



Türkiye Psikiyatri Derneği

20. Yıllık Toplantısı ve Klinik Eğitim Sempozyumu



4-7 Mayıs 2016

İlca Hotel

Çeşme - İzmir

www.20psikiyatri.org

PANEL ÖZETLERİ

Türkiye Psikiyatri Derneği Genel Merkezi
Tunus Caddesi 59/5 Kavaklıdere ANKARA
Tel: 0312 468 74 97
Faks: 0312 426 04 53
Web: www.psikiyatri.org.tr

Profesyonel Kongre Organizatörü



Ea Organizasyon
Göksu Evleri Üst Çamlık Cad. No:191 B108A
Anadoluhisari, Beykoz-İSTANBUL
psikiyatri@eaorganizasyon.com.tr



Türkiye Psikiyatri Derneği
20. Yıllık Toplantısı ve
Klinik Eğitim Sempozyumu

4-7 Mayıs 2016
İllica Hotel, Çeşme - İzmir



Panel 1: Bir Anahtar Tüm Kapıları Açar mı? OKB'de Bilişsel Kuramlar

Kadir ÖZDEL

**Psikiyatri Uzmanı, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Psikiyatri
Kliniği/Ankara**

04.05.2016 A Salonu - Kasara 1 - 13:00 - 14:30

Obsesif Bilişler

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın (DSM) son sürümüne kadar anksiyete bozuklukları çatısı altında yer alan obsesif kompulsif bozukluk (OKB), kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan, belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler olarak tanımlanan obsesyonlar ve bu düşünceleri, yarattığı rahatsız edici duyguları veya muhtemel görülen sonuçlarını ortadan kaldırmak için yapılan (zihinsel de olabilir) eylemler olarak tanımlanan kompülsiyonlarla karakterize ruhsal bir bozukluktur. Bilişsel yaklaşıma göre obsesyon ve kompülsiyonların etiyolojisinde ve sürmesinde işlevsiz şemalar ve hatalı değerlendirmelerin varlığı temel süreçleri oluşturur. OKB söz konusu olduğunda özgül bir takım bilişsel yapılar (şemalar) ve bunlarla ilgili hatalı değerlendirmelerin varlığı ileri sürülmüştür. Bu bilişsel yapılar temelde kişinin istenmeyen düşünce imaj ve dürtüleriyle ilgili *değerlendirmelerini* etkiler. O yüzden ikincil değerlendirmelerle ilgili bozukluklara vurgu yapan bu modele "Değerlendirme modeli-*appraisal model*" denir. Gerçekten de içerikten bağımsız olarak bir girici düşüncenin (obsesif intrüzyon) ne derecede ilgisiz, zararsız veya anlamsız görüldüğü ile bireyin o düşüncüyü dikkate almama olasılığı arasında ilişki vardır. Obsesyonlardaki içerik her ne kadar bazı hastalarca anlamsız olarak ifade edilse de aslında bu ifade sağduyunun sesidir. Obsesyonlarla birlikte rahatsız edici bir duygunun varlığı kişisel bir tehdide işaret eder.

İlk olarak 1997 yılında Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu [Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG)] tarafından OKB'ye özgül bilişsel yapıların (şemaların) varlığı ileri sürülmüştür. Her ne kadar hangi bilişsel yapıların ön planda olduğu farklı araştırmacılar tarafından tartışılmışsa da bu bilişsel yapıların OKB'nin başat bilişsel içeriğini açıkladığı konusunda hemfikir olmuşlardır.

Yapılan araştırmalar sonucunda OKB etiyolojisinde ön planda olan 6 bilişsel alan tespit edilmiştir. Bunlar "Artmış/abartılmış Sorumluluk"; "Düşüncenin aşırı önemli görme"; "Tehdidi olduğunda fazla görme"; "Düşünceleri kontrol etmeye önem verme"; "Belirsizliğe tahammülsüzlük" ve; "Mükemmeliyetçiliktir".



Türkiye Psikiyatri Derneği 20. Yıllık Toplantısı ve Klinik Eğitim Sempozyumu

4-7 Mayıs 2016
İlca Hotel, Çeşme - İzmir



Panel 1: Bir Anahtar Tüm Kapıları Açar Mı? OKB’de Bilişsel Kuramlar

Yrd. Doç. Dr. Sedat BATMAZ¹

**Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat
04.05.2016 A Salonu - Kasara 1 - 13:00 - 14:30**

OKB’ye Metakognitif Yaklaşım

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) yineleyen obsesyonlar ve / veya kompulsiyonlarla giden, belirgin sıkıntıya neden olan ve işlevselliği bozan bir rahatsızlıktır. Eğer herhangi bir tedavi alınmazsa OKB kronik seyreder. Alıştırma ve tepki önleme (ERP) uygulamalarının tedavide sunulmasından önce de OKB’nin psikolojik tedavilere yanıtız olduğu düşünölürdü. Ancak ERP sonrasında OKB’nin prognozu önemli düzeydi iyileşti. Öğrenme kuramlarına dayanan ERP, obsesyonların gelişmesinin klasik koşullanmaya dayandığını, operan koşullanmanın ise anksiyete ve kompulsif davranışların sürmesinde etkili olduğunu öne sürer. Bu görüşten yola çıkarak ERP iki parçalı bir tedavi yaklaşımı önermektedir: 1. Anksiyete uyandıran uyaranlara alıştırma ve 2. Anksiyeteyi azaltan kompulsif yanıtların önlenmesi

Her ne kadar ERP çoğu tedavi kılavuzunda OKB için birinci sıra psikolojik tedavi olarak önerilse ve metaanaliz sonuçları da ERP ile hastaların %75’inde önemli düzelmeler olduğunu gösterse de aslında ERP tedavisini tamamlayan hastaların yalnızca %60’ı iyileşebilmekte ve sadece %25’i tedavi sonrasında asemptomatik hale gelebilmektedir. Diğer yandan, bu sonuçlar tedaviyi tamamlayan hastalara dair verilerdir. Halbuki ERP tedavisi sırasında hastaların yaklaşık %30’u ya önerilen tedaviyi kabul etmemektedir, ya da tedaviyi erkenden bırakmaktadır. Bu veriler, elde edilen iyileşme oranlarının gerçekte daha da düşük olabileceğini düşündürmektedir. ERP ile ilgili bir başka önemli nokta da sonuçların açık bir şekilde doz – yanıt ilişkisi göstermesidir. Yani tedavi için ayrılan zaman ne kadar fazlaysa, iyileşen ve asemptomatik hale gelen hasta sayısı o oranda artmaktadır. Nitekim bu veriler de ortalama 90 dakikalık 15 – 20 ERP oturumunun optimal tedavi süresine karşılık geleceğini destekleyen çalışmalarla örtüşmektedir. Görüleceği üzere bütün bu veriler OKB terapisinde hem etkililiği, hem de maliyet – analizi noktalarında geliştirilebilecek alanlar olduğunu göstermektedir. Bu gelişimin OKB’nin ortaya çıkmasında ve sürmesinde rol oynayan anahtar bilişsel süreçlerin ele alınması ile mümkün olabileceği öne sürölmüştür. Üsbilişler bu noktada uygun adaylar gibi görünmektedir.

Üsbilişler, düşünmeyle ilgili süreçleri düzenleyen ya da bunları kontrol eden inanışlara karşılık gelmektedir. OKB’nin metakognitif modeli bu rahatsızlığın sürdürölmesinde iki ana inanış kategorisi olduğunu iddia etmektedir: 1. İntrüzif düşünce ve duyguların anlam ve sonuçlarına dair üstbilişsel inanışlar (örneğin düşünce eylem kaynaşması (TAF), düşünce olay kaynaşması (TEF), düşünce nesne kaynaşması (TOF) ve 2. Obsesyonlara yanıt olarak ritüelleri uygulamanın gerekli olduğuna dair inanışlar. Bu metakognitif modelin bir sonucu olarak, önerilen tedavi hastaların düşüncelerinin ve ritüellerinin önemi ve gücüne dair inanışlarını değiştirmeye odaklanır. Bunu yaparken de sözel yeniden anlamlandırmalar ve davranışsal deneylerden faydalanır. Böylelikle intrüzif düşüncelerin içeriğini sorgulamak yerine hastaların düşünceleriyle olan ilişkisini değiştirmeyi amaçlar.

