iş yerindeki çalışma koşulları ve iş yükü üzerine yaptığı paylaşımlar, depremzedelerin akut tepkilerine yönelik psikoeğitim, personelin tükenmişlik sendromunu önlemeye veya geciktirmeye katkı sağlamış olabilir. Ayrıca, bu çalışmalar, merkezde yaşayan depremzedelerle ve bu bölgeye yardım amacıyla giden diğer yardım ekipleri ile personel arasında daha olumlu ilişkilerin gelişmesine katkı sağlamıştır.

Çalışmanın tek bir merkeze odaklanmış olması, yetkilerimizdeki sınırlılıklar, diğer kurumlarla olan iletişim eksikliği, psikoeğitim ve psikososyal destek hizmetlerinin sınırlı kaynaklarla yürütülmesi bazı ihtiyaçların tam olarak karşılanamamasına yol açabilir.

**Sonuçlar ve Öneriler:**

Çalışmamız, multidisipliner bir yaklaşımın benimsenmesi gerekliliğini ortaya koymuştur. Ekiplerin sorumlulukları ve sınırları net bir şekilde belirlenmelidir. Gerekli izinlerin önceden alınması ve ekiplerin dönüşümlü çalışabilecek sayıya ulaşması gereklidir. Psikiyatri hekimleri için süpervizyon gruplarının oluşturulması, gönüllü çalışanlara destek sağlayabilir ve hizmet kalitesini artırabilir. Merkezde psikososyal destek hizmetlerinin hızlandırılması ve ihtiyaca yönelik olarak sağlanması önemlidir.

Personelin tükenmişliklerini azaltmak için psikososyal destek ve eğitim programları düzenlenmelidir. Devamlılığın sağlanması amacıyla merkeze düzenli ziyaretlerde bulunulmalıdır.

Sonuç olarak, DSİ modeli adı altında yürütülen bu çalışma, merkezde çalışan personelin tükenmişliklerini önlemeye katkı sağlamış ve merkezdeki depremzedelere daha etkili yardım sağlama kapasitelerini artırmıştır. Bu çalışmaların daha fazla benimsenmesi ve uygulanması hem personelin hem de hizmet verdikleri toplulukların refahını artırabilir. Aynı zamanda bu çalışma DSİ Ürkmez Geçici Barınma Merkezi'nde depremzedelere küçük de olsa bir destek sağlamıştır. Ancak, bu sürecin daha yapılandırılmış bir modelle yönetilmesi ve uzun vadeli çözümler geliştirilmesi gerekmektedir.



**6 Şubat 2023 Kahramanmaraş Depremleri Sonrası İzmir'de Yapılan Koruyucu Ruh Sağlığı Çalışmaları ve DSİ Kampında Gerçekleştirilen Bir Çalışma Modeli**

**Mevhibe Nuray Tümüklü**

*Serbest Hekim*

6 Şubat depremleri yüzölçümü ve nüfus olarak ülkenin büyük bir bölümünü etkiledi. İzmir etkilenen şehirlere uzak olmakla birlikte, göç alan bir büyükşehir olması ve fazla sayıda otel, kamuya ait dinlenme kampı ve öğrenci yurdu barındırması nedeniyle depremler sonrasında yüksek sayıda depremden etkilenen kişinin göç ettiği bir şehir oldu. AHMB (Afetlere Hazırlık ve Müdahale Birimi ve Şube olarak deprem sonrasında İzmir'de yapılacak çalışmaları şu şekilde planladık:

- 1-Bölgede depremi yaşamış ve sonrasında İzmir'e gelmiş kişilere buldukları yerler olan geçici barınma merkezlerinde koruyucu ruh sağlığı hizmeti vermek,
- 2-Bölgede depremi yaşamış ve sonrasında İzmir'e gelmiş olan özel ve kamu sağlık kuruluşlarına tedavi için başvurma ihtiyacı olan kişileri doğru şekilde bilgilendirmek ve yönlendirmek,
- 3-İzmir'den gönüllü ya da görevli olarak deprem bölgesine giden kişilere koruyucu ve gerekirse tedavi edici ruh sağlığı hizmetleri vermek, gerekli durumlarda yönlendirmeyi sağlamak.

İlk olarak haberleşmeyi arttırmak amacıyla İzmir'de çalışan ve deprem sonrası çalışmalarda görev almak isteyen meslektaşlarımızdan oluşan bir whatsapp grubu oluşturuldu.

Daha önceki toplumsal travmalarda birlikte çalıştığımız Türk Psikologlar Derneği, TODAP (Toplumsal Dayanışma için Psikologlar Deneği), Türk PDR-Der (Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği), SHU-Der (Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği) İzmir Şubeleri ve İzmir Büyükşehir Belediyesi ile bir araya gelindi. İzmir Psikososyal Dayanışma Ağı (PSDA) olarak tanımlanan bu oluşum ile her hafta organizasyon ve eşgüdüm toplantıları düzenlendi. İzmir PSDA olarak, deprem bölgesinden İzmir'e gelen depremden etkilenen kişilerin başvurabileceği bir telefon hattı ve triyaj sistemi oluşturuldu. Tiryaj sistemi ile deneyimli psikologlar tarafından görüşülen kişilerden psikiyatrik görüşme ve tedaviye ihtiyaç duyanlar kamuda oluşturulan "Afet Polikliniği" ya da özel kurumlardaki gönüllü meslektaşlarımız tarafından değerlendirilmeye alındı.

İzmir'de çok sayıda kamuya ait kamp, öğrenci yurdu ve özel otellerde kalan deprem bölgesinden gelen kişiler koruyucu ruh sağlığı çalışmaları yapılmasını gerekli gördüğümüz için bu kurumların yönetim ve düzenlemesini yapan İzmir AFAD (T.C. İç İşleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı) İl Müdürlüğü ile görüşmeler yapıldı. Görüşmelere rağmen kısıtlı izin verilmesi nedeniyle, çok sayıda ve farklı yapılarda olan geçici barınma merkezlerinden çok azında koruyucu ruh sağlığı çalışması yapılabildi.

İzmir BB ve ilçe belediyelerine ait olan geçici barınma merkezlerinin bazılarında koruyucu ruh sağlığı çalışmaları yapıldı.

Bu çalışmalarla birlikte bölgeye giden İzmir AFAD ekibi ve İzmir BB'ne ait ekiplere bakım verenin bakımı çalışmaları yapıldı.

Panelde bu yapılan çalışmalar özetlenecek ve bundan sonraki olası afetlere hazırlık için yapılması planlanan çalışmalar ele alınacaktır.



**"Sen Bensin, Sen Mükemmelsin" Bir Anoreksiya Nervozaya Olgusu**  
**Zeynep Beyza Arpacioğlu**

*Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Psikoterapi Merkezi*

Anoreksiya Nervozaya zayıf bir bedene sahip olma arzusunun kilo vermek amacıyla kişiyi çeşitli davranışlara ittiği bir yeme bozukluğu tablosudur. Hastanın beden ağırlığı çok düşüktür ve bu durum hastanın sağlığını tehdit etmektedir. Ancak genellikle hasta bu ciddi tabloyu ilgisizlikle karşılar ve tedavi talebi yoktur (Gürdal Küey 2011). Kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir. Anormal derecede düşük vücut ağırlığı, kilo almaya ilişkin yoğun korku, vücut ağırlığı ve görünümünü algılama bozukluğu ile karakterize olan Anoreksiya Nervozada hastanın belirtileri genellikle egosintoniktir, bu nedenle hastanın şikayeti anksiyete, depresyon, yemek yeme sırasında ağrı, şişkinlik gibi bedensel rahatsızlıklardır (Klein ve Attia 2023).

Anoreksiya Nervozaya tedavisinde eğer hasta tıbbi açıdan stabil ise, hastanın suicidal düşünce ve davranışı yoksa, Anoreksiya Nervozaya belirtilerinin şiddeti ağır değilse, psikiyatrik ek tanı şiddeti ağır değilse, hastanın tedaviye ilişkin motivasyonu varsa önerilen tedaviler arasında gündüz tedavisi programları yer almaktadır. Tedavide psikoterapinin önemli bir yeri vardır. Anoreksiya nervozanın psikoterapisinde bir çok psikoterapi yöntemi denenmiş olmasına karşın herhangi bir psikoterapinin diğerine üstünlüğü kanıtlanmamıştır. Psikodinamik psikoterapi önerilen psikoterapi seçenekleri arasında yer almaktadır. Psikodinamik psikoterapi, yeme bozukluğunun hastanın iç dünyasındaki anlamlarını, belirtilerin mevcut ilişkileri üzerindeki etkilerini, hastanın terapistle olan ilişkisini ele alır ve hastaya yeme davranışları konusunda öneride bulunmaz (Yager 2023).

Anoreksiya Nervozanın psikopatolojisinde erken dönem anne-çocuk ilişkisindeki beslenme ile ilgili karşılıklı etkileşimlerin ve çocuk büyüdükçe aile-çocuk arasında oluşacak etkileşimlerin belirleyici olduğu düşünülür. Yeme davranışı bedeni denetim altında tutmanın en ilkel yoludur. Yeme bozukluğu olan ergen, bedenini denetim altında tutarken kendi gereksinimlerini de ve belki ilk nesnelere olan ebeveynlerini de denetim altında tutmaya çalışmaktadır. Giderek zayıflayan bedeni ile adetlerini durdurarak cinsiyetinin gelişimini, kadınlığını, cinsel hazzını denetim altında tutmaktadır. Bu yolla kendi cinselliğini olduğu gibi çevresini ve belki de ayrışmayı tamamlamadığı annesini de denetim altında tutmaktadır (Gürdal Küey 2011).

Bu konuşmada Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Psikoterapi Merkezi gündüz tedavisi programında takip edilen bir Anoreksiya Nervozaya olgusunun programa alınmadan önce yapılan değerlendirme görüşmesi ve grup terapisi süreçleri sunulacaktır.

**KAYNAKLAR**

Gürdal Küey A (2011) Yeme Bozuklukları. Psikanalitik Psikoterapiler, 1. Baskı, Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, s 356-9.

Klein D, Attia E (2023, Nisan 15) Anorexia nervosa in adults: Clinical features, course of illness, assessment, and diagnosis. UpToDate. 28 Eylül 2023'te <https://www.uptodate.com/contents/anorexia-nervosa-in-adults-clinical-features-course-of-illness-assessment-and-diagnosis> adresinden indirildi.

Yager J (2023) Eating disorders: Overview of prevention and treatment. UpToDate. 28 Eylül 2023'te <https://www.uptodate.com/contents/eating-disorders-overview-of-prevention-and-treatment> adresinden indirildi.



**Travmatik Durumlarda Kaynaşma ve Karışma**  
**Ali Algın Köşkdere**  
*Serbest Hekim*

Kaynaşma konusu psikanalitik yazında dürtülerin (libido ve saldırganlık) ve kendilik ve nesne ilişkisinin (anne ve bebek) arasındaki ilişkiler bağlamında değerlendirilmiştir. Kernberg, kendilik ve nesne tasarımlarının kendi içlerindeki iyi-kötü bütünleşmesi sonucunda kimliğin oluştuğunu belirtir. Bu bütünleşme sağlanamadığı ve bölmenin ruhsallığa egemen olduğu sınır durumlarda ortaya çıkan tablonun "kimlik dağılması" olduğunu belirtir. Kendilik ve nesne parçaları ve deneyimleri önce ayrıştırılıp sonra bütünleştirilemez ve kaynaşmış halde kalırlarsa bu aynı zamanda libido ve saldırganlık dürtülerinin ayrışmamış olduğunu da gösterir. Kendilik ve nesne tasarımlarındaki ve dürtülerdeki kaynaşıklık, kimlik dağılmasına neden olur. Kaynaşma, kendilik ve nesne sürekliliğini bozarken kimliğin temel özellikleri olan süreklilik ve aynılık hali oluşamaz.

Kaynaşmayı; altbenlik, benlik ve üstbenlik arasındaki etkileşimlerde de değerlendirebiliriz. Depresif nevrozda benlik ve üstbenlik arasındaki kaynaşma, sert üstbenliğin benliği yemesi ve işlevsizleştirilmesi ile sonuçlanır. Anna Freud'un tanımladığı "saldırganla özdeşleşme" kavramının tamamlayıcısı bir kavram olan "kurbanla özdeşleşme"yi Orgel tanımlamıştır. Orgel'e göre burada kurban olan ebeveynle bir özdeşleşme vardır ve birincil narsisistik kendilik ile kaynaşmış haldedir. Edilgenlik etkinliğe dönüştürülemez, saldırganla özdeşleşme yerine saldırganlık kendiliğe yöneltilir. Ayrıştırılmama ve saldırganlığın kendiliğe yöneltilmesi dürtüler baskı yarattığında benliğin gerilemesine neden olur.

Bu iki örnek benliğin ilerleyememesini, geride ve ilkel kalmasını betimler. Kaynaşmanın işlenememesi, sınırda ya da depresif bir örgütsüzlüğün sürmesine neden olmuştur. Daha güçlü ve bütünleşmiş bir benlikteki gerileme süreçleri, ayrılmış dürtü ve tasarımların kaynaşmış hale dönüşmesine neden olabilir. Bu durum, benliğin yönetiminde ve bir farkındalık ile olursa kişi süreci bir ilerleme ya da gevşeyip rahatlama niyetiyle yaşayabilir.

Winnicott, konuyu farklı bir noktadan alır. Kaynaşmanın, dağılımıya göre daha ileri bir düzey olduğunu ve annenin kucaklama işlevi ile dağılmış tasarım parçalarının kaynaştığını belirtir. Kucaklayıcı bir ilişki ve çevre ile bağlantı dağılımıyı kaynaşmaya, kaynaşmayı bütünleşmeye, bütünleşmeyi farkındalığa, ayrıştırmaya ve güce dönüştürebilmektedir.

Bu sunumda yukarıdaki kuramsal arka planı klinik örneklerle anlatacağım. Ardından travmanın, deprem travması özelinde dürtü ve tasarımlardaki kaynaşmaya geriletici etkisi üzerinde duracağım. Bu etkinin anlaşılması, hastanın anlattıklarının yorumlanması ve hastaya yönelik terapötik müdahalelerin belirlenmesi için gereklidir. Ancak bu sayede terapötik çalışma için sağlam bir zemin oluşturulabilir ve terapist kucaklama işlevini gerçekleştirebilir.

Köşkdere AA (2023, Kasım 28) Benlikteki Deprem [<http://www.bursapsikiyatri.com/makale.php?id=730>]

Orgel S (1974) Fusion with the Victim and Suicide. International Journal of Psychoanalysis 55: 531-538.

Winnicott DW (1960) The Theory of the Parent-Infant Relationship. International Journal of Psychoanalysis 41: 585-595



### **Çaresizlik ve Öteki**

**İshak Saygılı**

*İstanbul Psikoterapi Okulu*

Çaresizlik, dünyadaki deneyimimize en başından sonuna dek eşlik eden bir durum olarak düşünülebilir. Ruhsal gelişim içinde çaresizlik deneyimi Freud'un kuramında en başından beri vurgulansa da daha çok 1905 yılında bir kavram olarak gelişmeye başlar, bebeğin erken nesne seçimi üzerinde durulurken çaresizlik deneyiminde alınan yardımın sevgi ilişkisinin de temeli olduğu öne sürülür. Freud, çaresizlik deneyimini, özellikle de yaşamın erken dönemine eşlik eden halini oldukça biyolojik ve fiziksel bir etmen olarak ele alıyordu. "Ben ve O (1923)" metninde üstbenliğin gelişiminde önemli rol oynayan, biri biyolojik, diğeri psikolojik iki etmenden söz ediyordu. Çocukluktaki çaresizlik ve bağımlılığın uzun sürmesini biyolojik, fallik dönemin çıkışında, gizil dönemde ödipal kompleksin bastırılmasını ise üstbenliğin gelişimine katkı yapan psikolojik faktörler olarak ele alıyordu. Bu açıklamalardan yola çıktığımızda "öteki" fikrini pek çok açıdan gerekçelendirebilen ruhsal sistemin, neden kendine yeter olma düşlemlerine habire gerileyip durduğunu anlamak kolay değildir. "İnhibisyonlar, Semptomlar ve Anksiyete (1926)" metninde Freud, biyolojik olan çaresizlik ile onun zihinsel biçimi arasındaki ilişkiyi ele alır. Freud, bu ilintiyi kurarken bebeğin anne karnında bir nesneye sahip olmadığını altını çizer. D. W. Winnicott (1965) bu geçişin altını önemle çizen kuramcılardan birisidir. Bebeğin yeni doğduğu dönemde kendi iç dünyasını fark edişinin ertelenme çabasından ve bunun öneminden söz eder. Winnicott, başlıca bebeğin dünyaya gözlerini açtığı ve yoğun gereksinimler içerisinde olduğu döneme odaklanır ve bu dönemde bebeğin gereksinimlerinin bir isteğe dönüşmeden karşılanması gerektiğini öne sürer. Esasında tüm güçlülük bebeğin ötekine ilişkin bir tasarıma sahip olmadığı bir dönemdir ki bu Freud'un narsisizm kavramına oldukça yakındır. Narsisizmin Freudcu tasarımında libidinal akış nesneden çekilir ve benliğe aktarılır, ruhsal aygıt bir anlamda ötekisizleştirilir. Ötekinin varlığında tüm güçlü bir duyumu yeniden inşa etmek olanaksızdır, öteki belirsizliğin yuvasıdır. Çaresizliğimize derman olacak olan öteki iken, tuhaf bir yanılgı nedeniyle güçlülük duyumuna ancak ötekini yok ederek erişebileceğine dair bir yanılgı içerisinde insan. Öteki ve nesne arasında bir ilişki bir ilişki biçimi olarak yardım alma ve yardım etme ya da özette yardımlaşma üzerine yeniden düşünürken bu gerilimleri hatırlamanın yararlı olacağı düşünülmektedir.

#### Kaynaklar:

- Freud S. (1905) Three Essays on the Theory of Sexuality. Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Londra, Hogarth Press, cilt. 7, ss. 123-245
- Freud S. (1923) Ben ve O. çv: Kasap O, İstanbul, Telos Yayınevi, 2013, birinci basım.
- Freud S. (1926) Inhibitions, Symptoms and Anxiety, Standart Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, cilt 20. Londra, Hogarth Press, 1986. Ss 77-175
- D. W. Winnicott (1965) The development of capacity to concern. The Maturation Processes and the Facilitating Environment içinde, New York, International Universities Press, ss.73-83.



## Travmada Özdeşim Meral Akbıyık

*T.C. İstanbul Rumeli Üniversitesi İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, Psikoloji Bölümü*

Freud, özdeşimi (identification) başka bir kişiyle kurulan en erken duygusal bağ olarak tanımlar (1).

Anne ve bebek arasındaki sınırlarının net olmadığı dönemden başlayarak kurulan özdeşimler yoluyla kimlik oluşumu gerçekleşmektedir. Bunun yanında özdeşim ruhsal dengenin sürdürülebilmesi için kullanılan bir savunma düzeneğidir (2).

Travma ruhsal dengeyi sağlayan zarfın yırtılması ve korunmanın mümkün olmaması halidir. Kişinin nesnelere, hatta dünyanın kendisi hakkındaki en zulmedici bilinçdışı düşümler doğrulanır, nesne ile ilişki kopar (2). Bu kopukluk ancak nesne ile yeniden bağ kurmak mümkün olduğunda onarılabılır. Travma sonrası özdeşim kurabilmenin, nesne ile ilişkiyi temsil ettiğini söyleyebiliriz (3).

Travma, kişinin sembolizasyon ve düşünme yanarda gelişmiş savunma mekanizmalarını kullanabilme kapasitesine de zarar verir. Bu durumda sık kullanılan mekanizmalar bölme ve yansıtma özdeşim olmaktadır.

Bion, Melanie Klein'in yansıtma özdeşim kavramını genişleterek, bebeğin yansıttıklarının hepsinin anne tarafından kapsanması (containment) ve işlenerek bebeğe geri verilmesi sürecini tariflemiştir.

Travmatik bir kişi ile çalışan terapistin çabası da, kişiden yansıtma yoluyla gelen anlamlandırılmayan malzemeyi işleyip ona geri verebilmektir. Terapiyi alan, düşünmenin ve bağların saldırıya uğradığı travma sonrası durumda, terapist ile ilişkisini yansıtma özdeşim ile kurar ve özdeşim terapistten alabilmenin yolu olarak karşımıza çıkar. Bu bir sembolik düşünme işi değil bir eylem olarak anlaşılmalıdır (3).

Ortak toplumsal travmanın mağduru kimliğini taşıyan terapistin, sadece seans odasında değil bireysel dünyasında da aynı travmayı işleme ve yas tutma süreci, bu tedavide önemli bir unsurdur. Terapiyi alanın, yas işini sürdüren veya işleyen terapist ile özdeşim şansı olmakla birlikte, terapistin terapiyi alan ile özdeşiminin de kaçınılmaz olduğu unutulmamalıdır.

Özdeşim olarak Türkçe'ye çevrilen "identification" kelimesi, İngilizce içinde daha geniş bir çağrışım alanı sağlar. Özdeşleşme, aynılaşma yani "identical-isation" yanında; "identification" kelimesi, "identify-cation" yani tanımlama anlamını da içermektedir. Türkçe'de kimlik kelimesinin İngilizcesi de, yine bu tanımlama işini vurgular, "identity". Özdeşim, ortak travmayı paylaşan psikiyatrist-hasta ikilisi içinde, olanın "tanımlaması", tanımlanan olayı anlamlandırıp bu kimliği taşıyabilme sürecidir.

Sunumda travmaya karşı savunma olarak iyi tanıdığımız özdeşim kavramının, seans odasındaki etkinlikleri üzerinden çalışma hedeflenmektedir.

### Kaynaklar:

1. WW Meissner SJ (1970) Notes on Identification, The Psychoanalytic Quarterly, 39:4, 563-89
2. Srinath S (2002) Identificatory Processes in Trauma. Understanding Trauma, Tavistock Clinic Series: A Psychoanalytical Approach, 2. Genişletilmiş Baskı, Garland C. (Ed), London H. Karnac (Books) Ltd, s. 139-55
3. Garland C (2002) Action, Identification and Thought in Post-Traumatic States. Tavistock Clinic Series: A Psychoanalytical Approach, 2. Genişletilmiş Baskı, Garland C. (Ed), London H. Karnac (Books) Ltd, s. 199-216





**Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Bozukluğunun Erişkinlik Dönemine Aktarımı**  
**Herdem Aslan Genç**

*Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı*

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), nörogelişimsel bir rahatsızlık olarak tanımlanır ve süregelen dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri ile karakterizedir. Geleneksel olarak çocukluk dönemi ile ilişkilendirilen DEHB'nin erişkinlik döneminde de devam ettiği ve bireyin yaşamının pek çok yönünü, eğitim, iş ve sosyal ilişkiler dahil olmak üzere önemli ölçüde etkilediği bilinir. Erişkinlerde DEHB genellikle diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülür ve tek başına nadir olarak ortaya çıkar. Erişkinlikte DEHB görülme sıklığı çocukluk dönemine göre daha düşüktür ve tahmini oranlar %2,5 ile %5,0 arasında değişmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışma, DEHB'nin %6,1 oranında yaygın olduğunu göstermektedir. DEHB'li erişkinlerin çoğu genellikle dikkat eksikliği baskın alt tip belirtilerini taşır. Erişkinlerde DEHB değerlendirilirken, belirtilerin yanı sıra bireyin işlevselliği de dikkate alınmalıdır. DEHB ile ilişkilendirilen işlevsellik sorunları, genellikle çocukluk döneminde akademik ve sosyal sorunlar, beceri eksiklikleri, ergenlik döneminde düşük özsaygı, zayıf arkadaşlık ilişkileri, aile içi çatışmalar, suça yönelme, sigara içme ve madde kullanma riskleri gibi sorunlara neden olabilir. Erişkinlik döneminde ise psikolojik işlev bozuklukları, psikososyal zorluklar, psikiyatrik eş tanılar ve iş, okul ve ilişkilerde başarısızlıklar gibi sorunlar görülebilir. Bununla birlikte, DEHB'li gençlerin yetişkinlik dönemine başarılı bir şekilde geçişine yardımcı olabilecek çeşitli müdahaleler bulunmaktadır. Bu müdahaleler arasında, gençlerin başa çıkma becerilerini geliştirmelerine, özsaygılarını artırmalarına ve ilişkiler kurmalarına yardımcı olacak psikososyal müdahaleler, DEHB semptomlarını hafifletmeye yönelik ilaç tedavisi ile işlevselliğini artırıcı düzenlemelerin yapılması yer almaktadır. Özgül Öğrenme Bozukluğu (ÖÖB), okuma, yazma ve matematikle ilgili zorlukları içeren bir bozukluktur ve yetişkinlik döneminde de devam edebilir. Yetişkinlerde ÖÖB teşhisi genellikle uzmanlaşmış bir psikolog veya nöropsikolog gibi nitelikli bir profesyonel tarafından yürütülen kapsamlı bir değerlendirmeyi içerir. Erken tanı ve uygun müdahalelerin, akademik ve mesleki başarı üzerinde olumlu etkileri olduğu kanıtlanmıştır. Özgül öğrenme bozukluğu, diğer nörogelişimsel durumlarla, özellikle iletişim bozuklukları, DEHB ve kaygı ve depresyon tanıları ile yüksek oranda birliktelik gösterebilir. Zaman içinde, öğrenme zorlukları kişinin benlik algısını olumsuz etkileyebilir ve kaygı veya duygudurum bozukluklarına yol açabilir. Erişkinlerde ÖÖB'nin nasıl görüldüğü, işlevselliği nasıl etkilediği ve eşlik eden diğer bozuklukların neler olduğunun anlaşılması, uygun bir tedavi yönetimi için önemlidir. DEHB ve ÖÖB, çocukluk döneminden erişkinliğe geçerken bazı farklılıklar gösterir ve bu nedenle ergenlikten erişkinliğe geçiş sırasında belirtilerdeki değişikliklerin anlaşılması, bu bozuklukların erişkin dönemde nasıl ele alınması gerektiğini anlamamız için önemlidir.

Anahtar kelimeler: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Özgül Öğrenme Bozukluğu, Erişkin, Nörogelişimsel Bozukluklar



## Çocukluk ve Ergenlik Dönemi Anksiyete Bozukluklarının Erişkinliğe Taşındıkları

Mehtap Eroğlu

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Erişkinlik dönemi ruhsal bozuklukların çoğu, çocukluk veya ergenlikte başlar, bu da gençler arasında ruhsal bozuklukların başlangıcını ve ilerlemesini anlamının önemini vurgular. Çocuk ve ergenlerde en sık teşhis edilen ruhsal hastalık olan anksiyete bozukluğu, zamanla hem homotipik (bir bozukluğun aynı bozukluk tarafından tahmin edilmesi) hem de heterotipik (bir bozukluğun farklı bir bozukluk tarafından tahmin edilmesi) süreklilik gösterebilir. Nüfusa dayalı kanıtlar homotipik sürekliliğin ergenlikten yetişkinliğe, heterotipik süreklilikten daha yaygın olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, önceden teşhis edilmiş bir bozukluğun bilinmesi, mevcut bir bozukluğun en iyi göstergesi olabilir. Bu, tek bir hastalık sürecinin kendisini gelişimsel bağlamlarda güçlü bir şekilde ifade ettiği fikrini destekler. Ergenlik döneminde anksiyete bozukluklarının varlığı, yetişkinlikte anksiyete bozukluğu riskinin iki ile üç kat artacağını öngörmektedir. Heterotipik süreklilik, belli bozuklukların spesifik gelişimsel süreçleriyle sınırlı görünmektedir; en yaygın örnek anksiyete bozukluğu ve depresyon arasındaki seyirdir. Ergenlikteki anksiyete bozukluklarının yetişkinlikte majör depresif bozukluk başlamasını önemli ölçüde öngördüğü gösterilmiştir. Bu tür modeller, farklı bozuklukların, farklı gelişimsel bağlamlarda spesifik fenotipik ifadelerle sahip genel bir hastalık sürecini yansıttığı gibi görünmektedir. Anksiyete bozukluğu ve depresyon arasındaki heterotipik devamlılık örüntüsü, geliştiği döneme de bağlıdır. Örneğin, çocukluk çağı anksiyete bozuklukları genellikle ergenlik döneminde ortaya çıkan depresyondan önce gelir; oysa anksiyete bozukluğu ve depresyon ergenlikten yetişkinliğe çapraz tahminde bulunur. Ergenlikteki anksiyete bozukluklarının yetişkinlikte majör depresif bozukluğun başlamasını önemli ölçüde öngördüğü gösterilmiştir. Ayrıca ergenlik dönemindeki anksiyete bozukluğu sayısı ile genç yetişkinlikte depresyon görülme oranı arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada, orta ergenlik döneminde üç veya daha fazla anksiyete bozukluğu olan genç yetişkinlerin, anksiyete bozukluğu olmayan akranlarına göre iki kat daha fazla depresyon; neredeyse dört kat daha fazla madde kullanım bozukluğu tanılarında sahip oldukları belirtilmiştir. Ergenlik dönemindeki anksiyete belirtisi şiddetinin de daha sonra depresyon gelişimi üzerine etkisinin olduğu bilinmektedir. Anksiyete bozukluğu olan ve anksiyete bozukluğu geliştirme riski taşıyan pediatrik hastalarda frontolimbik devrelerde yapısal ve işlevsel değişiklikler olduğu çalışmalarda gösterilmiştir. Orbitofrontal korteks tarafından amigdalanın yukarıdan aşağıya kontrolünün bozulması, daha fazla amigdala reaktivitesine neden olmakta; daha büyük amigdala reaktivitesi de kaygı gelişimine katkıda bulunmaktadır. Çocukluk çağı anksiyete bozukluklarının nöral temelini belirlemek, bu erken başlangıçlı ve oldukça yaygın bozuklukları azaltmada kritik bir adım olan önleme programlarının geliştirilmesine rehberlik edebilir. Çocukluk ve ergenlik çağındaki ruh sağlığı ve özellikle anksiyete bozukluğu, daha sonraki yaşamda eşlik eden ruh sağlığı sorunlarının azaltılması amacıyla bir halk sağlığı önceliği olmalıdır. Anksiyete bozukluğu olan ergenlerin, yetişkinlikte genel sağlık, fiziksel ve bilişsel işlevlerin yanı sıra psikososyal işlevselliğin birçok alanında da (örneğin, eğitimde başarısızlık) önemli bozulmalar gösterdiği bildirilmiştir. Tedavi edilmemiş anksiyete bozukluklarının yetiyitimi, çocukluktan yetişkinliğe uzanan sosyal, eğitimsel, mesleki, fiziksel ve zihinsel sağlık sonuçlarındaki bozulmalar dahil olmak üzere çok yönlüdür. Anksiyete bozuklukları için risk faktörlerinin incelenmesi, risk altındaki çocukların daha erken tanılanmasına ve önleme stratejilerinin oluşturulmasına olanak tanır. Tüm bu veriler erken müdahalenin çocukluk ve ergenlik dönemindeki anksiyete bozukluğu üzerindeki önemini vurgulamaktadır.

### Kaynaklar:

1. Copeland WE, Angold A, Shanahan L, Costello EJ. Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2014; 53(1): 21-33.
2. Olino TM, Klein DN, Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Latent trajectory classes of depressive and anxiety disorders from adolescence to adulthood: descriptions of classes and associations with risk factors. *Comprehensive Psychiatry* 2010; 51(3): 224-35.
3. Woodward LJ, Fergusson DM. Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2001; 40(9): 1086-93.



## Gelişimsel Bakış Açısıyla Çocuk ve Ergenlikten Erişkinliğe Giden Yol Onur Tuğçe Poyraz Fındık

*İstanbul Sağlık ve Teknoloji Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

Son yüzyılda, erişkinliğe geçiş tanımı, evden ayrılma, ebeveyn olma, geçimini sağlama gibi olaylara odaklanmaktansa, kişinin kendi sorumluluğunu kabul etmesi ve bağımsız kararlar alması gibi psikolojik belirteçlere doğru kaymıştır. Erişkinliğe geçiş dönemi, kişinin bir yandan iş ve romantik ilişkiler gibi konularda kalıcı seçimler yaparken diğer yandan farklı olasılıkların farkında olduğu bir dönemdir. Bu farklı olasılıkları deneme, kişinin kim olduğunu, kapasitesini ve sınırlarının ne olduğunu, inançlarının ve değerlerinin neler olduğunu ve çevresiyle nasıl bir uyum içinde olduğunu fark etmesini; sonuçta bir kimlik geliştirmesini sağlar. Erişkinliğe geçiş döneminde birçok konuda farklı olasılıkları denemek, aynı zamanda bu dönemi bir “istikrarsızlık dönemi” haline getirir. Dolayısıyla bu dönem, gelişimsel açıdan, hem eski problemlerin yeni formlar aldığı, hem de yepyeni sayılabilecek meselelerin ortaya çıktığı bir dönemdir. Yaşamın birçok alanında yaşanan istikrarsızlık ve belirsizliğin ne kadarının erişkinliğe geçiş evresi için normal ne kadarının ciddi bir ruh sağlığı bozukluğunun belirtisi veya tetikleyicisi olduğunu ayırt edebilmek, klinik değerlendirmelerin temelini oluşturur. Öte yandan depresyon, madde kullanım bozuklukları gibi birçok psikiyatrik bozukluğun en yaygın görüldüğü dönem, “erişkinliğe geçiş” ile çakışır. Bu dönemde ruh sağlığı sorunlarının erken tanınması ve tedavisi, intiharın önde gelen ölüm nedenleri arasında olması nedeniyle ayrı bir önem kazanır.

Çocukluktan ergenliğe kadar bilişsel, sosyal, duygusal ve davranışsal düzeylerde farklı etkilenmeler / fenotipik özellikler ile yetişkin dönemdeki psikiyatrik bozukluklar arasında kurulan ilişkilerde olduğu gibi gelişimsel bir yaklaşım, risklerin erken saptanmasını ve destekleyici müdahalelere erken başlanmasını sağlayabilir. Ancak çocuk/ergen ve erişkin psikiyatri disiplinleri arasındaki keskin ayrımlar ve psikiyatrik bozuklukların kategorik sınıflama sistemleri gelişimsel özellikler ile psikiyatrik sorunlar arasında bağ kurmayı zorlaştırır. Koruyucu, önleyici yaklaşımlar için olduğu kadar psikiyatrik bozuklukların tedavi sürecinde de klinisyenlerin, erişkinliğe geçiş döneminde ortaya çıkan bir “belirti”nin gelişimde aksama / sapma belirtisi ve / veya atipik gelişimin neden olduğu bir sosyal-duygusal aşınmanın ürünü olup olmadığını ayırt edebilmeleri önemli olacaktır. Gelişimsel ilkeleri gözden kaçırarak yapılan tanısal ayrımlar, hastaların ihtiyacı olan tedaviye ve yaşam desteklerine ulaşımına engel olacağı gibi klinisyenlerin “zor ya da tedaviye dirençli” vaka algılarıyla çoklu ilaç kullanımına yönelmelerine ve mesleki tükenmişliğe uğramalarına neden olabilir. Psikiyatride Güncel Dergisi'nin bu yılki sayısının *genel ve güncel bakış açısıyla psikiyatride erişkinliğe geçiş* için ayrılmış olması bu ihtiyacın hem akademik gelişim hem de klinik uygulamalardaki bir tezahürü olarak düşünülebilir. Bu sunumda, psikiyatride gelişimsel bir görüşün neden önemli olduğu, erişkinliğe geçiş dönemi ekseninde sunulacaktır. Erişkinliğe geçiş döneminin sosyoekonomik belirleyicileri, cinsiyetler arası farklılıkları, intiharın risk ve koruyucu faktörleri, epigenetik değişikliklerin etkisi ve nörogelişimsel bozukluklarda psikopatoloji ile normalite kavramları arasındaki sınırlar çok boyutlu bir bakış açısı ile vaka örnekleri eşliğinde tartışılacaktır.



## Alzheimer Tedavisinde Tartışılan Diğer Hedefler Uğur Çıkrıkçılı

Son birkaç sene içerisinde immunoterapi alanında yapılan çalışmaların sonuçları klinisyenleri çok tatmin etmese de FDA tarafından iki ilacın klinik kullanımı için onay verilmişti. Bu bir taraftan ilaç firmalarının sektör üzerindeki etkisini daha yüksek sesle tartışmaya açarken diğer taraftan da mevcut ARGE çalışmalarının ve yatırımın devamını sağlamıştır. Sürmekte olan birçok Faz 3 ve Faz 4 ilaç çalışması hem tedavi ekipleri hem de hastalar ve onların yakınlarına umut olmaya devam etmektedir.

Alzheimer Hastalığı'nın tedavisi denildiğinde akıllara öncelikli olarak Asetilkolinesteraz İnhibitörleri gelse de İnflamasyon, Tau, Amiloid, Nörotransmitter ve diğer alanlarda Faz 3'de yirmi yedi, Faz 4'de sekiz adet aktif ilaç çalışması sürdürülmektedir. Bu çalışmalar ile, hem kognitif hem de davranışsal alanlarda yeni tedavi modalitelerinin yakın gelecekte klinik pratiğe girebileceğini öngörebiliriz. Yakın zamanda ajitasyon endikasyonunda FDA onayı almış olan bir başka ilacın, psikiyatri alanında devam eden diğer çalışmaların da önünü açabileceğini ve yeni endikasyon arayışlarında bulunulabileceğini düşündürmektedir.

Bu sunumda temel olarak devam eden çalışmalara ait örnekler ayrı gruplar halinde ele alınıp, çalışmaların sonuçları incelenecek ve geleceğe yönelik çıkarımlar ile tartışılacaktır.

### Kaynaklar

Adaikkan C, Tsai LH. **Gamma Entrainment: Impact on Neurocircuits, Glia, and Therapeutic Opportunities.** *Trends Neurosci.* 2020 Jan;43(1):24-41. Epub 2019 Dec 10

Arellanes IC, Choe N, Solomon V, He X, Kavin B, Martinez AE, Kono N, Buennagel DP, Hazra N, Kim G, D'Orazio LM, McCleary C, Sagare A, Zlokovic BV, Hodis HN, Mack WJ, Chui HC, Harrington MG, Braskie MN, Schneider LS, Yassine HN. **Brain delivery of supplemental docosahexaenoic acid (DHA): A randomized placebo-controlled clinical trial.** *EBioMedicine.* 2020 Sep;59:102883. Epub 2020 Jul 17

Tampi RR, Tampi DJ, Farheen SA, Adnan M, Dasarathy D. **Prazosin for the management of behavioural and psychological symptoms of dementia.** *Drugs Context.* 2022;11 Epub 2022 Jul 1

<https://www.alzforum.org/news/conference-coverage/donanemab-data-anchors-upbeat-aaic>

<https://www.alzforum.org/news/conference-coverage/amyloid-clearance-check-cognitive-benefit-um-maybe>



## Dünyada ve Türkiye'deki Geçmiş Dönem Depremlerde Kadına Yönelik Şiddete Bakış

**Ebru Toprak**

*Serbest Hekim*

Kadına yönelik şiddet, kadınlara yalnızca kadın oldukları için uygulanan ve cinsiyete dayalı ayrımcılık ile fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik açıdan zarar görmeleriyle veya acı çekmeleriyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel olan her türlü tutum ve davranışlar olarak tanımlanabilir. Depremler ve afetler sırasında ve sonrasında da kadına yönelik şiddet riski ve oranlarının artması bu konuyu önlem alınması gereken önemli bir konu haline getirir. Afetlerden zarar görebilirlik cinsiyetler arasında eşit bir dağılım göstermemekte olup; kaynaklara erişebilirlik, yetenekler ve imkânlar doğrultusunda kadın ve erkek arasında farklı bir seyir izlemektedir. Bu farklı seyir kadına yönelik şiddetin afet dönemlerinde artması açısından risk faktörlerinden olmuştur. Kadının hareket kabiliyetine getirilen kısıtlamalar, ayrımcılık; aile içi şiddete, cinsel şiddete ve cinsel tacize risk oluşturur. Doğum ve hamilelik ile ilgili faktörler; okuma-yazma oranının ve eğitim düzeyinin düşük olması; aile içindeki yaşlı, küçük ya da hasta bireylerin bakımından sorumlu olma gibi faktörler de kadınları riskli gruba sokmaktadır. Deprem sonrasındaki kaotik durumda, aileler ve mahalleler parçalandığında; kadınlar ve çocuklar insan kaçakçılığının mağdurları haline gelmişlerdir (1)

Türkiye'de afet dışı zamanlarda da şiddet, taciz, kadın cinayetlerinin verilerinin düzgün tutulmaması ile birlikte afet zamanlarına ait istatistik veriler analiz yapabilmek için yeterli değildir. Bununla birlikte; 6 Şubat 2023'te gerçekleşen ve 10 ili etkileyen depremler sonrasında kadına yönelik şiddetin arttığına dair pek çok rapor mevcuttur. Kadınların şiddetten uzaklaşmak için destek alabilecekleri mekanizmalarla ilgili var olan uygulama sorunlarının deprem nedeniyle katmerlendiğini ve bu durumun kadınların hayatlarını yeniden kurmaları ve şiddetten uzaklaşmaları önünde engel teşkil ettiği görülmektedir. (2). Mavi Kalem Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Derneği tarafından düzenlenen Afet ve Acil Durumlarda Kadın Çalıştayı'nda 1999 Marmara Depremi'nden sonra birçok kadın ve çocuk kaçırma olaylarının, kadına yönelik fiziksel, cinsel şiddet vakalarının kayda geçtiği belirtilmektedir. Marmara depremi sonrası ailelerin ekonomik kaynakların tükenmesi, kırılganlıklarının artması, ekonomik desteğin, çadır/konteyner yardımının aile reisi! olarak erkeklere yapılması; kadınların şiddete uğramasını arttıran risk etmenlerinden olmuştur. (1). Uluslararası araştırmalarda kadınların afetlerde fiziksel, cinsel, psikolojik şiddet, insan ticareti ve istismar ile karşı karşıya kaldıkları belgelenmiş durumdadır (3). Japonya'da Kobe (1995) ve Sendai (2011) depremlerinin araştırıldığı bir çalışmaya göre deprem sonrası kadınların mahramiyetinin ciddi ölçüde azaldığı, buna yönelik taciz ve içi şiddet vakalarının arttığı belirtilmektedir (3). Haiti depremi (2010) sonrası kadınlar ve kız çocukları, kaotik ve güvenli olmayan geçici kamp alanlarında cinsel şiddet ve sömürünün hedefi haline gelmiştir. Ayrıca Haiti depremi ile ilgili raporlar, kadınların yiyecek ve barınma alanları sağlamak için çoğu zaman seks ticaretine maruz kaldıklarını da göstermektedir (3).

### Kaynaklar:

1. Düzkan, A. (Ed.). (2016). Afet ve Acil Durumlarda Kadın Çalıştayı Sonuç Kitabı: 16-17 Nisan 2016. Mavi Kalem Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Derneği.
2. Depremlerden Etkilenen Bölgelerden Kadınların Şiddetten Uzaklaşma Deneyimleri Ve Destek Mekanizmaları, Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı, 2023.
3. Afetlerde Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Perspektifi ile Çıkarılması Gereken Dersler (Haiti ve Japonya Depremi Örneği) IBAD, 2022; (12): 440-461



**Deprem Süreci ve Sonrasında Kadına Yönelik Şiddette Müdahale ve Sağaltım**  
**Hasibe Rengin Güvenç**  
*Özel Balıklı Rum Vakfı Hastanesi*

Depremler, toplumu derinden etkileyen ve uzun vadeli etkileri olan kitlesel travmalardır. Ancak bu etkiler sadece fiziksel hasarla değildir. Deprem sonrasında ekonomik kayıplar, barınma sorunları ve genel yaşam stresi kişiler arası ilişkilerde gerilimi tetikleyebilir. Dünyadaki örnekler incelendiğinde afetler sonrası kadınlara yönelik şiddet davranışında artışlar saptanmıştır. Şiddet, sadece fiziksel şiddetle sınırlı değildir. Kontrol edici davranışlar, duygusal ve ekonomik baskılar da şiddetin farklı formları olarak karşımıza çıkar.

