

ÇOCUKLUK VE ADOLESANDA MİZAÇ BOZUKLUKLARI

Dr. Erdal VARDAR*, Doç. Dr. Ercan ABAY*

ÖZET: Çocuklar ve adolesanlarda mizaç bozuklukları psikiyatristler için tanı ve tedavi farklılıkları gösterir. Çocuk ve adolesan akıl bozukluklarında artan bilimsel araştırmalar, klinik tanıların önemini açıklamaktadır. Geçici ve duruma özgü depresif semptomlar ile bipolar bozukluk, siklotimi, major depresyon ve distimi gibi klinik bozukluklarda gözükten depresif semptomlar kümesi arasında ayırmalar yapılmıştır. DSM-III/R'deki bozuklukların tanı ölçütlerine klinikte incelekle yaklaşabilen psikiyatrist, etkin tedaviyi yakalama ve bu bozuklukların morbiditesini düşürme fırsatı bulacaktır. Çocukluk ve adolesandaki mizaç bozukluklarının şiddet, süre ve prognoz değişikliklerini tıbbi bir antite olarak bilinmesi, etkin tedavinin ilk basamağını gösterir.

Bu yazıda, çocukluk ve adolesandaki mizaç bozukluklarının epidemiyolojisi, semptomatolojisi, etiolojisi ve tedavisi gözden geçirilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Çocukluk çağı, ergenlik, mizaç bozuklukları, epidemiyoloji, major depresyon, distimi, bipolar bozukluk, siklotimi, intihar ve tedavi.

MOOD DISORDERS IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE

SUMMARY: Mood disorders in children and adolescents present diagnostic and treatment differences for psychiatrists. The increasing scientific researches in child and adolescent mental disorders have explained the importance of clinical diagnoses. Distinctions have to be made between depressive symptoms that are transient and situational specific and the constellation of depressive symptoms that represent clinical disorders such as bipolar disorder, cyclothymia, major depression and dysthymia. The clinically sensitive psychiatrist approached to the diagnostic criteria of these disorders in the DSM-III/R has the opportunity to promote effective treatment and to reduce the morbidity associated with these disorders. The recognition of mood disorders in childhood and adolescence as a medical entity of varying severity, persistence and prognosis represents the first step in effective treatment.

In this article, epidemiology, symptomatology, etiology and treatment of mood disorders childhood and adolescence have been reviewed.

Key Words: Childhood, adolescence, mood disorders, epidemiology, major depression, dysthymia, bipolar disorder, cyclothymia, suicide and treatment.

Yakın zamana kadar mizaç bozukluklarının ergenlik öncesinde ve ergenlik döneminde görülmesi veya tanınması şüpheli olarak karşılanıyordu. Ancak son yıllarda bu konu üzerine eğilen araştırmacılar, bu soruların yanıtlarını yavaş yavaş toplamaya başlamışlardır. 1977'de Hers, sağlık ve sosyal sistemlerimizin, medikal bilgilerimizin, ergenlik öncesi mizaç bozukluklarını tanımak için yeterli olmadığını belirtmiştir. 1978'de Burton ve Lefkowitz, çocukluk çağı mizaç bozukluklarının, zamanla kendiliğinden kaybolan, geçici gelişimsel bir fenomen olduğunu ileri sürmüşlerdir (8).

Bununla birlikte, geçtiğimiz 40 yıl içerisinde klinisyenler çocuklarda bir çok mizaç bozuklukları ile karşılaşmışlar. Spitz yeni doğanlarda ve yürümeye başlayan çocuklarda, ilk 6 ayda anneden ayrılmaya bağlı olarak ortaya çıkan, çocukta anlamsız bakışlar, sosyal çekilme, üzgün yüz görünümü, ağlama, kilo kaybı, gelişme geriliği ile karakterize anaklitik depresyonu tanımlamıştır ve bu sendromun 3 ay içinde anne bebek arasındaki ilişkinin onarılması ile de gerileyebileceğini belirtmiştir (8).

Geçtiğimiz birkaç yılda, çocuk psikiyatrisinde en büyük araştırma alanını depresyonlar oluşturmuştur ve bu araştırmalar büyük bir hızla devam etmektedir (1).