Bugüne kadar metakognitif terapinin OKB’de ne derece etkili olduğuna dair çok fazla yayın henüz bulunmamaktadır. Bir olgu serisi ve grup metakognitif terapiden elde edilmiş olan sonuçlar ümit vericidir. Her iki çalışmada da hastaların hepsi tüm sonlanım alanlarında önemli düzelmeler göstermişlerdir. Bu veriler şimdilik metakognitif terapinin OKB için etkin bir tedavi yöntemi



Türkiye Psikiyatri Derneği
20. Yıllık Toplantısı ve
Klinik Eğitim Sempozyumu

4-7 Mayıs 2016
İlca Hotel, Çeşme - İzmir



olabileceğini düşündürmektedir. Ancak mevcut koşullarda örneklemin küçüklüğü ve kontrol gruplarının olmadığı unutulmamalıdır. Yakın tarihli bir başka çalışmada da hem tedavi sona erdiğinde, hem de üç aylık takip aşamasında metakognitif terapinin etkili olduğu gösterilebilmiştir.

OKB için metakognitif terapi uygulandığında özetle dört aşamalı bir tedavi programı takip edilir. İlk aşamada olgu kavramsallaştırılması ve üstbilişlerin saptanması ele alınır. Bu aşamada hedefler hastanın tedavi programına katılımını sağlamak, olgu kavramsallaştırılmasının sağlanması, sürdürücü rolü olan üstbilişsel etmenlere dair farkındalığın artırılması ve neşene modundan metakognitif moda geçiştir. Bu amaçla tedavi programı hastayla beraber gözden geçirilir, yönlendirilmiş keşif aracılığıyla üstbilişler ortaya çıkarılır, işe yaramayan baş etme stratejilerini ortaya çıkarmak için yönlendirilmiş sorgulama ve deneylerden faydalanılır (örneğin düşünce baskılama deneyleri) ve mesafeli yargısız farkındalık uygulamaları yapılır. Bu aşamanın üç oturumda tamamlanması beklenir. İkinci aşamada intrüzyonlarla ilgili üstbilişlerin değiştirilir. Bu aşamanın hedefi sözel ve davranışsal girişimler aracılığıyla bilişsel yeniden yapılandırma yaparak hastaların intrüzyonlarla ilgili kaynaşma inanışlarını sorgulamalarına yardımcı olmaktır. Bu amaçla oturum içerisinde davranışsal deneylerden faydalanılarak inanışları destekleyen ve desteklemeyen kanıtlar araştırılır, alıştırmaya ve tepkiyi yerine getirme uygulamaları yapılır (intrüzif düşünceleri özellikle zihinde tutarken ritüelleri yerine getirmek), ritüeller ertelenir ve mesafeli yargısız farkındalık uygulanır ve üstbilişlerle ilgili üstbilişlere dair tahminleri sınamak için alıştırmaya ve tepki önleme uygulamaları yapılır. Bu aşama da beş oturum boyunca sürer. Üçüncü aşama ritüeller hakkındaki üstbilişleri değiştirmekle ilgilidir. Bu aşamada bilişsel yeniden yapılandırma için söze lve davranışsal girişimler kullanılarak hastaların ritüelleri hakkındaki üstbilişsel inanışlarını değiştirmelerine yardımcı olunur. Bu amaçla destekleyen ve desteklemeyen kanıtların sorgulanması, avantaj ve dezavantajlar analizleri, Sokrat gibi sorgulama tekniklerini kullanarak avantajların yeniden değerlendirilmesi, sonuçlar üzerindeki etkileri saptamak amacıyla ritüellerin sıklığının artırılıp azaltılmasının kullanıldığı ritüel modifikasyonu deneyleri ve ritüelleri yerine getirmeme durumunda olabilecekleri sınamak için ritüellerin yasaklanması kullanılır. Bu aşama da dört oturum sürer. Son aşamada işleme için yeni planların pekiştirilmesi ve yinelemeyi önleme çalışmaları yer alır. Bu aşamadaki hedefler dikkat, davranış ve intrüzyon ya da şüphelerin işlenmesine alternatifler geliştirmek ve terapinin bir özetini oluşturmaktır. Bu doğrultuda intrüzyonlarla baş etmek için yeni planlar geliştirilir ve olgu kavramsallaştırması, intrüzyonlar hakkındaki üstbilişler ve bunlara karşılık geliştirilmiş olan kanıtların bir listesi ve ritüellerin dezavantajlarını sıralayan ifadeleri içeren bir terapi özeti hazırlanır. Son aşama da üç oturumda sonlandırılır. Böylelikle toplam on beş oturumdan oluşan bir terapi süresi hedeflenmektedir.

Özetle, metakognitif terapi henüz yeteri kadar kanıta dayalı çalışmayla desteklemiyor olsa da geleneksel ERP uygulamalarıyla istenilen sonuçların elde edilemediği veya bu tedaviyi kabul etmeyen hastalar için bir alternatif olarak akılda tutulmalıdır. Metakognitif terapiye dair kanıtlar biriktikçe daha geniş uygulama imkânı bulabileceğini düşünmek mümkün olacaktır.



Türkiye Psikiyatri Derneği 20. Yıllık Toplantısı ve Klinik Eğitim Sempozyumu

4-7 Mayıs 2016
İllica Hotel, Çeşme - İzmir



Panel 4: Spor ve psikiyatri kesişimi

Prof. Dr. Orhan DOĞAN

Beykent Üniversitesi, FEF, Psikoloji Bölümü, İstanbul

04.05.2016 B Salonu - Kasara 2 - 15:00-16:30

SPORCULARDA PSİKİYATRİK BOZUKLUKLARDA TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Sporcularda genel olarak psikiyatrik bozuklukların yaygınlığının toplumda görülen yaygınlıktan farklı olmadığı kabul edilir. Bununla birlikte özellikle üst düzey sporcularda madde kullanım bozukluğu, egzersiz bağımlılığı, yeme bozuklukları, intihar davranışı, travma sonrası stres bozukluğu oranlarının toplumda görülen oranlardan biraz daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Spor psikiyatrisi görece yeni bir alan olduğu için hem sporcularda görülen psikiyatrik bozukluklarla, hem de bu bozuklukların tedavileriyle ilgili çalışma sayısı azdır.

Psikiyatrik bozukluğu veya bozukluk belirtileri olan sporcular genellikle iki nedenden dolayı tedavi arama konusunda isteksizdir: Toplumsal etiketlenme ve çalıştırıcılarıyla takım arkadaşlarının gözünde zayıf görünme korkusu. Bunların etkisini azaltmanın bir yolu, bozukluk ve tedavisi hakkında bilgi vererek bu yaklaşımların performansa yardımcı olacağını vurgulamak olabilir.

Sporculardaki psikiyatrik bozukluklarda tedavi yaklaşımları çoklu yaklaşımlar olmalıdır. Sporcu değerlendirilirken kişilik yapısı, toplumsal ortamı, aile ilişkileri, kültürel çevresi, bireysel veya takım sporundan hangisini yaptığı dikkate alınmalıdır.

Psikiyatrik bozukluklar sporcunun performansını da olumsuz olarak etkileyeceği için, tedavi yaklaşımlarında performansı artırmaya özel önem verilmelidir. Tedavi yaklaşımları psikofarmakolojik, psikoterapötik, performansı artırıcı ve bunların bir kombinasyonu olabilir.

Psikofarmakolojik tedavide antidepresanlar, antianksiyete, sedatif-hipnotikler, duygudurum düzenleyicileri, uyarıcılar kullanılabilir. Burada ilaçların etkisi kadar, yan etkilerinin; performans üzerine etkilerinin, doping listesinde olup olmadığının da dikkate alınması gerekir.

Psikoterapötik yöntemlerden en çok önerilenler farkındalık, bilişsel-davranışçı, içgörü, kişilerarası ilişkiler, evlilik/aile, bireysel ve grup psikoterapileridir. Klinik duruma göre performansı engelleyen etkenlerin giderilmesi, bunun için çeşitli tekniklerin kullanılması önerilmiştir.

Belirtilen tedavi yaklaşımlarının salt birinin uygulanması yeterli yanıt sağlamamaktadır. Bu nedenle en iyi tedavi yaklaşımı bireye özgü kombine tedavilerin uygulanmasıdır.



Türkiye Psikiyatri Derneği 20. Yıllık Toplantısı ve Klinik Eğitim Sempozyumu

4-7 Mayıs 2016
İllica Hotel, Çeşme - İzmir



Panel 5: Psikoz ve psikanaliz

İshak Saygılı

04.05.2016 B Salonu - Kasara 2 - 17:00-18:30

Kapalı serviste yatan hastalarla çalışırken psikanaliz ve psikanalitik teknik

Kapalı psikoz servisi olarak tanımlanan servislerde psikanalitik bir yaklaşım mümkün mü? Ya da böyle bir yaklaşımın bu sistem içerisinde bir yararı olacak mı? İlaç uygulamalarında, aile bilgilendirmelerinde bu yaklaşımın olası bir yararı var mıdır? Bu sorular geçmiş dönemde hızla bir kenara bırakılmış olsa da bugün bu sorular, üzerinde daha özenli düşünülmeyi hak etmektedir.