Deprem sonrasında kadına yönelik şiddeti önlemek ve müdahalede bulunabilmek adına kriz merkezlerinin kurulması ve etkinliğinin artırılması büyük öneme sahiptir. Bu merkezler, şiddet gören kadınlara sadece fiziksel sığınma sunmakla kalmaz, aynı zamanda hukuki destek ve psikolojik danışmanlık hizmetleriyle de yanlarında olur. Yaşadığımız 6 Şubat depreminden sonra kadına yönelik şiddet başvurularında azalma olduğunun söylenmesi, şiddet önleme birimlerinin etkin çalışmaması ve kişilerin ulaşma zorluklarından kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir.

Bu dönemde deprem sonrası kadına yönelik şiddet ile ilgili potansiyel riskin artacağı bilgisi bölgede çalışan gönüllüler ve depremezdelemlerle paylaşılmalı ve şiddeti önleme stratejileri geliştirilmelidir. Şiddetin zararları ve etkili müdahale yöntemleri konusunda düzenlenen kadın atölyelerin bu bilgi paylaşımı için önemli olduğu düşünülmektedir.

Ayrıca, deprem sonrası dönemde hukuki düzenlemelere de ihtiyaç duyulmaktadır. Şiddet mağdurlarının hızlı ve etkili bir şekilde hukuki yardım alabilmesi için mevzuatın ve uygulamaların gözden geçirilmesi şarttır. Afet dönemi dışındaki 'normal' zamanlarda bile kadına yönelik şiddetin ortaya çıkarılması ve yasal önlemler alınmasının önünde engeller bulunmaktadır. Deprem bu engelleri yıkmadığı gibi daha da yükseltmektedir. Afet sonrası artan kadına yönelik şiddet kalınan çadırları ya da konteynırları kadınların şiddet sarmalından çıkamadığı mekanlara dönüştürebilmektedir. Kısıtlı imkanlar evden uzaklaştırma, kolluk kuvveti talep etme, sığınaklara yerleşme gibi pek çok hakka ulaşılamamasına neden olmaktadır. Şiddetin her formuna karşı koruyucu ve önleyici mekanizmaların güçlendirilmesi, toplumun daha güvenli ve adil bir şekilde ilerlemesine yardımcı olacaktır.

Deprem gibi doğal afetlerin ardından, sadece şiddeti önlemeye yönelik değil toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasına yönelik bilgilendirici toplantılar kadına yönelik şiddeti azaltma potansiyeline sahip olabilir. Afetler gibi kitlesel travmalar, hiç olmadığı kadar toplumsal cinsiyet duyarlı bakış açısına sahip olmamız gereken zamanlardır. Bu bakış açısını sağlamak için neler yapabileceğimizin panel içerisinde tartışılması hedeflendi.

Kaynaklar

Depremlerden Etkilenen Bölgelerden Kadınların Şiddetten Uzaklaşma Deneyimleri Ve Destek Mekanizmaları, Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı, 2023.

Yalçın, G. (2020). Doğal Afetlerin Etkilerine ve Afet Risk Yönetimine Toplumsal Cinsiyet Perspektifinden Bakış: Türk ve Japon Kadınlarının Duruş Noktasından Doğal Afetler. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.



## Deprem Sürecinde Kadına Yönelik Şiddette Toplum Cinsiyet Eşitsizliğinin Rolü ve Kadına Yönelik Şiddeti Önlemeye Yönelik Çalışmalar

Pelin Çıbık

Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Toplumsal cinsiyet (gender), kadının ve erkeğin sosyal olarak belirlenen rol ve sorumluluklarını ifade eder. Toplumsal cinsiyet rolleri, kaynakların ve fırsatların nasıl dağıtılıp kontrol edildiğini, erişim olanaklarının nasıl belirlendiğini ve kararların kimler tarafından alındığını doğrudan etkilemektedir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin olumsuz sonuçları afetler sürecinde de pek çok alanda kendisini göstermektedir. Bu alanlardan biri ise kadına yönelik şiddettir. Kadına yönelik şiddet, kadınlara zarar veren veya verebilecek olan her türlü eylemi ve kadını bu eylemlerle tehdit etmeyi kapsar. Bir insan hakları ihlali ve suçtur. Yaygınlığı nedeniyle ciddi, fakat önenebilir bir halk sağlığı sorunudur.

Şiddet biçimleri üç ana başlıkta toplanmaktadır:

**Fiziksel Şiddet:** Aktif istismar; Kasıtlı yaralama, zorla baskı veya kısıtlama. Pasif istismar; Kötü bakım, fiziksel ihmal.  
**Psikolojik şiddet:** Aktif istismar; Caydırma (silah gösterme, hızlı araç kullanma, kişisel eşyaların parçalanması, çocukları kullanmak, yakın çevre ile görüşmeye engel olma), emosyonel istismar (lakap takma, küfür etme, bağırma, dışlama), ekonomik istismar (çalışmasına engel olmak, gelirine el koymak, ortak para ile alınan malları kendi üzerine yapmak, kısıtlı harçlık vermek). Pasif istismar; Şefkat, ilgi ve sevgi eksikliği, emosyonel ihmal, önemli kararlarda kadının fikrini almamak.

**Cinsel şiddet:** Aktif istismar; Ensest, kumalık, evlilik içi tecavüz, erkek çocuk tercihi, başlık parası, bekaret kontrolü, erken evlilik, saldırı ve tecavüz. Pasif istismar; Korunmama, doğum kontrolünü engellemek, gebelik baskısı yapmak. Afet sırasında ve sonrasında, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin derinleşmesi den kaynaklanan mevcut eşitsizlik ve ayrımcılık artacağından kadına yönelik şiddet riski ve oranlarının artmasına neden olmaktadır. nın artmaktadır bu konuyu önlem alınması gereken önemli bir konu haline getirmektedir. Kadına yönelik şiddeti toplumsal cinsiyet eşitsizliği temelinde arttıran risk faktörlerinden bazıları; dengesiz güç yapıları, ruhsal hastalıklar, travma, sosyal izolasyon, yakınlarının kaybı, kolluk kuvvetlerinin yetersizliği, barınma hakkının karşılanamaması, ekonomik zorluklar, afet sonrası oluşturulan toplu yaşam alanlarındaki yetersizliklerdir. Bununla birlikte afet sonrasında artan kadına yönelik şiddet, yetersiz sağlık koşullarının da eklenmesiyle istenmeyen gebelikler, düşükler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, anne ve bebek sağlığının olumsuz etkilenmesi, fiziksel yaralanmalar, ruhsal hastalıklar, intihar gibi ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir .

Kadına yönelik şiddetin ciddi ve kalıcı etkileri ve bizleri bekleyen afetler düşünüldüğünde mevcut politika ve uygulamalarda hızlı bir eylem planına ihtiyaç vardır. Afet koşullarında kadına yönelik şiddetle ilgili toplumsal farkındalık oluşturulmalı, cinsiyete duyarlı afet politikaları yürütülmeli ve afet yönetimine kadınların katılımı artırılmalıdır. Afet yönetimi için, hak savunuculuğu yapan yerel ve küresel kadın dayanışma ağları, kolluk kuvvetleri ve sağlık yetkilileri arasında hızlı ve etkili koordinasyon sistemi oluşturulmalıdır.

### KAYNAKLAR

- 1.Yalçın, G. (2020). Doğal Afetlerin Etkilerine ve Afet Risk Yönetimine Toplumsal Cinsiyet Perspektifinden Bakış: Türk ve Japon Kadınlarının Duruş Noktasından Doğal Afetler. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- 2.Pincha C.: Toplumsal Cinsiyete Duyarlı Afet Yönetimi: Uygulamacılar İçin El Kitabı, Kocaeli Üniversitesi Yayınları; 2009: 19-20.
- 3.Fordham M. (2008). The Place of Gender in Earthquake Vulnerability and Mitigation, 2 Ocak 2009, <http://www.iiasa.ac.at/Research/RMS/july2000/Papers/fordham0208.pdf>
- 4.Organization WH. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. World Health Organization; 2013.
- 5.Thurston AM, Stöckl H, Ranganathan M. Natural hazards, disasters and violence against women and girls: a global mixed-methods systematic review. BMJ global health. 2021;6(4):e004377.



## İntihar Risk Değerlendirme

Gülin Özdamar Ünal

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Afetler kitlesel olarak maruz kalınan, akut başlangıcı olan ve zaman sınırlaması olmayan, psikolojik, sosyal, ekonomik etkileri uzun yıllar süren travmatik olaylardır. Bireyde kontrolünü-otonomisini kaybettiği hissi yaratır. Kişinin kendine, dünyaya ve geleceğe dair algılarını olumsuz etkileyebilir. Temel güven duygusunu zedeler. Doğal afetlerin sağlık üzerindeki etkileri ölüm ve yaralanmalarla sınırlı değil. Uzun vadeli sağlık üzerine etkileri birçok araştırmacının konusudur. Etkilenen nüfus arasında afetlerden beş yıl sonrasına kadar respiratuar, gastrointestinal, kardiyovasküler semptomlar bildirilmiştir. Doğal afetler sonrası hayatta kalanlarda gözlenen ruhsal belirtiler arasında anksiyete bozuklukları, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, alkol madde kullanım bozukluğu, impuls denetiminde azalma, insomnia, intihar düşünceleri, intihar girişimleri, tamamlanmış intiharlar yer alır.

Afetin olumsuz etkilerine karşı daha savunmasız hale getiren unsurlar arasında kültürel, sosyal ve ekonomik geçmiş, geçmiş afet deneyimi, kişilik örgütlenmesi, baş etme mekanizmaları, psikopatolojiler gibi önceden var olan faktörlerin bulunmasının yanı sıra olayın türü, büyüklüğü, hayati tehlike ve kaybın boyutu, fiziksel yetilerinde kaybı, aile üyelerinin ölümü veya yaralanması, sermaye kaybı, meslek kaybı, statü kaybı, yaşadığı şehrin kaybı gibi doğrudan afet ile ilişkili faktörler de yer almaktadır.

Ruhsal hastalıklar ve ekonomik sorunlar intiharin iyi bilinen risk faktörlerindedir. Doğal afetlerden sonra intihar davranışı oranlarının artması beklenebilir. Afetler sonrasında geçici ruhsal belirtiler daha sık görülse de kronikleşen ruhsal reaksiyonlar bireyleri intihara sürükleyebilir. Olumsuz yaşam olayları intiharı tetikleyen ve yaşamın sonraki dönemlerinde intihar davranışlarını etkileyen faktörler olarak ele alınır. Afetler de dahil olmak üzere çevresel maruziyet, intihar davranışlarının stres yatkınlığı modeli ve strese açık olma modeli gibi birçok teorik modelde önemli bir bileşendir. Mevcut afet ve intihar araştırmaları balayı döneminden sonra intihar davranışlarında artış olduğunu ortaya koyar.

### KAYNAKLAR

1. Orui M. Suicide and Suicide Prevention Activities Following the Great East Japan Earthquake 2011: A Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Sep 1;19(17):10906.
2. Matsubayashi T, Kamada T. The Great East Japan Earthquake and suicide: The long-term consequences and underlying mechanisms. *Prev Med*. 2021
3. İntiharı Anlama ve Müdahale (2019). Türk Psikiyatri Derneği, Editör:Halise Özgüven Devrımıcı, Mustafa Sercan, Basım sayısı:1, Sayfa Sayısı 458, ISBN:978-605-81674-7-6, Türkçe(Bilimsel Kitap)





### **İntihar Davranışına Müdahale Halise Devrimci Özgüven**

Travmatik olaylar tekamül ve olgunlaşmayla sonuçlanabileceği gibi, psikolojik sorunlar ve psikiyatrik hastalıklar ile de komplike olabilir. Travmaya bağlı sekellerin en önemlilerinden biri intihar davranışlarıdır. Burada intihar düşünce ve davranışları strese verilen 'normal' bir yanıt değildir; olağanüstü bir sıkıntının ve bu sıkıntıyla baş edilemediğinin belirtisidir. Travmalardan hemen sonra ya da daha sonraki dönemlerde ortaya çıkabilir. Özellikle travmadan hemen sonra ortaya çıkan ya da aniden şiddetlenen intihar düşüncelerine karşı çok dikkatli olunmalıdır.

İntihar hızları doğal afetlerden sonra çeşitli çalışmalara göre düşük, yüksek ya da stabil bulunabiliyor. Ancak çalışmalar genellikle travmalardan sonra intihar davranışlarının arttığını düşündürüyor. Bu yüksek sıklığın çeşitli nedenleri vardır ve önde gelen sebep travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi görünmektedir. Bunun yanında; felaket bölgesindeki zorlu yaşam koşulları, yaşadığı yeri terk etmek zorunda kalan insanların işlerini ve sosyal bağlarını kaybetmesi, yakınlarını kaybeden felaketzedelerin komplike olmuş yaşları, gelecekle ilgili ümitsizlik, yaşam stiline değişmesi, yaşam şartlarının zorlaşması, somut finansal desteklerin yokluğu, yoksulluk, işsizlik, bedensel ve ruhsal sağlık sorunları da intihar riskini artırmaktadır.

Her travma hastasında intihar riski değerlendirilmeli ve eğer saptanırsa intihar konusundaki düşünce ve duygular açıkça sorularak konuşulmalıdır. Bu konuşma, sanılanın aksine intihar riskini artırmaz, bilakis azaltabilir. Böyle bir hastayla yapılacak görüşmede tedavi iş birliğinin sağlanması çok önemlidir. Hasta aktif ve ilgili bir biçimde dinlenmelidir. İntihar riski olan bir travma hastası söz konusu olduğunda güvenliğin sağlanması için gerekli adımlar atılmalıdır; bunun için intihar araçları uzaklaştırılmalı ve hasta yalnız kalmamalıdır.

Hastanın yaşadığı travmanın ve sorunların konuşulması gereklidir. Ölmenin ve yaşamaya devam etmenin avantaj ve dezavantajları hasta ile tartışılmalıdır. Bunu yaparken amacımız hastanın ölme isteği konusunda daha objektif bir hale gelmesini sağlamak ve her koşulda yaşam değerlidir yaklaşımını benimsetmektir. Daha sonra travma ve içinde bulunulan şartlara yönelik olarak problem çözme kaynaklarına odaklanılır. Kişinin güçlü ve zayıf yanları nelerdir? Yaşam koşulları nasıldır? Yardım alınabilecek sosyal/finansal destekler var mıdır? Daha önceki benzer zorluklar, kriz durumları ve sorunlarla baş etme yöntemleri nelerdir? Hasta o ana dek bu olayla mücadelede neler yapmış, hangi yolları denemiştir? Neler işe yaramış, neler yaramamıştır? Böylece alternatif çözüm yolları konuşulmaya başlanır. Hastanın günlük yaşam aktiviteleri desteklenmelidir. Sosyal ve ekonomik destekler de çok önemlidir.



### Klinik Pratiğimizde Eşik/Eşikaltı Otizm ve Vaka Yönetimi Ezgi Sıla Ahi Üstün

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Otizm spektrum bozukluğu (OSB), sosyal karşılıklık ve sosyal iletişimde kalıcı eksikliklerin yanı sıra kısıtlı, tekrarlayan davranış, ilgi veya aktivite kalıpları ile karakterize, erken başlangıçlı, yaşam boyu süren bir nörogelişimsel bozukluktur. Otistik özellikler, tipik OSB sunumuna benzemekle birlikte daha az şiddetli olan bir dizi özelliktir. Otistik özellikler ilk kez OSB probandlarının birinci derece akrabalarında vurgulanmış olup, "geniş otizm fenotipi"nin kavramsallaştırılmasına yol açmıştır. Bununla birlikte, daha ileri araştırmalar, otistik özelliklerin genel toplumda ve özellikle bazı yüksek riskli gruplar ve psikiyatrik bozuklukları olan hastalar başta olmak üzere sürekli olarak dağıldığını vurgulamıştır.

Özellikle, bazı yazarlar, daha hafif otizm formlarının çocukluk döneminde yeterince tanınmayabileceğini vurgulamışlardır. Bu vakalarda, sıklıkla altta yatan OSB klinisyenler tarafından araştırılmaz, teşhis edilmez ve tedavi edilmez böylece daha olumsuz sonuçlara yol açabilir.

OSB tanısı konan çocuklardan farklı olarak, yetişkinlikteki klinik belirtiler genellikle karmaşıktır; temel belirtiler daha az belirgin olabilir. OSB'li yetişkinler eksikliklerini maskeleyen için telafi edici stratejiler kullanabilirler. Bu nedenlerle, klinik veya subklinik OSB semptomlarının gözden kaçması olasıdır.

Şizofreni veya diğer psikotik bozukluk tanısı almış popülasyonlarda eşikaltı/subklinik otistik özelliklerin yaygın olduğunu bildiren giderek artan bir literatür mevcuttur. Rakamlar değişmekle birlikte bu hasta grubunda eşikaltı/subklinik otistik özellikler için nokta yaygınlık oranları %9,6 ila %61 arasında değişirken, tanı konmuş OSB'nin yaygınlık oranları ayaktan ve yatan hasta popülasyonlarında <%1 ila %52 arasında değişmektedir. Bu veriler, psikoz popülasyonlarında eşik veya eşikaltı/subklinik otistik özelliklerin genel popülasyondan çok daha yaygın olduğunu göstermektedir. Otistik özellikler ile geniş otizm fenotipine odaklanan en son literatürü dikkate alan boyutsal yaklaşım otistik özelliklerin çoğu ruhsal bozukluğun altında yatabileceğini belirtmektedir.

Tanı düzeyinde OSB olan bireyler daha fazla güçlük yaşadığından tanı daha erken yaşlarda konulabilmektedir fakat daha yüksek işlevli bireyler çocukluk döneminde kolay tanınmayabilir ve bu nedenle OSB yetişkinliğe kadar teşhis edilmeden kalabilir. Erişkin yaşa kadar fark edilmeyen OSB'li bireylerin, daha erken teşhis konanlara kıyasla, en azından bağımsızlık açısından daha iyi günlük işlevlere ve daha ileri bir eğitim geçmişine sahip olmaları mümkündür. OSB tanılı erişkinler uyum zorlukları yaşadıklarından ajitasyon, içe kapanma, uyum zorlukları gibi sorunlar bildirdiklerinde bazen şizofreni gibi değerlendirilebilmektedirler ve gereksiz antipsikotik tedavi alabilirler fakat kliniğe yansıyan bu görünüm şizofreni gibi bir tanıya bağlı olmaksızın düpedüz OSB görünümü olabilir. Hem OSB tanısının atlanması hem de tedavi çabalarının (antipsikotik dozunun yükseltilmesi, tespit- tecrit vb) fayda getirmeyecek şekilde kullanılması hastanın becerilerinin olmadığı alanlarda zorlanmasına sebep olabilir.

Otistik özelliklerin popülasyonda sürekli olarak dağıldığını gösteren son araştırmalarla, daha fazla otistik özellik bildiren bireylerin daha fazla psikiyatrik ve psikososyal sorun yaşadığı tahmin edilmektedir. Bu da araştırmacıları birçok psikiyatrik bozuklukta OSB semptomlarının yaygınlığını incelemeye sevk etmektedir.

Bu panelde klinik pratiğimizden vaka örnekleri sunacak ve konu ile ilgili kendi yürüttüğümüz çalışmaların verilerini tartışacağız.

#### Kaynaklar

- Dell'Osso, L., et al. (2020). "Defining the optimal threshold scores for Adult Autism Subthreshold Spectrum (AdAS Spectrum) in clinical and general population." *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH* 16: 204.
- Howlin, P. and P. Moss (2012). "Adults with autism spectrum disorders." *The Canadian Journal of Psychiatry* 57(5): 275-283
- Kincaid, D. L., et al. (2017). "What is the prevalence of autism spectrum disorder and ASD traits in psychosis? A systematic review." *Psychiatry research* 250: 99-105.



## Erişkin Otizmde Psikiyatrik Komorbidite

Serkan Yazıcı

Ankara Mamak Devlet Hastanesi

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), toplumsal ilişkiler ve iletişimde bozukluklar, sınırlayıcı-tekrarlayıcı ilgi alanları ve davranışlar ile seyreden, çocukluk çağında başlayan ancak zaman zaman erişkin çağında da tanı alabilen önemli bir psikiyatrik bozukluktur. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, literatürdeki oranlara kıyasla OSB'nin yetişkinlerdeki görülme sıklığında bir artış olduğu görülmektedir. Bu durumun olası nedenleri arasında yetişkin otizmde dair farkındalığın artışı ve buna bağlı yapılan çalışma sayısındaki artış, tanı kriterlerinde yapılan değişiklikler sayılabilir (Huang ve ark. 2020). Çocukluk otizmi yüksek oranda hayat boyu sürme eğilimindedir. Bunun yanında toplumsal yeterliliği yüksek olan normal zekalı bireylerde, erişkin dönemde toplumsal gerekliliklerin ve sorumlulukların arttığı döneme kadar belirtiler maskelenmiş olabilir.

Son dönemde yapılan çalışmalarda erişkin Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) tanılı hastaların birçoğunun geçmişte farklı psikiyatrik tanıları ile takip edildiği görülmektedir. Bu tanıları arasında şizofreni, anksiyete bozuklukları, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Duygudurum Bozuklukları dikkat çekmektedir (Joshi ve ark. 2013). Bu durum bu hasta grubunda ayırıcı tanı ve eş tanıları önemli kılmaktadır.

OSB'de eş tanıları saptamanın çeşitli zorlukları vardır. Tipik OSB belirtileri, diğer psikopatolojilere dair belirtileri maskeleyebilmektedir. Bu hastaların otizmin doğasına bağlı olarak yakınmalarını ve duygularını tarif etmekte zorlanmaları beklenebilir. OSB'de görülen çeşitli klinik belirtilerin başka bir psikopatoloji lehine yorumlanması da mümkündür.

Yapılan çalışmalarda OSB'nin psikiyatrik eş tanıyı artırdığı görülmektedir. OSB'de görülen en sık eş tanıları Major Depresif Bozukluk, Anksiyete Bozuklukları ve DEHB'dir. Dikkat değiştirme ve odaklanma ilgili sorunlar OSB'de yaygındır. Çekirdek DEHB belirtileri, sosyal ilişkide bozulmalara yol açabilir. DEHB'deki yineleme eğilimi ile OSB'deki tekrarlama eğilimi klinik açıdan örtüşme yaratabilir (Johnston ve ark. 2013). Bu hususlar OSB-DEHB eş tanısı ve ayırıcı tanısı açısından zorluklar yaratmaktadır. OSB'nin kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğinde yarattığı bozukluklar Duygudurum Bozuklukları ve Anksiyete Bozuklukları riskini artırmaktadır. OSB'si olan hastalarda benzer şekilde Obsesif Kompulsif Bozukluk, Psikotik Bozukluklar, Zihinsel Gelişim Bozukluğu gibi psikiyatrik eş tanıları da sıkça rastlanmaktadır.

OSB, ek ruhsal bozukluk açısından önemli bir risk faktörüdür. Heterojen klinik görünüm, tanıya özgül belirtilerin azlığı, diğer psikopatolojilerle örtüşen klinik belirtilerin varlığı OSB'nin yetişkinlerde yeterince tanınmasını ve doğru tanı konulmasını zorlaştıran etkenlerdendir. Ayırıcı tanının yapılması ve eş tanıların saptanması hastaların tedavi yönetimi açısından oldukça önemlidir.

### KAYNAKÇA:

Huang, Y., Arnold, S. R., Foley, K.-R., & Trollor, J. N. (2020). Diagnosis of autism in adulthood: A scoping review. *Autism*, 24(6), 1311–1327.

Johnston, K., Dittner, A., Bramham, J., Murphy, C., Knight, A., & Russell, A. (2013). Attention deficit hyperactivity disorder symptoms in adults with autism spectrum disorders. *Autism Research*, 6(4), 225-236.

Joshi, G., Wozniak, J., Petty, C. *et al.* (2013). Psychiatric Comorbidity and Functioning in a Clinically Referred Population of Adults with Autism Spectrum Disorders: A Comparative Study. *J Autism Dev Disord* 43, 1314–1325



## Lityum ve Böbrek Hasarı: Önlenebilir Mi, Yönetilebilir mi Yoksa Geri Döndürülebilir Mi?

Seda Kiraz

Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Lityum, duygudurum düzenleyici özellikleri ve depresyon ile maniyi tedavi etme ve önlemede onlarca yıldır kanıtlanmış etkinliği nedeniyle bipolar bozukluğun uzun vadeli profilaktik tedavisinde halen altın standart ilaç olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte, etkinliği ve intihar karşıtı etkisine ilişkin artan kanıtlara rağmen, kullanımı giderek azalmış ve daha az bilinen birçok ilaç tercih edilmeye başlanmıştır. Kullanımındaki düşüş eğilimi genellikle lityumun düşük terapötik indeksi, olumsuz etkileri ve kan izleme ihtiyacı ile ilişkili sorunlara atfedilmektedir. En sık belirtilen yan etkilerden biri ilacın böbrek fonksiyonu üzerindeki etkisidir (Gupta ve ark. 2013).

Böbrek etkileri de dahil olmak üzere lityumun olumsuz etkilerine ilişkin mevcut araştırma kanıtları, etkinliğine ilişkin kanıtlarla karşılaştırıldığında yetersizdir. Ayrıca, ilacın böbrekler üzerine olumsuz etkilerine ilişkin daha az titiz ve daha küçük çalışmalar, tabloyu karıştırmakta ve bu etkilerin kapsamı ve hatta varlığı hakkında tartışmalara yol açmaktadır. Psikiyatride lityumun rolünü ortaya koyan öncülerden biri olan Mogens Schou, literatür taramasında 'lityum tedavisinin nefrotoksik olmadığı' sonucuna varmıştır (Gupta ve ark. 2013). Ancak son yirmi yılda yapılan çalışmalar, lityum kullanımının idrar konsantrasyonunun bozulmasına, nefrojenik diyabet insipidusa, glomerüler fonksiyon bozukluğuna ve diğer böbrek yan etkilerine neden olduğunu göstermiştir. Lityuma bağlı gelişen Nefrojenik diyabet insipidus tedavinin erken döneminde (muhtemelen iki ile altı yıla kadar) geri döndürülebilir olmasına rağmen, zamanla geri döndürülemez hale geldiği görülmektedir. Lityum tedavisine başladıktan sonraki ilk yıllarda böbrek fonksiyonlarında anlamlı bir azalma olmamasına rağmen, uzun süreli lityum kullanıcılarının %17 ile 21'i sonunda kronik böbrek hastalığı geliştirmesi beklenmektedir (Schoot ve ark. 2020). Bu nedenle pratikte NICE klinik kılavuzu, böbrek fonksiyonunun (serum üre ve kreatinin yoluyla) 6 ayda bir izlenmesini önermektedir (Gupta ve ark. 2013).

Güncel çalışmalarda böbrek hasarının bazı yeni belirteçleri tanımlanmıştır. Bunlar arasında, serum nötrofil jelatinazla ilişkili lipokalinin (NJL), glomerüler filtrasyon için bir biyolojik belirteç olabileceği ve kronik böbrek hastalığı olan hastalarda hasarın ciddiyeti ile korele olabileceğini gösteren çalışmalara rastlanmıştır. Diğer bir belirteç beta-2 mikroglobulindir ( $\beta$ 2-MG) ve idrardaki konsantrasyonu tübüler fonksiyon bozukluğunun derecesi ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir (Rybakowski ve ark. 2013). Yaklaşık 4,5 yıl ve üzeri lityum ile tedavi edilen hastaların, lityum almayan hastalarla karşılaştırıldığında önemli ölçüde daha yüksek serum NJL ve idrar  $\beta$ 2-MG, daha düşük idrar özgül ağırlığı ve azalmış eGFR gösterdiği bildirilmiştir. İdrar  $\beta$ 2-MG'in, lityum ile tedavi edilen hastalarda serum kreatinin ve eGFR ile ve ayrıca erkeklerde hastalık süresi, lityum tedavisi süresi ve idrar özgül ağırlığı ile anlamlı düzeyde korelasyon gösterdiği; yüksek serum NJL düzeyinin ise bu parametrelerle korelasyon göstermediği daha çok tedavi süresi 20 yıla yakın veya daha uzun olan durumlarda glomerüler fonksiyonla ilişkili olduğu belirtilmiştir (Rybakowski ve ark. 2013). Lityuma bağlı böbrek yan etkilerinin önüne geçmek için günde bir kez dozlama programı kullanmak, etkili olan en düşük serum lityum düzeyini hedeflemek ve lityum zehirlenmesini önlemek önerilmektedir (Schoot ve ark. 2020).

Son yıllarda lityumun faydalarına ilişkin kanıtların artması, lityumun klinik kullanımına olan ilginin yeniden canlanmasına yol açmıştır. Her ne kadar böbreklerdeki olumsuz etkilerine ilişkin bilgiler hala tatmin edici olmaktan uzak olsa da, sınırlı kanıtlar, bir dizi böbrek patolojisinin izlenmesi ve tedavisi için bir temel oluşturmaktadır. Bu alanda yapılacak daha fazla araştırmanın bu riskleri ölçmemize ve belirleyicilerini tanımlamamıza yardımcı olacağını umuyoruz. Böbrekler üzerine olumsuz etkilerin tamamen kanıta dayalı izlenmesi ve yönetimi, yan etki yükünü en aza indirecek ve lityum kullanımını optimize edecektir.

### Kaynaklar

1. Gupta S, Kripalani M, Khastgir U ve ark. (2013) Management of the renal adverse effects of lithium. Adv Psychiatr Treat 19(6): 457-466.
2. Rybakowski JK, Abramowicz M, Chłopocka-Wozniak M ve ark. (2013) Novel markers of kidney injury in bipolar patients on long-term lithium treatment. Hum Psychopharmacol 28(6): 615-618.
3. Schoot TS, Molmans TH, Grootens KP ve ark. (2020) Systematic review and practical guideline for the prevention and management of the renal side effects of lithium therapy. Eur Neuropsychopharmacol 31: 16-32.



## Bipolar Bozukluk ve Tedaviye Dirençli Depresyonda Lityum kullanımı

Selim Polat

Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Ruh halindeki dalgalanmalar, stresli yaşam olayları karşıladığında son derece olağan ve yaygın olarak görülür. Duygudurum dalgalanmalarının şiddeti arttığında, kayda değer sıkıntıya ve işlevsellikte bozulmaya yol açtığında altta yatan ruhsal bir bozukluğa işaret edebilir. Duygudurum bozuklukları depresif ataklardan, duygudurum yükselmesinin kapsamı ve şiddeti ile tanımlanan bir spektrum boyunca bipolar affektif bozukluklara kadar sınıflandırılabilir.

Sıklıkla işlevsel, bilişsel bozulmaya neden olan değişken seyirli, yaşam boyu devam edebilen yaşam kalitesinde azalmaya ve yeti yitimine sebep olan duygudurum bozukluklarının tanınması ve tedavisi son derece önem arz etmektedir. Duygudurum ataklarının yönetiminde hem akut dönemde hem de tekrarlamasının önlenmesinde farmakolojik ve psikolojik müdahalelere ihtiyaç duyulmaktadır.

Tarihinde çeşitli şekillerde her derde deva, plasebo, zehir olarak gösterilen Lityum halen bipolar bozukluğu olan kişilerin tedavisinden altın standarttır ve aynı zamanda dirençli unipolar depresyonu olan, dürtüsellik, saldırganlıkla karakterize çeşitli bozukluklarda etkililiği ispatlanmıştır. Antisüididal etkisi birçok çalışmada gösterilmiş olan lityumun nöroprotektif etkisinden dolayı nörodejeneratif bozukluklar içinde kullanımı önerilmektedir.(Fountoulakis KN ve ark.2022)

Son araştırmalar her ne kadar lityumun dar terapötik penceresi, tolerabilite, yan etki güvenlik sorunları, hasta uyumsuzluğu gibi sebeplerle kullanımının kısıtlı olmasına rağmen lityuma verilen yanıtlardaki çeşitlilik lityum tedavisine karşı fayda sağlama olasılığı en yüksek olanları hedefleyebilmek için kişiselleştirilmiş tıbbın önemine vurgu yapmaktadır. Lityum, ergenler, yaşlılar, madde kullanım bozukluğu olan hastalar ve hamile kadınlar da dahil olmak üzere bipolar bozukluğu olan farklı hasta gruplarında kullanılmaktadır. Bununla birlikte, bu farklı popülasyonlarda lityum kullanımı farklı sosyo-demografik ve klinik özelliklere göre uyarlanmalıdır, çünkü etkinlik, tolere edilebilirlik ve yan etki profili bir gruptan diğerine çok farklı olabilir. (Malhi GS ve ark.2017)

Lityum yanıtının kalitesiyle bağlantılı klinik faktörler; Mâni-depresyon-remisyon epizod sıralaması, hızlı döngüsel olmayan seyir, psikotik epizodların olmaması, ailede bipolar bozukluk öyküsü, lityum uygulamasından önce hastalığın kısa sürmesi, hastalığın daha geç başlaması olarak sıralanabilir. Ailede lityum tedavisinin yanı sıra lityum verilmeden önce daha az sayıda atak ve daha az sayıda hastaneye yatış ile de bazı ilişkiler bulunmuştur. Yüksek vücut kitle indeksi (VKİ) negatif bir faktör olmuştur. (Malhi GS ve ark.2017)

Lityum tedavisi öncesi sosyal statünün ve psikososyal stres faktörlerinin olumsuz rolü 1970'lerden beri bildirilmektedir daha kötü sosyal statü ve stresli yaşam olaylarının lityum profilaksisine yanıtı bozabileceği sonucuna varılmıştır. Yakın zamanda, araştırmacılar erken çocukluk travmasının da lityumun daha kötü bir profilaktik etkisiyle bağlantılı olabileceğine dair kanıtlar sunmuşlardır. Çalışmalarında, erken çocukluk döneminde fiziksel, duygusal veya cinsel istismar gibi en az iki travmatik deneyim yaşamış olan bipolar hastalarının, diğerlerine kıyasla lityuma yanıt vermeme riskinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. (Sun YR ve ark.2018)

Psikiyatride mevcut en etkili tedavilerden birini temsil ettiği, yan etkileri ve düşük tolere edilebilirlik profilini en aza indirmek için uygulanacak birkaç olası strateji olduğu göz önünde bulundurulduğunda, lityumun olağan klinik uygulamada uygun kullanımını teşvik etmek son derece önemlidir.

### Kaynaklar

Fountoulakis KN, Tohen M, Zarate CA, et al(2022). Lithium treatment of Bipolar disorder in adults: a systematic review of randomized trials and meta-analyses. Eur Neuropsychopharmacol.54:100–115.

Malhi GS, Gessler D, Outhred T.(2017) The use of lithium for the treatment of bipolar disorder: recommendations from clinical practice guidelines. J Affect Disord. 217:266–280.

Sun YR, Herrmann N, Scott CJM, et al.(2018) Global grey matter volume in adult bipolar patients with and without lithium treatment: a meta-analysis. J Affect Disord. 225:599–606.



## Beslenme ve Yeme Bozukluklarının Ergenlikten Erişkinliğe Aktarımı

Arzu Önal Sönmez

İstanbul Beykent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı

Yeme bozuklukları her yaşta bireyi etkileyen bir hastalıktır. Genellikle genetik, çevresel, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin bir arada bulunduğu düşünülmektedir. Farklı gelişimsel aşamalarda görülebilmektedir. Yeme bozuklukları 8 alt grup altında toplanmıştır. Anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknircasına yeme bozukluğu, pika, geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu, kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu, tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu, tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu. DSM-5'in ayrıntılandırılmış bu tanı kategorileri sayesinde birçok eksikliğin giderilmesine rağmen, yeme bozukluklarında hala tamamlanması gereken alanlar mevcuttur. Multifaktöriyel etiyojijye dayandığı görüşünün hakim olması yanında genetik açıdan değerlendirildiğinde genetik aktarımın 7-12 kat daha fazla risk oluşturduğu saptanmıştır. Ergenlik, özellikle beden imajı, cinsel kimlik, agresyon ve dürtüsellik gibi davranışsal ve hormonal değişiklikleri içermektedir. Ergenlik ve yetişkinlik arasında bir aşamadan bahsetmeden önce ergenliğin sonunu tanımlamamız gerekmektedir. Bu geçiş sırasında büyüme hızı yavaşlar, kan ve doku hormon seviyeleri artar, agresyon öğrenme ve olgunlaşmaya evrilir. Gelişimsel araştırmacılar, ergenliğin yirmili yaşların ortalarına kadar devam ettiği konusunda fikir birliğine varmıştır. Ergenlikten yetişkinliğe kadar uzanan dönemde yeme bozukluklarında dürtüsellik düzeyinin azaldığı, ancak bedeninden memnun olmama gibi bulgularda değişiklik olmadığı görülmektedir. Beyin lezyonlarında iştah değişiklikleri ve yeme davranışından hipotalamus ve beyin sapı lezyonları sorumlu tutulurken, YB sağ frontal ve temporal lob hasarı ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca pariyetal korteks de YB'de etkilenen alanlardandır. Ebeveynlik tarzı (şefkat ve kontrol düzeyi), annenin YB bulguları, çocukluk çağı çoklu travmaları ve istismarının YB bulgularının erişkinliğe geçişi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Çevresel faktörler, hem ergenlikten yetişkinliğe kadar YB bulgularının korunmasına hem de yetişkinliğe geçerken bulguların başlamasına katkıda bulunmaktadır. YB insidansı ve prevalansı, geç ergenlik ve yetişkinliğe geçiş gibi yoğun psikososyal gelişim dönemlerinde zirve yapmaktadır. AN, BN ve diğer belirtilen beslenme ve yeme bozuklukları için ortalama başlangıç yaşı 15-19 yaş aralığında iken, TYB tipik olarak daha sonra, yani 23-24 yaş arasındadır. Türkiye'de ise YB şüphesi sıklığı %3 olarak saptanmıştır. YB'nin kız/erkek oranı ergenlerde 4:1 iken bu oran yetişkinlikte 10:1 olarak değişmektedir. Yeme bozuklukları anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon gibi psikolojik etkileri yanında birçok fiziksel olumsuz etkileri de söz konusudur. Çocuk ve ergenlerde yeme bozukluklarının prognozu, yeme bozukluğunun türü, semptomların şiddeti, hastalığın süresi ve bireyin uygun tedavi ve desteğe erişimi gibi çeşitli faktörlere bağlı olarak değişmektedir. Erken tanı ve müdahale, tedaviye uyum, ailenin tedavinin parçası olması, eşlik eden hastalıklar, sosyal destek ve bireysel faktörler prognozda etki eden önemli faktörlerdir. Çocukluk ve ergenlik döneminde başlayan yeme bozukluklarında tedavi yaklaşımı olarak psikoterapi ilk sırada yer almaktadır. Bazı durumlarda psikoterapiye farmakoterapinin de katkısı bulunmakla birlikte etkinliği konusunda tam bir sonuca varılamamıştır.

Anahtar sözcükler: çocuk, ergen, beslenme, yeme bozukluğu, tedavi



### Transmission Of Feeding And Eating Disorders To Adulthood

Eating disorders affect individuals of all ages. They are generally believed to involve a combination of genetic, environmental, psychological, and sociocultural factors. They can be observed at different developmental stages. Eating disorders are categorized into 8 subgroups: anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge-eating disorder, pica, rumination disorder, avoidant/restrictive food intake disorder, specified other feeding and eating disorders, unspecified feeding and eating disorders. While the detailed diagnostic categories of DSM-5 have addressed many deficiencies, there are still areas that need to be completed in the understanding of eating disorders. Despite the prevailing view that eating disorders have a multifactorial etiology, when evaluated genetically, genetic transmission has been found to pose a 7-12 times greater risk. Adolescence, especially involving behavioral and hormonal changes such as body image, sexual identity, aggression, and impulsivity. Before discussing a stage between adolescence and adulthood, it is necessary to define the end of adolescence. During this transition, growth rate slows down, blood and tissue hormone levels increase, and aggression evolves into learning and maturation. Developmental researchers have reached a consensus that adolescence continues until the mid-twenties. During the period extending from adolescence to adulthood, it is observed that impulsivity levels decrease in eating disorders, but there is no difference in symptoms such as dissatisfaction with their body. Brain lesions are held responsible for appetite changes and eating behavior in the hypothalamus and brainstem in eating disorders, while right frontal and temporal lobe damage has been associated with eating disorders. Additionally, the parietal cortex is one of the affected areas in eating disorders. Parenting style (levels of affection and control), maternal eating disorder symptoms, childhood multiple traumas, and abuse are believed to be related to the transition of eating disorder symptoms to adulthood. Environmental factors contribute both to the preservation of eating disorder symptoms from adolescence to adulthood and to the onset of symptoms during the transition to adulthood. The incidence and prevalence of eating disorders peak during intense psychosocial development periods, such as the transition from late adolescence to adulthood. While the average age of onset for AN, BN, and other specified feeding and eating disorders is in the range of 15-19 years, typical onset for ARFID occurs later, around 23-24 years of age. In Turkey, the prevalence of suspected eating disorders has been reported as 3%. The ratio of eating disorders between females and males is 4:1 in adolescents, but this ratio changes to 10:1 in adulthood. Eating disorders have psychological effects such as anxiety, depression, social isolation, as well as various physical adverse effects. The prognosis of eating disorders in children and adolescents varies depending on factors such as the type of eating disorder, the severity of symptoms, the duration of the illness, and the individual's access to appropriate treatment and support. Early diagnosis and intervention, treatment adherence, family involvement in treatment, comorbid conditions, social support, and individual factors are important factors affecting the prognosis. In the treatment approach to eating disorders that begin in childhood and adolescence, psychotherapy takes the first place. In some cases, pharmacotherapy may also contribute to psychotherapy, but its effectiveness has not been definitively concluded.

**Keywords:** child, adolescent, feeding, eating disorder, treatment



## Kendine Zarar Verme ve Özkıyım Davranışının Ergenlikten Genç Erişkinliğe Seyri

Esra Demirci

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Ergenlerde ve genç erişkinlerde kendine zarar verme davranışı (KZVD) ve özkıyım (intihar) son yıllarda gittikçe artan önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. KZVD ölüm veya sosyal bir yaptırım niyeti taşımaksızın, kişinin istemli olarak vücut dokularında hasar oluşturması olarak tanımlanırken özkıyım; bireyin bilerek ve isteyerek kendi yaşamına son verme amacı olarak tanımlanabilir. KZVD'nin farklı bir klinik durum olduğu konusunda uzlaşmanın sağlanmasının ardından, DSM-5'te ayrı bir klinik durum olarak değerlendirilmiş, "Kişisel kendine zarar verme öyküsü" olarak "Klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar" başlığı altında yer almıştır. Özkıyım da benzer şekilde "Özkıyım davranışı bozukluğu" adı altında "Gelecekte Araştırılması Gereken Durumlar" alt kategorisinde yer almaktadır (APA, 2013).

