RUH SAĞLIĞI, BEYİN VE BAĞIMLILIK ARAŞTIRMALARI DERNEĞİ
RUBBAD
2003

2. GENÇ PSİKİYATRİSTLER ZİRVESİ

17-20 Eylül 2026

Radisson Blu Hotel, Ordu



BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI

www.rubbad.org

BİLİMSEL SEKRETERYA

Ruh Sağlığı, Beyin ve Bağımlılık Araştırmaları Derneği (RUBBAD)
Beytepe Mah. Piri Reis Cad. No 1/42, Çankaya, Ankara
Web: https://www.rubbad.org/
Tel: +90 312 123 45 67
E-posta: info@rubbad.org

KONGRE SEKRETERYASI

Serenas Group
Adres: Hilal Mah. Cezayir Cad. No 13 Yıldız, Çankaya, Ankara, Türkiye
Telefon: 0 312 440 50 11
Info: www.serenas.com.tr

İÇİNDEKİLER

Davet **1**
Komite ve Kurullar **2**
Sözlü Sunumlar **3**
Poster Sunumlar **18**
Konuşmacı Metinleri **36**

Değerli Meslektaşlarımız,

Psikiyatri biliminin geleceğini şekillendirecek genç meslektaşlarımızı bir araya getirmek amacıyla, Ruh Sağlığı, Beyin ve Bağımlılık Araştırmaları Derneği (RUBBAD) tarafından "**Genç Psikiyatristler Zirvesi**"nin ikincisi, 17 – 20 Eylül 2026 tarihleri arasında Ordu'da, Radisson Blu Otel'de gerçekleştirilecektir.

İlk etkinliğimizin ardından karşılaşılan yoğun talep ve daha geniş kapsamlı bir program oluşturma gerekliliğiyle etkinliğimizi 2 tam gün ve 1 yarım gün şeklinde yapacağız. Bu etkinliğimiz, yalnızca bir buluşma değil; aynı zamanda psikiyatri alanındaki güncel bilimsel gelişmeleri paylaşmak, araştırmalarımızı tartışmak ve disiplinler arası etkileşimi güçlendirmek için eşsiz bir platform sunacaktır.

Alanında yetkin akademisyenlerin ve klinik deneyimi yüksek uzmanların katılımıyla zenginleşecek bu toplantıda, genç psikiyatristlerin bilimsel üretimlerine özel olarak yer verilecek; kariyer gelişimlerini destekleyecek oturumlar düzenlenecektir.
Bilimsel heyecanı ve mesleki birliği paylaşmak üzere tüm meslektaşlarımızı bu etkinliğimizde görmekten büyük mutluluk duyacağız.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Nesrin DİLBAZ
Ruh Sağlığı, Beyin ve Bağımlılık
Araştırmaları Derneği (RUBBAD) Başkanı

Genç Psikiyatristler Zirvesi Başkanı

Prof. Dr. Nesrin DİLBAZ

Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. C. Onur Noyan

Genel Sekreter

Prof. Dr. Aslı Enez Darçın

Bilimsel Sekreterya

Dr. Bahadır Geniş

Düzenleme Kurulu

Aslı Enzel Koç
Bahadır Geniş
Çiçek Hocaoğlu
Deniz Deniz Özturan
Doğancan Sönmez
Ece Yazla Asaf
Filiz İzci
Fatma Gül Helvacı Çelik
Faruk Kurhan
Hasan Mervan Aytaç
Halil İbrahim Taş
Kamuran Karakülah
Merih Altıntaş
Mustafa Akkuş
Muhammet Sevindik
Mustafa Tunçtürk
Onur Gökçen
Özlem Çıtak
Ömer Faruk Uygur
Süheyla Bulut
Sevler Yıldız
Sümeyye Çallı
Yasir Şafak

Sözlü Sunumlar

SS-01

Üniversite Öğrencilerinde Akıllı Telefon Bağımlılığı ile Depresyon İlişkisinde Benlik Saygısı ve Aleksitiminin Seri Aracılık Rolü

İlknur Kiraz Avcı
Rize Devlet Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği

Amaç: Problemli akıllı telefon kullanımı, üniversite öğrencilerinde depresif belirtilerle ilişkili önemli bir psikososyal sorun olarak değerlendirilmektedir. Güncel çalışmalar, problemli akıllı telefon kullanımı ile depresyon arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermektedir (Tang ve ark., 2024). Benlik saygısının akıllı telefon bağımlılığıyla negatif ilişkili olduğu (Chen ve ark., 2023), aleksitiminin ise depresyonla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Kieraitė ve ark., 2024). Bu çalışmada, akıllı telefon bağımlılığı ile depresyon arasındaki ilişkide benlik saygısı ve aleksitiminin seri aracılık rollerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Etik kurul onayı Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır (2023/222). Çalışmaya 216 üniversite öğrencisi dahil edilmiştir. Yaş ortalaması 20,67±1,65 yıl olup %51,4'ü kadındır. Veriler Toronto Aleksitimi Ölçeği, DASS-21 depresyon alt ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği ile toplanmıştır. Pearson korelasyon ve Hayes PROCESS Model 6 analizleri uygulanmış; dolaylı etkiler 5000 bootstrap örneklemi ve %95 güven aralığıyla değerlendirilmiştir.

Bulgular: Akıllı telefon bağımlılığı aleksitimi ($r=0,301$; $p<0,001$) ve depresyonla ($r=0,234$; $p=0,001$) pozitif, benlik saygısıyla negatif ilişkili bulunmuştur ($r=-0,286$; $p<0,001$). Akıllı telefon bağımlılığı benlik saygısını negatif ($\beta=-0,298$; $p<0,001$), benlik saygısı aleksitimiyi negatif ($\beta=-0,462$; $p=0,002$), aleksitimi ise depresyonu pozitif yönde yordamıştır ($\beta=0,207$; $p<0,001$). Toplam dolaylı etki anlamlıdır ($\beta=0,146$; %95 GA=0,081–0,221). Akıllı telefon bağımlılığı→aleksitimi→depresyon ($\beta=0,114$; %95 GA=0,051–0,185) ve akıllı telefon bağımlılığı→benlik saygısı→aleksitimi→depresyon ($\beta=0,029$; %95 GA=0,008–0,058) yolları anlamlı bulunmuştur. Doğrudan etki anlamlı değildir ($\beta=0,060$; $p=0,266$).

Sonuçlar: Bulgular, akıllı telefon bağımlılığı ile depresyon arasındaki ilişkinin özellikle aleksitimi ve benlik saygısı üzerinden işleyen dolaylı psikolojik süreçlerle açıklanabileceğini göstermektedir. Benlik saygısı ve duygusal farkındalığın değerlendirilmesi, üniversite öğrencilerinde problemli akıllı telefon kullanımına yönelik psikososyal müdahaleler açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Akıllı telefon bağımlılığı, aleksitimi, benlik saygısı, depresyon, üniversite öğrencileri

Kaynakça

Chen, C., Shen, Y., Lv, S., Wang, B., & Zhu, Y. (2023). The relationship between self-esteem and mobile phone addiction among college students: The chain mediating effects of social avoidance and peer relationships. *Frontiers in Psychology, 14*, 1137220. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1137220

Kieraitė, M., Bättig, J. J., Novoselac, A., Noboa, V., Seifritz, E., Rufer, M., Egger, S. T., & Weidt, S. (2024). "Our similarities are different": The relationship between alexithymia and depression. *Psychiatry Research, 340*, 116099. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116099

Tang, S., Chen, R., Ma, Z., Li, X., Chen, J., & Zhao, J. (2024). Associations of problematic smartphone use with depressive symptoms and suicidal ideation in university students before and after the COVID-19 outbreak: A meta-analysis. *Addictive Behaviors, 152*, 107969. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2024.107969

SS-02

Bipolar Bozukluk Tanılı Ebeveynlerin Ergen Çocuklarında Çocukluk Çağı Travmaları, Psikolojik Sağlamlık ve İntihar Olasılığı: Kesitsel Bir Vaka-Kontrol Çalışması

İrem Karaca[1], Oğuz Bilal Karakuş[2], İbrahim Adak[3]

1. Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, ORCID:0000-0003-3179-9823

2.Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, ORCID: 0000-0001-6623-7375

3.Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Erenköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, ORCID:0000-0001-9057-9017

Amaç: Bipolar bozukluk tanılı ebeveynlerin ergen çocuklarında çocukluk çağı travmaları, psikolojik sağlamlık ve intihar olasılığını klinik bir karşılaştırma grubuyla karşılaştırmak; ayrıca çocukluk çağı travmaları ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracı rolünü incelemektir.

Yöntem: Bu kesitsel vaka-kontrol çalışmasına çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran 12–18 yaş aralığında 120 ergen dahil edildi. En az bir biyolojik ebeveyninde bipolar bozukluk bulunan 60 ergen BTE+ grubunu, ebeveynlerinde bipolar bozukluk öyküsü bulunmayan 60 ergen BTE− grubunu oluşturdu. Psikiyatrik tanılar Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi–Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonuyla doğrulandı. Katılımcılar Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği ve Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeğiyle değerlendirildi. İntihar olasılığıyla ilişkili değişkenler, yaş ve cinsiyetin ardından ebeveynde bipolar bozukluk öyküsü, majör depresif bozukluk, çocukluk çağı travmaları ve psikolojik sağlamlığın eklendiği hiyerarşik regresyonla incelendi. Aracılık analizi 5000 bootstrap örneklemesiyle yürütüldü.

Bulgular: Gruplar yaş, cinsiyet, sosyoekonomik özellikler bakımından benzerdi. BTE+ grubunda majör depresif bozukluk (p=0,008) ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (p=0,006) daha sık görüldü. Ayrıca bu grupta intihar olasılığı ve çocukluk çağı travmaları daha yüksek, psikolojik sağlamlık ise daha düşüktü (tüm p<0,001). Hiyerarşik regresyon analizinde nihai modele göre majör depresif bozukluk, çocukluk çağı travmaları, psikolojik sağlamlık ve ebeveynde bipolar bozukluk öyküsü intihar olasılığıyla bağımsız ilişkili bulundu. Aracılık analizinde psikolojik sağlamlığın, çocukluk çağı travmaları ile intihar olasılığı arasındaki ilişkiye aracılık ettiği gösterildi (dolaylı etki β=0,251; %95 GA: 0,127–0,389).

Sonuç: Bipolar bozukluk tanılı ebeveynlerin ergen çocuklarında çocukluk çağı travmaları ve intihar olasılığı daha yüksek, psikolojik sağlamlık ise daha düşük bulundu. Psikolojik sağlamlığın, çocukluk çağı travmaları ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide aracı olduğu gösterildi. Bu bulgular, bipolar bozukluk açısından ailesel risk taşıyan ergenlerde çocukluk çağı travmalarının değerlendirilmesi ve psikolojik sağlamlığı güçlendirmeye yönelik erken müdahalelerin intihar olasılığını azaltabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bipolar bozukluk, Ergen, Çocukluk çağı travmaları, Psikolojik sağlamlık, İntihar olasılığı

Kaynaklar:

1-Angelakis, I., Austin, J. L., & Gooding, P. (2020). Childhood maltreatment and suicide attempts in prisoners: A systematic meta-analytic review. *Psychological Medicine*, *50*(1), 1-10. https://doi.org/10.1017/S0033291719002848

2-Fritz, J., de Graaff, A. M., Caisley, H., van Harmelen, A.-L., & Wilkinson, P. O. (2018). A Systematic Review of Amenable Resilience Factors That Moderate and/or Mediate the Relationship Between Childhood Adversity and Mental Health in Young People. *Frontiers in Psychiatry*, *9*, 230. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00230

3-Gregersen, M., Møllegaard Jepsen, J. R., Marie Brandt, J., Søndergaard, A., Birkehøj Rohd, S., Veddum, L., Bruun Knudsen, C., Krogh Andreassen, A., Klee Burton, B., Hjorthøj, C., Falkenberg Krantz, M., Neergaard Greve, A., Bliksted, V., Mors, O., Nordentoft, M., Elgaard Thorup, A. A., & Hemager, N. (2023). Suicidal Ideation and Non-Suicidal Self-Injury Following Early Childhood Psychotic Experiences in Preadolescent Children at Familial High Risk of Schizophrenia or Bipolar Disorder-The Danish High Risk and Resilience Study, VIA 11. *Schizophrenia Bulletin*, *49*(6), 1602-1613. https://doi.org/10.1093/schbul/sbad052

4-Rasic, D., Hajek, T., Alda, M., & Uher, R. (2014). Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: A meta-analysis of family high-risk studies. *Schizophrenia Bulletin*, *40*(1), 28-38. https://doi.org/10.1093/schbul/sbt114

Tablo 1. İntihar Olasılığını Yordayan Değişkenlere İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları (n=120)

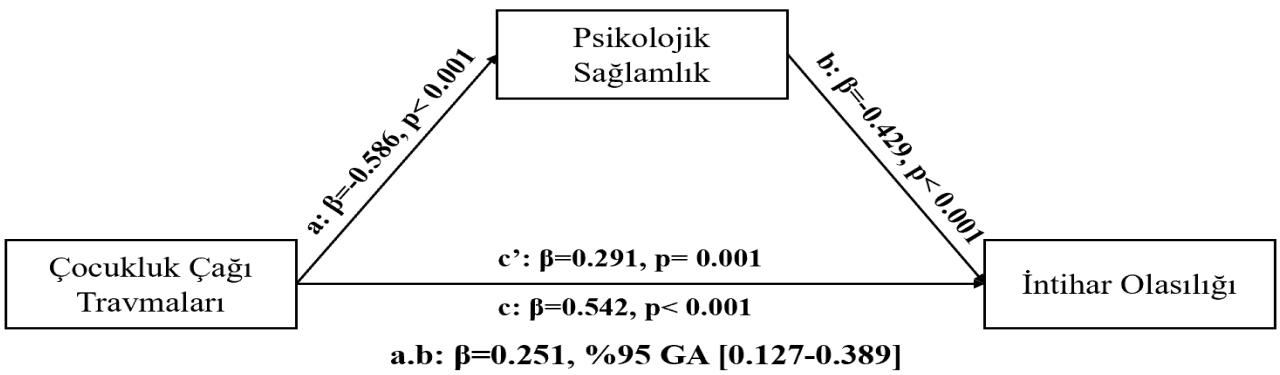
Bağımsız Değişkenler	Model I			Model II			Model III			Model IV			Model V		
	β	*t*	*p*	*β*	*t*	*p*	*β*	*t*	*p*	*β*	*t*	*p*	*β*	*t*	*p*
Yaş (yıl)	0.226	2.445	0.016	0.252	3.019	**0.003**	0.107	1.574	0.118	0.102	1.920	0.057	0.058	1.218	0.226
Cinsiyet (erkek, ref:kız)	-0.013	-0.141	0.888	0.003	0.037	0.970	-0.109	-1.619	0.108	-0.071	-1.350	0.180	-0.043	-0.920	0.359
Ebeveynde BPB öyküsü	-	-	-	0.436	5.370	**<0.001**	0.279	4.154	**<0.001**	0.145	2.669	**0.009**	0.112	2.298	**0.023**
MDB Varlığı	-	-	-	-	-	-	0.589	8.334	**<0.001**	0.293	4.551	**<0.001**	0.193	3.200	**0.002**
ÇÇTÖ-Toplam*										0.561	8.808	**<0.001**	0.315	4.333	**<0.001**
ÇGPSÖ-12													-0.414	-5.458	**<0.001**

Model Bilgileri: Model I: R^2 =0.050, Düzeltilmiş R^2 =0.034, F (2,117)=3.081, p=0.050, Model II: R^2 =0.239, Düzeltilmiş R^2 =0.220, F (3,116)=12.157, p <0.001, Model III: R^2 =0.526, Düzeltilmiş R^2 =0.509, F (4,115)=31.862, p <0.001, Model IV: R^2 =0.718, Düzeltilmiş R^2 =0.705, F (5,114)=57.980, p <0.001, Model V: R^2 =0.777, Düzeltilmiş R^2 =0.765, F (6,113)=65.485, p <0.001, Bağımlı Değişken: İntihar Olasılık Ölçeği-Toplam Puanı

**Regresyon modeline, logaritmik dönüşüme tabi tutularak dahil edilmiştir.*

BPB:Bipolar bozukluk, MDB: Majör depresif bozukluk,ÇÇTÖ:Çocukluk çağı travmaları ölçeği, ÇGPSÖ-12: Çocuk ve genç psikolojik sağlamlık ölçeği

Şekil 1. Çocukluk Çağı Travmaları ile İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Psikolojik Sağlamlığın Aracılık Rolü (n=120)



**Bu şekil, psikolojik sağlamlığın aracı rolünü göstermektedir. Yol a, çocukluk çağı travma şiddetinin psikolojik sağlamlık üzerindeki etkisini temsil eder (p < .001). Yol b, çocukluk çağı travma şiddeti kontrol edildikten sonra psikolojik sağlamlığın intihar olasılığı şiddeti üzerindeki etkisini yansıtır (p < .001). Yol c', psikolojik sağlamlık hesaba katıldıktan sonra çocukluk çağı travma şiddetinin intihar olasılık şiddeti üzerindeki doğrudan etkisini temsil eder (p < .001), oysa yol c, çocukluk çağı travma şiddetinin intihar olasılık şiddeti üzerindeki toplam etkisini temsil eder (p < .001). İndirekt etki (a, b) istatistiksel olarak anlamlıydı*

β:Standardize regresyon katsayısı, Kovaryantlar: Yaş, cinsiyet, ebeveynde bpb tanısı varlığı, katılımcıda mdb tanısı varlığı

SS-03

Asistan Hekimlerde Phubbing Davranışı ile Depresyon ve Anksiyete Belirtileri Arasındaki İlişki: Çok Merkezli Kesitsel Bir Çalışma

Özlem Çıtak Ekici[1], İlke Artun Bilge[1], Seyhan Demir[1], Dünya Gözde Çapar[1], Mustafa Kaan Keleş[1], Damla Berivan Baskın Doğan[1], Erol Göka[1]

[1]Bilkent Şehir Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

Amaç: Asistan hekimlerde phubbing (yüz yüze iletişim sırasında kişinin dikkatini telefonuna yönelterek karşısındakini ihmal etmesi) davranışı ile depresyon ve anksiyete belirtileri arasındaki ilişkinin, sosyodemografik değişkenler ve algılanan işlevsel bozulma ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çok merkezli analitik kesitsel çalışmaya 106 asistan hekim dâhil edilmiştir. Phubbing eğilimi Genel Phubbing (Sosyotel) Ölçeği ile, depresif belirtiler Hasta Sağlığı Anketi-9 (PHQ-9) ile, anksiyete belirtileri Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği-7 (GAD-7) ile, işlevsellik Sheehan İşlevsellik Ölçeği (SDS) ile değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenler arası ilişkiler Spearman korelasyonuyla, Bağımsız ilişkiler, yaş, cinsiyet, medeni durum ve günlük telefon kullanım süresi için düzeltilmiş çoklu doğrusal regresyon analizleriyle değerlendirildi ($p<0,05$).

Bulgular: Katılımcıların %63,2'si kadındır, yaş ortalaması 28,8±2,5 yıldır. Phubbing puan ortalaması 43,2±13,9; GAD-7 8,2±5,0; PHQ-9 10,0±5,5; SDS 8,1±7,2 bulunmuştur. Katılımcıların %49,1'inde orta veya daha şiddetli depresif belirti, %34,9'unda orta veya daha şiddetli anksiyete belirtisi saptanmıştır. Phubbing puanı; PHQ-9 (rho=0,376; $p<0,001$), GAD-7 (rho=0,297; $p=0,002$) ve SDS (rho=0,317; $p<0,001$) ile anlamlı korelasyon göstermiştir. Phubbing, PHQ-9 ile bağımsız ilişkili bulunmuş (B=0,120; %95 GA: 0,030–0,210; $p=0,010$), GAD-7 ile ilişkisi anlamlı bulunmamıştır ($p=0,085$). Evli olmak her iki belirti düzeyiyle bağımsız olarak negatif ilişkili bulundu ($p<0,05$).

Sonuç: Bu çalışmada asistan hekimlerin yaklaşık yarısında klinik düzeyde depresif belirti ve üçte birinden fazlasında klinik düzeyde anksiyete belirtisi saptanmıştır. Phubbing davranışı, sosyodemografik değişkenlerden bağımsız olarak depresif belirti düzeyiyle ilişkili bulunmuştur. Bulgular, dijital iletişim davranışlarının ruh sağlığı ile ilişkisini düşündürmekte olup, kesitsel tasarım nedeniyle nedensellik kurulamaz; ilişkinin boylamsal çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Phubbing, asistan hekim, depresif belirtiler, anksiyete belirtileri, işlevsellik

TABLO 1. Tanımlayıcı istatistikler

Değişken	Ort ± SS / n (%)
Yaş (yıl)	28,8 ± 2,5
Kadın cinsiyet, n (%)	67 (%63,2)
Phubbing (Sosyotel) Ölçeği puanı (15–105)	43,2 ± 13,9
GAD-7 puanı (0–21)	8,2 ± 5,0
PHQ-9 puanı (0–27)	10,0 ± 5,5
SDS puanı (0–30)	8,1 ± 7,2
PHQ-9 ≥10, n (%)	52 (%49,1)
GAD-7 ≥10, n (%)	37 (%34,9)

SS: standart sapma; GAD-7: Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği-7; PHQ-9: Hasta Sağlığı Anketi-9; SDS: Sheehan İşlevsellik Ölçeği.

Kaynaklar

Ergün, N., Göksu, İ., & Sakız, H. (2020). Genel Phubbing (Sosyotel) Ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi, 8(15), 90–104. Ivanova, A., et al. (2020). Mobile phone addiction, phubbing, and depression among men and women: A moderated mediation analysis. Psychiatric Quarterly, 91(3), 655–668. Mata, D. A., et al. (2015). Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: A systematic review and meta-analysis. JAMA, 314(22), 2373–2383. Bitar, Z., et al. (2023). Phubbing among Lebanese young adults: Scale validation and association with mental health. Current Psychology.

SS-04

İnsomni Şiddetini Belirleyen Klinik İpuçları: Kronotip, Çalışma Durumu ve Aile Öyküsü

Gülsel Yalçın Raşa[1], Tuğba Koca Laçin[1], Elif Bolat[1], Yasir Şafak[1]
[1]*Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Uyku Bozuklukları Merkezi, Ankara, Türkiye*

Amaç: Bu çalışmada insomni tanılı erişkin hastalarda insomni şiddeti ile kronotip tercihleri arasındaki ilişkinin incelenmesi ve sabahçıl, ara ve akşamcıl kronotip alt gruplarında insomni belirti profilinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Retrospektif ve kesitsel tasarımlı bu çalışmada, bir uyku bozuklukları polikliniğine başvuran, klinisyen değerlendirmesiyle kronik insomni tanısı doğrulanmış, dosyasında Uykusuzluk Şiddet İndeksi (ISI) ve Sabahçıl-Akşamcıl Ölçeği (MEQ) sonuçları eksiksiz kayıtlı 100 hastanın verileri değerlendirilmiştir. Kronotip gruplarına göre ISI puanları Kruskal-Wallis testi ve Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarla incelenmiş; MEQ-ISI ilişkisi Spearman korelasyonu ve yaş ile cinsiyetin kontrol edildiği çoklu doğrusal regresyon analiziyle değerlendirilmiştir.

Bulgular: Örneklemin %58'i (n=58) ara, %23'ü (n=23) akşamcıl, %19'u (n=19) sabahçıl kronotip grubundaydı. ISI toplam puanı kronotip gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdi (H=8,49; p=0,014); akşamcıl grup (17,39±4,85) ara gruptan (13,93±5,73) anlamlı olarak yüksekti (Bonferroni p=0,013). Uykuya dalma güçlüğü ve uyku düzeninden memnuniyetsizlik alt maddelerinde akşamcıl grup her iki gruptan da anlamlı yüksek puan aldı (p<0,05).

MEQ puanı ile ISI toplam puanı arasında anlamlı negatif korelasyon saptandı (r=-0,301; p=0,002); bu ilişki yaş ve cinsiyet kontrol edildikten sonra da anlamlılığını korudu (β=-0,143; p=0,004). Ayrıca, çalışan hastaların ISI puanı çalışmayanlara göre anlamlı olarak düşük (12,95±4,78'e karşı 15,95±5,85; p=0,008), ailede uyku bozukluğu öyküsü bulunan hastaların ISI puanı ise öyküsü olmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti (17,27±5,77'ye karşı 13,91±5,28; p=0,010).

Sonuç: İnsomni hastalarında akşamcıl kronotip, özellikle uykuya dalma güçlüğü ve uyku memnuniyetsizliği boyutlarında daha şiddetli belirtilerle ilişkilidir; bu ilişki yaş ve cinsiyetten bağımsız olarak sürmektedir. Çalışıyor olmak daha hafif, ailede uyku bozukluğu öyküsü bulunması ise daha şiddetli insomni belirtileriyle ilişkili bulunmuş olup, çalışma durumunun bu etkisi kronotip gruplarının tümünde tutarlıdır.

Bulgular, klinik değerlendirmede kronotipin yanı sıra çalışma durumu ve aile öyküsünün de sorgulanmasını, kronotipe duyarlı tedavi yaklaşımlarının özellikle akşamcıl hastalarda değerlendirilmesini desteklemektedir. Yapılandırılmış bir gündüz rutininin sirkadiyen düzenliliği ve uyku kalitesini destekleyerek koruyucu bir rol oynaması olasıdır; bulgular daha geniş örneklemli ve prospektif çalışmalarla doğrulanmalıdır.

Tablo 1. Kronotip gruplarına göre ISI toplam puanları

Kronotip	n	ISI toplam puanı, Ort ± SS
Sabahçıl	**19**	**14,21 ± 5,24**
Ara tip	**58**	**13,93 ± 5,73**
Akşamcıl	**23**	**17,39 ± 4,85**

Not: Gruplar Kruskal-Wallis testi ile karşılaştırılmıştır (H = 8,49; p = 0,014). Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda yalnızca ara tip ile akşamcıl grup arasında anlamlı fark saptanmıştır (p = 0,013); diğer ikili karşılaştırmalar anlamlılığa ulaşmamıştır.

ISI, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi; Ort, ortalama; SS, standart sapma.

Tablo 2. Çalışma durumu ve ailede uyku bozukluğu öyküsüne göre ISI toplam puanları

Değişken	Grup	n	ISI toplam puanı, Ort ± SS	p
Çalışma durumu	**Çalışan**	**39**	**12,95 ± 4,78**	**0,008**
	Çalışmayan	**61**	**15,95 ± 5,85**	
Ailede uyku bozukluğu öyküsü	**Var**	**26**	**17,27 ± 5,77**	**0,010**
	Yok	**74**	**13,91 ± 5,28**	

Not: İkili grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.
ISI, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi; Ort, ortalama; SS, standart sapma.

Anahtar Kelimeler: İnsomni; kronotip; uykusuzluk şiddeti; sirkadiyen ritim; Uykusuzluk Şiddet İndeksi (ISI)

Kaynaklar:

1. Zhao, Y., Chen, H., Åkerstedt, T., Zhang, Z., Wang, S., & Tan, X. (2025). Association between insomnia symptoms and chronotype—A systematic review and meta-analysis. Sleep Health, 11, 551-559.
2. Lack, L. C., Micic, G., & Lovato, N. (2023). Circadian aspects in the aetiology and pathophysiology of insomnia. Journal of Sleep Research, e13976.
3. Perlis, M. L., Posner, D., Riemann, D., Bastien, C. H., Teel, J., & Thase, M. (2022). Insomnia. Lancet, 400(10357), 1047-1060.
4. Sarsembayeva, D., Hartman, C. A., Melo, R. D. C., & Schreuder, M. J. (2024). Nonlinear associations between insomnia symptoms and circadian preferences in the general population: Symptom-specific and lifespan differences in men and women. Sleep Health, 10, 171-181.

SS-05

Klinik Uygulamalarda Yapay Zekâ: Hekimlerin İsteklilikleri, Endişeleri ve Kullanım Deneyimleri

Hilmi İsmet Tuncer[1], Yavuz Yılmaz[1], Seda Yavuz[2]

[1] Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sivas, Türkiye

[2] Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Antalya Şehir Hastanesi, Antalya, Türkiye

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de çalışan hekimlerin yapay zekânın (YZ) klinik uygulamalara entegrasyonuna yönelik isteklilik ve endişelerini değerlendirmek ve bu tutumlarla ilişkili mesleki ve teknolojik özellikleri incelemektir.

Yöntem: Kesitsel olarak tasarlanan araştırmaya Türkiye'de farklı sağlık kurumlarında çalışan 403 hekim dahil edildi. Veriler 18 Haziran–31 Temmuz 2025 tarihleri arasında çevrim içi olarak toplandı. Hekimlerin YZ kullanımına yönelik tutumları, literatür temelinde geliştirilen 25 maddelik ölçekle değerlendirildi. Ölçeğin faktör yapısı açıklayıcı faktör analiziyle incelendi; grup karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans analizi kullanıldı.

Bulgular: Katılımcıların %50,4'ü (n=203) kadın, %49,6'sı (n=200) erkekti. Hekimlerin %56,3'ü (n=227) daha önce YZ destekli uygulama kullanmışken, yalnızca %27,0'si (n=109) klinik amaçlı YZ kullanmıştı. Faktör analizi, toplam varyansın %45,9'unu açıklayan "YZ kullanma istekliliği" ve "YZ'ye ilişkin kaygı ve endişeler" olmak üzere iki boyut ortaya koydu. Alt boyutların Cronbach alfa katsayıları sırasıyla 0,924 ve 0,825 olup, iki boyut arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptandı (r=-0,349; p<0,001). Daha önce YZ kullananların isteklilik puanları kullanmayanlardan (57,50±7,23'e karşı 52,78±8,79; p<0,001), klinik amaçlı YZ kullananların puanları ise kullanmayanlardan (58,83±7,39'a karşı 54,18±8,25; p<0,001) daha yüksekti. İsteklilik puanları mesleki deneyim süresine göre farklılık gösterdi (p=0,018). YZ konusunda teknik bilgi düzeyi arttıkça isteklilik puanları artarken (p<0,001), kaygı ve endişe puanları azaldı (p=0,014).

Sonuç: Bulgular, hekimlerin YZ'ye yönelik tutumları ile gerçek klinik kullanım arasında bir farklılığa işaret etmektedir. YZ deneyimi ve daha yüksek teknik bilgi düzeyinin daha fazla kullanım istekliliğiyle, teknik bilgi düzeyinin ise daha düşük kaygı ve endişeyle ilişkili olması, YZ'nin klinik uygulamalara entegrasyonunda hekimlerin eğitim ve uygulamalı deneyimlerinin önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Yapay zekâ, hekimler, klinik uygulama, teknoloji kabulü, kaygı

Kaynaklar

1. Chen M, Zhang B, Cai Z, et al. Acceptance of clinical artificial intelligence among physicians and medical students: A systematic review with cross-sectional survey. Front Med. 2022;9:990604.

2. Dean TB, Seecheran R, Badgett RG, Zackula R, Symons J. Perceptions and attitudes toward artificial intelligence among frontline physicians and physician assistants in Kansas: A cross-sectional survey. JAMIA Open. 2024;7(4):ooae100.