Psikanalitik yaklaşımlar psikotik bireyin iç dünyasına yönelik kuramsal anlamda geniş bir yazına sahip olmasına karşın psikotik bozukluğu olan hastalara hizmet veren yataklı kurumların benimsediği yaklaşımları arsında ülkemizde ve dünyanın birçok bölgesinde kendisine oldukça az yer bulmaktadır. Freud psikotik bozukluğu olan bireyleri psikanalitik yaklaşımın doğrudan öznesi yapmamış ise de Freud sonrası dönemde psikanaliz psikotik bozukluk sergileyen bireylerle de çalışmıştır. Tüm dünyada yaygın bir uygulama alanı bulduktan sonra özellikle antipsikotiklerin yaygınlaşması ve geri ödeme sistemlerinin baskılarıyla son dönemde bu hastaların tedavisinde psikanalitik yaklaşım geri planda kalmıştır. Son dönemde bu alanda psikanaliz yavaş yavaş kendisine yeniden daha çok yer bulmaktadır. İskandinav ülkelerinde özellikle ilk atak psikozlar için kurulmuş birimler psikanalitik yönelimli bir psikiyatrist tarafından yönetilmektedir. Bu uygulamaların hem ailelerin bilgilendirilmesinde, sağaltıma dahil edilmesinde, hem de bireyin süreçlerinin anlaşılması ve yönetilmesinde önemli avantajlar sağladığı bildirilmektedir.

Psikanalitik yönelimli yaklaşımların kullanılması birçok klinikte hastanın doğrudan psikanalize alınması ile gerçekleşmemektedir. Birçok yayın hizmetlerin örgütlenmesinde, tedavi ekibinin yapılanasında ve sorunları ele almasında psikanalitik yaklaşımların soruların çözümünü kolaylaştırabileceğini öne sürmektedir. Ekibin düzenli aralıklarla kendi arasında toplanmasından dış süpervizöre kadar çeşitli düzeylerde farklı uygulamalar bulunmaktadır.

Bu sunum son dönemde kendisine kapalı psikoz servislerinde daha psikanalitik yaklaşımın yerini ve böyle bir yaklaşımla kurumsal pratikler arasındaki gerilimleri irdelemeyi hedeflemektedir.



Türkiye Psikiyatri Derneği 20. Yıllık Toplantısı ve Klinik Eğitim Sempozyumu

4-7 Mayıs 2016
İlca Hotel, Çeşme - İzmir



Panel 8: Modernizm ve sonrası süreçte sanat ve Psikoterapi

Prof. Dr. Selçuk Aslan

5 Mayıs 2016 - C Salonu Bianca - 09:00-10:30

Modernizm ve sonrası dönemde sanat ve psikoterapi

Nasıl bir dönemden geçiyoruz? Toplumbilimciler ve felsefeciler 1989 Sovyetler kampının yıkılması ile gücün tek kutupta toplandığı bir dünyaya evrildiğimizi ve yeni krizlerin oluştuğu dünyadan söz ediyor. Fukuyama tarafından tarihin sonu olarak adlandırılmıştı bu süreç. Globalleşme, hızlanan iletişim, hızlanan para döngüsü, aslında bilinen modernizmin sonu idi tarihin değil. Ortak olarak bilim çevrelerine göre ulusal devlet ve ulus toplum modeli zayıfladı ve çöktü, bilinen demokrasi kapitalizmin işleyişinde işlevsizleşti. Demokrasinin ortadoğu ülkelerine bir model olarak sunulması içi boş bir suni iddiaya ve müdahale için bir gerekçeye dönüştü. Kapitalizm demokrasiye artık daha fazla gereksinim duymuyordu. (Slavoj Žižek 2010). Bu ülkede yaşayan biraz okumuş ve güncel olayları izleyen insanların uzun süredir dile getirdiği süreçler bütün dünyada kabul edilir hale geldi.

Post modern bireyin özellikleri neler oldu? Hızlanan kent yaşamı ve değişen ev kültürü araba ve ev sık değiştirme, Çevre değiştirme Hızlanan yaşamı gerçekte yaşayamama ve yorgun düşme. Post modern birey hızlanan zaman ve mekan değişimlerine bağlı mekanın özellikleri ile özdeşimi daha az yapmakta Sosyal kimlik açısından tutarsız ve değişken özellikler göstermektedir.

Post modern toplum kültüründe neler gelişti? Zevklerin bozulması ve zevksizleşme zevklerin yitilmesi. Aydınlanma ve akılcılığın bırakılması tehlikesini taşıyan bireyler belirir ve etkin konumlarda olur. Modern aydınların toplum üzerinde etkisi kaybolmaktadır. Göç olgusu ile kent kültürünün alt üst olmuştur. Varoş, gecekondu mahallelerin gelişmesi ve zaman içinde zenginleşerek dönüşümü ve iktidara oturması süreci yaşanır.

Post Modern Sanat nasıl bir dönüşüm geçirdi? "Pop art" 1960'lardaki söylemi postmodern akımların temel izleği olmuştur. Post modern sanatçı seçkincilik ve özgünlüğe karşıdır. Modernizm ise seçkincidir. Özgün olmanın gereği ve anlamı yoktur. "Andy Warhol" Sanatın bir mesaj içermesi ve bir misyonu olması anlamsızdır. Sanatın temel işlevi yapıtta yaşamın yansımasıdır. Sanat ve sanatçının artık yaşama öncü olma, yön verme, eleştirme aydınlatma gibi işlevleri yoktur. Popülist olmak önemli oldu "herkes anlayabilir" ve katılabilir ve ulaşabilir. Belki en önemli katkısı modernist seçkinci zihniyetin rafa kaldırılması ve "Herkes sanat yapabilir" sloganının etkinleşmesi ve uygulanması oldu. Öte yandan baskı resimler ucuz ve ulaşılabilir hale gelir, poster haline gelen görseller her yerde ve internette dolaşmaya, yaygınlaşmaya başladı. Eserin kendisinden çok fotoğrafları posterleri ve bıraktığı etki gelişir oldu. Artık internette, medyada yer almayan bir şeyin "etki" si de yoktur. İnternet ile ulaşılan sanat görselleri popülizmin bir aracı halindedir. Modernizmde ise popülizm uzak durulması gereken bir şeydir. Herkese göre olmayan, Sezgileri güçlü, İyi eğitim almış toplumun önündeki insanlardır sanatçılar.

Modern akılcı mesaj içeren misyonu olan eserler toplum yaşamını yansıtmaktan uzaktır. Toplumdan kopmuştur. Modern aydınının kitlesinden kopması gibi sanatta kopmuştur. Yeni süreçte sokakta, yaşamın birebir içinde galeriler, müzelerden dışarı çıkan bir sanat doğar. Artık kimse müzelere gitmeye hevesli değildir. Günlük yaşamdaki sıradan nesneler şeyler farklı bir bağlamda sanat olabilir. Buna karşın Pop Art izleyici üzerine etki bırakmak istemez. Amacı bu değildir, baştan aşağı modernizme bir tepki sürecidir. Tüketilen markalar önemlidir. Tüketilen sıradan nesneler ve estetikleri önemli hale gelir. Kişi fark edilmek için giyimi eşyaları ile değer taşıyan nesnelere yönelir. Marka modernizm sonrasında önemlidir. Hızla tüketilen saatler, telefonlar, takılar, otomobiller v.d. Sanatın



Türkiye Psikiyatri Derneği

20. Yıllık Toplantısı ve Klinik Eğitim Sempozyumu

4-7 Mayıs 2016
İllica Hotel, Çeşme - İzmir



nesnesidir. Bu süreçte modernizmin tamamen kaybolmadığını toplumun ve bireylerin bir melez haline geldiğini ve iki süreci birden yaşadığını içinde taşıdığını söylemek doğru olacaktır.

Post modern edebiyat ve resim, ve elbette insan psikolojisinde alt yapıda yaşanan büyük savaşın tahrip edici etkisi vardır. Alt yapıda büyük dünya savaşının etkileri yatmaktadır. Değerler alt üst olmuş, Dünya anlamsızlaşmış, insan değerlerine yabancılaşmıştır. Adeta Hedefler yok olmuştur. Hiçlik ve varoluşçuluk akımları modernizmin geç döneminde var olmuş ama post modern süreci de hazırlamıştır.