Ergenlerde özkıyım, KZVD ile karşılaştırıldığında daha nadir olmasına rağmen her iki durum da ciddi sonuçlar doğurur. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyada her yıl yaklaşık olarak 700.000 kadar insan özkıyım nedeniyle ölmektedir ve bu 15-29 yaş arası ölümlerin en sık 4. nedenidir. Türkiye'de ise kaba intihar hızı, 2018 yılında yüz binde 3,88 tespit edilmiştir. KVDZ ise ergenlik döneminden erken erişkinliğe doğru artmaktadır ve en sık başlangıç yaşı 12 ila 14 yaş arasında belirlenmiştir (Swannell ve ark., 2014).

Genellikle psikiyatrik bir hastalığa eşlik ettikleri bilinse de bu bozukluklar komorbidite olmadan da karşımıza çıkabilir. Gelişimin önemli basamaklarından olan ergenlik döneminin doğasında yer alan duygusal ve davranışsal güçlüklerin varlığı KZVD ve özkıyım açısından risk oluşturmaktadır. Bir sistematik gözden geçirme çalışmasında KZVD olan ergenlerde en yaygın komorbid tanı %58'e varan bir oran ile Major depresif bozukluk (MDB) olarak bildirilmiştir (Jacobson ve Gould, 2007). Benzer şekilde ergenlerde özkıyıma eşlik eden psikiyatrik bozukluklar arasında en sık bildirilenler MDB ve bipolar bozukluktur (Hauser ve ark., 2013).

Sonuç olarak KZVD ve özkıyım ergenlik döneminde sıkça görülen, içerisinde farklı risk faktörleri barındıran ciddi halk sağlığı sorunlarından. Etiyolojik faktörlerin, eşlik eden psikiyatrik durumların tanınması çok önemlidir. Önleme ve tedavide riskli bireylerin belirlenmesi, komorbid durumların tedavisi, akut tedavinin yanı sıra sağaltıma yönelik tedavi modellerinin ve koruyucu müdahalelerin geliştirilmesi ergenlikten erişkinliğe seyrinde olumsuz sonuçlarının önlenmesine katkı sağlayacaktır.

**Anahtar sözcükler:** Kendine zarar verme davranışı, özkıyım, ergen, depresyon

### Kaynakça

Association AP (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub; 2013.

Hauser M, Gallig B, Correll CU (2013). Suicidal ideation and suicide attempts in children and adolescents with bipolar disorder: a systematic review of prevalence and incidence rates, correlates, and targeted interventions. *Bipolar disorder* 15(5): 507-23.

Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Suicide Life Threat Behav* 44: 273-303.

Jacobson CM, Gould M (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Arch Suicide Res* 11: 129-47.





## Cinsiyet Hoşnutsuzluğu Olan Çocuk ve Ergenlerin Erişkinliğe Geçişi Rahime Duygu Temeltürk, Merve Çıkılı Uytun

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Cinsiyet hoşnutsuzluğu (CH), bireyin doğumda atanan cinsiyeti (sex) ile cinsiyet kimliği (gender) arasındaki uyumsuzluk şeklinde tanımlanmaktadır. Psikiyatrik tanı sınıflandırmasından çıkartılması yönündeki tartışmalar, klinik görünümdeki çeşitlilik, tanı damgalanmasını azaltmak ve bakım erişiminin güvenliğini sağlamak gibi amaçlar DSM-5'te "cinsiyet hoşnutsuzluğu (gender dysphoria)" adıyla ayrı bir tanı kategorisi oluşturulmasına zemin hazırlamıştır<sup>1</sup>. Son yıllarda cinsiyet çeşitliliğinin giderek daha çok tanınması ve anlaşılması, CH yaşayan çocuklar ve ergenlere daha iyi tanı konmasına ve destek sağlanmasına yol açmıştır. Çocuklarda CH genellikle sürekli diğer cinsiyete ait kimlik benimseme, kendilerine atanan cinsiyetleriyle ilgili rahatsızlık duyma ve diğer cinsiyetten olarak tanınma isteği gibi belirtilerle ortaya çıkar. Bu, karşı cins kıyafetler giyme, karşı cinsle ilişkilendirilen aktivitelere ilgi gösterme gibi davranışlarla kendini gösterebilir. Ergenlik döneminde CH olan bireylerin cinsiyet uyumsuzluğu daha da yoğunlaşabilir. Ergenlik döneminin başlaması ve ikincil cinsiyet özelliklerinin gelişimi, transgender ergenlerde sıkıntı hissini artırabilir ve anksiyete ile depresyon düzeylerini yükseltebilir<sup>2</sup>. Tedavi süreci, psikolojik destek sağlama, cinsiyet kimliği keşfini kolaylaştırma ve tıbbi ve cerrahi müdahaleler konusunda karar vermede yardımcı olmayı içerir. Ergenliğin erken dönemlerinde, ergenliği geçici olarak durduran tedaviler (gonadotropin salıverici hormon analogu, GnRHa) çocukların gelişimsel özellikleri ve bireysel farklılıkları değerlendirilerek düşünülebilir. Hormon tedavisi ve cerrahi işlemler, ergenliğin ilerleyen dönemlerinde, bireyin hazırlıklılığına bağlı olarak ve multidisipliner bir ekip ile işbirliği içinde planlanabilir<sup>3</sup>. Ancak, bu konudaki yetersiz literatür nedeniyle ve çocukların gelişim süreci içindeki değişimleri göz önünde bulundurulduğunda tedavi süreci dikkatle yürütülmelidir. Sonuç olarak, CH olan çocuk ve ergenler için erişkinliğe geçiş çok yönlü ve karmaşık bir süreçtir. Bu bireylerin sağlıklı gelişim sürdürmeleri, gerçek benliklerini ifade edebilmeleri ve olumlu ruh sağlığı sonuçlarına ulaşabilmeleri için aileler, sağlık sistemleri ve genel olarak toplum tarafından kapsamlı destek gerekmektedir. Tedavinin uygunluğuna ilişkin kararlar, CH ile ilgili uzman görüşlerini içeren tedavi kılavuzlarına göre her hasta için bireysel özellikleri değerlendirilerek verilmelidir.

### Kaynaklar:

1. Birliği AP. Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı. *Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (Çev E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2013; 129–131.*
2. Başar K, Yüksel Ş. Çocukluktan yetişkinliğe cinsiyet kimliği ile ilgili sorunlar: uygun değerlendirme ve izlem. *Psikiyatri Güncel 2014; 4: 389–404.*
3. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *Int J Transgender Heal 2022; 23: S1–S259.*



## Türkiye'de Ceza İnfaz Kurumlarında Ruh Sağlığı Hizmetleri: Güncel Durum, Zorluklar ve Öneriler Barış Kılıç Demir

SBÜ Adana Şehir Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Psikiyatri Uzmanı

Ceza infaz kurumlarında ruhsal bozuklukların ve kişilik bozukluklarının genel topluma oranla yüksek olduğu bilinmektedir. Bu kurumlar sosyal olarak dışlanmış veya toplumdaki izole edilen bireylerden oluştuğu için, psikoaktif madde kullananlar ve intihar girişiminde bulunanlar gibi riskli gruplar nedeniyle ruh sağlığı açısından özel önemi olan yerlerdir.

Ülkemizde 2009 yılından beri, Birleşmiş Milletler tarafından belirlenen ceza infaz kurumlarındaki asgari sağlık bakımı kriterleri gözetilerek, sağlık hizmetleri sağlık bakanlığına bağlı hekim ve sağlık personelleri tarafından verilmektedir. Kuruma gelen tüm mahkumlar, kurum kadrolu ya da görevlendirilmiş aile hekimi tarafından en geç 3 gün içinde muayene edilmektedir. Kurumlar kapasitelerinin üzerinde mahkum barındırmakta ve personel sayısı yetersiz kalmaktadır. Cezaevi nüfusunun yoğunluğu muayenede dikkati ve yoğunlaşmayı olumsuz etkileyerek; kişilerin beyan edememe ihtimalleri olan entelektüel yetiyitimi, otizm spektrum bozuklukları, psikoz gibi hastalıkların gözden kaçmasına sebep olabilir. Kurumlarda tam zamanlı sağlık personeli bulunmamaktadır. Maddeyle ilişkili bozukluğu olan hastalar yoksunluk belirtilerinin en fazla olduğu ilk günlerde hekim tarafından değerlendirilemeyebilmektedir. 2 kampüs cezaevi dışında, cezaevi bünyesinde görevli psikiyatri uzmanı bulunmamaktadır, açılan kadrolar tercih edilmemektedir. Tüm mahkumlara mutlaka fiziki dosya açılması, tüm evrakların UYAP'a aktarılması gerekmektedir ancak uygulamada hasta kayıtlarına ulaşmakta sorunlar yaşanmaktadır. Kurumlarda tercüman bulunmaması nedeniyle, mahkumun anadilini bilen ceza infaz memuru varsa onun aracılığıyla sınırlı ve mahremiyeti sağlamayan görüşmeler yapılmaktadır. Bu durum psikiyatrik tanı ve tedavi süreçlerini olumsuz etkilemektedir. LGBTQIA+ mahkumlar için koşulları olan kurum bulunup bulunmadığına dair resmi bilgiye ulaşılamamıştır. Güvenlik nedeniyle ceza infaz kurumlarında ortak kullanım alanı ve sosyal faaliyetlere çıkartılırken, diğer mahkumlarla bir araya getirilmedikleri, mecburen tek kişilik koşullarda kaldıkları ve açık cezaevine geçme hakkının uygulanmadığı bilinmektedir.

Cezaevi psikiyatri hizmetlerinin iyileştirilebilmesi için çeşitli öneriler mevcuttur. İlk yatış sırasında mahkumların medikal kayıtlarının ayrıntılı incelenmesi, mahkumlarla çalışma konusunda tecrübeli sağlık personellerinin mahkumlarla görüşme yaparak, yapılandırılmış formlarla bilgi toplamaları bunların tamamlanmasının ardından hekime muayene olması, olası tanılarının atlanmamasına yardımcı olacaktır. Muayene öncesinde, kayıtlar kurallara uygun şekilde tutularak hastayı muayene eden hekimin incelemesi için hazırlanmalıdır. Belli tanı grupları ve özellikli gruplar için yapılandırılmış rehabilitasyon programlarının olması aynı hasta gruplarının tekrar tekrar psikiyatrik tıbbi sistemi meşgul etmemesini ve tüm mahkumların dengeli bir şekilde sağlık hizmetine ulaşmasını sağlayacaktır. Tüm psikiyatri hizmetlerinde görüşmenin mahremiyetine özel önem verilmeli; intihar risk faktörlerini belirleme ve müdahale konusunda hem tıbbi personel hem de ceza infaz personeli eğitilmelidir. Servis-koşu düzenindeki psikiyatri alanlarında fiziksel iyileştirmeler yapılması gerekmektedir. Benzer grupların aynı koşula yerleşimiyle ilgili düzenlemeler planlanabilir. Kurumlarda dil sorununun en azından belli günlerde tercüman sağlanarak çözümlenmesi planlanabilir. Ruh sağlığı çalışanlarının (psikologlar, sosyal çalışmacılar, hemşireler) mahkumlarla olan etkileşiminin istenen profesyonellik ve etkinlik düzeyine erişebilmesi için psikiyatri alanında tecrübeli sağlık personeli ihtiyacı sağlandıktan sonra düzenli hizmet içi eğitimlerle takip edilmesi planlanabilir. Halen cezaevleri rehabilitasyon servislerinde ve servis-koşu sisteminde tedavi gören hastalardan aktif psikotik dönemde olanların ceza infazının durdurularak tahliye kararı sonrası YGAP hastanelerinde koruma tedavi sürecinin başlaması gereklidir. CGTİHK 16. ve 18. Madde ve T.C. Anayasası 104. madde içeriği ve uygulama alanı konusunda halen cezaevlerinde görevli olarak çalışan ve çalışma ihtimali olan psikiyatristlerin bilgisinin güncellenmesi gerekmektedir. Bireyin temel hak ve özgürlüklerine saygı duyan, kötü muamele ve işkencenin olmadığı ortamlarda, suçluluk rehabilitasyonu programlarının geliştirilmesi ve cezaevinden çıkış sonrasında da kapsaması ruh sağlığı hizmetlerinin verimliliğine katkı sağlayacaktır.

### KAYNAKLAR

1. Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M. ve Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: Prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 871-881. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0)
2. Amil, B., Balcıoğlu, Y.H. ve Öncü, F. (2021). Cezaevi popülasyonunda dünya örnekleriyle ruh sağlığı uygulamaları ve yol haritası. *Current Research and Reviews in Psychology and Psychiatry*, 1(1), 46-76.
3. Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesi'nin Ceza İnfaz Alanındaki Tavsiye Kararları. Avrupa Konseyi/ Avrupa Birliği Ortak Programı "Türkiye'de Model Cezaevi Uygulamalarının Yaygınlaştırılması ve Cezaevi Reformunun Desteklenmesi Projesi" 2011 Ankara. Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Hukuk İşleri Genel Müdürlüğü İşbirliği Müdürlüğü Hukuk ve İnsan Hakları Kapasite Geliştirme Dairesi Cezaevleri ve Polis Birimi F-67075 Strasbourg Cedex, Fransa. Erişim adresi: [https://cte.adalet.gov.tr/Resimler/Dokuman/1982019151705tavsiye\\_kararlari.pdf](https://cte.adalet.gov.tr/Resimler/Dokuman/1982019151705tavsiye_kararlari.pdf)



## **Tutuklu ve Hükümlülerde Ruhsal Değerlendirme ve Müdahalenin Temelleri** **Eldem Güvercin**

*T.C. Sağlık Bakanlığı Tavşanlı Doç. Dr. Mustafa Kalemlı Devlet Hastanesi*

T.C. Adalet Bakanlığı verilerine göre; ülkemizde 31 Aralık 2022 itibarıyla ceza infaz kurumlarında %12,4'ü tutuklu ve %87,6'sı hükümlü olmak üzere toplam 341.294 kişi bulunmakta olup bu rakam bir yıl önceki verilerle kıyaslandığında %14,6'lık bir artışa işaret etmektedir (1). Cezaevlerinin fiziksel koşullarından kaynaklanan kısıtlılıklar, tutuklu ve hükümlülerde ruhsal hastalıkların görülme sıklığının genel topluma kıyaslandığında daha fazla olmasına karşın, cezaevlerinde hizmet veren ruh sağlığı profesyonellerinin sayısındaki yetersizlik, öte yandan tutuklu ve hükümlülerin ruh sağlığı hizmetlerine erişebilmesinde var olan güçlükler bu gruptaki bireylerde ruhsal değerlendirme ve müdahaleyi, önemli ve öncelikli bir konuma yerleştirmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), cezaevlerinde ruh sağlığı ile alakalı raporunda cezaevlerinde ruh sağlığı uygulamalarına yer verirken, her şeyden önce herhangi bir din, dil, ırk, cinsiyet, cinsel yönelim, ideoloji, sosyoekonomik statü ayrımı yapmaksızın her hükümlünün ruh sağlığı hizmetlerinden faydalanma hakkı olduğunu vurgulamaktadır (2). Ruh sağlığı hizmetleri bu açıklama bağlamında bir ayrıcalık şeklinde değil, kökeni temel insan haklarına dayanan, tesis edilmesi asgari bir zorunluluk olarak dünyanın her yerinde her mahkum için geçerli bir sistem şeklinde sunulmalıdır.

Tutuklu ve hükümlülerde ruhsal değerlendirme ve müdahale ile ilgili yurtdışında çeşitli rehberler ile, bu kişilerin tıbbi değerlendirme koşullarına yönelik asgari şartları düzenleyen uluslararası metinler yayımlanmıştır. Ülkemizde her geçen yıl artan cezaevi popülasyonu göz önüne alındığında, tutuklu ve hükümlülerde ruhsal değerlendirme ve müdahaleye yönelik bilgi birikimi ve deneyime sahip personele ve ruh sağlığı çalışanlarına duyulacak olan ihtiyacın daha da artacağı öngörülebilmektedir.

Bu sunumda gerek temel insan hakları ve özgürlükler çerçevesinde, gerekse de cezaevindeki bireylerin ruhsal ve fiziksel sağlığı ile ilgili bilgileri içeren rehberlerin ve uluslararası metinlerin ışığında, tutuklu ve hükümlülerde ruhsal değerlendirme ve müdahalenin temel ilkelerine yönelik bilgilere yer verilmesi planlanmıştır.

### **KAYNAKLAR:**

1. <https://adlisicil.adalet.gov.tr/Resimler/SayfaDokuman/22052023101534Haber%20B%C3%BCitni%20-%20CTE%20%2022.05.2023.pdf>

2. Enggist, Stefan, Møller, Lars, Galea, Gauden & Udesen, Caroline. (2014). Prisons and health. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/128603>



## Uluslararası Perspektiften Cezaevlerinde Özkıyım Davranışının Yönetimi ve Önleme Stratejileri Mehmet Emin Demir

*Doğubayazıt Dr. Yaşar Eryılmaz Devlet Hastanesi*

Özkıyım, toplumun tüm katmanlarını etkileyen küresel bir halk sağlığı sorunudur. Genel popülasyondaki yetişkinlerle karşılaştırıldığında, cezaevinde yaşayan bireyler özkıyımı düşünme, teşebbüs etme ve tamamlama açısından daha yüksek risk barındırır (Favril 2021). Bu, dünya çapındaki cezaevlerinde önemli bir hastalık ve ölüm yükünü temsil etmektedir. 1980'lerden bu yana artan cezaevi özkıyım oranları, cezaevlerinde özkıyım araştırmalarında (Daniel, 2006) ve yeni özkıyım önleme programları (ÖÖP'ler) ve politikaların getirilmesinde bir artış sağladı. Örneğin, Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Özkıyım Önleme Derneği (IASP) ile iş birliği içinde 1999 yılında "Tutukevi ve Cezaevlerinde Özkıyım Önleme" kılavuzunu yayınlamıştır. Ancak, artan ilgiye rağmen, cezaevlerinde özkıyım davranışlarının azaltılmasına odaklanan kanıta dayalı çalışmalar ve önleme programlarında hala eksiklik olduğu görülmektedir. Güncel veriler, mahkumların özkıyımı düşünmeye başladıkları ve sonrasında özkıyım davranışına yöneldikleri farklı mekanizmalara işaret etmektedir. Özkıyım riski, sinerjik olarak etkileşim halindeki değişik faktörlerin karmaşık bir ağı tarafından belirlendiğinden, yönetimi ve önlenmesi, cezaevindeki tüm insanların sağlıklı olmasını destekleyen nüfus stratejileriyle birlikte yüksek riskli mahkumları hedefleyen müdahaleleri içeren disiplinler arası bir politika ve eylem planı gerektirir (Marzano ve ark. 2016). Bu eylem planı dahilinde; özkıyım riski en yüksek olan suçluların tespiti, ruhsal hastalıkları olan suçluların kabul öncesi taraması ve yönlendirilmesi, Cezaevine gelişi takip eden ilk aydan sonra tekrarlanan risk değerlendirmeleri, özkıyım araçlarına erişimin önlenmesi, cezaevi personellerinin yanı sıra mahkumlara yönelik eğitim programlarının oluşturulması önem arz etmektedir (Barker ve ark. 2014).

### KAYNAKLAR

- 1- Barker E, Kölves K, De Leo D (2014) Management of Suicidal and Self-Harming Behaviors in Prisons: Systematic Literature Review of Evidence-Based Activities. Archives of Suicide Research 18: 227–240
- 2- Favril L (2021) Epidemiology Risk Factors and Prevention of Suicidal Thoughts and Behaviour in Prisons: A Literature Review. Psychologica Belgica 61(1): 41–355.
- 3- Marzano L, Hawton K, Rivlin A ve ark (2016) Prevention of Suicidal Behaviour in Prisons An Overview of Initiatives Based on a Systematic Review of Research on Near-Lethal Suicide Attempts. Crisis 37(5): 323–334



## Cezaevi Popülasyonunda Sık Görülen Psikiyatrik Tablolar Öykü Özçelik

*Menteşe Devlet Hastanesi, Muğla, Türkiye*

Cezaevindeki mahkumların fiziksel ve ruhsal sağlığını bir bütün olarak ele almak gerekmektedir. Mahkumların genel olarak düşük sosyoekonomik koşullara sahip bölgelerde yaşadıkları göz önüne alındığında bu bireylerde ruh sağlığı sorunlarına sosyal zorluklar ile tıbbi sorunların çok daha fazla eşlik etmesi muhtemeldir. Mahkumların ruhsal durumunu olumsuz etkilediği bildirilen ve psikopatoloji gelişmesine yol açabilen cezaevi koşulları ile ilgili faktörler arasında diğer mahkumlar tarafından yapılan zorbalık, mahremiyet yokluğu, aile ile iletişim kurma güçlüğü, aileleri ile ilgili endişeler, iletişim kurabileceği, güvenilir bir kişinin yokluğu, sıradan cezaevi hayatı, anlamlı aktivitelerin eksikliği, tahliye sonrası yaşam hakkında endişeler, madde kullanımı, aynı hücredeki mahkumlarla anlaşmazlıklar, kısıtlı diyet, fiziksel aktivite ve spora sınırlı erişim, ele alınmayan travmatik yaşam olayları ve sağlık hizmetine erişim zorlukları yer almaktadır (Enggist ve ark. 2014). Cezaevindeki mahkumların yaklaşık 1/7'sinin major depresyon veya psikotik bozukluklar arasından bir psikiyatrik tanısı olduğu bildirilmektedir (Fazel ve ark. 2016). Kadınlarda ve gençlerde bildirilen oranlar ise daha yüksektir. Ayrıca, cezaevi koşullarında mahkumların psikiyatrik değerlendirmesinde eksiklikler bulunduğu da önemli bir sorun olarak belirtilmektedir. Bir çalışmada, cezaevine girişi yapılan, ağır ruhsal bozukluğu mevcut olan mahkumların yalnızca %32,5'inin tanı aldığı ortaya konmuştur (Teplin, 1990). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün Avrupa bölgesel birimi, cezaevlerindeki mahkumların fiziksel ve ruhsal sağlığının değerlendirilmesine yönelik belirli aralıklarla rehberler yayınlamaktadır. 2014 yılında yayımlanan 22 bölümden oluşan 190 sayfalık bu rehberde, cezaevindeki bireylerin genel sağlığı ve tıbbi bakımları ile cezaevi koşullarının düzenlenmesinde görev alan organizasyon şemaları tanıtılmakta, hizmet sunumunun etik ve yasal kapsamının detaylarından bahsedilmekte, cezaevindeki şiddet, işkence, cinsel saldırı, bulaşıcı hastalıklar, ağız ve diş sağlığı, alkol ve madde bağımlılığı ile mahkumların ruh sağlığı detaylıca ele alınmaktadır. Yanı sıra, bu rehberde kadınlar, fiziksel engelliler, yaşlılar, etnik azınlıklar, yabancı vatandaşlar, LGBTQIA+ bireyler gibi duyarlı gruplara ayrıca yer verilmektedir. (Enggist ve ark. 2014) Hali hazırda bilindiği üzere cezaevi koşullarında veyahut genel sağlık kurumlarında mahkumların muayenesinde ruh sağlığı muayenesinin asgari koşullarının sağlanmasında güçlükler yaşanmaktadır. Bu durum da göz önünde bulundurulduğunda cezaevindeki bireylerde sık karşılaşılan psikiyatrik tabloları dikkate almak önem arz etmektedir.

### Kaynaklar

- Enggist S, Møller L, Galea G ve ark. (2014) Prisons and health. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K ve ark. (2016) Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet Psychiatry* 3(9): 871-881.
- Teplin LA (1990) Detecting disorder: The treatment of mental illness among jail detainees. *JConsult Clin Psychol* 58: 233-236.



**Narsizme Bütüncül Bakış**  
**Narsizmin İlişkilerdeki İzleri**  
**Dilek Ünal**

*Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı*

Narsizmin ilişkilerdeki izlerini anlayabilmek için öncelikle narsistik aile sistemini gözden geçirmek gereklidir. Bu aile sisteminde narsistin ihtiyaçları ailedeki herkesin üstünde ve önceliğindedir. Bu aile sisteminde roller ve görüntü çok önemlidir. İletişim eksikliği, duygusal manipulasyon çok sık görülür. Narsist bireyin partneri onun ihtiyaçlarını karşılamaya çalışırken, çocuklar ve ebeveynler arası dinamikler de birbirine benzer döngüler oluşturarak devam eder. Günah keçisi çocuk, altın çocuk, vekil ebeveyn, kayıp çocuk, maskot çocuk gibi roller ve bu rollerdeki bireylerin birbirleri ve ebeveynleriyle ilişkilerinde de bu döngüler gözlenir. Bu döngülerin temel bileşenleri narsist bireyin reddedilme/ sevilme/ terk edilme korkularıyla ilişkili duygusal tetiklenmeleri ve bunlara karşı savunmaları, bu durumun diğer bireyler üzerinde yarattığı tetiklenmeler ve savunmalar ve diğer bireylerin birbirleri arasındaki dinamikler olarak özetlenebilir. Narsistik aile sisteminde yetişen çocuğun bebeklik ve erken çocukluk döneminden itibaren bu sisteme adaptasyonu narsistik savunmalar veya bağımlı kişilik özellikleri geliştirme yönünde olur. Bu adaptasyon hangi yönde olursa olsun böyle bir ailede yetişen çocukta iletişim sorunları, sağlıklı ilişkiden beklentisini bilememek, sağlıklı ilişkileri tercih edip sürdürmek, sınır sorunları, anksiyete, depresyon, mükemmeliyetçilik, kontrolçülük, bağımlılık, dışavurum sorunları, düşük benlik saygısı gibi komplikasyonlar gelişir. Bu etkilenme biyolojik açıdan çocukluk döneminde kronik duygusal ihmal ve istismara uğrama, erken yaşam stresi olarak değerlendirilebilir. Bu tür bir etkilenme geçiren çocukların psikiyatrik hastalıklara yatkınlıkları arttığı gibi, normal duygusal okuma ve işlemleri, tehdit algılarının değiştiği pek çok insan çalışmasında, aktivitesinde değişiklik görülen amigdala, anterior singulat korteks, dorsolateral prefrontal korteks gibi beyin bölgeleriyle ilişkilendirilerek gösterilmiştir. Ayrıca kötü ebeveynliğin yavrulardaki biyolojik izlerine ek olarak, hayvan çalışmalarında da artmış adrenal aks aktivitesi, beyin bölgeleri hacimlerindeki değişiklikler, stres ilişkili moleküllerin ekspresyonunda artış gösterilmiştir.

**Kaynaklar**

Katharine Ann Campbell. The neurobiology of childhood trauma, from early physical pain onwards: as relevant as ever in today's fractured world ,EUROPEAN JOURNAL OF PSYCHOTRAUMATOLOGY 2022, VOL. 13, 2131969. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2131969>

Lane Strathearn. Maternal Neglect: Oxytocin, Dopamine and the Neurobiology of Attachment, J Neuroendocrinol. 2011 November ; 23(11): 1054–1065. doi:10.1111/j.1365-2826.2011.02228.x.

Paulina Rok-Bujko. Early life trauma – review of clinical and neurobiological studies Adv Psychiatry Neurol 2021; 30 (1): 37-44. DOI: <https://doi.org/10.5114/ppn.2021.106818>

O. Giotakos, Neurobiology of emotional trauma,Psichiatriki 2020, 31:162–171.

The clinicians guide to treating the adult children of narcissists. Amy Marlow-Macoy, Amy Kempe ISBN: 9781683736059, ISBN-10: 1683736052. PESI Publishing, Inc.February 21st, 2023.

Križan, Z. and Herlache, A. (2017). The narcissism spectrum model: a synthetic view of narcissistic personality. Personality and Social Psychology Review, 22(1), 3-31. <https://doi.org/10.1177/1088868316685018>



## Narsisistik Örüntülere Şema Terapi Gözlüğünden Bakış Cihan Aslan

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Narsisizmin gelişiminde, bireyin erken gelişimsel süreçte bakım veren(ler)i tarafından temel duygusal gereksinimlerinin karşılanmasında tekrarlayan aksamalar sonucu gelişen şemaların birincil öneme sahip olduğu düşüncesi kabul görmektedir. Bu şemaların gelişiminde ‘mizaç’ gibi genetik etmenler tarafından belirlenen özelliklerin de katkısı büyüktür. Öte yandan narsisistik örüntülerin kişilerarası ilişkileri nasıl etkilediğine ilişkin ilgi ve farkındalık da gittikçe artmaktadır. Narsisistik kişilik bozukluğu ya da uyum bozan narsisistik örüntülerin tedavisinde diğer kişilik bozukluklarında olduğu gibi bütüncül bir bakış açısına ihtiyaç vardır. Son yıllarda kişilik bozuklukları ve kişilerarası ilişkilerde uyum bozan kişilik örüntülerinin tedavisinde, psikodinamik, bilişsel ve davranışçı psikoterapi bakış açılarını bir araya getiren ve kanıta dayalı bir yaklaşım olan şema terapi gittikçe yaygınlaşan bir yöntemidir.

Şema terapide ‘empatik yüzleştirme’ ve ‘sınırlı yeniden ebeveynlik’ kavramları terapötik ilişkinin temelini oluşturur. Bu iki bileşenin kullanılabilmesi, fikir birliğine varmayı hedeflemeden özünde ‘görmek, hissetmek, bilmek’ olarak sağlanan gerçek bir ‘empati’ ve sürecin başından itibaren terapistin kendi şema ve modlarına farkındalığı elden bırakmayarak mümkün olduğunca ‘sağlıklı yetişkin modunda’ kalabilmesi ile mümkün olabilir. Elbette bu bileşenler narsisistik bir örüntüye özgü zorlu dönemeçlerle şekillenecektir. Sıklıkla katı talepkar ebeveyn sesi ile başa çıkmak için geliştirilen aşırı telafi ve kompulsif uğraşlarla karakterize kaçınma modları, narsisistik örüntünün merkezindeki ‘yalnız çocuk modunu’ görmemizi zorlaştıracaktır.

### KAYNAKLAR:

1. Dieckmann, E., & Behary, W. (2015). Schema therapy: An approach for treating narcissistic personality disorder. *Fortschritte der Neurologie-psychiatrie*, 83(8), 463-77.
2. McIntyre, S. L., & Samstag, L. W. (2022). Promoting an Empathic Dialectic for Therapeutic Change: An Integrative Review. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 52(2), 127-136.



## Narsisizmin Gelişimi ve Aksamaları

**Kevser Nalbant**

*Hacettepe Üniversitesi*

Narsisizmi kendini ön planda tutma, başkalarını yok sayma ve bu nedenle de kişilerarası ilişkilerde zorluklar yaşama olarak tanımlayabiliriz. Bu örüntünün her zaman olumsuz sonuçlar doğurmayacağı, benliğe ilişkin olumlu algının bireyin amaçları yönünde ilerlemesi ve kişisel yenilgilerden sonra yeniden gücünü toplaması açısından önemli olduğunu bilmekteyiz.

Narsisizm terimi mitolojide kendine aşık olan narkissos'tan gelmekte olup evrilerek şimdiki kullanım alanına yerleşmiştir. Türkçeye özseverlik olarak çevrilen narsisizm büyükenmeci tavırlar, sınırsız başarı, güç, zekâ, güzellik veya ideal sevgi fantezileriyle meşgul olma, özel olduğuna ve ancak özel insanlar tarafından anlaşılabilceği inancına sahip olma gibi kendini ön planda tutma davranışlarını tarif etmek için kullanılmaktadır.

Freud (1940) Narsisizmi; Birincil Narsisizm (çocuğun Tüm Libidosunu Kendi Kendine Yatırdığı Erken Bir Dönem) Ve İkincil Narsisizm (Nesne Yatırımlarından Geri çekilen Libidonun Yeniden Benlik üzerine Dönmesi) Olmak Üzere İkiye Ayırmış Ve Birincil Narsisizmin Sağlıklı Şekilde Aşılmadığı Durumlarda İkincil Narsisizmin Gelişeceğini İfade Etmiştir. Kohut (1966) İse; Patolojik Narsisizmin Olgun Narsisizme Dönüşmeyerek Narsistik Kişilik Bozuklukların Oluşumun Temelinde Kendiliğin "Büyükenmeci" Tarafında Yer Alan Aynalanma Eksikliği Ve/Veya "İdealize Edilmiş Ebeveyn İmagosu" Tarafında Yer Alan ölküleştirme Açlığı Olduğuna İşaret Etmiştir. Kernberg (1970) Narsisizmin Büyüdükçe Geçilmesi Gereken Gelişimsel Bir Evre Olduğunu, ödipal Dönemden önce Geldiğini, Süpereo Gelişimiyle İlişkili Ve Nesne İlişkilerinin öncülü Olduğunu Ve Bebeklik Narsisizminin Aşılabilmesi İçin Başarılı Bir Süpereo Oluşumunun Gerekli Olduğunu Vurgulamıştır. Masterson İse 0-3 Yaş Arası Ayrılma Bireyleşme Dönemindeki Bebek-Anne İlişkisindeki Aksaklıkların Narsistik Patolojilere Zemin Hazırladığını Aktarmıştır.

İlk Kez Dsm-İv'te (1980) Olmak üzere, Dsm'nin Takip Eden Basımlarında Eksen İv Bozuklukları Arasında, Narsistik Kişilik Bozukluğu Tanı Kategorisi İçinde Yer Almaktadır. Tanı Kriterleri İncelendiğinde Dsm-v'de Narsistik Kişilik Bozukluğu Tanı Kriterlerinde Patolojik Narsizmin Büyükenmeci Yönüne Yapılan Aşırı Vurgu Göze Çarpaktadır. Ancak Bugün Biliyoruz Ki Narsisizm Büyükenmeci, Kırılgan, Kötücül Narsisizm Başta Olmak üzere Çok Boyutlu Bir Yapı Olarak Ele Alınması Gerekmektedir. Bu Alt Tipler Gözden Geçirildiğinde Büyükenmeci Narsistik Alt Tipin Daha çok Kibir, Gösteriş Ve İhtişam Toplamının Ön Planda Olduğu, Kırılgan Alt Tipin Utanç Duygusu İle Pasif Kalarak Ve İdealleştirdikleri Figürlerin Gölgelerinden Beslenerek, Kötücül Alt Tipin İse Saldırgan Tavırlar Ve İç Dünyalarındaki Kötü Duyguları Nesnelere Değersizleştirerek Karşı Tarafa Aktardıkları Ve Kendiliklerindeki Hasarı Onarmaya çabaladıkları Anlaşmaktadır. Farklı Görünümleriyle Tüm Narsistik Kişilerin Ortak Olan Yönü İse, İçsel Bir Yetersizlik, Utanç, Zayıflık, Aşağılık Duygusudur.

### Kaynakça

Comparison Of Kernberg's And Kohut's Theory Of Narcissistic Personality Disorder, Ana Schmidt, Türk Psikiyatri Dergisi 2019;30(2):137-41

Hangi Narsizm? Büyükenmeci Ve Kırılgan Narsizmin Karşılaştırılmasına İlişkin Bir Gözden Geçirme, Dilay Eldoğan, Türk Psikoloji Yazıları, Haziran 2016, 19 (37), 1-10

Narsistik Kişilik Bozukluğu Ve Psikodinamik Alt Tipleri, Kenan Turan, Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi, 2022;5 (9), 1-9





**UZMANLA BULUŞMA: Gebelik Planlama, Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Bipolar Bozukluk  
Yönetimi: Olgu Örnekleri  
Şevin Hun Şenol**

*Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, İstanbul*

Bipolar bozukluk ve gebelik süreçlerinin yönetimi hastaların yanı sıra aileler ve klinisyenler için de birçok zorluklar barındırmaktadır. Gerek toplumsal roller, gerek ruhsal ve fizyolojik değişimler ile birçok kadın için zorlu olan bu dönem bipolar bozukluk tanılı kadınlar için daha da zorlu olmaktadır. Bu dönemin kendine özgü risklerin yanı sıra tedaviye dair potansiyel fetal teratojenik riskler ya da hastalık nüksü riski ikilem yaratmaktadır. Tedavi ile ilgili tüm bu çekinceler, olumsuz yargılar, kanıta dayalı kılavuzların yetersizliği bipolar hastalığı olan kadınların gebelik öncesi ve sonrası süreçlerde yeterli ve uygun bakım alamamasına zaman zaman gebeliği önleme ya da sonlandırma konusunda bir baskı yaşamalarına neden olabilmektedir.

Bu oturumda amaç, örnek olgular eşliğinde gebelik planlama ve takip sürecinde bipolar bozukluk yönetimini güncel literatür bilgisi ışığında tartışmaktır.

**Olgu 1:** 33 yaşında kadın, lise mezunu, beş yıllık evli olan hasta IVF ile gebe kalmış, doğum sonrası birinci ayda başlayan hafif depresif belirtiler ve bunların araya giren COVID-19 enfeksiyonu sonrası şiddetlenmesi üzerine ilk kez başvuran, doğum sonrası 8. ayda şiddetli depresyona eşlik eden kaygı bozukluğu olan ve emzirme dönemi devam eden hastanın tedavi ve takip süreci sunularak doğum sonrası depresyonun yönetimi, riskli durumlar, ilişkili kişisel faktörler değerlendirilecektir. Emzirme döneminde güncel yaklaşımlar ve izlemde dikkat edilmesi gereken durumlar tartışılacaktır.

**Olgu 2:** 26 yaşında, kadın, bankacı, yeni evli, gebelik planlama isteği ile eşyle birlikte başvuran hastanın özgeçmişinde ilk atağını 19 yaşında üniversitede okurken psikotik belirtili ağır depresif nöbet ile başlayan süreçte şiddetli mani nöbetleri geçiren bunun yanı sıra metabolik bozuklukların da eşlik ettiği bipolar bozukluk tanısı olduğu öğrenilmiştir. Bu olgunun süreci ile beraber bipolar bozukluğu olan kadın hastalar için riskli durumlar, ilişkili kişisel faktörler değerlendirilecektir. Gebelik planlayan olgulara güncel yaklaşımlar gebelik planlama dönemi takibi ve gebelik gerçekleşikten sonraki izlemde öneri ve yaklaşımlar tartışılacaktır.



## **Psikoterapide Cinsiyet Yanlılığı ve Feminist Terapi** **Erensu Baysak**

*Lüleburgaz Devlet Hastanesi, Kırklareli, Türkiye*

Bilişsel ve afektif yanlılık, düşünce sisteminde deneyimsel kısa devrelerden kaynaklanmaktadır. Genellikle bilinçli farkındalık dışında işlev gösterir ve genel tıbbi pratikte potansiyel olarak klinik değerlendirme, nedensellik, karar alma süreçlerini etkiler.

Bilimsel araştırmalar ve tedavi süreçlerinde görülen cinsiyet yanlılığı psikoterapiye de yansımaktadır. Ancak klinisyenlerin az kısmı psikoterapi sırasında bilişsel ve afektif yanlılıktan cinsiyet rolleri çerçevesinde nasıl etkilendikleri üzerine düşünmektedir. Tedavi süreçlerinde psikiyatrik semptomların sadece biyolojik ve kişiyle ilişkili değişkenler olarak görülmesi; toplumsal cinsiyet rolleri, etnik, kültürel, cinsiyet ve cinsel yönelim ile ilişkili faktörlerin göz ardı edilmesi kadınların, azınlık ve geleneksel normlara uymayan grupların yaşadığı sorunlara kalıcı çözümler üretmede yetersiz kalmakta, hatta kişiler için yeni sorunlar ve travmatik süreçler oluşturmaktadır.

Psikoterapide alternatif bir yöntem olarak feminist terapi, hem normatif kimlik gelişimi ve yaşam çizgisi hem de sıkıntı ve işlev bozulmasının etiyojileri açısından cinsiyet, kültür, fenotip, toplumsal sınıf, cinsel yönelim ve yaş gibi diğer sosyal bileşenlerin yakından ve dikkatli bir analizini temel alır. Terapisti ve danışanı feminist direnişi, dönüşümü ve toplumsal değişimi hem gündelik kişisel yaşamda hem de toplumsal, duygusal ve siyasi çevrelerdeki ilişkilerde ilerletecek stratejilere ve çözümlere sevk eder. Feminist terapi, tüm cinsiyetlerden insanlar tarafından, olası her türden danışana uygulanabilir.

Feminist terapi insan gelişimini üç basit yaklaşımla açıklar:

1. Esnek ve multikültürel; herhangi bir cinsiyet, yaş, etnik ve kültürel ayrımcılık olmadan çalışır.
2. İnteraktiftir, bireylerin deneyimlerine odaklanır, kişilere duygu, düşünce ve davranışları üzerinden yaklaşır.
3. Yaşam boyu yaklaşıma odaklanır, insan gelişiminin tüm yaşam boyu sürdüğünü belirtir.

Feminist terapistler kişileri psikolojik ve sosyolojik olarak destekleme amacındaki felsefesine uygun olarak farklı teknikler geliştirmiştir. Toplumsal cinsiyet analizi ve güç analizi danışanın problemlerini tanımlarken kullanılır. Danışanların kültürel ve toplumsal yapılarının onların hastalıkları üzerindeki cinsiyete dayalı etkileri analiz edilir. Kararlılık/girişkenlik eğitim ve teknikleri, yeniden çerçeveleme, bibliyoterapi kullanılan başka yöntemlerdir. Bu tekniklerin amacı, devam eden süreçte toplumsal kabuller tarafından onlara nelerin dayatıldığını ve farkındalığı artırmak, var olan güçlü yönlerin fark edilmesini sağlamaktır.

1-Brown, Laura S. Feminist therapy. American Psychological Association, 2018.

2- Murdock, N. L. (2012). Theories Of Counseling and Psychotherapy: A Case Approach. Pearson Education New Zealand

3- Yager, J., Kay, J., & Kelsay, K. (2021). Clinicians' cognitive and affective biases and the practice of psychotherapy. American Journal of Psychotherapy, 74(3), 119-126.



## **Kör Ayna: Klinik ve Pre-Klinik Araştırmalarda Cinsiyet Yanlılığı ve Bilimsel Araştırmalarda Feminist Metodoloji**

Hande Gazey

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Dünyanın temsili, tıpkı kendisi gibi, erkeklerin gözünden, mutlak gerçeklikmiş gibi tanımlanıyor. Pek çok farklı disiplinden feminist akademisyenin bilimin değer yüklü etkisini göstermek için, hangi araştırma sorularının sorulduğu/sorulmadığı, hangi araştırmaların finanse edilip/edilmediği, yayınlanmadığı başta olmak üzere önyargıların kaçınılmaz olarak ortaya çıktığı biçimleri açıkça ortaya koyduğu ve tarihsel olarak bazı bilgilerin diğerlerine göre ayrıcalıklı kılınmasıyla sonuçlandığını işaret ettiği çalışmalar bulunmaktadır.