ICD 9 terminolojisinde, çeşitli çocuk psikiyatrik bozukluklarının en az 14 teşhis grubu, depressif semptomları içermektedir. Ancak, yakın zamana kadar çocuk psikiyatrisi kitaplarında depresyon tanısına yer verilmediği görülmüştür. Çoğunluk ile, klinisyenlerin kesin bir çocukluk çağı depresyonu tanısına varmalarının uzak olduğu görülmüştür. Ger-

çekten de, ciddi depresif semptomların bulunması halinde dahi, tanının konamadığı gözlenmiştir (1).

Böylelikle bilgilerimizde belirgin bir eksiklik olduğu gerçeği ortaya çıkmaktadır. Erişkin kriterlerinin, genç kişilere modifiye edilmemiş olarak uygulanması da bir çok sorunu beraberinde getirmektedir (1, 8).

Psikoanalitik yayınlara göre, depresyonun ortaya çıkması, sembolik anlamı olan veya önemli bir sevgi nesnesinin yitimi ile gelişmektedir. Bowlby, ufak çocuklarda depresif sendromların belirlenmesinde anne ayrılığının önemine dikkat çekmiştir, çocuğun anneden ayrılmaya 3 aşamadan geçerek tepki gösterdiğini tanımlamıştır. Bu aşamalar sırası ile, protesto, umutsuzluk ve çözülmüştür. Protesto döneminde ani gerginlik, huzursuzluk, ağlama nöbetleri ile annenin geri kazanılması için aktif bir çaba vardır. Umutsuzluk döneminde, ölüm düşünceleri, hareketsizlik, ağlama ve üzüntü görülür. Çözülme devrinde ise çocuk değişik ortamlara ayak uyduramaz ve tepki gösterir (3).

Çocukluk çağı mizaç bozukluklarının varlığı ve fenomenolojisi hakkında devam eden tartışmalar, üç ana tema üzerinde yoğunlaşmıştır. 1- Çocukluk çağı mizaç bozuklukları yoktur çünkü çocuğun kognitif, affektif ve ego gelişimi tam değildir ve olgunlaşmamıştır. 2- Çocukluk çağı mizaç bozuklukları vardır, ama bu bozuklukların belirtileri somatik yakınmalar ile maskelenmiştir ve bir çok davranış biçimi olarak, örneğin suç işleme, evden kaçma, saldırganlık, hiperaktivite gibi davranışlar ile karakterize olabilir. 3- Çocukluk çağı mizaç bozuklukları, her ne kadar erişkindeki özellikleri taşıyorsa da,

çocuğun yaşına ve sadece çocuğa özgü belirtiler ile varlığı gösterilebilir. En hakim görüş bu üçüncüsüdür. Maskeli çocukluk çağı mizaç bozukluklarının maskeli olmadığı, klinik bozukluk olarak var olduğu görüşü yaygınlaşmıştır (2). Çocukluk çağı mizaç bozukluklarının tanımlanmasında erişkin kriterlerinin benzerleri kullanılmaktadır (4, 8).

EPİDEMİYOLOJİ

Mizaç bozuklukları popülasyonda %5-8 oranında görülür, bunun %0.5'i bipolar bozukluk, %3'ü major depresyon, %3.3'ü distimlidir. Çocuk ve adolesanlarda mental bozukluklara ait toplumsal düzeyde yapılan epidemiyolojik araştırmalar oldukça seyreklerdir (3).

Major depresyonun prevalansının yaş ile orantılı olarak arttığına dair kanıtlar vardır ve okul öncesi popülasyonda yaygın değildir. 9 yaş civarında, major depresyon prevalansı, 995 kişilik bir grupta %1.8, minör depresyonlar %2.5 bulunmuştur.

Başka bir araştırmada, 14-16 yaş arasında, toplumsal örnekleme yöntemi ile seçilen 150 ergende, DSM 3 kriterlerine göre %8 oranında depresyon ve distimi prevalansı bulunmuştur (7). Depresyon adolesan çağındaki kızlarda, erkeklere oranla 4 kat daha fazla görülmektedir (8).