3. Oh S, Kim JH, Choi SW, Lee HJ, Hong J, Kwon SH. Physician confidence in artificial intelligence: An online mobile survey. J Med Internet Res. 2019;21(3):e12422.

4. Lekadir K, Frangi AF, Porras AR, et al. FUTURE-AI: International consensus guideline for trustworthy and deployable artificial intelligence in healthcare. BMJ. 2025;388:e081554.

SS-06

Ortoreksiya Nervosa ile Kişilik Özellikleri İlişkisinin İncelenmesi

Burak Yeşilalan *,Mehmet Celal Kefeli*,Mustafa Akkuş*, Güler ÇELİKEL*, Rıdvan Mehmet Göktaş*

*Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Psikiyatri Kliniği

Amaç: Ortoreksiya Nervoza (ON), bireyin sağlıklı beslenme arzusunun patolojik bir saplantı haline gelmesi, yiyeceklerin saflığına ve kalitesine aşırı odaklanması ile karakterize edilen bir durumdur(1)Kişilik özellikleri, yeme davranışlarını ve psikopatolojilerin gelişimini etkileyen temel faktörlerden biridir. Literatürde farklı kişilik özellikleri /eğilimleri ile yeme bozuklukları ile ilişkisini inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Ancak, bireyin genel uyum düzeyini, kişisel ve sosyal uyumunu kapsamlı bir şekilde ele alan kişilik profillerinin, ortorektik eğilimlerle (hem sağlıklı ilgihem de patolojik takıntı boyutunda) nasıl bir ilişki içerisinde olduğu henüz netlik kazanmamıştır. Bu çalışmada, sağlıklı beslenme takıntısının (Ortoreksiya), bireylerin kişilik yapılanmaları ve uyum düzeyleri ile olan ilişkisi incelenecektir.(2)

Yöntem: Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim Araştırma Hastanesi sağlık kuruluna başvuran 340 kişi çalışmaya dahil edilmiştir.Kişilere Hacettepe Kişilik Envanteri (HKE) ve Teruel Ortoreksiya Ölçeği (TeruelOrthorexiaScale) uygulanmıştır. Elde edilen veriler, istatistiksel olarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmada ortoreksiya nervosa ve sağlıklı ortoreksiya gruplarında kişisel , sosyal ve genel uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Sağlıklı ortoreksi grubunda aile ilişkileri ve sosyal normlar alt başlıklarında anlamlı ilişki saptanmıştır. ($p<0,5$).Ayrıca beden kitle endeksi ile kişisel, sosyal, genel uyum puanları anlamlı olarak ilişkili saptanmıştır($p<0,5$).

Sonuç: Çalışmada ortoreksik eğilimle kişilik özellikleri/uyum düzeyleri arasında ilişki saptanmamıştır. Literatürde kişilik özelliklerinin ortoreksik eğilimler üzerinde etkisinin bulunmadığını destekler çalışmalar bulunmakla birlikte bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır.(3)

Anahtar Kelimeler: Ortoreksiya nervosa, kişilik özellikleri, uyum

Kaynakça

Dunn, T. M., & Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. Eating Behaviors, 21, 11-17.

Barrada, J. R., & Roncero, M. (2018). Bidimensional structure of the orthorexia: Development and initial validation of a new instrument. Anales de Psicología, 34(2), 283-291.

Sezer Katar, K., Şahin, B., & Kurtoğlu, M. B. (2024). Healthy orthorexia, orthorexia nervosa, and personality traits in a community sample in Turkey. The International Journal of Psychiatry in Medicine, 59(1), 83-100.

SS-07

Uyku Merkezine Yatan Hastalarda Psikiyatrik Komorbidite Ile Inflamatuvar Belirteçlerin Değerlendirilmesi

Elif Bolat[1], Gülsel Yalçın Raşa[1], Tuğba Koca Laçin[1], Aybüke Demir[1], Erkan Bolat[2], Yasir Şafak[1]

[1]*Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Uyku Bozuklukları Merkezi, Ankara, Türkiye*

[2]*Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Kliniği, Ankara, Türkiye*

Amaç: Bu çalışmada, bir uyku bozuklukları merkezinde yatarak değerlendirilen erişkinlerde aktif psikiyatrik komorbidite ile nötrofil/lenfosit oranı (NLO) arasındaki ilişki incelendi. İkincil olarak on iki hematolojik ve inflamatuvar belirteç karşılaştırıldı.

Yöntem: Tek merkezli, retrospektif çalışmada, 1 Ocak–31 Temmuz 2026 arasında polisomnografi ile yatarak değerlendirilen 18 yaş ve üzeri ardışık hastaların kayıtları incelendi. Birincil sonuç log-dönüştürülmüş NLO idi. Model yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi, sigara, log(1+AHİ), minimum SpO_2 ve tıbbi komorbidite yükü için düzeltildi. Eksik veriler çoklu atama ile ele alındı. HC3 sağlam standart hatalar ve ikincil belirteçler için Benjamini-Hochberg düzeltmesi kullanıldı.

Bulgular: Analize 130 hasta alındı ve 60'ında (%46,2) aktif psikiyatrik komorbidite vardı. Komorbiditesi olan hastalar daha yaşlıydı (52,5±14,1'e karşı 43,1±14,2 yıl) ve kadın oranı daha yüksekti (%66,7'ye karşı %20,0). BKİ, AHİ ve minimum SpO_2 gruplar arasında benzerdi. NLO medyanı komorbiditesi olanlarda 1,97, olmayanlarda 1,74 idi. Kovaryatlarla düzeltilmiş modelde GMR 1,08 bulundu (%95 GA 0,94–1,25, p=0,278) ve etki tahminleri duyarlılık analizlerinde benzer kaldı (Tablo 1). Düzeltilmemiş analizlerde TLO, Sİİ, sedimentasyon ve ferritin açısından gruplar arasında fark saptandı. Kovaryatlarla düzeltilmiş analizler ve BH düzeltmesi sonrasında ise on iki ikincil belirtecin tamamında düzeltilmiş p değerleri 0,05'in üzerindeydi (Tablo 2).

Sonuçlar: Uyku bozukluğu nedeniyle yatarak değerlendirilen hastalarda psikiyatrik komorbiditeye eşlik eden bağımsız bir NLO artışı gösterilemedi. Psikiyatrik bozukluklarda bildirilen NLO yüksekliği çoğunlukla sağlıklı kontrol gruplarıyla yapılan karşılaştırmalara dayanmaktadır. Buna karşılık bu çalışmada her iki grup da uyku bozukluğu nedeniyle değerlendirilen klinik bir örneklemden oluşuyordu. OSA ve diğer klinik özelliklerin inflamatuvar yük üzerindeki etkileri, psikiyatrik komorbiditeye özgü küçük farklılıkların ayırt edilmesini güçleştirmiş olabilir. Ham ikincil belirteç farklılıklarının düzeltme sonrasında kaybolması da demografik ve klinik karıştırıcıların önemini göstermektedir. Bulgular, hemogram temelli inflamatuvar göstergelerin bu popülasyonda psikiyatrik komorbiditeyi tek başına ayırt etmek için yeterli olmadığını düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Psikiyatrik komorbidite; nötrofil/lenfosit oranı; inflamasyon; uyku bozuklukları; polisomnografi

Kaynaklar:

1. Irwin, M. R., Olmstead, R., & Carroll, J. E. (2016). Sleep disturbance, sleep duration, and inflammation: a systematic review and meta-analysis of cohort studies and experimental sleep deprivation. Biological Psychiatry, 80(1), 40-52.
2. Rha, M. S., Kim, C. H., Yoon, J. H., & Cho, H. J. (2020). Association between the neutrophil-to-lymphocyte ratio and obstructive sleep apnea: a meta-analysis. Scientific Reports, 10, 10862.
3. Yuan, N., Chen, Y., Xia, Y., Dai, J., & Liu, C. (2019). Inflammation-related biomarkers in major psychiatric disorders: a cross-disorder assessment of reproducibility and specificity in 43 meta-analyses. Translational Psychiatry, 9, 233.
4. Fiori, V., Lombardo, C., & Ballesio, A. (2026). Association between sleep disturbances and circulating inflammatory markers in depressive and bipolar disorders: a systematic review and meta-analysis. Sleep Medicine, 139, 108735.

Tablo 1. Psikiyatrik komorbidite durumuna göre temel özellikler ve nötrofil/lenfosit oranı (N=130)

Değişken	Komorbidite yok (n=70)	Komorbidite var (n=60)	SMD
Yaş, yıl (ort ± SS)	43,1 ± 14,2	52,5 ± 14,1	0,67
Kadın, n (%)	14 (20,0)	40 (66,7)	1,07
Beden kitle indeksi, kg/m²	31,2 [26,7–36,0]	30,7 [27,4–35,2]	0,17
Apne-hipopne indeksi, olay/saat	21,9 [13,5–34,1]	20,0 [7,3–36,1]	0,16
Minimum SpO_2, %	84,0 [78,0–86,0]	83,0 [80,0–86,0]	0,18
NLO	1,74 [1,35–2,21]	1,97 [1,46–2,42]	—

Not: Yaş ortalama ± SS, diğer sürekli değişkenler medyan [Ç1–Ç3] olarak verilmiştir. Eksik veri nedeniyle BKİ için n=124, AHİ ve minimum SpO_2 için n=125'tir. SMD, standardize ortalama farkın mutlak değeridir. NLO için kovaryatlarla düzeltilmiş GMR 1,08'dir (%95 GA 0,94–1,25, p=0,278). Model yaş, cinsiyet, BKİ, sigara kullanımı, log(1+AHİ), minimum SpO_2 ve tıbbi komorbidite yükü için düzeltilmiştir.

NLO, nötrofil/lenfosit oranı; GMR, geometrik ortalama oranı; GA, güven aralığı; Ç1–Ç3, birinci–üçüncü çeyrek; SS, standart sapma; SMD, standardize ortalama fark; AHİ, apne-hipopne indeksi; BKİ, beden kitle indeksi.

Tablo 2. İkincil inflamatuvar belirteçler için düzeltilmiş tahminler ve Benjamini-Hochberg düzeltilmiş p değerleri

Belirteç	Düzeltilmiş tahmin [%95 GA]	Düzeltilmiş p	BH-düzeltilmiş p
TLO	GMR 1,12 [1,00–1,25]	0,052	0,314
MLO	GMR 1,13 [1,00–1,29]	0,052	0,314
Sİİ	GMR 1,13 [0,95–1,33]	0,166	0,411
SİRİ	GMR 1,14 [0,94–1,39]	0,171	0,411
CRP	GMR 1,20 [0,73–1,97]	0,460	0,613
Sedimentasyon	GMR 0,90 [0,64–1,27]	0,546	0,655
Ferritin	GMR 0,76 [0,53–1,09]	0,131	0,411
Trombosit	GMR 1,04 [0,96–1,13]	0,356	0,534
Lökosit	Fark 0,01 [−0,74–0,75]	0,988	0,988
Nötrofil	Fark 0,01 [−0,53–0,56]	0,959	0,988
Lenfosit	Fark −0,13 [−0,41–0,15]	0,348	0,534
Monosit	Fark 0,04 [−0,03–0,10]	0,241	0,482

Not: Tahminler yaş, cinsiyet, BKİ, sigara kullanımı, log(1+AHİ), minimum SpO_2 ve tıbbi komorbidite yükü için düzeltilmiştir. BH-düzeltilmiş p değerleri 12 ikincil belirteç üzerinden hesaplanmıştır. Düzeltilmemiş grup karşılaştırmalarında TLO (p=0,010), Sİİ (p=0,048), sedimentasyon (p=0,027) ve ferritin (p<0,001) için p<0,05 bulunmuştur. CRP için n=109, sedimentasyon için n=115 ve ferritin için n=123'tür.

GMR, geometrik ortalama oranı; GA, güven aralığı; TLO, trombosit/lenfosit oranı; MLO, monosit/lenfosit oranı; Sİİ, sistemik immün-inflamasyon indeksi; SİRİ, sistemik inflamatuvar yanıt indeksi; CRP, C-reaktif protein.

SS-08

Pandemi Döneminde Anksiyete ve Obsesif-Kompulsif Belirtiler: Sağlık Çalışanları Daha Fazla mı Etkilendi?

Ayça Nur Örün[1], Faruk Kurhan[1]
[1]Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Psikiyatri Anabilim Dalı

Amaç: Bu araştırmanın amacı, COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanları ve sağlık çalışanı olmayan bireylerde anksiyete düzeyleri ile kontaminasyon (kirlenme/bulaşma) ve sorumluluk/kontrol obsesyonları ve bunlarla ilişkili obsesif-kompulsif (OK) davranışlar üzerindeki etkisini incelemektir. Ayrıca, anksiyete düzeyleri ile obsesif-kompulsif semptom şiddeti arasındaki ilişkinin belirlenmesi ve bu ilişkinin cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ile kişisel ve ailede kronik hastalık öyküsü gibi sosyodemografik ve klinik özellikler açısından değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

Yöntemler: Araştırmaya toplam 664 kişi dahil edilmiştir. Katılımcıların 395'i (%59,5) erkek, 269'u (%40,5) kadın olup; 180'i (%27,1) sağlık çalışanı, 484'ü (%72,9) ise sağlık çalışanı olmayan bireylerden oluşmaktadır. Veriler Sosyodemografik Veri Formu, Beck Anksiyete Envanteri (BAI) ve pandemi öncesi ile pandemi sonrası değerlendirmeleri içeren Kısaltılmış Boyutsal Obsesif-Kompulsif Ölçeği (DOCS-A) kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: BAI puanları ile pandemi sonrası DOCS-A toplam puanları arasında orta düzeyde pozitif, pandemi öncesi DOCS-A toplam puanları arasında ise zayıf düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır (her iki analiz için de $p<0,001$). Kadın katılımcıların pandemi öncesi ve sonrası DOCS-A toplam ve alt boyut puanları erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Kişisel kronik hastalık öyküsü bulunan bireylerin BAI ve DOCS-A puanları, kronik hastalık öyküsü olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek belirlenmiştir (her ikisi için de $p<0,001$). Pandemi döneminde obsesif-kompulsif semptomların pandemi öncesine kıyasla anlamlı düzeyde arttığı da gösterilmiştir.

Sonuç: COVID-19 pandemisinin obsesif-kompulsif belirtiler ve anksiyete düzeyleri üzerinde belirgin etkileri olduğu görülmüştür. Anksiyete düzeyi ile obsesif-kompulsif semptom şiddeti arasında orta düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur. Kadın cinsiyeti ile kişisel veya ailede kronik hastalık öyküsü anksiyete ve obsesif-kompulsif belirtiler açısından risk faktörü olarak belirlenirken, sağlık çalışanlarının sağlık çalışanı olmayan bireylere göre anksiyete belirtileri geliştirme riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, anksiyete, obsesif-kompulsif belirtiler, sağlık çalışanları

SS-09

Şizofreni Hastalarında Hemogram Temelli İnflamatuvar İndekslerin Yatış Sürecindeki Değişimi: Retrospektif Bir Çalışma

Melike Nur İnan[1], Didem Bostan Bendaş[1]
[1] Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye

Amaç: Şizofrenide antipsikotik tedavilerin inflamatuvar süreçler üzerinde farklı etkiler gösterebildiği bildirilmektedir (Patlola ve ark., 2023). Bu çalışmada nötrofil/lenfosit oranı (NLR), trombosit/lenfosit oranı (PLR), monosit/lenfosit oranı (MLR), sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII) ve sistemik inflamasyon yanıt indeksinin (SIRI) yatış sürecindeki değişimlerinin ve bu değişimlerin klozapin kullanımına göre farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmada, 2021–2026 yılları arasında şizofreni tanısıyla yatarak tedavi edilen 100 hastanın klinik verileri ile yatış ve yatış sonu hemogram sonuçları incelenmiştir. Klozapini monoterapi veya diğer antipsikotiklerle birlikte kullanan hastalar "klozapin kullanan", diğer hastalar "klozapin kullanmayan" olarak sınıflandırılmıştır. Hemogram verilerinden NLR, PLR, MLR, SII ve SIRI hesaplanmıştır. İndekslerdeki değişim Doğrusal Karma Model ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: NLR, PLR, SII ve SIRI ortalama değerleri her iki grupta yatış sonunda yatışa göre daha düşük bulunmuştur. Zaman içindeki değişimin klozapin kullanımına göre farklılaşıp farklılaşmadığını gösteren grup × zaman etkileşimleri PLR, MLR ve SIRI için istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (tümü $p > 0,05$). Klozapin kullanan grupta yatıştan yatış sonuna NLR (3,65 ± 0,28'den 2,99 ± 0,28'e; $p = 0,048$) ve SII (935,24 ± 79,86'dan 714,37 ± 79,86'ya; $p = 0,024$) değerlerinin anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır. Bununla birlikte, NLR ve SII için de grup × zaman etkileşimleri anlamlı bulunmamıştır (sırasıyla $p = 0,472$ ve $p = 0,612$).

Sonuç: İnflamatuvar indekslerin büyük bölümünün her iki grupta yatış sonunda daha düşük olması, yatış sürecinde genel bir azalma eğilimine işaret etmektedir. Bu örüntü, önceki çalışmalarla uyumlu olarak klinik stabilizasyon ve genel tedavi süreciyle ilişkili olabilir (Bilgin Koçak ve ark., 2024; Dawidowski ve ark., 2022). Klozapin kullanan grupta NLR ve SII değerleri yatış sonunda azalmış olsa da hiçbir indeks için grup × zaman etkileşiminin anlamlı bulunmaması, bu bulguların klozapine özgü bir etki olarak yorumlanmasını güçleştirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Klozapin, İnflamasyon.

Kaynakça

Bilgin Koçak, M., Öztürk Atkaya, N., & Oruç, M. A. (2024). Evaluation of inflammatory markers obtained from complete blood count in different stages of schizophrenia. *Current Medical Research and Opinion, 40*(8), 1413–1419. doi:10.1080/03007995.2024.2378180

Dawidowski, B., Grelecki, G., Biłgorajski, A., Podwalski, P., Misiak, B., & Samochowiec, J. (2022). Effect of antipsychotic treatment on neutrophil-to-lymphocyte ratio during hospitalization for acute psychosis in the course of schizophrenia—A cross-sectional retrospective study. *Journal of Clinical Medicine, 11*(1), 232. doi:10.3390/jcm11010232

Patlola, S. R., Donohoe, G., & McKernan, D. P. (2023). Anti-inflammatory effects of 2nd generation antipsychotics in patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research, 160*, 126–136. doi:10.1016/j.jpsychires.2023.01.042

SS-10

Tedaviye Dirençli Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Elektrokonvülsif Tedavi: Dört Olguluk Vaka Serisi

Oğuzhan Arat,Erol Göka[1]
[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

Amaç: Obsesif kompulsif bozuklukta (OKB) elektrokonvülsif tedavinin etkinliğine ilişkin kanıtlar sınırlıdır(1,2). Tedaviye dirençli OKB'de farmakoterapi ve augmentasyon seçeneklerine rağmen dirençli belirtiler devam edebilmektedir (3). Bu vaka serisinde, yeterli farmakoterapiye rağmen ağır belirtileri ve işlev kaybı süren dört hastada EKT(Elektrokonvülsif Terapi) 'nin klinik seyir ve sonuçlarının sunulması amaçlandı.

Yöntem: 2021-2024 yılları arasında EKT uygulanan dört OKB hastasının tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastalık süresi, obsesyon-kompulsiyon fenotipi, işlev kaybı, tedaviler, EKT seansları ve klinik sonuçlar değerlendirildi.

Bulgular:

Vaka 1: 38 yaşında kadın hastada 12 yıldır kirlenme ve cam kırıklarıyla ilişkili obsesyonlar, kaçınma ve saatler süren yıkama kompulsiyonları vardı. Geçmişte 15 seans EKT öyküsü vardı. Güncel yatışında yüksek doz klomipramin ve antipsikotik augmentasyonu altında yedi seans EKT uygulandı; belirtiler geriledi. Halen remisyonda.

Vaka 2: 51 yaşında kadın hastada yaklaşık 30 yıldır temizlik ve ilişki temalı obsesyonlar var olan hasta essitalopram 20mg/gün, klomipramin 300 mg/gün tedavisine yetersiz yanıt sonrası EKT uygulandı, kısmi remisyonla idame EKT programına geçildi. Halen işlevselliği yerinde.

Vaka 3: 24 yaşında erkek hastada beş yıldır cinsel ve kirlenme obsesyonları, güvence arama ve belirgin işlev kaybı vardı; sertraline 200 mg/gün, risperidon 3mg/gün ve 300 mg/gün klomipramine rağmen yanıt alınamadı. Yatışta geçici psikotik bulgular (halüsinasyon, persekütif düşünce) gelişti, antipsikotik dozu artırıldı. Toplam 11 seans EKT sonrası remisyon sağlandı, halen remisyonda.

Vaka 4: 35 yaşında erkek hastada el yıkama, leke arama, kapı-ocak kontrolü, tekrarlayıcı soru sorma ve tuvalette uzun kalma davranışları mesleki işlevselliği bozmuştu. Sırasıyla yüksek doz sertralin ve essitaloprama , klomipramin ve antipsikotik augmentasyonuna rağmen belirtiler sürdü. Sekiz seans EKT sonrasında tuvalette kalma ve leke arama davranışları ortadan kalktı, taburculukta remisyon kaydedildi.

Sonuç: Dört olgunun üçünde EKT sonrası belirgin iyileşme, birinde kısmi yanıt gözlendi; uzun izlemde yeniden psikiyatrik yatış gerekmedi. EKT, ağır ve tedaviye dirençli, psikotik özellik gösteren olgularda dahi potansiyel bir seçenek olabilir.

Anahtar kelimeler: Elektrokonvülsif tedavi; obsesif-kompulsif bozukluk; tedavi direnci;

Kaynaklar

1. Fontenelle LF, et al. Electroconvulsive therapy for obsessive-compulsive disorder: a systematic review. J Clin Psychiatry. 2015;76(7):949-957.
2. Lins-Martins NM, et al. Electroconvulsive therapy in obsessive-compulsive disorder: a chart review and evaluation of its potential therapeutic effects. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2015;27(1):65-68.
3. Van Ameringen M, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS) 2025 international guidelines for the management of patients with obsessive-compulsive disorder. J Psychiatr Res. 2026;199:404-488.

SS-11

Fibromiyalji Tanılı Kadınlarda İçe Dönük Öfke ve Duygu Düzenleme Güçlükleri: Bir Olgu-Kontrol Çalışması

Turceun İleri Akdoğan
Rize Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Rize

Amaç: Fibromiyaljide (FM) öfkenin bastırılması ağrı ve psikolojik yükle ilişkilendirilmiş (Galvez-Sánchez, Reyes del Paso, Duschek ve Montoro, 2022); duygu düzenleme güçlüklerinin ise depresyon ve anksiyeteyle ilişkili olduğu bildirilmiştir (Frumer, Marom Harel ve Horesh, 2023; Telli ve Akkuş, 2025). Ancak iki yapı aynı örneklemde nadiren birlikte incelenmiştir. Bu çalışmada öfke ifade biçimleri ve duygu düzenleme güçlüklerinin depresyon, anksiyete ve ağrıyla ilişkileri sağlıklı kontrollerle karşılaştırmalı olarak incelendi.

Yöntem: Olgu-kontrol tasarımlı çalışmaya Amerikan Romatoloji Koleji (ACR) 2016 ölçütlerine (Wolfe ve ark., 2016) göre tanı almış 73 FM hastası ve yaş açısından eşleştirilmiş 70 sağlıklı kontrol (tümü kadın) alındı. Katılımcılara Durumluk-Sürekli Öfke İfade Envanteri (STAXI), Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-16 (DERS-16), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (YAB-7), Fibromiyalji Etki Anketi (FEA) ve Görsel Analog Skala (GAS) uygulandı. FM grubunda yaş, hastalık başlangıç yaşı ve eğitim düzeyi kontrol edilerek hiyerarşik regresyon ve keşifsel path analizleri yapıldı.

Bulgular: FM hastaları daha yüksek depresyon ($d = 0,71$) ve anksiyete ($d = 0,77$) puanları bildirdi. Dört STAXI boyutundan yalnızca içe dönük öfke farklılaştı ($p = 0,019$; $d = 0,40$). En büyük farklar duygu düzenleme alanında gözlendi (DERS-16 toplam $d = 0,95$). Hiyerarşik regresyonda içe dönük öfke ($B = 0,61$; $p = 0,002$) ve DERS-16 toplam puanı ($B = 0,53$; $p < 0,001$) depresif belirtilerle bağımsız olarak ilişkiliydi ($R^2 = 0,67$). Keşifsel path analizinde içe dönük öfkenin depresyonla DERS-16 üzerinden dolaylı ilişkisi gözlendi ($B = 0,54$; $p = 0,001$); ancak alt boyut düzeyindeki 45 dolaylı etkinin hiçbiri Bonferroni eşiğini karşılamadı ve model uyumu sınırlı kaldı.

Sonuç: FM hastalarını sağlıklı kontrollerden ayıran öfke farkı genel bir öfke artışından çok içe dönük öfkeye özgüdür; en büyük farklar ise duygu düzenleme güçlüklerinde gözlenmiştir. Dolaylı ilişki örüntüleri kesitsel tasarım nedeniyle nedensel aracılık kanıtı olarak değil, boylamsal çalışmalarda sınanacak hipotezler olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar kelimeler: fibromiyalji; öfke ifadesi; duygu düzenleme güçlükleri; depresyon; anksiyete

Kaynaklar

Frumer, L., Marom Harel, H., & Horesh, D. (2023). Why does it hurt so much? Emotion regulation mediates the association between fibromyalgia symptoms and psychological distress. Healthcare, 11(10), 1368.

Galvez-Sánchez, C. M., Reyes del Paso, G. A., Duschek, S., & Montoro, C. I. (2022). The link between fibromyalgia syndrome and anger: A systematic review revealing research gaps. Journal of Clinical Medicine, 11(3), 844.

Telli, H., & Akkuş, M. (2025). The interplay of pain, emotional regulation difficulties, and social support in individuals diagnosed with fibromyalgia: Impact on depression, anxiety, functional disability, and quality of life. Psychology, Health & Medicine, 30(7), 1540–1559.

Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Häuser, W., Katz, R. L., … Walitt, B. (2016). 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. Seminars in Arthritis and Rheumatism, 46(3), 319–329.

POSTER SUNUMLARI

PS-01

Pramipeksol Tedavisi Sırasında Gelişen Kumar Oynama Bozukluğu: Bir Olgu Sunumu

Deniz Ceyran, Kamuran Karakülah, Muhammet Sevindik
Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş

Kumar oynama bozukluğu; kumar oynama davranışı üzerinde kontrol kaybı, olumsuz sonuçlara rağmen davranışın sürdürülmesi ve kişisel, sosyal ve ekonomik işlevsellikte bozulmayla seyreden davranışsal bir bağımlılıktır. Pramipeksol, Parkinson hastalığı ve huzursuz bacaklar sendromu tedavisinde kullanılan bir dopamin agonistidir. Dopamin agonistlerinin, özellikle pramipeksolün, kumar oynama bozukluğu dahil dürtü kontrol bozukluklarıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (1,2).

Olgu

Elli üç yaşında kadın hasta, kontrol edemediği kumar oynama davranışı, depresif yakınmalar ve artmış alkol kullanımıyla başvurdu. Huzursuz bacaklar sendromu nedeniyle yaklaşık 20 yıldır pramipeksol 0,25 mg/gün kullanmakta olup son 4-5 yılda dozu kademeli olarak 1 mg/güne yükseltilmişti. Yaklaşık beş yıl önce telefon üzerinden kumar oynamaya başlamış; zamanla oynama miktarında artış, kayıpları kovalama, zihinsel uğraş, yakınlarına yalan söyleme ve sosyal işlevsellikte bozulma gelişmişti. Ruhsal durum muayenesinde duygudurumu depresif, duygulanımı kısıtlı ve uyumluydu; düşünce süreci düzenli ve amaca yönelikti, psikotik bulgu saptanmadı. Kumar davranışına ilişkin içgörüsü kısmi, karar verme süreçleri bozulmuştu. South Oaks Kumar Tarama Testi >5, Beck Depresyon Ölçeği 22 puandı. DSM-5 ölçütlerine göre orta şiddette kumar oynama bozukluğu ve majör depresif bozukluk düşünüldü. İzlemde pramipeksol kademeli azaltılarak kesildi ve kumar davranışında azalma gözlendi.

Tartışma

Dopamin agonistleriyle kumar oynama bozukluğu arasındaki ilişki literatürde gösterilmiştir. Dodd ve arkadaşları, dopamin agonisti kullanımı sırasında gelişen patolojik kumar olgularında doz azaltılması veya ilacın kesilmesiyle davranışın gerileyebildiğini bildirmiştir (1). Pramipeksolün D3 reseptörlerine yüksek afinitesinin mezolimbik ödül sistemini etkileyerek dürtüsel davranışlara yatkınlığı artırabileceği düşünülmektedir (1,2). Dopamin agonisti maruziyetinin süresi ve dozuyla dürtü kontrol bozukluğu riskinin artabildiği gösterilmiştir (3). Olgumuzda kumar davranışının doz artışıyla zamansal yakınlığı ve pramipeksol kesildikten sonra azalması ilaç ilişkisini desteklemektedir. Bununla birlikte ailede kumar öyküsü ve eşlik eden psikiyatrik belirtiler bireysel yatkınlığın katkısını düşündürmektedir (2).

Sonuç

Dopamin agonisti kullanan hastalarda kumar oynama ve diğer dürtü kontrol bozuklukları aktif olarak sorgulanmalıdır. Davranış değişikliklerinin erken tanınması ve tedavinin yeniden değerlendirilmesi ciddi psikososyal ve ekonomik sonuçların önlenmesi açısından önemlidir. Parkinson hastalığı dışındaki endikasyonlarda pramipeksol kullanan hastalarda da bu olası yan etki konusunda klinisyen farkındalığı önem taşımaktadır.

Kaynaklar

Dodd ML, Klos KJ, Bower JH, Geda YE, Josephs KA, Ahlskog JE. Pathological gambling caused by drugs used to treat Parkinson disease. *Arch Neurol.* 2005;62(9):1377–1381.

Wolfschlag M, Håkansson A. Drug-Induced Gambling Disorder: Epidemiology, Neurobiology, and Management. *Pharmaceut Med.* 2023;37(1):37–52.

Corvol JC, Artaud F, Cormier-Dequaire F, et al. Longitudinal analysis of impulse control disorders in Parkinson disease. *Neurology.* 2018;91(3):e189–e201.

PS-02

Yanlış Saat Diliminde Yaşamak: Yüksek Doz Ketiapin Kullanımı ile Maskelenmiş Sirkadiyen Ritim Bozukluğu

Gülsel Yalçın Raşa, Tuğba Koca Laçin, Elif Bolat, Şeyma Zengin, Yasir Şafak
Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Uyku Bozuklukları Merkezi, Ankara

Amaç: Bu çalışmada, kronik insomni ön tanısıyla yüksek doz antipsikotik kullanan, detaylı değerlendirmede sirkadiyen ritim uyku bozukluğu saptanan bir olgunun klinik yönetimi sunulmuştur.