Psikiyatride tarihi de nozolojiden tanı ve tedavi sistemlerine feminist araştırmacılar tarafından pek çok eleştirinin ve çalışmanın konusu olmuştur; daha az vurgulanan bir nokta olarak klinik ve preklinik araştırmalar da bu durumdan azade değildir, araştırmaların tasarımı ve analizi, toplumsal cinsiyet duyarsızlığı veya erkek merkezilik nedeniyle sonuçlarda sistematik hatalara sebep olabilir. Araştırmalarda cinsiyet yanlılığı, temel olarak kadın ve erkeği yanlış bir şekilde benzer/farklı gören, sosyal yapı tarafından inşa edilmiş sistematik olarak yanlış yaklaşımın sonucudur. Bu yanlılık, hipotezlerin üretimi, metodoloji, verilerin analizi, sonuçların değerlendirilmesi ve yeni bilginin üretimi süreçlerinin her birinde kendisini gösterebilir. Feminist yaklaşımla araştırmalar yapılabilmesi, ruh sağlığının sosyal boyutlarının ataerkillik çerçevesinde değerlendirilmesini sağlar, bu çerçevede ruh sağlığına bakış, ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu sosyal ve politik bir çerçeveden değerlendirilebilir. Hem klinik hem preklinik araştırmalarda araştırmacının karşı karşıya kaldığı cinsiyet yanlılığından yöntem, yayın süreçlerinden bilginin inşasına pek çok alanda cinsiyet yanlılığı ile karşılaşırız.

Feminist epistemoloji dünyayı daha iyi açıklayabilmek, toplumsal cinsiyetlenmiş adaletsizlik ve tahakkümün etkin dönüşümü için yararlı olacak bilginin üretimi için önemlidir. Feminist yöntem, araştırma materyalini toplarken soru sorma, sessiz olanı bulma yolunda bize adım sağlar. Feminist ise, metodoloji, araştırma sürecinin hem teorisini hem de analizini sağlar. Bu anlamda psikiyatride klinik ve preklinik araştırmalarda cinsiyet yanlılığının, neden ve sonuçları ile ele alınması; bilimsel araştırmalarda ve bunların iz düşümü olarak sonucunda ruh sağlığı alanında cinsiyet yanlılığının aşılabilmesi için feminist araştırma ve yöntemin tanımlanması ve uygulanabilmesi önemlidir.

1. Ruiz-Cantero, María Teresa, et al. "A framework to analyse gender bias in epidemiological research." *Journal of Epidemiology & Community Health* 61.Suppl 2 (2007): ii46-ii53.

2. Howard, Louise M., et al. "Gender-neutral mental health research is sex and gender biased." *The Lancet Psychiatry* 4.1 (2017): 9-11 3. Erdoğan, Emine, and Nehir Gündoğdu. *Türkiye'de Feminist Yöntem*. Metis Yayıncılık, 2020.

3. Tillaart, S. V. D., Kurtz, D., & Cash, P. (2009) Powerlessness, marginalized identity, and silencing of health concerns: voiced realities of women living with a mental health diagnosis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(3), 153-163. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00599.x>



## Klişine ve Tedavi Süreçlerine Yansıyan Cinsiyet Yanlılığı

Nur Nihal Baltacı

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Cinsiyet semptomların başlangıcını, hastalıkların seyri ve tedavi yanıtını etkiler. Kadınlar erkeklere göre daha fazla depresyon ve kaygı bozukluğu yaşamakta, erkeklerin ise alkol ve madde ile sorun yaşama riski daha yüksektir. Oysa cinsiyet, insanların ne olduğu, bir dizi özellik ya da nitelik değil, belirli bir sosyal yapı ve koşullar dizisi içindeki insanlar arasında gelişen bir şeydir. Tarihsel toplumsal cinsiyet süreçlerinde erkeklerin her türlü duyguya erişimi engellendi. "Sorumlu" olanlar olarak onlardan yanıtları almaları ve zayıf noktalarını ve bağımlılıklarını gizlemeleri bekleniyordu. Kadınlar ise güçlü yönlerini gizlemeyi, öfkelerini gizlemeyi ve ihtiyaçlarının karşılanması için dolaylı yöntemler geliştirmeyi öğrendiler. Bu öğrenim sistemine uymayan bireyler normal olmayanla delilikle suçlandılar.

Kadınlara yönelik sistematik baskı ve cinsiyete dayalı ayrımcılığın insan uygarlığında derin kökleri vardır. Hem yazılı metinlerde hem de yaygın uygulamalarda açıkça görüldüğü gibi, ataerkillikle ilişkilendirilen yanlılıklar, dönemin erkek egemen kültürleri tarafından dayatılan güç mücadeleleri, kontrol ve uyum sağlama ile iç içe geçmiştir ve olmaya da devam etmektedir. Kadınlığın patolojikleştirilmesi ve mutsuz ya da 'zor' kadınların ataerkil psikiyatrik nozoloji yoluyla düzenlenmesi uzun bir geçmişe sahiptir. 16. Yüzyılda cadılıkla suçlanan kadın, 19. Yüzyılda Victoryan dönemin histeriği olmuş, 20. Yüzyıl sonu ve 21. Yüzyılda neoliberalizmin etkisi ile "sınırdan" kalmıştır.

Tanıyı koyma, tedavi düzenleme ve prognozu öngörme konusunda psikiyatri bilimi her ne kadar başarılı olsa da cinsiyetli bir dünyada yaşamının toplumsal karmaşıklığı, nöropsikiyatrik görüntüleme veya genetik laboratuvarları dünyasında nadiren görülür. Patriyarkanın yaratmak istediği standart kadına uymak istemeyen kadın, bir yandan bu baskı altında ruhsal olarak zedelenirken öte yandan delilikle yaftalanmaktadır.

Cinsiyet yanlılığı tanıda olduğu kadar tedavi süreçleri ve sağlık hizmetlerine ulaşımına da yansımaktadır. Örneğin yapılan çalışmalarda kadınlar daha fazla SSRİ kullanımı ve daha fazla EKT tedavisi almaktadır. Oysa psikiyatri klişine başvuran kadınlarda etiketlenmiş patolojinin üstesinden gelmek mevcut tedavi seçeneklerinin yanında kadın olmayı desteklemek, eşitsizliğin üstesinden gelecek adımlar atmamakla mümkündür. Dominant olanın dayattığı miyopluk cılız olanı dinlemekle ve hastalığı biyo psiko sosyal politik bir zeminde düşünmekle aşılabılır. Feminist yaklaşım bu açıdan bize eşi benzeri olmayan bir kapı aralamaktadır.

1- Ussher, J. M. (2017). A critical feminist analysis of madness: Pathologising femininity through psychiatric discourse. In Routledge international handbook of critical mental health (pp. 72-78). Routledge.

2- GUPTA, M. (2023). Systematic Patriarchy: A Social Determinant of Gender-Based Discrimination Interacting with Child Development and Mental Health.



**Bedensel Belirti Bozukluğunda Travmanın İzleri**  
**Gülfizar Sözeri Varma**

*Pamukkale Üniversitesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Denizli*

Bu sunumda travmatik kayıplar, yas kuramları ve yas süreci bedensel belirti bozukluğu (BBB) tanılı olgular üzerinden gözden geçirilecektir.

Ani ve beklenmedik kayıplar, hastalık ve etkilerinin çok acı olması ve konuşulmaması, tedavi reddiyle bir anlamda ölümü hızlandırma, genç yaşta ölüm, bazı konularla yüzleşememe, utanç ve suçluluk uyandıran kayıplarda yasinin çözülmesi zorlaşmaktadır. Tamamlanmamış bir iş (genellikle travmatik bir kayıp veya çözülmemiş bir yas) bazen birbirini tanıyan, çoğunlukla bilinçli ve sözel olarak iletilen *kuşaklar arası*; bazen birbirinden çok uzak ve teması olmayan kuşaklar arasında *kuşak aşan* iletimle varlığını sürdürülebilmektedir. Geçmiş kuşaklardan aktarılan, kuşaklar arası ve kuşak aşan travmatik deneyimlerin bedensel belirtiler açısından önemli olduğu bilinmektedir. Sözlü olmayan aktarımların beden diliyle olması muhtemeldir: Dil sürçmesi, hareket sürçmesi, nefes alıp verme, ateş basması, elin ayağın buz kesilmesi, uyuşma, bulantı, ağrı gibi.

Travmanın aktarımına yol açan en önemli şey sessiz kalınmış, sembolize edilmemiş ve bütünleştirilmemiş deneyimlerin varlığıdır. Bu yaşantılar kimi zaman tarihsel ve toplumsal olaylarla yakın ilişkili olabilmektedir. Kitlese travmalar ve toplu katliamlardan sonra nesiller arası aktarımın daha çok yaşandığı bilinmektedir. Doğal afetler, savaşlar, katliam veya zorunlu göç gibi yaşantılara maruz kalan gruplar travmayı yeteri kadar işleyemediğinde, travmanın etkileri sonraki nesillerde, grubun kültüründe ve bireylerde ortaya çıkan çeşitli belirtilerle kendini göstermeyi sürdürülebilmektedir. Bu etkinlikte bitmemiş yas süreçleri ve kuşaklar arası aktarıma açık travmatik kayıplar bedensel belirti bozukluğu olan olgular bağlamında ele alınacaktır. Bu olgularla genososyogram ve psikodrama yöntemleriyle çalışılmıştır.

**KAYNAKLAR:**

- 1.Travmadan sağkalanlarla psikodrama, P.F.Lellerman, M.K.Hudgins, Nobel Yayınları
- 2.Soy sendromu, kuşakaşan terapi ve soy ağacındaki gizli bağlantılar, Anne Ancelin Schützenberger
- 3.Bedensel Belirti Bozukluğu Olan Bir Grup Hastada Genososyogram ile Travmanın İzleri. Ş Çetin, G Sözeri Varma, O Özdel. Cyprus Turkish Journal of Psychiatry & Psychology Vol.3 Issue.1, 2021



## Kayıp, Yas ve Bağımlılık

Tuğçe Toker Uğurlu

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Denizli

Özellikle son yıllarda yaşanan kitlesel afetler ve yoksulluk, aile içi şiddet gibi sosyal çevre faktörlerine bağlı artan travmatik yaşantıların bağımlılıkla ilişkisi hakkında henüz yeterli sayıda çalışma olmamasına rağmen travma mağdurlarının kendi kendini tedavi yöntemi olarak alkol ve madde kullanımına yöneldikleri bilinmektedir. Tuncer ve Şimşek'in (2022) çalışmasında katılımcıların %66,2'si madde kullanımı öncesinde, %86,2'si madde kullanırken, %33,8'i ise tedavi sırasında travmatik bir olay yaşadığını bildirmiştir (1). 6 Şubat 2023 tarihinde Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde meydana gelen ve tüm ülkemizi derinden etkileyen deprem sonrasında da ilk veya yeniden alkol ve madde kullanımı dikkat çekmektedir. Deprem sonrası hem AMATEM kliniğimize hem de krize müdahale ve psikolojik ilk yardım amaçlı kurulan "Afet ve Psikolojik Destek" polikliniğimize tekrar alkol/madde kullanımı, tekrar kullanabileceği kaygısı ve aşırma artışı nedenli başvurular olmuştur.

Kayıpların ardından yas sürecinde bir yas tepkisi olarak ya da baş etmeyi kolaylaştıracağı beklentisi ile alkol ve madde kullanımı da yine sıkça görülebilmektedir. Bir çalışmada madde kullanmaya başlamadan önce sevilen bir yakınının ani kaybı %11 oranında bildirilmiş olup madde kullanımı sırasında kayıp yaşama oranı ise %38 olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada madde kullanım bozukluğu tanılı bireylerin yalnızca %14,3'ünün travmatik yaşantıları ile ilgili psikolojik destek aldığı da bulgulanmıştır (1). AMATEM kliniğimizde yatarak tedavi gören alkol ve madde kullanım bozukluğu tanılı pek çok vakanın öyküsü derinlemesine değerlendirildiğinde, bir yakının kaybı sonrası içilen gün sayısı ve miktarında ciddi artış veya kullanıma tekrar başlama dikkat çekmektedir. Bu vakalarda sevilen kayıbın yaşattığı boşluk alkol-madde ile doldurulmaya çalışılmış olabileceği gibi geride kalan olumsuz duygular olduğunda tamir ya da hesaplaşma şansı kayıp ardından yitirilmiş durumdadır. Hastalar bunların yanında sıklıkla yasin davranışsal bir tepkisi olarak da alkol-madde kullanımına yönelmiş olabilir. Çalışmamızda örnekleri ile belirtildiği şekliyle arındırma ve semptomatik tedaviler sonrasında özellikle kayıp yaşantısı ile ilgili psikodrama teknikleri (imajinasyon, boş sandalye, mektup yazma) kullanılarak yapılan çalışmalarla (2) hastaların tedavi motivasyonunda artma ve depresif semptomlarda iyileşme gözlenmiştir. Kayıp, yas yaşantısı ve travmatik süreçlerin ele alındığı tedaviler sonrasında ise tedavide kalma ve remisyon oranları daha yüksek saptanmıştır (2).

Son yıllarda COVID-19 pandemi sürecinden sonra art arda yaşanan kitlesel travmatik olaylar ve hayatın içinde her an gerçekliğini hissettiğimiz kayıplar tıpın her alanında olduğu gibi bağımlılık alanında da hastaya biyopsikososyal yaklaşımın önemini bizlere tekrar hatırlatmıştır.

### Kaynaklar:

1. Tuncer SB, Şimşek Z (2022) Travmatik yaşantıların bağımlılık tedavi sürecine etkisi. Bağımlılık Derg 23:308-315.
2. Uğurlu TT, Oğuzhanoğlu NK, Ateşçi F (2020) Psikodrama grup terapisinin opioid bağımlılığında remisyon ve depreşme üzerine etkisi Arch Neuropsychiatry 57:197-203.



## Şizofrenide Tedavi Direnci ile İlgili Genetik Özellikler Koray Yarız

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Tedaviye rağmen semptomları ve kötü prognostik seyri devam eden hastaları tanımlamak için "tedaviye dirençli şizofreni" (TDŞ) kavramı kullanılır. Başka bir deyişle en az iki farklı antipsikotik ilaca yanıtız şizofreni, TDŞ olarak tanımlanmaktadır. Genel tahminler, hastaların beşte biri ila yarısında tedaviye direnç olduğunu göstermektedir. Birtakım çalışmalar daha erken hastalık başlangıç yaşı, daha şiddetli semptomlar, aile yükü, kırsal yerleşim, spesifik bilişsel eksiklikler ve daha kötü yaşam kalitesinin tedavi direnci ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Bu hastalarda tedaviye dirençli olmayan şizofreni hastalarına göre gri madde hacminde daha fazla azalma, daha az striatal dopamin sentezi ve anterior singulat kortekste daha yüksek glutamat konsantrasyonu saptanmıştır (1). Bazı araştırmacılar bu özelliklerinden yola çıkarak TDŞ'nin, şizofreninin ayrı bir alt tipi olduğunu öne sürmektedir.

Klinik ve görüntüleme profillerine ek olarak, araştırmacılar tedaviye dirençli olan ve olmayan şizofreni hastaları arasındaki olası nörobiyolojik farklılıkları araştırmışlardır. Klozapin tedavisi, TDŞ'de FDA tarafından onaylanmış tek ilaç olduğundan ve tipik olarak klozapin kullanan hastalar en az iki tedaviye yanıt vermediğinden, TDŞ için bir belirteç olarak kullanılabilen bir kriterdir. Bu nedenle, farmakogenetik, farmakogenomik ve gen ekspresyon profili yoluyla değerlendirilen klozapin tedavisi ve yanıtıyla ilişkili genetik farklılıklar, TDŞ'nin altında yatan genetik farklılıklara ilişkin değerli bilgiler vermektedir.

Klozapinin farmakogenetik çalışmaları esas olarak klozapinin etkinliği ile ilişkili olduğu düşünülen nörotransmitter sistemlerine odaklanmıştır. D1 reseptörünü kodlayan DRD1 genindeki tek nükleotid polimorfizmleri (SNP'ler), D2 reseptörünü kodlayan DRD2 geni, D3 reseptörünü kodlayan DRD3 geni ve 5-HT reseptör sistemine ilişkin (HTR2A, HTR2C ve HTR6) gen polimorfizmleri, klozapine yanıt ile potansiyel olarak ilişkili olarak tanımlanmıştır. Bununla birlikte, birçok araştırma, klozapine yanıt verenlerin farklı tanımları ve ayrıca deneklerin farklı etnik kökenleri nedeniyle çelişkili sonuçlar göstermektedir (2).

Daha güncel çalışmalardan elde edilen tutarlı bulgular, şizofrenide tedavi direnci ile ilişkili farklı genetik varyasyonları da ortaya koymuştur. Özellikle COMT, HTR2A, SLC6A4 ve BDNF genlerine ait birtakım polimorfizmlerin tedavi direnci ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Tedavi direnci ile ilişkisine dair yeterli kanıt olmasa da SLC1A1 geninde görülen rs2228622 ve GRIN2B genindeki rs890 SNP'leri de güncel çalışmalarda tedaviye dirençli şizofreni hastalarında klozapin ile indüklenen OKB ile sıklıkla ilişkili bulunmuştur.

Son yıllarda şizofrenide tedavi direnci ve klozapin yanıtına ilişkin daha tutarlı genetik bulgular ediniliyor olsa da olası risk genlerini ve bunlar arasındaki etkileşimleri, bu genetik faktörlerin psikopatoloji ve tedavi yanıtı ile ilişkisini açıklamak için daha kapsamlı ve çok merkezli araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

### Kaynaklar

1. Correll, C. U., & Howes, O. D. (2021). Treatment-resistant schizophrenia: definition, predictors, and therapy options. *The Journal of clinical psychiatry*, 82(5), 36608.
2. Leucht, S., Cipriani, A., Spineli, L., Mavridis, D., Örey, D., Richter, F., ... & Davis, J. M. (2013). Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *The Lancet*, 382(9896), 951-962.
3. Kohlrusch, F. B., Salatino-Oliveira, A., Gama, C. S., Lobato, M. I., Belmonte-de-Abreu, P., & Hutz, M. H. (2010). Influence of serotonin transporter gene polymorphisms on clozapine response in Brazilian schizophrenics. *Journal of psychiatric research*, 44(16), 1158-1162.



**Depremden Örselenenlere Psikanalitik Müdahale**  
**Ali Algın Köşkdere**  
*Serbest Hekim*

Klasik psikanaliz travma mağdurlarını tedavi etmede kullanılsa da travma, Freud'un ilk çalışmalarından itibaren psikanalizin ilgilendiği bir konu olmuştur. Travma mağdurlarıyla çalışırken tekniği değiştirilerek psikanalitik kuramdan yararlanmak mümkündür. Son yıllarda travma mağdurları ile yapılan psikanalitik çalışmalarla ilgili yayınlar gittikçe artmaktadır. Garland'ın “Travmayı Anlama- Psikanalitik bir Yaklaşım” adlı kitabı Tavistock Kliniği Travma Biriminin deneyimlerini aktarır. Travmayı farklı açılardan değerlendirir. Travma hastasının psikiyatrik değerlendirmesi, bireysel ve grupla yapılan psikanalitik psikoterapisi, psikoterapi örnekleri anlatılmıştır. Boulanger Vietnam Gazileriyle 11 Eylül mağdurlarıyla ve başka travma mağdurlarıyla çalışmalarını “Gerçekliğin Yaradıkları – Erişkinlikte ortaya çıkan travmayı anlamak ve tedavi etmek” adlı kitabında ele alır. Burada travmanın disosiyatif etkisine, simgeleştirme yetisini bozmasına ve kendilikteki etkilerine yer verir. Ilany Kogan'ın “Yas Tutmama Mücadelesi”, “Sessiz Çocukların Çığılığı” adlı kitapları soykırım travmasının kuşaklar arası aktarım ile ruh sağlığını nasıl bozduğunu ortaya koyar. Kogan, psikanaliz uyguladığı hastalarında, travmanın kuşaklar arası aktarımının nasıl psikiyatrik hastalıklara yol açtığını açıklar.

Bu sunumunda travma ile çalışırken; psikiyatristin durumuna, teknik açıdan farklılıklara, depremedelerin benlik işlevlerine, kendilikte yaşanan etkilere, nesne ilişkilerine, savunma mekanizmalarına ve bunların kliniğe nasıl yansıtıldığına değineceğim. Önce psikiyatristin kendi durumunu değerlendirmesi ve yaşamış olduğu travmaları işlemesi gerektiğinin ve seanslar sırasında örselenebileceğinin üzerinde duracağım. Daha sonra psikanalitik teknik açısından farklılıkları belirteceğim. Travmanın kendilikte ve nesne ile ilişkide yaratabileceği etkiyi değerlendireceğim çünkü bu gibi durumlar tekniğin biçiminin belirlenmesinde rol oynar. Bunların beraberinde travma, benliğin gerilemeyi düzenleme işlevinde bozulmaya neden olur. Gerileme, kendilik ve nesne ilişkilerini değiştirdiği kadar kullanılan savunma örgütlenmesini de değiştirir ve ikelleştirir. Benlik gerileme işlevini kontrol edemeyince işlevselliği olumsuz yönde etkilenir.

Bu değişimleri deprem özelinde açıklayacağım. Bu sunumda özellikle odaklanacağım bir diğer durum ise depremede ile yalnızca birkaç seanslık görüşme imkanı olduğunda tekniğin biçimi olacaktır.

**Kaynaklar:**

Boulanger G (2007) Wounded By Reality - Understanding and Treating Adult Onset Trauma, Oxon ve New York, Routledge.

Garland C (2002) Understanding Trauma - A Psychoanalytical Approach, The Tavistock Clinic Series, Oxon ve New York, Routledge.

Köşkdere AA (2023, Kasım 28) Benlikteki Deprem [<http://www.bursapsikiyatri.com/makale.php?id=730>]





## Toplumsal Travmalar ve Grup Analizi

Ali Keyvan

*Istanbul Aydın Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Psikanalitik grup terapisi (grup analizi) temel olarak Sigmund Freud'un dürtü kuramı, Melanie Klein'in öncüsü olduğu nesne ilişkileri kuramı, bunun dışında ego psikolojisi ve diğer psikanalitik, psikolojik ve sosyal kuramlardan beslenmektedir. Psikanalitik grup terapisi, 1940'larda döneminin önde gelen psikanalistlerinden olan Heinrich Sigmund Foulkes ve Wilfred Ruprecht Bion'un ilk uygulamaları ile başladı. Psikanalitik grup terapisi yoğun ve derinlemesine bir terapidir ve bireyin kendi iç dünyası ve diğerleriyle olan ilişkisi ile karşılaşmasını ve anlamayı amaçlar (Keyvan, 2021).

Psikanalitik grup terapisi bireysel terapinin grupta işlendiği bir tedavi yöntemidir. Danışanlar, kendi içsel çatışmalarını ve davranış kalıplarını grupta yeniden kurarlar. Böylece, kondüktör (grup analisti), grup üyeleri ve 'bir bütün olarak grup' (group as a whole) arasında aktarımlar ve karşı aktarımlar oluşur. Bireysel ihtiyaçlar ve farklılıklara göre aktarım çözümlenmeleri ve terapi süresi değişmekte olup, psikanalitik grup terapisi birçok yönden bireysel psikanaliz süreci ile benzerdir (Foulkes, 1964).

Yeni küresel konjonktür, sanayi, teknoloji, internet ve sosyal medya devrimi gibi değişen dünyada, psikanalitik grup terapileri hızla yayılmakta ve Türkiye de dahil olmak üzere birçok ülkede grup analistleri yetiştirilmektedir. Psikanalitik grup terapilerinin doğuşu, birinci ve ikinci dünya savaşları dönemlerine denk gelmektedir. Dünyada halihazırda devam eden savaşlar ve son yılların kâbusu haline gelen toplumsal pek çok travma, grup analizine olan ihtiyacı artırmaktadır.

Ülkemizde de son dönemlerde yaşanmış olan deprem felaketleri veya sosyal-politik travmaların gruplar üzerindeki etkileri yadsınamaz. W. R. Bion'a (Bion, 1948) göre bu tip yıkımlar grupların regrese olmalarına ve temel varsayım (basic assumptions) dinamiklerinin ortaya çıkmasına sebep olur. Bion'un gruplar için değindiği bu temel varsayımlar S. Freud'un bahsettiği pre-ödüpal regresyonlardan farksızdır. Toplumsal travmalar karşısında, birçok psikanalist düşünürün de değinmiş olduğu gibi, ilkel savunma mekanizmalarına daha sık başvurulur. Gruplarda bölünme, kutuplaşma ve grup kimliğinin tehdit altında olması söz konusu olur. Grup liderine yaslanma ve kurtarıcı arayışı veya lidere saldırma, kaçış ve yıkım devreye girer.

Bu panelde toplumsal travmalar bağlamında psikanalitik grup süreçleri ele alınacaktır.

### Kaynaklar:

Bion WR (1948) Experiences in Groups: I. Human Relations, 1: 314–20.

Foulkes SH. (1964) Therapeutic Group Analysis. New York: International Universities Press, Inc.

Keyvan A. (2021) Psikanalitik Grup Terapisi (Grup Analizi). İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 13: 591-604.



## Travmayı Anlama ve Psikanalitik Açıdan Anlamlandırma Selim Arpacioğlu

Psikanaliz aslında her şeyden önce temelde bir travma kuramıdır ve genel kanının aksine travma mağdurlarının travmatik deneyimlerinin anlaşılması ve iyileşebilmesi için önemli imkanlar sunar. Psikanalitik kurama dayanarak geliştirilmiş olan psikanalitik psikoterapiler ise travmaya bağlı ruhsal sorunların tedavisinde oldukça etkili yöntemler olmalarına karşın bazı ruh sağlığı çalışanlarının dahi psikanalitik psikoterapilerin travma hastalarında kullanılmaması gerektiğine dair düşünceleri mevcuttur. Oysa travma mağdurlarıyla çalışırken psikanalitik teknikten yararlanmak üzerine yazılmış gerek eski gerek güncel birçok kaynak vardır. Boulanger travma mağdurlarıyla çalışmalarını Gerçekliğin Yaraladıkları- Erişkinlikte ortaya çıkan travmayı anlamak ve tedavi etmek adlı kitabında aktarmaktadır (Boulanger 2007).

Travma nedir üzerinden travmayı anlamaya çalışmaya başlarsak aslında en baştan tartışmalı ve sadece anlamlandırması değil anlaması da zor denebilecek alan üzerine çalışıldığını fark edebiliriz. Çünkü neyin travma ve travmatik olarak tanımlanacağı kendi başına bir tartışma konusudur. Travma Yunancada yara ve yaralanma anlamına gelmektedir. Travmanın DSM-3'te var olan "ruhsal bütünlüğe tehdit oluşturma" tanımı, günümüzde kullanmakta olduğumuz DSM-5'te kaldırılmıştır ve bir olay ya da durum kişi açısından ne kadar üzücü ve ruhsal açıdan zorlayıcı olursa olsun yaşamı ve fiziksel bütünlüğü tehdit etmiyorsa travma olarak kabul edilememektedir. Bu psikanalitik bakış açısıyla değerlendirildiğinde travmayı anlama açısından eleştirilebilir bir durumdur. Mevcut travma tanımını eleştiren klinisyenler tarafından yapılan daha geçerli olabilecek bir önerme; bir olay aşırı derecede üzücüyse, en azından geçici olarak bireyin iç kaynaklarını zorluyorsa ve kalıcı psikolojik belirtilere neden oluyorsa travmatik olarak değerlendirileceğidir. Bu tanım Freud'un travma için yaptığı tanımlamaya oldukça uymaktadır.

Freud travmayı önce korku, kaygı, fiziksel acı, utanç gibi duygulanım yaratan deneyimler olarak tanımlamış, daha sonra da ruhsal kalkanı yıkan deneyimler olarak kavramsallaştırmıştır. Küçük çocuk için annesi ve ailesi bir kalkan görevi görür. Daha sonra çocuğun benliğinin gelişmesiyle (içe atmalarla başlayan iç dünyanın gelişiminde, içerdeki annenin bu koruyucu işleviyle çocuğun özdeşleşmesi sayesinde) çocuk artık travmalara ve aşırı uyarılmalara karşı kendi kalkanını oluşturur (Köşkdere 2023). 1926'da Freud "Çaresizlik hissettiren durum travmatik durumdur" demiştir. Çaresizlik, benliği tamamen edilgen bir konuma geçirir ve benlik bu çaresizlik içinden çıkmak için tekrar tekrar travmayı yenilemeye çalışır. Benlik aşırı uyarılmayı düzenleyemez, algılama, yorumlama, bütünleştirme ve sentez işlevleri kitlenir. Beraberinde benlik de yoğun bir panik ve kaygı yaşar. Benlikte bir felç meydana gelir, benlik işlevleri kaybolur, gerileme ile birlikte benlik normal işleyiş haline geri dönemez. Kendilik ve çevre arasında bir yaşam mücadelesi ortaya çıkar. Benliğin travma ile ilgili karşılaştığı durum, simgeleştiremediği ve işleyemediği bir çatışma iken kendiliğin durumu bir yaşam ve var oluş mücadelesi içine düşmektir. Winnicott'ın tanımıyla "olmaya devam ediş" bozulmuştur. Kendilik, varlığını ve tanınırlığını sürdürebileceği bir çevreden, ara alandan mahrum kalmış travmatik durumun etkisiyle ağır bir narsistik kırılma yaşamıştır (Köşkdere 2023). Bu nedenle hastanın çöken ego işlevlerinin yerine kendi ego işlevlerini devreye sokarak terapistin travmayı anlamlandırması aslında travmanın iyileşmesi anlamına da gelmektedir.

Literatür ışığında psikanalitik psikoterapilerde travmanın nasıl ele alındığı ve anlamlandırıldığı üzerine doğru ve güncel bilgileri meslektaşlarımızla paylaşmak bu konuşmanın öncelikli hedeflerindedir.

### Kaynakça

Boulanger G (2007) Wounded By Reality - Understanding and Treating Adult Onset Trauma, The Analytic Press.  
Köşkdere AA (2023, Haziran 10). Örselenme zorlantısı. 30 Eylül 2023 tarihinde <http://www.bursapsikiyatri.com/makale.php?id=738> adresinden indirildi.



**On Soruda Bir Konu: 10 Soruda Şema Terapi**  
**Ayşegül Kervancıoğlu**  
*Serbest Hekim*

Şema terapi Jeffrey Young' ın geliştirdiği, geleneksel bilişsel davranışçı terapinin yardımcı olmada yeterli olmadığını düşündüğü hastalarda erken dönem çocukluk yaşantılarına odaklanarak bilişsel davranışçı terapinin derinlerine inen, bağlanma, nesne ilişkileri kuramları, gestalt ve yaşantısal terapi öğelerini bir araya getiren sistematik bütüncül bir terapidir. Uyum bozucu başa çıkma biçimlerine, duygusal tekniklere, terapist hasta ilişkisine ve güncel sorunların çocukluk ve ergenlik kökenlerini keşfetmeye verdiği önem ile bilişsel davranışçı terapiden farklılaşmaktadır. Şema terapi ilk uygulandığı dönemlerde kronik süreçlerin tedavisi ile ilişkilendirilse de sonrasında Eksen 1 grubu psikopatolojilerin tedavisinde de kullanılmaya başlanmıştır. Bilişsel davranışçı terapi ekolünden geliştiği için içerisinde bilişsel ve davranışçı tedavi müdahaleleri bulunmaktadır. Bilişsel teknikler ile sağlıklı yetişkin modun düşünme özellikleri güçlendirilirken uyumsuz başa çıkma modları ve ebeveyn modlarının düşünme özellikleri zayıflatılmaya çalışılır. Veri/kanıt toplama, yeniden çerçeveleme, şema başa çıkma kartları, şema günlükleri ve şema diyalogları şema terapideki bilişsel tekniklerdir. Davranışsal müdahale olarak davranışsal örüntü kırma uygulanır. Alternatif sağlıklı davranışa odaklanan şema başa çıkma kartları, imgelem veya rol oynama yolu ile davranış provası yapmak, davranışsal ödevler vermek ve davranışları ödül ve koşullamalarla eşleştirmek uygulanan tekniklerdir. Hedef şema güdümlü davranış örüntülerini sağlıklı ve uyumlu davranışlarla değiştirmektir. Yaşantısal teknikler şema terapi müdahaleleri içerisinde önemli bir yer tutmaktadır. Özellikle imgeleme ile yeniden yaşantılama, sandalye teknikleri, yukarı ok ve yeniden büyütme şema terapinin tedavi müdahaleleri içerisindeki güçlü yanlarını oluşturmaktadır. İmgeleme ile yeniden yazma; zorlu anıların neden olduğu olumsuz duygular ve semptomların, anının değiştirilmesi üzerinden iyileştirildiği bir terapi tekniği olarak açıklanabilir. İmgeleme ile yeniden yazma sırasında, hoş olmayan bir anı daha olumlu bir anıya dönüştürülmek için yeniden yaşantılanır. Modlar üzerinden yapılan çalışmalar da şema terapi müdahaleleri içerisinde yer almaktadır. Sandalye tekniği ile mod diyalogları yürütülür. Danışan önce şema tarafını oynar daha sonra sandalye değiştirerek sağlıklı yetişkin rolünü üstlenir. Şema terapide yaşantısal teknikler bilişsel olarak değişime uğrayan hastanın farklı hissetmesine yardımcı olmaktadır.

**REFERANSLAR:**

- 1-Körük S, Özabacı N. Effectiveness of Schema Therapy on the Treatment of Depressive Disorders:A Meta-Analysis. Current Approaches in Psychiatry 2018;10(4):470-480.
- 2- Rafaeli E, Bernstein DP, Young J. Schema therapy: Distinctive features. 2010.Routledge.
- 3- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. 2006. Guilford press.



**On Soruda Bir Konu: 10 Soruda Şema Terapi**  
**Deniz Deniz Özturan**  
Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Şema Terapi Modeli'nde kavramsallaştırılan erken dönem uyumsuz şemalar; anı, duygu, biliş ve bedensel duylardan oluşan, bir kişinin kendini ve başkalarıyla olan ilişkilerini dikkate alan, çocukluk ya da ergenlik boyunca gelişen, kişinin yaşamı boyunca karmaşıklaşan ve önemli dereceye kadar işlevsiz olan genel yaygın tema ya da örüntülerdir. Şema kuramına göre erken dönem olumsuz yaşantılar, çocukluk çağının duygusal ihtiyaçlarının yeterince karşılanmaması ya da aşırı karşılanması, kurbanlaştırılma, mizaç erken dönem uyumsuz şemaların gelişmesinde önemli etkenlerdir. Şemalar kişinin kendisi ve çevresiyle ilişkilerini bozucu etki gösterebilirler, kendilerini sürdürürler, kısa dönemde değişimleri zordur ve yaşam olayları ile tetiklenebilirler.

Şema terapide yer alan "mod" kavramı ise, içsel yanlarımızı anlatmaktadır. Şema terapide temel aldığımız modlar şunlardır:

**Çocuk Modları:** Çocuksu yanlar, çocukluk döneminin temel ihtiyaçları yeterli karşılanmadığı zaman ortaya çıkan modlardır. Zaman zaman kendimizi yetişkin gibi hissettirmeyen değersizlik, mutsuzluk, öfke gibi duygularımız olmaktadır. Bu duygularımız çocuk modlarımızı tetiklemektedir.

**Yetişkin Modlar:** Bazı yanlarımız kendimizi değersizleştirmemize ya da baskılamamıza neden olmaktadır. Geçmişimizde bize model olmuş ebeveynlerimiz, akranlarımız, öğretmenlerimiz vb. ile ilgilidir. Bu yanlar şema terapide "Yetişkin Modları" olarak geçmektedir.

**Başa Çıkma Modları:** Bazı duygularımızla baş edebilmek için bazı modları kullanırız ve bunlara "Başa Çıkma Modları" adını veririz. Örneğin aslında zayıf hissederken, kibirli biri gibi davranabiliriz. Bu sayede zayıflık hissimizle baş etmeye çalışırız.

**Sağlıklı Yetişkin Modları:** Hayatımızı doğru organize etmemizi sağlayan, ilişkilerimizi sağlıklı yürütmemize yarayan yanlarımız "Sağlıklı Yetişkin Modu" olarak adlandırılmaktadır.

**Mutlu Çocuk Modları:** Hepimiz eğlenceye ve neşeye ihtiyaç duyarız. Bu hoş duygulara da şema terapide "Mutlu Çocuk Modları" adını veriyoruz.

Şema terapide şema modlarıyla doğrudan çalışmak daha çok tercih edilmeye başlanmıştır. Modlarla çalışmak daha pratiktir çünkü kişiler hangi şema modunda olduklarını daha kolay hissetmektedirler. Bu panelde, sorular üzerinden, şema terapide mod kavramı hakkında bilgiler aktarılacaktır.

#### Kaynaklar

- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.  
Jacob, G., Genderen, H., Seebauer, L. (2018). Mod Terapisi. Çevirmenler Nihan Azizlerli, Muharrem Soykut. Psikonet Yayınları, İstanbul.



## Afet Döneminde Çocuk Olmak Aybüke Tuğçe Mustan

*Çocuk ve Genç Psikiyatristi Serbest Hekim, Mersin*

Travma kelimesi yaralamak, kemirmek, kırmak kelimelerinden türemiştir. Ruhsal bilimler açısından travma öznel bir deneyim olup, yoğun kaygı, korku ve çaresizlik duyguları hissettiren zorlu olaylardır. Afet dediğimizde ise travmanın bir topluluk üzerinde etkili olduğunu, travma silsilesi olabileceğini, fiziksel, ekonomik ve sosyal olmak üzere çoğul kayıplar ortaya çıkardığını, insanın normal yaşantısını durdurduğunu ve imkânların yetersiz kaldığını anlarız. Ülkemizde 6 Şubat tarihli 11 ilimizi etkileyen depremlerin yol açtığı afet çocuk ve gençlerin yaşamını ciddi biçimde tehdit etmekte kalmamış, güvenlik duygusunu zedelemiş, güçlü ilişkilerin kayıplarına neden olmuş ve etkisi halen sonlanmamıştır.

Toplumsal bir mit olarak çocukların bilişsel işlevlerinin daha esnek olduğu ve yaşananlara dair detayları daha kolay unutabildikleri, yetişkinlerden daha az etkilendiklerine inanılmaktadır. Yaşadıkları zorlu deneyimin yol açtığı değişimlerin dışarıdan anlaşılmasının zorluğu; çocukların bunları ifade etme biçimlerinin yetişkinlerden farklı olması ve konuşmakta isteksiz olmaları da bu inancı güçlendirmektedir. Ancak sanılanın aksine, çocuk ve gençlerde merkezi sinir sistemi ve bilişsel işlevler gelişimini henüz tamamlamamış olduğu için bu tür örseleyici olayların kalıcı ve derin izler bırakabileceği ve yetişkinlikte başka psikopatolojik sorunlara zemin hazırlayabileceğini gösteren takip çalışmaları bulunmaktadır.

Çocuk ve gençlerde bir travma sonrası erken dönemde fark edilen davranışsal belirtilerin arkasında bilişsel ve duygusal değişiklikler yer alır. Örneğin, normalini kaybetmiş olan çocuk yoğun kaygı ile kaçınma davranışı olarak hiperaktif davranıyor olabilir, yine yalnız kalma korkusu ile uyku sorunları yaşıyor olabilir. Yaşadıklarını dile dökmekte zorlanan çocukların somatik belirtilerinin de şiddetli ve ön planda olabileceği akılda tutulmalıdır. Afet döneminde çocukların baş ve karın ağrılarının artış gösterdiği belirtilmiştir. Uzun vadede bilişsel yapılanma ile düşük kendilik değeri, suçluluk ve utanç duygularının yerleşmesi de mümkündür.

Çocukların baş etme becerilerini canlandırmak ve umut verici bir gelecekle bugün arasında köprü kurabilmek için, tanış olduğu bir ortamın sürekliliğini sağlamak önemlidir. Olabildiğince tanıdığı yerlerde, tanıdığı kişiler ve eşyalarla bir ortam düzenlemek, olaydan hemen önceki günlük yaşam rutinlerinden sürdürülebilir olanları seçmek yaşamın sürdüğü mesajını verecek ve güven ortamını yeniden kuracaktır. Yine bu dönemde akran ilişkilerini teşvik etmek, ebeveynlerinden farklı bir ortamda kendini ifade etmesini ve destek almasını sağlayacaktır. Güvenli, destekleyici bir sosyal çevre için en iyi fırsat okul olduğundan, afet sonrası olabildiğince erken okul ortamının oluşturulması en önemli adımlardan biridir.

### Kaynaklar

1. Morgan L, Scourfield J, Williams D, Jasper A, Lewis G (2003). The aberfan disaster: 33-year follow up of survivors. Br J Psychiatry 182(6): 532-6.
2. Cloitre M, Stolbach BC, Herman JL, van der Kolk B, Pynoos R, Petkova E (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. J Trauma Stress 22(5):399-408.
3. Danışman, I. G., & Okay, D. (2017). Afetlerin çocuk ve ergenler üzerindeki etkileri ve müdahale yaklaşımları. Türkiye Klinikleri Psychology-Special Topics, 2(3), 189-197.



## Afet Döneminde Kadın Olmak

Erensu Baysak

Lüleburgaz Devlet Hastanesi, Kırklareli, Türkiye

Dünyada ve ülkemizde yaşanan afetler hakkındaki raporlar, bilimsel çalışmalar ve uluslararası rehberler afetlerde yaşadıkları ortam, eğitim, aile yapısı, yakın çevrenin bilgi düzeyi, toplumsal cinsiyet eşitsizliği, sosyoekonomik düzey, sınırlı hareketlilik, kaynaklara ulaşım zorlukları, cinsel şiddet ve ayrımcılık gibi faktörlerden dolayı afetlerden en çok etkilenen grupların başında kadınların geldiğini göstermektedir. Afetlerde can kayıpları kadın ve çocuklarda erkeklere göre yaklaşık 14 kat daha fazladır.

Kadınlar afet sonrasında toplu halde yaşanan geçici barınma alanlarında güvenlik kaygıları yaşamaktadır. Temizlik, temiz suya ve yiyeceğe ulaşım, hijyen ürünlerine ulaşım, sağlık hizmetlerine ulaşım gibi kadınların özellikli ihtiyaçları olan birçok şey gözden kaçırılmaktadır. Bu yetersizlikler afetin var olan yıkıcı etkilerini şiddetlendirmektedir. Geçici barınma alanlarının gündelik yaşamda hijyen ihtiyaçları, elektrik gibi kaynaklara güvenilir olarak erişim sağlanmalıdır.

Kadınların direkt afete maruz kalmalarının yanında, önceden var olan iş yüklerinin artmakta ve çok daha zor şartlarda devam etmektedir. Genellikle bu işlerde diğer aile bireylerinden destek alamamaktadırlar. Ayrıca, toplumsal cinsiyete dayalı şiddetin doğal afetlerden sonra arttığını bilinmektedir. Fakat, şiddetin çeşitli korkularla bildirilmediğini ve sıklıkla da kadını önceliklendiren iyi yapılandırılmış bir sistemin olmaması nedeniyle önlenemediğini görüyoruz. Şiddete maruz kalan kadınlar için izlenmesi gereken süreç anlaşılır bir şekilde hazırlanmalı, bölgede hizmet veren personel bu konuda eğitilmelidir. Sahada karşılaşılan olgularda psikiyatrik değerlendirme yapılırken toplumsal cinsiyete duyarlı ve feminist yaklaşım esas alınmalıdır.

Afet döneminde kadınların yaşadıkları zorluklar ve ihtiyaçları özelliğindedir, ancak maalesef göz ardı edilmektedir. Afet öncesi ve sonrası dönemde de afet planlaması ve risk azaltımında toplumsal cinsiyet eşitliğine duyarlı bir yaklaşımın benimsenmesi gerekmektedir. Afetin kadınları çaresiz, savunmasız, mağdur, korunacak ve kollanacak varlıklar olarak gören korumacı-cinsiyetçi yaklaşım ile yönetilmesi mevcut eşitsizlikleri yeniden üretecek ve hatta derinleştirecektir. Afetlerde kadınların güçlü yönlerinin ve becerilerinin kullanılarak müdahalelerin düzenlenmesi, başa çıkma becerilerinin artırılmasının hedeflenmesi ve otonomilerinin desteklenmesi, böylece iyileşme süreçlerine aktif katılımları desteklenmeli, kadınların afet öncesi/sırası/sonrası döneme katılımları ulusal eylem planlanmalarına dahil edilmelidir.