Psikoterapilere gelindiğinde psikoanaliz ve ilişkili psikoterapiler modernizm döneminde ve sonrasında etkinliğini ve popüleritesini korumuştur. Psikoanaliz temel kaynakları açısından modern bir düşüncenin ürünü iken, bilinçdışına yaptığı vurgu nedeniyle akılcılık ve gerçekçilik karşıtı felsefi akımların ve dayanak kabul ettiği bir model olmuştur. Oldukça “bilimci” bir açıdan bakan davranışçılığın modernizmin temsili olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Bilişsel terapinin bir “bilimsel” alt yapı ile psikoanalitik alt yapıyı birleştiren bir melez terapi olduğunu düşünebiliriz. Bu anlamda geç modernizm sürecine uymaktadır. Psikoanalizden ayrılan varoluşçu psikoterapilerin subjectivism ve dayandıkları fenomenolojik felsefi akımların etkisinde postmodern süreçte popülerliğini sürdürdüğünü görebiliriz. Bilişsel terapinin başarılı gelişimi sonrasında oluşan üretken ortamda gelişen 3. Dalga davranışçı terapiler konu analizi yapmadan niteliksel ve gramer incelemesine girerek yeni bir yaklaşım geliştirmiştir. Yargısız farkındalık mindfulness ve “kabul ve kararlılık terapileri” klasik bilişsel terapide izlenen yolu değiştirerek yöntemsel bir farklılaşma sağlamıştır. Postmodern sürece karşılık olarak kabul edilebilir.

“Kapı kapanma sesi” bizim için ezberlediğimiz ve bilinçli olmadan tanıdığımız bir sestir.

Farkında olmadan birçok nesneyi algılarız Anadilinizde konuşurken gramer düşünmezsiniz. Biçimden çok içeriğe odaklanırsınız, konu ile “Subject matter” uğraşırsınız. Oysa şeylerin içeriğini oluşturan bir de “Content” bölümü vardır ki bu Objenin Niteliksel iç gerçekliğidir. Bu durumda dilde gramere benzer. İkinci bir dil öğrenirken her cümlede gramer konuşursunuz. Bir dostunuz sizin Türkçe’nizde ki ekini yanlış kullandığınızı söyler ise tekrar ne söylediğinizden nasıla dönersiniz. Konudan gramere kayarak bir odak kayması yaşanır. İşte yapı söküm sürecinde tekrar gramere bir dönüş vardır. Duyguların geliştiği teksti ve yorumlayıcı modeli kavramak ve sonra bunu farklı bir bağlama taşımak acı verici duyguları azaltabilir.

Aynı şekilde bir çok olgunun teknik detaylarını algılamakla uğraşmayız. Otomatik biçimde kavrarız. Kavradığımız şey ise bir varlığın bir nesnenin fenomenolojik durumu yani bizim için yüzeysel görünümüdür. Otomatik biçimde kavradığımız aslında bu şeyler ile ilgili kafamızda oluşmuş, var olan içselleşmiş objelerdir, durumlardır. Durumları kavrarken basitleştiririz ve kafamızda prototipe göre davranırız. Gerçekliği ulaşmaktan çok kafamızdaki bir bütünlük tamamlanmaktadır. Eğer gerçekliği yeniden kavramaya çalışırsak teknik detaylara inmemiz, dokuyu incelememiz gerekir. Yani gramere, konudan alt niteliklere geçmemiz gerekecektir.

Ben değersizim, yalnızım dediğinde kişi İç gerçekliğinde konu düzeyinde bir obje yaratmaktadır. Bu objeleşen düşünce ile birlikte bir duygu tepkisini de harekete geçirir. Bu düşünce bir gerçeklik mi yoksa bir tahmin midir? Konu düzeyinde çalışarak analiz edebiliriz. Niteliksel düzeye indiğimizde gramere dönelim. Duyguların gramerine bakalım “yalnızım” bir üzülecek gerçeklik olarak aklımıza geldiğinde . “yalnızım” nötr olağan bir gerçeğe dönüşebilir.



Türkiye Psikiyatri Derneği 20. Yıllık Toplantısı ve Klinik Eğitim Sempozyumu

4-7 Mayıs 2016
İlca Hotel, Çeşme - İzmir



Olgular ve Sorularla Psikiyatride Güncel- 1: Uyku bozuklukları

Doç. Dr. Fatma Özlem Orhan

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

5 Mayıs 2016 - A Salonu Kasara-1 – 13:30-15:00

PARASOMNİLER

Parasomniler, genellikle çocukluk yaşlarında başlayan, erişkin yaşlarda azalarak kaybolan, nadiren erişkin yaşlarda da ortaya çıkabilen; uykuda, kısmi uyanıklıkta ya da uykuya geçiş sırasında yapılan anormal hareketler, davranışlar, duygular, algılar, rüyalar ve otonomik sinir sistemi fonksiyonlarını içerir. Bugüne kadar parasomnilerle ilgili pek çok sınıflandırma ve terminolojik değerlendirme önerilmiştir. Uluslararası uyku bozuklukları sınıflandırmasında (AASM 2014) Parasomniler üç genel kategoride incelenebilir;

1.NREM uyku bozukluğunda ortaya çıkan; konfüzyonel uyanma, uyku terörleri, uyurgezerlik, uyku ile ilgili yeme bozuklukları. 2.REM uyku bozukluğunda ortaya çıkan Kâbus görme, REM uykusu davranış bozukluğu, tekrarlayan izole uyku paralizi 3.Diğer bozukluklar, uyku ile ilgili halüsinasyonlar, patlayan kafa sendromu ve uyku ile ilişkili dissosiyatif bozukluk Parasomniler; uykunun primer bir bozukluğu olarak ortaya çıkabileceği gibi altta yatan çeşitli bozukluk ve belirtilere (baş ağrısı, nöbet, astma, aritmiler, gastroözefajial reflü gibi) ikincil olarak da ortaya çıkabilirler.

- 1) NREM parasomnilerin bazı ortak özellikleri vardır. Gecenin ilk 1/3'lük kısmında ve sıklıkla yavaş dalga uykusu sırasında ortaya çıkarlar. Eksternal stimuluslara yanıt alınamaz, uyandıklarında sorulara yanıt veremezler, konfüzyon eşlik edebilir. Tipik olarak çocukluk çağında ortaya çıkar ve ergenlik sonrası kaybolurlar. Stereotipik olmayan anormal hareketler görülür ve geriye dönük olarak olaya ilişkin amnezi vardır. Güçlü bir ailesel geçiş söz konusudur. Uyku yoksunluğu ya da uyku bölünmesi ortaya çıkmasında etken olabilir.
Konfüzyonel uyanma: Gece uykusundan ya da gündüz kestirmelerinden, uyanma veya uyanıklık tepkileri sırasında ortaya çıkan, yineleyici mental konfüzyon ya da konfüzyonel davranışlardır. Genelde infantlarda ve yeni yürüme dönemindeki çocuklarda görülür. İleri yaşta az görülmekle birlikte, 15-24 yaşta %4,2 oranı ile ikinci bir artış gösterir.
Uyku Terörü: Uykunun ilk saatlerinde, yavaş dalga uykusu sırasında ortaya çıkan, genellikle ağlama ya da yüksek sesli bir çığlık ile başlayan ve aşırı korku davranışının eşlik ettiği ve otonomik belirtilerin olduğu ani ataklardır. Ayrıca kişinin uykudan uyanmasında zorluk, ataktan uyandığında mental konfüzyon, atak sırasında amnezi (tam ya da kısmi), tehlikeli ya da potansiyel olarak tehlikeli davranışlardan en az biri eşlik eder.
Uykuda yürüme, derin uykuda ortaya çıkan ve kalkıp yürümeyle sonuçlanan kompleks motor davranış dizilerinden oluşur. Atak sırasında uygunsuz, ajite, nadiren saldırgan davranışlar da görülebilir.
Uyku ile ilişkili yemek yeme bozukluğu, genellikle NREM uyku evresinde görülen bir parasomni olarak tanımlanır ve uykudaki uyanıklıklar sırasında istemsiz bir şekilde ortaya çıkan tekrarlayıcı yemek yeme ya da içme atakları ile karakterizedir. Olguların çoğunda olay sırasında bilinç düzeyinde azalma vardır

- 2) **REM uykusu ile ilişkili parasomniler** daha çok erişkinlerde ortaya çıkar. Uykunun ilerleyen dönemlerinde sıklıkla da gecenin ikinci yarısında ortaya çıkar. Otonomik belirtiler, olayın hemen sonrasında uyanma eşiğinin düşük olduğu, yaşanan atağın detaylı hatırlanıp anlatılabildiği parasomnilerdir. Olay sonrası uyanırlarsa uyanıklık periyodu daha uzun sürer (özellikle de kabus tablolarında). Bu bozuklukların tanısını koymadan önce, başka bir uyku bozukluğu, medikal hastalık ya da nörolojik hastalık, mental bozukluk, ilaç kullanımı ya da madde kullanımının ekarte edilmesi gerekmektedir. Bu grup içinde en sık görülen kabuslardır.