Yöntem: 02.06.2026 tarihinde uyku polikliniğine başvuran 25 yaşında, psikoloji mezunu kadın hastanın psikiyatrik öyküsü alınmış; ruhsal durum muayenesi, psikometrik testleri ve laboratuvar tetkikleri bir arada değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hasta, 4-5 yıldır uykuya dalma güçlüğü ve depresif uyum bozukluğu nedeniyle kullandığı ketiapin dozunun son 2 yıldır günde 400 miligrama (mg) ulaştığını, artık uyumak için yüksek doz ilaç almak istemediğini belirtmiştir. Gece 02.00'de ketiapin alarak 04.00'te uyuyabildiği ve 13.00'te uyandığı saptanmıştır.

Ölçek Skorları: Uykusuzluk Şiddeti İndeksi: 6, Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi: 9 (kötü uyku kalitesi), Epworth Uykululuk Ölçeği: 2 (gün içinde uykululuk yok), Sabahçıl-Akşamcıl Anketi: 28 (akşamcıl kronotip), Beck Anksiyete Ölçeği: 3 ve Beck Depresyon Ölçeği: 3'tür. Yüksek doz ketiapin kullanımının depresif belirtileri azalttığı ancak sirkadiyen ritmi düzeltmediği, sabah kalkışlarda baş dönmesine yol açtığı ve hastanın bu yan etkiden kaçınmak için geç kalkma davranışını pekiştirdiği görülmüştür.

Hastaya 3 mg melatonin başlanmış ve ketiapin dozu kademeli 100 mg'a düşürülmüştür. Takip için uyku günlüğü verilmiş; uyku hijyeninin hastanın yaşam koşullarıyla uyumlu hâle getirilebilmesi amacıyla bilişsel davranışçı terapiye (BDT) yönlendirilmiştir. BDT'de, hastanın kendi biyolojik saatinden ötürü gün içinde üretken ve enerjik olamadığı, temel sorunun sorumluluktan kaçmak değil yanlış saat diliminde yaşamak olduğu fark ettirilmiştir. Daha önce "Peter Pan Sendromu" olarak etiketlenmesi nedeniyle oluşan suçluluk duyguları ele alınmış, biyolojik saatinin sosyal hayatla uyumlu hâle getirilmesi amaçlanmıştır.

Sonuç: "Her uyuyamıyorum diyen birey insomni hastası değildir." Gecikmiş tip sirkadiyen ritm uyku bozukluğu, primer insomni olarak hatalı değerlendirilebilir ve bu bireylerin tedavisinde yüksek doz sedatif antipsikotik kullanımı ritmi maskelemekte ancak işlevselliği bozmaktadır. Doğru tanı, farmakolojik düzenleme ve BDT ile biyolojik ritmin sosyal hayatla uyumlu hâle getirilmesi temel yaklaşımdır.

Anahtar Kelimeler: Sirkadiyen ritim uyku bozuklukları, insomni, uyku polikliniği, bilişsel davranışçı terapi.

Kaynaklar

1. Sateia, M. J. (2014). International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. Chest, 146(5), 1387–1394.
2. Moon, E., Cho, Y., & Son, G. J. (2022). Role of melatonin in the management of sleep and circadian disorders in the context of psychiatric illness. Current Psychiatry Reports, 24(11), 819–829.
3. Walker, J., Muench, A., Perlis, M. L., & Vargas, I. (2022). Cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I): A primer. Clin Spec Psihol., 11(2), 123–137.

PS-03

Egzersiz Bağımlılığının Patolojiye Dönüşümü

Prof. Dr. İbrahim Balcıoğlu
İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi,
Fen Edebiyat Fakültesi Öğretim Üyesi,
İç Hastalıkları ve Psikiyatri Uzmanı

Bağımlılık

Bir maddeye, kişiye veya bir varlığa yönelik duyulan ve bir türlü önüne geçilemeyen istek duyma haline bağımlılık denir (Köknel, 1998). Kişinin kendisi haricinde bir nesnenin veya durumun iradesi altına girmesi ve böylece ruhsal açıdan patolojik bir davranış sergilemesi olarak da tanımlanabilir (Uzbay ve Yüksel, 2003). Bir başka tanıma göre bağımlılık; bireylerin ruhsal ve bedensel sağlıklarına, ayrıca sosyal hayatlarına zarar verme pahasına bir davranışı takıntılı olarak yinelemeye karşı duydukları karşı konulamaz istektir (Ghodse, 2005).

Bağımlılık dendiği zaman insanların akıllarına her ne kadar bağımlılık yapan kimyasal veya bitkisel maddeler gelse de pek çok bağımlılık türü mevcuttur. Bunlar arasında internet bağımlılığı, yeme bağımlılığı, kumar bağımlılığı ve egzersiz bağımlılığı sıralanabilmektedir. Bu derlemede ise egzersiz bağımlılığı ele alınacaktır.

Egzersiz Bağımlılığı

Düzenli olarak yapılan egzersizlerin faydaları hiç şüphesiz ki herkes tarafından çok iyi bilinmektedir. Düzenli egzersiz, hem fiziksel hem de ruhsal olarak insanlara pek çok katkı sağlamaktadır. Ancak egzersiz birçok kişi tarafından sevilerek yapılıyor olsa da kompulsif bir eylem haline dönüştüğünde zarar vermesi kaçınılmazdır.

Daha önceleri bu durum için "koşma bağımlılığı" ve "koşan anoreksikler" gibi tanımlar üretilmiş olsa da zamanla tüm bu ifadelerin yerine "egzersiz bağımlılığı" kavramı kullanılmaya başlanmıştır (Coverly Veale, 1987). Egzersiz bağımlılığının sadece uzun mesafe koşucularına has bir durum olmadığı, vücut geliştirme gibi pek çok farklı spor dalıyla uğraşan bireylerde de ortaya çıkabileceği tespit edilmiştir (Smith ve Hale, 2005).

Egzersiz bağımlılığının tanımına bakılacak olursa; egzersizin tüm olumsuz etkilerine rağmen, kişinin fiziksel egzersiz yapmaya karşı kendine engel olamaması, sakatlanma durumunda bile egzersiz yapmaktan kendini alıkoyamaması ve egzersiz yapmadığı zamanlarda kendini suçlu, kötü ve engellenmiş hissetmesi halidir (Adams, 2009).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) ruhsal hastalık sınıflandırmaları incelendiğinde, egzersiz bağımlılığının ayrı bir başlık altında ele alınmadığı görülmektedir; dolayısıyla egzersiz bağımlılığının kendine has resmi tanı kriterleri bulunmamaktadır. Yine de DSM-5 ile madde ve alkol kullanım bozukluklarının yanı sıra "Maddeyle İlişkili Olmayan Bağımlılık Bozuklukları" adı altında yeni bir kategori oluşturulmuştur. Her ne kadar bu yeni kategoride şimdilik sadece kumar bağımlılığı tanımlanmış olsa da bu durum büyük bir gelişmedir ve egzersiz bağımlılığı da literatürde genellikle kumar bağımlılığı ile benzer kriterlerle tanımlanmaktadır (APA, 2013).

Egzersiz bağımlılığı tanısını kolaylaştırmak amacıyla araştırmacılar tarafından "Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği-21" (EBÖ-21) geliştirilmiştir. EBÖ-21, toplamda 21 sorudan oluşan, Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir (Hausenblas ve Downs, 2000). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Yeltepe ve İkizler tarafından 2007 yılında gerçekleştirilerek dilimize kazandırılmıştır (Yeltepe ve İkizler, 2007).

Egzersiz Bağımlılığı Tanı Ölçütleri

Düzenli olarak yapılan egzersizlerin faydaları hiç şüphesiz ki herkes tarafından çok iyi bilinmektedir. Düzenli egzersiz, hem fiziksel hem de ruhsal olarak insanlara pek çok katkı sağlamaktadır. Ancak egzersiz birçok kişi tarafından sevilerek yapılıyor olsa da kompulsif bir eylem haline dönüştüğünde zarar vermesi kaçınılmazdır.

Daha önceleri bu durum için "koşma bağımlılığı" ve "koşan anoreksikler" gibi tanımlar üretilmiş olsa da zamanla tüm

bu ifadelerin yerine "egzersiz bağımlılığı" kavramı kullanılmaya başlanmıştır (Coverly Veale, 1987). Egzersiz bağımlılığının sadece uzun mesafe koşucularına has bir durum olmadığı, vücut geliştirme gibi pek çok farklı spor dalıyla uğraşan bireylerde de ortaya çıkabileceği tespit edilmiştir (Smith ve Hale, 2005).

Egzersiz bağımlılığının tanımına bakılacak olursa; egzersizin tüm olumsuz etkilerine rağmen, kişinin fiziksel egzersiz yapmaya karşı kendine engel olamaması, sakatlanma durumunda bile egzersiz yapmaktan kendini alıkoyamaması ve egzersiz yapmadığı zamanlarda kendini suçlu, kötü ve engellenmiş hissetmesi halidir (Adams, 2009).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) ruhsal hastalık sınıflandırmaları incelendiğinde, egzersiz bağımlılığının ayrı bir başlık altında ele alınmadığı görülmektedir; dolayısıyla egzersiz bağımlılığının kendine has resmi tanı kriterleri bulunmamaktadır. Yine de DSM-5 ile madde ve alkol kullanım bozukluklarının yanı sıra "Maddeyle İlişkili Olmayan Bağımlılık Bozuklukları" adı altında yeni bir kategori oluşturulmuştur. Her ne kadar bu yeni kategoride şimdilik sadece kumar bağımlılığı tanımlanmış olsa da bu durum büyük bir gelişmedir ve egzersiz bağımlılığı da literatürde genellikle kumar bağımlılığı ile benzer kriterlerle tanımlanmaktadır (APA, 2013).

Egzersiz bağımlılığı tanısını kolaylaştırmak amacıyla araştırmacılar tarafından "Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği-21" (EBÖ-21) geliştirilmiştir. EBÖ-21, toplamda 21 sorudan oluşan, Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir (Hausenblas ve Downs, 2000). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Yeltepe ve İkizler tarafından 2007 yılında gerçekleştirilerek dilimize kazandırılmıştır (Yeltepe ve İkizler, 2007).

Egzersiz Bağımlılığı Tanı Ölçütleri

DSM-5 kumar bağımlılığı ölçütlerine uygun olarak, aşağıda yer alan maddelerden 3 veya daha fazlası karşılandığında egzersiz bağımlılığı modeli uygulanmış sayılmaktadır.

12 aylık bir dönem içinde aşağıdaki belirtilerden en az 3 tanesinin bulunması ve klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte bozulmaya yol açması gerekir:

1. Tolerans gelişmiş olması.
2. Yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması.
3. Egzersizin tasarlanandan daha fazla süre ve miktarda yapılması.
4. Egzersizi bırakma ya da denetim altına alma yönündeki çabaların sonuçsuz kalması.
5. Egzersiz yapmak, egzersize ulaşmak için aşırı zaman harcanması.
6. Egzersiz yüzünden önemli toplumsal, sosyal ve mesleki işlevlerde azalma meydana gelmesi.
7. Sakatlık, kalıcı yaralanma veya tıbbi engellere rağmen egzersiz yapmaya devam edilmesi (APA, 2013).

Egzersiz bağımlılığı tanısı konurken DSM-5 ölçütlerinin yanı sıra Coverly Veale tarafından geliştirilen kriterler de sıklıkla kullanılmaktadır. Bu belirtiler şu şekildedir:

1. Günde en az bir veya daha fazla kez egzersiz yapmak ve buna bağlı olarak yaşam standartlarını kısıtlamak.
2. Egzersiz yapmanın günlük tüm sorumlulukların ve işlerin önüne geçmesi.
3. Zaman içerisinde egzersiz miktarına ve süresine karşı tolerans geliştirilmesi.
4. Egzersiz yapamadığı zamanlarda yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması ve egzersiz yapıldığında bu belirtilerin ortadan kalkması.
5. Sakatlık durumunda veya doktorun ara verilmesi gerektiğine dair net uyarılarda bulunduğu hallerde bile egzersiz yapmaktan kendini alıkoyamama durumu (Coverly Veale, 1987).

Egzersiz bağımlılığının tanısında ayrıca Bamber ve arkadaşlarının belirlemiş olduğu tanı kriterleri de kabul görmektedir. Bunlar psikolojik, sosyal, fiziksel ve davranışsal alanlardaki işlev kayıpları ile yoksunluk semptomlarıyla ilişkili belirtilerdir ve şu şekilde sıralanmaktadır:

Bozulmuş İşlevsellik

Bireyde aşağıdaki alanlardan en az iki tanesinde işlevselliğin sekteye uğramış olması gerekmektedir:

1. Psikolojik alanda: Anksiyete ve depresyon belirtileri, yineleyici bir şekilde egzersiz yapmayı düşünme ve egzersizle ilgili zihinsel meşguliyetler.
2. Sosyal ve mesleki alanda: Mesleki sorumlulukların kısmen veya tamamen sekteye uğraması, günlük sosyal aktiviteleri gerçekleştirmek yerine egzersiz yapmayı tercih etme.
3. Fiziksel alanda: Egzersiz yapmak uğruna sağlığını bozma, sakatlanacak kadar ağır egzersizler yapma ve fiziksel olarak elverişli olmamasına rağmen egzersiz yapmaktan kendini alıkoyamama.
4. Davranışsal alanda: Basmakalıp (stereotipik) ve katı davranış örüntüleri sergileme.

a. Yoksunluk Durumu

Bireyin aşağıdaki durumlardan en az bir tanesini göstermesi gerekir:

1. Egzersiz döngüsünün kesintiye uğraması veya planlamada değişiklik olması sebebiyle klinik düzeyde belirgin ve olumsuz sonuçların görülmesi. Bu olumsuz sonuçlar; kendine zarar verme, sosyal çekilme, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik, sosyal, fiziksel veya davranışsal boyutlarda olabilmektedir.
2. Egzersizi azaltmaya çalışma ve kontrol altında tutmaya yönelik girişimlerin başarısızlıkla sonuçlanması (Bamber, Cockerill, Rodgers ve Carroll, 2003).

Birincil ve İkincil Egzersiz Bağımlılığı

Egzersiz bağımlılığı; "birincil egzersiz bağımlılığı" ve "ikincil egzersiz bağımlılığı" olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

Aşırı egzersiz yapmak bazı sporcularda, özellikle de kadınlarda, yeme bozukluğu gibi birtakım psikopatolojik sorunlarla birlikte seyretmektedir. Burada sporcunun temel amacı zayıf kalma çabasıdır. "Kadın atlet üçlemesi" (Female Athlete Triad) olarak tanımlanan bu durumda sporcunun amacı, katıldığı müsabakalarda daha zayıf olmak ve bu sayede daha başarılı olacağını düşünmektir. Ancak bu kontrolsüz zayıflık süreci, amenore (adet görememe) ve osteoporoz (kemik erimesi) ile birlikte ilerlemektedir (Powers ve Thompson, 2007). Kadın atlet üçlemesinin görülme sıklığı %1.3 dolaylarındayken, sporcular arasında genel yeme bozukluğu görülme sıklığı %17 gibi yüksek bir orandır (Vardar, Vardar, Atun ve ark., 2005).

Bu sonuçlar; egzersiz bağımlılığının bazı vakalarda yeme bozukluğunun bir uzantısı olduğunu ve yeme bozukluğunun birincil problem olduğu durumlarda "ikincil egzersiz bağımlılığı" tanısının azımsanmayacak sıklıkta konulabileceğini göstermektedir (Bamber, Cockerill, Rodgers ve Carroll, 2003).

Birincil egzersiz bağımlılığındaki temel problem ise egzersiz davranışının doğrudan kendisinin günlük sosyal, ailesel ve mesleki işlev kaybına yol açması; buna rağmen bireyin egzersiz yapmaktan vazgeçememesidir. Birincil egzersiz bağımlılığı riski erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görülmektedir (Zmijewski ve Howard, 2003).

Egzersiz Bağımlılığı ve İlişkili Psikopatolojiler

Bağımlılık davranışı doğası gereği patolojik bir durumdur ve bağımlılık kriterlerini karşılayan bireylerde eşlik eden çeşitli psikopatolojik özelliklerin varlığı kanıtlanmıştır. Egzersiz bağımlılığına eşlik eden psikopatolojik süreçlere bakıldığında, özellikle kişilik patolojileri ile olan ilişkiler karşımıza çıkmaktadır. Bağımlı, narsisistik ve sınır (borderline) kişilik bozukluklarının egzersiz bağımlılığıyla olan ilişkisi yapılan klinik çalışmalarla tespit edilmiştir. Psikanalitik bakış açısından mazoşistik-narsisistik karakter gelişimi ile egzersiz bağımlılığının gidişatı davranışsal olarak paralellik göstermektedir (Adams, Miller ve Kraus, 2003). Ayrıca egzersiz bağımlılığı olan bireylerde, sakatlanma sonucu veya herhangi bir sebeple egzersiz yapmaları engellendiğinde, depresyon ve anksiyete semptomları klinik tabloya sıklıkla eşlik etmektedir (Koruç ve Arsan, 2009).

PS-04

Post Ejekülasyon Sendrom

Ömer Osman Bazna
Gülhane EAH, Psikiyatri, Ankara

Amaç
Post ejekülasyon sendrom, ejekülasyon sonrası saatler içinde başlayan; yorgunluk, bilişsel yavaşlama, irritabilite, nazal yakınmalar ve kas ağrılarıyla seyreden nadir bir tablodur. Literatürde standart tedavi bulunmamakta, tedavi çoğunlukla baskın semptom kümelerine göre planlanmaktadır. Bu olgu ile gecikmiş tanı alan bir erkek hastada semptom kümesi temelli bir değerlendirme ve antihistaminik tedavi ağırlıklı bir yaklaşım sunulmuştur.

Yöntem
30 yaş erkek hasta, yaklaşık 3 yıldır neredeyse her ejekülasyon sonrası 30 dakika ila 2 saat arasında başlayanve 2-3 gün süren, yoğun halsizlik, zihinsel bulanıklık, dikkat eksikliği, burun akıntısı, gözlerde yanma, boyun ve sırt ağrısı ile belirgin isteksizlik yakınmaları nedeniyle psikiyatri kliniğinde değerlendirildi. Yakınmaların hemen her ejekülasyon sonrası ortaya çıktığı ve cinsel kaçınma ile işlev kaybına yol açtığı öğrenildi. Nörolojik muayene, tam kan sayımı, rutin biyokimya, tiroid fonksiyonları, total testosteron düzeyi ve enfeksiyon taraması normal sınırlar içerisindeydi. Klinik tablonun Waldinger ölçütleri temelinde post ejekülasyon sendrom ile uyumlu olduğu kanaatine varıldı.

Bulgular
Hastada genel olarak grip benzeri belirtiler yönünden göz, burun ve kas ile ilgili semptom kümeleri ön plandaydı. Başlangıçta cinsel etkinlikten 2 saat önce alınan nonsteroid antiinflamatuvar ilaçla sınırlı düzeyde fayda görüldü. Sonrasında günlük Feksofenadin 180 mg başlandı; semptom şiddetinde ilk ay sonunda belirgin azalma izlendi. Kalıcı bilişsel ve bedensel yakınmalar nedeniyle tedaviye Sertralin 50 mg/gün eklendi. Altıncı haftada ejekülasyon sonrası semptom süresi 3 günden 1 güne geriledi, semptom şiddeti hastanın öznel değerlendirmesinde yaklaşık %60 azaldı ve cinsel kaçınma yönünden belirgin ölçüde düzelme gösterdi.

Sonuç
Post ejekülasyon sendrom psikiyatri pratiğinde anksiyete, somatik yakınmalar veya alerjik tablolar içinde gözden kaçabilir. Bu olgu, ayrıntılı cinsel öykü alınmasının tanı açısından kritik olduğunu; tedavinin olası etiyolojiden çok baskın semptom kümelerine göre bireyselleştirilmesinin klinik yarar sağlayabileceğini düşündürmektedir. Antihistaminik tedavi temelli yaklaşım, seçilmiş olgularda iyi tolere edilen ve işlevselliği artıran bir seçenek olabilir; ancak daha güçlü kanıtlar için kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler
post ejekülasyon sendrom, cinsel işlev bozukluğu, waldinger ölçütleri

Kaynaklar
1. Ponce S, Chapalamadugu M, Levine S, Stokes C, Radillo K, Johnson O, Bronson I, Rubin RS. Treatments for postorgasmic illness syndrome: a systematic review. J Sex Med. 2025 Jun 29;22(7):1236-1243. Doi: 10.1093/jsxmed/qdaf112. PMID: 40434029.

2. Waldinger MD, Meinardi MM, Zwinderman AH, Schweitzer DH. Postorgasmic Illness Syndrome (POIS) in 45 Dutch caucasian males: clinical characteristics and evidence for an immunogenic pathogenesis (Part 1). J Sex Med. 2011 Apr;8(4):1164-70. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.02166.x. Epub 2011 Jan 17. PMID:21241453.

3. Shanholtzer A, Stephens JR, Lauter C, Peters KM. Post orgasmic illness syndrome successfully managed with antihistamine: A case report. Urol Case Rep. 2022 Aug 18;45:102189. doi: 10.1016/j.eucr.2022.102189. PMID: 36033161; PMCID: PMC9413944.

PS-05

Davranışsal Bağımlılıklarda Tedavi Sonrası Relapsın Önlenmesinde Bilgisayar Tabanlı Bilişsel Rehabilitasyon Yaklaşımlarının Rolü: Güncel Literatürün Derlenmesi

Zühal Şeflek,[1,2] Barış Kıpçak[3]
[1]Selçuk Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü,
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sinirbilim Doktora Programı,
[3]Konya Selçuklu Rehberlik Araştırma Merkezi

Giriş ve Amaç

Davranışsal bağımlılıklar; kumar oynama bozukluğu, internet oyun bozukluğu, problemli internet kullanımı ve benzeri tabloları kapsayan, kronik seyirli ve relaps oranları yüksek psikiyatrik bozukluklardır. Farmakolojik ve psikososyal tedavilerle klinik iyileşme sağlanabilmesine rağmen, tedavi sonrasında relaps önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Son yıllarda yürütücü işlevlerdeki bozukluklar, inhibitör kontrol yetersizliği, dikkat yanlılığı ve karar verme güçlüklerinin relaps gelişiminde belirleyici rol oynadığı gösterilmiş; bu nedenle bilgisayar tabanlı bilişsel rehabilitasyon uygulamaları, yürütücü işlevleri hedefleyen tamamlayıcı müdahaleler olarak son yıllarda giderek daha fazla araştırılmaktadır. Bu derlemenin amacı, davranışsal bağımlılıklarda relapsın önlenmesinde bilgisayar tabanlı bilişsel rehabilitasyon yöntemlerinin etkinliğine ilişkin güncel kanıtları değerlendirmektir.

Yöntem

Davranışsal bağımlılık, bilgisayar tabanlı bilişsel rehabilitasyon, bilişsel eğitim, yürütücü işlevler, inhibitör kontrol, dikkat yanlılığı ve relaps anahtar sözcükleri kullanılarak ulaşılan sistematik derlemeler, meta-analizler, derleme makaleleri ve randomize kontrollü çalışmalar anlatısal derleme yaklaşımıyla değerlendirilmiştir.

Bulgular

Bilgisayar tabanlı bilişsel rehabilitasyon ve bilişsel eğitim uygulamalarının yürütücü işlevler, çalışma belleği ve inhibitör kontrol gibi relapsla ilişkili nörobilişsel alanlarda iyileşme sağlayabileceğini gösteren bulgular bulunmaktadır. Ayrıca bağımlılıkla ilişkili dikkat yanlılığını ve bilişsel kontrol bozukluklarını azaltmaya yönelik olumlu etkiler bildirilmiştir. Relaps yaşayan bireylerde çalışma belleği ve inhibitör kontrol bozukluklarının daha belirgin olduğu gösterilmiş olup, bu nedenle bilişsel rehabilitasyonun relaps riskini azaltabilecek tamamlayıcı bir yaklaşım olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, özellikle davranışsal bağımlılıklarda relaps oranlarını doğrudan değerlendiren uzun dönem randomize kontrollü çalışmalar sınırlıdır ve mevcut kanıtlar kesin bir klinik öneri sunmak için henüz yeterli değildir.

Sonuç

Bilgisayar tabanlı bilişsel rehabilitasyon uygulamaları, davranışsal bağımlılıklarda relaps gelişiminde rol oynayan nörobilişsel mekanizmaları hedefleyen yenilikçi ve uygulanabilir bir tamamlayıcı tedavi yaklaşımıdır. Mevcut literatür, bilgisayar tabanlı bilişsel rehabilitasyonun davranışsal bağımlılıklarda relapsın önlenmesine katkı sağlayabilecek umut verici bir tamamlayıcı yaklaşım olduğunu düşündürmektedir. Ancak bu etkinliğin kesin olarak ortaya konabilmesi için davranışsal bağımlılık örneklemlerinde yürütülen, uzun dönem izlem içeren ve standartlaştırılmış müdahaleleri değerlendiren geniş örneklemli randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler

Davranışsal bağımlılık, relaps, bilişsel rehabilitasyon, bilgisayar tabanlı bilişsel eğitim, yürütücü işlevler.

Tablo 1. **İncelemeye Dahil Edilen Çalışmaların Genel Özellikleri ve Relaps ile İlişkileri**

Yazar (Yıl)	Çalışmanın Amacı	Yöntem	Örneklem / Çalışma Grubu	Müdahale / İncelenen Konu	Temel Bulgular	Relaps ile İlişkisi
Ngetich ve ark. (2023)	Kumar oynama ve internet oyun bozukluğunda çalışma belleği performansını değerlendirmek	Sistematik derleme	Davranışsal bağımlılığa ilişkin çalışmalar	Çalışma belleği performansı	Çalışma belleğinde bozulma birçok çalışmada gösterilmiş, ancak bulgular kullanılan değerlendirme yöntemlerine göre farklılık göstermiştir.	Çalışma belleği bozukluğunun dürtü kontrolünü azaltarak relaps riskini artırabilecek önemli bir nörobilişsel mekanizma olduğu belirtilmiştir.
Boumparis ve ark. (2022)	Davranışsal bağımlılıklarda internet tabanlı müdahalelerin etkinliğini değerlendirmek	Sistematik derleme	Kumar, internet ve oyun bağımlılığına ilişkin çalışmalar	İnternet tabanlı psikolojik müdahaleler	İnternet tabanlı müdahalelerin semptom şiddetini azaltabildiği ve tedaviye erişimi artırdığı gösterilmiştir.	Relaps üzerine doğrudan kanıt sınırlı olmakla birlikte, dijital müdahalelerin uzun dönem izlem ve tedavi sürekliliğini destekleyebileceği belirtilmiştir.
Lewis ve ark. (2022)	Bilgisayar tabanlı bilişsel eğitimin bilişsel kontrol üzerindeki etkisini incelemek	Randomize pilot çalışma	Yakın dönemde madde kullanımını bırakmış bireyler	Bilgisayar tabanlı bilişsel eğitim	Müdahale sonrasında duygusal Stroop performansında anlamlı iyileşme saptanmıştır.	Davranışsal bağımlılık örneklemine yürütülmemiş olsa da bilişsel eğitimin relaps mekanizmalarını etkileyebileceğine ilişkin dolaylı kanıt sağlamaktadır.

Yazar (Yıl)	Çalışmanın Amacı	Yöntem	Örneklem / Çalışma Grubu	Müdahale / İncelenen Konu	Temel Bulgular	Relaps ile İlişkisi
Gilbey ve Wilcockson (2025)	Bilişsel kontrol ile relaps arasındaki ilişkiyi değerlendirmek	Derleme	Bağımlılık alanındaki çalışmalar	Bilişsel kontrol	Zayıf bilişsel kontrolün relapsın en güçlü bilişsel belirleyicilerinden biri olduğu bildirilmiştir.	Bilgisayar tabanlı bilişsel kontrol eğitimlerinin relaps önleme programlarına entegre edilmesi önerilmektedir.
Verdejo-Garcia ve Manning (2015)	Kumar oynama bozukluğunda yürütücü işlev bozukluklarını incelemek	Derleme	Kumar oynama bozukluğu	Yürütücü işlevler	Özellikle inhibisyon, karar verme ve bilişsel esneklik alanlarında belirgin bozulmalar olduğu gösterilmiştir.	Yürütücü işlev bozukluklarının tedavi başarısını azaltabileceği ve relaps riskini artırabileceği belirtilmiştir.
Wegmann ve ark. (2025)	Davranışsal bağımlılıkların sürdürülme mekanizmalarını değerlendirmek	Sistematik derleme	Davranışsal bağımlılıklar	Haz alma ve telafi mekanizmaları	Duygusal düzenleme güçlükleri ve ödül işleme süreçlerinin bağımlılık davranışını sürdürdüğü gösterilmiştir.	Bu mekanizmaları hedefleyen nörobilişsel müdahalelerin relapsın azaltılmasına katkı sağlayabileceği belirtilmiştir.
Wegmann ve Brand (2021)	Davranışsal bağımlılıklarda bilişsel ve duygusal süreçleri açıklamak	Derleme	Literatür	Bilişsel ve duygusal süreçler	Yürütücü işlevler, dürtüsellik ve duygu düzenleme süreçlerinin davranışsal bağımlılıkların gelişiminde temel rol oynadığı belirtilmiştir.	Relapsın nörobilişsel mekanizmalarını açıklayan kuramsal bir çerçeve sunmaktadır.

Çalışmalar doğrudan bilgisayar tabanlı bilişsel rehabilitasyon müdahalelerini değerlendiren araştırmaların yanı sıra, bu müdahalelerin kuramsal temelini oluşturan yürütücü işlevler, çalışma belleği, inhibitör kontrol ve bilişsel kontrol gibi relapsla ilişkili nörobilişsel mekanizmaları inceleyen araştırmaları da kapsamaktadır. Bu nedenle tablo, davranışsal bağımlılıklarda relapsın önlenmesine yönelik güncel kanıtların bütüncül bir görünümünü sunmaktadır.

KAYNAKÇALAR

Ngetich, R., Burleigh, T. L., Czakó, A., Vékony, T., Németh, D., & Demetrovics, Z. (2023). Working memory performance in disordered gambling and gaming: A systematic review. *Comprehensive Psychiatry*, *126*, 152408.
Lewis, B., Garcia, C. C., Price, J. L., Schweizer, S., & Nixon, S. J. (2022). Cognitive training in recently-abstinent individuals with alcohol use disorder improves emotional stroop performance: Evidence from a randomized pilot trial. *Drug and alcohol dependence*, *231*, 109239.
Boumparis, N., Haug, S., Abend, S., Billieux, J., Riper, H., & Schaub, M. P. (2022). Internet-based interventions for behavioral addictions: A systematic review. *Journal of Behavioral Addictions*, *11*(3), 620-642.
Verdejo-Garcia, A., & Manning, V. (2015). Executive functioning in gambling disorder: cognitive profiles and associations with clinical outcomes. *Current Addiction Reports*, *2*(3), 214-219.
Gilbey, H., & Wilcockson, T. D. (2025). The effect of cognitive control on addiction relapse. *Addiction Research & Theory*, *33*(4), 259-266.