Klinik popülasyonda depresyon prevalansının yüksek olduğu bilinmiyor. Bir çocuk gelişim ünitesinde, okul öncesi dönemdeki 1000 çocukta yapılan araştırmada, bu çocuklardan 9 tanesinin DSM 3 kriterlerine göre major depresyonu karşıladığı görülmüştür. Carlson ve Cantwell erişkin diagnostik kriterlerini kullanarak, 7-14 yaş arasında, psikiyatrye başvuran 102 vakada %27 oranında mizaç bozukluğu tanısına varmışlardır. Petti hospitalize edilen çocuk psikiyatrik hastaların, aşağı yukarı %60'ında depresyon görüldüğünü bildirmiştir. Kashani, kanser tanısı almış ergen ve çocuklarda, %17 oranında major depresyon, ortopedik problemler nedeni ile hastaneye başvuran çocuklarda da %23 oranında major depresyon olduğunu saptamıştır (8).

Özetle, en iyi ihtimal ile, çocukluk çağı depresyonunun %2-4 arasında, ergenlik depresyonunun %5-15 arasında olduğunu söyleyebiliriz. Mani ve hipomani ergenlik dönemi öncesinde oldukça nadirdir ve adolesanlarda çocuklara oranla daha sık görülmektedir (6).

BİPOLAR VE BOZUKLUK

Önceleri, bipolar bozukluğun adolesan çağında ortaya çıkmadığı sanılırdı, bununla birlikte, retrospektif çalışmalar, bipolar hastaların %30-40 gibi bir oranının başlangıcının adolesan devrinde olduğunu göstermiştir. Strober ve Carlson depressif epizod ile hastaneye yatırılan ergenlerin %20'sinde 3 yıl içinde mani geliştiğini bildirmişlerdir. Geçmiş çalışmalarda ortalama olarak 7.5 yaş civarında davranış bozuklukları ile başlayan ve yaklaşık 11 yaşlarında anlamlı düzeye gelen, 20 çocukluk çağı bipolar bozukluğu tanımlanmıştır. Bu durum ergenlik devrinde oldukça nadir iken tanımlanıp değerlendirilir ise, ileride ortaya çıkması olası, saldırganlık, kendine zarar verme gibi görülmüş semptomlar, uygun bir tedavi ile kontrol altına alınabilir ve prognozu daha iyi seyredir (8).

DSM 3R terminolojisine göre, çocuklarda ve ergenlerde, mani epizod ve mani, hipomani sendromlarının tanısında erişkin kriterlerinin ayrıları kullanılmaktadır (6).

Carlson, ergenlerde bipolar hastalığın klinik belirtilerinin üç farklı biçimde klinisyenin karşısına gelebileceğini belirtmiştir, bunlar 1- Depressif epizodu izleyen mani epizod, 2- Mani ve depresyon epizodlarının aşır olmadığı kronik depresyon veya siklotimi, 3- Başlangıç belirtilerinin şizofreni zannedilerek, teşhis karmaşasına düşülmesinin karakteris-

tik olması (3).

Bipolar bozukluğun erken yaşta başlaması kötü prognoz belirtisi olarak kabul edilebilir.

SİKLOTİMİ

Siklotimi muhtemelen bipolar bozukluğun ılımlı bir varyantıdır. Bu bozukluğun çocuklarda ve adolesanlarda karakteristik özelliği, erişkinlerden farklı olarak süresinin 2 yıl değil de, 1 yıl boyunca yükselmiş veya uyarılmış bir çok mizaç epizodları ve bir çok deprese mizaç epizodları ile seyretmesidir (4).

DEPRESYON

Klasik olarak depresyon terimi insanın mutsuzluk, üzüntü, düşkünlük halini tanımlamakta kullanılır. Yoksulluk, sefalet, mutsuzluk gibi depressif semptomların, klinik bozukluk olarak depresyonlardan ayırt edilmesi önemlidir. Bu depressif semptomların seyri pek iyi bilinmemektedir. Ergenlerdeki depressif mizaçın sonraları, ilerideki yaşamda aşırı sigara içimi, kadınlarda trankilizan kullanımı, artmış kazalar, karşı cins ile ilişki kuramama ile alakası olduğu bildirilmiştir (8).