Türkiye Psikiyatri Derneği

20. Yıllık Toplantısı ve Klinik Eğitim Sempozyumu

4-7 Mayıs 2016
İllica Hotel, Çeşme - İzmir



REM Davranış Bozukluğu (RDB): REM uykusu sırasında normalde olması gereken kas atonisinin kaybı ve görülen rüyanın içeriğiyle ilişkili olarak ortaya çıkan kompleks motor aktiviteyle karakterize bir parasomnidir. Etkilenen bireyler rüya döneminde, kendi kendilerine ya da yatakta birlikte yattıkları eşlerine yumruklamak, yakalamak, tekmelemek gibi eylemler sonucunda zarar verebilir. Bu bozukluğun, akut ve kronik olmak üzere iki ayrı klinik formu vardır. Akut RDB tipik olarak; bazı ilaçlarla, madde kötüye kullanımı ya da bırakılması (özellikle alkol bırakılması) durumunda ortaya çıkabilir. Kronik formu ise sıklıkla 50 yaş üzeri erkeklerde görülür. Kronik RDB'nin ise, idiopatik ve nörolojik hastalık süreci ile ortaya çıkan sekonder olmak üzere iki tipi vardır. REM davranış bozukluğunun patofizyolojisi net değildir. Beyin sapı yapılarının REM'deki kas atonisini etkilediği bilinmektedir. Yapılan patafizyolojik ve görüntüleme çalışmalarında RDB'de beyinde, pedinkülopontin nükleus, laterodorsal tegmental nükleus, lokus seruleus/subseruleus kompleks, sublaterodorsal nükleus, nigrostriatal sistem etkilenen bölgelerdir. Tedavi olarak, yatarken düşük doz klonazepam (0.5 - 2mg) ile hastaların bu davranışları düzelir. İlaç REM'deki atoniye düzeltmeden ziyade EMG'deki fazik aktiviteyi baskılayarak davranışları kontrol eder.

Yineleyici uyku paralizisi: Uykunun başlangıcında ya da uykudan uyanma sırasında gövde ve tüm ekstremiteleri hareket ettirmede zorlanma ile karakterizedir. Her atak saniyeler ile birkaç dakika sürer. Başka bir uyku bozukluğu (özellikle narkolepsi), medikal hastalık ya da nörolojik hastalık, ruhsal bozukluk, ilaç kullanımı ya da madde kullanımının bulunmamasıyla bu bozukluğun tanısı konulur.

Kabus bozukluğu: Genellikle sadece korku ya da anksiyete değil aynı zamanda öfke, üzüntü, nefret ve diğer disforik duygular içeren, rüyaların yoğun bir şekilde hatırlandığı, uykudan yineleyici uyanma ataklarıdır. En sık 3 ile 6 yaş arasında görülür.

3) Diğer Parasomniler

Uyku ilişki halüsinasyonlar: Uyanık haldeyken REM Uykularının tacizleri olarak anlaşılmaktadırlar.

Patlayan Baş Sendromu: Uyku başlangıcında ortaya çıkan, bir flaş eşliğinde bir gürültü ya da gök gürültüsü hissi oluşturan, nadir bir olgudur.

Uyku ile ilgili Dissosiyatif Bozukluklar: Tipik olarak uyku başlangıcından sonra veya hemen uyandıktan sonra ortaya çıkar.

Uyku enürezisi: 5 yaşından sonra fiziksel bir neden olmaksızın uyku sırasında tekrarlayan istemsiz yatak ıslatma olarak tanımlanır.

Sonuç olarak; Parasomniler, uyku ile ilişkili istenilmeyen olaylar ve yaşantılar olup, çocuklarda sıklıkla selimdir ve yaş ile birlikte kaybolur. İleri yaşlarda görülen parasomnilerde; psikiyatrik bozukluklar, cinsel istismar ve kötüye kullanım ve özellikle erişkinlerde nörodejeneratif hastalıkların ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. American Academy of Sleep Medicine (AASM) (2014) The International Classification of Sleep Disorders, Third Edition. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine.
2. Kaynak H, Ardiç S (2011) Uyku Fizyolojisi ve Hastalıkları. Türk Uyku Tıbbı Derneği. Nobel Tıp Kitabevi, s:333-348
3. Tuncel D, Orhan FÖ (2009) Parasomniler: Tanı, Sınıflama ve Klinik Özellikleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 1; 280-296.



Türkiye Psikiyatri Derneği
20. Yıllık Toplantısı ve
Klinik Eğitim Sempozyumu

4-7 Mayıs 2016
İlca Hotel, Çeşme - İzmir



Olgular ve Sorularla Psikiyatride Güncel- 1: Uyku bozuklukları

Dr. Erhan Akıncı

5 Mayıs 2016 - A Salonu Kasara-1 – 13:30-15:00

Özgül uyku bozuklukları: Huzursuz bacaklar sendromu ve narkolepsi

Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflamasında uyku ile ilişkili hareket bozuklukları grubunda yer alan huzursuz bacaklar sendromu ve hipersomnolans ile seyreden santral bozukluklar grubunda yer alan narkolepsi, 'özüml uyku bozuklukları' başlığı altında ele alınacaktır. Huzursuz bacaklar sendromu, ekstremitelerde özellikle de bacaklarda rahatsız edici anormal bir duyum sonrası bacakları hareket ettirme ihtiyacı ve bununla ilişkili motor aktivite ile kendini gösteren sensorimotor bir hastalıktır.

Yakınmaların istirahat halinde özellikle de akşamları ortaya çıkması veya şiddetlenmesi ve hareket ile kısmi ya da tamamen rahatlama hastalık için tipiktir. Hastaların tümünde yakınmalara bağlı olarak uyku bozukluğu ortaya çıkar. Hastalar genellikle uykuya dalma güçlüğü nedeni ile polikliniğe başvururlar. Anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik bozukluklar daha sık görülür.

Narkolepsi klinik olarak gündüz aşırı uykululuk, engellenemeyen uyku atakları ve ilişkili belirtiler ile seyreden kronik bir hastalıktır. Hastalığın klasik tetradı; gündüz aşırı uykululuk, katapleksi, uyku paralizi ve hipnagogik halüsinasyonlardır. Gündüz aşırı uykululuk tüm narkoleptik hastalarda tanımlanan ilk ve en belirgin yakınmadır. Diğer belirtilerin tümü ya da her biri gündüz aşırı uykululuğa eşlik edebilir. Katapleksi atakları narkolepsi için patognomoniktir. Hastaların sadece %10'unda klasik narkolepsi tetradının tümü birlikte görülür. Bozulmuş gece uykuları, otomatik davranışlar, odaklanma güçlüğü ve bellek sorunları diğer sık görülen belirtilerdir.

Bu sunumda, huzursuz bacaklar sendromu ve narkolepsinin; patofizyolojisi, klinik özellikleri, tanı ve tedavilerinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Huzursuz bacaklar sendromu, narkolepsi, klinik özellikler, tanı, tedavi

Kaynaklar

American Academy of Sleep Medicine (AASM) (2014) International classification of sleep disorders, 3. Baskı. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine.

Berry RB. Fundamentals of sleep medicine (2012) Chapter 24: Hypersomnias of Central Origin. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, s. 451-79.

Klingelhofer L, Cova I, Gupta S, Chaudhuri KR (2014) A review of current treatment strategies for restless legs syndrome (Willis-Ekbom Disease). Clin Med (Lond) 14(5):520-4.

Morrish E, King MA, Smith IE Shneerson JM (2004) Factors associated with a delay in the diagnosis of narcolepsy. Sleep Med 5(1):37-41.

Sevim S, Dogu O, Camdeviren H, Bugdayci R, Sasmaz T, Kaleagasi H, Aral M, Helvaci I (2003) Unexpectedly low prevalence and unusual characteristics of RLS in Mersin, Turkey. Neurology 61:1562-9.