PS-06

Sınırda Kişilik Örüntüleri ve Kompulsif Cinsel Davranış Bozukluğu: Genel Psikiyatrik Müdahale Yaklaşımı ile 5 Yıllık İzlemi Olan Bir Olgu Sunumu

Hasan Balaban[1], Selin Tanyeri Kayahan[1], Ali Kayahan[1]
[1] Isparta Yalvaç Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Isparta, Türkiye

Giriş ve Amaç: Cinsel travmalar; erişkinlikte sınırda kişilik bozukluğu (SKB), kronik somatik ağrılar, tekrarlayan jinekolojik başvurular, disosiyatif belirtiler ve Kompulsif Cinsel Davranış Bozukluğu (ICD-11: CSBD) gibi karmaşık tablolarla seyredebilmektedir. Bu olgu sunumunda, SKB örüntüleri bulunan, dirençli pelvik semptomlar, hiperseksüalite, self-mutilasyon ve disosiyasyon yakınması olan bir olgunun Genel Psikiyatrik Müdahale (GPM) çerçevesindeki 5 yıllık izlemi tartışılmıştır.

Olgu : 22 yaşında, boşanmış, 1 çocuklu kadın olgu; 2021'de eşi ile çatışma, öfke, suisidal düşünce, dalgınlık, unutkanlık ve anksiyete bulguları ile başvurmuştur. Başlangıçta farklı psikiyatrik tanılar ile tedavi başlansa da takiplerinde SKB ve CSBD bulguları netleşen olgunun; sistit, vajinit, pelvik ağrı ve menstrual düzensizlik nedeniyle acil ve jinekolojiye sık başvuruları saptanmıştır. 14 yaşında cinsel saldırı öyküsü bulunan olguda; tekrarlayan cinsel aşerme, çok sayıda partner, kompulsif mastürbasyon ve self-mutilatif davranışları mevcuttur. Mani/hipomani öyküsü olmayan olguda Bipolar Bozukluk kriterleri karşılanmamaktadır.

Takip sürecinde SSRI, SNRI, atipik/tipik antipsikotikler, stimülanlar ve anksiyolitikleri içeren yoğun polifarmasi denenmiş; ancak uyumsuzluk, yan etki ve etkisizlik nedeniyle ideal yanıt alınamamıştır. Uygulanan GPM yaklaşımı kapsamında hastaya psikoeğitim, tıbbi danışmanlık ve psikofarmakoterapi bütüncül olarak verilmiştir. Halen destekleyici psikoterapi ile izlenen olguda, yaklaşık 6 aydır klinik işlevsellik sağlanmış, self-mutilasyon gözlenmemiş ve amnezi dışında disosiyatif belirti yaşanmamıştır.

Tartışma ve Sonuç: Çocukluk çağı cinsel travması SKB gelişiminde önemli bir risk faktörüdür (1). Olgu, travmanın pelvik somatizasyon (2) ve bir emosyon düzenleme çabası olarak "hiperseksüalite ve özkıyım" şeklinde dışa vurulabileceğini göstermektedir. Bipolar bozukluk dışı hiperseksüalitede jinekolojik başvuruların altındaki travmatik zemin göz önünde bulundurulmalıdır. GPM, ruhsal hastalığı tıbbileştiren, psikoeğitimi önceleyen ve sosyal uyuma odaklanan genelleyici yapısıyla SKB olgularında etkili bir izlem modelidir (3, 4). Polifarmasiye dirençli olgularda destekleyici psikoterapi kombinasyonunun belirti kontrolü, impuls denetimi ve işlevsellik artışı bağlamında etkili bir seçenek olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Cinsel Travma, Sınırda Kişilik Bozukluğu, Kompulsif Cinsel Davranış Bozukluğu, Genel Psikiyatrik Müdahale, Somatizasyon.

Kaynaklar :

1. Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A., & Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 830–839.
2. Paras, M. L., Murad, M. H., Chen, L. P., Goranson, E. N., Sattler, A. L., Colbenson, K. M., ... & Zirakzadeh, A. (2009). Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 302(5), 550-561.
3. Gunderson, J., Masland, S., & Choi-Kain, L. (2018). Good psychiatric management: a review. *Current Opinion in Psychology*, 21, 127–131.
4. Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (Eds.). (2019). *Applications of General Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder*. American Psychiatric Pub.

PS-07

Usher Sendromu Düşünülen Psikoz Hastası (Psikotik Belirtiler ile Başvuran Usher Sendromu: Bir Olgu Sunumu)

Gizem Gül Bülüç, Mustafa Akkuş, Güler Çelikel, Mehmet Celal Kefeli, Şeyma Sudaş, Esad Yahya çelik, Muhammet Sami Tandoğan
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı

Amaç
Usher sendromu; retinitis pigmentoza ve sensörinöral işitme kaybı ile karakterize psikiyatrik bozuklukların eşlik edebildiği nadir görülen otozomal resesif bir hastalıktır. Usher Sendromunda etiyopatogenez tam olarak netleştirilememiş olsa da psikiyatrik rahatsızlıklara yüksek oranda rastlandığı bilinmektedir.Bu olgu sunumunda, geç yaşta başlayan psikoz tanısı ile değerlendirilen ve klinik bulguları Usher sendromunu düşündüren bir hastanın tanı ve tedavi sürecinin sunulması amaçlandı.

Yöntem
55 yaşında, çocuklukta başlayan retinitis pigmentoza ve ileri derece bilateral sensörinöral işitme kaybı bulunan kadın hasta, yaklaşık bir yıldır devam eden işitsel varsanılar nedeniyle değerlendirildi. Ruhsal durum muayenesi, laboratuvar incelemeleri, beyin görüntülemeleri, EEG ile göz hastalıkları ve kulak burun koğaz konsültasyonları yapıldı. Klinik seyir ve antipsikotik tedaviye yanıt izlendi.

Bulgular
Anamnezde görme ve işitme kaybının çocukluk çağında başladığı, ilerleyici özellik gösterdiği ve aile öyküsünde benzer bulguları taşıyan kardeşleri olduğu öğrenildi. Organisiteye bağlı psikoz açısından yapılan görüntüleme, EEG ve laboratuvar incelemelerinde anlamlı patoloji saptanmadı. Göz muayenesinde retinada retinitis pigmentosa ile uyumlu kemik spikülleri saptandı. Odyometrik incelemeleri bilateral sensörinöral işitme kaybı ile uyumlu sonuçlandı. Servis yatışında Haloperidol 10 mg/gün, Biperiden 5 mg/gün 14 gün yapınca intramuskuler uygulandı. Ajitasyonu ve huzursuzluğu belirgin gerileyen hastada işitsel varsanılarının devam etmesi üzerine Aripiprazol 5 mg/gün oral başlanarak tedricen 15 mg/gün'e arttırıldı. Hasta rezidü işitsel varsanılar ile parsiyel remisyon halinde taburcu edildi.

Sonuç
Retinitis pigmentoza ve sensörinöral işitme kaybının birlikte bulunduğu, şizofreni benzeri psikotik bulguların eşlik ettiği olgularda Usher Sendromu ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Organik etiyolojinin ayrıntılı araştırılması ve multidisipliner değerlendirme doğru tanıya ulaşmada önemli katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler
Usher, Retinitis Pigmentoza, Psikoz

Kaynaklar

1.) Domanico D, Fragiota S, Cutini A, Grenga PL, Vingolo EM. Psychosis, mood and behavioral disorders in Usher syndrome: review of the literature. Med Hypothesis Discov İnnov Ophthalmol. 2015;4(2):50-55
2.) Dammeyer J. Children with Usher syndrome: mental and behavioral disorders. Behavioral and Brain Functions. 2012;8:16. doi: 10.1186/1744-9081-8-16.
3.) Viala A, Nicot T, Levy F, Vacheron MN. A case of Usher's syndrome associated with psychotic symptoms: diagnosis and follow-up in a psychiatric unit. Encephale. 2009:35(3):286-291. doi 10.1016/j.encep.2008.04.002.
.

PS-08

Cavum Septum Pellucidum ve Cavum Vergae Birlikteliği Bulunan Bir Psikoz Olgusunda Klinik Seyir ve Tedavi Yönetimi

Tuğba Sündük[1], Furkan Bahadır Alptekin[1], Hasan Mervan Aytaç[1,2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
[2]İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Amaç: Cavum septum pellucidum (CSP) ve cavum vergae (CV), benign anatomik varyantlar olarak değerlendirilmekle birlikte, persistan kavum oluşumlarının şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklarla ilişkisi nörogelişimsel modeller çerçevesinde tartışılmıştır [1,2]. Bu bildiride, yaklaşık 10 yıllık remisyon sonrasında psikotik belirtilerle başvuran ve kranial manyetik rezonans (MR) görüntülemede CSP ve CV birlikteliği saptanan atipik psikoz tanılı bir olgunun klinik seyri, görüntüleme bulguları ve tedavi yönetiminin sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Psikotik belirtiler ve suisid riski nedeniyle kapalı psikiyatri servisine yatırılan 43 yaşındaki erkek hastanın psikiyatrik öyküsü, ruhsal durum muayenesi, elektroensefalografi (EEG), kranial MR bulguları, farmakolojik tedavi süreci ve klinik izlemi değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastanın başvuru öncesindeki 2 haftada işitsel ve görsel varsanılar, perseküsyon sanrıları, yoğun korku ve şüphecilik geliştirdiği belirlenmiştir. Yaklaşık 10 yıl önce benzer psikotik belirtiler nedeniyle psikiyatri yatışı bulunduğu, sonrasında uzun süre işlevselliğini koruduğu öğrenilmiştir. EEG normal olarak değerlendirilmiş olup kraniyal MR'da CSP ve CV birlikteliğine ek olarak santral ve periferik beyin omurilik sıvısı mesafelerinde yaşla uyumsuz belirginleşme ile subkortikal-derin beyaz cevherde T2/FLAIR hiperintens iskemik-gliotik odaklar saptanmıştır. Aripiprazol tedavisi tedricen 30 mg/gün'e artırılmış ve psikotik belirtilerde belirgin gerileme sağlanmıştır. Klinik kayıtlardan retrospektif olarak yapılan yaklaşık PANSS değerlendirmesinde toplam puanın başlangıçta 85, taburculuk öncesinde 45 düzeyinde olduğu hesaplanmıştır. İşitsel ve görsel varsanılar ile perseküsyon sanrıları tamamen gerilemiştir. Dozun 30 mg/güne çıkarılması sonrasında gelişen artikülasyon bozukluğu olası ekstrapiramidal sistem yan etkisi olarak değerlendirilmiş; aripiprazol 20 mg/güne azaltılmış ve biperiden 2 mg/gün eklenmiştir. Hasta bu tedaviyle klinik düzelme halinde taburcu edilmiştir.

Sonuç: CSP ve CV'nin psikotik bozukluklarla birlikteliği, bu yapıların nörogelişimsel yatkınlığı yansıtabilecek potansiyel görüntüleme belirteçleri olabileceğini düşündürmektedir [2–4]. Bununla birlikte, mevcut veriler nedensel veya tanısal bir yorum için yeterli değildir. Eşlik eden beyaz cevher değişiklikleri ve doz artışıyla ortaya çıkan olası ekstrapiramidal yan etki, yapısal/nörogelişimsel beyin farklılıklarının eşlik ettiği psikotik olgularda görüntüleme bulguları ve antipsikotik tolerabilitesinin birlikte değerlendirilmesinin önemini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Cavum septum pellucidum, cavum vergae, atipik psikoz, nörogelişim, antipsikotik tolerabilitesi.

Kaynakça

1. Bodensteiner JB, Schaefer GB. Cavum septi pellucidi and cavum vergae in normal and developmentally delayed populations. *Journal of Child Neurology*. 1998;13(3):120–121.
2. Nafe R, Arendt CT, Hattingen E. Morphological alterations in schizophrenia—An interdisciplinary review. *Journal of Integrative Neuroscience*. 2025;24(5):27061.
3. Achalia R, Bhople KS, Ahire P, Andrade C. Late-onset schizophrenia with isolated cavum vergae: case report and literature review. *Indian Journal of Psychiatry*. 2014;56(4):399–401.
4. Sağır B, Binbay T, Ceylan D, Yalın N, Özerdem A, Alptekin K. Cavum vergae and schizophrenia: brain imaging findings and treatment outcome of a case with 25 years of untreated psychosis. *Turk Psikiyatri Dergisi*. 2015;26(4):295–298.

PS-09

Akla Zor Gelen Kolay Bir Tanı, Wernicke Ensefalopatisi

Esad Yahya Çelik , Mustafa Akkuş, Güler Çelikel, Mehmet Celal Kefeli, , Gizem Gül Bülüç, Şeyma Sudaş, Muhammet Sami Tandoğan
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Amaç: Wernicke Ensefalopatisi tiamin eksikliği sonucu gelişen akut bir nöropsikiyatrik sendromdur. Klasik belirtileri mental durum değişikliği, ataksi, oftalmopleji olarak tanımlanmıştır. Korsakoff sendromu ise tiamin eksikliğinin uzun vadeli bir sonucu olup kalıcı amnezi ile seyreden klinik bir tablodur. (1) Wernicke ensefalopatisi tanı sürecinde başta alkol yoksunluğu ve deliryum tremens olmak üzere birçok hastalık ile karışabilmektedir. (2) Bu olgu sunumunda deliryum tremens ön tanısı ile kliniğe interne edilen bir hastanın tanı ve tedavi sürecinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: 50 yaşında, 30 yıldır alkol kullanım öyküsü olan, son 6 aydır alkol kullanımında artış olan erkek hasta, 1 haftadır olan kafa karışıklığı ve yürüme bozukluğu nedeni ile değerlendirilmek üzere psikiyatri kliniğine interne edildi. Ruhsal durum muayenesi, laboratuvar incelemeleri, beyin görüntülemeleri, EEG, EMG tetkikleri, göz hastalıkları ve nöroloji konsültasyonları yapıldı. Hastanın klinik seyri, IV tiamin tedavisine yanıtı izlendi.

Bulgular: Alınan anamnezde hastanın uzun süredir alkol kullanımı olduğu, son 6 aydır alkol kullanımının arttığı, işlevselliğinin ileri derecede bozulduğu, yürüme bozukluğunun en az 1 haftadır olduğu, kafa karışıklığının dalgalanma olmaksızın süreklilik gösterdiği öğrenildi. Yapılan ruhsal durum muayenesinde kişi oryantasyonun olduğu, yer ve zaman oryantasyonunun olmadığı, koopere olmakta zorlandığı, anterograd amnezisi olduğu tespit edildi. Göz hastalıklarına konsülte edildi. Bilateral horizontal nistagmus mevcut olarak değerlendirildi. Çekilen kontrastlı beyin MRI'nda diffüz serebral atrofi saptandı. EEG ve EMG tetkiklerinde anlamlı patoloji saptanmadı. Hastaya tiamin IV 500 mg/gün tedavisine başlandı. Klinik takibi için nöroloji servisine devredilen hastaya IV tiamin desteğine devam edildi. Tedavi sonrası nistagmusu ve ataksik yürüyüşü büyük oranda düzelen hastanın amnezisinin devam ettiği gözlendi.

Sonuç: Wernicke Ensefalopatisi, başka klinik durumlar ile karışabilmesi nedeni ile tanı konulması zor bir hastalıktır. Tanı sürecinde ayrıntılı bir anamnez alınması ve multidisipliner bir yaklaşımla fizik muayene yapılması önemlidir. Tedavi sürecine hızla başlanması klinik prognoz açısından önem taşımaktadır. (3)

Anahtar Kelimeler: Alkol, Wernicke Ensefalopatisi, Tiamin

KAYNAKLAR:

1. Isenberg-Grzeda, E.; Kutner, H. E.; Nicolson S. E.; Wernicke-Korsakoff-Syndrome: Under-Recognized and Under-Treated. 2012 Kasım, *Psychosomatics 53(6), November–December 2012, 507-516*; doi: 10.1016/j.psym.2012.04.008
2. Wijnia, J.W.; A Clinician's View of Wernicke-Korsakoff Syndrome. 2022 Eylül, *J. Clin. Med. 2022, 11(22), 6755*; doi: 10.3390/jcm11226755
3. Singh, J.; Regina, A. C.; Wernicke Encephalopathy; 2026 Ocak, *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan.*; PMID: 29261914

PS-10

Sanal Gerçeklik (VR) Gözlük Sonrası Gelişen Suisidal Düşünceler, Derealizasyon ve Depersonalizasyon

Muhammet Sami Tandoğan, Mustafa Akkuş, Güler Çelikel, Mehmet Celal Kefeli, Şeyma Sudaş, Gizem Gül Bülüç, Esad Yahya Çelik

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Mengücek Gazi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

Amaç: Bu çalışmanın amacı, hekim kontrolü dışında gerçekleştirilen yoğun sanal gerçeklik (VR) kullanımının disosiyatif semptomlar (derealizasyon/depersonalizasyon) ve suisidal düşünceler üzerindeki tetikleyici etkisini klinik bir olgu üzerinden analiz etmektir.

Yöntem: Çalışmada, vestibüler semptomlarını gidermek amacıyla kontrolsüz şekilde VR (Sanal Gerçeklik) teknolojisine başvuran 28 yaşındaki bir erkek hastanın klinik seyri, tedavi süreci ve literatürdeki benzer çalışmalarla (1,2,3) olan farklılıkları retrospektif bir perspektifle sunulmuştur. Acil servis ve psikiyatri polikliniğine başvuran 28 yaşındaki erkek hastanın nöroloji, kulak burun boğaz ve psikiyatri klinik muayeneleri yapılmış; laboratuvar tetkikleri ile beyin MR (Manyetik Rezonans) ve beyin Doppler görüntülemeleri gerçekleştirilmiştir. Hastanın tedavi sürecinde sertralin, benzodiazepin kullanımı ve klinik takibi yöntemi oluşturmaktadır.

Bulgular: Nörolojik muayenede tinnitus saptanmamış, işitme kaybı tariflenmemiş ve tam renkli görme doğal bulunmuştur. Beyin MR(Manyetik Rezonans) ve beyin Doppler incelemelerinde radyolojik olarak herhangi bir patoloji (organik bulgu) saptanmamıştır. Psikiyatri muayenesinde ellerde tremor ve kompulsif denge kontrol etme davranışları saptanmıştır; ancak aktif psikotik bulgu saptanmamıştır. VR(Sanal Gerçeklik) gözlük kullanımı sonrasında acil birimde yapılan muayenede depersonalizasyon, derealizasyon ve aktif suisidal düşünceler saptanmıştır.

Bir hafta sonraki poliklinik kontrol muayenesinde baş dönmesinin tamamen ortadan kalktığı (subjektif şikayetinin gerilediği), fakat depersonalizasyon ve derealizasyon durumunun klinik olarak devam ettiği gözlenmiştir.

Sonuç: VR(Sanal Gerçeklik) teknolojisi rehabilitasyon süreçlerinde yüksek potansiyel fayda barındırsa da, kontrolsüz ve aşırı kullanımı özellikle duyusal aşırı yüklenme yoluyla ciddi psikopatolojileri tetikleyebilmektedir. Teknolojik araçların kullanımında hekim denetimi kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Sanal Gerçeklik, Derealizasyon, Suisid.

Kaynakça:

1. Aardema, F., O'Connor, K., Côté, S., & Taillon, A. (2010). Virtual reality induces dissociation and lowers sense of presence in objective reality. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(4), 429-435.

2. Effects of virtual reality-based graded exposure therapy on PTSD symptoms: A systematic review and meta-analysis. (2020). *PubMed Central*. Erişim adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/

3. Güleç, G., Yılmaz, E., & Kaya, M. (2023). Özgül fobilerin tedavisinde sanal gerçeklik maruziyet terapisinin etkililiği: Sistematik bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 15(4), 562-576.

PS-11

5-HTP(5-Hidroksitriptofan) Takviyesi Kullanımı Sonrası Gelişen Psikotik Benzeri Dezorganize Davranış

Şeyma Sudaş, Mustafa Akkuş, Güler Çelikel, Mehmet Celal Kefeli, Gizem Gül Bülüç, Esad Yahya Çelik, Muhammet Sami Tandoğan

Erzincan Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Amaç: Depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları, fibromiyalji ve migren gibi çeşitli durumların tedavisinde takviye olarak kullanılan 5-HTP(5-Hidroksitriptofan) takviyesinin kontrolsüz ve yüksek doz kullanımına bağlı gelişen nöropsikiyatrik yan etkileri ile psikotik benzeri dezorganize davranış tablosunu klinik bulgular ışığında incelemektir.

Yöntem: Kontrolsüz biçimde 3000 mg/gün (30 kapsül/gün) 5-HTP(5-Hidroksitriptofan) kullanımı sonrası kötü manyetik enerjiden kurtulmak amacıyla saçlarını tırnak makası ile kesme, üçüncü gözünün açılması amacıyla alnında sigara söndürme, yağmurlu havada dışarıda ateş yakmaya çalışma, evde tuvaletini lavabo dışına yapma, birkaç kez yakınlarına ölen babasını gördüğünü belirtmesi gibi psikotik benzeri dezorganize davranışlarla başvuran 41 yaşındaki kadın hastanın klinik tablosu, laboratuvar, beyin bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları ve psikometrik ölçek skorları değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastanın rutin kan tetkikleri,beyin görüntüleme sonuçlarında akut organik patolojiye rastlanmamıştır. İdrar toksikoloji taraması klorfeniramin haricinde negatiftir. Klinik değerlendirmede young mani ölçek skoru: 24, hamilton depresyon ölçek skoru:18 ve pozitif ve negatif sendrom ölçek skoru:83 (pozitif: 21, negatif: 21, genel psikopatoloji: 41) saptanmıştır. 5-HTP(5-Hidroksitriptofan) takviyesinin kesilmesi ve destekleyici aripiprazol 5 mg/gün tedavisiyle psikotik tablonun günler içinde tam remisyona girdiği gözlenmiştir.

Sonuç: Uzun süreli (5 ay) aşırı doz 5-HTP(5-Hidroksitriptofan) alımı, aromatik L-amino asit dekarboksilaz enzim yarışması ve serotonin-dopamin dengesizliği üzerinden psikotik semptomları tetikleyebilmektedir. Bizim vakamızda gelişen tablo serotonerjik toksisite veya sekonder dopaminerjik dengesizlik ile açıklanabilir. Bu sebeple akut psikotik tablolarda reçetesiz gıda takviyesi kullanımı mutlaka sorgulanmalıdır.

Anahtar kelimeler: 5-HTP, dezorganize davranış, serotonin-dopamin dengesi

Kaynakça:

1. 1)^ [a](#) [b](#) Shaw, Kelly A; Turner, Jane; Del Mar, Chris (21 Ocak 2002). "Tryptophan and 5-Hydroxytryptophan for depression". *Cochrane Database of Systematic Reviews*. **2010** (1). doi:10.1002/14651858.cd003198. ISSN 1465-1858.

2. Behavioral changes of chronic schizophrenic patients given L-5-hydroxytryptophan

R J Wyatt, T Vaughan, M Galanter, J Kaplan, R Green PMID: 4560057 DOI: 10.1126/science.177.4054.1124

3. **Hippocampal ischaemia from accidental 5-Hydroxytryptophan (5-HTP) overdose case report Author:** Emily Nash,Nazila Jamshidi

Publication: Clinical Neurology and Neurosurgery

Publisher: Elsevier

https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2022.107384

PS- 12

Nöroakantositozda Psikiyatrik Fenotipik Heterojenite: Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanılı İki Kardeş Olgusu

Nurşen Tekin Bilge[1*], Simge Şeker[2*], Hasan Mervan Aytaç[1,3], Duygu Kılıçaslan[1], Ayhan Köksal[2]

[1] Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir SUAM, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

[2] Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir SUAM, Nöroloji Kliniği

[3] İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Amaç: Nöroakantositoz; hareket bozuklukları, epilepsi, bilişsel etkilenme ve psikiyatrik belirtilerle seyreden nadir bir nörodejeneratif hastalık grubudur (1). Psikiyatrik belirtiler motor bulgulardan önce ortaya çıkabilmekte; depresyon, bipolar bozukluk, obsesif-kompulsif belirtiler ve şizofreni-benzeri psikozlar hastalık spektrumunda tanımlanmaktadır (2). Aynı aile içerisinde dahi belirgin fenotipik değişkenlik bildirilmektedir (3). Bu bildiride, aynı VPS13A mutasyonunu taşıyan iki kardeşte bipolar bozukluk ve şizofreni şeklinde farklı psikiyatrik fenotiplerin sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Nöroakantositoz tanısıyla izlenen 34 yaşındaki kadın hasta M.V. ile 29 yaşındaki erkek kardeşi T.G.'nin psikiyatrik ve nörolojik öyküleri, genetik inceleme sonuçları, hastane yatışları ve farmakolojik tedavi süreçleri değerlendirilmiştir.

Bulgular: M.V.'de orofasiyal istemsiz hareketlerin eşlik ettiği nöroakantositoz tablosu bulunmaktadır. Psikiyatrik öyküsü 2019 yılında peripartum abort sonrasında depresif belirtilerle başlamış, 2021 yılında gelişen ilk manik atak nedeniyle hastaneye yatırılarak bipolar bozukluk tanısı konulmuştur. Hastaneye son yatışı 21.10.2025-21.11.2025 tarihleri arasında gerçekleşmiş; valproik asit 1500 mg/gün, olanzapin 20 mg/gün ve ketiapin 250 mg/gün tedavisiyle remisyonda taburcu edilmiştir. Kardeşi T.G., epilepsi öyküsüne eşlik eden şizofreni tanısı kapsamında değerlendirilmiş olup belirgin paranoid sanrıların ve varsanıların eşlik ettiği bir tablo ile hastaneye başvurmuştur.

Son yatışındaki takibi 07.03.2026-18.03.2026 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş; valproik asit 2000 mg/gün, paliperidon 9 mg/gün, ketiapin 300 mg/gün ve biperiden 2 mg/gün tedavisi ile taburcu edilmiştir. Her iki kardeşte aynı VPS13A mutasyonu saptanmasına karşın psikiyatrik fenotiplerin belirgin biçimde farklılaştığı gözlenmiştir.

Sonuç: Aynı VPS13A mutasyonunu taşıyan iki kardeşte bipolar bozukluk ve şizofreni gibi farklı psikiyatrik tabloların ortaya çıkması, nöroakantositozda intrafamilial fenotipik heterojenitenin önemini göstermektedir. Bu durum genotip-fenotip ilişkisinin tek başına doğrusal olmadığını ve hastalık ekspresyonunda epigenetik, çevresel veya diğer biyolojik değiştiricilerin rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Erişkin yaşta başlayan atipik duygudurum ya da psikotik tabloların istemsiz hareketler veya epilepsi ile birlikteliğinde nöroakantositoz ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır (1,2).

Anahtar Kelimeler: Nöroakantositoz, VPS13A, bipolar bozukluk, şizofreni, fenotipik heterojenite

KAYNAKLAR

1. Peikert K, Dobson-Stone C, Rampoldi L, et al. VPS13A Disease. GeneReviews®. University of Washington, Seattle; updated 2023.

2. Walterfang M, Evans A, Looi JCL, Jung HH, Danek A, Walker RH, Velakoulis D. The neuropsychiatry of neuroacanthocytosis syndromes. Neurosci Biobehav Rev. 2011;35(5):1275-1283. doi:10.1016/j.neubiorev.2011.01.001.

3. Oner OG, Varoglu AO. Phenotypic variability in sisters with VPS13A disease (chorea-acanthocytosis). Ideggyogy Sz. 2025;78(1-2):69-72. doi:10.18071/isz.78.0069.

PS- 13

Kompulsif Cinsel Davranış Zemininde Genital Self-Mutilasyon ve Naltrekson Tedavisi: Olgu Sunumu

Zeliha Büşra Durgungöz Akçay, Oya Altaş, Feride Uysal, Merih Altıntaş
SBÜ Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

Amaç: Genital self-mutilasyon (GSM) nadir ve ciddi bir tablodur; psikoz varlığında da eylemin motivasyonu psikotik olmayabilir (Veeder ve Leo, 2017). Kompulsif cinsel davranış bozukluğu (KCDB), yineleyici cinsel dürtüler üzerinde kontrol kaybıyla tanımlanır (Kraus ve ark., 2018). Psikoz zemininde kompulsif cinsel davranışları azaltma amacıyla GSM gerçekleştiren bir olgunun klinik ve tedavi izlemi sunulmuştur.

Yöntem: Olgu, klinik görüşme, dosya kayıtları ve Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) ile değerlendirildi; hastadan ve yakınından bilgilendirilmiş onam alındı.

Bulgular: 2020'de organik olmayan psikoz tanısı alan ve tedavisini düzenli sürdürmeyen 29 yaşındaki erkek hasta, sürekli pornografi izleme ve mastürbasyondan bıkkınlıkla libidosunu azaltacağı düşüncesiyle sağ hemiskrotumuna vertikal kesi yaptı. Ürolojik onarım sonrası psikiyatriye yatırıldı. Referans ve perseküsyon sanrıları ile işitsel ve görsel varsanıları vardı; emir varsanısı yoktu, sanrıları cinsellikle ilişkisizdi. PANSS puanı 149, mastürbasyon sıklığı günde 15'ti. Paliperidon, karbamazepin ve naltrekson 50 mg/gün başlandı; ketiapin eklendi, naltrekson 100 mg/güne çıkarıldı. Beşinci haftada mastürbasyon sıklığı günde 3'e, PANSS puanı 57'ye geriledi. İki aylık kontrolde rezidüel referans sanrısı sürmesine karşın GSM yinelemedi.

Sonuç: Psikoz zemininde gelişen GSM'de motivasyonun sorgulanması, psikotik ve kompulsif süreçlerin ayrıştırılması ve uygun tedavi hedefinin belirlenmesi açısından önemlidir. Naltreksonun KCDB belirtilerini azaltabileceğine ilişkin veriler bulunmakla birlikte (Savard ve ark., 2020), tek olgu, psikotik belirtilerdeki eşzamanlı düzelme ve çoklu ilaç kullanımı nedeniyle iyileşmenin naltreksona atfedilmesini sınırlandırmaktadır; daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: genital self-mutilasyon, psikoz, kompulsif cinsel davranış bozukluğu, naltrekson.