1. Peterson, Kristina (1997). From the field: gender issues in disaster response and recovery. *Natural Hazards Observer* 21 (5): 3-4.
2. Neumayer E, Plümper T (2007). The Gendered Nature of Natural Disasters: The Impact of Catastrophic Events on the Gender Gap in Life Expectancy, 1981–2002, *Annals of the Association of American Geographers*, 97:3, 551-566.
3. World Bank. Gender Equality and Women's Empowerment in Disaster Recovery. World Bank, 2020.



**Afet Döneminde Sağlık Çalışanı Olmak**  
**Rengin Güvenç**  
Özel Balıklı Rum Vakfı Hastanesi

Afetler, tüm toplum için travmatik olaylardır. Ancak, bu durumların ardından topluluğun iyileşmesinde en önemli rollerden birini üstlenen sağlık çalışanları, bu zorlayıcı süreçte ayrı bir yük altında bulunmaktadır. Hem fiziksel hem de psikolojik olarak, afet sırasında ve sonrasında ön saflarında çalışmaktadırlar.

Afetler sırasında sağlık çalışanları, yoğun çalışma saatlerinin yanı sıra belirsizlikle mücadele ettikleri bir dönem yaşamaktadırlar. Birçok hasta, acil tedaviye ihtiyaç duyar ve bu durum, çalışanların hiçbir zaman tam olarak neyle karşılaşacaklarını bilmedikleri bir süreç olur. Bu belirsizlik ve yoğunluk, fiziksel yükün yanı sıra psikolojik de bir yüke neden olmaktadır.

Sağlık profesyonellerinin afetler sırasında maruz kaldığı zorluklardan bir diğeri de travmatik olaylara doğrudan tanık olmalarıdır. Birincil travmatizasyonun yanı sıra çoklu ikincil travmatizasyonun da içerisinde olmalarıdır. Afetler sonucu oluşan yaralanmaları, acıları ve hatta ölümleri ilk elden görmek, bu bireyler için yoğun bir duygusal yük oluşturabilir. Psikolojik ilk yardım sırasında başvuran kişilerin yaşantılarını dinlemenin zorlayıcılığı yaşayabilir. Kendileri de afetten etkilenen bir bölgede yaşıyorsa, karşılaştığı fiziksel ve psikolojik yaralanmalar, kendi travmalarının tetiklenmesine neden olabilir. Doğal bir afetin, bir kaza veya başka bir trajedinin yarattığı dehşeti ilk elden görmek, uzun vadede travma sonrası stres bozukluğu riskini ciddi şekilde artırabilir.

Afetten etkilenen bir bölgede yaşayan ve çalışan sağlık çalışanları, aynı zamanda kendi aileleri, arkadaşları ve sevdikleriyle de ilgilenmek zorundadırlar. Bu durum, onlara mesleki sorumlulukları yerine getirmek hem de kendi ailelerinin ve sevdiklerinin güvenliğinden endişe duymak gibi iki büyük sorumluluk getirebilir. Bölgeye dayanışma için gidecek sağlık personellerinin olmaması bu stres ve yorgunluğu arttırarak, sağlık çalışanlarında rotasyonsuz, molasız çalışmalara ve en nihayetinde tükenmişlik sendromuna neden olabilir. Ayrıca, bu duygusal yorgunluk, çalışanın kendi sağlığına ve hasta bakımına olumsuz bir etki yapabilir.

Yoğun çalışma saatleri sağlık çalışanlarının ihtiyaç duyduklarında yardım arayışında bulunamamalarına ya da sosyal destek mekanizmalarında izolasyonlarına neden olabilir. Oysa ki, biz ruh sağlığı çalışanları olarak biliyoruz ki bu tür zor dönemlerde sosyal destek, bireyin psikolojik iyilik halinin korunması için hayati öneme sahiptir.

Sonuç olarak, afetler sırasında sağlık çalışanlarına yönelik destek oluşturmak, tükenmişlik yaşanmaması için önlemler almak, yardım taleplerinin görünür ve karşılanabilir olmasını sağlamak önemlidir. Afete hazırlık planlarının içerisinde bu konunun ayrıntılı bir şekilde yer alması önerilmektedir.

**Kaynaklar**

Durham TW, McCammon SL, Allison EJ Jr. The psychological impact of disaster on rescue personnel. Ann Emerg Med. 1985 Jul;14(7):664-8. doi: 10.1016/s0196-0644(85)80884-2.

Rodriguez-Arrastia, M., García-Martín, M., Villegas-Aguilar, E., Ropero-Padilla, C., Martín-Ibañez, L., & Roman, P. (2022). Emotional and psychological implications for healthcare professionals in disasters or mass casualties: A systematic review. Journal of Nursing Management, 30(1), 298-309.



**10 soruda 1 konu - Afet dönemlerinde Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi**  
**Berker Duman, Birgül Cumurcu, İrmak Polat, İrem Yıldız**

**İçerik**

1. 6 Şubat Kahramanmaraş depremleri sürecinde tedavi kurumlarındaki KLP vakalarının değerlendirilmeleri: Afet merkezindeki kurumlar neler deneyimledi?
2. 6 Şubat Kahramanmaraş depremleri sürecinde tedavi kurumlarındaki KLP vakalarının değerlendirilmeleri: Sevk yapılan kurumlar neler deneyimledi?
3. Psikiyatrik Triaj → Acile başvurular hangi ruhsal yakınmalar ile oluyor ve müdahale önceliği nasıl olmalıdır?
4. KLP çerçevesinden depremle ilişkili durumlarda sık görülen psikiyatrik tablolar nelerdir?
5. Depremle ilişkili durumların KLP kapsamındaki tedavilerinde psikofarmakoloji yaklaşımı
6. Depremle ilişkili durumların KLP kapsamındaki tedavilerinde psikoterapi yaklaşımları
7. Kötü haber vermede önemli ilkeler nelerdir?
8. Tıbbi girişim gereken vakalarda ruhsal belirtilerin tedaviye etkisi nasıl olmaktadır? /nasıl yönetilmelidir?
9. Yaralılara müdahale eden tedavi ekibi nasıl güçlükler yaşadı?
10. KLP uygulamalarının gerçekleştiği kurumlarda psikososyal destek çalışmaları ve afetlere hazırlık planları nasıl olmalı?

6 Şubat 2023 tarihli, Kahramanmaraş merkezli 7.7 ve 7.6 Richter şiddetindeki depremler, 11 şehrimizi doğrudan etkileyerek ülkemiz tarihinin en önemli travmatik olaylarından biri olarak kayıtlara geçmiştir.

Afetler, tıbbi yönden hem hızlı hem de yavaş seyirli sorunlara yol açabilmektedir. Akut dönemde gelişen ve hızlı müdahale edilmesi gereken bedensel travma, ezilme sendromu, dehidratasyon gibi hızlı müdahale edilmesi gereken durumların yanında, hem geç dönem tıbbi komplikasyonlar görülebilmekte hem de yaralı olarak kurtarılan bireylerin yaşayacağı psikolojik sorunlar akut stres tepkisi döneminin ardından kimi vakalarda kronik nitelik kazanabilmektedir.

Depremlerle ilgili yapılan çalışmalarda ülkemize ait en güncel veriler 1999 Marmara depremi ve 2011 Van- Erciş Depremine aittir. Depremlerden sonra bireylerde başta travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozukluklar ve uzun süre kalıcılığını koruyan psikolojik yakınmalar ortaya çıkabilmektedir.

Afetlerle ilgili yaralanmalar yalnızca biyolojik yönü olan süreçler olmayıp, aynı zamanda psikolojik, sosyal ve kültürel bileşenleri olan travmalardır. KLP bilim dalı biyopsikososyal yaklaşımı benimseyerek hastalara hizmet vermeyi amaçlar. Bu noktadan yola çıkarak; hastalara verilen tıbbi hizmetlerde psikiyatristler, diğer uzmanlarla birlikte hastanın tedavi ve bakımında işbirliği yapmak durumundadır. Bu işbirliği depremde hastanede yatarak tedavi gören ve belki de daha sonra ayaktan izlemi devam edecek olgular için KLP'ye düşen görev ve sorumlulukları arttırmıştır.

Deprem gibi afetlerde, yaralıların ruh sağlığı ile ilgili kaçınılmaz olan sorunlara ek olarak, hastalara tedavi veren kurumların işlerliğinin bozulması ve tedavi ekibinin de fiziksel ve ruhsal olarak etkilenmiş olması nedeniyle konsültasyon liyezon uygulamalarının tüm tıbbi tedavilerinin etkinliğinin sağlanmasında özel bir önemi olmaktadır.

Bu oturumda 6 Şubat Kahramanmaraş depremleri sonrasında deprem bölgesindeki kurumlarda ve yaralıların sevk edildiği diğer merkezlerdeki kurumlardaki konsültasyon liyezon uygulamaları, uygulamalar sırasında karşılaşılan zorluklar ve uygun müdahale yöntemleri ve afet tıbbi içinde konsültasyon liyezon uygulamalarının yeri tartışılacaktır.

**Kaynaklar**

1. Boztas, M. H., & Yıldırım, E. A. Disasters, Psychiatry and Mental Health. J Clin Psy. 2023; 26(1): 5-8
2. Yıldız Mİ, Başterzi AD, Yıldırım EA, et al. Preventive and Therapeutic Mental Health Care after the Earthquake- Expert Opinion from the Psychiatric Association of Turkey. Deprem Sonrası Erken Dönemde Koruyucu ve Tedavi Edici Ruh Sağlığı Hizmeti-Türkiye Psikiyatri Derneği Uzman Görüşü. Turk Psikiyatri Derg. 2023;34(1):39-49
3. Bulut M, Turanoğlu G, Armağan E, Akköse S, Özgüç H, Tokyay R. Marmara depremi sonrası Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesine başvuran travmatik olguların analizi [The analysis of traumatized patients who were admitted to the Uludağ University Medical School Hospital after the Marmara earthquake]. Ulus Travma Derg. 2001;7(4):262-266.
4. Kılıç Ç, Ulusoy M. Psychological effects of the November 1999 earthquake in Turkey: an epidemiological study. Acta Psychiatr Scand 2003; 108: 232-238.
5. Ji, J., & Ye, C. (2012). Consultation-liaison psychiatry in China. Shanghai Archives of Psychiatry, 24(3), 124.





**Parkinson Hastalığında Dirençli Depresyon**

**Gülfizar Sözeri Varma**

*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Denizli*

Parkinson Hastalığında depresyon en sık görülen psikiyatrik bozukluklardandır. Depresyon biyolojik ve psikolojik kaynaklı olup hem tanı hem de tedavi süreci zorlu olmaktadır. Bu sunumda Parkinson hastalığında depresyon oluşumunu etkileyen etmenler ve tedavi gözden geçirilecektir.



### **Şizofrenide Zor Durumlar ve Başa Çıkma Yolları**

#### **Haldun Soygür<sup>1</sup>, Köksal Alptekin<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*İstanbul Okan Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi Psikoloji Bölümü*

<sup>2</sup>*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı*

Şizofreni, tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde türlü zorluklarla karşılaştığımız ciddi ve uzun süren bir ruhsal bozukluktur. Hekim ve tedavi ekibi konulan tanıdan emin olsa bile, hastada içgörü yoksunluğunun olması, tedavinin planlama ve uygulamasını zora sokmaktadır. Öncelikli hedef tedavi ekibiyle şizofreni hastası arasında güçlü bir tedavi işbirliğinin gerçekleştirilmesi olacaktır. Negatif belirtiler ve bilişsel işlevlerdeki bozulma bir başka zorluk alanını oluşturmaktadır. Şizofreniye eşlik eden ruhsal ve bedensel bozuklukların varlığı tedaviyi zorlaştıran faktörler arasındadır. Hastanın karşılanmamış ruhsal, bedensel sosyal, varoluşsal ve ekonomik gereksinimleri üzerinde mutlak durmak gereklidir. Tedavi ekibi, her hastanın biricik olduğu ilkesinden hareketle, tedaviyi olabildiğince o hasta için “özgöl” hale getirmeye çalışmalı; ilaç tedavisinde ve ruhsal-toplumsal tedavide uyulması gereken temel ilkeleri iyi bilmeli; hastanın içinde bulunduğu hastalık evresinin kendine özgü sorun alanları ve çözüm yollarını iyi tanımalı; damgalama, dışlama ve ayrımcılık konularındaki kuramsal bilgilerini insani bir duyarlılıkla içselleştirebilmiş olmalı ve toplum temelli anlayışa sahip bir ekip çalışmasının gerekliliklerini yerine getirebilmelidir. Tanının daha sağlıklı konulabilmesi, hastanın intihar, saldırganlık ya da cinayet riski taşıması, adli zorunluluklar, hastanın temel gereksinimlerinin aksaması gibi nedenlerle hastaların hastanede yatırılarak tedavisi gerekebilir. Hastanede yatış olabildiğince kısa tutulmalıdır. Hasta hastaneden çıkarılmadan önce, toplum ruh sağlığı hizmetleri kapsamında neler yapılacağı planlanmış olmalıdır. Bu “uzmanla buluşma” oturumunda, katılımcılarla karşılıklı etkileşim içinde, soru-yanıt ve gerektiğinde rol oynama ile şizofreni tedavisinde karşılaşılan zorluklar ve bunlarla başa çıkma yolları ele alınacaktır.



## Çift İlişkisinde İletişim

**Merve Yiğit Başkan**

*Serbest Muayenehane hekimi*

İletişim duygu, düşünce ya da bilgilerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılmasıdır. İletişimin sözel ve sözel olmayan boyutları vardır. Kişilerin kullandığı sözcükler, beden dili, jest ve mimikleri, ses tonu, söylediği veya söylemediği, yaptığı veya yapmadığı her şeyin iletişimde anlamı vardır. Etkili iletişim kişinin kendisini doğru ifade etmesini, anlaşılmasını ve karşısındakini doğru anlamasını sağlar. Kişiler arası iletişimin doğru olarak kurulabilmesi için mesajın alıcıya düzgün, açık, anlaşılır, sorunun çözümüne yönelik olarak iletilmesi ve karşısındakine suçlama, yargılamaya neden olmaması önemlidir. Etkili iletişim, sağlıklı çift ilişkisi için önemlidir. Çift ilişkisinde duyguların ve düşüncelerin partnere sağlıklı bir şekilde ifade edilememesi sorunlara yol açmaktadır. Partnerlerden her birinin kendi duyguları tanıma, anlama, diğerinin duygularının anlama, duygular ile düşünceler arasında bağlantılar kurma, duygu ve düşüncelerin hangi davranışlara yol açtığını fark edebilme, duygu ve düşünceleri ifade edebilmesi çift ilişkisini olumlu etkiler. Çift terapisinde iletişim hataları eşlerden her birinin diğeri tarafından anlaşılmadığı, duygu ve düşüncelerinin önemsenmediği, eleştirildiği, saldırıya uğradığı, hor görüldüğü, aşağılandığı, yargılandığı şeklinde düşüncelerine yol açabilir. Süreğen hale gelmiş iletişim hataları ise eşlerin birbirine karşı savunmaya ya da saldırıya geçmesine ve hatta araya duvar öreerek iletişimi kesmesine neden olabilir. Bu panelde çift terapisinde vakalardan örneklerle çatışmaya yol açan iletişim hatalarına yer verilecektir. Duygusal zeka ve empatinin kişilerarası iletişimle bağlantısına değinilecektir. Çift terapisi seanslarında ortaya çıkan iletişim hatalarını düzeltmeye ve çiftin iletişim becerilerini artırmaya yönelik müdahaleler ele alınacaktır.

### Kaynak:

1. Dökmen Ü. 2016. İletişim Çatışmaları ve Empati.
2. Gottman J. & Silver N. 2012. What Makes Love Last.
3. Kessler H. & Yalom I. 2021. Çift Terapisi



## Temel Kavramlar: Sosyal Beceri, Bilişsel Esneklik ve Öz Farkındalık Alev Girli

*Dokuz Eylül Üniversitesi, Buca Eğitim Fakültesi, Özel Eğitim Bölümü Öğretim Üyesi (Emekli)*

Sosyal beceriler, bireylerin buldukları sosyal ortam içerisinde kabul görmelerini ve olumlu ilişkiler kurmasını sağlayan, duygu, düşünce, tutum ve sosyal davranışlar olarak tanımlanabilir. Sosyal beceriler, çocukların kendilerini tanımları ve çevrelerine tanıtmalarında, çevresindeki bireylerle duygu ve düşünce alışverişi yapmalarında, toplumsal yaşamda yer edinebilmelerinde etkili olan birçok sözel olan ve olmayan sosyal davranıştan oluşan geniş bir yelpazeye sahiptir. Otizm spektrumu DSM-V tanı kriterlerinde temel/ana problem alanı olarak kabul edilen "sosyal etkileşim ve iletişim" alanındaki yetersizlikler, sosyal becerilerin alt alanlarından biridir. Nörotipik bireyler, sosyal becerileri sosyal öğrenme, gözlem yoluyla öğrenebilirken, "neden otizmde spektrumunda yer alan çocuklar sosyal uyum, iletişim alanında zorluk yaşamaktadır?" Bu soruya açıklama getirmeye çalışan kuramlardan ikisi aşağıda yer almaktadır.

Yürütücü işlev alanlarından planlama, bilişsel esneklik ve kendini engelleme, kendini yönetme güçlükleri nedeniyle otizmlili bireyler sosyal ortamlarda koşullara uyum sağlama, davranışlarını düzenleme ve uygun karşılık verebilme becerilerinde yetersizlikler göstermektedir. Bu nedenle, oyunu ve iletişimi başlatmak ve sürdürmek, oyunun amacına uygun davranışlar, kurallara uyma, sırasını bekleme gibi davranışları gerçekleştirmekte güçlük yaşamaktadır. Bilişsel esneklik alanındaki yetersizlikler nedeniyle, bir etkinlikten diğerine geçmekte, sosyal problemleri çözme, başkalarının bakış açısını kabul etme konusunda sorunlar yaşarlar. Sorunları kendi bakış açısıyla tanımlama ve kendi buldukları çözüm yollarında ısrarcı olma, çocukken grup oyunlarında ve ilerleyen yaşlarda grup ödevlerinde, takım görevlerinde zorluk yaşamalarına neden olur.

Zihin kuramı araştırmaları, zihin kuramı gelişimin başkaları ile sosyal, duygusal ve iletişimsel ilişki geliştirme konusunda son derece kritik olduğunu göstermiştir. Araştırmalar, otizmlili bireylerin, kendisinin ve diğerinin istek, niyet, bilgi, kanılarını anlayabilme, kendi davranışlarını buna göre düzenleyebilme, şakaları anlama, empati kurma, duyguları anlama ve ifade etme, kandırmacaları, esprileri, eğretilmeleri anlama gibi sosyal yaşamda büyük önem taşıyan bu gibi zihin kuramı becerilerinin gelişiminde gecikmeler ve/veya çeşitli derecelerde eksiklikler yaşadıklarını göstermektedir. Yetişkinlik döneminde bazı gelişmeler sağlanmasına rağmen beden dili, ses tonundan karmaşık duyguları tanıma, duygularını düzenlemede, blöf, pot kırma, alay etme, hor görme gibi durumlarda karşısındaki kişinin niyeti anlamakta zorluklar devam edebilmektedir.

Öz-farkındalık kişinin kendi duygularını, düşüncelerini, isteklerini gerçekçi bir biçimde ele alması ve kendisi ile ilgili güçlü ve zayıf yönlerini bilmesi, anlık neler hissettiğimizi bilme, yeteneklerimiz hakkında gerçekçi bir değerlendirme ve yerinde bir öz-güven algısıdır. Güncel bir meta analiz çalışmasında ergenlik ve yetişkin döneminde otizmlili bireylerin duygusal öz farkındalığının nörotipik bireylere göre daha düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu durumun, aynı yaşlarda ortaya çıkan psikolojik problemlerle ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Son yıllarda gerçekçi bir öz farkındalık algısı ve öz güvenin sosyal iletişim ve uygun sosyal davranışlarla ilişkisi üzerine araştırmaların arttığı gözlenmektedir.

Sosyal becerin öğretildiği çalışmalarda davranışçı yaklaşım temelli uygulamaların yanı sıra, teknoloji temelli çalışmalar, drama gibi birçok yöntem kullanılmaktadır. Ancak, otizmlili bireylerin, öğrenilen sosyal becerileri ezbere ve mekanik bir şekilde yaptığı gözlemlendiği için, beceri öğretmenin yeterli olmadığı, farklı sosyal durumlara uygun şekilde davranışlarını uyarlayabilmenin geliştirilmesi amacıyla davranışların yanı sıra duygu ve niyeti anlama/düşüncelerin de öğretildiği sosyal öyküler gibi yöntemlerin de kullanıldığı, sosyal biliş ve bilişsel esneklik çalışmalarının yer aldığı bütüncül bir sosyal beceri programı uygulamak gerektiği üzerinde durulmaktadır. Böylece, otizmlili bireylerin, hem kendi özelliklerini, duygu, düşünce ve isteklerini tanıyarak öz farkındalıklarını geliştirebileceği, hem de diğerlerine yönelik empatik bir anlayış geliştirerek uygun sosyal davranışlar gösterebileceği düşünülmektedir.



### Kaynaklar

1. Holopainen, A., de Veld, D. M., Hoddenbach, E., & Begeer, S. (2019). Does theory of mind training enhance empathy in autism? *Journal of autism and developmental disorders*, 49, 3965-3972.
2. Begeer, S., Howlin, P., Hoddenbach, E., Clauser, C., Lindauer, R., Clifford, P., ... & Koot, H. M. (2015). Effects and moderators of a short theory of mind intervention for children with autism spectrum disorder: A randomized controlled trial. *Autism Research*, 8(6), 738-748.
3. Huggins, C. F., Donnan, G., Cameron, I. M., & Williams, J. H. (2021). Emotional self-awareness in autism: A meta-analysis of group differences and developmental effects. *Autism*, 25(2), 307-321.



**Erken Dönem Otizm Spektrum Bozukluğunda Sosyal İletişim Gelişiminin Güçlendirilmesinde İnsansı Robot Aracılı Müdahaleler**  
**Gökhan Töret**

*Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi*

Otizm spektrum bozukluğu olan bireylerin eğitimine yönelik destekleyici teknoloji türlerinden biri olan ileri düzey teknolojiler, insan-makine etkileşiminin somut örneklerinden biridir. İleri düzey teknolojilerden biri olan robot aracılı müdahaleler, teknoloji tabanlı bir uygulama olmakla birlikte insan uygulamacı rolünde olan robota insansı özellikler kazandırılarak model düzeyinde işlev görmesi, insan bilimleri araştırmacıların robotlara olan ilgisini artırmıştır. Örneğin taklit gelişimini artırmak için robotun, çocuğun eylemlerini algılaması otonom öğrenme veya derin öğrenme modelleri gibi konular mühendislik alanının çalışma konusuyken, robotun çocuğun taklit gelişimi üzerindeki fizyolojik ve davranışsal etkileri, tıp, psikoloji ve eğitim araştırmacılarının araştırma konuları arasındadır. Robot ile çocuk etkileşiminin müdahaleye yönelik bir türü olan robot aracılı müdahaleler, mühendislik, tıp, psikoloji ve eğitim araştırmacılarının doğası gereği bir araya gelmesini gerektiren transdisipliner bir müdahaledir.

Bu panelde, robot aracılı müdahaleler tanıtılacak, uygulama örneklerine yer verilecek, robot aracılı müdahale konu edinilen deneysel araştırmaların seyri hakkında bilgi paylaşılacak ve gelecek araştırma ve uygulamalara yönelik öneriler sunulacaktır.

Admoni, H., & Scassellati, B. (2017). Social eye gaze in human-robot interaction: a review. *Journal of Human-Robot Interaction*, 6(1), 25-63.

Saleh, M. A., Hanapiah, F. A., & Hashim, H. (2021). Robot applications for autism: a comprehensive review. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 16(6), 580-602.

Pennisi, P., Tonacci, A., Tartarisco, G., Billeci, L., Ruta, L., Gangemi, S., & Pioggia, G. (2016). Autism and social robotics: A systematic review. *Autism Research*, 9(2), 165-183.

Zheng, Z., Nie, G., Swanson, A., Weitlauf, A., Warren, Z., & Sarkar, N. (2020). A randomized controlled trial of an intelligent robotic response to joint attention intervention system. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(8), 2819-2831.



## İletişimin Desteklenmesinde Ebeveyn Aracılı Uygulamalar: OYNA Programı

**Sabri Hergüner**

*Serbest Hekim*

Otizm spektrum bozukluğu, nörogelişimsel bir durumdur ve 2023 verilerine göre her 36 çocuğun birisini (%2,8) etkilemektedir. Nörogelişimsel bozukluklarda erken yaşta tanınma ve uygun kanıta dayalı uygulamalarla müdahale en etkin yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Ancak ulaşım, maliyet, bekleme sırası gibi nedenler ailelerin kanıta dayalı müdahale programlarına katılımını sınırlandırmaktadır. Ebeveyn aracılı müdahale programları, kanıta dayalı müdahalelere erişimi kolaylaştırması ve uygun maliyetli olması nedeniyle son 10 yıldır umut vaat edici olarak kabul edilmektedir. Ebeveynlere müdahale programının içeriğini öğretmek, bir çocuğun aldığı müdahale saatlerinin sayısını kolaylaştırabilir.

OSB tanısı alan çocuklar için ebeveyn aracılı eğitim programları üzerine yapılan çalışmalar, çocukların sosyal iletişim becerilerini, ebeveyn-çocuk ilişkisini ve ebeveynlerin yaşam kalitesini artırdığını göstermiştir. Covid pandemisi sırasında, tele-sağlık müdahaleleri oldukça etkili olduklarını göstermiştir. Otizm için Çevrimiçi Ebeveyn Aracılı Müdahale Programı (OYNA), okul öncesi çocuklarda sosyal iletişim yetkinliklerini geliştirmek için tasarlanmış ebeveyn aracılı, çevrimiçi ve video destekli bir müdahaledir. Aileler 8 hafta boyunca haftalık 3 saatlik grup oturumlarına ve ardından 4 ay boyunca iki ayda bir güçlendirici oturumlara (toplam 10 seans) katılırlar. Her grup 10 ebeveyn (anne ve babalar) oluşur. Her seans aynı prosedürü izler; Başlangıçta bir klinisyen evde uygulanacak haftanın stratejilerini sunar (örneğin, taklit) ve stratejileri göstermek için örnek videolar gösterilir. Seanslar arasında, ailelerden toplam 60 dakikalık günlük uygulama yapmaları istenir. Aileler, hafta boyunca çocuklarıyla etkileşime girerek stratejileri uyguladılar ve grup oturumunda sunulmak üzere örnek bir video kaydederler. Klinisyenler, ebeveynin hedeflenen müdahale stratejilerini doğru bir şekilde uygulayıp uygulamadığı konusunda geri bildirim sağlar.

Bu konuşmada OYNA'nın araştırma bulguları sunulacaktır.

### **Kaynaklar**

Nevill RE, Lecavalier L, Stratis EA. Meta-analysis of parent-mediated interventions for young children with autism spectrum disorder. *Autism*. 2018 Feb;22(2):84-98.

Oono IP, Honey EJ, McConachie H. Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Apr 30;(4):CD009774.



## Sosyal Beceri Eğitiminde Grup Aracılı Yaklaşımlar: PEERS Programı

Sezen Köse

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı

Otizm spektrum bozukluğu (OSB), sosyal iletişim becerilerinin yetersizliği ile kendini gösteren nöro-gelişimsel bir durumdur. OSB'nun, çocukların yaklaşık %2-3'ünü, erişkinlerin ise yaklaşık %1-2'sini etkilediği bildirilmektedir. Otizm spektrumunda sosyal etkileşim ve iletişim becerilerindeki zorluklar erken yaşlardan itibaren kendini gösterir ve normal düzeyde bir zihinsel beceriye rağmen uzun vadede zorluklara yol açabilmektedir. Çocuklukta daha iyi sosyal beceriler, akran kabulü, akademik başarı ve ruhsal sağlık dahil olmak üzere olumlu gelişimsel sonuçlarla tutarlı bir şekilde ilişkilendirilmiştir. Sosyal yetersizliklerin otizmin ergenlik ve erişkin dönem fenotipinde de önemli ve kalıcı bir temel belirti olduğu ve olguların en az yarısının şiddetli düzeyde sorunlar yaşadığı belirtilmektedir. Akran ilişkilerine sahip olma ve sosyal etkinliklere daha fazla katılım, işlevsel bağımsızlık ve sosyal becerilerde olumlu sonuçlar ile ilişkilidir. Sosyal yanıt verme güçlükleri ve zayıf sosyal becerilerin ise otistik bireylerde duygusal belirtiler, akran sorunları, davranış sorunları, hiperaktivite, depresyon ve hatta özkıyım davranışı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Bu nedenlerle sosyal becerilerin, gelişimsel dönemlerin düzeyi ve ihtiyaçları doğrultusunda kazanımına ve en erken dönemde geliştirilmesine yönelik uygulamalar büyük önem taşımaktadır.

Sosyal Beceri Eğitimi (SBE) programları, bireyin sosyal yeterliliğini geliştirmek için belirli sosyal becerileri öğretir. Sosyal öğrenme teorisine dayalı olarak yeni becerilerin öğretilmesine yönelik bir dizi davranışsal stratejiyi kapsayan grup bazlı müdahalelerdir. Hedef belirleme, rol modelleme, davranışsal prova, olumlu pekiştirme, düzeltici geri bildirim ve gerçek dünya işleyişine genellemeyi teşvik etmek için ev ödevlerini içermektedir. Yapılan meta-analiz ve gözden geçirme çalışmalarında, bu amaçlara yönelik geliştirilmiş eğitim programlarının etkili olduğu, ebeveyn gruplarını içeren ve daha uzun süreli ve yoğun olan grup eğitimlerinin etki boyutlarının daha büyük olduğu bildirilmektedir. Ayrıca gelecek çalışmalarda sosyal bilgi kazanımları ve sosyal performans kazanımlarının ayrı ayrı değerlendirilmesi önerilmektedir. PEERS, KONTAKT, SOSTA, START gibi programlar manüelleştirilmiş protokoller kullanan, otistik ergenlerle yürütülmüş grup aracılı sosyal beceri eğitimlerinden bazılardır. Birçok dile çevrilmiş ve etkinliği kanıtlanmış PEERS eğitimi (Program for the Evaluation and Enrichment of Relational Skills), arkadaş edinmekte veya arkadaşlıklarını sürdürmekte zorluk çeken ergenlere odaklanan ebeveyn destekli bir müdahale programıdır. Aynı anda fakat farklı salonlarda gerçekleştirilen ebeveyn ve ergen oturumlarını içerir. Bu sunumda sosyal beceriler ile ilişkili bilişsel süreçler, SBE programları ile ilgili literatür ve PEERS programı ile ilgili klinik deneyimler paylaşılacaktır.

### Kaynaklar:

- 1- Moody CT, Laugeson EA (2020) Social Skills Training in Autism Spectrum Disorder Across the Lifespan. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 29:359-371.
- 2- Wolstencroft J, Robinson L, Srinivasan R, Kerry E, Mandy W, Skuse D (2018) A Systematic Review of Group Social Skills Interventions, and Meta-analysis of Outcomes, for Children with High Functioning ASD. J Autism Dev Disord 48:2293-2307.
- 3- Płatos M, Wojczech K, Laugeson EA (2023) Fostering Friendship and Dating Skills Among Adults on the Autism Spectrum: A Randomized Controlled Trial of the Polish Version of the PEERS® for Young Adults Curriculum. J Autism Dev Disord 12:1-16.





## Aşırı Yeme Davranışında Bilişsel Davranışçı Terapi

Derya ADALI AKER

Medipol Üniversitesi Esenler Hastanesi

Yeme bozuklukları ve obezite, güncel yaşam tarzıyla ilişkilendirilen yüksek kalorili diyetler, psikolojik stres ve önemli hastalıklarla birlikte görülme sıklığı artan durumlardır. Ne yazık ki, biyolojik temelleri günümüzde hala tam olarak anlayamamış ve farmakolojik tedaviler de yetersiz kalmaktadır (Razzoli ve ark. 2017). Takıntılı yeme davranışı, obezite ve yeme bozuklukları gibi tıbbi ve psikiyatrik durumların ortak bir özelliği olan transdiagnostik bir kavramdır. Beslenme araştırmaları, yiyeceğin bağımlılık özelliklerinin daha iyi anlaşılmasına doğru ilerlerken, takıntılı yeme davranışına katkıda bulunan bileşenler ve mekanizmalar henüz net bir şekilde tanımlanmamış veya anlaşılmamıştır (Moore ve ark. 2017). Yeme bozukluklarında temel mekanizma, bilişsel aşırı değerlendirme sürecine bağlı olduğu için bilişsel davranışçı terapi (BDT) gibi bilişsel değerlendirme ve bu değerlendirmelerin değişimine yönelik terapilerin uygun olduğu düşünülmektedir. Yeme bozukluklarının temel psikopatolojisi olan beden imgesi ve kilosunun aşırı değerlendirmesi bilişsel niteliktedir (Sarı 2023). Davranışsal alanda bakıldığında literatürde patolojik aşırı yeme davranışının üç unsurunu vurgulamaktadır: (1) alışkanlık halinde aşırı yeme; (2) negatif duygudurumu hafifletmek için aşırı yeme; ve (3) olumsuz sonuçlara rağmen aşırı yeme. Bu unsurlar, patolojik bir alışkanlık oluşumu yoluyla anormal bir öğrenme süreci, negatif duygusal durumun ortaya çıkması ve davranışsal kontroldeki bozukluklar aracılığıyla ortaya çıkar (Moore ve ark. 2017). Tıkanıcısına Yeme Davranışı (TYD) üzerine yapılan insan araştırmaları, strese maruz kalma ile aşırı yeme arasında güçlü bir bağ olduğunu kanıtlamıştır: TYD'li kişilerde stres düzeyleri ve olumsuz duygulanım, aşırı yeme ile ilişkilidir ayrıca TYD, insanlarda genellikle aşırı veya istikrarsız vücut ağırlığı artışı ile sonuçlanır (Razzoli ve ark. 2017). Yeme bozuklukları için BDT ilk defa bulimiya nervoza vakalarının tedavisinde kullanılmaya başlanmış ve ardından terapi yöntemleri genişletilmiştir (Oğur ve Taşkale 2022). Yeme bozukluğu ile ilgili yapılan çalışmalarda BDT ile tedavi sonrasında yeme bozukluğu olan kişilerin %50'sinde iyileşme gözlenmiş, ancak bu oran takip edildiğinde %37'ye düşmüştür (Sarı 2023). BDT ile vakaların yalnızca yaklaşık yarısının remisyona girmesi sebebiyle tedavi için standart BDT güncellenmiş ve geliştirilmiş bilişsel davranışçı terapi (G-BDT) halini almıştır. Diğer terapilerle karşılaştırıldığında G-BDT ile daha hızlı olumlu sonuçlar alındığı görülürken; uzun vadede bu avantaj azalmaktadır. Bu bulgular güncel tanı üstü bir yaklaşım olan G-BDT'nin etkinliğini güçlendirmektedir (Oğur ve Taşkale 2022).

### Kaynaklar

1. Razzoli M, Pearson C, Crow S, Bartolomucci A (2017) Stress, overeating, and obesity: Insights from human studies and preclinical models. *Neurosci Biobehav Rev* . 76(Pt A):154-162.
2. Sarı E (2023) Yeme Bozukluklarında Geliştirilmiş Bilişsel Davranışçı Terapi-Temel Bilgiler: Geleneksel Derleme. *Türkiye Klinikleri J Health Sci*. 2023;8(1):145-52.
3. Moore, C., Sabino, V., Koob, G. et al. (2017) Pathological Overeating: Emerging Evidence for a Compulsivity Construct. *Neuropsychopharmacol* 42, 1375–1389 (2017).
4. Oğur M., Taşkale N. (2022) Yeme Bozukluklarında Geliştirilmiş Bilişsel Davranışçı Terapi: Bulimiya Nervoza Üzerine Bir Gözden Geçirme. *J Cogn Behav Psychother Res* 2022; 11(1),58-73



**Metakognitif Terapi Gözü ile Aşırı Yeme Davranışı**  
**Emine Füsün Akyüz Çim**  
*İstanbul Florence Nightingale Hastanesi*

Yemek yemek, enerji ve besin alımı gibi işlevsel bir amaca hizmet eder. Büyük miktarda gıdaya ulaşım nedeni ile beklenen beslenme süreci fizyolojik bir ihtiyaç olmaktan çıkıp kompulsif bir davranış haline gelebilir. Olumsuz emosyon ile başa çıkma ve kendini kontrol etme becerisi ,aşırı lezeetli yiyeceklerin cazibesine kapılmayı önleyen parametrelerdendir. Bu parametrelerin aksine anlık tatmin olma hissi olumsuz duygudan kurtulmanın yolu ile bağımlılık potansiyeli oluşturabilir. Mevcut tablo aşırı yeme davranışını beraberinde getirecektir.

Psikiyatri tanı kategorizasyonu içerisinde aşırı yeme davranış paterninin eşlik ettiği iki bozukluk bulimia nervosa ve tıkanırçasına yeme bozukluğudur. Her iki bozuklukta da farmakoterapinin yanı sıra psikoterapotik müdahaleler yer almaktadır.

Bugüne kadar kılavuzlar, tıkanırçasına yeme bozukluğu için ilk basamak tedavi seçeneği olarak bilişsel davranışçı terapiyi (BDT) önermektedir. BDT hastalarda oldukça etkili olmasına rağmen yaklaşık %50'sinin tedaviye tam olarak yanıt vermediği görülmüştür (1). Bulimia nervosa hastalarının da BDT takibi ile yarısından azının iyileştiği görülmüştür (2).

Yeme bozukluklarında BDT etkili bulursa da yapılan çalışmalar hastaların tedaviye yanıt yüzdesi düşüktür. Bu durum farklı terapi yöntemlerini deneme ihtiyacını doğurmuştur. Değerlendirilen terapi yöntemlerinden biride metakognitif terapidir. Metakognisyon terimi üst-biliş terimi ilk olarak John Flavell (1979) tarafından geliştirilmiş ve bilişsel gelişimsel literatürde sıklıkla şu şekilde nitelendirilmiştir. Düşünmenin 'nasıl' gerçekleştiği alanıdır, düşünmenin kendisinin bilinmesi, yorumlanması ve düzenlenmesinde yer alan bilişsel mekanizmalara atıfta bulunan üstbiliş kavramını içerir.

Yeme bozukluğu tanısı ya da düzensiz yeme davranışları olan bireylerin işlevsiz üst-bilişsel inançlara sahip olduğu bilinmektedir. Yeme bozukluğu olan yetişkinlerde sadece üst bilişsel inançlar değil meta-duygular da (veya duygular hakkındaki üstbilişsel inançları) düzensiz yeme davranışlarıyla ilişkili olduğu ortaya koymuştur (3). Yapacağımız sunumda aşırı yeme davranışının metakognisyon düzeyinde değerlendirilmesi ve metakognitif terapinin ilgili psikiyatrik tablolarda etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

#### **Kaynaklar**

- 1- Brownley KA, Berkman ND, Peat CM, Lohr KN, Cullen KE, Bann CM, et al. Binge-Eating Disorder in Adults. *Ann Intern Med.* 2016;165:409.
- 2- Calvert, F., Smith, E., Brockman, R., & Simpson, S. (2018). *Group schema therapy for eating disorders: study protocol. Journal of Eating Disorders, 6(1).*
- 3- Palmieri, S., Mansueto, G., Ruggiero, G., Caselli, G., Sassaroli, S., & Spada, M. (2021). Metacognitive beliefs across eating disorders and eating behaviours: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 28(5)*, 1254–1265.



## Aşırı Yeme Davranışı ve Şema Terapi

**M. Sinan Aydın**

*Serbest Hekim*

Obezite ve fazla kilo özellikle batılı ülkeler başta olmak üzere önemli bir sorun haline gelmiştir. Biyolojik ve çevresel sebepleri daha açık ve iyi bilinse de, bu durumların ruhsal belirleyicilerine, özellikle obezitenin kronikleşmesine yol açabilecek erken yaşam deneyimlerinden kök salmış kişilikle ilgili daha derin yönleri çok az araştırılmıştır. Obeziteye yönelik en yaygın tedaviler, cerrahi ve psikolojik müdahaleleri içerir. Cerrahi müdahaleler arasında mide bypassı, sleeve gastrektomi, mide bandı ve biliopankreatik bypass bulunurken, psikolojik müdahaleler ise kılavuzluğunda kendi kendine yardım, davranışçı yöntemler ve Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT) olarak sıralanabilir. Her iki tür müdahale de çoğu tedavi arayan kişinin kısa süre içinde kilo kaybetmesi açısından oldukça etkilidir, ancak bu bireyler bir süre sonra yeniden kilo alırlar. Bu müdahalelerin sürdürülebilir fayda sağlamıyor oluşu erken dönem uyumsuz şemaların müdahaleyi engellemesine dayanabilir. Bu nedenle, obez hastaların duygusal ve psikolojik işleyişinin daha derin bir anlayışı, erken yaşam deneyimlerinin rolünü de göz önünde bulundurarak yeme alışkanlıklarıyla başa çıkmada yardımcı olabilir.

Şema Terapi, psikolojik özellikleri ve sorunları çocukluk deneyimleriyle ilişkilendiren, aynı zamanda mizaç özelliklerinin rolünü de göz önünde bulunduran bütünlük bir bilişsel-davranışsal ve duygu odaklı bir modeldir. Kişilik bozukluklarını anlamak ve tedavi etmek için geliştirilmiştir ve uzun süreli duygusal ve kişilerarası sorunlara çözüm bulmada da faydalı olabilir; bu sorunlardan biri de obezite ile ilişkili olanlar gibi kronik davranış sorunlarıdır. ŞT yaklaşımı içindeki temel kavramlar Erken Uyumsuz Şemalar (kısaca şemalar), Şema Modları ve İşlevsiz Başa Çıkma stratejilerini içerir. Bunlar yaşam boyunca gelişir ve erken çocukluk ve ergenlik dönemlerine kök salarlar, burada sevgi ve beslenme gibi duygusal temel ihtiyaçlar, güvenlik, kabul, özerklik, sınırların belirlenmesi ve benzerleri, bakıcılar ve önemli diğer kişiler tarafından yeterince karşılanmamış olabilir.

Yeme bozukluklarına yönelik yapılan çalışmalar, şema sürecinin, yeme bozukluklarında merkezi bir rol oynadığını düşündürmektedir. Burada, bir şemanın etkinleştirilmesini takiben ilişkilendirilen duygu durumunu azaltmak veya engellemek amacıyla aşırı yeme ve sonrasında telafi davranışları devreye girer. Aslında, aşırı yeme, temelde işlevsiz şemalarla ilişkilendirilen alta yatan başa çıkma davranışlarının sınırlı bir repertuarından kaynaklanabilir.