Türkiye Psikiyatri Derneği
20. Yıllık Toplantısı ve
Klinik Eğitim Sempozyumu

4-7 Mayıs 2016
İlca Hotel, Çeşme - İzmir



Panel 9: Bir oyunun psikanalitik okuması: “Godot’yu Beklerken”

İshak Saygılı

05.05.2016 D Salonu - Borda – 13:30-15:00

Gelecek Uzun Sürer

“Godot’u Beklerken” absürt tiyatronun en bilindik örneklerinden birisidir ve bu nedenle de bu oyun üzerine çokça yazılmış, farklı bakış açıları ile pek çok kez ele alınmıştır. Hiç gelmeyen Godot’nun kim olduğunu yazar hiç açıklamamış olsa da, kimi ya da neyi temsil ettiği üzerine çokça görüş bildirilmiştir. Bu konuşmada başlık olarak Althusser’in ünlü metninin seçilmiş olmasının nedeni yalnızca Althusserci bir yapı sökümü yerine döngüsel zaman kavramına da irdeleyen bir çalışma olmasıdır.

Einstein başlangıcı itibarıyla absürt olmayan bir fikrin zaten solmaya mahkum olduğunu söyler. Peki absürt kendini nasıl sahneye koyar? Anlama ya da söze direnerek mi? Geçmişle bağını kopararak mı? Yoksa geleceği yok sayarak mı? Elbette sorular ve olası yanıtlar çoğaltılabilir ancak absürt olana ve oyuna ilişkin zaman algısı üzerinden bir okuma olanaklı gibi durmaktadır.

Düz mantık içerisinde bakıldığında gelecek henüz gelmemiş olandır, oysa döngüsel mantık daha farklı işler. Tıpkı geçmişin yalnızca geçmişte kalmadığı gibi gelecek de nadiren yalnız gelecektedir. Ruhsal dinamiklerde geçmişin etkin oluyor olması fikri ruh sağlığı çalışanlarına uzak değildir. Gelecek fikri de ruhsal dinamikler üzerinde oldukça etkindir. Üstelik bu etki yalnızca beklenti anksiyetesi, ya da belirsizliğe tahammülsüzlük gibi kavramlarla da sınırlı değildir, aksine her psikopatoloji araştırmasında ve ruhsallığın her katmanında bu etki izlenebilir. Bir geleceği olmadığından emin olan melankolikler bu bağlamda düşünülebilir. Freudcu bir okuma melankoliklerin kayıplarının geleceğe ilişkin değil geçmişe ilişkin olduğu öne sürülebilir ancak döngüsel mantığın olanaklarıyla melankoliklerin tamamlanma düşlemlerine gelecek tasarımlarında bir yer bulamadığını söyleyebiliriz. Bu noktada Beckett’in oyunu geleceğin karamsar gölgesinde yitmiş karakterlerin öyküsü olarak tekrar ele alınabilir.

Gelecek tahayyülünü bireysel bir olanaksızlık olarak ele almak eksik olacaktır. “Dünyanın sonunu düşünmek, kapitalizmin sonunu düşünmekten daha zor” tespitinin hatırlattığı hat üzerinden Godot’u beklemek fikri tekrar ele alınabilir. Bu konuşma boyunca Pozzo ve Şanslı’nın döngüsel köle efendi ilişkisi, Vladimir ve Estregon’un yoldaşlığını hatırd tutularak beklemek, anlamak, aramak ve dönüştürmek arasındaki zamansal ilişkinin irdelenmesi hedeflenmektedir.



Türkiye Psikiyatri Derneği
20. Yıllık Toplantısı ve
Klinik Eğitim Sempozyumu

4-7 Mayıs 2016
İlca Hotel, Çeşme - İzmir



Panel 12: Dsm-5'te Obsesif Kompulsif Bozukluğun Yeni Yeri İçin Yeterli Kanıt Var mı?

Pınar ÇETİNAY AYDIN

6 Mayıs 2016 - C Salonu Bianca – 09:00-10:30

Deri Yolma Bozukluğu

DSM-5' de Deri Yolma Bozukluğu, Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar tanı grubunda yer almaktadır. Deri Yolma Bozukluğunun DSM-5'de ayrı bir tanı kategorisi olması ile ilgili çalışmalar sırasında, deri yolmanın sendromdan çok bir belirti ya da alışkanlık olduğu eleştirisi yapılmıştır. Eğer ayrı bir bozukluk olarak tanımlanırsa tırnak yeme, dudak çiğneme, burun yolma gibi diğer alışkanlıkların da sınıflandırma sistemlerine girmesinin yolunun açılacağı ifade edilmiştir. Ancak, deri yolma bozukluğunun literatürde çok uzun yıllardır tanımlanan, tanısız ölçütler önerilen bir sendrom olması, bazı olgularda önemli tıbbi sonuçlar doğurabilmesi, beklenebilir bir yanıt olduğuna ilişkin kanıt olmamakla birlikte belirli negatif etkilerle alevlenebilmesi, çok yeterli olmasa da deri yolmanın nörobiyolojisine ilişkin bazı verilerin bulunması birincil olarak sosyal çatışmaların sonucunda ortaya çıkmaması, daha fazla çalışmaya gereksinim olmakla birlikte klinik seyir, ektanı ve tedaviye yanıt alanlarında deri yolma bozukluğunun tanısız geçerliliğini destekleyen verilerin bulunması DSM-5'de ayrı bir tanı kategorisi olmasının gerekçeleri olarak öne sürülmüştür(1). Klinik örneklemelerde deri yolması olan hastalarda trikotillomani ve Obsesif Kompulsif Bozukluğun (OKB) genel topluma göre; OKB'nin kontrol grubuna göre daha yaygın olması (2); OKB hastalarında ve birinci derece yakınlarında deri yolma oranlarının yüksek bulunması(3) bu bozuklukların birbiriyle ilişkili olabileceğini desteklemiştir.

Bu panel sunumunda DSM-5'de Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar tanı grubunda birlikte yer alan OKB ve deri yolma bozukluğunun, semptom profili, ektanı, hastalık seyri, ailesellik, nöral mekanizmalar, genetik ve çevresel faktörler, bilişsel-emosyonel süreçler, tedavi yanıtı başlıkları altında benzerlikleri ve farklılıkları gözden geçirilecektir.

1. Stein DJ, Grant JE, Franklin ME ve ark.(2010) Trichotillomania (hair pulling disorder), skin picking disorder, and stereotypic movement disorder: toward DSM-V. *Depress Anxiety*, 27:611-26.
2. Odlaug BL, Grant JE (2008) Clinical characteristics and medical complications of pathologic skin picking. *General Hospital Psychiatry*, 30:61-66.
3. Cullen BA, Samuels JF, Bienvenu OJ ve ark.(2001) The relationship of pathologic skin-picking to obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189: 193-195.



Türkiye Psikiyatri Derneği
20. Yıllık Toplantısı ve
Klinik Eğitim Sempozyumu

4-7 Mayıs 2016
İllica Hotel, Çeşme - İzmir



Panel 12: Dsm-5'te Obsesif Kompulsif Bozukluğun Yeni Yeri İçin Yeterli Kanıt Var mı?