KAYNAKÇA

Kraus, S. W., Krueger, R. B., Briken, P., First, M. B., Stein, D. J., Kaplan, M. S., … Reed, G. M. (2018). Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. *World Psychiatry, 17*(1), 109–110. doi:10.1002/wps.20499

Savard, J., Öberg, K. G., Chatzittofis, A., Dhejne, C., Arver, S., & Jokinen, J. (2020). Naltrexone in compulsive sexual behavior disorder: A feasibility study of twenty men. *The Journal of Sexual Medicine, 17*(8), 1544–1552. doi:10.1016/j.jsxm.2020.04.318

Veeder, T. A., & Leo, R. J. (2017). Male genital self-mutilation: A systematic review of psychiatric disorders and psychosocial factors. *General Hospital Psychiatry, 44*, 43–50. doi:10.1016/j.genhosppsych.2016.09.003

Konuşmacı Metinleri

Şizofreni Spektrumunda Ayırıcı Tanı, Eş Tanı ve Tedavi Rehberleri

Prof. Dr. Aslı Enez Darçın,
İstanbul Topkapı Üniversitesi

Bu sunum, şizofreninin tanısal kararlılığından güncel tedavi algoritmalarına uzanan geniş bir kanıta dayalı çerçeve sunmaktadır. Şizofreni tanısı zaman içinde yüksek kararlılık göstermektedir; prospektif tutarlılık ortalama %84,3, retrospektif tutarlılık ise %67,2 olarak bulunmuştur. Tanısal kararlılığı öngören faktörler arasında erkek cinsiyet, ileri başlangıç yaşı ve aile öyküsü yer alırken, ilk atak döneminde tanısal esneklik daha fazladır (Palomar-Ciria et al., 2019).

Tedavi bölümünde INTEGRATE (McCutcheon et al., 2025), ANZJP GRADE Guidelines (Suetani et al., 2026) ve Almanya'nın DGPPN Living Guideline'ı (Hasan et al., 2026) şeklinde üç güncel uluslararası kılavuz karşılaştırmalı olarak ele alınmıştır. Her üç kılavuz da paylaşımlı karar almayı, bireyselleştirilmiş antipsikotik seçimini ve kardiyometabolik sağlığın tedavi başından itibaren izlenmesini temel ilke olarak benimser. İlk basamak tedavide düşük yan etki yüküne sahip D2 parsiyel agonistler (aripiprazol, breksipiprazol, kariprazin, lurasidon) öne çıkarken; iki farklı antipsikotiğe yanıtsızlık durumunda klozapinin geciktirilmeden başlanması ortak bir vurgudur. Shimomura ve arkadaşlarının (2021) 17 kılavuz ve algoritmayı inceleyen sistematik derlemesi ise, doz artırma ve antipsikotik değiştirme gibi yaygın stratejilerin kanıt düzeyinin sınırlı olduğunu; buna karşın klozapin sonrası augmentasyon yaklaşımlarının (başka bir antipsikotik, EKT, belirli antidepresanlar) kılavuzlar arasında tutarsızlık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Kılavuzlar arasındaki temel farklılıklar; INTEGRATE'in algoritmik ve küresel uygulanabilirlik odağı, ANZJP GRADE'in resmi kanıt değerlendirmesi ve DGPPN'in MAGICapp üzerinden sürekli güncellenen "living guideline" formatıdır.

Sonuç olarak, şizofrenide tanının zamanla büyük ölçüde kararlı kaldığı, ancak tedavi yönetiminde kanıt boşluklarının sürdüğü; klinisyenlerin bireyselleştirilmiş, paylaşımlı karar almaya dayalı ve fiziksel sağlığı önceliklendiren bir yaklaşım benimsemesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Kaynaklar

1. Palomar-Ciria, N., Cegla-Schvartzman, F., Lopez-Morinigo, J.-D., Bello, H. J., Ovejero, S., & Baca-García, E. (2019). Diagnostic stability of schizophrenia: A systematic review. Psychiatry Research, 279, 306–314. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.020
2. McCutcheon, R. A., Pillinger, T., Varvari, I., Halstead, S., Ayinde, O. O., Crossley, N. A., Correll, C. U., Hahn, M., Howes, O. D., Kane, J. M., Kabir, T., Konradsson-Geuken, Å., Lennox, B., Hui, C. L. M., Rossell, S. L., Solmi, M., Sommer, I. E., Taipale, H., Uchida, H., ... Siskind, D. (2025). INTEGRATE: International guidelines for the algorithmic treatment of schizophrenia. The Lancet Psychiatry, 12(5), 384–394. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(25)00031-8
3. Suetani, S., Dark, F., Every-Palmer, S., Galletly, C., O'Donoghue, B., Halstead, S., Keating, D., Korman, N., Lappin, J., Lawn, S., Thompson, A., Warren, N., & Siskind, D. (2026). Australian and New Zealand Journal of Psychiatry Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations (GRADE) guidelines for the management of schizophrenia. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 60(4), 367–404. https://doi.org/10.1177/00048674251406058
4. Hasan, A., Falkai, P., Leucht, S., & Gaebel, W. (2026). The new German evidence- and consensus-based schizophrenia guideline. World Psychiatry, 25(2), 343–344. https://doi.org/10.1002/wps.70060
5. Shimomura, Y., Kikuchi, Y., Suzuki, T., Uchida, H., Mimura, M., & Takeuchi, H. (2021). Antipsychotic treatment strategies for acute phase and treatment resistance in schizophrenia: A systematic review of the guidelines and algorithms. Schizophrenia Research, 236, 142–155. https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.07.040

Onkolojide Deliryum-Depresyon Ayırıcı Tanısı: Olgu Sunumu

Dr. Öğr. Üyesi Aslı Enzel Koç

Trabzon Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Onkoloji hastalarında iştahsızlık, uykusuzluk, halsizlik, psikomotor yavaşlama ve umutsuzluk gibi belirtiler depresyonu düşündürebilir. Ancak özellikle hipoaktif deliryum benzer bir klinik görünümle ortaya çıkabilir. Bu nedenle ayırıcı tanıda tek tek duygudurum belirtilerinden çok dikkat, bilinç, başlangıç zamanı ve belirtilerin gün içindeki seyri değerlendirilmelidir.

Sunumda, nüks diffüz büyük B hücreli lenfoma nedeniyle R-ICE protokolünün üçüncü kürünü alan 58 yaşındaki bir kadın olgu ele alınmaktadır. Hasta konuşmada azalma, iştahsızlık, uykusuzluk, psikomotor yavaşlama ve “bitmesini istiyorum” biçimindeki ifadeler nedeniyle başlangıçta majör depresif epizod olarak değerlendirilmiştir. Aynı gece gelişen huzursuzluk, olmayan kişilerle konuşma, izleyen saatlerde ortaya çıkan oryantasyon değişiklikleri, düşünce dağınıklığı, gündüz letarjisi, gece ajitasyonu ve miyoklonus tanısal çerçeveyi değiştirmiştir.

Olgunun değerlendirilmesinde çok etkenli bir deliryum tablosu düşünülmüştür. İfosfamid nörotoksisitesi, deksametazon ve opioid kullanımı, kreatinin klirensinin 42 mL/dk'ya düşmesine rağmen pregabalin dozunun azaltılmamış olması, hiponatremi, hipomagnezemi, febril nötropeni ve dehidratasyon birlikte değerlendirilmiştir. Kranyal görüntüleme ve beyin omurilik sıvısı incelemelerinde açıklayıcı bir patoloji saptanmamıştır. Klinik olarak akut başlangıç, gün içinde dalgalanma, dikkat ve bilinç değişikliği ile algısal bozukluklar deliryum lehine belirleyici olmuştur.

Yönetimde öncelik geri döndürülebilir nedenlerin düzeltilmesine verilmiştir. Pregabalin kesilmiş, sıvı ve elektrolit bozuklukları düzeltilmiş, febril nötropeni tedavi edilmiş, deksametazon azaltılmış ve çevresel oryantasyon desteği sağlanmıştır. Gerektiğinde düşük doz haloperidol kullanılmıştır. Müdahaleden sonraki yaklaşık 72 saat içinde deliryum belirtileri belirgin olarak gerilemiş, bilinç açıldıktan sonra yeniden yapılan değerlendirmede başlangıçtaki umutsuzluk ifadeleri kaybolmuştur.

Bu olgu, onkoloji pratiğinde depresif görünümün tek başına depresyon anlamına gelmediğini göstermektedir. Özellikle yeni başlayan psikomotor yavaşlama ve geri çekilmede dikkat ve bilinç değerlendirilmeden primer duygudurum tanısı konulmamalıdır. Akut başlangıç ve gün içi dalgalanma en güçlü klinik ipuçlarıdır. Kemoterapi ajanlarının yanı sıra destek tedavileri, organ işlevlerindeki değişiklikler ve ilaç dozları da sistematik olarak gözden geçirilmelidir.

Bipolar Bozuklukta Eş Tanılı OKB, Anksiyete ve DEHB Tedavi Yaklaşımları: Kılavuzlar Eşliğinde Genel Bilgiler ve Olgu Yönetimi

Doç.Dr. Barış YILBAŞ
Sincan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

Giriş ve Amaç: Bipolar bozuklukta (BB) komorbidite oranları oldukça yüksektir ve klinik seyri olumsuz etkilemektedir. Bu sunumda, en sık görülen eş tanılar olan Anksiyete Bozuklukları, Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'na (DEHB) yönelik güncel kılavuzlarının tedavi yaklaşımlarının derlenmesi amaçlanmıştır.

Bulgular ve Klinik Yaklaşımlar

Anksiyete Bozukluğu eş tanısı: BB olgularında %24-56 oranıyla en sık görülen komorbiditedir; intihar riski ve işlev kaybını artırır. Tedavide öncelikli amaç duygudurum stabilizasyonunu sağlamaktır. Antidepresan (SSRI/SNRI) kullanımı gerekliyse, manik kayma riskine karşı mutlaka antimanik etkinliği olan bir ilaçla kombine edilmelidir.

OKB eş tanısı: BB hastalarında OKB sıklığı %10-20 arasındadır. Birinci basamakta duygudurum stabilizasyonu önceliklidir; BB'nin etkili tedavisi OKB semptomlarını geriletebilir. Yanıt alınamayan durumlarda tedaviye aripiprazol, ketiapin, olanzapin veya risperidon gibi ikinci kuşak antipsikotikler eklenmeli, yeterli yanıt alınamazsa bir sonraki aşamada SSRI, topiramat veya EKT düşünülmelidir.

DEHB Eş Tanısı: BB ile DEHB arasında %10-20 düzeyinde karşılıklı eş tanı riski bulunur. Ayırıcı tanı yapıldıktan sonra temel kural; aktif epizodun tedavi edilmesi ve tam ötiminin doğrulanmasıdır. Duygudurum düzenleyiciyle kombine edilen metilfenidat, bupropion, amfetamin tuzları, klonidin ve modafinil mani riskini artırmadığını saptayan çalışmalar bulunmaktadır.

Sonuç: Komorbid durum ne olursa olsun, klinik yönetimde ilk ve en kritik adım aktif duygudurum döneminin kontrol altına alınarak tam ötiminin sağlanmasıdır. Karma dönem, hızlı döngü veya geçmiş kayma öyküsü olan hastalarda farmakoterapi adımları atılırken manik/hipomanik kayma riskine karşı oldukça dikkat olunmalıdır.

KAYNAKLAR

Lakshmi N Yatham, Sidney H, Kennedy, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. Bipolar Disorders. 2018; 20 (2): 97-170. DOI: 10.1111/bdi.12609.

Kaan Kora, Vesile Şentürk Cankorur, Mehmet Yumru, Deniz Ceylan. İki Uçlu Bozukluk Sağaltım Kılavuzu. Türk Psikiyatri Derneği Yayınları. Bayt Yayın, Ekim 2022. ISBN:978-605-73240-2-3.

Kamilla W. Miskowiak, Zacharias K. Obel, Riccardo Guglielmo, et al. Efficacy and safety of established and off-label ADHD drug therapies for cognitive impairment or attention-deficit hyperactivity disorder symptoms in bipolar disorder: A systematic review by the ISBD Targeting Cognition Task Force. Bipolar Disorders. 2024;26:216–239. DOI: 10.1111/bdi.13414 .

Yapay Zekâdan Etik Sınırlar İçinde Nasıl Faydalanılır?

Prof. Dr. A. Cem Şengül

Üretken yapay zekâ araçları tez ve makale yazımının her aşamasına girmiştir. Belirleyici olan bu araçların kullanılıp kullanılmaması değil, hangi aşamada, nasıl ve beyan edilerek kullanıldığıdır.

Literatür taramasında yapay zekâ tarama ve özetlemeyi hızlandırır; ancak var olmayan makale, yazar ve dergi künyelerini ikna edici biçimde üretebilir. Bu nedenle hiçbir atıf birincil kaynağından doğrulanmadan kullanılmamalıdır. Doğrulanmamış sahte atıflar ulusal düzenlemeler kapsamında etik ihlal sayılabilir.

Yöntem ve analiz aşamasında yapay zekâ kod yazımı ve istatistik yorumunda destek sağlar; sonuçların doğruluğu ve tekrarlanabilirliği araştırmacının denetimindedir. Psikiyatri açısından en katı sınır veri gizliliğidir: ruhsal sağlık verisi özel nitelikli kişisel veridir ve olgu ayrıntıları kimliği dolaylı biçimde açığa çıkarabilir. Tanımlanabilir hasta verisi halka açık modellere aktarılmamalı, zorunlu durumlarda kimliksizleştirilmeli, aydınlatılmış onam ve KVKK çerçevesi gözetilmelidir.

Yazım aşamasında dil düzeltme ve redaksiyon meşru kullanımlardır; özgün görüş, yorum ve bulgu üretimi araca devredilemez. Yapay zekâ, kaynak listesinde kaynak olarak gösterilemez. İstem yazımında bağlamın, görevin ve istenen formatın açıkça belirtilmesi çıktı kalitesini artırır; kullanılan istemler kayıt altına alınmalıdır.

Yayımlanmış makalelerde metne karışmış model kalıpları ve denetimden geçmemiş üretilmiş görseller nedeniyle geri çekilmeler yaşanmıştır. Bu örneklerde sorun aracın kullanılması değil, denetlenmeden ve gizlenerek kullanılmasıdır.

ICMJE, COPE ve WAME ile YÖK ve TÜBİTAK rehberleri üç ilkede birleşir: yapay zekâ yazar olamaz, kullanım açıkça beyan edilmelidir, çıktının nihai sorumluluğu araştırmacıya aittir. ICMJE'nin dört yazarlık ölçütünden özellikle son sürümü onaylama ve hesap verebilirlik yapay zekâ tarafından karşılanamaz; katkı en fazla yöntem veya teşekkür bölümünde belirtilir.

Beyan, üst yazıda ve metinde hangi aracın hangi aşamada ne ölçüde kullanıldığı yazılarak yapılır. Kabul edilebilir sabit bir kullanım yüzdesi yoktur; ölçüt katkının niteliği ve şeffaflıktır. Yapay zekâ tespit araçları tutarsız ve yanlıdır, tek başına kanıt oluşturmaz. Hakemlikte değerlendirilen metin, gizliliği güvence altına alınmamış sistemlere yüklenemez. Lisansüstü süreçlerde enstitü kuralları geçerlidir; kullanım danışmanla paylaşılmalı ve tezde beyan edilmelidir.

Uygulanabilir ilke üçtür: doğrula, beyan et, sorumluluğu üstlen.

Anahtar kelimeler: yapay zekâ, akademik etik, tez yazımı, yayın etiği, veri gizliliği

Tezini Yeni Tamamlamış Bir Asistanın Tez Yazım Sürecindeki Deneyimi

Çağıl Aydın Çetiner

Anabilim Dalı başkanımız, kliniğimizin ilk asistanı olduğum için tez danışmanım olarak görev almıştı. Sonrasında farklı bir üniversiteye geçmesi üzerine yeni bir danışmanlık sürecine uyum sağlamaya çalıştım.

Süreç yaklaşık sekiz ay sürdü. Genel olarak zaman açısından yeterliydim; ancak amatem rotasyonu öncesinde tez savunmamı yapmayı hedefliyordum ve bu bende kısa süreli yoğun bir zaman baskısı yarattı.

Konu çalışmanın kurumumuzun koşullarında ne ölçüde uygulanabilir olduğunu değerlendirdik. Ayrıca yataklı servis kısıtlılığımız nedeniyle akut dönemdeki hastalar çoğunlukla başka merkezlere başvuruyordu.

Konu belirleme sürecinde çok sayıda konunun daha önce çalışılmış olması, özgünlük arayışını zorlaştırdı. Danışmanımın sosyal biliş alanına yönlendirmesi, polikliniğe düzenli başvuran bipolar bozukluk hasta grubuyla ve intihar olasılığıyla birleştirilince daha özgün bir soru oluştu.

Etik kurul dosyası hazırlamaya daha önceki bilimsel çalışma deneyimim nedeniyle aşinaydım.

Veri toplama sürecinde uygun zaman ve fiziksel ortamı oluşturmak önemli bir organizasyon gerektirdi.

Süreçte en çok işime yarayan stratejilerden biri, tezin yazımına erken başlamaktı.

Veri toplarken 45. hasta sonrasında hasta akışı belirgin yavaşladı. Düzenli küçük artışlarla hedef tamamlandı.

İstatistik, başlangıçta kendimi en az yeterli hissettiğim alanlardan biriydi. Danışmanımla analizleri birlikte yapmak, sadece sonuç elde etmekten daha değerliydi; çünkü yöntem seçimini ve yorumlama mantığını öğrendim.

Tez süreci, tek bir yazılım öğrenmekten ziyade bir araştırma iş akışını yönetmeyi öğretti. G*Power, Jamovi, Mendeley, PubMed, Word ve Turnitin farklı basamaklarda kullanıldı.
Mendeley benim için çok büyük kolaylık sağladı; ancak aynı kaynakları birden fazla kez yüklemem, son aşamada aynı eserin ayrı kayıtlar gibi görünmesine yol açtı ve zaman kaybettirdi.

Danışmanım konu seçiminden savunma organizasyonuna kadar ulaşılabilir ve destekleyiciydi. Özellikle istatistik kısmını birlikte yapmak, iyi danışmanlığın yetkinlik kazandırabileceğini gösterdi.

Aynı materyali çok uzun süre görmüş olmak mental yorgunluk yaratmıştı.

Yönergeyi erken okumak, veri toplarken yazmak ve istatistiği anlamaya çalışmak benim için zaman ve yetkinlik kazancı sağladı.

Tez sürecini, araştırma becerisi kazandıran bir eğitim fırsatı olarak değerlendiriyorum.

Bipolar mı, Şizoafektif mi? Tanısal Belirsizlikte Yapay Zekâ Destekli Karar Desteği: Bir Olgu Sunumu

Asist. Dr. Fethi Çağrı Palancı

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

Giriş: Psikiyatri pratiğinde uzun ve tekrarlayan yatış öyküsü bulunan vakalarda tanısal belirsizlik, yalnızca kesitsel değerlendirme ve retrospektif anamnezle her zaman giderilemeyebilir. Bu sunumda, Bipolar I Bozukluk ile Şizoafektif Bozukluk ayırıcı tanısında güçlük yaşanan 40 yaşında bir kadın olgu üzerinden, yapay zekâ destekli karar destek sistemlerinin klinik süreçteki katkıları ve sınırları ele alınmıştır.

Olgu: 12 yıldır takip edilen hasta; mistik ve paranoid sanrılar, ajitasyon ve uykusuzluk yakınmalarıyla acil servise getirilmiştir. Geçmiş yatışlarında farklı tanılar alan ve hastanın disimülatif tutumu ile kayıt tutarsızlıkları nedeniyle tanısı netleştirilemeyen olguda, DSM-5 ölçütleriyle yapılandırılmış verileri karşılaştıran bir klinik karar destek sistemi kullanılmıştır

Bulgular: Sistem, doğrudan tanı koymak yerine verideki kritik bir boşluğa dikkat çekmiştir: 'Duygudurum epizodu olmaksızın en az 2 hafta izole psikotik belirtilerin mevcudiyeti.' Bu doğrultuda aileyle yapılan hedefe yönelik görüşmede, duygudurum atağı olmayan dönemlerde de sanrıların sürdüğü öğrenilmiş ve Şizoafektif Bozukluk olasılığı belirginleşmiştir.

Sonuç: Karar destek sistemleri, tanısal belirsizliklerde kronolojideki eksiklikleri görünür kılarak klinisyene 'yapılandırılmış bir ikinci okuma' sağlar. Hastayı doğrudan muayene edemeyen ve disimülasyonu yakalayamayan bu sistemlerin sunduğu veriler kesin tanı değil, sınanacak hipotezlerdir. Nihai klinik ve etik sorumluluk her koşulda hekime aittir.

Metamfetamin Kullanım Bozukluğu Olan Bir Vakaya Yaklaşım: Klinik Spektrum ve Klinik Özellikler

Doç Dr. Çetin Turan

Metamfetamin, amfetamin türevi sentetik bir psikoaktif madde olup amfetamine kıyasla daha güçlü ve daha uzun süreli psikostimülan etkiye sahiptir. Güçlü psikostimülan etkisi ve yüksek bağımlılık potansiyeli, metamfetamin kötüye kullanımı açısından önemli bir risk oluşturmaktadır.

Metamfetamin kullanım bozukluğu (MKB); kullanılan maddenin dozu, sıklığı, kullanım yolu, bireysel özellikler, eşlik eden madde kullanımları ve hastanın kullanım döngüsündeki evresine göre geniş bir klinik spektrum gösterir. Klinik görünüm; akut etkilerden yoksunluk belirtilerine ve çeşitli psikiyatrik ve tıbbi komplikasyonlara kadar değişkenlik gösterebilir. Yoksunluk döneminde halsizlik, uyku bozukluğu, depresif belirtiler, anksiyete ve yoğun madde isteği öne çıkarken; kronik kullanımda psikiyatrik, kardiyovasküler ve nörolojik komplikasyonlar görülebilmektedir.

MKB olan hastaların değerlendirilmesinde; kullanım örüntüsü, yoksunluk ve aşerme, eşlik eden madde kullanımı, psikiyatrik ve tıbbi komplikasyonlar ile relaps riskinin birlikte ele alınması gerekmektedir. Bu hastalarda, depresif belirtiler ve intihar riski başta olmak üzere eşlik eden psikiyatrik durumların değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Tedavide başta kanıta dayalı psikososyal müdahaleler temel yaklaşımı oluştururken, uygun hastalarda farmakoterapi seçenekleri tedaviye eklenebilmektedir. Relaps riskinin değerlendirilmesi ve uzun dönemli izlem, tedavi başarısının sürdürülmesi açısından önemlidir.

Psikoonkoloji ve Psikofarmoloji Etkilişimleri

Dr. Öğr. Üyesi Doğancan SÖNMEZ
Trabzon Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana bilim Dalı

Kanser hastasında ortaya çıkan depresif tablo, apati ya da konfüzyon, çoğu zaman hastalığa verilen psikolojik bir tepki olarak yorumlanır. Oysa ileri evre onkoloji hastaları antineoplastik tedavinin yanı sıra kortikosteroid, opioid, antiemetik, antikonvülzan ve antimikrobiyal ajanlardan oluşan yüksek bir ilaç yüküyle izlenmektedir. Bu popülasyonda deliryumun en sık ve aynı zamanda en geri döndürülebilir nedeni ilaçlardır; sorumlu ajan kesildiğinde ya da opioid rotasyonu yapıldığında olguların önemli bölümü düzelmektedir. Buna karşın hipoaktif deliryum, ajite formdan daha sık görülmesine rağmen sıklıkla majör depresyon veya uyum bozukluğu olarak kodlanmakta; sonuçta tabloyu ağırlaştırabilecek psikotrop tedaviler eklenmektedir.

Bazı antineoplastikler santral sinir sistemine doğrudan zarar verir. İfosfamid, hepatik biyoaktivasyon sonucu ortaya çıkan kloroasetaldehit aracılığıyla nöronal glutatyonu tüketir ve mitokondriyal solunum zincirini bloke eder; hastaların yaklaşık %10-15'inde ensefalopati bildirilmiştir. Yüksek doz metotreksat, sitarabin ve platin türevleri de benzer şekilde akut ensefalopati veya hipoaktif deliryum tablosu yaratabilir. Bu tablolarda görüntüleme ve beyin omurilik sıvısı incelemesi sıklıkla normaldir; tanı klinik seyir ve zamansal ilişkiye dayanır.

Hedefe yönelik ajanlar ve immünoterapi, ayırıcı tanıya yeni başlıklar eklemiştir. Tirozin kinaz inhibitörlerinde kognitif yavaşlama ve anksiyete, BRAF/MEK inhibitörlerinde ateşle tetiklenen konfüzyon, mTOR inhibitörlerinde inatçı letarji ve apati, PARP inhibitörlerinde ise depresyonla kolayca karışan ağır santral yorgunluk bildirilmektedir.

İmmün kontrol noktası inhibitörlerine bağlı otoimmün limbik ensefalit nadirdir ancak atlandığında ölümcül olabilir; rutin deliryumdan subakut ve ilerleyici seyriyle, beyin omurilik sıvısındaki pleositoz ve manyetik rezonans görüntülemede limbik tutulumla ayrılır. En uyarıcı klinik ipucu, tablonun antipsikotiklerle düzelmemesidir.

Kortikosteroidler psikoonkolojide en sık karşılaşılan iatrojenik etkendir. Etki iki fazlıdır: erken dönemde irritabilite, uykusuzluk ve hipomani ile giden nöroeksitasyon; günler sonrasında ise hipotalamo-hipofizer aks supresyonu zemininde apati ve anhedoni ile giden subakut çöküş görülür. Doz, yan etki sıklığını belirlese de başlangıç zamanı ve şiddeti öngörülemez. Ayrı bir mekanizma olarak sitokinler indolamin 2,3-dioksijenaz enzimini aktive ederek triptofanı kinürenin yolağına kaydırır; oluşan kinolinik asit NMDA agonisti etkisiyle eksitotoksisiteye yol açar ve antidepresan yanıtı sınırlı, anhedonik bir tablo ortaya çıkar.

Etkileşimler iki düzeyde ele alınmalıdır. Farmakokinetik düzeyde antineoplastiklerin yarısından fazlası CYP3A4 ile metabolize olur; fluvoksamin gibi güçlü inhibitörler toksisiteyi artırırken karbamazepin, fenitoin ve sarı kantaron gibi indükleyiciler antitümör etkinliği azaltır. Tamoksifen bir ön ilaç olduğundan CYP2D6 inhibisyonu yapan paroksetin, fluoksetin ve bupropiondan kaçınılmalıdır. Renal klirensi düşen hastalarda pregabalin, gabapentin ve opioid metabolitlerinin birikimi miyoklonus ve sedasyona yol açar. Farmakodinamik düzeyde ise kümülatif QTc uzaması ve serotonerjik yük öne çıkar; tramadol, fentanil, linezolid ve metilen mavisi gibi ajanların antidepresanlarla birlikteliği serotonin sendromu riskini artırır.

Konsültasyonda önerilen sıralama şudur: tam ilaç listesinin çıkarılması, klirens ve organ işlevinin doğrulanması, etkileşimlerin taranması, elektrolit ve EKG kontrolü ile nörolojik muayenenin yapılmasıdır. Miyoklonus birikimi, klonus ve hiperrefleksi ise serotonin sendromunu düşündürür. Tedavide öncelik nedene yöneliktir; gerekiyorsa hedef semptoma uygun, dar etkileşim profilli ajanlar düşük dozda ve kısa süreyle kullanılmalıdır. Psikoonkolojide en etkili psikofarmakolojik girişim çoğu zaman bir ilaç eklemek değil, sorumlu ilacı kesmektir.

Kaynaklar
1. Bush SH, Lawlor PG, Ryan K, ve ark. Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol. 2018;29(Suppl 4):iv143-iv165.
2. Grassi L, Nanni MG, Rodin G, Li M, Caruso R. The use of antidepressants in oncology. Ann Oncol. 2018;29(1):101-111.
3. Ajithkumar T, Parkinson C, Shamshad F, Murray P. Ifosfamide encephalopathy. Clin Oncol (R Coll Radiol). 2007;19(2):108-114.
4. Warrington TP, Bostwick JM. Psychiatric adverse effects of corticosteroids. Mayo Clin Proc. 2006;81(10):1361-1367.
5. van Leeuwen RWF, van Gelder T, Mathijssen RHJ, Jansman FGA. Drug-drug interactions with tyrosine-kinase inhibitors: a clinical perspective. Lancet Oncol. 2014;15(8):e315-e326.
6. Giraud EL, Ferrier KRM, Lankheet NAG, ve ark. The QT interval prolongation potential of anticancer and supportive drugs. Lancet Oncol. 2022;23(9):e406-e415.

Kılavuzlar Eşliğinde Genel Bilgiler ve Olgu Yönetimi: Perinatal Dönemde Depresyon Atağı Yaşayan ve İlaç Tedavisi Gereken Bir Olgu

Dr. Ebrar Torlak
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir SUAM

Perinatal dönem, ruhsal bozuklukların anne ve bebek sağlığı açısından yakından izlenmesini gerektiren kritik bir süreçtir. Bu olgu sunumunda, üçüncü gebeliğinin 9. haftasında ağlama atakları, anhedoni ve suçluluk duyguları ile başvuran 35 yaşında kadın bir hastanın klinik yönetimi ele alınmaktadır. Hastanın psikiyatrik özgeçmişinde, önceki gebelik sonrası başlayan ve Sertralin tedavisi ile başarılı şekilde yönetilen depresyon öyküsü ile ikinci gebelikte yaşanan yoğun stresörler (yenidoğanın yoğun bakım süreci) dikkat çekmektedir. Mevcut başvuruda ise gebeliğin öğrenilmesiyle birlikte antidepresan tedavinin aniden kesilmesinin nükse yol açtığı anlaşılmıştır. Klinik değerlendirmede Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS) puanı 23/30 saptanan hastaya psikoeğitim verilmiş, bilgilendirilmiş onam alınarak Sertralin tedavisi yeniden düzenlenmiştir. İzlem sürecinde doz optimizasyonu ile hastanın klinik tablosunda belirgin düzelme sağlanmış ve takip puanlarında gerileme izlenmiştir. Olgudan çıkarılabilecek temel klinik mesajlar arasında; gebelikte ilaçların ani kesilmesinin nüks riskini artırdığı, planlanmamış gebeliklerin ve ağır yaşam olaylarının perinatal depresyonda önemli risk faktörleri olduğu, EPDS gibi ölçeklerin izlemde kritik rol oynadığı ve tedavi süreçlerinin bilgilendirilmiş onam eşliğinde yürütülmesi gerektiği yer almaktadır.

Erişkin DEHB Tanısının Ayırıcı Tanısı, Eş Tanılarla Karışım ve Tedavi Seçimi

Doç. Dr. Ece YAZLA ASAF
HİTİT ÜTF
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD

Erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) değerlendirmesinde güncel dikkat, dürtüsellik ve işlevsellik sorunlarının yanı sıra çocukluk döneminden başlayan belirtilerin ve ayrıntılı gelişimsel öykünün değerlendirilmesi önemlidir. Özellikle otizm spektrum bozukluğu (OSB), madde kullanım bozuklukları ve psikotik bozuklukların eşlik ettiği durumlarda belirtilerin örtüşmesi tanısal süreci güçleştirebilir (Moffitt ve ark. 2015; Antshel ve Russo 2019). OSB ve DEHB birlikte bulunabilmekte; sosyal işlevsellik, dikkat ve yürütücü işlev alanlarındaki ortak güçlükler ayırıcı tanıda dikkatli değerlendirme gerektirmektedir (Antshel ve Russo 2019).