J.E. Young, J.S. Klosko, M.E. Weishaar, Schema Therapy. A Practitioner's Guide, The Guilford Press, New York, NY, USA, 2003.

S.H. Kellogg, J.E. Young, Schema therapy for borderline personality disorder, J. Clin. Psychol. 62 (2006) 445–458.

M. Pugh, A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders, Clin. Psychol. Rev. 39 (2015) 30–41.



## Demans Alt Tipleri ve Hareket Bozukluklarında Klozapin Kullanımı

Salim Çağatay Kağızman

Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği

Klozapin; 5-HT<sub>2A</sub>, 5-HT<sub>2C</sub>, 5-HT<sub>3</sub>,  $\alpha$ 1 ve H1 reseptörlerini antagonize eden, D<sub>2</sub> reseptörlerine afinitesinin düşük ve D<sub>1</sub>, D<sub>4</sub> reseptörlerine daha yüksek afinite ile bağlanan bir atipik antipsikotiktir. Dopamin reseptörlerine olan bu etkisinden dolayı ekstrapiramidal semptom (EPS) yan etki şiddeti ve sıklığı düşüktür. EPS etkisinin zayıf olması demans ve hareket bozukluklarında kullanımını ön plana çıkartmıştır.

Demansın davranışsal ve psikolojik semptomları (DPS) oldukça yaygındır. Bu belirtiler bakıcı yüküne ve hastanın kurumsallaşmasına önemli ölçüde katkıda bulunur. DPS için antipsikotiklerin büyük ölçüde kullanılmasına rağmen, demansa bağlı ajitasyon için onaylanmış bir antipsikotik yoktur. Demans hastalarında tedaviye dirençli ajitasyonda klozapin tedavisinin faydalı olabileceğini bildiren çalışmalar mevcuttur. (Teodorescu ve ark. 2018) Ancak bu etkinin klozapin dozunun azaltılması ile azalabileceği ve idame dozun belirlendikten sonra doz değişikliği yapılmadan devam etmesi gerektiği belirtilmektedir. (Waalwijk ve ark. 2020) Demans hastalarının çoğunluğu 65 yaş ve üstü olması nedeniyle klozapinin sedasyon ve ortostatik hipotansiyon yan etkilerine daha duyarlı olması, kullanılacak klozapin dozunun şizofreni gibi psikotik tablolarda uygulanan dozlardan daha düşük dozlara titre edilmesi gerekmektedir.

Parkinson hastalığı psikoza (PHP) yaşam kalitesinde ve psikososyal işlevsellikte azalma ile ilişkili ve yönetiminde multidisipliner yaklaşımın önemli olduğu klinik durumdur. Klozapinin EPS yan etkisinin düşük olması nedeniyle Parkinson hastalığında motor semptomları artırmadan psikotik belirtileri azaltabileceği belirtilmektedir. (Schneider ve ark. 2017)

Tardiv diskinezi, Huntington hastalığı, esansiyel tremor dahil olmak üzere hiperkinetik hareket bozukluklarında da klozapinin iyi bir tercih olabileceği bildiren çalışmalar da mevcuttur. Literatürdeki çalışmalar klozapinin genellikle demans alt tipleri ve hareket bozukluklarında kullanımının ilk seçenek olmadığı yönündedir. Klozapin kullanımında düşük oranda görülebilen agranülositoz, miyokardit veya nöbet gibi yan etkilerinin olması tedavisinin başlamasını geciktirmektedir. Doz bağımsız geri dönüşlü olabilen agranülositoz yan etkisi için düzenli kan parametrelerinin takibi ile klozapin kullanımı yaşlı popülasyonda da olabilmekte, sedasyon veya ortostatik hipotansiyon yan etkileri için dozun yavaş titre edilerek etkin doza çıkılması ve aynı dozda devam edilmesi klozapinin daha çok uygulanmasını sağlayacaktır. Bu hastalıklarda klozapin için daha fazla randomize plasebo kontrolle yapılan daha fazla sayıda hasta grubuyla çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Schneider RB, Iouinets J, Richard IH. Parkinson's disease psychosis: presentation, diagnosis and management. *Neurodegener Dis Manag*. 2017 Dec;7(6):365-376. doi: 10.2217/nmt-2017-0028. Epub 2017 Nov 21. PMID: 29160144.

Teodorescu, A., Dima, L., Ifteni, P., & Rogozea, L. M. (2018). Clozapine for Treatment-Refractory Behavioral Disturbance in Dementia. *American journal of therapeutics*, 25(3), e320–e325.  
<https://doi.org/10.1097/MJT.0000000000000735>

van Waalwijk, M. A., Schulte, P. F. J., & Wetzels, R. (2020). Clozapine voor probleemgedrag bij dementie [Clozapine for behavioural and psychological symptoms of dementia]. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 164, D4648.



## Obsesif Kompulsif Bozuklukta Klozapin Kullanımı Ulaş Korkmaz

Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) intruziv nitelikte olan ve kişide bunaltıya neden olan obsesyonlar ile kişinin yapmaya engel olamadığı tekrarlayıcı davranış veya zihinsel eylemler olan kompulsiyonların bulunduğu, kişinin işlevselliğinde düşmeye sebep olan önemli bir ruhsal hastalıktır.

OKB hastalarının yaklaşık yarısında tam iyileşme sağlanamaz. Biri klomipramin olacak şekilde üç farklı serotonin (5-HT) geri alım inhibitörü ilaç kullanımı, iki kez antipsikotik ilaçlarla güçlendirme ve bilişsel davranışçı terapiden fayda sağlanamayan durumlar OKB'de tedaviye yanıtızlık olarak tanımlanır. OKB tedavisinde aripiprazol, risperidon, olanzapin ve ketiapin sıklıkla kullanılan antipsikotik ilaçlar arasındadır.

Klozapin dirençli şizofreni tedavisinde etkili bir antipsikotik ilaçtır. Klozapin sıklıkla de novo obsesif kompulsif semptomlara (OKS) neden olmakla ve altta yatan OKB'nin şiddetini arttırmakla ilişkilendirilmiştir. Klozapinin bu etkisinin antiserotonerjik etkisine (5-HT 2 reseptörü blokajı) bağlı olduğu düşünülmüştür.

Klozapinin dozu, süresi ve kan düzeyi ile OKB arasında pozitif korelasyon bulunmasına rağmen tersi sonuçların bildirildiği çalışmalar da mevcuttur. Bazı yazarlar klozapinin OKB'de kullanılmamasını savunurken bazı yazarlar klozapinin şizoobsesif bozukluğa saklanması ve 75-300 mg/gün dozlarında kullanılmasını önermiştir.

Klozapinin etkisinin OKB hastalarında değerlendirildiği prospektif ve kontrolsüz olan tek çalışmada klozapinin OKB tedavisinde etkili olmadığı bulunmuştur. Ancak bazı vaka raporlarında klozapinin tedaviye yanıtız OKB tedavisinde etkili olduğu bildirilmiştir. Bunlar arasında klomipramin ve çeşitli tipik ve atipik antipsikotik ilaçlarla yapılan önceki tedavi girişimlerinin yanı sıra kapsamlı psikoterapötik tedavilerin etkisiz olduğu, şizofreni, tardiv diskinezi veya bipolar bozukluk tanılarının OKB'ye eşlik ettiği, beyin cerrahisi öyküsü olan ve beyin enfarktüsü sonrası başlayan OKB'nin olduğu vakalar mevcuttur. Tedaviye yanıtız OKB tedavisinde klozapinin yüksek dozlarda mı yoksa düşük dozda mı etkili olduğu tartışmalıdır. Bu vakalarda klozapin 50-600 mg/gün doz aralığında kullanılmıştır.

Klozapinin OKB tedavisindeki etkinliğinin antidopaminerjik etkisinin antiserotonerjik etkisine görece üstün geldiği durumların oluşmasına, kısmi 5-HT 1A reseptör agonizmine ve 5-HT 3 reseptör blokajına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalar ve bildirilen vakalar OKB ve klozapin arasındaki ilişkinin karmaşık olduğunu göstermektedir. Bu ilişkideki mekanizmalar ve klozapinin OKB'de kullanımı ile ilgili daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Bu sunumda daha çok OKB ve OKS'nin artmasıyla ilişkilendirilen klozapinin OKB tedavisindeki yeri tartışılacaktır.

### Kaynaklar

- Kim, D. D., Barr, A. M., Lu, C., Stewart, S. E., White, R. F., Honer, W. G., & Procyshyn, R. M. (2020). Clozapine-associated obsessive-compulsive symptoms and their management: a systematic review and analysis of 107 reported cases. *Psychotherapy and psychosomatics*, 89(3), 151-160.
- McDougle, C. J., Barr, L. C., Goodman, W. K., Pelton, G. H., Aronson, S. C., Anand, A., & Price, L. H. (1995). Lack of efficacy of clozapine monotherapy in refractory obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*, 152(12), 1812-1814.
- Poyurovsky, M., Weizman, A., & Weizman, R. (2004). Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: clinical characteristics and treatment. *CNS drugs*, 18, 989-1010.



## 6 Şubat Depremleri Sonrasında Online Afet Polikliniği Deneyimi

Aıla Gareayaghi

Kocaeli Üniversitesi Hastanesi, Psikiyatri AD

Dünya Sağlık Örgütü, teletıbbı, "mesafenin kritik bir unsur olduğu durumlarda, tanı için geçerli bilgilerin aktarımı, hastalık ve yaralanmaların önlenmesi ve tedavisi, araştırma ve değerlendirme ve sağlık hizmet sunucularının sürekli eğitimi için, bireylerin ve toplulukların sağlıklarını geliştirme amacı doğrultusunda sağlık hizmeti sunumunun sağlık çalışanları tarafından bilgi ve iletişim teknolojileri yoluyla aktarılması" olarak tanımlamıştır. Küçük Hans olgusunda Freud'un hastasının babasıyla mektuplaşmasını temel aldığımız zaman, telepsikiyatri uygulamalarının 1907 yılına kadar dayandığını görebiliriz. Daha sonra bu alanda bir takım gelişmeler olmuşsa da esas olarak 1990'ların ikinci yarısından itibaren teknolojik imkanların artması ve maliyetlerin de azalmasıyla telepsikiyatri uygulamaları dünya çapında yaygınlaşmıştır.

Telepsikiyatrinin erişim kolaylığı sunması ve damgalanma kaygısını azaltması gibi avantajları olmakla beraber mahremiyet yoksunluğu olabilmesi, iletişimin kısıtlı kalması ve dijital bölünme yaratması gibi dezavantajları da olabilir. Kurumumuzda telepsikiyatri kliniği 2020 yılında COVID önlemleri doğrultusunda ayaktan gelemeyen hastaların tedavilerine devam edebilmeleri açısından açılmış olup, 6 Şubat depremleri sürecinde depremden etkilenen hastaları da kapsayacak şekilde iki polikliniğe çıkmıştır.

6 Şubat depremlerinden sonra çevrimiçi afet polikliniğimizde %79.2'si kadın hastalarla olmak üzere toplamda 404 görüşme sağladık. Görüşmelerin yapıldığı afet bölgelerinde ilk üç ili sırasıyla Hatay, Kahramanmaraş ve Malatya oluşturmaktaydı. Görüşmelerin yapıldığı bölgeler ise sırasıyla Akdeniz Bölgesi, Doğu Anadolu Bölgesi ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ydі. Görüşme talep edenlerin yaş aralığı 18-80 arasında değişmekle beraber yoğunluk 25-50 yaş arası hastalardı. Bu hastaların %58.4'ü lisans ve lisansüstü mezunu, %20.9'u lise mezunu ve %20.8'i ilkökul mezunuydu. %50'si çalışmakta olan hastalardı.

Doğal afetler sonrasında bölgedeki sağlık hizmetlerine erişim kısıtlılığı olması, bölgede doktor açığı olması, afetlere bağlı yer değiştirme gerekliliği olması nedeniyle psikiyatri hizmetlerine ulaşım zor olabilir. Telepsikiyatri bu noktada kronik hastalığı olan hastalara, olaydan sonra psikiyatrik şikayetleri başlayan hastalara, daha önce benzer travmalar yaşayıp retravmatize olan hastalara destek sağlaması ve koruyucu sağlık hizmetleri sunması adına önemli hale gelir. Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri AD olarak afet sürecinde bu gibi zorluklar yaşayan hastalarla düzenli görüşmeler sağlayarak gereken desteği vermeye çalıştık.

### Kaynaklar

World Health Organization. "A health telematics policy in support of WHO's Health-For-All strategy for global health development: report of the WHO group consultation on health telematics." (1997)

Lurie N, Carr BG. The Role of Telehealth in the Medical Response to Disasters. JAMA Intern Med. 2018 Jun 1;178(6):745-746. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.1314. PMID: 29710200.

Augusterfer EF, Mollica RF, Lavelle J. Leveraging Technology in Post-Disaster Settings: the Role of Digital Health/Telemental Health. Curr Psychiatry Rep. 2018 Aug 28;20(10):88. doi: 10.1007/s11920-018-0953-4. PMID: 30155744.



## 6 Şubat Depremleri Sonrasında Kocaeli’de Yapılan Çalışmalar ve Kurumlar Arası İş Birliği Deneyimi Prof. Dr. Aslıhan Özlem Polat Işık

6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depremleri dokuz saat arayla meydana gelen, merkez üsleri sırasıyla Kahramanmaraş'ın Pazarcık ve Elbistan ilçeleri olan, 7,8  $M_w$  ( $\pm 0,1$ ) ve 7,5  $M_w$  büyüklüklerindeki iki depremdir. Depremler sonucunda Türkiye’de resmî rakamlara göre en az 50 bin 783, Suriye’de ise en az 8 bin 476 kişi hayatını kaybetmiş ve toplam 122 binden fazla kişi ise yaralanmıştır. Depremlerin ardından büyüklüğü 6,7  $M_w$ 'e kadar varan 40 binden fazla gerçekleşmiştir.

Gelecekte bizleri bekleyen depremler olması yanı sıra geçmişte de sahip olduğumuz depremle ilgili birçok anı ve bilgimiz var. Bunlardan biri de 1999 Gölcük depremi. 17 Ağustos depremi tüm Marmara Bölgesi’nde, Ankara’dan İzmir’e kadar geniş bir alanda hissedildi. 285.211 ev, 42.902 iş yeri hasar gördü. 2010 yılında yayımlanan Meclis araştırması raporuna göre 18.373 kişi öldü. 48 bin 901 kişi ise yaralandı.

Afetlerde, önceden yapılan hazırlıklar afet sırası ve sonrasında süreçler için oldukça önemlidir. Bir diğer önemli etken ise “deprem hafızası” olarak tanımlayabileceğimiz, geçmişte depreme maruz kalan ve veya bu alanda çalışan kişilerin tecrübeleridir. Bu tecrübeler kişilere, daha hızlı harekete geçme, eylem planları yapma ve bölgeye kendi sorumlulukları ile yardım etme ve dayanışma imkanı vermektedir. Bu depremi geçmişte yaşayan ve 6 Şubat depremleri için hızlı hareket edip planlamalar yapanlardan biri de Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalıdır.

Depremler sadece fiziksel değil sonrasındaki süreçlerde ruhsal açıdan büyük etkiler yaratmaktadır. Akut, subakut ve kronik dönemde ruhsal açıdan planlama ve ihtiyaçların profesyonellerce giderilmesi gerekmektedir. Bu kapsamda bölümümüz Kocaeli ilindeki valilik, belediye gibi birçok kurum ile iletişime geçerek bölgeye sağlanacak ruh sağlığı hizmeti için organizasyon ve toplantılara katılmıştır. Bölgeye gidecek ve ruh sağlığı alanında çalışacak profesyonellere eğitimler düzenlemiştir. Deprem sonrası KYK yurtlarına yerleştirilen kişilere psikoeğitim verilmiştir. Aynı zamanda bu yurtlarda görev yapan çalışanlarda konu ile ilgili eğitimler almışlardır.

### Kaynak

- 1) 6 Şubat 2023 depremleri Dr. Özlem Kılıç Ekici TÜBİTAK Bilim ve Teknik Dergisi



## 6 Şubat Depremleri Sonrasında Antakya'da Saha Deneyimi

Duygu Nur Tutam

Yüksekova Devlet Hastanesi

6 Şubat depremleri, yakın zamanın ülkemizdeki en büyük kitlesel travmatik yaşantılarından biri olarak binlerce kişiyi doğrudan ve dolaylı olarak etkilemiştir. Kitlesel travmalar sonrası yaşanan çaresizlik ve başa çıkmayla ilgili güçlükler geniş kitleleri etkileyebilir, yas tutma ile ilgili güçlükler yaşanabilir ve travmatik yaşantının etkisi kuşaktan kuşağa aktarılabilir. Tüm bu nedenlerle kitlesel travmalara yönelik müdahaleler, bir toplumun şimdiki ve gelecekteki ruhsal sağlığını korumak açısından oldukça önemlidir. Saha çalışmaları, kitlesel travmalarda önemli ve ilk müdahale araçlarından biridir (Kuman Tunçel 2023, Başterzi 2021).

2023 yılı Mart ve Nisan aylarında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'ndan araştırma görevlisi hekimler deprem bölgesini ziyaret ederek saha çalışmalarına katıldılar. Sahaya gidecek hekimler için, öncesinde anabilim dalı bünyesinde eğitim programı düzenlendi. Asistanlık eğitimlerinin ikinci ve dördüncü yılları arasındaki asistan hekimler gönüllü olarak, Kocaeli Büyükşehir Belediyesi ve Sağlık Bakanlığı'nın Hatay'ın Defne ilçesinde kurmuş oldukları konteyner hastanede birer haftalık saha çalışmasında farklı alanlarda hizmet verme imkanı buldular. Konteyner hastane bünyesindeki günlük poliklinik hizmetinde günde 40'a yakın depremde hasta muayene edildi. Polikliniğe başvuran hastaların çoğu, deprem sonrası tedavileri aksamış kişilerdi. Kurumlar arası iş birliğinin yardımlarıyla çadırkent ve konteyner kentlerde farklı konularda halk toplantıları gerçekleştirildi. Kitlesel travmaların ruh sağlığı üzerine etkisi, depremde kadın olmak ve depremde çocuk olmak başlıklı konular halk toplantılarında ele alındı ve toplantıların interaktif olmasına özen gösterildi. Ulaşım sorunları nedeniyle polikliniğe başvuramayan ağır ruhsal hastalıkları olan bireyler çadır ve konteyner kentlerde yerinde ziyaret edilerek gerekli müdahale ve yönlendirmeler yapıldı. Diğer kurumların psikososyal destek birimleriyle iletişime geçilerek mobil psikiyatri hizmetleri yerinde ziyaret edildi. Alanda çalışan kişilerle temasa geçilerek ikincil travma ve tükenmişlik konularına dikkat çekildi. Saha çalışmasına katılan asistan hekimler, deprem bölgesinden döndükten sonra kurum içinde deneyimlerini paylaştıkları sunumlar yaptı. İlk değerlendirmesi sahada yapılmış ve uygun hastalarla Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çevrimiçi Psikiyatri Polikliniği üzerinden takip ve tedaviye devam edildi. Asistan hekimlere sahada zorlandıkları konular ve vakalar hakkında süpervizyon alma imkanı sağlandı. Bu panel bünyesinde saha deneyiminden ayrıntılı olarak bahsedilecektir.

1. Başterzi AD (2021) Kitlesel Travmayı Anlamak, Anlamlandırmak. Kitlesel Travmalar ve Afetlerde Ruhsal Hastalıkları Önleme, Müdahale ve Sağaltım Kılavuzu, 1. Baskı, Yüksel Ş, Başterzi AD (Ed), Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, s: 3-11.
2. Kuman Tunçel Ö (2023) Deprem, Kitlesel Travma ve Sonrası, Arch Neuropsychiatry 60:97-98.





**Pamuk İpliğine Bağlı Yaşamak**  
**Ali Hilmi Yazıcı**  
**Serbest Hekim**

Tehlikelere Açık Yaşayan İnsanın Zeminsizliği  
Varoluşçu Psikoterapi Boyutunda Katastrof ve Tragedi

Anksiyete kavramı felsefe ve daha sonrasında ruh sağlığı literatürüne varoluşçu düşünürler tarafından kazandırılmış bir kavramdır. Klinik anlayıştan farklı olarak varoluşsal açıdan hayat ve anksiyete birbirinden ayrı tutulamayacak kadar bütünleşiktir. Hatta varoluşçu görüş çerçevesinde “hayat anksiyetedir” tanımlaması abartılı bir ifade olmayacaktır.

Ölüm ve fanilik, yalnızlık (izolasyon), yabancılaşma ve kendini evinde hissetmeme, karar ve özgürlük, anlam arayışı, insanın değişen değerleri, diğer insanlarla duruşu yaşamı anksiyeteye bürüyen insan olmanın kaçınılmaz varoluşsal durumlarıdır. Bunların arasında zeminsizlik (groundlessness) ve mutlak emniyetin asla sağlanamayacağı gerçeği yaşamla özdeş ancak bir o kadar derin, şekilsiz ve bitimsiz bir anksiyetenin çekirdeğini oluşturur. Bütün doğru karar ve alınan önlemlere rağmen bireyin hiç beklenmedik bir zamanda ciddi bir hastalık tanısı alması ihtimali, başına gelebilecek yıkıcı bir kaza, anlamlı insanların desteğini yitirmesi ya da ihaneti, onurunu zedeleyecek üzerinde kontrolü olmayan gelişmelere açık yaşaması üzerinde düşünmek istemediği yaşamla beraber gelen sevimsiz hakikatlerdir. Evet insan ölümlüdür ancak öte yandan her yaş ölünebilecek bir yaştır.

Felaketler ise ani, çoğu kez kitlesel, insanın doğal varoluşunu sarsan yıkım ve ızdırapların deneyimlenmesi ile bireyin sosyo-personal bilincini yeniden tanımlamasını gerektirecek ağırlıktadır. Biinen hiçbir yöntem ya da imkanla üstesinden gelinemeyecek yıkımlar ve acılar daha önceden yerleşik ve kabul edilmiş varoluşa ait düşünce ve anlayışlarını geçersiz kılacaktır. Felaketin getirdiği trajedi mevcut değerlerin yeniden oluşturulmasını zorunlu kılar. Büyük ve yıkıcı olaylar sırasıyla transandantal, ampirik ve empotan evrelerin tecrübe edilmesi ile transvaluasyon (değerlerin evrimi) sürecini başlatır.

Baş edilemez süreçler bireyi “niçin” ? ve “niçin ben” ? soruları ile kaçamayacağı anlam arayışlarına sürükleyecektir. Adalet duygusunun derinden sarsılması insan ve insanlık onurunu baştan tanımlamak zorunda bırakacaktır. Bu dönemde suçluluk hissi, daha önce yapılan hataların ve günahların bedeli olarak da algılanabilecek açıklamalar oldukça yaygındır. Metafizik ve dini sığınaklar arayışı yine bu dönemde sık görülür.

Olağan hayatını yaşarken birey kendi başına gelen yıkıcı deneyimler ya da toplumsal felaketler karşısında elindeki mevcut anlayış ve kaynaklarla baş etmekte zorlandığında görmezden geldiği varoluşun kırılabilirliği (fragility) ile hazırlıksız bir şekilde yüzleşecektir. Bu dönemde “kendilik-dünyayaşamı” (self-lifeworld) kabul ve değerlerini yeniden yorumlamak yükümlülüğüne girer. (V Lopez, 2022)

Gerçeğin ve yıkımın kesinliği yaşanan trajedi ve acıların üzerinde galabe çalacak, toplumsal-benlik (sociopersonal) hayata devam mesajlarını aktaran bir koro gibi arka planda çağrıda bulunacaktır. Gerek trajediyi yaşayan, gerekse günümüz iletişim araçları ile yıkımın etkilerine yoğun şekilde maruz kalan insan hayatın pamuk ipliğine bağlı, her an kopaabilecek kadar narin ve tehlikelere açık olduğu bilgisiyle yüzleşecektir. Varoluşçu psikoterapiler özellikle fenomenolojik yaklaşımı, humanistik duruşu ile bireyin hayatını yeniden değerlendirmesi (transvaluasyon) sürecinde benzersiz imkanlara sahiptir.

Varoluşçu psikoterapiler ilkeleri, araçları ve yöntemleri diğer birçok psikoterapi uygulamasının da vazgeçemeyeceği imkanları da haizdir. Bu panelde varoluşçu psikoterapilerin hayatın beklenmedik yıkıcı etkilerine maruz kalan bireyin bu süreçlerden hayatı yeniden değerlendirme yolları arayışındaki desteğinden söz edilecektir.

**Kaynaklar :**

1. Emmy Van Deurzen, 2019, The Wiley World Handbook of Existential Therapy, first edition s. 7
2. Emmy Van Duerzen, Martin Adams, Skills in Existential Counselling and Psychotherapy, 2016, 2nd Edition s.105
3. Ernesto Spinelli, Practising Existential Therapy, 2nd Edition, 2015, s.59
4. Victor G. Rivas Lopez, 2022, On the Existential Link of Catastrophe and Tragedy, Filosofia. Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 39 (2022) 97-111



**Panel Yıkım ve Yıkımın Ardından Yaşam  
Varoluşsal Psikoterapi Uygulamaları  
Hüseyin Ünübol**

*Beykoz Devlet Hastanesi, İstanbul*

Doğal afetler genellikle aniden ve korkunç bir şekilde meydana gelir ve hayatta kalanlar genellikle önemli ölçüde sıkıntı ve psikososyal bozulma belirtileri yaşarlar. Büyük ölçekli doğal afetlerden sonra, travma sonrası stres belirtileri veya bozukluğu (PTSD) yanı sıra artmış depresyon, anksiyete, somatik şikayetler ve aşırı alkol kullanımı gibi sorunlar gözlenmiştir. Belirsizlik, güvensizlik ve öfke, bu tarz doğal afetlerden sonra insanların bazı yönlerden insanı sorumlu olarak attığı yaygın duygulardır (1).

Geleneksel olarak, PTSD tedavisinde ana odak genellikle semptomların hafifletilmesidir. Fakat varoluşçu-hümanist yaklaşım, buna yeterli olmadığını ve bireyin yaşadığı deneyimin "varoluşsal anlamını" incelemenin de önemli olduğunu savunur.

Travmatik bir deneyim yaşadığımızda, sadece fiziksel, nörobiyolojik ve duygusal olarak etkilenmekle kalmayız, aynı zamanda yaşamın anlamına, kişisel değerlerimize ve hatta dünyanın (insanlar dahil) temel olarak insan yaşamını desteklediğine dair temel inançlarımıza yönelik derin bir saldırı hissederiz. Bu travma, varoluşla kurduğumuz ilişkiyi adeta paramparça eder. Başka bir deyişle, travma, yaşamın değerli ve yaşanabilir bir parçası olduğumuza dair tüm inanç yapılarımıza zarar verir.

Greening, travmatik bir deneyime odaklanarak, bu deneyimin ortaya çıkardığı derin varoluşsal anlamın bozulmasına vurgu yapar (2). Travma sonrası iyileşme, artık hiçbir şeyin anlamlı görünmediği bir dünyada uyanmak gibi bir şeydir. Janoff-Bulman'ın 'Parçalanmış Varsayımlar' adlı kitabında belirttiği gibi, travma, içinde yaşadığımız dünyaya dair deneyimlerimizi ve anlayışımızı nasıl alt üst ettiğimizi gösterir. Sağlıklı bir şekilde büyüme ve gelişme, genellikle dünyayı güvenli, yardımsever ve hoşgörülü bir yer olarak algılama eğilimindedir. Bu inançlar, yaşamın anlamlı olduğu ve kişiliğin değer taşıdığı bir dünyayı yansıtır. Ancak bu tür inançlar aynı zamanda bir tür 'sağlamlık yanılması'na yol açabilir; yüksek bir rahatlık alanı içinde yaşamak ve varoluşsal soruları kaçınmak anlamına gelir.

Travma, bu tür sağlam inançları sarsar ve varoluşsal olarak rahatsız edici soruları gündeme getirir. Semptomlar genellikle, yaşananların anlamını sorgular ve daha da önemlisi, yeni bir varoluşsal gerçeklikle başa çıkmaya çalışırken kişinin varoluşunu yeniden şekillendirmeye ve entegre etmeye çalışan biyolojik, psikolojik ve varoluşsal bir çaba olarak görülür.

Bu nedenle, travma yaşamış bireyler, kendilerine tam anlamıyla destek sağlanmadan, varoluşsal benliklerini de içeren bir bütün olarak iyileşme yoluna giremezler. Sağlık, bütünlük ve anlam arayışı, hümanist-varoluşsal terapilerle kolaylaştırılabilir. Bu psikoterapötik süreç, öncelikle yaşanmış travma deneyimini, bu deneyimin anlamını ve parçalanmış geçmiş varoluşsal inançları keşfetmeyi içerir. Aynı zamanda bireyin hayatta hala anlamlı bulunduğu şeylere dair yeni bir farkındalık oluşturmayı ve geliştirmeyi de hedefler. Varoluşsal farkındalığın artırılması, kendine, diğer insanlara ve dünyaya bağlanmanın yeni, farklı ve anlamlı yollarının keşfedilmesine olanak tanır. Bu nedenle, sadece iyileşmeyi değil aynı zamanda varoluşsal büyümeyi teşvik eder. Sonuç olarak, varoluşçu-hümanist yaklaşım, doğal afetler gibi travmatik deneyimlerin sadece semptomlarla sınırlı olmadığını, aynı zamanda insanın varoluşsal anlam arayışı ve kendine, diğer insanlara ve dünyaya olan ilişkisi ile de yakından ilgili olduğunu vurgular. Bu yaklaşım, doğal afetlerin yol açtığı travmatik deneyimlerin daha derin anlamlarını keşfetmeyi amaçlar.

1. Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., & Kaniasty, K. 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981–2001. *Psychiatry*, 2002;65(3):207–239.
2. Greening, T. Posttraumatic stress disorder: An existential-humanistic perspective. In S. Krippner & S. M. Powers (Eds.), *Broken Images, Broken Selves: Dissociative Narratives in Clinical Practice* 1997; 125–135. Washington, DC: Brunner/Mazel.



### Yıkımın Varoluşsal Getirisi

Lara UTKU İNCE

Serbest Hekim

Savaşlar, salgın hastalıklar, doğal afetler... Yıkım deyince çoğumuzun aklına gelen kitlesel durumlar. Ancak bunların bireysel yansımaları her birimizde farklılık arz etmekte. Bazıları yıkımın ardından sanki hiç yaşanmamış gibi hayatına devam ederken bazıları da oradan değişip dönüşerek yeni yolların arayışına düşmekte. Bunların tabii ki çok çeşitli analitik, bilişsel, sosyolojik açıklamaları mevcut, ancak ben size sunumda bu konuyu Jaspers üzerinden, onun insan halleri tanımlamaları üzerinden özellikle de yıkımın bir varoluşsal getirisi olan "varoluş" üzerinden anlatmaya çalışacağım.

Varoluşçu filozoflardan Karl Jaspers'in felsefesinin merkezini insan oluşturur ve insanı dört farklı halde ele alır. Bunlar, bilimin araştırma konusu Dasein; soru soran, bilen, tanıyan anlama yetisi Ortak bilinç; yaşama yön veren idelerin taşıyıcı Tin ve varoluştur. Varoluş; bilimin ve araştırmanın konusu olamayan, anlama yetisiyle dile getirilemeyen bu sebeple de sadece aydınlatılabilen kendi bilincinde olma halidir.

Jaspers, varoluşsal aydınlanmanın ona özgü bir dil signa (işaret) ile mümkün olabileceğini belirtir. Bu işaretler "iletişim", "kendilik", "özgürlük", "sınır durumlar", "koşulsuz eylem" ve "seçim"dir.. Sınır durumlar, kişinin seçemediği, değiştiremediği ve kurtulamadığı durumları kapsar. Er geç ölecek oluşumuz, hiçbir şekilde acı çekmekten kurtulamayıp, diğer benler karşısında kendimizi daima suçlu buluşumuz, varlığımızı korumak için her zaman mücadele etmek zorunda kalışımız, hayatımızın şansa ve kadere tabii yönlerinin oluşu Jaspers'in sınır durumlarla kast ettikleridir. (Erdem 2014)

Sınır durumlar kişiyi içine düştüğü kaybolmuşluktan kurtarıp, kendisine yönelmesini ve gizli olanaklıklarını keşfetmesine yönelik bir teklif sunması sebebiyle varoluşun dönüm noktaları olarak değerlendirilmektedir. (Bollnow 2004)

Yaşadığımız deprem (lerimiz) ölümü bize hatırlatması ve dayatmasıyla, bize hissettirdiği fiziksel ve ruhsal acılarla, yapamadıklarımız ya da engel olduklarımız sebebiyle hissettiğimiz suçlulukla, her an kendimizi gerçekleştirmek adına içinde bulunduğumuz mücadeleyle ve ne yaparsak yapalım kaçamadığımız yanlarıyla bütün sınır durumlarla kişiyi temas ettiriyor, varoluşa yönelik bir alan açıyor. Bu sınır durumlar bir ön koşuldur ancak unutmamak gerekir ki varoluşsal aydınlanma son derece kişisel bir çabadır, nesnel ölçütleri yoktur, ifadesi yoktur ancak varoluşsal iletişim bu aydınlanmanın içeriğine yönelik bilgi verebilen ve iki tarafında kendini gerçekleştirmesine hizmet eden bir etkileşimdir.

#### Kaynaklar

1-Erdem HH (2014) Karl Jaspers Felsefesine Giriş. İstanbul, Bilge Kültür Sanat Yayınları, s. 25-55.

2-Bollnow OF (2004) Varoluş Felsefesi (Çev Medeni Beyaztaş). İstanbul, Efkâr Yayınları, 2004, s. 64.



## Öfkenin Toplumsal Görünümü

Merve Akkuş

*Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği*

Evensel olarak deneyimlenen bir duygu olan öfke, insan etkileşimlerinde ve genel olarak toplumda çok önemli bir rol oynar. Öfke toplumsal bir olgudur. Özellikle çatışma ve kırgınlık dönemlerinde yoğun olarak yaşanan duygulardan biri öfkedir. Bu gibi durumlarda altta yatan duygular, anlaşılmama veya incinme gibi öfkeye neden olan birincil duygulardır. Öfke, sosyalliğin etkileşimli boyutundaki merkezi duygulardan biri olmakla birlikte hakaret, adaletsizlik, eşitsizlik ve başarının önündeki engeller veya saldırganlık tarafından uyarılır. Ayrıca, öfke rahatsız edici bilişler ve duygulanımlar, fizyolojik tepkiler ve sosyal sonuçlar tarafından belirlenir. Öfkenin sosyal yansımasının temel yönlerinden biri iletişimsel işlevidir. Öfke, bireyin duygusal durumu, sınırları ve beklentileri hakkında bilgi aktaran sosyal bir sinyal görevi görür. Öfkenin toplumsal işlevi başka birey veya bireylerin davranışlarında değişimi zorlayarak daha iyi bir sonuca ulaşılacağı şeklinde açıklanmıştır.

Öfke, bireyleri ve grupları algılanan adaletsizlikleri ve eşitsizlikleri ele almaya motive ederek sosyal değişimi katalize edebilir. Ancak kötü yönetildiğinde ilişkileri zorlayabilir ve çatışmaları körükleyebilir. Öte yandan, sosyal yaşamın idame ettirebilmesi açısından, toplumun ve toplumsal kurumların öfkeyi kontrol etmesi gerekmektedir. Toplumsal öfkenin ifadesi ve yönetimi kültürlere ve bireylere göre değişiklik gösterebilir. Kültürel inançlar ve sosyal normlar, toplumsal öfkenin nasıl ve ne zaman ifade edilmesi veya bastırılması gerektiğini etkiler. Öfkenin kavramsallaştırılması, ifade edilmesi, tanınması ve düzenlenmesi, bireylerin içinde bulunduğu kültürel normları, değerleri ve sosyal bağlamları yansıtacak şekilde kültürler arasında farklılık gösterebilir. Toplumsal öfkenin kültürel yönünü anlamak, öfkenin farklı kültürel ortamlarda deneyimlendiği ve ifade edildiği çeşitli yolları anlamak açısından çok önemlidir.

Sonuç olarak toplumsal öfke, kişilerarası ilişkilerde ve toplumsal dinamiklerde önemli rol oynayan, sosyal açıdan önemli bir duygudur. Başkalarına veya sosyal durumlara karşı hoşnutsuzluk, hayal kırıklığı ve düşmanlık duygularıyla karakterize edilir. Toplumsal öfke, algılanan adaletsizlikler, ahlaki ihlaller veya kişilerarası çatışmalar tarafından tetiklenebilir. Toplum yanlısı davranış, örgütsel politikalar ve sosyal değişim üzerinde etkileri vardır. Toplumsal öfkenin belirleyicilerini ve sonuçlarını anlamak, öfkenin bireyler ve toplum üzerindeki etkisini ele almak ve bu duyguyu yönetmek ve düzenlemek için etkili müdahaleler ve stratejiler geliştirmek açısından çok önemlidir.

Berkowitz, L., & Harmon-Jones, E. (2004). Toward an understanding of the determinants of anger. *Emotion*, 4(2), 107.

Manfredi, P. (2020). Anger: what we know and what we don't want to know. *Scientific contributions and social representation. Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 8(1).

TenHouten, W. D. (2018). Anger and contested place in the social world.



## Öfkenin Nörobiyolojisi

Onur Gökçen

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Öfke, algılanan tehditlere, doyurulmamış isteklere ve karşılıksız beklentilere karşı gösterilen, doğal insani bir tepkidir. Hafif kızgınlıktan yoğun hiddete kadar değişen yoğunluktaki duygulardan oluşur. Öfkenin bir ifadesi olan reaktif saldırganlık, zarar verme niyetiyle başka bir bireye yöneltilen evrimsel olarak yüksek oranda korunmuş bir davranıştır. Genellikle sosyal tehdit veya provokasyon ve hayal kırıklığına verilen bir yanıt olarak tanımlanır. Öfke ve saldırganlığın alkol ya da uyuşturucu bağımlılığı, depresyon, anksiyete ve başka birçok psikiyatrik bozuklukla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Artan reaktif saldırganlığın çeşitli psikiyatrik bozukluklarda görülebilmesinden dolayı, birçok çalışmacı transdiagnostik bir fenomen olarak görülmesi gerektiğini düşünmüştür. Reaktif saldırganlıkta rol oynayan nörobiyolojik mekanizmaların daha iyi anlaşılmasının, belirli mekanizma temelli biyolojik veya psikoterapötik yaklaşımların önünü açabileceği düşüncesiyle hem sağlıklı bireylerde hem de klinik örneklerde çalışmalar yapılmıştır. Reaktif saldırganlığın üç nörobiyolojik modeli tanımlanmıştır: Limbik hiperaktivite, prefrontal hipoaktivite ve düzensiz limbik-prefrontal bağlantı modelleri. Bu modeller çoğunlukla sağlıklı bireylerle yapılan nörogörüntüleme çalışmalarına dayanmaktadır. Reaktif saldırganlık için tanımlanan biyodavranışsal mekanizmalara (tehdit duyarlılığı, hayal kırıklığı ve davranışı düzenleyici koşul olarak zayıf bilişsel kontrol) dayalı çalışmalarla modeller geliştirilmeye çalışılmıştır (Nikolic ve ark. 2022). Tehdit, zarar görme korkusu ile kaçınma davranışlarını ortaya çıkarabilir de, aynı zamanda reaktif saldırganlığı da tetikleyebilir. Beyinde tehditle ilgili yollardaki temel yapılar amigdala, hipotalamus ve periaqueductal gri maddedir. Amigdala, korku ve öfke de dahil olmak üzere uyarılma ve duyguların işlenmesinde kilit bir rol oynar. Hipotalamus ve periaqueductal gri madde tehdiye karşı davranışsal, hormonal ve otonomik "hayatta kalma" eylemlerinde rol alır. Bazı klinik çalışmalar öfke ve saldırganlık davranışları ile amigdala hacmi ve amigdala şekil bozukluğu arasında ilişkiler saptanmıştır. Deneysel çalışmalarda sosyal tehdidi temsil eden durumlarla amigdala aktivitesi ilişkili bulunmuştur. Yine deneysel provokasyon paradigmasının olduğu çalışmalarda amigdala, hipotalamus ve periaqueductal gri maddede aktivasyon artışı bulunmuştur. Beklenen ödüllerin alınamaması sonucu oluşan hayal kırıklığı öfke ve reaktif saldırganlığı tetikleyen diğer bir durumdur. Hayal kırıklığı yaratan ödüksüzlüğe aracılık eden çekirdek bölge, ventromedial prefrontal korteks, insula, dorsal anterior singulat korteks ve inferior frontal gyrus ile birlikte hareket eden ventral striatumdur. Bazı çalışmalarda artmış striatal aktivitenin saldırganlık ve öfke ile pozitif korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Öfke, saldırgan bir davranışa yönelten dürtüyü tetiklese de çoğu zaman bireyler bilişsel kontrolün devreye girmesiyle böyle davranmazlar. Birçok çalışma bilişsel kontrol yetersizliğinin saldırgan davranışlardaki rollünün altını çizilmiştir. Antisosyal davranışlar ile prefrontal korteks hacimleri ilişkisini gösteren, öfke davranışları ile prefrontal korteks aktiviteleri arasındaki ilişkileri gösteren çalışmalar vardır (Bertsch ve ark. 2020).