Depresyon, geçici depressif semptomlardan, ümitsizlik hislerine kadar değişiklik gösteren bir spektrum ile, mizaç, davranış, düşünce, sosyal ilişkilerde ve vücut fonksiyonlarında değişiklikler ile karakterize, iyi tanımlanmış bir mental bozukluk kategorisine girer, semptomlar depressif durum spektrumuna göre değişen şiddet ve sıklıkta bulunur (8).

Depressif durumda görülen semptomlar 1- Mizaç değişiklikleri: Üzüntü, mutsuzluk hissi, ilgi azalması, irritabilite, 2- Davranış değişiklikleri: Kişilik değişiklikleri, okulda başarısızlık, daha önce hoşlanılan aktivitelere karşı kayıtsızlık, zevk alamama, günlük işleri yürütememe, ağlama. 3- Kişiler arası ilişkilerde değişiklik: Daha önce kurulmuş arkadaşlıkların bozulması, sosyal uzaklaşma ve izolasyon, daha önce değer verilen arkadaşlara karşı öfke ve saldırganlık. 4- Düşünce değişiklikleri: Çocuğun kendisine saygısını yitirmesi, kendini eleştirme ve değersizlik hisleri, ölüm düşünceleri, düşünme ve konsantrasyon yeteneğinde azalma, geleceğe ait olumsuz düşünceler, ümitsizlik hisleri, dalgınlık ve düşünceye dalma. 5- Beden fonksiyonunda değişiklikler: İştah ve kilo değişiklikleri, uyku düzeninde bozulmalar, psikomotor aktivite değişiklikleri, somatik yakınmalar (1, 8).

MAJOR DEPRESYON

DSM-3R sınıflamasında, çocuklarda ve ergenlerde major depresyon kriterleri, erişkinlerdeki 9 kriterden 5 tanesi değil de, 2 tanesinin 2 hafta boyunca görülmesi ve disforik irritabl bir mizaçın eşlik etmesi şeklinde modifiye edilmiştir (4).

Çocuklarda ve ergenlerde major depresyon kriterleri erişkindekine benzer ise de fark vardır, çocuklarda depresyon yaşa özgü belirtiler ile seyredir. Geller, çocuklarda ve ergenlerde ayrılma anksietesinin ve anti-sosyal davranışların, major depresyona eşlik ettiğini bildirmiştir. Ergenlik öncesi gelişen major depresyon, karın ağrısı, baş ağrısı, sindirim sistemi bozuklukları gibi somatik şikayetler, psikomotor ajitasyon, fobiler, varsanılar, ruminasyon, obsesyonlar, okul başarısızlıkları, okula gitmeyi red etme, agresif davranışlar, aile içi tartışmalar, davranış bozuklukları, ümitsizlik, emosyonallite, çekingenlik, aile içi arkadaş ilişkilerinde kopukluk, madde ve alkol kullanmaya eğilim, kilo değişiklikleri, süsü girişimleri, evden kaçma gibi sorunlar ile karakterize olabilir (1, 5, 8).

Distimik bozukluk tanısı için DSM 3R erişkin kriterlerinin 2 yıl değil de 1 yıl boyunca görülmesi durumunda tanıya gidilebilir (4).

Deprese mizaç ile uyum bozukluğu, 6 aydan fazla sürme-

yen, psiko-sosyal stres yaratan bir faktör ile karşılaşılmasından sonra 3 ay içinde ortaya çıkan, tam olmayan depressif sendrom ile karakterize bir uyumsuzluk reaksiyonudur. En belirgin özelliği, deprese mizaça eşlik eden, major depresyon epizod şiddet ve özelliğindeki depressif semptomların bulunmayışıdır (5, 8).

8-13 yaş arası, major depresyon, distimi, depressif mizaç ile uyum bozukluğu tanısı almış 65 çocukta, deprese olmayan psikiyatrik grup ile karşılaştırılmalı olarak yapılan longitudinal bir çalışmada, Kovacs, deprese ve karşılaştırma vakalarının, bölünmüş aileler, sosyo ekonomik olanaksızlıklar, kişiler arası travmalar, red edilme gibi benzer yaşam olayları ile daha önce karşılaştıklarını buldu. Bu geçmişe ait özelliklerin ve sosyal farklılaşmaların hiçbirisi çocukluk çağı depresyonu tanısı için spesifik değildir (8).