Yirmili yaşlarında erkek hastanın gelişimsel öyküsünde konuşma gecikmesi, çocukluktan itibaren sosyal iletişim güçlükleri ve sınırlı, yoğun ilgi alanları bulunmasına karşın nörogelişimsel bir bozukluk tanısı almamıştı. Örgün eğitimini tamamlayarak üniversiteye başlayan hastanın özellikleri ailesi tarafından uzun yıllar dikkat sorunları ve yüksek bilişsel kapasite ile açıklanmıştı. Erişkin dönemde OSB tanısının değerlendirilmesinde çocukluk dönemindeki gelişimsel özelliklerin geriye dönük olarak ortaya konması ve farklı kaynaklardan bilgi alınması önem taşımaktadır (Huang ve ark. 2020).

Üniversite döneminde esrar ve metamfetamin başta olmak üzere madde kullanmaya başlayan hastada psikotik belirtiler gelişmiş ve üç ayrı dönemde psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gerekmişti. Her üç yatışta elektrokonvülsif tedavi sonrasında psikotik belirtilerde belirgin gerileme gözlenmişti. Antipsikotiklere belirgin ekstrapiramidal yan etki duyarlılığı ve tekrarlayan okülojirik krizler nedeniyle klozapin tedavisine geçilmişti. Klozapin kullanımı sırasında pozitif psikotik belirtiler remisyonda seyrederken, tedavinin bırakılmasıyla yeniden alevlenmeler görülmekteydi. Bununla birlikte madde kullanma isteği ve madde arayışı devam etmekteydi.

Erişkin DEHB'de madde kullanım bozuklukları önemli eş tanılar arasında yer almakla birlikte, madde kullanımıyla ilişkili dürtüsellik, dikkat sorunları ve işlev kaybının doğrudan DEHB belirtisi olarak yorumlanması tanısal yanılgıya yol açabilir (Hartman ve ark. 2023).
Ayrıca maddeyle ilişkili psikozların bir bölümünde daha sonra kalıcı psikotik bozukluk gelişebilmesi, maddeye bağlı psikoz ile primer psikotik bozukluk ayrımının uzunlamasına izlem temelinde yapılmasını gerekli kılmaktadır (Murrie ve ark. 2020).

Olguda gelişimsel öykü, sosyal-duygusal karşılıklılık güçlüğü ve sınırlı ilgi örüntüleri OSB açısından önemli ipuçları oluştururken; duygulanımsal küntlük, dürtüsellik ve işlev kaybının nörogelişimsel özellikler, madde kullanımı ve tekrarlayan psikotik dönemlerle ilişkisini ayrıştırmak güçtür. Bu nedenle erişkin DEHB değerlendirmesinde yalnızca güncel belirtilere odaklanılmaması; çocukluk başlangıcı, gelişimsel öykü, OSB belirtileri, madde kullanımının zamanlaması ve psikotik belirtilerin uzunlamasına seyrinin birlikte değerlendirilmesi gerekir. Tanısal formülasyonun doğru yapılması, özellikle aktif madde kullanımı ve psikotik belirtilerin bulunduğu karmaşık olgularda tedavi önceliklerinin ve farmakolojik seçeneklerin belirlenmesi açısından da önem taşımaktadır.

Kaynaklar

Antshel KM, Russo N (2019) Autism Spectrum Disorders and ADHD: Overlapping Phenomenology, Diagnostic Issues, and Treatment Considerations. *Curr Psychiatry Rep*, 21:34.
Hartman CA, Larsson H, Vos M ve ark. (2023) Anxiety, mood, and substance use disorders in adult men and women with and without attention-deficit/hyperactivity disorder: A substantive and methodological overview. *Neurosci Biobehav Rev*, 151:105209.
Huang Y, Arnold SRC, Foley KR, Trollor JN (2020) Diagnosis of autism in adulthood: A scoping review. *Autism*, 24:1311–1327.
Moffitt TE, Houts R, Asherson P ve ark. (2015) Is adult ADHD a childhood-onset neurodevelopmental disorder? Evidence from a four-decade longitudinal cohort study. *Am J Psychiatry*, 172:967–977.
Murrie B, Lappin J, Large M, Sara G (2020) Transition of substance-induced, brief, and atypical psychoses to schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull*, 46:505–516.

Çocukluk Çağı DEHB Öyküsü ve Otizm Spektrum Özellikleri Bulunan Genç Erişkinde Madde Kullanımı ve Tekrarlayan Psikotik Ataklar: Bir Olgu Sunumu

Emine İncebiz

Giriş

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve otizm spektrum bozukluğu (OSB), çocukluk döneminde başlayan ancak belirtileri erişkin yaşamda da devam edebilen nörogelişimsel bozukluklardır. Özellikle sosyal işlevselliği görece korunmuş bireylerde otizm spektrum özellikleri çocukluk döneminde fark edilmeyebilir ve erişkin psikiyatri başvurularında eşlik eden madde kullanım bozukluğu, duygudurum belirtileri veya psikotik belirtilerin gölgesinde kalabilir. Bu olguda, çocukluk döneminden itibaren DEHB tanısı bulunan ve retrospektif değerlendirmede otizm spektrum özellikleri saptanan genç bir erişkinde madde kullanımı ile başlayan ve sonrasında tekrarlayan psikotik ataklarla seyreden klinik süreç sunulmaktadır.

Olgu
Yirmi üç yaşında, üniversite öğrencisi erkek hasta; öfkelilik, saldırganlık, işitsel varsanılar ve zarar göreceğine ilişkin düşünceler nedeniyle yaklaşık üç yıl önce psikiyatri kliniğine başvurmuştur. İlk psikotik belirtilerin esrar ve metamfetamin kullanımı sonrasında ortaya çıktığı öğrenilmiştir. İzlem sürecinde toplam dört psikiyatri servis yatışı olmuştur.

Gelişimsel öyküsünde motor gelişim basamaklarının zamanında olduğu, ancak konuşmanın yaklaşık 2,5 yaşında başladığı öğrenilmiştir. Dokuz-on yaşlarında çocuk psikiyatrisi tarafından DEHB tanısı konularak metilfenidat başlanmış, tedaviden belirgin fayda gördüğü bildirilmiştir. Çocukluk döneminden itibaren dikkati sürdürme ve görevleri organize etmede güçlük, kolay dikkatin dağılması, kıpırdanma, yerinde duramama, aşırı konuşma ve
sırasını beklemekte zorlanma yakınmaları mevcuttur. Ayrıca hastalık öncesi dönemde yakın arkadaşlık ilişkilerinin sınırlı ve sosyal ilişkilerinin yüzeysel olduğu, başkalarının bakış açısını anlamakta zorlandığı ve ellerini çevirme biçiminde stereotipik hareketlerinin bulunduğu öğrenilmiştir.

İlk psikotik atağın ardından farklı antipsikotik tedaviler uygulanmış; paliperidon, amisülpirid ve aripiprazol kullanımı sırasında belirgin ekstrapiramidal yan etkiler ve akatizi gelişmiştir. İlaç bırakma dönemlerinde psikotik belirtiler ve davranışsal sorunlar tekrarlamıştır. Dikkat çekici olarak, yaklaşık bir yıl madde kullanmadığı dönemde de işitsel varsanılar ve dezorganize davranışların devam etmesi, yalnızca madde kullanımına bağlı psikoz ile primer psikotik bozukluk ayrımının yeniden değerlendirilmesini gerektirmiştir. Çoklu antipsikotik tedavilere yetersiz yanıt nedeniyle tedaviye dirençli psikotik bozukluk düşünülerek klozapin başlanmış; izlemde EKT uygulamalarından da klinik yarar görülmüştür.

Tartışma ve Sonuç
Bu olgu, erişkin psikiyatri pratiğinde psikotik belirtiler ve madde kullanımı ön planda olduğunda, çocukluk döneminden beri mevcut nörogelişimsel özelliklerin gözden kaçabileceğini göstermektedir. Çocuklukta doğrulanmış DEHB öyküsüne eşlik eden erken dil gecikmesi, yaşam boyu sosyal iletişim güçlükleri ve stereotipik davranışlar, hastanın otizm spektrumu açısından ayrıntılı olarak değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır.

Madde kullanımı ile başlayan psikotik belirtilerin uzun süreli abstinans döneminde de devam etmesi, maddeyle ilişkili psikoz ile primer psikotik bozukluk arasındaki ayrımın uzunlamasına izlem temelinde yapılmasının önemini göstermektedir. Ayrıca nörogelişimsel özelliklerin madde kullanımına yatkınlık, tedaviye uyum, sosyal işlevsellik ve klinik tablonun görünümü üzerindeki olası etkileri dikkate alınmalıdır.

Erişkin psikiyatri değerlendirmesinde yalnızca güncel belirtilere odaklanmak yerine gelişimsel öykünün sistematik olarak sorgulanması; özellikle karmaşık, tekrarlayan veya tedaviye dirençli klinik tabloların anlaşılmasına ve daha bütüncül bir tedavi planı oluşturulmasına katkı sağlayabilir.

Tekrarlayan Depresyon Atakları Olup Bipolarite Şüphesi Taşıyan Bir Olgu

Dr. Öğr. Üyesi Feyza Dönmez
Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kütahya, Türkiye

Bipolar bozukluk çoğunlukla ilk atağını depresif dönemle verdiğinden, hastalar yıllarca unipolar depresyon tanısıyla izlenebilmekte; bu durum tanısal gecikmeye ve uygun olmayan antidepresan monoterapisine yol açabilmektedir. Bu sunumda, tekrarlayan depresif ataklarla yıllarca izlenen, antidepresan tedavi altında karma özellikli bulgular geliştiren ve sonrasında bipolar afektif bozukluk tanısı alan bir olgu çerçevesinde, unipolar-bipolar depresyon ayırıcı tanısında dikkat edilmesi gereken klinik ipuçları tartışılacaktır. Tedaviye dirençli depresyon tablosunda gözden kaçabilecek hipomanik/karma özellikler, antidepresan kullanımının bu özellikleri ortaya çıkarma ya da maskeleme potansiyeli, duygudurum dengeleyici tedaviye geçiş süreci ile sürdürüm tedavisinde karşılaşılan güçlükler

(ilaç uyumsuzluğu, lityum düzeyi takibi, eşlik eden tiroid fonksiyon bozukluğunun izlemi) ele alınacaktır.

Ayrıca obsesif-kompulsif özellikler gibi eşlik eden belirtilerin tedavi seçimine etkisi ve uzun dönemli izlemde işlevsel remisyona ulaşma süreci değerlendirilecektir. Sunumun amacı, günlük klinik pratikte sık karşılaşılan "tedaviye dirençli depresyon" olgularında bipolarite olasılığının ne zaman ve nasıl akla getirilmesi gerektiğine dair pratik bir çerçeve sunmak ve lityum tedavisi altındaki hastalarda uzun süreli izlemin önemini vurgulamaktır. Tartışmaya açık sorular arasında bipolariteye işaret eden erken ipuçlarının gözden kaçırılma olasılığı, anksiyete belirtileri ile karma/hipomanik özelliklerin ayırt edilebilmesi ve tedaviyle ilişkisi, eşlik eden anksiyete ve obsesif-kompulsif belirtilerin tedavi seçimi ve prognoza etkisi, tekrarlayan tedavi uyumsuzluğunun hasta eğitimi ve izlem planlamasına katkısı yer almaktadır.

Kılavuzlar Eşliğinde Genel Bilgiler ve Süreç Yönetimi: Araştırma Sorusundan Yayına, Makale ve Tez Yazımı, Akademik Etik

Filiz İzci
Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Bilimsel araştırma, doğru bir araştırma sorusunun oluşturulmasından başlayarak uygun yöntemsel yaklaşımın belirlenmesi, araştırmanın yürütülmesi, elde edilen bulguların bilimsel standartlara uygun biçimde raporlanması ve sonuçların akademik yayınlara dönüştürülmesine kadar uzanan çok aşamalı bir süreçtir. Bu süreçte araştırma sorusunun niteliği, araştırma tasarımının uygunluğu, kullanılan yöntemlerin şeffaflığı ve elde edilen sonuçların doğru biçimde sunulması bilimsel çalışmanın güvenilirliğini doğrudan etkilemektedir. Günümüzde farklı araştırma tasarımlarına ilişkin geliştirilen uluslararası raporlama kılavuzları, bilimsel çalışmaların eksiksiz, şeffaf ve standartlara uygun biçimde raporlanmasına önemli katkı sağlamaktadır. Araştırma sorusunun oluşturulması, literatürün değerlendirilmesi ve araştırma amacının netleştirilmesi bilimsel çalışmanın temelini oluştururken; tez ve makale yazımı bu bilimsel sürecin sistematik bir biçimde yazılı hâle getirilmesini sağlamaktadır.

Bilimsel metnin yapılandırılması, giriş, yöntem, bulgular ve tartışma bölümlerinin araştırma sorusu ve yöntemle uyumlu biçimde oluşturulması, kaynakların doğru kullanılması ve bulguların uygun biçimde yorumlanması akademik yazımın temel unsurlarıdır. Bilimsel üretimin önemli bir diğer boyutu akademik ve yayın etiğidir. Araştırmanın planlanmasından yayımlanmasına kadar geçen süreçte etik kurul onayı, bilgilendirilmiş onam, veri bütünlüğü, doğru kaynak kullanımı, intihalden kaçınma, uygun yazarlık, çıkar çatışmalarının açıklanması ve araştırma sonuçlarının dürüst biçimde raporlanması temel etik sorumluluklar arasında yer almaktadır.

Ayrıca yapay zekâ temelli araçların akademik yazım ve bilimsel araştırma süreçlerinde giderek artan kullanımı; özgünlük, şeffaflık, doğrulanabilirlik ve araştırmacının sorumluluğu açısından yeni etik tartışmaları beraberinde getirmektedir. Bu çerçevede bilimsel araştırma; araştırma sorusu, yöntem, raporlama, akademik yazım, yayın ve etik bileşenlerinin birbirinden bağımsız değil, birbirini tamamlayan süreçler olarak ele alınmasını gerektirmektedir.

Gebelik ve Laktasyonda Psikotrop İlaç Seçimi: Risk-Fayda Dengesi

Furkan Bahadır Alptekin
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Perinatal dönemde psikiyatrik bozuklukların yönetimi, anne, fetus/bebek ve anne-bebek ilişkisini bir arada gözeten çok boyutlu bir değerlendirme gerektirmektedir. Bu değerlendirme, gebelik ve laktasyon döneminde psikotrop ilaç kullanımına ilişkin karar süreci, risk-fayda dengesi çerçevesinde ele alınmalıdır. Temel ilke, ilaç maruziyetinin riskinin izole biçimde değil, tedavi edilmeyen hastalığın anne ve bebek üzerindeki riskleriyle birlikte değerlendirilmesi gerektiğidir.

Klinik uygulamada psikiyatristin perinatal dönemde karşılaşabileceği farklı senaryolar (gebelik planlayan, plansız gebe kalan, perinatal dönemde alevlenen, gebelikte veya postpartum dönemde ilk kez başlayan olgular) bulunmakta; her birinin kendine özgü karar noktaları ön plana çıkmaktadır. Hekimin sorumluluğu yalnızca farmakoterapi kararı vermekle sınırlı değildir; bilgilendirilmiş onam süreci, aile bireylerinin sürece dahil edilmesi ve dokümantasyonun klinik yönetimin ayrılmaz bileşenleri olduğu vurgulanmalıdır.

Tedavisiz kalmanın riskleri, mutlak ve göreceli risk değerleriyle birlikte aktarılmalıdır: duygudurum bozukluklarında tedavi kesilmesi sonrası nüks oranı %68 iken tedaviye devam edenlerde %26'dır (HR 5,0); bipolar bozuklukta farmakoterapisiz kalan olgularda postpartum nüks oranı %66'ya, tedaviye devam edenlerde ise %23'e karşılık gelmektedir. Depresyon, bipolar bozukluk ve anksiyete bozukluklarına özgü gebelik ve doğum komplikasyonları ayrı ayrı özetlenmelidir. Kaba oranlar yerine net sayısal verilerin sunumu, karar sürecini daha sağlıklı hale getirecektir.

Hastalık şiddetinin sistematik değerlendirilmesi, risk faktörlerinin sınıflandırılması ve şiddete göre kademeli tedavi algoritmaları (yaşam tarzı ve psikososyal girişimlerden farmakolojik tedaviye uzanan) anne (adayı) ve yakınları ile paylaşılmalıdır. Farmakokinetik açıdan organogenez döneminin (ilk üç ay) kritik önemi, gebeliğin ilerleyen haftalarında artan plazma hacmine bağlı ilaç düzeyi değişiklikleri ve postpartum dönemin destabilizasyon açısından taşıdığı risk göz önünde bulundurulmalıdır. Laktasyon döneminde fetal maruziyetin önceliklendirilmesi gerektiği ve önceden etkili bulunmuş tedavinin sürdürülmesinin genel ilke olduğu sonucuna varılmaktadır.

Kaynaklar:

Treatment and Management of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 5: (2023). *Obstetrics & Gynecology*, *141*(6), 1262–1288. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005202

Çetin, M. (2011). Gebelikte psikotrop ilaç kullanımı: bir güncelleme. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, *21*(2), 161-173.

Creeley, C. E., & Denton, L. K. (2019). Use of prescribed psychotropics during pregnancy: a systematic review of pregnancy, neonatal, and childhood outcomes. *Brain sciences*, *9*(9), 235.

Vigod, S. N., Frey, B. N., Clark, C. T., Grigoriadis, S., Barker, L. C., Brown, H. K., ... & Van Lieshout, R. J. (2025). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments 2024 Clinical Practice Guideline for the Management of Perinatal Mood, Anxiety, and Related Disorders: Guide de pratique 2024 du Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments pour le traitement des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et des troubles connexes perinatals. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *70*(6), 429-489.

Medeni Hukuk Kapsamında Adli Psikiyatrik Değerlendirme ve Olgu Yönetimi: TMK m. 432 Uyarınca İstemsiz Yatış Süreçleri, Vesayet Uygulamaları ve Adli Rapor Düzenleme İlkeleri

Fatih Öncü

Medeni hukuk kapsamındaki adli psikiyatrik uygulamalar, bireylerin hukuki ehliyetlerinin değerlendirilmesi, vesayet ve yasal danışmanlık gereksinimlerinin belirlenmesi, korunma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması ve bu süreçlere ilişkin adli raporların düzenlenmesini kapsamaktadır. Ceza sorumluluğu değerlendirmeleri adli psikiyatriyle daha fazla ilişkilendirilmekle birlikte, günlük klinik uygulamalarda medeni hukukla ilgili değerlendirmeler önemli bir yer tutmaktadır. Bakırköy Adli Psikiyatri Polikliniği'nde 2025 yılında değerlendirilen 13.757 olgunun 3.964'ünde vasi atanması, 2.054'ünde ise ceza sorumluluğu değerlendirmesi istenmiş olması, medeni hukuk uygulamalarının klinik önemini ortaya koymaktadır.

Medeni hukuk açısından psikiyatrik değerlendirmenin temelini hukuki ehliyet ve ayırt etme gücü oluşturmaktadır. Türk Medeni Kanunu'nun (TMK) 13. maddesi kapsamında ayırt etme gücü, kişinin gerçekleştirdiği işlemin nedenlerini, kapsamını ve sonuçlarını anlayabilmesi ve bu anlayışa uygun davranabilmesiyle ilişkilidir. Psikiyatrik bir bozukluğun varlığı tek başına hukuki ehliyetsizlik anlamına gelmemektedir. Değerlendirmede hastalığın niteliği,

şiddeti, seyri, bilişsel işlevler üzerindeki etkisi ve kişinin karar verme kapasitesi birlikte ele alınmalıdır. Özellikle psikoz, duygudurum bozuklukları ve demans gibi durumlarda ayırt etme gücünün sürekli veya geçici olarak etkilenebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Vesayet uygulamalarında TMK 405 kapsamında akıl hastalığı veya akıl zayıflığı nedeniyle kişinin işlerini yönetme, kendisini koruma ve başkalarının güvenliğini sağlama yeterliliği değerlendirilmektedir. TMK 406 kapsamında ise alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, savurganlık ve malvarlığının kötü yönetilmesi gibi durumların bireysel ve toplumsal sonuçları önem taşımaktadır. TMK 408 kişinin kendi isteğiyle kısıtlanmasını, TMK 429 ise tam vesayet gerektirmeyen durumlarda yasal danışman atanmasını düzenlemektedir. Bu değerlendirmelerde temel yaklaşım, kişinin işlevselliği ve korunma ihtiyacına uygun, mümkün olan en az kısıtlayıcı hukuki düzenlemenin belirlenmesidir. Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı nedeniyle kısıtlamaya ilişkin kararlar resmî sağlık kurulu raporuna dayandırılmaktadır.

Korunma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması, TMK 432 kapsamında düzenlenen temel medeni hukuk uygulamalarından biridir. Bu düzenleme; akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı gibi nedenlerle toplum için tehlike oluşturan ve kişisel korunması başka şekilde sağlanamayan ergin kişilerin uygun bir kuruma yerleştirilmesini veya alıkonulmasını kapsamaktadır. İstemsiz yatış değerlendirmelerinde yalnızca psikiyatrik tanının varlığı değil, mevcut ruhsal durum, tehlikelilik, tedavi gereksinimi ve alternatif müdahale seçenekleri birlikte değerlendirilmelidir. Uygulamada acil yatış endikasyonu bulunan olguların öncelikle klinik gereklilik doğrultusunda yatırılması, ardından resmî sağlık kurulu raporu düzenlenerek ilgili sulh hukuk mahkemesine bildirim yapılması önemlidir. Acil yatış gerektirmeyen olgularda ayaktan inceleme yapılabilir. Değerlendirmenin tamamlanamadığı durumlarda TMK 436 uyarınca hekim ön raporuyla en fazla yirmi gün süreyle sağlık kuruluşunda gözlem uygulanabilmektedir.

İstemsiz yatış sürecinin yönetiminde hastanın bilgilendirilmesi, itiraz hakkının korunması, hukuki bildirimlerin zamanında yapılması ve taburculuk işlemlerinin ilgili mahkeme kararının kapsamına uygun yürütülmesi gerekmektedir. Tedavi süresince hastanın klinik durumu ve tehlikelilik düzeyi yeniden değerlendirilerek özgürlüğün kısıtlanmasının devamını gerektiren koşulların sürüp sürmediği belirlenmelidir. Bu süreç, hastanın tedavi gereksinimi ile bireysel hak ve özgürlükleri arasında ölçülü bir denge kurulmasını gerektirmektedir.

Adli rapor düzenleme sürecinde öncelikle ilgili makamın yönelttiği hukuki sorunun ve değerlendirmenin amacının açık biçimde belirlenmesi gerekmektedir. Psikiyatrik muayene bulguları, önceki tıbbi kayıtlar, dava dosyası, yakınlardan edinilen bilgiler ve gerektiğinde sosyal inceleme sonuçları birlikte değerlendirilmelidir. Raporda psikiyatrik tanı ile hukuki yeterlilik, işlevsellik veya tehlikelilik arasındaki ilişkinin somut bulgularla gerekçelendirilmesi önemlidir. Bilirkişinin görevi tıbbi ve bilimsel kanaatini sunmak olup nihai hukuki karar yargı makamına aittir. Medeni hukuk kapsamındaki adli psikiyatrik uygulamalarda temel hedef, bireyin korunma ihtiyacını ve özerkliğini birlikte gözeten, bilimsel temellere dayanan ve hukuki karar süreçlerine katkı sağlayan değerlendirme ve raporlama yaklaşımının benimsenmesidir.

Metamfetamin Kullanım Bozukluğunda Tedavi: Güncel Kanıtlar ve Klinik Yaklaşım

Doç. Dr. Güliz ŞENORMANCI
SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Metamfetamin kullanım bozukluğu, klinik seyri ve tedavisi açısından zorlayıcı bir tablodur. Sık yineleme, tedaviden erken ayrılma, psikotik belirtiler, duygudurum değişiklikleri ve eşlik eden tıbbi ya da sosyal sorunlar tedaviyi çoğu zaman karmaşık hâle getirir. Bugün için metamfetamin kullanım bozukluğuna özgü, onaylanmış bir ilaç tedavisi bulunmamaktadır.

Buna karşın psikososyal tedaviler konusunda güçlü, farmakolojik seçenekler konusunda ise giderek artan bir kanıt birikimi vardır. Bu sunumda güncel kılavuzlar, sistematik derlemeler ve klinik çalışmalar ışığında değerlendirme ve tedavi süreci gözden geçirilecektir.

İlk görüşmede yalnızca kullanılan metamfetamin miktarına ya da kullanım sıklığına odaklanmak yeterli değildir. Kullanım biçimi, başka maddelerin eşlik edip etmediği, psikiyatrik ve tıbbi hastalıklar, bilişsel durum, intihar riski, kişinin yaşam koşulları ve tedaviye ne kadar hazır olduğu birlikte değerlendirilmelidir. Akut intoksikasyon, belirgin ajitasyon ya da metamfetaminle ilişkili psikoz varlığında ise öncelik güvenliğin sağlanması ve uygun bakım düzeyinin belirlenmesidir. Destekleyici yaklaşımın yanı sıra benzodiazepinler ve gerekli durumlarda antipsikotikler kullanılabilir.

Uzun dönem tedavide en güçlü kanıta sahip yöntem ödüle dayalı pekiştirme yönetimidir. Bununla birlikte her hasta için tek bir psikososyal yaklaşım yeterli olmayabilir. Bilişsel davranışçı terapi, motivasyonel görüşme, toplum pekiştirme yaklaşımı ve Matrix Modeli; hastanın ihtiyaçlarına, tedavi hedeflerine ve hizmetin olanaklarına göre sürece eklenebilir. Buradaki temel güçlüklerden biri yalnızca tedaviyi başlatmak değil, hastanın tedavide kalmasını sağlayabilmektir.

İlaç tedavileri konusunda sonuçlar daha sınırlı ve daha tartışmalıdır. Naltrekson ile bupropion kombinasyonu, bazı hastalarda kullanımı azaltabilen seçeneklerden biri olarak öne çıkmaktadır. Mirtazapinle ilgili yakın dönem çalışmalar da umut verici olmakla birlikte, gözlenen etkinin büyüklüğü sınırlıdır. Bupropion, topiramat ve uzun etkili psikostimülanlar ise rutin olarak önerilebilecek tedaviler değildir. Bununla birlikte eşlik eden depresyon, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ya da başka klinik özelliklerin bulunduğu seçilmiş hastalarda, olası yararlar ve riskler değerlendirilerek ruhsat dışı kullanım gündeme gelebilir.

Tedavi planı hazırlanırken eş tanıların ayrı bir sorun gibi değil, kullanım bozukluğunun bir parçası olarak ele alınması gerekir. Depresyon, psikotik bozukluklar ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu için bütünleşik bir yaklaşım benimsenmelidir. Enfeksiyonlar ve cinsel sağlık açısından tarama yapılması, opioid maruziyeti olasılığı bulunan kişilerde naloksona erişimin sağlanması ve diğer zarar azaltma uygulamalarının konuşulması da tedavinin önemli parçalarıdır.

Dijital tedaviler ve nöromodülasyon yöntemleri son yıllarda daha fazla ilgi görmektedir; ancak mevcut bulgular bu yöntemlerin rutin klinik uygulamadaki yerini belirlemek için henüz yeterli değildir. Son olarak tedavi başarısı yalnızca tam bırakma üzerinden değerlendirilmemelidir. Kullanılan gün sayısının azalması, tedavide kalma, psikiyatrik ve fiziksel belirtilerde düzelme, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesindeki artış da klinik açıdan anlamlı sonuçlardır.

Vaka Tartışması: Farmakoterapi mi, Travma Odaklı Psikoterapi mi? Sıralama ve Entegrasyon

Prof. Dr. Halil İbrahim Taş
Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Kompleks travma sonrası stres bozukluğu (K-TSSB), travma sonrası stres bozukluğunun yeniden yaşantılama, kaçınma ve süreğen tehdit belirtilerine; duygu düzenleme güçlüğü, olumsuz benlik algısı ve ilişkisel güçlüklerden oluşan öz-örgütlenme bozukluklarının eklenmesiyle tanımlanır. Sunumda, ergenlik döneminde cinsel travma öyküsü bulunan; yıllarca travmasını saklayan, dört özkıyım girişimi, belirgin ilişkisel dalgalanma, borderline kişilik örüntüsü ve ağır alkol kullanım bozukluğu olan bir olgu üzerinden tedavi yaklaşımı tartışılmaktadır. Olguda travma hatırlatıcıları, yoğun utanç ve suçluluk, değersizlik algısı ve duygu düzenleme güçlüğü; alkol kullanımı, dürtüsel davranışlar ve ilişkisel krizlerle iç içe geçen bir kaçınma döngüsü oluşturmaktadır.

Farmakoterapi depresyon, anksiyete, aşırı uyarılmışlık, uyku bozukluğu ve eş tanıların tedavisinde semptom yükünü azaltarak psikoterapiye katılımı kolaylaştırabilir; ancak travmatik anının bağlama yerleştirilmesi, davranışsal kaçınmanın azaltılması, travma sonrası suçluluk ve utanç gibi katı anlamların yeniden değerlendirilmesi ve ilişkisel örüntülerin dönüştürülmesi için tek başına yeterli değildir. Bu hedeflerde travma odaklı psikoterapiler tedavinin temelini oluşturur. Bilişsel İşleme Terapisi (CPT), Uzun Süreli Maruz Bırakma (PE) ve EMDR gibi yöntemler farklı tekniklerle travmatik anının "şimdi" niteliğini ve kaçınmayı azaltmayı, yeni öğrenmeyi ve anlamın güncellenmesini hedefler.

Kompleks olgularda travma çalışması ertelenmemeli, güvenlik ve tolerabilite açısından uyarlanmalıdır. Akut intoksikasyon veya yoksunluk, yüksek özkıyım riski, psikotik/manik dekompansasyon ve tolere edilemeyen dissosiyasyon öncelikle değerlendirilmelidir. Ardından güvenlik planı, terapötik ittifak, grounding, duygu düzenleme becerileri ve alkol kullanımına yönelik eşzamanlı müdahalelerle travma odaklı çalışmaya geçilebilir. Sonuç olarak K-TSSB'de psikoterapi tedavinin omurgasını, farmakoterapi ise hedef semptomları azaltan ve tedaviye katılımı destekleyen tamamlayıcı bileşeni oluşturmalıdır.

Kılavuzlar Eşliğinde Genel Bilgiler ve Olgu Yönetimi: Perinatal Depresyon, Postpartum Psikoz ve Gebelikte İlaç Güvenliği Rehberleri

Doç. Dr. Hasan Mervan AYTAÇ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir SUAM

Perinatal dönem, gebelikten doğum sonrası ilk yıla kadar uzanan ve ruhsal bozuklukların anne, bebek ve aile açısından önemli sonuçlar doğurabildiği kritik bir dönemdir. Bu sunumda, güncel kılavuzlar doğrultusunda perinatal depresyon ve postpartum psikozun tanınması, taranması ve klinik yönetimi ile gebelik ve emzirme döneminde psikotrop ilaç kullanımında risk-fayda dengesi ele alınmaktadır. Perinatal depresyon, bu dönemin en sık görülen ruhsal bozukluklarından biridir ve tedavi edilmediğinde obstetrik sonuçlar, anne-bebek bağlanması ve çocuğun gelişimi üzerinde olumsuz etkiler oluşturabilmektedir. Uluslararası kılavuzlar perinatal dönemde rutin ruhsal belirti taramasını önermekte; Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği (EPDS), Hasta Sağlık Anketi-9 (PHQ-9), Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (GAD-7) ve bipolar bozukluk açısından Duygudurum Bozuklukları Ölçeği (MDQ) gibi araçlardan yararlanılabilmektedir. Hafif-orta şiddette perinatal depresyonda ilk basamak tedavi psikoterapi olup özellikle bilişsel davranışçı terapi ve kişilerarası ilişkiler psikoterapisi öne çıkmaktadır; daha şiddetli olgularda ise farmakoterapi tercih edilmektedir.