### Kaynakça

Bertsch K, Florange J ve Herpertz SC (2020) Understanding Brain Mechanisms of Reactive Aggression. Current psychiatry reports, 22(12), 81. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01208-6>

Nikolic M, Pezzoli P, Jaworska N ve Seto MC (2022) Brain responses in aggression-prone individuals: A systematic review and meta-analysis of functional magnetic resonance imaging (fMRI) studies of anger- and aggression-eliciting tasks. Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry, 119, 110596. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2022.110596>



## Öfkenin Klinik Görünümleri ve Klinikte Değerlendirilmesi

Kader Semra Karataş

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Öfke kavramı, engellenme, tehdit hissetme, yoksun bırakılma, sınırlama gibi durumlarda hissedilen ve saldırgan davranışlarla ile neticelenebilecek bir duygudur. Uzun zamandır kontrol edilemeyen öfkenin psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde yaygın ve olumsuz sonuçlarla ilişkili olabilecek bir sorun olduğu bilinmektedir. Literatürde öfke ve şiddet içeren davranışlar arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmalar vardır. Öfkenin tanınması ve kontrolüne yönelik terapötik yaklaşımlar bu nedenle önemlidir. Öfkenin, DSM-5'teki beş tanıda anahtar kriter olduğu söylenebilir. Aralıklı patlayıcı bozukluk, karşıt olma – karşı gelme bozukluğu, yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu ve bipolar bozukluk. DSM-5 tanıları arasında "aralıklı patlayıcı bozukluk", provokasyonla orantısız, tekrarlayan öfkeli/dürtüsel saldırganlık dönemleri olarak tanımlanır. Para veya güç gibi ikincil kazanç için olmayan, yalnızca öfke veya dürtü ile ilgili saldırgan davranış tanı kriterlerinde dikkate alınır. Piromani ve diğer dürtü kontrol bozukluklarında olduğu gibi bu dürtüye direnme gerginliğin artmasına neden olur; dürtüye göre hareket etmek rahatlatma sağlar. Karşıt olma – karşı gelme bozukluğu en az 6 ay süren "olumsuz, düşmanca ve meydan okuyan" davranış olarak tanımlanır. 8 belirti kriteri vardır ve ikisi özellikle sinirlilik ile ilgilidir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile ayrımı önemlidir. İlgili çalışmalar daha çok ebeveyn çocuk ilişkisine odaklanmıştır. yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu ilk kez DSM-5'te bir tanı olarak tanımlanmıştır. Durumla orantısız olan ve bir yıl veya daha uzun süre haftada üç veya daha fazla kez meydana gelen öfke patlamaları ve çoğu gün farklı ortamlarda sürekli sinirlilik veya öfke ile tanımlanır. Olumsuz işlevsel sonuçları olabileceği bildirilmiştir. DSM-5 borderline kişilik bozukluğu tanısında kullanılan iki kriter öfke ile ilişkilidir. Biri uygunsuz yoğun öfke, diğeri ise muhtemelen sinirlilik olarak ortaya çıkan duygusal dengesizliktir. Öfkenin genellikle gerçek veya hayali terk edilme ile tetiklendiğini vurgulanmaktadır. Kişiler arası ilişkilerde öfke kendini gösterebilir. Borderline kişilik bozukluğu olan kişilerin öz bildirim ölçümlerinde reddedilmeye karşı son derece hassas oldukları görülmüştür. Bipolar bozuklukta aşırı öfke, DSM-5 tanı ölçütlerinde maninin temel belirtilerinden biridir. Öfke üzerine yapılan tanısız vurguyu desteklemek üzere, yetişkinler üzerinde yapılan çeşitli faktör analizi çalışmalarında öfke, manik semptomların temel bir yönü olarak tanımlanmaktadır. Diğer taraftan yalnız mani dönemlerinde değil duygudurum dönemlerinin prodromal evrelerinde de öfkenin yaygın olduğu bulunmuştur. Ayrıca depresif dönemler sırasında, bipolar bozukluğu olan kişiler, unipolar depresyonu olanların bildirdiği öfke ataklarının yaklaşık iki katını bildirmişlerdir. Tüm bunlar öfkenin manik dönemler dışında da bipolar bozukluğu olan kişiler için ortak bir belirti olduğuna işaret eder. Ayrıca tıbbi literatürde öfkenin yalnız bu beş bozuklukta değil, alkol-madde kullanımı ve diğer birçok psikiyatrik bozukta prognoza ve sosyal uyuma etki edebildiği bildirilmiştir.

- Fernandez E ve Johnson SL (2016) Anger in psychological disorders: Prevalence, presentation, etiology and prognostic implications. *Clinical psychology review*, 46, 124–135. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.012>
- Blair RJR (2018). Traits of empathy and anger: implications for psychopathy and other disorders associated with aggression. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 373(1744), 20170155. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0155>



## Uyku İğcikleri ve Biliş Asuhan Par

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Uyku iğcikleri, hızlı olmayan göz hareketi uykusu (NREM) sırasında ortaya çıkan, 9-16 Hz. frekans aralığında artan ve azalan salınımlı (waxing-waning) dalga formlarıdır. NREM 2 uykusunun en belirgin özelliği olan uyku iğcikleri, retiküler ve talamo-kortikal nöronlar arasındaki etkileşim yoluyla talamustan kaynaklanmaktadır (Steriade ve ark., 1985). Uyku iğciklerinin yaşamın erken dönemlerinde merkezi sinir sisteminin gelişimi ve bütünlüğü için yararlı bir belirteç olabileceği öne sürülmüş olup, iğcik miktarının ergenlik sonrası yaşla birlikte giderek azaldığı ve demanslı hastaların daha az iğcik sayısına sahip olduğu gösterilmiştir. Ayrıca iğcik aktivitesinin bireyin genel öğrenme potansiyeli ve zekasıyla da ilişkili olup olmadığı tartışılmaktadır. (Schabus ve ark., 2006). Uyku iğciklerinin bellek oluşumunda rol oynaması özellikle dikkat çekicidir. Sinaptik plastisiteyi teşvik etmeleri ve öğrenme üzerine kendilerini değiştirmeleri nedeniyle iğcikler bellek sürecinde birincil adaylar olarak gösterilmektedir. Bunlara ek olarak, hipokampal dalgalanmalarla iğcikler arasındaki temporal ilişki de iğciklerin bellek performansı üzerinde rol oynadığını düşündürmektedir. Deklaratif hafıza görevini takip eden bir gecede iğcik yoğunluğunun arttığı, bu yoğunluğun uyku öncesi ve sonrası bellek performansı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Artan kanıtlar uyku iğciklerinin çocuklarda ve erişkinlerde uykuya bağlı deklaratif bellek konsolidasyonu ve genel bilişsel yetenekler açısından eşit derecede önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Bununla birlikte, bu ilişkileri araştıran çalışmalar yaş aralıkları, kullanılan öğrenme görevleri (task), araştırılan iğcik parametreleri ve frekans tanımları açısından farklılık göstermektedir (Hahn ve ark., 2019). Bu sunumda özellikle bellek olmak üzere bilişsel fonksiyonlar ve uyku iğcikleri arasındaki ilişkiyi irdeleyen literatür gözden geçirilecektir.

### Kaynaklar:

- 1- Hahn, M., Joechner, A. K., Roell, J., Schabus, M., Heib, D. P., Gruber, G., Peigneux, P., & Hoedlmoser, K. (2019). Developmental changes of sleep spindles and their impact on sleep-dependent memory consolidation and general cognitive abilities: A longitudinal approach. *Developmental science*, 22(1), e12706.
- 2- Schabus, M., et al. "Sleep Spindle-related Activity in the Human EEG and Its Relation to General Cognitive and Learning Abilities." *European Journal of Neuroscience*, vol. 23, no. 7, Wiley, Apr. 2006, pp. 1738–46.
- 3- Steriade, M., Deschênes, M., Domich, L., & Mulle, C. (1985). Abolition of spindle oscillations in thalamic neurons disconnected from nucleus reticularis thalami. *Journal of neurophysiology*, 54(6), 1473–1497.



## Yavaş Osilasyonlar ve Biliş

Mehmet Koçer

Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi, Uyku Araştırmaları Merkezi

Uykunun hafıza konsolidasyonu için önemli olduğu bilinmektedir. İlk teoriler uykunun hafıza üzerinde pasif etkisinin olduğu yönündeyken son dönemde yapılan çalışmalarla uykunun bilişsel fonksiyonlar üzerinde aktif etkisi olduğunun da altı çizilmektedir. Daha spesifik olarak uykunun en derin dönemi olarak tanımlanan yavaş dalga uykusunun (SWS) önceden öğrenilen bilgilerle ilişkili bellek izlerinin yeniden etkinleştirilmesini düzenlediği gösterilmiştir. Bu yeniden etkinleştirme süreci bellek izlerini güçlendirerek onları daha dayanıklı ve ihtiyaç duyulduğunda kolayca erişilebilir hale getirir.

Yavaş salınımlar (<1 Hz) korteks kaynaklı olup yavaş dalga uykusunda (SWS) diğer senkronize EEG olaylarının (delta dalgaları, iğcikler, K kompleksleri) oluşumunu koordine ettikleri için uyku mimarisinin temel bileşenleridir. Bir yavaş salınım döngüsü sırasında, tüm kortikal ağ, hiperpolarizasyon veya "down state"- depolarizasyon veya "upstate" durumları arasında geçiş yapar. Down state dönemi sinaptik aktivitenin olmadığı, buna karşılık up state dönemi ise yoğun sinaptik aktivitenin olduğu dönemdir. Ayrıca upstate dönemi, talamokortikal sistem içinde hızlı salınımların oluşmasına yol açar. Bu durum bilginin işlenmesinde hipokampüsten kortekse aktarılmasında etkin rol oynamaktadır ve aktif sistem konsolidasyonu olarak adlandırılmaktadır.

Yavaş salınımların spontan ya da duyuşsal stimülasyonla uyarılabildiğinin gösterilmesiyle birlikte bu fenomenlerin altında yatan karmaşık mekanizmaları çözmek için yavaş salınımların bilişle olan ilişkisi ile ilgili daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) ve manyetoensefalografi (MEG) gibi nörogörüntüleme tekniklerindeki ilerlemelerin, yavaş salınımların bilişi nasıl etkilediğine dair yeni bilgiler sağlaması beklenmektedir. Dahası, transkraniyal elektriksel stimülasyon veya farmasötik yaklaşımlar gibi yavaş salınımları artırmaya yönelik kişiselleştirilmiş müdahalelerin araştırılması, bilişsel rehabilitasyon ve bilişsel bozuklukların tedavisi için de umut vaat etmekte ve karşımıza uyku mühendisliği gibi bir kavramı ortaya çıkarmaktadır.

Bu sunumumuzda, yavaş salınımların bilişsel fonksiyonlarla olan ilişkisi ile ilgili olarak güncel literatür bilgilerini sunmak ve ileride yapılacak olan çalışmalara ışık tutmak amaçlanmaktadır.

### Kaynaklar

- 1) Rasch B, Born J (2013) About sleep's role in memory. *Physiol Rev*, 93(2):681-766.)
- 2) Papalambros NA, Santostasi G, Malkani RG, Braun R, Weintraub S, Paller KA, Zee PC. (2017) Acoustic Enhancement of Sleep Slow Oscillations and Concomitant Memory Improvement in Older Adults. *Front Hum Neurosci*. 11:109.
- 3) Simon Ruch, Katharina Henke (2020) Learning During Sleep: A Dream Comes True? *Trends in Cognitive Sciences*, 24: 3,170-172,





## Toplumsal Eşitsizliklerin Beyin Gelişimi ve Dayanıklılık Üzerine Etkileri Ece Ilgın

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Psikolojik dayanıklılık bir krizle zihinsel ve duygusal olarak başa çıkma ya da krizden önceki duruma hızla geri dönme yeteneğini anlatır. Söz konusu başa çıkma yeteneğinin kişinin zihinsel/bilişsel kapasitesi ve duygularını düzenleme yeteneğiyle ilişkisi açıktır. Sosyoekonomik durum, güç, prestij ve hiyerarşik sosyal statü gibi sosyal faktörlerin yanı sıra ekonomik kaynakların ölçümlerini de içeren çok boyutlu bir yapıdır. Anne nutrisyonel yoksunluk, çevresel stres etkenleri ve çevresel toksinler dahil olmak üzere bir dizi karmaşık faktör aracılığıyla beyin gelişimini şekillendiriyor. Bu faktörler birlikte, gen x çevre etkileşimleri, epigenetik modifikasyonlar ve hipotalamik hipofiz adrenal (HPA) fonksiyonunu içeren biyolojik mekanizmalar yoluyla sinirsel değişikliklere yol açabilir. Sonuçta bu durum beyindeki temel yapısal ve işlevsel değişikliklerin yanı sıra gözlemlenen nörobilişsel ve akademik sonuçlarla da ilişkilendirilmiştir. Aslında gelişimi olumsuz yönde etkileyen çoklu aile, psikososyal ve komşuluk deneyimleri ve özellikleri sosyoekonomik duruma göre sistematik olarak değişiklik göstermektedir. Birçok çalışma sosyoekonomik durumun kişinin sadece psikososyal gelişimini değil, beyin gelişimini de derinden etkilediğini göstermektedir, çünkü ekonomik olarak maddi servet ile birlikte sosyal prestij ve eğitim gibi ekonomik olmayan özelliklerin bir birleşimi olan sosyoekonomik durum erken çocukluktan itibaren ölçüldüğü şekliyle zeka gelişimi ve okul başarısında bariz farklılıklara yol açmaktadır. Kimliğin sosyal psikolojik analizleri geleneksel olarak sosyal sınıfa veya SES'e kimliğin bir bileşeni olarak çok fazla ilgi göstermemiştir. Sosyoekonomik durum, IQ'nun kalıtsallığını değiştirir, öyle ki en yüksek sosyoekonomik düzeye sahip ailelerinde, IQ'daki varyansın çoğunu genler oluşturur çünkü çevresel etkiler bu grupta minimal düzeyde etkilidir. Oysa en düşük sosyoekonomik duruma sahip ailelerde, IQ'daki değişkenliğe büyük ölçüde çevresel etkiler hakimdir, çünkü bunlar aslında bu grupta ekonomik düzey sınırlayıcı bir faktördür. Buna ek olarak, giderek artan araştırmalar bilişsel performansın epigenetik mekanizmalar tarafından değiştirildiğini, deneyimin gen ifadesi ve bunun sonucunda ortaya çıkan fenotipik bilişsel özellikler üzerinde güçlü bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu farklılık psikolojik testler kadar nörogörüntüleme yöntemleriyle de gösterilmiştir. Yapılan nörogörüntüleme çalışmaları sonucu beyindeki 5 kritik noktada farklılıklar saptanmıştır. Dolayısıyla bu konuşmada sosyoekonomik eşitsizliklerin bilişsel yetenekte yarattığı farklılıklara ve bunun psikolojik dayanıklılığı etkileme biçimlerine değinilecektir.

### Kaynakça

1. Curley, J. P., Jensen, C. L., Mashoodh, R., & Champagne, F. A. (2010). Social influences on neurobiology and behavior: Epigenetic effects during development. *Psychoneuroendocrinology*, 36, 352—371. doi:10.1016/j.psyneuen.2010.06.005
2. Hackman, D. A. & Farah, M. J. (2008). Socioeconomic status and the developing brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 13 (2). doi:10.1016/j.tics.2008.11.003
3. McLachlan, K., Zhou, D., Little, G., Rasmussen, C., Pei, J., Andrew, G., Reynolds, J. N., & Beaulieu, C. (2020). Current Socioeconomic Status Correlates With Brain Volumes in Healthy Children and Adolescents but Not in Children With Prenatal Alcohol Exposure. *Front. Hum. Neurosci*, 14- 223. doi: 10.3389/fnhum.2020.00223



## **Psikolojik Dayanıklılık ve Yalnızlık, Toplumsal Cinsiyet Örneğinde Yalnızlığın Sosyal ve Nörobilimsel Temelleri**

**Selvi Ceran**

*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı*

Ülkemizde yakın zamanda yaşanan ve etkileri halen devam etmekte olan depremler gibi afetler ve bunlara bağlı zorunlu göçler ruh sağlığı alanında sağlığın sosyal belirleyicilerine yeniden odaklanmanın kritik önemini gündeme getirmiştir. Sağlığın sosyal belirleyicilerini, kabaca bireyin ya da toplumun sağlığını geliştiren ya da kötüleştiren sosyal faktörler olarak tanımlayabiliriz. Bu faktörler aynı zamanda sağlıkta eşitsizliklerin de temel kaynağıdır. Bu sunumun konusu olan toplumsal cinsiyet rolleri ve yalnızlık hem fiziksel hem ruhsal sağlığı etkileyen önemli sosyal belirleyiciler arasındadır.

Yalnızlık, genellikle sosyal izolasyonun subjektif bir hissi olarak tanımlanan, son yıllarda psikolojik dayanıklılık üzerindeki önemli etkisi nedeniyle giderek daha fazla dikkat çeken bir durumdur. Endüstrileşmiş ülkelerde insanların yaklaşık üçte birini etkilemektedir ve her on iki kişiden birini şiddetli şekilde etkilediği, bu oranların giderek arttığı bildirilmiştir. Yalnızlık, yaş, cinsiyet veya sosyoekonomik durumla sınırlı değildir; yaşam süresince bireyleri etkiler. Yalnızlık algısı güçlü bir stres kaynağı olabilir ve hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) eksenini gibi vücudun fizyolojik stres tepki sistemlerini etkinleştirebilir. HPA ekseninin kronik aktivasyonu, depresyon, anksiyete ve bilişsel bozukluklar dahil olmak üzere ruhsal sağlık sorunlarına yakınlıkla ilişkilendirilmiştir.

Nörobilimdeki ilerlemeler, yalnızlığın nöral temellerini anlamamızı sağlamıştır. Beyin görüntüleme çalışmaları, yalnız bireylerin, duygu düzenlemesi ve sosyal işleme ile ilişkilendirilen anterior singulat korteks ve insula gibi beyin bölgelerinde değişiklik gözlemlendiğini göstermiştir. Bu nöral aktivitedeki değişiklikler, yalnız bireylerde gözlemlenen duygu durum bozukluklarına karşı artmış duyarlılığa katkıda bulunabilir.

Araştırmalar, yalnızlık deneyimi ve zihinsel sağlık üzerinde cinsiyet farklarını vurgulamıştır. Kadınlar genellikle daha yüksek düzeyde yalnızlık bildirirken, erkeklerde yalnız hissettiklerinde sosyal destek arama olasılığının daha düşük olabileceği gözlemlenmiştir. Ayrıca, cinsiyete özgü hormonal ve toplumsal cinsiyet rolleri gibi faktörlerin yalnızlıkla etkileşime girebileceği ve erkekler ve kadınlarda ruhsal sağlık sorunlarının riskini farklı şekillerde etkileyebileceği belirtilmiştir. Yalnızlık, yaşlı yetişkinlerde bilişsel bozulma ve demans ile ilişkilendirilmiştir. Bilişsel bozulmaya kronik stres, uyku bozuklukları ve inflamasyon gibi çeşitli mekanizmalar aracılık edebilir. Bu bağlantıların anlaşılması, yalnız bireylerde bilişsel sağlığı hedefleyen müdahalelerin geliştirilmesi için önemlidir. Yalnızlığı bir halk sağlığı sorunu olarak ele almak hayati önem taşır. Toplumsal bağlantıyı teşvik eden topluluk programları ve dijital platformlar gibi müdahaleler, yalnızlığı azaltmada ve ruhsal sağlık sonuçlarını iyileştirmede umut vadetmiştir. Bu müdahalelerin bireysel ve toplumsal düzeylerde uygulanması, yalnızlığın psikolojik dayanıklılık üzerindeki zararlı etkilerini azaltmak için esastır.

Sonuç olarak yalnızlık, ruhsal ve fiziksel sağlık üzerinde derin etkilere sahip, çok yönlü bir fenomendir. Bu sunumda, sosyal nörobilim perspektifinden psikolojik dayanıklılık üzerine yalnızlığın etkileri ve bu karmaşık ilişkide toplumsal cinsiyetin aracı rolüne değinen literatür derlenecektir. Böylece yalnızlığı azaltmaya yönelik müdahaleler için tartışmalara ve yeni çalışmalara ilham olması beklenmektedir.



## **Olumsuz Çocukluk Yaşantılarının Beyin Gelişimine Etkisi ve Psikolojik Dayanıklılıkla İlişkisi** **Zulal Törenli Kaya**

*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı*

Çocukluk çağı travmaları, duygusal, fiziksel, bilişsel, davranışsal ve sosyal alanlarda gelişimi olumsuz etkileyen ve psikiyatrik bozuklukların oluşumunda hayat boyu etkisi bulunan olumsuz yaşam olaylarıdır. Çocukluk çağı travmalarının yetişkinlik döneminde, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi hastalıklarla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Çocuklukta olumsuz yaşantılara maruz kalma kişilerarası ilişkilerde uygun duygusal tepkilerin gösterilmesini güçleştirir ve kişilerarası ilişkilerde sorunlar yaşanmasına neden olabilir. Araştırmalar, erken dönemde olumsuz çocukluk yaşantılarına maruz kalmış bireylerin duygu düzenleme güçlüğü yaşadıklarını, duruma uygun duyguları daha az sergilediğini, empatinin ve duygusal öz-farkındalığın düşük olduğunu, daha fazla duygusal dengesizlik veya olumsuzluk sergilediklerini göstermiştir.

Çocukluk döneminde yaşanan travmalar, insan gelişimini etkileyen uzun vadeli nörobiyolojik değişikliklere ve beyin fonksiyonları üzerinde önemli etkilere neden olabilir. Beyindeki bu değişiklikler hafızayı etkileyip bilgi işlemeyi bozabildiği gibi travma mağdurlarının sonraki strese karşı davranışsal ve bilişsel tepkilerini modüle etme becerilerini etkileyen hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) eksenini de değiştirebilir. Tehdit edici bir olay algılandıktan sonra, HPA eksenini aktive olarak kortikosteroidlerde artışa neden olur ve bu da bilişsel işlevlerin yanı sıra bağışıklık ve enflamasyon gibi fiziksel işlevlerle de etkileşime girer. HPA, kronik veya şiddetli stres nedeniyle aşırı kortikosteroid salınımı ile düzensizleşir. Travmaya maruz kalan çocuklar, beynin gelişmeye devam etmesi nedeniyle kortikosteroidlere aşırı maruz kalmaya karşı daha savunmasızdır. HPA eksenindeki düzensizliğin hormonal anormalliklere ve daha yüksek depresyon prevalansına neden olduğu bildirilmektedir. Sonuç olarak, travma nedeniyle, yoğun duyguları düzenlemekten sorumlu beyin yapıları devre dışı kalmaktadır. Erken dönemde maruz kalınan olumsuz çocukluk yaşantıları, özellikle duygu düzenleme ve stres tepkisinden sorumlu olan bölgelerde beyin gelişimini olumsuz etkileyebilir. Bu travmatik deneyimler, beynin duygusal merkezi olan amigdalanın aşırı aktif olmasına, karar verme ve dürtü kontrolünden sorumlu olan prefrontal korteksin az aktif olmasına yol açabilir. Amigdala ve prefrontal korteks arasındaki bu dengesizlik; duygusal tepkiselliğin artmasına, duyguları yönetmede zorlanmaya ve ruh sağlığı sorunlarına daha fazla yatkınlığa neden olabilir.

Travmaya verilen tepkinin psikolojik dayanıklılık yoluyla belirlendiğini iddia eden güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Psikolojik dayanıklılık, stresli/travmatik olaylara hızlı ve başarılı bir şekilde uyum sağlama ve olumlu bir duruma geri dönmeyi başarma konusundaki insan kapasitesidir. Bu nedenle dayanıklılık, bireylerin sağlık durumu üzerinde kritik bir etkiye sahip olan ruhsal hastalıklar için potansiyel bir önleyici tedbir oluşturur. Psikolojik dayanıklılık, çeşitli biyolojik, sosyal ve çevresel faktörlerden etkilenen bir süreçtir. Literatür bulguları, dayanıklılığın her yaşta bireyin travmaya dayanırken sağlıklı bir tepki oluşturma kapasitesi üzerinde kritik bir rolü olabileceğini göstermektedir. Bu açıdan dayanıklılık, bir savunma mekanizması ve koruyucu bir faktör olarak bulunmaktadır. Psikolojik dayanıklılık, terapötik ve sosyal destek yoluyla geliştirilebilir ve bireylerin travmanın etkilerini aşarak tatmin edici bir yaşam sürmelerine olanak tanıyabilir. Bu durum, beynin esnekliğinin ve insan ruhunun büyüme ve iyileşme kapasitesinin bir kanıtı olabilir.



**Şizofreni de birey odaklı ve iyileşme yönelimli tedavi**  
**Hasta Merkezli Tedavi**  
**Haldun Soygür**

*Istanbul Okan Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi Psikoloji Bölümü*

Birey odaklı ve iyileşme yönelimli yaklaşım, son yıllarda başta şizofreni olmak üzere ciddi ve süregelen ruhsal bozuklukların tedavi sürecinde önemli bir değer kazanmıştır. Bu sunumda, ruh sağlığında iyileşmenin ve iyileşme odaklı pratiğin ana kavramlarının ele alınması, birey odaklı bakım planlamasının tarihsel gelişiminin özetlenmesi ve bu kavramın iyileşme yönelimli çabaların içinde değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Başlıca hedefler; ruh sağlığında iyileşme kavramının tanımlanması, geleneksel uygulamalar ile iyileşme yönelimli uygulamalar arasındaki farkların açıklanması, birey odaklı bakım planlamasının tanımlanması ve bu uygulamanın daha önceki uygulamalardan farklarını ortaya konulmasıdır.

**Kaynaklar**

Davidson, L., Tondora, J., O'Connell, M. J., Bellamy, C., Pelletier, J.-F., DiLeo, P., & Rehmer, P. (2016). Recovery and recovery-oriented practice. In S. C. Jacobs & J. L. Steiner (Eds.), *Yale textbook of public psychiatry* (pp. 33–47). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780190214678.003.0003>  
Tandora, J., Miller, R., Slade, M., Davidson, L (2014) *Partnering for Recovery in Mental Health: A Practical Guide to Person-Centered Planning*, Wiley-Blackwell.



**Yaşlılık Döneminde Anksiyetenin Psikoterapisi**  
**Uzm. Dr. Fikret Ferzan GIYNAŞ**  
*Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastalıkları EAH*

Yaşlı yetişkinlerde anksiyete bozuklukları genellikle kroniktir; İleri yaşlarda anksiyete bozukluklarının yaygınlık tahminleri %3,2 ila %14,2 arasında değişmektedir (1). Özellikle kadın cinsiyet, evli olmama durumu ve tıbbi bir duruma sahip olmak yaşlı hastalarda sürekli olarak anksiyete bozukluğuna yakalanma riskinin artmasıyla ilişkilidir. Nörogörüntüleme bulguları bulgular yaşlı yetişkinlerin duyguları genç yetişkinlerden farklı deneyimlediğini ve işlediğini, negatif duyguya karşı daha az önyargılı olduklarını ve muhtemelen genç yetişkinlere göre güçlü duygusal durumlara daha az otonom tepki verdiklerini göstermektedir (1). Bunun yanında depresif yaşlı yetişkinlerde Yaygın anksiyete bozukluğu semptomlarının varlığı daha fazla intihar eğilimi ile ilişkilendirilmiştir. Bilişsel bozulma, anksiyete bozukluklarının tanısında, seyrinde ve tedavisinde özel bir sorun oluşturmaktadır. Bilişsel gerileme yaşayan bireylerde kaygıyı teşhis etmedeki zorlukların yanı sıra, kaygı ile bilişsel gerileme arasındaki ilişkinin yönü şu anda belirsizdir.

Yaşlı yetişkinlerde semptomların ifadesi farklılık göstermektedir. Örneğin, yaşlı yetişkinlerin genç yetişkinlere kıyasla sağlık ve engellilik konusunda daha fazla endişelenmeleri ve iş, mali durum ve aile konularında daha az endişe duymaları şaşırtıcı değildir (2). Ek olarak, yaşlı yetişkinler arasında başkalarına yük olma korkusu gibi yaşa özgü korkular da belgelenmiştir. Anksiyete Bozuklukları yaşlılarda fonksiyon kaybına ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olur . İleri yaşlardaki yaşam bozuklukları, kronik hastalık, hareket kısıtlılığı ve emeklilik gibi rol işlevlerindeki değişikliklerle ilgili işlevsel değişimlerin arka planına göre değerlendirilmelidir. SSRI'ların ileri yaş kaygısında psikoterapiden daha etkili olduğuna dair kanıtlar bulunsa da, birçok yaşlı kaygılı kişi psikoterapötik müdahaleleri tercih etmektedir. Bu müdahaleler, yaşlı kaygılı hastaların ihtiyaçlarına, beklentilerine ve kültürel geçmişine göre uyarlandığında en iyi sonucu veriyor gibi görünmektedir.

Yaşlılarda anksiyete bozukluğu tedaviye dirençli bir psikiyatrik hastalıktır. Bilişsel-davranışçı terapi, yaygın anksiyete bozukluğunun en etkili tedavisidir ancak yaşlı bireylerde etkinliği sınırlıdır. Bunun nedeni, bu popülasyondaki artan bilişsel işlevsellik ve hafıza kaybı oranlarından kaynaklanıyor olabilir; bu durum, hastaların haftalık BDT oturumlarında öğretilen becerilerin ve verilen ev ödevlerinin çoğunu hatırlamasını zorlaştırabilir. Bu popülasyondaki birçok bireyde sınırlı bilişsel kaynaklara uyum sağlamak için tedavi mantığını ve terapötik müdahaleleri basitleştirmek de gerekli olabilir (3).

#### **Kaynakça**

- 1) Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A., & Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depression and anxiety*, 27(2), 190-211
- 2) Brenes GA, Guralnik JM, Williamson JD, et al. The influence of anxiety on the progression of disability. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 34–39.
- 3) Andreescu, C., Lee, S. (2020). Anxiety Disorders in the Elderly. In: Kim, YK. (eds) *Anxiety Disorders. Advances in Experimental Medicine and Biology*, vol 1191. Springer, Singapore. [https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0\\_28](https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_28)



## Yaşlılık Dönemi Anksiyetesi

### Özlem Kuman Tunçel

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus, Türkiye İstatistik Kurumu Verilerine göre 2017 yılında 6 milyon 895 bin 385 kişi iken son beş yılda %22,6 artarak 2022 yılında 8 milyon 451 bin 669 kişi olmuştur. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2017 yılında %8,5 iken, 2022 yılında %9,9'a yükselmiştir. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının %10'u geçmesi nüfusun yaşlanmasının bir göstergesidir. Türkiye'de yaşlı nüfus, diğer yaş gruplarındaki nüfusa göre daha yüksek bir hız ile artış göstermektedir. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmektedir. Bu artış yaşlılıkla ilgili psikiyatrik bozukluklara vermemiz gereken önemi göstermektedir.

Yaşlılıkla ilgili konulara yeterince önem verilmemekle birlikte yaşlıda anksiyete bozukluğu, depresyon ya da demans kadar da araştırılmamıştır. Buna bağlı olarak da yaşlılarda anksiyete bozuklukları genelde atlanmaktadır. Tanı konmamış anksiyete bozuklukları ise yaşlının yaşam kalitesini düşürmekte, var olan kayıplarını ve mortalite riskini arttırmaktadır (Andreescu ve Varon 2015). Bu nedenle de etkin tedavisinin önemli olduğu açıktır ancak yaşlılarda anksiyete bozukluklarının tedavisi de yeterince dikkat çekmemiş ve üzerine çalışılmamıştır (Gupta ve ark. 2020).

Anksiyete bozukluklarının yaşlılarda genel olarak gençlerden daha düşük oranda olduğu düşünülmektedir. Var olan tıbbi hastalıklar anksiyete bozukluğunu maskeleyebilir. Yaşlılarda da gençlerde olduğu gibi kadınlarda oran daha yüksektir. Yaşlı yaşlılarda kadın erkek arası fark azalmaktadır. Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) gençlikteki kadar sıkken; panik bozukluğu, agorafobi, travma sonrası stres bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) gençlikteki kadar sık olmadığı düşünülmektedir. Yaşlı hastalardaki Özgül Fobi, Panik Bozukluğu ve erkeklerdeki OKB erişkinlikte başlayıp yaşlılıkta da sürmekteyken; Agorafobi, YAB ve kadınlarda OKB genelde yaşlılıkta başlamaktadır. Yaşlılarda en sık görülen özgül fobi "düşme korkusudur." Yaşlılarda kadın cinsiyet, bekâr ya da boşanmış/ayrı olma, çocuksuz olma, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir, nörotisizm, işe yaramayan baş etme düzenekleri, travmatik yaşam olayları, düşük sağlık algısı, kronik sağlık sorunları ve günlük etkinliklerde fiziksel kısıtlılıklar anksiyete bozukluğu gelişmesi için risk faktörleridir. Yaşlılarda anksiyete nedeniyle yardım arayışları azdır ve anksiyetenin somatik belirtileri ön plandadır. Bu nedenle de tanı koymak zordur (Rodriguez ve Stein 2017).

Bu sunumda yukarıda belirtilen temeller üzerinden Yaşlı Anksiyete Bozukluğu hastalarının klinik durumları üzerinde durulacaktır.

### Kaynaklar

1. Andreescu C, Varon D (2015) New research on anxiety disorders in the elderly and an update on evidence-based treatments. *Curr Psychiatry Rep*, 17(7), 53. doi:10.1007/s11920-015-0595-8
2. Gupta A, Bhattacharya G, Farheen SA ve ark. (2020) Systematic review of benzodiazepines for anxiety disorders in late life. *Ann Clin Psychiatry*, 32(2), 114-127.
3. Rodriguez CI, Stein MB (2017) 57.3d Anxiety Disorders. B. Sadock, V. Sadock ve P. Ruiz (Ed.), KAPLAN & SADOCK'S COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF PSYCHIATRY içinde 10 bs., c. 2): Wolters Kluwer.



**Yaşlılık Döneminde Anksiyetenin Farmakoterapisi**  
**Seda Türkili**

*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri AD*

Geriatrik popülasyonda anksiyete bozuklukları sık görülen ruhsal bozuklukların başında gelmektedir. Bu popülasyonda anksiyete bozukluklarının tedavisinde farmakoterapi ve bilişsel davranışçı psikoterapilerin (BDT) etkili olduğu gösterilmiştir (Altunöz ve Aksoy 2020.). Geleneksel farmakoterapinin ve psikoterapinin yanı sıra, yaşlılık döneminde anksiyete için tamamlayıcı ve alternatif tedaviler de sıklıkla kullanılmakta ancak bunların etkinliği için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Geriatrik yaş grubunda görülen anksiyete bozukluklarının farmakolojik tedavisine baktığımızda, seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ) ve serotonin norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNGİ) düşük yan etki profili ve ilaç etkileşim güvenliği nedeniyle ilk sırada tercih edilen ajanlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca trisiklik antidepresanlar (TSA), monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI), benzodiazepinler (BZD), buspiron ve mirtazapinin etkinliği de gösterilmiştir.

Anksiyete belirtileri olan yaşlı hastaların ilaçla tedavisinde dikkat edilmesi gereken noktalar arasında ilaç dağılım ve metabolizma hızlarındaki farklılıklar, daha yüksek plazma ilaç düzeyleri, uzamış eliminasyon yarı ömrü önem arz etmektedir. Ayrıca bu yaş grubundaki kişilerin eşlik eden tıbbi durumlarına yönelik çeşitli farmakolojik ajanları bir arada kullandığı, bu bağlamda ilaç etkileşim riski açısından da dikkatli olunması gerektiği bilinmektedir. Ayrıca yaşlı bireylerdeki antikolinergik etkilere artmış duyarlılık, ortostatik hipotansiyon ve düşme riski, EKG değişiklikleri dikkatle ele alınmalıdır. BZD' lerle gelişmesi olası paradoksal reaksiyonlar ve bilişsel bozulma da tedavi seçiminde göz önünde bulundurulmalıdır. Bu hastalarda TSA veya BZD' lere kıyasla, SSGİ' ler daha güvenli görünmektedir (Bandelow ve ark 2012). Bununla birlikte, yaşlı bireylerde SSGİ'lerin hiponatremiye yol açması veya birlikte kullanılan NSAİİ, antikoagülan tedaviler gibi ajanlarla birlikte artmış kanama riskine yol açması olasılığı göz önünde bulundurulmalı, bu gibi durumlarda psikoterapilere öncelik verilmesi düşünülmelidir (Andrews ve ark 2018).

Giderek yaşlanan dünya nüfusu ve bu popülasyonda anksiyete bozukluklarının yol açtığı işlevsellik ve yaşam kalitesi kaybı göz önünde bulundurulduğunda, geriatrik popülasyonda anksiyete bozukluklarının tanınması ve müdahale seçeneklerinin genişletilmesi adına yapılacak çalışmalar önem arz etmektedir.

**Kaynaklar**

Altunöz U, Aksoy İ (2020) Yaşlılıkta Anksiyete Bozuklukları. Geriatrik Psikiyatri Temel Kitap. Ed. Şahin Cankurtaran E, Ed. Baral Kulaksızoğlu I. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2020.

Andrews G, Bell C, Boyce P ve ark (2018) Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder. Aust N Z J Psychiatry 52(12):1109-1172.

Bandelow B, Sher L, Bunevicius B ve ark (2012) Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. Intl J Psychiatry Clin Pract. 16(2):77-84.



## Kitlesele Travmalar ve Edebiyat

**Burhanettin Kaya**

*Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesi*

Travma ve edebiyat ilişkisi yazma eyleminin başlangıcından bu yana yaşantıları anlatabilmenin ve onarabilmenin aracı olma özelliğiyle her zaman dikkatleri üzerinde toplayan bir konu olmuştur. Bireysel ve toplumsal nitelikli bir çok travma, katliam, soykırım ve felaket, hayatta kalanların, mağdur ve tanıkların bellekleri, dilleri ve sözlerinden taşarak insanlığın belleğine ve anlatılarıyla örülen edebiyatın konusu olmuştur. Edebiyat hem tarihin ürünü hem de tarihi değiştiren niteliğiyle, ziyadesiyle taşıdığı etkili, estetik ve politik gücüyle özgür, özgün ve üretken yaratıcılık edimlerinin ilk sıralarında gelmektedir.

Türkiye coğrafyası bir travmalar, felaketler ve katliamlar coğrafyası. Ama tüm bu travmaların, etkilerinin ve sonuçlarını da belirleyen, kalıcı kılan ortak noktası "yaşayan" travmalar, felaketler ve katliamlar olmasıdır (Kaya 2009). Travmaların işlenemediği, anlamlandırılmadığı, faillerinin açığa çıkarılmadığı, bulunamadığı (!), siyasal, kültürel, hukuksal olarak hesaplaşılmamış, yüzleşilmemiş, adaletin sağlanamadığı ve dolayısıyla farklı kesimler arasındaki ortak yaşam kültürüne hukuki bir "değer" bırakmamış travmalar olmasıdır (Kaya 2009, Ertekin 2020).

Katliamları anlatabilmek ve bu katliamlardan sağ çıkabilmek, ortak (kolektif) bellekte bu travmaları işleyebilmek edebiyat ile mümkün mü? Bu çok önemli bir soru. Travma nasıl yazılabilir, nasıl yazılmaz? Onarmak amacıyla yazmak örselenmeye yol açar mı? Edebiyat alanındaki tartışmalardan en önemlisi özellikle kitlesele travmaların, felaketlerinin, katliamların kurmacaya taşınıp taşınamayacağıdır (Çaylant 2021). Bir felaketin içinde yer almak, mağduru ve tanığı olmak ile o felakete dışarıdan bakmak arasında büyük fark var. Bu fark travma edebiyatını nasıl şekillendirir? Gerçek ve kurmaca arasındaki bağlantıyı nasıl etkiler? Bulanıklaştırabilir mi? Bu soruların her biri üzerine düşünölmeye ve söz söylemeye hak ediyor.

Edebiyat yapıtlarına baktığımızda travma sıklıkla bireysel travmaya uğramış karakterler üzerinden ya da bireysel travmalardan köken alan öz yaşamsal izler taşıyan anlatılar üzerinden kurgulanabilmektedir. Kimi zaman ana teması tarihsel-siyasal travmatik olaylar olan yapıtların ele aldığı, gerçekte kurmacanın yazarın estetik yönelimi ve ideolojisi ile biçimlenmiş yapıtlara (12 Eylül, 12 Mart darbe romanları, soykırım, katliam, Auswitzsch romanları, kitlesele travmalar ve katliamların mağdur ve tanıklıklarının üzerinden kurgulanan eserler, şiir ve tiyatro yapıtları vs.) rastlanmaktadır.

Edebiyat aslında adaletin onaramadığını onarmaya çalışır. Bunu bazen başarır bazen başaramaz. Travmanın hayatta kalmayı başaran mağdurların ve tanıklarının belleğindeki kapanmayan yarasını işlemeye aracılık eder. İnsanların ve toplulukların ve halkların, oldukları sessizliğe gömüldükleri, dilsizliğe itildikleri bellekleri romanlarda, şiirlerde, kimi zamanda sözlü kültür ürünlerinde, ağıtlarda, türkülerde, ninnilerde, masallarda ölümsüzleştirilmeye çalışılır (Dündar 2021). İşleyebilmenin ilk aşaması hatırlamak ve unutmamaktır.

Bu sunumda bir travmayı yazmanın anlamı, edebiyatın onarma sürecindeki işlevi, kitlesele travmaların edebiyatta nasıl yer aldığı ve etkileri tartışılacaktır

### Kaynaklar

1. Kaya B. Türkiye'nin travma tarihinden işlenmemiş bir yaprak: Sivas Katliamı. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, 2009, 12 (1): 25-32.
2. Ertekin OG. Maraş Katliamı: Vahşet, Direniş ve İşkence. Dipnot yayınları, 2020. s. 18-19.
3. Çaylant T. Katliamdan edebiyatla sağ çıkmak. Ecinniler Kültür ve Edebiyat Dergisi, 2021. 12: 6-33.
4. Dündar LB, Yazının yetim yanı: Büyük Tertele'yi yazınsallaştırmak. Ecinniler Kültür ve Edebiyat Dergisi, 2021. 12: 42-52.





**Belleğe Resmetmek: Tanıklık, Umut ve Direniş**  
**Şahabettin Çetin**  
*Denizli Devlet Hastanesi*

Deprem, salgın, göç, savaş gibi kitlesel travmalar hem bireylerin hem de toplulukların ruhsallığında önemli izler bırakır. Travmatik olay, etkilenenlerin kendilik ve kimlik algısını kısa süre içinde değiştirirken; belleğinde verbal yolla ifade edilmesi güç olan parçalı, çok sayıda imaj ve çeşitli duyuşsal kayıtlar oluşturur. Bu parçalı kayıtların anlamlandırılabilmesi, kendilik bütünlüğünün sağlanabilmesi, iyileşmenin başlaması için olmazsa olmaz koşul, ötekilerin tanıklığıdır. Kişiler ve topluluklar diğerlerinin tanıklığında yaşantılarını öyküleştirebildiği ölçüde travmatik etkilenme azalır. Öyküleştirme, belleğin yeniden yapılandırılmasıdır bir yanılla.

Kitlesel travmalardan sonra, tanıklık ve yeniden yapılandırma için sanat eserlerinin önemli işlevi vardır. İnsanlık var olduğundan beri üretilen resim sanatı, bebeğin yaşamdaki ilk anlarından itibaren oluşan kayıtlarına dair izler barındıran bir görsel sanat olması nedeniyle bu işlemlerle ilgili özel önem taşır. Travmatik olaya dair imajları, çağrışımları, sahneleri barındıran bir resim diğer insanların bakışına sunulduğunda; etkilenenler bireylerin kendi arasında, her birinin travmatik belleği ile ortak anlatıları arasında, ve etkilenmeyip tanık olan diğer gruplar arasında bir köprü kurar. Bireylerin olaya dair –verbal ya da non-verbal- ortak zihinsel temsiller geliştirebilmesi, yaşantıyı ötekilerin zihinsel durumu ile görebilmesi, kortikal düzeyde işleyebilmesi için önemli bir fırsat sağlar. Kitlesel travmalara dair resimlerde, sanat tarihinin farklı dönemlerinde, çok farklı biçim, üslup ve konular görebiliriz. Özellikle eski dönem eserlerde günahatan arınma, adak gibi inançlarla bağlantılı bir anlatım tercih edilirken sonraki dönemlerde olaya ait sahnenin gerçekliği ile resmedildiği ya da sanatçının öznel deneyimlerini tuvale aktardığı fark edilebilir. Fotoğrafın yaygınlaşmasından önce, resmin tarihsel kayıt tutma işlevi de vardır. Bu işlev ötekilerin tanıklığını mümkün kılması, grupların ortak tarihleri için sembolik imajlar sunması bakımından da kitle ruhsallığında önemlidir. Ayrıca anıtsal nitelik de taşıyabilen resimler; anma, yas tutma, katarsis, yüzleşme ya da af dileme, affetme ya da utancın dışavurulması gibi travma ile başa çıkmada gerekli olan pek çok işleme katkı sağlar.