Major depresyon tanısı alan çocukların %72'si 5 yıl içinde ikinci bir atak riski taşırlar. Distimik bozukluğun başlamasından 5 yıl sonra %70 hastada major depressif bozukluk atakları görülebilir. Bu bize depresyonlu çocukların sıklık ile kronikleştiğini ve tekrarlayıcı depresyon semptomatolojisi gösterdiklerini, erişkin çağında süsüd girişiminin risk olduğunu gösterir (8).

KOMORBİTİDE

Sık olarak bu çocuklarda ve adolesanlarda, birden fazla mental bozukluk görülmesi riski vardır. Kowaks, depresyonlu çocuklarda retrospektif ve longitudinal olarak yaptığı çalışmalarında yüksek komorbite insidensi tespit etmiştir. Major depresyonu olan vakaların %79'unda aynı zamanda başka bir psikiyatrik bozukluk da bulunmaktadır, bu en sık olarak distimidir, %38 gibi bir oran ile görülmektedir ve bu durum çift depresyon olarak tanımlanır. Major depresyon tanısı alan çocukların 1/3'de anksiyete bozukluğu ve major depresyon başlamadan önce %7'sinde davranış bozukluğu olduğu görülmüştür. Distimik bozukluk tanısı alan çocukların %93'ünde ek bir psikiyatrik bozukluk gösterilmiştir, bunlar: %57 major depressif bozukluk, %36 anksiyete, %14 deprese mizaç ile uyum bozukluğu, %11 davranış bozukluğudur. Örneğin okul fobisi sıklık ile anksiyete bozukluğunu düşündürürken, okul fobisi olan 26 erken adolesan devrindeki çocukta yapılan çalışmada, bunların %69'unun depresyon kriterlerini karşıladığı, %62'sinin anksiyete kriterlerini karşıladığı, %50'sinin hem anksiyete hem de depresyon kriterlerini birlikte karşıladığı tespit edilmiştir (8), (2).

ÇOCUKLARDA VE ERGENLERDE DEPRESSİF BOZUKLUĞUN ORJİNİ

Depresyonun genetik karakterinin olduğunu biliyoruz, depresyonun erken yaşta ortaya çıkışı ve ciddi formları ailesel geçişi düşündürür. Ailesinde depresyon öyküsü bulunan çocuklar, major depresyon, madde kullanımı, multipl psikiyatrik bozukluklar, okul ve sosyal güçlükler göstermesi açısından risk taşırlar. Strober bir çalışmasında, 13-15 yaş arası, major depresyon tanısı almış ergenlerin ailelerinde, yüksek oranda mizaç bozuklukları ve alkolizm tespit etmiştir. Normal ebeveynler ile depresyonlu ebeveynler yapılan kontrollü çalışmalar da aynı sonucu desteklemiştir. Anne ve babanın her ikisinin birden depresyon tanısı alması durumunda, çocukta mizaç bozukluğu oluşması riski 4 kat daha fazladır (1), (8).

Norepinefrin ve serotonin gibi nörotransmitterlerin dengesinin değişmesi ve regülasyonun bozulmasının ciddi depresyon ile ilgisi vardır. Süsüd davranışı gösteren hastalarda, serobrosipinal sıvıda serotonin azaldığı bilinmektedir. Diğer taraftan, psikososyal yüklenmeler, sevilen bir kişinin kaybı, hayal kırıklıkları, sevgi ilişkilerinin bozulması, toplumsal nedenler, okul ve iş ortamındaki olumsuzluklar, ideal hayat standart-

larına ulaşamama gibi sorunların depresyona yol açtığını biliyoruz (8).