Yrd. Doç. Dr. Yasemin Görgülü

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD

6 Mayıs 2016 - C Salonu Bianca – 09:00-10:30

TRİKOTİLLOMANİ-OKB

Obsesif kompulsif bozukluk DSM-IV-TR'de "Anksiyete bozuklukları" başlığı altında sınıflandırılmaktayken DSM-5 sınıflandırma sisteminde "Obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar" başlığı altında vücut dismorfik bozukluğu, biriktiricilik bozukluğu, trikotillomani ve deri yolma bozukluğu ile birlikte sınıflandırılmıştır. Trikotillomani ise DSM-IV-TR'de "Başka bir yerde sınıflandırılmamış dürtü kontrol bozuklukları" başlığı altında sınıflandırılmaktaydı. Trikotillomani basitçe bir OKB varyantı mı yoksa bir dürtü kontrol bozukluğu mu olduğu önemli bir teorik tartışma konusu olarak yıllardır sürmektedir. Saç yolmaların kompulsiyona benzer şekildeki tekrarlayıcı, kontrol dışı doğası ve trikotillomanide SSRI'lara olası yanıtılık gibi benzerlikleri nedeniyle OKB'ye pek çok defa benzetilmiştir. Trikotillomaninin obsesif kompulsif spektrum bozuklukları içinde sınıflandırılması OKB hastalarında görülen yüksek trikotillomani oranıyla da desteklenmektedir. Trikotillomaninin OKB'deki obsesyonların tekrarlayıcı ve intruziv tabiatı gibi saç yolmaya karşı sürekli ve intruziv düşüncelerle tam olarak karakterize edilemeyeceği ve saç yolmanın sıklıkla farkındalık dışı ortaya çıktığı da bildirilmektedir. OKB hastaları kompulsiyonları hoşla gitmeyen, ancak olumsuz etkiyi azaltmaya yönelik ihtiyaç duyulan davranışlar olarak tanımlarken, çoğu trikotillomani hastası saç yolmayı keyif verici ve tatmin sağlayıcı olarak tanımlamaktadır. İki bozukluk arasında fenomenolojik farklılıklar kadar epidemiyolojik farklılıklar da vardır. Örneğin OKB'de başlangıç yaşı trikotillomaniye göre daha geçtir. Trikotillomani hastalarının %75'i saç yolmayı otomatik bir hareketle yaparken %25'i ise odaklanma ile saç yolduklarını bildirmektedir. Bazı araştırmacılar odaklanarak tüy yolan bu trikotillomani hastalarının OKB hastalarına daha benzer olduğunu ve OKB de etkili farmakolojik tedavilere daha fazla yanıt verdiğini varsaymaktadır. Bu iki bozukluğun bunlar gibi hem örtüşen hem ayrışan pek çok özelliği bulunmaktadır. Trikotillomani, uzun tartışmalar sonucunda geldiği yeni sınıfında da, gelecekte tartışma konusu olmaya devam edecek gibi görünmektedir.



Türkiye Psikiyatri Derneği **20. Yıllık Toplantısı ve** **Klinik Eğitim Sempozyumu**

4-7 Mayıs 2016
İlca Hotel, Çeşme - İzmir



Panel 15: Şizofreni ve Psikoterapi

Konuşma özeti: Şizofrenide Bilişsel Davranışçı Terapi Uygulamaları

Kadir ÖZDELPsikiyatri Uzmanı, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi,
Psikiyatri Kliniği/Ankara**

7 Mayıs 2016 - A Salonu Kasara 1 - 09:00-10:30

Konuşma tedavilerinin şizofreni hastalarında kullanımıyla ilgili her zaman kuşkular olmuştur. Bu kuşkuların temeli 60'lı yıllarda psikoanalitik yöntemlerin kullanıldığı şizofreni hastalarıyla ilgili olumsuz sonuçlar olabilir. Davranışçı tedaviler ilk olarak çeşitli fobilerin tedavisiyle rüştünü ispat etmişken bilişsel terapinin depresyon hastalarında geliştirilip uygulanmasıyla psikoterapi alanında önemli bir çığır açılmıştır. Ancak bilişsel davranışçı terapilerin ilk çıktığı yıllardan itibaren şizofreni hastalarında psikotik belirtiler için bilişsel teknikler başarıyla kullanılmıştır. 1980'li yıllarda İngiltere'de ilaç tedavisiyle birlikte bilişsel davranışçı tekniklerin şizofrenide başarılı bir şekilde tedavi edildiğine dair bildirimler gelmeye başlamıştır. Bilişsel davranışçı terapilerin şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda (örneğin sanrısız bozukluk gibi) kullanımıyla ilgili araştırmalar temelde 3 faktörü incelemiştir. Bunlar "etkililik çalışmaları"; "ilaç tedavisine uyumu geliştirme çalışmaları" ve "yineleme önleme çalışmaları". Birçok karşılaştırmalı çalışmada ılımlı etki büyüklüğü ile BDT etkili bulunmuştur. Bazı çalışmalar özgül olmayan destekleyici tedavilerle BDT müdahalelerini benzer etkinlikte bulmuştur. Ayrıca elde edilen etkinliğin sürdürülebilirliğiyle ilgili sonuçlar da aynı şekilde tutarsızdır. Ancak etkililiğin sürekliliğinin terapist tecrübesi ve süpervizyonu ile ilişkili olabileceği çıkarımları vardır. Benzer şekilde ilaca uyumu artırmada bilişsel davranışçı teknikleri de içeren psiko-eğitim yaklaşımlarının ilaca uyumu arttırmada genel destekten daha iyi sonuçlar verdiği bulguları tutarlıdır. Bununla birlikte yine bu etkinin uzun dönem sürdürülebilirliği tartışmalıdır. Şizofreni belirtilerinin yatışmasından sonra yapılan müdahalelerin de özellikle yineleme öncesinde öncül belirtileri saptamada ve yineleme olasılığı azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir.

Genel olarak psikotik atak halinde olmayan ve belli oranda iş birliği kurulabilen ve başlangıçtaki ilaç tedavisine yetersiz yanıt vermiş kişiler etkinlik müdahaleleri için ideal hastalar olabilir. Bu kişilerin tedavisi yaklaşık 6 ay boyunca sürecek ve en az 10 seanslık terapileri içermelidir. Temel olarak ilk adım hastayla onun perspektifinden etkili bir tedavi işbirliği oluşturmaktır. Sonrasında belirtilerin alternatif açıklaması üzerine çalışılır. Pozitif belirtilerin etkinliğini azaltma ve ilaç tedavisine uyum diğer çalışma alanlarını oluşturur.



Türkiye Psikiyatri Derneği

20. Yıllık Toplantısı ve Klinik Eğitim Sempozyumu

4-7 Mayıs 2016
İllica Hotel, Çeşme - İzmir



Panel 15: Şizofreni ve Psikoterapi

Konuşma özeti: Şizofreni ve aile terapileri

Süheyla BULUT

7 Mayıs 2016 - A Salonu Kasara 1 - 09:00-10:30

ŞİZOFRENİDE AİLE TERAPİLERİ

Şizofreni, bireyin sosyal ve mesleki işlevselliğini etkileyen ve yeti kaybına yol açan bir sendromdur. 1950'lerden önce aile, şizofrenide etiyolojik bir faktör olarak görülmekte iken sonraları şizofreninin seyri ve tedavisi noktalarında da ele alınmaya başlanmıştır.

Şizofreni tanısı almış bireye karşı akrabalarının ifade ettiği eleştiri, düşmanlık ya da duygusal aşırı ilgilenme durumuna "Duygu Dışavurumu" denilmektedir. Ailede yüksek duygu dışavurumunun, şizofreni hastalarında nüksleri arttırdığı birçok çalışmada gösterilmiştir. Günümüzde aileyi dışarıda bırakan şizofreni tedavi modellerinin etkisiz ya da eksik olduğu bilinmektedir. Şizofreni hastalarının tedavilerinde aile faktörünün göz önünde bulundurulması ve duygu dışavurum düzeyini azaltacak psikoterapötik girişimlerin kullanılması hastalığın seyrine olumlu etki edecektir.

Aile üzerinde yapılan araştırmaların dikkat çektiği bir başka önemli nokta da hasta ve ailesinin günlük yaşamlarında karşılaştıkları zorlanmalar ile başa çıkma yolları konusunda eğitilmelerinin gerekliliğidir. Sorunun saptanması, olası çözümlerin üretilmesi ve her bir çözümün potansiyel sonuçlarının değerlendirilmesi, en iyi strateji konusunda uzlaşma, planlama ve uygulama, sonuçların gözden geçirilmesi basamaklarını içeren "sorunla başa çıkma" yaklaşımı aileye öğretilmelidir. Son yıllarda hastaya ve ailesine yönelik olarak geliştirilen ve ruhsal-eğitsel bir model anlayışına dayanan psikososyal tedavi programları ile hastaların hastane dışında üretken olarak yaşamlarını sürdürmeleri hedeflenmektedir.

Kaynaklar:

Soygür H (1993) şizofreni tedavisinde aileye yaklaşım, Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 1(2):117-127.

Wolberg LR (1988) The technique of psychotherapy, 2.cilt, 4.baskı, Philadelphia Grune&Stratton,s.1248- 1270.

Kuipers E, Leff J, Lam D (2002) Family Work for Schizophrenia, A Practical Guide, second edition, Bell & Bain Limited, Glasgow, s.5-162

Bellack AS, Haas GL, Schooler NR ve ark. (2000) Effects of behavioral family management on family communication and patient outcomes in schizophrenia. Br J Psychiatry, 177:434- 439.

Yazıcı A (2000) Şizofreni rehabilitasyonuna ailenin katılım süreci. 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 8:35- 38.



Türkiye Psikiyatri Derneği
20. Yıllık Toplantısı ve
Klinik Eğitim Sempozyumu

4-7 Mayıs 2016
İlca Hotel, Çeşme - İzmir



Panel 16: Borderline Kişilik Bozukluklarını Nerede, Nasıl Tedavi Edebiliriz?

Dr. Filiz İzci

07.05.2016 B Salonu - Kasara 2 – 09:00-10:30

Yatan Hastalarda Borderline Kişilik Bozukluklarına Yaklaşım

Borderline (sınırdaki) kişilik bozukluğu, erken erişkinlik döneminde başlayan, kişiler arası ilişkiler, benlik algısı, duygu durumunda değişkenlik ve dürtü kontrolü gibi sorunların görüldüğü bir psikiyatrik bozukluktur. "Zor hasta" olarak tanımlanan borderline hastaların, sık sık hastaneye yatmalarının gerekmesi ve sağlık çalışanlarının bakım ve tedavi yönetiminde zorluk yaşamalarına neden olmaktadır. Borderline kişilik bozukluğu genel popülasyonda %2, ayaktan hasta izleme birimlerinde %10 ve yatan hastalarda %20 oranında görülmekte, kişilik bozuklukları içinde oranı %30 ile %60 arasında değişmektedir. Kadınlarda erkeklerden üç kat fazla oranda görülmektedir. 1980 yılında DSM-III'te tanımlanmış olan hastalığın tedavi ve bakımındaki güçlükler, çeşitli araştırmalarda sıklıkla gündeme gelmiştir. Yapılan araştırmalar, sağlık çalışanlarının hastalıkla ilgili çok olumsuz yargılar geliştirdiklerini göstermektedir. 2002'de ki bir araştırmada, ruh sağlığı çalışanlarından oluşan katılımcıların %84'ü bu hasta grubuna tedavi ve bakım vermenin diğer hasta gruplarına göre çok daha "zor" olduğunu belirtmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise; psikiyatri çalışanlarının %69.1'i, en zorlandıkları hasta grubunun kişilik bozukluğu olan hastalar olduğunu bildirilmiştir. Çalışanların, %32.1'inin hastalara karşı kızgınlık, öfke ve nefret gibi olumsuz duygular hissettikleri saptanmıştır. Bu araştırma sonuçları, çalışanların %26.1'inin hasta ile aralarındaki sınırları korumak için, en başından itibaren otoriter ve kontrollü davrandığını, %69.1'inin kişilik bozukluğu tanısı almış bir hastanın tedavi ve bakımını üstlenmek istemediğini, %65.4'ünün kişilik bozukluğu gösteren hastalarla çalışırken daha deneyimli bir meslektaşına danışma gereksinimi duyduğunu ortaya koymuştur. Borderline hastalar ayaktan ya da hastaneye yatırılarak tedavi edilmektedir. Hastaneye yatış kriterleri, hastanın çok sık kriz yaşaması, dürtü kontrol bozukluğu nedeniyle kendine zarar vermesi, intihar girişiminde bulunması, rastgele cinsel ilişki kurması ve bağımlılık yapan maddeleri kullanmasıdır. Ancak, yatarak tedavide hastaların duygu durumlarındaki dalgalanmalar ve kişilerarası ilişkilerindeki dengesizlikler tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir. Örneğin, hastalar insanları bağlanılacak ya da nefret edilecek olmak üzere iki kategoriye ayırmaları nedeniyle tedavi ekibinden yararlanamamakta, yatan diğer hastalarla ilişkilerinde güçlük yaşamakta ve yatış sürecini olumlu kullanamamaktadırlar. Hastane yatışının hastadaki karmaşık belirtiler ve sorunların ele alınmasında etkili olabilmesi için, uzun süreli bir yatış olması ve bireyin gelişmiş bir ruh sağlığı merkezinde tedavi görmesi önerilmektedir. Borderline hastalarına klinik ortamda verilen tedavi ve takipte temel amaçlar, akut belirtilerin düzeltilmesi, işlevselliğin yeniden kazandırılması ve destek sisteminin kurulmasıdır. Tedavi amaçlarının gerçekleştirilmesi için, hasta güvenliği, duygu kontrolü ve olumsuz duygularla baş etme, bilişsel yapılandırma, zamanı etkili kullanma, sosyal beceriler geliştirme, etkili iletişim becerileri geliştirme ve tedavi edici ilişki geliştirmeye odaklı tedavi ve bakım girişimleri uygulanmalıdır. Hastanın davranış ve ilişkilerinin yarattığı sonuçları görmesini, değersizlik, umutsuzluk duygularını ifade edebilmesini ve diğer kişilerle duygularını paylaşmasını kolaylaştırmalıdır. Bu anlamda hastanın kendini sözel olarak ifade etmesi kadar, günlük yazma gibi yazılı ifade etme yollarından da yararlanılmalı ve bu konuda hasta desteklenmelidir. Sağlık ekibinin olumlu gelişmelerde hastayı desteklemesi, hastanın benlik bütünlüğünü ve benlik saygısını kazanması açısından da gerekli bir yaklaşım olarak görülmelidir.



Türkiye Psikiyatri Derneği

20. Yıllık Toplantısı ve
Klinik Eğitim Sempozyumu

4-7 Mayıs 2016
İllica Hotel, Çeşme - İzmir



Kaynaklar:

Cleary M, Siegfried N, Walter G (2002) Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. Int J Ment Health Nurs, 11,186-91.

Eren N (2006) Ağır kişilik bozuklukları ve yataklı psikiyatri servislerinde yarattıkları kaos. 42. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı.



Türkiye Psikiyatri Derneği

20. Yıllık Toplantısı ve
Klinik Eğitim Sempozyumu

4-7 Mayıs 2016
İlca Hotel, Çeşme - İzmir



Panel 16: Borderline Kişilik Bozukluklarını Nerede, Nasıl Tedavi Edebiliriz?

İshak Saygılı

07.05.2016 B Salonu - Kasara 2 – 09:00-10:30

Sınır durum hastalarına poliklinik koşullarında yaklaşım

Sınır durum kişilik bozukluğu kliniğe en sık başvuran kişilik bozukluğudur. Genel popülasyonda yaygınlığı %1-2,5 arasında iken psikiyatri kliniğine başvuran hastalar arasında yaygınlığı %10-15 civarındadır. Bu bozukluk hastaların yaşamında ciddi işlevsellik kaybı, sosyal uyumda bozulma ve kendine zarar verme davranışları ile seyreder. Kişilik bozukluklarının sağaltımında klinik yarara ilişkin beklentiler uzunca zaman düşük tutulmuşken son dönemde bu hastaların gereksinimlerine uygun klinik koşullar sunan yeni yaklaşımların sayısı artmaktadır. Psikanalitik yönelimli psikoterapiler ve diyalektik davranışçı terapiler bunlardan en yaygın olanlarıdır. Böyle özellikler sergileyen hastaların özellikle duygusal dalgalanmalarında, dürtüsellik ve psikoz benzeri belirtilerinin sağaltımında ilaç sağaltımı da yaygın bir seçenek olarak kullanılmaktadır.

Sınır durum hastalarının sergilediği belirti çeşitliliği ve aktarımsal özelliklerin ele alınamaması sıklıkla sağaltımda kesilmelere, kendine zarar verme ve ciddi özkıyım girişimleri gibi istenmeyen durumların sıklıkla ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Böyle özellikler gösteren hastalarda özkıyım davranışının yaygınlığının %10'un üzerinde olduğu düşünülmektedir. Literatür bu hastaların ayaktan takibinde birden fazla kişinin eşgüdüm halinde parçalı sorumluluklar üstlenmesinin ciddi avantajları olabileceğini öne sürmektedir. Risklerin azaltılması için sağaltım başlangıcında olası risklerin öngörülmesi ve buna uygun bir sağaltım planı hazırlanması önemlidir. Hatanın işbirliğinin sağlanması için sağaltıma etkin katılımı ve seçeneklerin gereksinime göre ortak hazırlanması önerilmektedir. Böyle belirtiler sergileyen hastalarla çalışan hekimlerin ortaya çıkabilecek kriz durumlarında hastaların yönlendirmesini yapabilecekleri merkezlerle eşgüdüm içerisinde çalışmaları önerilmektedir.

Psikiyatri hastalarının sağaltımında vazgeçilmez bir önemi olan ve ülkemizde sunulan ayaktan sağaltım hizmetlerinin ana yapısını oluşturan psikiyatri polikliniklerinde sınır durum özellikleri gösteren hastaların sağaltımında ciddi zorluklar yaşanmaktadır. Bu sunumda sınır durum özellikleri gösteren hastaların ayaktan sağaltımına dair literatür ile birlikte, ülkemize ilişkin sorunlar ve bu alanda sunulan çözümlerin gözden geçirilmesi amaçlanmaktadır.