Gebelik ve emzirme döneminde ilaç seçimi; hastalığın tedavisiz kalmasının oluşturduğu riskler, maternal yarar ile fetal ve yenidoğan güvenliği birlikte değerlendirilerek bireyselleştirilmelidir. Postpartum psikoz ise genellikle doğumdan sonraki ilk iki hafta içinde ani başlayan, mani veya karma belirtiler, sanrı, varsanı ve konfüzyonla seyredebilen psikiyatrik bir acildir. Tedavide kısa etkili benzodiazepin, antipsikotik ve lityumu içeren kademeli yaklaşım, gerekli durumlarda elektrokonvülsif tedavi ile desteklenebilmektedir. Erken tanı, düzenli tarama ve kılavuz temelli bireyselleştirilmiş yönetim anne ve bebek güvenliği açısından temel önemdedir.

Kompleks Travma ve Disosiyatif Bozukluklarda Tedavi Algoritmaları

Melike Ceyhan Balcı Şengül

Kompleks travma sonrası stres bozukluğu (Kompleks TSSB) ve disosiyatif bozukluklar, duygu düzenleme, benlik algısı ve ilişkisellik alanlarında derin bozulmalarla seyreden, klasik travma sonrası stres bozukluğuna (TSSB) kıyasla daha heterojen klinik tablolardır. ICD-11, Kompleks TSSB'yi temel TSSB üçlüsüne (yeniden yaşantılama, kaçınma, güncel tehdit algısı) ek olarak duygu düzenlenmesinde bozulma, olumsuz benlik algısı ve ilişkisel zorluklardan oluşan Kendilik Örgütlenmesinde Bozulma (DSO) kümesiyle tanımlamaktadır. Disosiyatif kimlik bozukluğu ise bilinç, bellek ve kimlik sürekliliğinin bölünmesiyle karakterizedir ve sıklıkla Kompleks TSSB ile örtüşür.

Bu tablolarda uluslararası kılavuzlar (ISTSS Uzman Konsensüs Kılavuzu, ISSTD Kılavuzları), Judith Herman'ın (1992) formülasyonundan türeyen üç evreli, faz-temelli bir tedavi modelini esas almaktadır. Birinci evrede güvenlik ve stabilizasyon hedeflenir; güvenli ortamın sağlanması, semptom yönetimi, duygu düzenleme becerilerinin kazandırılması ve terapötik ittifakın kurulması bu evrenin temel bileşenleridir.

İkinci evrede, travmatik anılar titrasyon ilkesine uygun biçimde, hastanın kapasitesine göre kademeli olarak işleme alınır. Travma odaklı bilişsel davranışçı terapi ve EMDR bu evrede öne çıkan yöntemlerdir. Üçüncü evre, kazanılan işlevselliğin günlük yaşama, kimliğe ve ilişkilere entegre edildiği, sosyal yeniden bağlanmanın desteklendiği aşamadır.

Farmakoterapinin bu modeldeki yeri sınırlı ve tamamlayıcıdır; SSRI/SNRI grubu ilaçlar genellikle eşlik eden depresyon ve anksiyeteye yönelik olarak, çoğunlukla birinci evrede düşünülür ve travma işlemleme sürecinin yerini tutmaz. Faz-temelli modelin otuz yılı aşkın klinik konsensüs desteği bulunmakla birlikte, randomize kontrollü çalışma tabanı sınırlıdır; standart TSSB araştırmaları ağır disosiyasyon ve kompleks olguları büyük ölçüde dışlamış, evreler arası geçiş ölçütleri de kılavuzlar arasında standardize edilmemiştir. Bu sınırlılıklar, modelin bireyselleştirilmiş ve esnek biçimde uygulanmasını gerekli kılmaktadır. Klinik uygulamada bu çerçeve, "farmakoterapi mi, psikoterapi mi" ikilemini, hastanın evresine ve kapasitesine göre bireyselleştirilmiş bir kombinasyon yaklaşımına taşımaktadır.

Psikoonkolojide Psikofarmakolojik Tedavi: Kılavuzlardan Klinik Uygulamalar

Mehmet Baltacioğlu

Kanser tanısı ve tedavi süreci, hastaların yalnızca fiziksel sağlığını değil, psikolojik ve sosyal işlevselliğini de etkileyen karmaşık bir süreçtir. Anksiyete, depresyon ve psikososyal sıkıntı (distress) kanserin farklı evrelerinde sık görülmekte ve hastaların yaşam kalitesini, tedaviye uyumunu ve genel klinik sonuçlarını olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle güncel National Comprehensive Cancer Network (NCCN) ve European Society for Medical Oncology (ESMO) kılavuzları, psikososyal sıkıntının kanser bakımının “altıncı vital bulgusu” olarak düzenli aralıklarla değerlendirilmesini ve ruhsal belirtilerin multidisipliner bir yaklaşımla ele alınmasını önermektedir (1,2). Ruhsal belirtilerin erken tanınması ve uygun şekilde tedavi edilmesi, hastanın tedavi sürecine uyumunu ve yaşam kalitesini desteklemektedir (2,3).

Psikofarmakolojik tedavide ilaç seçimi yalnızca psikiyatrik belirtilerin şiddetine göre yapılmamalıdır. Onkolojik tedavilerle olası ilaç etkileşimleri, karaciğer ve böbrek fonksiyonları, kardiyak güvenlilik, eşlik eden semptomlar ve toplam ilaç yükü birlikte değerlendirilmelidir (1–3). Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, SSRI) arasında sertralin ve essitalopram, düşük sitokrom P450 (Cytochrome P450, CYP) etkileşimleri nedeniyle birçok kanser hastasında uygun seçenekler olarak öne çıkmaktadır. Bununla birlikte, tamoksifen kullanan hastalarda CYP2D6 inhibisyonu nedeniyle özellikle paroksetin ve fluoksetinden kaçınılması önerilmektedir (2).

İştahsızlık, kilo kaybı ve uykusuzluğun eşlik ettiği hastalarda mirtazapin; Kemoterapiye Bağlı Periferik Nöropati (Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy, CIPN) bulunan seçilmiş olgularda ise analjezik katkısı nedeniyle duloksetin desteklenen tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır (2,4). Karaciğer veya böbrek yetmezliği bulunan hastalarda ise ilaç seçiminin yanı sıra Kreatinin Klirensi (Creatinine Clearance, CrCl) ve karaciğer fonksiyonlarına göre doz düzenlemesi tedavi güvenliği açısından kritik önem taşımaktadır. Ayrıca antidepresanların ani kesilmesi yerine kademeli olarak azaltılması, Antidepresan Kesilme Sendromu (Antidepressant Discontinuation Syndrome, ADS) riskini azaltmaktadır (1).

Sonuç olarak, kanser hastalarında psikofarmakolojik tedavi, yalnızca uygun bir psikiyatrik ilacın seçilmesinden ibaret değildir. Güvenli ve etkili tedavi; hastanın ruhsal belirtilerinin yanı sıra onkolojik tedavisinin, eşlik eden semptomlarının, organ fonksiyonlarının ve olası ilaç etkileşimlerinin birlikte değerlendirilmesini gerektirir. Güncel kılavuzların klinik deneyimle bütünleştirilmesi, konsültasyon liyezon psikiyatrisi pratiğinde doğru ilacı doğru hastaya, doğru dozda ve doğru zamanda uygulamanın temelini oluşturur. Bu yaklaşım, hasta güvenliğini artırırken aynı zamanda tedavi uyumunu da kolaylaştıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, Psikoonkoloji, Psikofarmakoloji, Antidepresan, Organ Yetmezliği

Kaynaklar

1. Fann JR, Vanderlan J, Brewer BW, Corbett C, Keller J, Lahijani S, Niazi SK, Riba MB, et al. NCCN Guidelines® Insights: Distress Management, Version 1.2026. J Natl Compr Canc Netw. 2026;24(4):e260018.
2. Grassi L, Caruso R, Riba MB, Lloyd-Williams M, Kissane D, Rodin G, McFarland D, Campos-Ródenas R, Zachariae R, Santini D, Ripamonti CI; ESMO Guidelines Committee. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline. ESMO Open. 2023;8(2):101155.
3. Andersen BL, Lacchetti C, Ashing K, Berek JS, Berman BS, Bolte S, Dizon DS, Given B, Nekhlyudov L, Pirl W, Stanton AL, Rowland JH. Management of Anxiety and Depression in Adult Survivors of Cancer: ASCO Guideline Update. J Clin Oncol. 2023;41(18):3426–3453.
4. Swarm RA, Youngwerth JM, Agne JL, et al. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Adult Cancer Pain, Version 2.2025. J Natl Compr Canc Netw. 2025;23(7).

Konsültasyon Liyezon Süreçleri, Deliryum, Psikoonkoloji ve Genel Tıpta Psikofarmakoloji

Meltem Puşuroğlu

Deliryum:

Deliryum özellikle yatan hastalarda sıklıkla gözlenen, mortalite oranlarını artıran, akut başlangıçlı ve değişen klinik tablosu olan önemli bir nöropsikiyatrik sendromdur. Özellikle dikkatin sürdürülmesi ve yönlendirilmesi, bilinç, oryantasyon, bellek, algı gibi alanlarda belirgin bozulma gözlenmektedir. Saatlar ve günler içerisinde ani gelişebilir, semptomlar gün içinde değişkenlik gösterebilir. Deliryum tablosunun ortya açıkmasında birçok faktör bulunmaktadır. Enfeksiyon, çoklu ilaç kullanımı, elektrolit dengesizlikleri, demans, cerrahi müdahaleler gibi birçok tıbbi durum demansa yol açabilmektedir. Ayrıca tıbbi durumların yanı sıra opioidler, benzodiazepinler ve bazı sedatif ilaçlar deliryum gelişimine zemin hazırlayabilir. İleri yaş, altta yatan bilişsel bozukluk, fiziksel engeller de deliryum riski artırmaktadır. Hastalarda görsel ve işitsel halüsünasyonlar, sirkadyen ritmde bozulma, düşünce içeriğinin bozulması, bellek sorunları gözlenebilir. Ayrıca hastalarda tedaviye uyumsuzluk, psikomotor ajitasyon görülebilir (1, 2). Semptomlar gün içi değişkenlik gösterirken belirtiler özellikle gece saatlerinde belirginleşebilir. Hastaların psikomotor belirtilerine göre hipoaktif, hiperaktif ve karma deliryum olmak üzere 3 sınıfa ayrılmaktadır. Hipoaktif deliryum da hastalar gün içinde daha sessiz, uykuya meyilli iken hiperaktif deliryumda belirgin psikomotor ajitasyon mevcuttur. klinik tablonun daha sessiz olması nedeniyle özellikle hipoaktif deliryum farkedilmeyebilir. Bu nedenle hastaların düzenli olarak deliryum açısından takip edilmesi ve değerlendirimesi önemlidir (3).

Temel tanı koyma aracı DSM-5 ölçütlerine göre tanı değerlendirilmesi yapılmaktadır. Dikkat ve farkındalık alanında bozulma, değişikliğin günler saatler içerisinde ortaya çıkması, bellek, yönelim, dil gibi bilişsel alanlarda bozulma kriterleri değerlendirilmektedir (4). Ayrıca tanı ve takipte birçok ölçek kullanılabilir. Tedavide öncelik altta yatan nedenlerin belirlenmesi ve tedavisidir. Enfeksiyon, sıvı elektrolit dengesinin düzenlenmesi, çoklu ilaç kullanımının değerlendirilmesi gerekmektedir. Hastaların uyku düzenlerinin sağlanması, uygunsuz ısı ışık gibi olumsuz faktörlerin düzeltilmesi, hastanın oryantasyonun değerlendirilmesi ve desteklenmesi gibi ilaç dışı tedaviler çok önemlidir. Hastalara antipiskotik tedavi gerekli durumlarda uygulanabilir. Ancak tedavi sürecinde ilaç kullanımından önce yapılacak müdahaleler yeterli kalmadığında uygulanması gereklidir. Hastanın belirgin ajitasyonu mevcut, kendisine ve çevresine zarar verme riski var ise hastaların değerlendiirlmesi neticesinde farmakolojik müdahaleler düzenlenebilir (5, 6).

Sonuç olarak deliryum hastalarda artmış mortalite riski ile ilişkilidir. Bu nedenle acil olarak farkedilmeli ve gerekli müdahaleler yapılmalıdır. Bu nedenle konsültasyon-liyezon psikiyatrisi açısından değerlendirilmesi ve multidispliner bir yaklaşımla ele alınması önemlidir.

Kaynaklar

1. Alexander S, Needham E. Diagnosis of delirium: a practical approach. Practical Neurology. 2022;23:192-9.
2. Keenan C, Jain S. Delirium. The Medical clinics of North America. 2022;106 3:459-69.
3. Boettger S, Breitbart W. Phenomenology of the subtypes of delirium: Phenomenological differences between hyperactive and hypoactive delirium. Palliative and Supportive Care. 2011;9:129-35.
4. Birliği AP. Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabı, beşinci baskı (DSM-5), tanı ölçütleri başvuru elkitabı'ndan, çev. E Köroğlu (Çev Ed), Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2013.
5. Mart M, Roberson S, Roberson S, Salas B, Pandharipande P, Ely E. Prevention and Management of Delirium in the Intensive Care Unit. Seminars in respiratory and critical care medicine. 2020;42:112-26.
6. Faeder M, Hale E, Hedayati D, Israel A, Moschenross D, Peterson M, et al. Preventing and treating delirium in clinical settings for older adults. Therapeutic Advances in Psychopharmacology. 2023;13.

Vaka Tartışması: Şizofreni mi, Şizoaffektif Bozukluk mu, Madde Kaynaklı Psikoz Ayırıcı Tanısı, Eş Tanı ve Tedavi Yönetimi

Mustafa Akkuş

Sunulan iki farklı olgudan birincisi üzerinden psikotik ve affektif belirtilerin karışabildiği durumlar tartışılarak ayırıcı tanının nasıl gerçekleştiği, tedavi süreçlerinin nasıl yönetildiği ve tedavi direnci konusunda yapılabilecek uygulamalar ele alınacaktır. İkinci olguda ise, psikoaktif maddenin indüklediği psikotik bozukluklarla primer psikoza eşlik eden madde kullanım bozukluklarının ayrımı ve tedavi süreçlerinden bahsedilecek ve tartışılacaktır.

Birinci olguda; uzun yıllardır şizofreni tanısı ile takip edilmekte olan bir hastanın psikotik ve şüpheli affektif bir akut alevlenme dönemi sonrasında yoğunlaşan tedavi süreçleri, sonrasında yaşanılan tedaviye direnç ve klozapin kullanımına iyi yanıt olmasına rağmen, agranülositoz saptanması sebebiyle klozapin kesilmesi, sonrasında yeniden akut alevlenme sebebiyle elektrokonvülsif terapi başlanması ve remisyon sağlanması ele alınmıştır. Şizofreni akut alevlenme dönemlerinde görülen basınçlı konuşma, irritabilite ve psikomotor aktivite artışı, hem psikotik özellikli mani, hem şizoaffektif bozukluk hem de kişinin olası hipertimik mizacı ile karıştırılabilmektedir. Klinisyenler için bu ayrım oldukça önemlidir. En az iki farklı antipsikotik tedaviye yanıt vermeyen şizofreni hastalarında tedaviye dirençten bahsedilmektedir ve klozapin başlanması önerilmektedir. Fakat klozapine iyi yanıt veren olgularda ilacın kesilmesi gereken ciddi yan etkilerde olgunun yönetimi oldukça zorlayıcı olabilmektedir.

Bu olguda da agranülositoz gelişen bir olguda klozapin kesilmek zorunda kalınmış ve elektrokonvülsif terapi ve tipik- atipik antipsikotik kombinasyonu ile remisyon sağlanmıştır. Her ne kadar literatürde kombinasyonların klozapin ile yapılması genel olarak önerilmişse de, tedaviye yanıt vermeyen hastalarda elektrokonvülsif terapi düşünülmelidir. İlaç yan etkisi sebebiyle, tedavi yönetiminin bunun dışına çıkması da bazı olgularda zaruri görünmektedir.

İkinci olguda ise uzun yıllar psikoaktif madde kullanımı bilinmeyen, psikotik bozukluk olarak takip ve tedavi edilen, fakat uzun süreli tam remisyon sağlanamayan hastanın, yıllar sonra psikoaktif madde kullanım öyküsünün öğrenilmesi, geçmişe dair ve mevcut durumda anamnez güvenilirliğinin düşük olması sebebi ile madde kullanımı ve psikotik belirtiler arasında zamansal ilişkinin belirlenmesinin güçlüğü ele alınacaktır. Psikoaktif madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk ile primer psikoza eşlik eden madde kullanım bozukluğunun ayrımının güçlüğü, önemi ve tedavi süreçlerindeki farklılıklar klinisyenlerin pratikte en çok ihtiyaç duyduğu konulardan biridir.

Bu iki olgu ile psikotik bozukluklar spektrumunda bulunan tanıların ayrımı, bu konuda klinisyenlerin yaşadığı güçlükler, dirençli şizofrenide tedaviye iyi yanıt veren olgularda, ciddi ilaç yan etkisinin yönetimi gibi konuların klinisyenlerle tartışılarak konunun daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunulması hedeflenmiştir.

Kılavuzlar Eşliğinde Genel Bilgiler ve Olgu Yönetimi: DEHB, OSB ve Özgül Öğrenme Bozukluklarına Yaklaşım; Geçiş Dönemi Sorunları

Doç. Dr. Mustafa Tunçtürk

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

DEHB, OSB ve ÖÖB, çocukluk çağında başlayan, sıklıkla birbirine eşlik eden ve olguların önemli bölümünde erişkinliğe uzanan nörogelişimsel bozukluklardır. DEHB tanısı klinik görüşme, birden fazla ortamdan alınan bilgi ve işlevsellik değerlendirmesine dayanmaktadır. NICE, AACAP, CADDRA ve Avrupa DEHB Kılavuz Grubu önerilerinde uyarıcılar tüm yaş gruplarında birinci basamak seçenektir; okul öncesi dönemde ve hafif-orta olgularda ebeveyn eğitimi ve davranışsal müdahaleler önceliklidir. Erişkin DEHB'de 113 randomize çalışmayı kapsayan bileşen ağ meta-analizinde yalnızca uyarıcılar ve atomoksetin çekirdek belirtilerde hem öz hem klinisyen bildirimiyle desteklenen yarar göstermiştir. Kardiyovasküler ağ meta-analizleri tüm ajanlarda kan basıncı ve nabızda küçük ama izlem gerektiren artışlar bildirmektedir. OSB'de gelişimsel izleme ek olarak 18. ve 24. aylarda standart tarama önerilmektedir; tanı multidisipliner ekipçe doğrulanmalı, bilişsel ve dil değerlendirmesi yapılmalıdır. Erken ve yoğun gelişimsel-davranışsal müdahale sonlanımı iyileştirir; farmakoterapi çekirdek belirtilere değil eşlik eden DEHB, anksiyete, uyku ve irritabilite sorunlarına yöneliktir. ÖÖB tanısı için psikiyatrik değerlendirme ve eğitsel değerlendirmenin bütünleştirilmesini gerektirir; müdahale doğrudan beceri öğretimi ve okul düzenlemeleridir. Nörogelişimsel bozukluklarda geçiş dönemi tek bir olay değil, en az bir yıl önce planlanan bir süreçtir; ortak görüşme, yazılı protokol ve sorumluluk paylaşımı gerekmektedir.

Çocuk ve psikiyatrisi ile erişkin psikiyatri arasındaki ölçüt farklılıkları, erişkin DEHB hizmetlerinin sınırlılığı ve gencin artan özerkliği nedeniyle olguların önemli kısmı 18 yaş civarında izlemden çıkmakta; bu dönemde madde kullanımı, tedavi uyumsuzluğu ve reçete güvenliği riskleri ise artmaktadır.

DEPRESYON TEDAVİSİNDE YENİ NE VAR?

Prof. Dr. Nesrin DİLBAZ
Üsküdar Üniversitesi

Tedaviye **dirençli depresyon (TRD)** kavramından daha geniş ve hasta merkezli bir yaklaşım olan **tedavisi güç depresyon (Difficult-to-Treat Depression, DTD)** kavramına geçişin gerekliliğidir. TRD çoğunlukla mevcut depresif epizodda başarısız olan farmakolojik tedavi sayısına dayanırken; DTD hastalığın uzun dönemli seyrini, kısmi yanıtı, relapsları, eş tanıları, psikososyal yükü, işlevselliği, yaşam kalitesini ve farmakolojik olmayan tedavileri de dikkate alan daha boyutsal bir çerçeve sunmaktadır.

DTD'nin erken tanınması için yalnızca kaç antidepresanın başarısız olduğuna değil; **anhedoni, mikst özellikler, travma öyküsü, anksiyöz distres, bipolarite olasılığı, komorbiditeler, kronikleşme, işlev kaybı ve yaşamla etkileşim** gibi faktörlere de bakılmalıdır. Tanısal değerlendirmede yapılandırılmış araçlar ve ölçeklerin kullanılması, özellikle bipolarite ve mikst özelliklerin dikkatle araştırılması önem taşımaktadır. Çünkü depresyonda **kısmi yanıt çok sık görülmekte** ve kalıntı belirtiler relaps, işlev kaybı, yaşam kalitesinde azalma ve yüksek toplumsal maliyet ile ilişkili olmaktadır.

Tedavinin hedefi yalnızca depresif belirtileri azaltmak değil; **remisyonu sağlamak, işlevselliği geri kazandırmak, yaşam kalitesini ve "life engagement/yaşama katılımı" artırmak ve relapsı önlemek** olmalıdır. Bu nedenle DTD tedavisinde tek bir algoritma yerine bireyselleştirilmiş ve multimodal bir yaklaşım gereklidir.

Geleneksel augmentasyon stratejileri hâlen önemli bir yere sahiptir. Özellikle **lityum ve atipik antipsikotiklerle augmentasyon** kanıta dayalı seçeneklerdir. Sunulan çalışmada ketiyapin, lityuma kıyasla 12 aylık dönemde depresif belirtilerde daha fazla azalma ve işlevsellikte iyileşme sağlamış, tedaviyi bırakma süresi açısından ise anlamlı farklılık göstermemiştir.

Bununla birlikte uzun dönemli tedavi seçiminde etkinliğin yanı sıra tolerabilite, metabolik risk, hastanın tercihleri ve eşlik eden hastalıklar dikkate alınmalıdır.

Yeni nesil serotonin-dopamin modülatörleri DTD/MDB augmentasyonunda giderek daha fazla önem kazanmaktadır. **Breksipiprazol** yaşama katılım analizinde anlamlı olumlu sonuçlar göstermiştir. **Kariprazin** çalışmalarında depresif belirtilerin ve yaşama katılımın iyileşmesi gösterilmiş; başlıca advers olaylar akatizi, uykusuzluk ve bulantı olmuştur. **Lumateperon 42 mg**, antidepresana yetersiz yanıt veren MDB'de ek tedavi olarak anlamlı klinik iyileşme sağlamış; anksiyöz distresi olan hastalarda da etkili bulunmuştur. Uzun dönem verilerinde kilo artışı, kardiyometabolik etkiler ve EPS açısından olumlu bir tolerabilite profili bildirilmiştir.

Sunumun önemli bir diğer odağı **hızlı etkili ve yeni mekanizmalı tedavilerdir**. Glutamaterjik sistemin depresyon patofizyolojisindeki rolü; inflamatuvar sitokinler, glutamaterjik disregülasyon ve BDNF arasındaki etkileşim üzerinden ele alınmaktadır. **Ketamin ve intranazal esketamin**, özellikle TRD/DTD'de hızlı antidepresan etki sağlamaları açısından önemli seçeneklerdir. Nonpsikotik TRD'de ketaminin bazı çalışmalarda EKT'ye non-inferior bulunması, hızlı etkili glutamaterjik tedavilerin önemini desteklemektedir. Esketamin ayrıca duygusal küntleşme ve işlevsellik gibi geleneksel semptom ölçeklerinin ötesindeki sonuçlar açısından da araştırılmaktadır.

Dekstrometorfan-bupropion da yeni mekanizmalı hızlı etkili seçeneklerden biridir. NMDA antagonizması ve sigma-1 agonizması ile dopamin/noradrenalin geri alım inhibisyonunu birleştiren bu tedavi, ASCEND çalışmasında bupropiona kıyasla MADRS puanlarında daha fazla iyileşme sağlamış ve fark ikinci haftadan itibaren ortaya çıkmıştır. En sık görülen advers olayların baş dönmesi, bulantı ve baş ağrısı olduğu ve bunların çoğunlukla tedavinin erken döneminde ortaya çıkıp zaman içinde düzeldiği gösterilmiştir.

Gelecekteki tedavi seçenekleri arasında **psikedelikler, oreksinerjik ajanlar, metabolik hedefli tedaviler ve GLP-1 reseptör agonistleri** de yer almaktadır. Bununla birlikte psikedelik çalışmalarda özellikle **beklenti**

yanlılığı (expectancy bias) gibi metodolojik sorunların sonuçların yorumlanmasında dikkate alınması gerekmektedir. GLP-1 sisteminin depresyon, obezite ve diyabette değişmesi ve nörodinamik süreçlerle ilişkisi ise metabolik-psikiyatrik kesişimin gelecekteki önemli araştırma alanlarından biri olduğunu düşündürmektedir.

Farmakolojik tedavilere ek olarak **nöromodülasyon**, DTD yönetiminin temel bileşenlerinden biridir. **EKT**, özellikle ağır, dirençli veya hızlı yanıt gerektiren depresyonda en güçlü kanıta sahip tedavilerden biri olmaya devam etmektedir. **TMS**, etkinliği ve daha iyi tolerabilitesi nedeniyle önemli bir noninvaziv seçenektir. **Vagus siniri stimülasyonu (VNS)** uzun dönemli dirençli depresyonda değerlendirilen bir yöntemdir; implante edilebilir ve transkutanöz/auriküler yaklaşımlar üzerinde çalışmalar sürmektedir. Manyetik nöbet tedavisi gibi yeni nöromodülasyon teknikleri de EKT'ye alternatif olabilecek daha iyi bilişsel tolerabilite profilleri açısından araştırılmaktadır.

Unipolar mı Bipolar mı? Hangi İpuçları? Tedavi Seçimini Nasıl Etkiler?

Doç. Dr. Onur Gökçen

Unipolar ve bipolar depresyonun ayrımı, hastalığın seyrini doğru değerlendirmek, uygun tedavi yaklaşımını belirlemek ve uzun dönem izlemi planlamak açısından önemlidir. Depresyon dönemindeki belirtiler büyük ölçüde benzer olabildiğinden, ayrım yalnız mevcut yakınmalara değil, yaşam boyu duygudurum öyküsüne dayanır.

Ailede bipolar bozukluk bulunması, depresyonun erken yaşta başlaması, sık yineleyen dönemler, atipik veya psikotik özellikler ve depresyona eşlik eden hipomanik belirtiler bipolar bozukluk olasılığına işaret edebilir. Bununla birlikte bu özelliklerin hiçbiri tek başına tanı koydurmaz.

Özellikle geçmiş hipomani dönemleri, kişi tarafından iyilik, üretkenlik veya artmış sosyallik olarak algılanarak gözden kaçabilir. Azalmış uyku gereksinimi, enerji artışı, konuşkanlık ve amaca yönelik etkinlik artışının birlikte ve kişinin olağan durumundan farklı bir dönem şeklinde ortaya çıkması önem taşır. Anksiyöz distres, irritabilite, ajitasyon ve duygudurum oynaklığı ise farklı psikiyatrik tablolarda görülebildiğinden dikkatle yorumlanmalıdır. Antidepresan sonrasında gelişen aktivasyon belirtileri yeniden değerlendirmeyi gerektirebilir; ancak tek başına bipolar bozukluğu göstermez.

Bazı hastalarda bipolar özellikler ancak uzun dönem izlemde belirginleşir. Bu nedenle tanısal değerlendirme, geçmiş kayıtlar ve yakınlardan alınan bilgilerle desteklenen, zaman içinde güncellenen bir süreçtir. Sonradan bipolar tanısı alınması, başlangıçtaki depresyon tanısının mutlaka yanlış olduğu anlamına gelmez.

Psikiyatride Akılcı Polifarmasi: Tanım, Güvenlik ve Sadeleştirme Rehberi

Prof. Dr. C. Onur Noyan

1. Tanım ve Sınıflandırma

Aynı sınıftan iki ilacın birlikte kullanımına (iki antipsikotik, iki SSRI) aynı sınıf polifarmasi denir. Aynı hedef için farklı sınıfların birleştirilmesi (antipsikotik ile duygudurum düzenleyici) farklı sınıf polifarmasidir. Yan etkiyi hedefleyen eklemeler (EPS için biperiden) adjuvan, ana ajanın yanıtını artıran eklemeler (lityum, aripiprazol) ise augmentasyondur. Antipsikotik polifarmasi tüm tanılarda yaklaşık %25, şizofreni spektrumunda %33, MENAT/EMRO bölgesinde yaklaşık %50'dir. En sık gerekçe monoterapiye yetersiz yanıttır.

2. Reçeteleme Kaskadı ve Tuzaklar

Polifarmasi çoğu zaman bir yan etki kaskadının ürünüdür. EPS için eklenen biperiden konstipasyon, deliryum ve bilişsel bozulma getirir. SSRI'ya bağlı insomni için eklenen düşük doz ketiapin ise kilo alımı, metabolik yük ve QTc uzamasına yol açar. Sık tuzaklar şunlardır: kronikleşen PRN benzodiazepinler, sedatif kümelenmesi, akatizinin ajitasyonla karıştırılması, gözden kaçan antikolinerjik yük ve izlenmeyen QTc. En sık hata, yan etkiyi yeni bir belirti sanıp ilaç eklemektir. Belirleyici olan ilaç sayısı değil, klinik mantıktır. Akılcı polifarmasi net endikasyon, ölçülebilir hedef belirti, tamamlayıcı mekanizma, izlem ve çıkış planı gerektirir.

3. Tanıya Göre Öneriler

- **Şizofreni:** Önce uyum, plazma düzeyi ve doz gözden geçirilir. İki uygun denemeden sonra klozapine geçilir. Klozapin augmentasyonu ve metabolik yükü dengelemek için aripiprazol eklenmesi savunulabilir. Klozapin dışı kombinasyonlar 3-6 ayla sınırlı denenmeli, fayda yoksa monoterapiye dönülmelidir. Antikolinerjikler rutin profilaksi amacıyla verilmez ve 3 ayda bir yeniden değerlendirilir.
- **Dirençli depresyon:** Doz ve süre optimize edildikten sonra antidepresan kombinasyonu yerine aripiprazol, ketiapin veya lityum augmentasyonu tercih edilir.
-
- **Bipolar bozukluk:** Lityum düzeyi optimize edilir. Koruma olmadan antidepresan kullanılmaz.
- **OKB:** Yüksek doz SSRI 10-12 hafta denenir. Yanıt yetersizse risperidon veya aripiprazol eklenir.
- **Anksiyete ve uykusuzluk:** Benzodiazepinler en fazla 2-4 hafta kullanılır. Düşük doz ketiapinin anksiyolitik kullanımı için kanıt yetersizdir.
- **Çocuk ve ergenler:** Önce psikososyal yöntemler uygulanır.

4. Farmakokinetik Güvenlik

CYP inhibisyonu günler içinde ilaç düzeyini yükseltir. İndüksiyon ise 1-2 haftada belirginleşir; indükleyici kesilince düzey ani yükselebilir.

- Fluvoksamin klozapin ve olanzapin düzeyini belirgin artırır.
- Fluoksetin, paroksetin ve bupropion aripiprazol, risperidon ve TCA düzeyini yükseltir. Bu durumda aripiprazol dozu yarıya indirilmelidir.
- Karbamazepin antipsikotik, antidepresan ve oral kontraseptif düzeyini düşürür. Klozapinle birlikte nötropeni riskini artırır.
- Valproatla birlikte lamotrijin dozu en az %50 azaltılmazsa SJS/TEN riski doğar.
- NSAİİ, ACE inhibitörleri ve tiyazidler lityum düzeyini belirgin artırır.

Sigara dumanı CYP1A2'yi indükleyerek klozapin ve olanzapin düzeyini %50'ye varan oranda düşürür. İndüksiyon nikotinden kaynaklanmadığı için nikotin replasmanı bu etkileşimi önlemez. Sigara kesileceğinde mümkünse önceden klozapin düzeyi alınmalı, bir hafta içinde doz yaklaşık %25 azaltılmalı ve düzey tekrarlanmalıdır. Sigaraya dönüşte doz kademeli olarak eski düzeyine çıkarılır.

5. Farmakodinamik Yükler

- Haloperidol, ketiapin, sitalopram, metadon ve hidroksizin birlikteliği QTc'yi uzatır. Elektrolit bozukluğu eşlik ederse Torsades riski artar.
- Serotonerjik kombinasyonlar serotonin sendromu riski taşır.
- Antikolinerjik yük paralitik ileus ve deliryuma yol açabilir.
- Opioidin benzodiazepin veya gabapentinoidle birlikteliği solunum depresyonu riski taşır.
- SSRI ile NSAİİ birlikteliği kanama, SSRI ile diüretik birlikteliği hiponatremi riskini artırır.

QTc uzamasında tetikleyici ilaçlar azaltılır, potasyum ve magnezyum düzeltilir, EKG tekrarlanır. Uzama sürerse kardiyolojiye danışılır.

6. Sadeleştirme için Kırmızı Bayraklar

Şu durumlar sadeleştirmeyi gündeme getirmelidir:

- Tekrar eden mekanizmalar (iki SSRI, SSRI ile SNRI, üst üste binen antikolinerjik yük)
- Yönetilmeyen etkileşimler
- Endikasyonda kanıtı olmayan ajanlar

Gerekçesi ve çıkış planı bilinmeyen eski ilaçlar, klinik tablo stabilken tek tek ve kademeli olarak kesilmelidir.

Metamfetaminle İlişkili Psikoz: Klinik Süreklilik ve Tanısal Sınırlar

Prof. Dr. Ömer ŞENORMANCI
SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Metamfetaminle ilişkili psikoz (MİP), metamfetamin kullanımının önemli psikiyatrik komplikasyonlarından biridir ve akut, çoğunlukla kendini sınırlayan belirtilerden abstinansa rağmen devam eden persistan psikotik tablolara uzanan geniş bir klinik spektrum gösterir. Klinik tabloda paranoid ve persekütuar sanrılar, referans fikirleri, işitsel, görsel veya taktil halüsinasyonlar, ajitasyon, anksiyete, irritabilite ve uyku bozuklukları öne çıkmaktadır. Özellikle persistan olgularda belirtilerin şizofreni spektrum bozukluklarıyla büyük ölçüde örtüşmesi, madde kaynaklı psikoz ile primer psikotik bozukluk arasındaki tanısal ayrımı güçleştirmektedir.

Bu sunumda MİP'in klinik özellikleri ve tanısal sınırlarının yanı sıra dopaminerjik aşırı aktivite, glutamaterjik-GABAerjik dengesizlik, nöroinflamasyon, oksidatif stres ve genetik yatkınlıkla ilişkili olası nörobiyolojik mekanizmaları ele alınacaktır. Erken yaşta kullanım, yüksek doz ve uzun süreli kullanım, yoğun kullanım dönemleri, çocukluk çağı travmaları ve ailesel psikoz öyküsü gibi risk etmenlerinin klinik seyir üzerindeki etkileri değerlendirilecektir.

Akut yönetimde güvenliğin sağlanması, ajitasyon ve psikotik belirtilerin kontrolü ile tıbbi ve toksikolojik değerlendirmenin tamamlanması önceliklidir. Uzun dönem yaklaşımda ise metamfetamin kullanımının sonlandırılması, nükslerin önlenmesi, antipsikotik tedavinin bireyselleştirilmesi, eşlik eden psikiyatrik sorunların ele alınması ve psikososyal işlevselliğin desteklenmesi önem taşımaktadır. MİP'in tanısal değerlendirmesinde tek bir kesitsel görüşmeden çok, belirtilerin madde kullanımı ve abstinansla ilişkisinin uzunlamasına izlenmesi belirleyicidir.

Psikiyatride Yapay Zekâ — Klinik ve Akademik Kullanım: Kılavuzlar Eşliğinde Genel Bilgiler

Uzm. Dr. Özlem Çıtak Ekici
Bilkent Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği

Psikiyatride yapay zekânın araştırma performansı hızla artmaktadır; ancak klinik geçişi belirleyecek olan yalnızca doğruluk değil, dış doğrulama, klinik yarar, güvenlik, adalet, mahremiyet ve insan gözetimidir. Bu sunum, alandaki kanıt durumunu ve güncel kurumsal belgeleri klinik ve akademik pratikte karşılığı olan başlıklar hâlinde özetlemektedir.

Önce kavramsal bir ayrım yapılacaktır: geleneksel makine öğrenmesi modelleri, dijital ruh sağlığı müdahaleleri, üretken yapay zekâ ve düzenlenmiş tıbbi cihazlar, farklı kanıt ve düzenleme rejimlerine tabi ayrı teknolojilerdir; bu ayrımın atlanması alandaki en yaygın yorum hatasıdır. Ardından tanı ve sınıflandırma, tedavi yanıtı öngörüsü, intihar riski tahmini, sohbet botları ve klinik dokümantasyon başlıklarında mevcut kanıt tartışılacaktır. Özellikle intihar riski tahmininde güncel meta-analiz verileri, kabul edilebilir ayırt etme değerlerine karşın mütevazı duyarlılık ve düşük pozitif öngörü değerleri nedeniyle bu araçların tarama ya da yüksek yoğunluklu müdahaleye hasta seçme amacıyla henüz yeterli olmadığını göstermektedir. Sohbet botlarında bildirilen kısa süreli ve küçük-orta etki büyüklükleri, bağımsız kriz yönetimi güvenliğinin kanıtı değildir; klinik not sistemlerinde ise son kontrol sorumluluğu klinisyendedir. Otomasyon yanlılığı, karar destek sistemlerinin en sinsi riski olarak ele alınacaktır.

Kılavuz düzeyinde Dünya Sağlık Örgütü'nün büyük çok-modlu modeller rehberi, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin "destekleyici zekâ" konumlandırması, FDA'nın risk temelli yaklaşımı, Avrupa Birliği Yapay Zekâ Tüzüğü'nün 2026'da güncellenen uyum takvimi ve ABD eyalet düzenlemelerinin lisanslama temelli mantığı aktarılacaktır. Türkiye bağlamında KVKK kapsamında özel nitelikli sağlık verisinin işlenmesi, tıbbi cihaz mevzuatı ve süregelen yasama süreci özetlenecektir.

Akademik kullanımda ICMJE'nin Ocak 2026 revizyonuyla oluşturulan yapay zekâya özgü bölümü, YÖK ve TÜBİTAK etik rehberleri, GAMER beyan çerçevesi ile TRIPOD+AI, PROBAST+AI, CONSORT-AI ve SPIRIT-AI gibi raporlama standartları; hakem, tez

danışmanı, etik kurul üyesi ve yönetici rolleri üzerinden ele alınacaktır.
Bu belgelerin ortak sonucu üç ilkedir: şeffaflık, insan gözetimi ve devredilemez sorumluluk. Amaçlanan yetki devri değil, gözetimli görev paylaşımıdır.

Bipolar Bozuklukta Komorbiditeler: Tanıdan Tedaviye Klinik İkilemler

Doç. Dr. Süheyla Doğan Bulut
S.B.Ü. Etlik Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği

Bipolar bozuklukta psikiyatrik komorbiditeler sık görülmekte; hastalığın seyri, işlevsellik, tedavi uyumu ve özkıyım riski üzerinde önemli etkiler oluşturmaktadır. Bununla birlikte, komorbidite değerlendirmesinde temel güçlük, farklı psikiyatrik bozukluklar arasında görülen belirgin semptom örtüşmesidir. Bu nedenle bipolar bozukluğu olan bir hastada eşlik eden bir belirtinin mevcut duygudurum epizodunun parçası mı, bağımsız bir psikiyatrik bozukluğun göstergesi mi, yoksa gerçek bir komorbiditeyi mi temsil ettiğinin ayırt edilmesi önem taşır.

Bu sunumda bipolar bozuklukta komorbidite değerlendirmesi; dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve borderline kişilik bozukluğu üzerinden klinik ikilemler çerçevesinde ele alınmaktadır. DEHB ile bipolar bozukluk arasındaki distraktibilite, impulsivite, aktivite artışı ve konuşkanlık gibi ortak belirtilerde; başlangıç yaşı, süreklilik, epizodik seyir ve bazal işlevsellikten sapma ayırıcı tanıda belirleyicidir. Uyku gereksiniminde azalma, grandiyözite ve amaca yönelik etkinlikte artış bipolarite lehine önemli klinik ipuçlarıdır.

Ötimik dönemde belirtilerin devam etmesi ise bağımsız bir komorbiditenin değerlendirilmesi açısından değerli bir tanısal pencere sağlar.

Anksiyete belirtilerinde bağımsız bir anksiyete bozukluğu ile bipolar depresyon ve karma özelliklerin; madde kullanımında primer duygudurum epizodu ile maddeye bağlı belirtilerin; borderline kişilik bozukluğunda ise süreğen ve reaktif duygulanım örüntüsü ile dönemsel bipolar epizodların ayrımı önemlidir.

Sonuç olarak, bipolar bozuklukta semptom örtüşmesi tek başına komorbidite anlamına gelmez. Tanısal değerlendirmede kesitsel bulgulardan çok belirtilerin başlangıcı, zamansal seyri, epizodlarla ilişkisi ve ötimik dönemde devamlılığı dikkate alınmalıdır. Komorbidite değerlendirmesinde belirleyici olan yalnızca hangi belirtilerin görüldüğü değil, bu belirtilerin ne zaman ve nasıl ortaya çıktığıdır.

YZ'nin Verdiği Öneriler Ne Kadar Güvenilir? Sorumluluk ve Mahremiyet Sınırları

Dr. Öğr. Üyesi Sümeyye Yasemin Çallı
Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Büyük dil modelleri klinik pratiğe, çoğu zaman kurumsal bir politika oluşmadan, bireysel kullanım yoluyla girdi. Bu sunum, tanı koymakta zorlanılan bir hasta üzerinden üç soruyu tartışmaya açmaktadır: modelin verdiği öneri ne kadar güvenilirdir, hata hâlinde sorumluluk kimdedir ve hastanın verisi bu süreçte nereye gitmektedir?

Güvenilirlik tek boyutlu bir kavram değildir; doğruluk kadar kalibrasyon, tutarlılık, izlenebilirlik ve zarar potansiyeli de belirleyicidir. Ruh sağlığında büyük dil modellerini değerlendiren 205 çalışmalık sistematik derlemede çalışmaların yüzde doksan üçü kesitsel ya da tek oturumluk tasarımdadır; tanı, risk değerlendirmesi ve tedavi kararı gibi yüksek riskli görevlerde kanıt güveni düşüktür. Asıl risk ise modelin kendisinde değil kullanıcı etkileşiminde ortaya çıkmaktadır: yapay zekâ okuryazarlığı eğitimi almış hekimlerle yürütülen randomize bir klinik çalışmada, hatalı öneriye maruz kalan grupta tanısal doğruluk %84,9'dan %73,3'e gerilemiştir.

Eğitim almış olmak ve kullanımın gönüllü olması otomasyon yanlılığına karşı koruyucu olmamıştır.

Psikiyatri bu riskler açısından özel bir konumdadır: doğrulayıcı bir test yoktur, modele verilen metin zaten hekimin yorumudur, risk değerlendirmesi düşük taban oranlı ve sonuçları ağır kararlar içerir, çıktının sosyal sonuçları çoğu zaman geri alınamaz. Bu nedenle değerlendirilmesi gereken modelin kendisi değil, görevin risk katmanıdır.

Sorumluluk tarafında, özerk çıktı üreten sistemlerin kararlarından kimin hesap vereceği hâlâ tartışmalıdır. Klinik açıdan savunulabilir tek konum, sistemin bir araç olarak ele alınmasıdır: tıbbi karar hekimin özen yükümlülüğü altındadır ve bir yazılımın önerisini izlemiş olmak bu yükümlülüğü değiştirmez. İnsan gözetiminin anlamlı olması için hekimin bağımsız değerlendirme bilgisine ve zamanına sahip olması gerekir; otomatik onay gözetim sayılmaz. Mahremiyet tarafında ise sağlık verisi özel nitelikli kişisel veridir ve bir olgu metninin modele girilmesi hukuken işleme ve çoğu zaman aktarım niteliğindedir. Doğrudan tanımlayıcıların silinmesi yeterli değildir; nadir tablo, yaş, kurum ve tarih bilgisinin birleşimi hastayı yeniden tanımlanabilir kılar.

Son olarak tartışmanın yalnızca hekim kullanımıyla sınırlı olmadığı vurgulanacaktır. Hastaların bu sistemlerle kurduğu ilişki, onaylayıcı yanıt eğilimi nedeniyle psikozda gerçeklik sınaması ilkesini tersine çevirebilmekte; yalnızlık ile gece ve tek başına kullanım gibi etkenlerle birlikte yeni bir psikososyal stresör oluşturabilmektedir. Anamnezde yapay zekâ kullanımının sorgulanması rutin bir gereklilik hâline gelmektedir.
Sunum; riske göre katmanlandırılmış bir kullanım çerçevesi, gerçek insan gözetiminin ölçütleri, onam ve dosya kaydına ilişkin pratik öneriler ve kimliksizleştirme kontrol listesiyle tamamlanacaktır.

Klinik Psikiyatri Olgu Sunumları
Şeyma Sudaş

OLGU 1: Psikotik Bozukluk Spektrumunda Ayırıcı Tanı ve Dirençli Tedavi Yönetimi

63 yaşında, dul ve çalışmayan erkek hasta; KOAH ile Hepatit B taşıyıcılığı komorbiditeleri eşliğinde 43 yıldır şizofreni tanısıyla psikiyatrik tedavi görmekte olup 8 kez hastane yatışı öyküsüne sahiptir. Öyküsündeki en önemli dönüm noktalarından ilki, 2006-2024 yılları arasında Aripiprazol 30 mg/gün tedavisi altında sağladığı 18 yıllık uzun süreli tam remisyon dönemidir. Mart 2024 ve Ekim 2025 tarihlerindeki akut alevlenmeler sonrası çoklu antipsikotik tedavilere yanıt alınamaması üzerine hasta tedaviye dirençli şizofreni olarak değerlendirilmiştir. Kasım 2025 yatışında başlanan Klozapin 300 mg/gün ve Valproat 500 mg/gün tedavisi ile hastada kısa sürede tam klinik remisyon elde edilmiştir.

Ancak tedavinin 15. haftasında (Mart 2026) ateş şikayeti crp yüksekliği olan hastanın (Crp: 91.9) lökosit ve nötrofil değerlerinin düşmesiyle (Wbc:1.7 Neu: 0.58) Klozapine bağlı agranülositoz geliştiği tespit edilmiş ve ilaç derhal kesilmiştir. Klozapin kesildikten sonra nükseden ajite psikotik tablo nedeniyle, komorbiditeleri açısından gerekli konsültasyon onayları alınarak hastaya 11 seans EKT uygulanmıştır. EKT ile eşzamanlı düzenlenen Olanzapin20mg/gün , Haloperidol 20 mg/gün, Klorpromazin 100mg/gün ve Biperiden 4mg /gün kombinasyonu sayesinde hasta yeniden tam remisyona girerek klinik stabilitesini sağlamıştır.

OLGU 2: Primer Psikoz mu, Psikoaktif Maddeye Bağlı Psikoz mu?

30 yaşında bekar kadın hasta, 11 yıldır psikotik bozukluk ve psikoaktif madde kullanımına bağlı ruhsal bozukluk tanılarıyla tedavi görmekte olup toplam 3 hastane yatış öyküsüne sahiptir. Geriye dönük alınan anamnezde 2014 yılından itibaren bonzai, esrar, metamfetamin ve pregabalin kullanımı öğrenilen hastada, ilk yıllardan itibaren hareketlilik artışı, referans sanrıları ile işitsel varsanılar gözlenmiştir. Süreç içinde Risperidon, Paliperidon ve Zuklopentiksol gibi çok sayıda antipsikotik denenmiş, ancak galaktore gibi yan etkiler ve yetersiz tedavi uyumu nedeniyle kalıcı salah sağlanamamıştır. Anneye yönelik dirençli referans sanrıları sebebiyle Aralık 2021'deki 2. yatışında Klozapin tedavisine geçilmesi öykünün en önemli dönüm noktası olmuş ve bu sayede 10 aya varan belirgin remisyon dönemleri elde edilmiştir. Buna karşın hastanın metamfetamin ve esrar kullanımına devam etmesi, psikotik alevlenmelerin ve klinik tablonun tekrarlamasındaki en temel faktör olmuştur. Son olarak Haziran 2026'da metamfetamin kullanımı sonrasında gelişen ajitasyon,mistik sanrılar ve işitsel varsanılar nedeniyle hasta 3. kez psikiyatri servisine yatırılmıştır. Mevcut yatışında Klozapin dozu 300 mg'a yükseltilmiş; Ketiapin 400mg/gün, Haloperidol 10 mg/gün, Zuklopentiksol Acuphase 50mg/3gün ve Klonazepam 3mg/gün eklemeleriyle akut psikotik atak tedavisi uygulanmaktadır.

Ceza Hukuku Kapsamında Adli Psikiyatrik Değerlendirme ve Olgu Yönetimi: TCK m. 32 Uyarınca Ceza Sorumluluğunun Değerlendirilmesi, Sınır Olgular ve Adli Rapor Düzenleme İlkeleri

Yasin Hasan Balcıoğlu

Ceza hukuku kapsamında adli psikiyatrik değerlendirme, suç işlediği iddia edilen bireylerin ruhsal ve zihinsel durumlarının incelenmesini, ceza sorumluluğunu etkileyen psikopatolojik etkenlerin belirlenmesini ve elde edilen bulguların bilimsel temellere dayanan bilirkişi raporlarıyla adli makamlara sunulmasını kapsamaktadır. Ceza sorumluluğunun değerlendirilmesinde temel amaç, yalnızca kişide psikiyatrik bir bozukluk bulunup bulunmadığını belirlemek değil, bu bozukluğun suçun işlendiği sırada kişinin bilişsel ve iradi yetilerini ne ölçüde etkilediğini ortaya koymaktır. Bu nedenle değerlendirme, klinik muayenenin yanı sıra adli belgelerin, tıbbi kayıtların ve olayın gerçekleşme koşullarının bütüncül biçimde incelenmesini gerektirmektedir.

Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) 32. maddesi, akıl hastalığının ceza sorumluluğu üzerindeki etkisini düzenlemektedir. TCK m. 32/1 kapsamında, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış kişilerin ceza sorumluluğu bulunmamaktadır. TCK m. 32/2 kapsamında ise davranışlarını yönlendirme yeteneği birinci fıkrada belirtilen düzeye ulaşmamakla birlikte azalmış olan kişiler için indirimli ceza öngörülmektedir. Bu ayrımda bilişsel unsur, kişinin eyleminin hukuki anlamını ve sonuçlarını kavrama kapasitesini; iradi unsur ise davranışlarını kontrol edebilme ve yönlendirebilme yeteneğini ifade etmektedir. Psikiyatrik değerlendirmede bu iki bileşenin ayrı ayrı incelenmesi gerekmektedir.

Ceza sorumluluğunun değerlendirilmesinde güçlük yaratan sınır olgular, özellikle ruhsal bozukluğun varlığı ile suç davranışı arasındaki ilişkinin açık olmadığı durumlarda ortaya çıkmaktadır. Kısmi iyilik hâlindeki psikotik bozukluklar, hafif düzeyde zihinsel yetersizlik, bazı duygudurum bozuklukları ve dürtü kontrol bozuklukları bu kapsamda değerlendirilebilir. Örneğin psikotik bir hastalıkta kişinin eyleminin yanlışlığını bilmesine rağmen sanrısal yaşantılarının davranışlarını yönlendirme kapasitesini önemli ölçüde etkilemesi mümkündür. Benzer şekilde, kleptomani veya piromani gibi bozukluklarda dürtü kontrolündeki etkilenmenin derecesi olguya özgü incelenmelidir. Bununla birlikte kişilik bozuklukları, dürtüsellik veya psikiyatrik tanının tek başına bulunması ceza sorumluluğunun azaldığı ya da ortadan kalktığı anlamına gelmemektedir. Geçici nedenler ve irade dışı alınan alkol veya maddelerin etkisinde gerçekleşen fiiller ise TCK m. 34 kapsamında ayrıca ele alınmaktadır.

Adli psikiyatrik bilirkişilik sürecinde suç tarihindeki ruhsal durumun geriye dönük olarak değerlendirilmesi esastır. Bu amaçla ayrıntılı psikiyatrik muayene, hastalık öyküsü, önceki tedavi kayıtları, suç tarihine yakın tıbbi belgeler, kolluk ve savcılık tutanakları, tanık beyanları ve olayın oluş biçimi birlikte incelenmelidir. Gerektiğinde psikometrik değerlendirmeler, nöropsikolojik incelemeler ve diğer tıbbi tetkiklerden yararlanılabilir. Ruhsal bozukluğun suç sırasındaki varlığı kadar, suç davranışıyla zamansal ve nedensel ilişkisinin kurulması da önemlidir. Bilirkişi raporunda değerlendirmenin amacı, incelenen belgeler, klinik bulgular, psikopatolojik değerlendirme ve gerekçeli adli psikiyatrik kanaat açık biçimde belirtilmelidir.

Ayaktan değerlendirmeyle yeterli kanaat oluşturulamayan olgularda Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 74. maddesi kapsamında gözlem süreci gündeme gelebilmektedir. Uzman hekimin önerisi ve mahkeme kararıyla üç haftalık gözlem uygulanabilmekte, gerekli durumlarda bu süre üçer haftalık dönemlerle toplam üç aya kadar uzatılabilmektedir. Gözlemin amacı, ceza sorumluluğunun değerlendirilmesi için gerekli klinik verilerin elde edilmesidir. Gözlem kararı, tek başına rıza dışı tedavi yetkisi vermemektedir.

Ceza sorumluluğu bulunmayan kişiler hakkında TCK m. 57/1 kapsamında akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri uygulanmaktadır. Bu tedbirin temel amacı cezalandırma değil, koruma ve tedavidir. Aralık 2025'te yapılan düzenlemeyle TCK m. 32/2 kapsamında ceza sorumluluğu azalmış kişiler için de indirimli cezanın yanında koruma ve tedavi amaçlı güvenlik tedbiri öngörülmüştür. Tedavi sürecinde hastalığın seyri, tedaviye uyum, işlevsellik ve toplum açısından tehlikelilik düzenli olarak değerlendirilmelidir. Tehlikeliliğin ortadan kalkması veya önemli ölçüde azalması durumunda sağlık kurulu raporuyla ilgili yargı makamından çıkarılma kararı talep edilmektedir.

Sonuç olarak ceza hukuku kapsamında adli psikiyatrik değerlendirme, psikiyatrik tanı ile hukuki sorumluluk arasındaki ilişkinin olguya özgü biçimde incelenmesini gerektirmektedir. Özellikle sınır olgularda bilimsel verilerle desteklenen, gerekçeli ve denetlenebilir bilirkişi raporlarının hazırlanması; adil yargılama süreçleri, uygun olgu yönetimi ve etkili adli psikiyatrik tedavi açısından temel önem taşımaktadır.

Vaka Sunumu: Kompleks TSSB Tablosu Olan Çoklu Eş Tanılı Bir Olgu

Zehranaz Mehter

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), travmatik bir yaşantının ardından gelişebilen; yeniden yaşantılama, kaçınma, biliş ve duygudurumda olumsuz değişiklikler ile artmış uyarılmışlık belirtileriyle seyreden bir ruhsal bozukluktur. Özellikle erken yaşta yaşanan, kişilerarası nitelik taşıyan ve uzun süre açıklanmayan travmalar; duygu düzenleme güçlükleri, olumsuz kendilik algısı, kişilerarası ilişkilerde bozulma, kendine zarar verme davranışları ve eşlik eden psikopatolojilerle daha karmaşık bir klinik görünüm oluşturabilmektedir.

Alkol kullanımına bağlı yaşadığı sorunlar nedeniyle bırakma isteğiyle başvuran 31 yaşındaki kadın hastanın değerlendirilmesi sırasında, 14 yaşında maruz kaldığı cinsel saldırıya ilişkin travmatik yaşantı ortaya çıkmıştır. Olay sırasında görüntü kaydının alınması ve bu kayıt üzerinden tehdit edilmesi; olayın çevresi tarafından öğrenileceğine ilişkin korku, utanç ve suçlulukla birleşmiş, hasta travmayı uzun yıllar gizlemiştir. Travma sonrasında intihar davranışları, sosyal geri çekilme ve kaçınma gelişmiş; ilerleyen yıllarda yakın ilişkilerinde belirgin güvensizlik ve tekrarlayan ilişki sorunları gözlenmiştir.

Travmanın ilk ayrıntılı anlatımı mevcut yatışı sırasında gerçekleşmiş; görüşme sırasında yoğun ağlama, sonrasında ise cenin pozisyonunda yatma, kendi kendine sallanma, üriner inkontinans ve yoğun utançla seyreden dissosiyatif/regresif nitelikte bir klinik görünüm ortaya çıkmıştır. Olgu üzerinden, alkol kullanım bozukluğunun eşlik ettiği kompleks TSSB tablosunda travmanın belirtiler, kendilik algısı ve kişilerarası işlevsellik üzerindeki etkileri ile travma öyküsünün bütüncül klinik değerlendirmedeki önemi ele alınacaktır.

DEHB mi, Bipolar Bozukluk mu, Yoksa İkisi Birden mi? Genç Erişkinlikte İç İçe Geçen İki Tanı: Bir Olgu Sunumu

Asistan Dr. İrem Andaç
Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

Giriş: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile bipolar bozukluk; dikkat dağınıklığı, hareketlilik ve dürtüsellik gibi örtüşen belirtiler nedeniyle ayırıcı tanıda güçlük yaratabilmektedir. Bu olguda, eş tanının belirlenmesinde belirtilerin zamansal seyrinin ve uzunlamasına anamnezin önemi tartışılmaktadır.

Olgu: Yirmi dört yaşında, erkek, intörn doktor olan hasta, çocukluktan beri süren dikkat sorunları ve hiperaktivite nedeniyle 15 yaşında DEHB tanısı almış, farklı dönemlerde metilfenidat kullanmıştı. Düzenli metilfenidat tedavisiyle akademik performansı ve genel işlevselliğinde artış bildirmişti. On altı–on sekiz yaşları arasında yaklaşık on gün süren, tekrarlayıcı enerji, konuşkanlık ve sosyal aktivite artışı dönemleri tarifliyordu; ancak bu dönemler hipomani ölçütlerini net karşılamıyordu. Tıp fakültesinin dördüncü yılında romantik stresör sonrasında yaklaşık 15 gün boyunca çökkünlük, umutsuzluk ve suisidal düşüncelere belirgin uyku ihtiyacı azalması, artmış aktivite, düşünce hızlanması ve grandiyözite eşlik etmişti. Bu dönem başlangıçta depresyon ve anksiyete çerçevesinde değerlendirilmiş, antidepresan tedavisi artırılmıştı. Başvurularında depresif ve anksiyöz yakınmalar ön planda olduğundan eşlik eden yükselme belirtileri başlangıçta yeterince ayırt edilememişti. Yineleyen duygudurum dalgalanmaları üzerine derinleştirilen anamnezde söz konusu mikst özellikli dönem belirlenerek bipolar bozukluk tanısı netleştirildi. Lityum tedavisi 300 mg/gün başlanıp 900 mg/güne titre edildi. İzlemde duygudurum dalgalanmaları ve depresif belirtiler geriledi, kendine zarar verme davranışı tekrarlamadı. Buna karşın dikkat ve organizasyon güçlükleri sürdüğünden metilfenidat tedavisine devam edildi. Son yaklaşık on ayda belirgin bir duygudurum epizodu bildirilmedi.

Tartışma ve Sonuç: Bu olgu, DEHB'nin süreğen belirtileri ile bipolar bozukluğun epizodik değişimlerinin ayrıştırılmasının tanısal değerini göstermektedir. Kesitsel değerlendirme mikst özellikli dönemlerin gözden kaçmasına yol açabilir. Ötimik dönemde devam eden dikkat belirtilerinin değerlendirilmesi, eş tanının belirlenmesinde önemlidir. Tedavi planı oluşturulurken hem duygudurum stabilizasyonunun hem de kalıcı DEHB belirtilerinin ayrı ayrı izlenmesi gerekmektedir.



BİLİMSEL SEKRETERYA
Ruh Sağlığı, Beyin ve Bağımlılık Araştırmaları Derneği (RUBBAD)
Beytepe Mah. Piri Reis Cad. No 1/42, Çankaya, Ankara
Tel: +90 312 123 45 67
Web: www.rubbad.org/
E-posta: info@rubbad.org



ORGANİZASYON SEKRETERYASI
SERENAS ULUSLARARASI TURİZM KONGRE ORG. A.Ş.
Turan Güneş Bulvarı 5. Cad. No:13 Yıldız, Çankaya / Ankara
Tel: +90 312 440 50 11
Faks: +90 312 441 45 63
Web: www.serenas.com.tr
E-posta: psikiyatri@serenas.com.tr