Major depresyon tanısı almış çocuklarda, kortizol ve büyüme hormonunun (GH) salınımının nöroendokrin ölçümleri major depresyon tanısı almış erişkinler ile benzer sonuçlar vermektedir. Erişkin depresyonlarında, uyku yapısında yapılan incelemeler, REM döneminde kısalma olduğunu göstermiştir, bu bulgu çocuklarda ve ergenlerde geçerli değildir ve erişkin depresyonuna özgü bir bulgu olduğu düşünülmektedir. Erişkin ve çocukluk çağı depresyonlarında, deksametozon supresyon testi sonuçları karşılaştırılmış ve ciddi depresyonlu erişkinlerde, deksametozon sonrası endojen kortizol salınımının suprese olmadığı, çocukta ise, çelişkili sonuçları ortaya çıkarttığı görülmüştür. Deksametozon supresyon testinin yüksek duyarlılık ancak düşük spesifite gösterdiği kabul edilmiştir (8). Ergenlik öncesi major depresyon tanısı alan çocuklarda, normal çocuklara ve deprese olmayan emosyone bozukluk gösteren çocuklara oranla, uykuda anlamlı oranda fazla GH salındığı gösterilmiştir (6). Aynı zamanda bu deprese çocuklar, diğer gruba oranla, insülinin neden olduğu hipoglisemiye bağlı GH salınımında anlamlı bir düşüklük gözlemlenmiştir (6).

Sonuçta depresyon, genetik özellikler, beyin biyokimyasal değişiklikleri, psikososyal stresler, çocuğun kognitif yapısı, uyum ve taklit mekanizmaları gibi bir çok faktör ile ortaya çıktığı bir fenomen olarak kabul edilmiştir.

DEPRESYON VE SÜSİD DAVRANIŞI

Geçtiğimiz 30 yıl içinde 15-24 yaş grubu arasında, süsüd davranışı 3 kat artış göstermiştir. ABD ve İngiltere'de genç yaş intiharları artış gösterir iken, Danimarka'da bu durum bunun tam tersini göstermektedir. ABD'de 1985 yılında, 19 yaşın altında 2000'in üzerinde genç intihar etmiştir, bu ölümlerin 1849 tanesi 15-19 yaş arası, 275 tanesi 10-14 yaş arası 3 tanesi 5-9 yaş arasıdır (8).

Çocuklar arasında süsüd nadir olmakla birlikte, ergenlikte artış göstermektedir, gençler arasında süsüd oranı, 15-19 yaş grubunda erkekte 100.000'de 105, kızlarda 100.000'de 82.5'dir (8).

TEDAVİ

Çocuk ve adolesanda depresyon tedavisi, yaş, etiyoloji, şiddet ve nüks özelliklerine göre değişir.

İlaç Tedavisi: Çocukluk çağı bipolar bozukluk tedavisinde lityumun etkinliği kanıtlanmıştır. Çocukluk çağı depresyonları trisiklik antidepressanlardan imipramine yanıt verir. Major depresyonlu çocukta, imipramin ve desipraminin 125-250 ng/ml.lik plazma düzeyleri terapötik pencereyi oluşturur. Bu değerlerin üstü tabloyu daha kötüleştirmekte ve yarar etkilere neden olmaktadır. Plazma seviyesi tayin edilerek tedavi dozu düzenlenebilir.

Psikososyal Tedavi: Puberte öncesi major depresyon epizodu sırasında, sadece kişilerarası ve aile içi ilişkiler bozulmamakta çocuğun akademik sosyal dengesi de bozulur. Duygulanım semptomları düzelse de, kişilerarası ilişkilerde bozuluk devam edebilir.

Psikiyatrik art terapi, psikoanalitik yönelimli psikoterapi, bilişsel terapi, davranış terapisi ve aile terapisi psikososyal sorunların çözümlenmesinde yardımcı olur (8).

KAYNAKLAR

- 1- Adrian Angold: Childhood and adolescent depression. British journal of psychiatry 1988, 476-492.
- 2- Carlson GA, Cantwell DP: Unmasking masked depression.

on in children and adolescents. Am j Psychiatry 137, 445-449, 1980.

- 3- Carlson GA: Bipolar disorder in adolescence. Psychiatry Ann 15: 379-386, 1985.
- 4- Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders (DSM 3-R) Edition 3, Washington DC, American Psychiatry Association, 1987.
- 5- Geller B, Chesnult BS, Miller MD, et al: Preliminary data on DSM 3 associated features of major depressive disorder in children and adolescents. Am j Psychiatry 142: 643-

644, 1985.

- 6- Kaplan HI and Sadock BJ: Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences Clinical Psychiatry, Fifth edition, 1988, Child Psychiatry: special areas of interest, 631-634.
- 7- Kashani J, Beck N, Hoerber E, et al: Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. Am J Psychiatry 144: 584-589, 1987.
- 8- Shaw Jon A: Anxiety and Depression, Childhood Depression Medical Clinics of North America, vol 72, no 4, 831-843, 1988.