Bu konuşmada resim sanatının toplumsal bellekle ilgili işlevi tartışılırken, farklı tarihsel dönemlerde yaşanan önemli kitlesel travmalardan örnekler sunulacaktır: 14.yüzyıl veba salgını, 1755 Lizbon depremi, İkinci Dünya Savaşı. Bunların yanında, sanatın kritik rolünün vurgulanması için, ana akım tarih anlatısının dışında tutulan kitlesel travmalara da değinilecektir. Kitlesel belleğin oluşması, korunmasında resim sanatının işlevi; görülmeyeni gösterme, hatırlatma rolü ile tanıklık sağlanması; acıları dile getiremeyen toplulukların umut edebilmesine katkısı tartışılacaktır. Ayrıca tarih anlatısının görmezden gelişine ve çağımızda uyaran artışı ile mekan ve bilginin değişim hızının yol açtığı bellek yitimine direniş için resim sanatının rolü ele alınacaktır. Tüm bunlar birey ve toplum ruhsallığı çerçevesinde tartışılacak; travma psikoterapisinde resim sanatının kullanımına dair teknik ve literatür bilgilerinin derlenmesiyle tamamlanacaktır.

**Kaynaklar**

Collocott HL (1950) The Function of Art in the Community . The Australian Quarterly. 22: 62-70.

Fischer E (1963) Sanatın Gerekliliği (Çev: Çapan C). İstanbul, Sözcükler, 2022.

Güngörmüş N (2021) Sanatçının Kendine Yolculuğu: Sanat ve Edebiyat Üzerine Psikanalitik Denemeler. İstanbul, Metis yayınları.



**Gerçeklikten İmgelere Uzanan Kesitte, Belleğin ve İyileşmenin İnşasında Bir Araç: Fotoğraf**  
**Uğur Çıkrıkçılı**  
*İstanbul Üniversitesi*

Fotoğraftan izleyicisine ulaşan temsiller; biçim, gösterenin ve de gösterilenin taşıdığı özelliklerin de ötesinde farklı anlamlar kazanmaktadır. Alternatif bir *gerçeğin* oluşması, mevcut olan gerçeklik ve gözleyen zihnindeki imgelerin bir araya gelişi ile oluşmaktadır. Bauhaus gibi Modern sonrası birçok akım, fotoğrafın bu özelliği ile bellek-insan davranışı ve bilinçdışı temalara odaklanmıştır. Geçmişin önüne geçilemeyecek şekilde kaybolduğunu söyleyen Benjamin'e göre bu durum ancak fotoğraf ile anlık olarak durdurulabilir. *Sanat veyahut değil* tartışmalarının yanında esasen bir belge niteliği taşıyan fotoğraf, yalnızca tarihi ve toplumsal belleği değil, aynı zamanda bireysel ve kültürel belleği de yakından etkilemektedir. Fotoğrafın, zamanın geri gelececeğini vurgulayan ve yaşamın ne şartta olursa olsun devam ettiğini imleyen Duve'de benzer özellikte çalışmalarında bulunmuştur.

Bu hayat kesitinin aktarılmasında fotoğrafçının hangi format makine kullandığı, mekanın özellikleri, ışığın kullanımı, konuya uzaklığı, görüş açısı önemli iken; fotoğrafçının zihnindeki tasarım, birikim, yaşamışlıklar, gördüğünü aktarma yeteneği ve hikaye anlatma biçimi de bir o kadar önem taşımaktadır. Aylan bebeğin sahildeki fotoğrafı üzerine yazılan birçok makale bu başlıklarla ilgilidir. Elbette diğer büyük pay da, zihnindeki imgeleri bu gerçek ile çarpıştıran gören gözün sahibine yani izleyiciye aittir.

Bu konuşmanın başka bir vurgusu ise ruhsallık ve anlatı üzerine çok ilişkili olan fotoğrafın kullanıldığı sanat terapisinin tedavi edici özellikleridir. Sözel ifadenin bozulduğu, yetersiz kaldığı, afektif dalgalanmaların yaşandığı, psikotik kayıpların olduğu katastrofik durumlarda sanatın kapsayıcı özelliği ve teknikleri tartışılacaktır.

Kuşaklıoğlu R, Çelik O, Eren N. Yaşamdan kareler toplama: Fotoğraf terapinin işlevi. Eren N, editör. Ruhsal Bozuklukların Tedavi ve Rehabilitasyonunda Yaratıcı Sanat Psikoterapileri. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.34-8.

Sontag, S. (1999). Fotoğraf Üzerine. İstanbul: Altıkkırkbeş Yayınları.

Benjamin, W. (2001). Tarih Kavramı Üzerine. Gürbilek, N. (Haz.), Son Bakışta Aşk. Walter Benjamin'den Seçme Yazılar (s. 39-49). İstanbul: Metis Yayınları.

Hu J, Zhang J, Hu L, Yu H and Xu J (2021) Art Therapy: A Complementary Treatment for Mental Disorders. Front. Psychol. 12:686005. doi: 10.3389/fpsyg.2021.686005



**Yaraları Saran Müzik**  
**Ümit Gökhan Meriçli**  
*Denizli Devlet Hastanesi*

Deprem, savaş, göç gibi kitlesel travmalar insan hayatının kaçınılmaz ve ayrılmaz bir parçasıdır. Herhangi bir kitlesel travmaya maruziyet süresi kısa veya uzun olsun, etkileri yıllar boyunca sürer. İnsanın bu duygularla baş etmesinde temel araçlardan birisi de sanattır.

Hepimizin bildiği gibi travmatik bir olaydan sonra ilk müdahale temel insani ihtiyaç güven duygusunun yeniden tesis edilmesidir. Yaşadığı travma sonrasında anlaşıldığını hissetme, duygularını ifade edebilme, yalnız olmadığı düşüncesi terapötik süreçte olumlu sonuçlar doğurur. Bu durum sözel olarak olabildiği gibi, insanın kendini ifade edebildiği bir diğer yöntem olan müzik de bu alanda insanın elinde bir araçtır.

Müzik bir yanıyla kavramsallaşmaya, sınırlar çizilmeye gelmez bir nöropsikolojik fenomen ise de diğer yanıyla toplumsal ilişkiler ve koşullar bütününe belirlendiği bir temsil alanıdır. Bu temsil alanında travma ile ilgili tarihin değişik zamanlarında değişik kültürlerde farklı örnekleri bulmak mümkündür. Türk kültürü bağlamında en önemli örneğini ağıtların oluşturduğu bu alanın benzer şekilde batı müziğinde de Requiem, Lament, Threnody ve Elegy ile yer bulduğunu görmek mümkündür. Müziğin insanların travma ile baş etmesinde duygularını ifade etme, toplumsal dayanıklılığı artırma, farkındalık yaratma, deneyimlerin belgelenmesi, toplumsal hafızanın oluşmasında temel taşlardan biri olduğu öngörülebilir.

Bu konuşmada müzik sanatının nörobiyolojik temellerinden yola çıkarak bu konuda yapılmış çalışmalardan bahsedilecek olup, müziğin toplum içindeki ayrılmaz yeri nedeniyle müziğin toplumsal travmalarda belleğimize bıraktığı eserlerden örnekler sunulacaktır. Topluluğun duygularının ifade edilişi ile bazı eserlerin evrensel alanda yer bulması ile yaşanan duyguların benzerliği, travma ile yaşanan deneyimlerin belgelenmesi ve toplumsal bir hafıza yaratılması, yaşanan durumlar ile ilgili farkındalık yaratma konusundaki katkıları tartışılacaktır. Bunun yanında bir psikoterapi yöntemi olarak Müzik Terapisinin kullanımına dair literatür bilgilerinin derlenmesiyle tamamlanacaktır.

**Kaynaklar**

- 1) Neden Müzik Dinleriz? Fırat Kutluk h2o kitap Müzik ve Müzik Araştırmaları Dizisi- 8
- 2) Travma ve İyileşme Judith Herman Literatür Yayınları
- 3) Müzik Sosyolojisi Güneş Ayas Doğu Kitabevi



**Özel Gruplarda Bağımlılık  
Yaşlılarda Bağımlılık  
Mine Ergelen**

*Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Alkol, madde ve reçeteli ilaç kullanımı, yaşlı yetişkinler arasında sıklığı giderek artan ve gelecekte daha da artması beklenen global bir sorundur. Araştırmalar 65 yaş üzeri yaklaşık 1 milyon kişide alkol ve madde kullanım bozukluğu (AMKB) olduğunu bildirmektedir (1). Yaşlanma ile ortaya çıkan fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlar alkol, madde ve reçeteli ilaçların kötüye kullanımı ile bağımlılığı için risk teşkil eder. Yaşlı yetişkinlerde görülebilen kronik ağrı, fiziksel kısıtlılıklar, kronik hastalıklar, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar, yaşam alanında değişiklikler, kayıp ve yas, emeklilik, gelir değişikliği, geçmişte alkol ve madde kullanım öyküsü ve sosyal izolasyon AMKB için olası risk faktörlerini oluşturur (2). Sosyal izolasyon da bu bağlamda, mortalite ve morbidite açısından önemli bir risk faktörüdür (3).

Yaşlanma alkol ve madde kötüye kullanımının olumsuz sonuçlarına karşı hassasiyeti artırabilecek fiziksel değişikliklere yol açabilir. Uyuşturucu maddeler ve alkolün yaşlanan beyin üzerindeki etkileri hakkında çok az şey bilinmektedir. Ancak yaşlı yetişkinler maddeleri genellikle daha yavaş metabolize eder ve beyinleri ilaçlara karşı daha duyarlı olabilir (2). Yaşlı yetişkinlerde kronik akciğer ve kalp hastalıkları, demans ve diğer nörolojik hastalıklar da daha fazla olmakla birlikte alkol, madde ve ilaçlar bu durumları daha da kötüleştirebilir. Deliryum riski, ilaç-madde etkileşimi ve hastalık-madde etkileşimi daha fazladır. Bazı madde ve ilaçların muhakeme yeteneğini, koordinasyonu ve reaksiyon süresini bozması düşmelere ve kazalara yol açabilir. Yaşlı yetişkinlerde bu tür yaralanmalarda iyileşme süresi gençlere kıyasla daha uzundur, komplikasyonlar daha sıktır (2,3). AMKB olan kişilerde yaşam koşullarına da bağlı olarak fiziksel yaşlanma süreci de daha hızlıdır (3).

Alkol ve madde kullanım bozukluğu tanıları yaşlıların tedaviye en sık alkol kullanım bozukluğu için başvurduğu bildirilmiştir (2). Tanı ve tedavide semptomlar kronik sağlık sorunları ve yaşlanma belirtileri ile karışabilir (2). Her hastada yoksunluk belirtileri yakından takip edilmeli ve kapsamlı bir değerlendirme yapılmalıdır. Eşlik eden psikiyatrik veya fiziksel hastalıklar ele alınmalıdır. Tedavi, hastanın ihtiyaçlarına göre kısa süreli ayakta tedavi veya yatarak tedavi şeklinde bireyselleştirilmeli, mümkünse çoklu ilaç kullanımı ve yüksek dozdan kaçınılmalıdır (3).

**Kaynaklar**

1. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2019). Results from the 2018 National Survey on Drug Use and Health: Detailed tables. Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Retrieved from <https://www.samhsa.gov/data>
2. National Institute on Drug Abuse. (2020). DrugFacts Revised July 2020: Substance Use in Older Adults. Retrieved from <https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/substance-use-in-older-adults-drugfacts>
3. Koechl, B., Unger, A., & Fischer, G. (2012). Age-related aspects of addiction. *Gerontology*, 58(6), 540-544.



**Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Pratiğinde Bağımlılık  
N. Gamze Usta Sağlam**

*Istanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Fatih, İstanbul*

Alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu (AMKB) olan bireylerde olumsuz tıbbi sonuçların yaygınlığı yüksektir. Hastane ortamında psikiyatri konsültanları AMKB olan hastalarla sıklıkla karşılaşmaktadırlar. AMKB olan hastalar, alkol/ madde etkisi/çekilmesi ile direkt ilişkili olumsuz sağlık durumlarının (deliryum tremens, intoksikasyon tabloları vb.) yanı sıra, artmış travmatik olaylar (kazalar, fiziksel yaralanmalar vs.), riskli davranışlar ile ilişkili olarak daha sık görülen enfeksiyonlar (selülit, endokardit, HIV, Hepatit C vb.) ve genel sağlık durumlarının daha kötü olması (kardiyovasküler hastalıklar, kanser vb. ) ile ilişkili olarak meydana gelen olumsuz sonuçlar nedeniyle de hastanelerin psikiyatri dışı branşlarında sıkça karşımıza çıkabilirler. Bu çerçevede genel tıbbi durumları nedeni ile yatarak tedavi gören hastalar bağımlılık tedavisi için hastaneye gelmemiş olsalar da yatarak tedavileri esnasında yapılan bu konsültasyonlar, AMKB ile yaşayan bireylerin bağımlılık ile ilgili sorunlarına müdahale etme ve uzun vadeli tedavi/rehabilitasyon seçenekleri ile bağlantı kurmak için önemli fırsatlar yaratabilir. Hastaneye yatırılan hastalarda eşlik eden AMKB tanısı yatış süresinde uzama, tedavisiz yoksunluk, önerilen tedaviyi tamamlamama veya tedavi uyumsuzluğu, erken taburculuk veya tıbbi tavsiyeye uymadan taburculuk gibi olumsuz sonuçlarla ilişkili bulunmuştur (Englander ve ark.2019). Gün geçtikçe hastane temelli bağımlılık hizmetlerinin etkinliği ve önemine dair farkındalık artmaktadır.

Yataklı servislerde zaman zaman eşlik eden AMKB olan hastaların yoksunluk veya intoksikasyon ile ilişkili bulguları başka tıbbi veya psikiyatrik tablolarla karışabilir. Tedavi ekiplerinin ruh sağlığı uzmanları dışındaki unsurları, hastaların bağımlılıkla ilgili sorunlarını tespit etmekte başarısız olabilir veya bu durumu göz ardı edebilir. Tüm hastaların alkol ve madde kullanım özelliklerinin belirlenmesi ve riskin yüksek olduğu hastalarda idrarın toksikolojik incelenmesi ve tarama ölçekleri faydalı olabilir. Bunların yanı sıra fizik muayenede ve laboratuvar tetkiklerindeki bazı bulgular AMKB'ye dair bazı ipuçları taşıyabilir. Perioperatif dönemde olumsuz sonuçlarla ilişkili olduklarından özellikle preoperatif dönemde hastada alkol ve madde kullanım özelliklerinin belirlenmesi oldukça önem taşımaktadır (Spies ve ark. 2001). Karaciğer transplantasyonu adaylarında alkolik karaciğer hastalığı ve intravenöz madde kullanımına bağlı Hepatit B ve Hepatit C sık görülmektedir (Kumar ve Mattoo 2015). Alkol ve madde kullanımı transplantasyon için direkt bir kontrendikasyon oluşturmamakla birlikte, nakil adaylarında bu özelliklerin saptanması ve uygun tedavilerin önerilmesi uzun vadeli olumlu sonuçlar için elzemdir.

Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi hastanın genel tıbbi durumuna ve AMKB'ye yönelik akut müdahalelerin entegre edilebileceği, taburculuk sonrası uzun vadeli tedavi ve rehabilitasyon için uygun bağlantının oluşturulabileceği bir ortam sağlayabilir. Bu oturumda konsültasyon-liyezon psikiyatrisi bağlamında bağımlılık ele alınacaktır.

**Kaynaklar**

Englander, H., Dobbertin, K., Lind, B. K., Nicolaidis, C., Graven, P., Dorfman, C., & Korhuis, P. T. (2019) Inpatient Addiction Medicine Consultation and Post-Hospital Substance Use Disorder Treatment Engagement: a Propensity-Matched Analysis. J Gen Intern Med 34(12): 2796–2803.

Kumar, B. A., & Mattoo, S. K. (2015) Organ transplant & the psychiatrist: An overview. Indian J Med Res 141(4): 408.

Spies C, Tønnesen H, Andreasson S, Helander A, Conigrave K (2001) Perioperative morbidity and mortality in chronic alcoholic patients. Alcohol Clin Exp Res 25:164S



**Özel Gruplarda Bağımlılık Kadınlarda Bağımlılık**  
**Salih Cihat Paltun**  
SBÜ Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Kadınlar ve erkekler arasında alkol ve madde kullanım özellikleri açısından farklılıklar vardır. Araştırmalar; hormonlar, doğurganlık, hamilelik, emzirme ve menopozla ilgili olarak kadınların kullanımdan bağımlılığa ilerleyişini ve iyileşme mücadelesini etkileyecek önemli özellikler olduğunu göstermektedir. Bunun yanı sıra kadınlar için kültürel olarak tanımlanmış roller, gebelik veya sonrasında yardım istemenin yasal ve sosyal sonuçlar doğuracağından korktukları için yardım arayışlarını da etkilemektedir.

Madde kullanım bozukluğu (MKB) yaygınlığı kadınlar arasında genellikle erkeklerden daha düşüktür, ancak MKB olan kadınlar özellikle savunmasız görünmektedir. En önemli farklılık daha yüksek psikiyatrik komorbidite yaşama riski ile ilgilidir. Ayrıca cinsel ve üreme sağlığı açısından yüksek risklerle birlikte yakın partner şiddetine maruz kalmaktadırlar ve aynı zamanda anne olan MKB tanılı kadınlar çocuklarının velayetini kaybetme riski altındadır. Her üç madde kullanıcısından biri kadın olmasına rağmen kadınlar tedavi gören her beş kişiden sadece birini veya daha azını oluşturmaya devam etmektedir (1). Kadınlar alkol ve diğer maddeleri genellikle depresyon, anksiyete ve olumsuz duygularla başa çıkma stratejileri olarak kullanmaya başlarken; erkekler genellikle akranlarından etkilenerek veya macera arayışıyla madde kullanmaya başlamaktadırlar (2,3). Madde kullanan kadınlar tipik olarak erkeklerden daha geç madde kullanmaya başlasa da madde kullanımına başladıktan sonra alkol, esrar, kokain ve opioid tüketim oranlarını erkeklerden daha hızlı arttırma ve tedaviye girme aşamasına daha hızlı ilerlemektedir(4,5)

Genel olarak kadınlar yaşamları boyunca hizmetlere erişimde daha fazla engelle karşılaşmaktadır ve bu sorun madde kullanım bozukluklarında daha belirgindir. Bu tür engeller arasında kadınlar arasında madde kullanımına atfedilen daha yüksek damgalama, çocuk bakım eksikliği, cinsiyete duyarlı protokollerin ve tedavilerin olmaması ve diğerlerinin yanı sıra aile desteğinin olmaması yer almaktadır.

Sonuç olarak AMKB'li kadınların, eşlik eden psikiyatrik bozukluklara ve gebelik komplikasyonlarına sahip olma olasılığı daha yüksektir. Tüm bunlar göz önüne alındığında kadınların uygun tedaviye erişiminin garantiye alınması ve madde kullanım bozukluklarının tedavi ve araştırmalarında cinsiyete özel perspektiflerin de göz önüne alınması; özellikle gebelik sırasında kapsamlı, cinsiyete özel tedaviye erişim sunulması kritik öneme sahiptir.

**Kaynaklar**

1. World Drug Report. (2020). (United Nations publication, Sales No. E.20.XI.6)
2. Kuntsche E, Muller S. Why do young people start drinking? Motives for first-time alcohol consumption and links to risky drinking in early adolescence. Eur Addict Res. 2012;18:34–9.
3. Haas AL, Peters RH. Development of substance abuse problems among drug involved offenders. Evid Telesc Eff J Subst Abus. 2000;12:241–53.
4. Brady KT, Randall CL. Gender differences in substance use disorders. Psychiatry Clin North Am. 1999;22:241–52.
5. Greenfield SF, Back SE, Lawson K, Brady KT. Substance abuse in women. Psychiatry Clin North Am. 2010a;33:339–55.



### **Münazara: Psikiyatride Psikedelikler: Mucize Tedavi mi Tehlikeli Deney mi?**

Ayşe Handenur Bayraktar, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara*

Aslı Aktakke *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara*

Gülhan Gülşen, *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara*

Ahmet Selim Başaran, *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara*

Dicle Dilay Demir, *İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Erişkin Psikiyatrisi, İstanbul*

Beren Özel, *Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara*

Psikiyatride psikedelik kullanımının uzun ve tartışmalı bir geçmişi vardır. Psikedelik kullanımına ilk ilgi, 20. yüzyılın başlarında, meskalinin psikoz benzeri etkiler üretme olasılığının araştırılmasıyla başlamıştır (Nichols, 2021). Zamanla, psikedeliklerin etkilerinin psikiyatrik bozuklukların altında yatan temel hakkında bilgi verip veremeyeceğine odaklanılmıştır. Bununla birlikte, 1960'larda bu maddelerin eğlence amaçlı yaygın şekilde kullanılması, sert önlemler alınmasına ve bunların terapötik uygulamalarına yönelik araştırmaların çoğunun durdurulmasına yol açmıştır.

Son yıllarda, psikedeliklerin terapötik kullanımına olan ilgi yeniden canlanmıştır. Gittikçe artan sayıda araştırma, bu maddelerin, özellikle geleneksel tedavilerin etkisiz kaldığı durumlarda, psikiyatrik hastalığı olan kişiler için yararlı etkileri olabileceğini düşündürmektedir. Klinik çalışmalarda, psikedeliklerin depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu hastalarında duygudurum, düşünce ve davranışlarda hızlı ve uzun süreli iyileşmeler sağladığı gösterilmiştir (Varker,2021; Davis, 2021). Yakın tarihte TGA (Therapeutic Goods Administration) tarafından, psikiyatristlerin travma sonrası stres bozukluğunun tedavisi için MDMA'nın ve tedaviye dirençli depresyon için psilosibinin reçetelemesine izin verileceği açıklanmıştır.

Ancak psikedeliklerin psikiyatride kullanılmasının düşündürücü yönleri de vurgulanmaktadır. Bu maddeler anksiyete, paranoya ve halüsinasyonlar gibi akut yan etkilere neden olabildiği ve kötüye kullanım ve bağımlılık potansiyeli de dahil olmak üzere uzun vadeli zarar verme riski gösterilmiştir. Tüm bireylerin psikedelik tedaviye olumlu yanıt vermeyeceğini de akılda tutmak önemlidir.

Sonuç olarak, kanıtlar psikedeliklerin belirli psikiyatrik rahatsızlıklar için yeni bir tedavi seçeneği olma potansiyeline sahip olduğunu öne sürerken, faydalarını ve risklerini tam olarak anlamak ve klinik uygulamada kullanımları için en iyi yaklaşımları belirlemek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Psikiyatride psikedelik kullanımının hem potansiyel yararları hem de potansiyel zararları göz önünde bulundurularak bu konuya dikkatle yaklaşmak önemlidir. Tüm bu nedenlerle münazara formundaki oturumda "Psikiyatrik Bozuklukların Tedavisinde Psikedelikler Kullanılmalıdır/Kullanılmamalıdır" görüşleri iki farklı grup tarafından tartışılacaktır.

### **Kaynaklar**

1. Davi AK ve ark. (2019) Effects of Psilocybin-Assisted Therapy on Major Depressive Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 78(5): p. 481-489.
2. Nichols DE, H Walter (2021) The History of Psychedelics in Psychiatry. *Pharmacopsychiatry*, 54(4): p. 151-166.
3. Varker T ve ark. (2021) Efficacy of Psychoactive Drugs for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review of MDMA, Ketamine, LSD and Psilocybin. *J Psychoactive Drugs*



## Yavaş Bilişsel Tempo Fenomenolojisi ve Nörobiyolojisi Doğa Sevinçok

Balıkli Rum Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Birimi

Yavaş Bilişsel Tempo (YBT); aşırı hayal kurma, bilişsel kafa karışıklığı, dalgın görünüm, yavaş düşünme ve ağır hareket etme gibi belirtilerle karakterize, herhangi bir tanısal sınıflandırma sistemine dahil olmayan ancak özellikle son yıllarda üzerinde daha fazla çalışılan bir belirti kümesidir. Tarihsel olarak, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ile ilgili gözlemler arttıkça dikkat eksikliği baskın belirtiler gösteren bazı çocukların DEHB'nin ana belirtilerinden farklı bazı özellikler gösterdiği saptanmış ve bu duruma YBT ismi verilmiştir. YBT, DEHB'nin dikkatsizlik baskın görünümü ile yakın ilişkili olsa da yapılan çalışmalarda etiyolojik olarak farklılıklar tespit edilmektedir. Ek olarak YBT, sosyal ve akademik işlevsellik başta olmak üzere çeşitli alanlarda DEHB'nin ötesinde ve kendine özgü bozulmalara yol açmaktadır. Bazı dışa yönelim bozukluklarına göre YBT depresyon, anksiyete bozuklukları, somatik belirtiler, aşırı veya azalmış uyku ve bilişsel sorunlar ile daha fazla ilişkili bulunmaktadır (Mayes ve ark. 2021). Ek olarak, DEHB'nin hiperaktivite belirtileri ile YBT'nin negatif olarak ilişkili bulunduğu bilinmektedir. Nörogörüntüleme çalışmaları incelendiğinde, YBT ile ilişkili anormalliklerin dorsal dikkat ağı bölgeleri ve posterior korteks ile yakından ilişkili olduğu, bu şekilde YBT'nin dikkati sağlayan beyin bölgeleri ve çevresel-motor cevapların duyuşsal yönlerini işleyen bölgelerindeki ortak sorunlardan kaynaklanabileceği öne sürülmüştür (Corbetta ve ark. 2008). YBT ile ilgili geniş çaplı bir nörogörüntüleme çalışmasında ise frontal göz alanında veya yakınındaki gri ve beyaz madde büyümesinin DEHB'nin ötesinde YBT ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Camprodon-Rosanas ve ark. 2019). Çocuk ve yetişkin gruplarda YBT işlevsellikteki genel bozulma ile bağımsız olarak ilişkilidir ve yaşam kalitesinde belirgin sorunlara yol açmaktadır. Sosyal alanda ise YBT tanısı alan çocuklarda utangaçlık ve sosyal içe çekilme gibi daha içe yönelik belirtiler nedeniyle sosyal sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu durum dürtüsellik, öfke patlamaları veya şiddet içeren davranış sorunları yaşayan DEHB tanılı çocuklardan farklılık göstermektedir. Akademik anlamda da YBT tanısı konulan çocukların belirgin zorluklar yaşadıkları görülmektedir. YBT ve DEHB arasındaki ilişkinin anlaşılması için bu alanda yapılacak daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. YBT'nin diğer psikiyatrik bozukluklardan ayrı bir bozukluk olup olmadığı, transdiagnostik olarak ne düzeyde bir öneme sahip olduğu ile ilgili araştırmalar devam etmektedir.

### Kaynaklar

Camprodon-Rosanas E, Pujol J, Martinez-Vilavella G ve ark. Brain structure and function in school-aged children with sluggish cognitive tempo symptoms (2019) J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 58(2):256–266.

Corbetta M, Patel G, Shulman GL The reorienting system of the human brain: from environment to theory of mind (2008) Neuron 58(3):306–324.

Mayes SD, Calhoun SL, Waschbusch DA Relationship between sluggish cognitive tempo and sleep, psychological, somatic, and cognitive problems and impairment in children with autism and children with ADHD (2021) Clin Child Psychol Psychiatry 26(2):518–530.





## Yavaş Bilişsel Tempo ve DEHB

Hasan Can Özbay

Tekirdağ Dr. İsmail Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesi

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) erken çocukluk döneminde başlayan, çocuğun içinde bulunduğu gelişim dönemiyle uyumlu olmayan dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur. Belirtilerin görülme şiddetine göre DEHB, "hiperaktivite ve dürtüsellik baskın olduğu görünüm", "dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm" ve "bileşik görünüm" olmak üzere 3 alt başlıkta ele alınmaktadır (1). Çocuklarda DEHB belirtilerinin; akranları, ebeveynleri ve diğer yetişkinler tarafından damgalanma nedeniyle daha az popüler olmalarına yol açtığı belirtilmektedir. Ayrıca DEHB tanılı çocukların kurallara uymada ve sorumlulukları yerine getirmede yaşadığı zorlukların ilişkilerinde çatışmalara yol açması nedeni ile daha az arkadaşça sahip olma ve sosyal yalnızlaşma gibi sonuçlara neden olduğu yazında belirtilmektedir (2).

Yavaş bilişsel tempo (YBT); hayale dalıp gitme, uyuşukluk, kendi dünyasında yaşama, enerjide düşüklük gibi belirtilerle karakterize bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Alanyazın incelendiğinde YBT ile ilgili yapılan ilk çalışmalarda YBT'nin DEHB dikkat eksikliği baskın görünümünün bir alt tipi olduğu görüşünün yaygın olduğu görülmektedir. Bu nedenle yapılan çalışmaların büyük bir bölümü DEHB-YBT ilişkisini ve YBT'nin DEHB'in bir alt tipi olup olmadığını araştırmıştır. Yakın zamanlı çalışmalar incelendiğinde ise DEHB ile YBT'nin birbiriyle ilişkili fakat birbirinden bağımsız iki bozukluk olduğu fikrinin hakim olduğu görülmektedir.

Güncel çalışmalarda YBT'nin sersemlik/letarjik olma ve hayallere dalıp gitme/uykulu görünüm olmak üzere iki farklı alt boyuttan oluştuğu, bu iki boyutun da DEHB dikkat eksikliği baskın tipten farklı olduğu ifade edilmiştir. Buna ek olarak DEHB-YBT ilişkisi bir alt tip olarak tanımlanmaktan öte depresyon ve anksiyete bozuklukları arasında olan, birbirinin alt tipi olmayan fakat birbiriyle sık bir arada görülen iki bozukluk arasındaki ilişkiye benzer olduğu belirtilmekte olup YBT tanısını karşılayan çocukların %59'unda DEHB tanısının olduğu, iki tanı arasındaki bu örtüşmenin DEHB dikkatsizlik baskın görünümünde daha fazla olduğu bildirilmektedir. YBT belirtilerinin varlığı çocuk ve ergenlerde birçok işlevsellik alanında bozulmaya sebep olabilmektedir. Mevcut DEHB tanısı varlığında var olan YBT belirtilerinin ise benzer şekilde mevcut işlevsellikte daha derin bir bozulmaya neden olduğu düşünülmektedir (3). Yavaş bilişsel tempo ile DEHB arasındaki yüksek komorbidite ve benzer klinik belirtiler göz önüne alındığında YBT-DEHB ilişkisini araştıran daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). 2013.
2. Polanczyk G. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. Am J Psychiatry 2007; 164:942.
3. Barkley RA. Distinguishing sluggish cognitive tempo from ADHD in children and adolescents: executive functioning, impairment, and comorbidity. J Clin Child Adolesc Psychol. 2013;42(2):161-73.



## Yetişkinlikte Yavaş Bilişsel Tempo

Levent Sevinçok

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

Yavaş Bilişsel Tempo (YBT), aşırı hayal kurma, kafa karışıklığı, uyuşukluk, dalgınlık, kendi düşünceleri içinde kaybolma, davranış ve düşünmede yavaşlama ile karakterizedir (1).11 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) - dikkatsizlik alt tipi, YBT belirtileriyle yüksek oranda ilişkilidir (2). Yüksek YBT semptomları DEHB olmayan popülasyonlarda da bulunduğundan YBT'nin DEHB'den ayrı bir bozukluk olup olmadığı araştırılmıştır (2). Bazı çalışmalar ÖTV'nin farklı klinik bulgularla DEHB'den ayrı bir yapı olduğunu ve ÖBT ile ÖTV arasındaki ilişkinin DEHB iki farklı bozukluğun birlikte görülen bir hastalığıdır (3). Bazı bulgular aynı zamanda ÖTV'nin zayıf öğrenme stratejileri, azalan benlik saygısı ve artan intihar riski ile ilişkili olduğunu göstermektedir (4). Bu bulgular göz önüne alındığında, YBT, hem ampirik hem de klinik farklılaşmayla kendine ait önemli ve farklı bir yapı olarak tanımlanmıştır (5). Bugüne kadar yetişkinlerde YBT göreceli olarak daha az sayıda çalışma incelemiştir. Spesifik olarak, çocuklarla yapılan çalışmaların bulgularıyla tutarlı olarak, yetişkinlerle yapılan bazı çalışmalar da YBT'nin, DEHB veya DEHB-dikkatsizlik belirtileri kontrol edildikten sonra bile anksiyete, depresyon ve geri çekilme ve duygu düzenleme güçlükleri gibi daha fazla içselleştirici semptomlarla ilişkili olduğunu bulmuştur (6-8).YBT, çeşitli psikopatolojilerdeki riski öngören psikopatolojik bir boyut veya tanı ötesi bir süreç olarak öne sürülmüştür. Bu sunumda YBT'nin yetişkinlik psikoptolojisi ile olası ilişkisi tartışılacaktır.

### Kaynaklar

- 1.Becker SP. Systematic Review: Assessment of Sluggish Cognitive Tempo Over the Past Decade. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2021;60(6): 690-709.
- 2.Barkley RA. Distinguishing sluggish cognitive tempo from attention deficit/hyperactivity disorder in adults. J Abnorm Psychol. 2012;121(4): 978-990.
- 3.Barkley RA. Distinguishing sluggish cognitive tempo from ADHD in children and adolescents: executive functioning, impairment, and comorbidity. J Clin Child Adolesc Psychol. 2013;42(2):161-173.
- 4.Shelton CR, Addison WE, Hartung CM. ADHD and SCT symptomatology in relation to college students' use of self-regulated learning strategies. J Atten Disord. 2019; 23(14): 1719-1729.
- 5.Becker SP, Langberg JM. Sluggish cognitive tempo among young adolescents with ADHD: relations to mental health, academic, and social functioning. J Atten Disord. 2013;17(8):681-689.
- 6.Leikauf JE, Solanto MV. Sluggish cognitive tempo, internalizing symptoms, and executive function in adults with ADHD. J Atten Disord. 2017;21(8): 701-711.
- 7.Flannery AJ, Luebke AM, Becker SP. Sluggish cognitive tempo is associated with poorer study skills, more executive functioning deficits, and greater impairment in college students. J Clin Psychol. 2016;73(9):1091-1113.
- 8.Becker SP, Leopold DR, Burns GL, et al. The internal, external, and diagnostic validity of sluggish cognitive tempo: a meta-analysis and critical review. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2016;55(3):163-178.



**Yavaş Bilişsel Tempo, Otizm  
Mutlu Muhammed Özbek**

*Kars Harakani Devlet Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Birimi*

Yavaş Bilişsel Tempo (YBT) hayale dalıp gitme, kendi düşüncelerinde kaybolma, zihin bulanıklığı, şaşkınlık, yavaş hareket etme ya da uyuşukluk, durgunluk gibi semptomlarla karakterizedir (1). YBT'nin en çok DEHB'nin DE alt tipi ile ilişkili olduğu görülmüştür (1). Pek çok çalışmada SCT'nin yaş, cinsiyet, etnik köken gibi değişkenler açısından DEHB'den farklı olduğu belirtilmiştir (2). Genetik arka planının %50 si DEHB ile ortak olarak tespit edilmiştir. Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) çocukluk çağının erken dönemlerinde başlayan, iletişimsel ve sosyal alanda belirgin zorluklar ile tekrarlayıcı, basmakalıp davranışlar ve kısıtlı ilgi alanı ile seyreden bir bozukluktur(3). OSB, nörolojik hastalıklar içinde kalıtılabilirlik oranı en yüksek olan bozukluklardan birisidir(3). YBT'nin hastalığa özgü semptomlarla sosyal zorluklar, nörokognitif ve akademik becerilerde eksiklikler ve bazı psikiyatrik hastalıklarla ilişkili olduğu tespit edilmiştir. YBT özellikleri gösteren bireylerin sosyal ilişki zorlukları yaşadığı ve özellikle de sosyal içe çekilme belirtileri gösterdikleri gözlemlenmiştir. İnternalize semptomlar ele alındığında SCT semptomları yüksek depresyon oranları ile ilişkilendirilmiştir. YBT özellikleri gösteren bireylerin işleme hızlarının düşük ve dikkati sürdürme becerilerinin yetersiz olduğu saptanmıştır. YBT ile ilgili yapılan çalışmaların büyük bir çoğunluğu DEHB'liler ve normal gelişim gösteren çocuklar dahil edilerek yapılmıştır. YBT'nin kendi dünyasında yaşama, enerji kaybı, kendi düşüncelerinde kaybolma, yavaş hareket etme gibi bazı semptomları OSB ile benzerlik göstermektedir. Bazı çalışmalarda yüksek fonksiyonel OSB tanılı bireylerin YBT semptomları gösterdiği bildirilmiştir. OSB ve YBT belirtilerindeki ortaklıktan yola çıkarak, literatürün gözden geçirilmesinin kıymetli olacağını düşünüyoruz.

**Kaynaklar**

1. Becker SP, Marshall SA, McBurnett K. Sluggish cognitive tempo in abnormal child psychology: an historical overview and introduction to the special section. J Abnorm Child Psychol. 2014;42:1-6.
2. Barkley RA. Sluggish cognitive tempo (concentration deficit disorder?): current status, future directions, and a plea to change the name. J Abnorm Child Psychol. 2014;42:117-125.
3. Baykara HB. Otizm Spektrum Bozukluğunun Etiyolojisinde Genetik ve Epigenetik Etkenlerin Rolü. Türkiye Klin J Child Psychiatry-Special Top. 2015;1(2):11-16



## Psödosiyezis

Merve Akkuş

*Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği*

Psödosiyezis, gebe olmayan bir kadının gebe olduğuna kesin olarak inandığı ve gebeliğin birçok belirti ve bulgusunu gösterdiği psikopatolojik bir bulgudur. Yunanca psödo(yanlış) ve kyesis( gebelik) sözcüklerinden türemiştir. DSM-5'e göre Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar başlığında, Tanımlanmış Diğer Bir Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk alt başlığında tanımlanmıştır. Psödosiyezis tüm etnik, ırksal ve sosyoekonomik grupları etkileyen nadir bir hastalıktır. En sık 20 ila 39 yaş arası kadınlarda görülür, ancak menarş öncesi ve menopoz sonrası kadınlarda da tanımlanmıştır. Kesin prevalans rakamları mevcut olmasa da, çocuk doğurmanın kadınların merkezi rolü olduğu ve doğurganlığın evlilik veya istikrarlı bir ilişki için ön koşul olduğu kültürlerde psödosiyezin daha sık meydana geldiği öne sürülmektedir.

Psödosiyezisi olan kadınlarda hamile olmamasına rağmen karın ve göğüslerde büyüme, Menstrüel düzensizlikler, Gastrointestinal semptomlar, Karın ağrısı, adetlerin kesilmesi ve fetal hareket hissi gibi hamileliğe ait belirtiler gözlemlenmektedir. Semptomlar genellikle birkaç haftadan dokuz aya kadar veya daha uzun, hatta yıllarca sürer. İyileşme kendiliğinden olabilir. Kadınlar tek bir epizod veya birden fazla psödosiyez epizodu yaşayabilirler. Prognoz, büyük ölçüde, o hastada psödosiyezin gelişiminde rol oynayan spesifik psikolojik ve/veya kişilerarası faktörlerin çözülmesine bağlıdır.

Psödosiyezin etiyojisi belirsizdir ancak zihin ve beden arasındaki karşılıklı etkileşimde birbirini etkileyen psikolojik ve nöroendokrin mekanizmaları içerdiği görülmektedir. Bu bozukluğun gelişiminde Psikosomatik hipotez, Somatopsişik hipotez, Psikofizyolojik hipotezin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Psödosiyezis tanısı, hamile olmayan, psikotik olmayan, hamilelik ekarte edildikten sonra hamile olduğuna inanmaya devam eden ve hamilelik belirti ve semptomları görüldüğü tablolarda konular. Ayırıcı tanıda hamilelik, gebelik sanrısı, tıbbi durumlar ( gestasyonel trofoblastik hastalıklar, hipofiz tümörleri, pelvik tümörler, Cushing sendromu, bezoarlar, inflamatuvar bağırsak hastalığı, asit, organomegali ..vb), Couvade sendromu, temaruz akılda tutulmalıdır.

Tedavi hedefleri arasında hamile kalma baskısının azaltılması, hamileliği düşündüren fiziksel belirti ve semptomların azaltılması, içgörünün iyileştirilmesi, sosyal ve mesleki işlevselliğin iyileştirilmesi ve tekrarlama riskinin azaltılması yer alır. Menstruasyon döngüsünün hormonal düzenlenmesi, eşlik eden tıbbi durumların tedavisi ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukların psikofarmakolojik tedavisi göz ardı edilmemelidir.

Sonuç olarak, psödosiyezis birden fazla faktörün katkıda bulunduğu karmaşık bir durumdur. Nöroendokrin bozukluklar, psikolojik faktörler ve sosyokültürel etkiler psödosiyezin gelişiminde rol oynamaktadır. Altta yatan nedenleri ele almak ve psödosiyezisi olan hastalara uygun bakımı sağlamak için tedaviye multidisipliner bir yaklaşım sıklıkla gereklidir.

Azizi, M., & Elyasi, F. (2017). Biopsychosocial view to pseudocyesis: A narrative review. *International journal of reproductive biomedicine*, 15(9), 535.

Gul, A., Gul, H., Erberk Ozen, N., & Battal, S. (2017). Pseudocyesis in a patient with anorexia nervosa: etiologic factors and treatment approach. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 27(3), 322-324.

Makhal, M., Majumder, U., & Bandyopadhyay, G. K. (2013). Psychodynamic and socio-cultural perspective of pseudocyesis in a non-infertile Indian woman: a case report. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 22(1), 70-74.



### **Gebelik İnkarı**

**Merve Babaloğlu**

*Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir*

Gebelik inkarı ya da fark edilmeyen gebelik tanımı kişinin planlamadan gebe kalması ve gebe olduğunu yirminci haftadan sonra fark etmesi veya doğuma kadar fark edememesidir <sup>1</sup>. Sanıldığından daha sık olan bu durumun gebelik yaşı ilerledikçe azalması beklenmektedir. Gebeliğin fark edilememesi her yaşta, her kültürde, eğitim ve sosyoekonomik düzey ve psikiyatrik öykü fark etmeksizin görülebilmektedir <sup>2</sup>. Gebelik inkarı klinikte çeşitlilik göstermektedir ve bu nedenle riskli kişileri belirleyebilmek pek mümkün değildir. Bu durum alanla ilgili klinisyenler açısından az bilinmektedir ve emosyonel dengesizlik, yenidoğana yeterli bakım verememe, ani ve beklenmedik doğum (tuvalette doğum gibi) ve çocuk ihmali, istismarı hatta neonatisid gibi hem anne hem de bebek için çeşitli riskler taşımaktadır. Fark edilmeyen gebelik kavramına dair farkındalığın artması hedeflenmekte olup, bu vakalara multidisipliner yaklaşım önerilmektedir.

1. Jenkins A, Millar S, Robins J. Denial of pregnancy – a literature review and discussion of ethical and legal issues. Journal of the Royal Society of Medicine. 2011;104(7):286-291. doi:10.1258/jrsm.2011.100376
2. Aydın, Nazan; Omay, Oguz; Yazici, Esra; Donmez, Melike; Kivrak, Yuksel; Civan, Hazal Yavuzlar; Cenker, Ozgur Cagla; Yuvaci, Hilal Uslu. Fark Edilmeyen Gebelikler: Bir Gözden Geçirme. Klinik Psikiyatri. 2017;20:318-331. DOI: 10.5505/kpd.2017.72681



TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ

# 59. ULUSAL PSİKİYATRİ & KONGRESİ

Depremler ve Ruh Sağlığı  
Sempozyumu

“Yıkımların ardından dayanıklılık ve umut”

18 - 22 EKİM 2023

SHERATON OTEL ve  
KONGRE MERKEZİ / ANKARA



Konuşma Özetleri Kitabı