PSİKOTİK HASTALARIN EŞLERİNDE CİNSEL İŞLEV DEĞERLENDİRMESİ

Doç. Dr. Fulya MANER*, Dr. Pınar Y. ZİYALAN*, Dr. Nesrin YETKİN*, Dr. Niyazi UYGUR*

ÖZET: Bu araştırmada, süregen ve dönemsel seyirli psikotik hastaların eşlerinde cinsel işlev değerlendirilerek, 'normal' gruplara göre gösterdiği değişiklikler incelendi. Deneklerimizdeki cinsel işlev bozukluğu sıklığı, 'normal' gruplarla uygunluk gösteriyordu. Psikotik olan eşin cinsiyetine göre, cinsel etkinliğin nicel özellikleri ve deneklerimizin cinsel işlev bozukluğu tanıları değişmekteydi.

Anahtar Sözcükler: Psikoseksüel işlev bozukluğu, psikotik hasta, eş.

EVALUATION OF SEXUAL FUNCTION OF THE PARTNERS OF PSYCHOTIC PATIENTS

SUMMARY: In this research, sexual function of the partners of psychotic patients with periodic or chronic prognosis has been evaluated and the differences from 'normal' groups has been investigated. The frequency of sexual dysfunction of our sample shows concordance with 'normal' groups. The quantitative features of sexual activity and diagnoses of sexual dysfunction of our sample has been changed due to the sex of the psychotic partners.

Key Words: Psychosexual dysfunction, psychotic patient, partner.

GİRİŞ

Psikiyatrik bozukluklar, kişinin yaşamının çeşitli boyutlarını etkilemektedir. Bir yandan, hasta toplumsal ve bireysel ilişkilerinde, evlilik ve cinsel yaşamında güçlükler yaşarken (2, 4, 7, 10) diğer yandan eşlerinin evliliğe ilişkin düşüncelerinde değişiklikler ve cinsel yaşamlarında sorunlar ortaya çıkarılmaktadır.

Cinsel davranışlar, biyolojik, intrapsisik, interpersonal ve toplumsal faktörlerin etkileşimini yansıtır. Kişilik özellikleri ve duygusal çatışmalar, herhangi bir psikiyatrik tanı olsun olmasın, cinsel işlev bozukluğu şeklinde kendini gösterebilir (10). Cinsel işlev bozukluğu prevalansına ilişkin yeterli veri yoktur, çünkü bu tür bozukluklar yaşamın diğer alanlarını pek etkilemez ve güç aktarılır (3).

Cinsellik psikiyatrik bozukluktan etkilenmektedir. Örneğin, Organik Akıl Bozukluğu'nda bilişsel yetilerin bozulması, Şizofrenik Bozukluktaki otizm ve düşünce bozuklukları, mizaç bozukluklarında zaman zaman olan duygulanım değişiklikleri, çevreyle iletişimi sıklıkla bozmaktadır (2, 10). Cinsel

işlev bozuklukları, genellikle psikotik bozukluklarla birlikte ortaya çıkmaz, psikotiklerde önceki cinsel paternler değişmektedir (10). Psikiyatrik bozukluk ve cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların sonuçları farklıdır. Winokur ve arkadaşları, 50 normal, 50 psikotik, 100 non-psikiyatrik dahili hastayı karşılaştırdıklarında, üç grubun koit ve orgazm sıklığı açısından belirgin farklılık göstermediğini bildirmişlerdir. McCulloch ve Steward, normal kadınlar ve ayaktan izlenen psikiyatrik hastalar veya nörotik ve şizofrenikler arasında, cinsel duyum açısından fark bulamamışlardır. Oysa Coppen, normal kişilerin, nörotik, depresif veya şizofrenik hastalardan daha sık orgazma ulaştığını ileri sürmektedir. Genelde, hastanın cinselliğinin istek, haz, uyarılma boyutlarının etkilenebildiği söylenmektedir (10). Psikiyatrik bozukluklarda cinsel doyumsuzluk, hastadan çok eşine yansımaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırmada, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hasta-

XXV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi'nde sunulmuştur.

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi