



Eylül'24 Sayı 5

TrAKTU's

ISSN 2587-0548

Bilim ve Kültür Dergisi



Nöropsikoloji





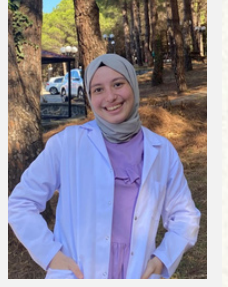
SAĞLIKTA ŞİDDETE DUR DE !

Sağlık alanında her gün yeni bir şiddet olayı yaşanmakta, yaptırımlar yetersiz kalmakta, hekimler can güvenliği olmadan çalışmak zorunda bırakılmaktadır. Gayes CAN kurtarmak olanların CANINA kasteden şiddet tüm türleri ile LANETLİYORUZ .

DEĞERLİ TRAKTU'S OKUYUCULARI



Sevilay Zehra KARABAL
Dönem 3
s.zehrakarabal14@gmail.com



Betül KELER
Dönem 2
bkeler2004@gmail.com

Uzun bir aradan sonra siz değerli okuyucularımızla tekrardan buluşabilmenin verdiği heyecan ile karşınızdayız. 'Nasıl olur, yapabilir miyiz?' sorularına rağmen canla başla çalışan TraKTU's ekibimizle birlikte aile olmanın getirisini sayfalara işledik, okuyucularımızın beğenisine sunduk. Altı yıllık, kimimiz için yedi yıllık, eğitim hayatı serüvenimizin ne kadar hızlı geçtiğinin farkındayız, bir gün bu sıralardan mezun olacağız. Bizden sonra gelen arkadaşlarımıza bir ışık olabileceğimize olan inancımızla çıktığımız bu yolda sizlere keyifli okumalar dileriz.

Nöropsikoloji konusunda araştırma yapmaya karar verdiğimiz sayımıza; kıymetli hocalarımız Tevfik Özlü ve Ali Cansu ile gerçekleştirdiğimiz röportajlarımızı, Tarih kokan Urfa'mızın Gezi rehberini, Uygur Türklerinin geçmişi ve bugünü, eski dünya tıpının önemli insanı Galen'i, Harvard Üniversitesinde bir Türk Furkan Öztürk'ü, Aktif beden dilinin kıymetini, nonfarmakolojik uygulamalardan TENS ve TMS yöntemlerini, tıp hayatında spor faaliyetlerinin önemini, hekimlerin 'ağız' ile baş edebilme rehberini, bipolar bozuklukların olası tedavilerini, biyolojik saat muhafızı: melatonin'i, meme kanserinde öz muayeneyi, hippoterapiyi, yeme bozukluklarını, harika bir kitap incelememizi, eğlenmenizi umduğumuz bulmacamızı ekledik.

Kulüp danışman hocamız Funda Öztuna'ya, ekip arkadaşlarımıza 'makale nasıl yazılır?' eğitimi veren hocamız Beyhan Karpuz'a, danışmanlık eğitimi veren danışman hocalarımıza, yazı çalışmalarımız sürecinde yardımını esirgemeyen tüm hocalarımıza, her daim sorularıyla bunalıtığım mezun TraKTU's üyelerimize, ekip arkadaşlarımıza, yazarlarımıza, editörlüğü üstlenen arkadaşlarımıza, tasarımı tek başına üstlenen arkadaşımıza, gezilerimiz ve etkinliklerimiz için çalışan tüm arkadaşlarımıza çok teşekkür ederim.

Bir sonraki sayımızda görüşmek üzere; sağlıklı, huzurla, TraKTU's ile kalın...

Kulüp Başkanı: Sevilay Zehra KARABAL
Sorumlu Başkan Yardımcısı: Mustafa GÜL
Grafik - Tasarım: Ahmet Safa ÇOLAK
Editörler : Sevilay Zehra KARABAL | Betül KELER
İletişim: traktusdergisiktutip@gmail.com

📷📞📧: traktuskutup

Baskı :



0532 493 31 15

İÇİNDEKİLER



03

Bipolar Bozukluklar
ve Olası Tedavileri



08

TENS

Tarihin Merkezinde
Eşsiz Bir Gezintiye
Hazır mısınız ?



22

Meme Kanserinde
Öz Muayene Nasıl
Yapılır ?



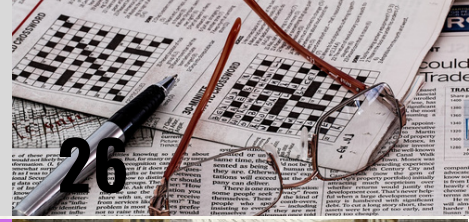
24



09

Biyolojik Saatin
Muhafızı: Melatonin

Bulmaca



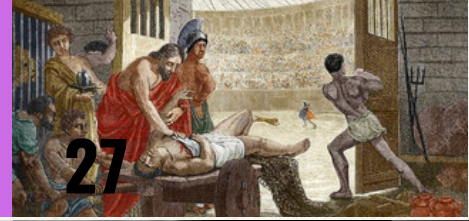
26



12

KTÜ, 50. YIL ve
Prof. Dr. TEVFİK
ÖZLÜ

Galen ve Galenizm



27



14

AĞIZ KULLANIMININ TIP
DOKTORLARIYLA HASTA
İLETİŞİMİNE ETKİSİ:
MANAVGAT ÖRNEĞİ

Mihail Afanasyeviç
Bulgakov :
Genç Bir Doktorun
Anıları



29



16

Hocalarımız bize:
"Gençsiniz, hareket
edin !" derler

Pediyatri ve
Prof. Dr. Ali CANSU



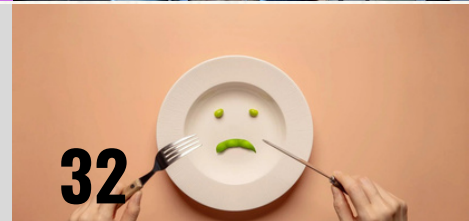
30



17

KADİM DİRENİŞİN
SESSİZ FERYADI:
Doğu Türkistan

Yeme
Bozuklukları



32



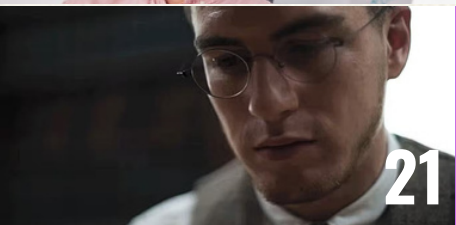
19

Psikiyatri ve
Nöroloji'de Yeni Bir
Sayfa: TMS

Düşünceleri
Görebilmek Üzerine



36



21

A TURK AT HARVARD:
FURKAN ÖZTÜRK

Hippoterapi



38



Sevilay Zehra KARABAL
Dönem 3
s.zehrakarabal14@gmail.com

Bipolar Bozukluklar ve Olası Tedavileri

Dünya nüfusu üzerinde %1 oranında prevalans gösteren Bipolar bozukluklar; kronik devam eden bir rahatsızlık olmakla birlikte bilişsel ve işlevsel bozukluğa sebep olan, intihar nedenleri başta olmak üzere ölüme yol açabilen ciddi bir psikiyatrik rahatsızlıktır. Bu yazıda; bipolar bozukluk üzerine yapılan kapsamlı araştırmaların bir incelemesi olmak koşuluyla hastalığın ne olduğu, olası nedenleri, tedavisi ve hastaya tedavi için gereken yaklaşımları inceleyeceğiz.

BIPOLAR BOZUKLUK NEDİR?

Bipolar bozukluk; maniveya hipomani ve depresyonunun iki fazlı ruh hali ataklarıyla karakterize edilen çeşitli duygu, enerjive düşünce bozukluklarını içerir. Başlangıcı; etnik köken, milliyet ve sosyoekonomik durumdan bağımsız olan bipolar bozukluklar ortalama yirmili yaşlarda semptom göstermeye başlar. Başlangıç yaşının erkene çekilmesi hastalığın semptomlarından olan bilişsel işlevi etkilediğinden hastanın gelişimini olumsuz yönde etkiler. Hastalıkla birlikte anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve kişilik bozuklukları gibi komorbiditeler seyredebilir; bu durum hasta engelliliğini arttırabilir. Hastalığın tedavisinin ertelenmesi veya hastanın uzun süre tedaviye yanıt vermemesi intihar girişimini arttırabilir. Duygusal bozukluklar arasında en yüksek intihar oranı bipolar bozukluğa aittir. Girişimlerin %15-20'si ölümcüldür. İntihar girişimi için risk faktörleri; erken hastalık başlangıcı, kadın cinsiyet, depresif kutupluluk, anksiyete, madde kullanımı ve kişilik bozukluğu komorbiditesiyken tamamlanmış intihar için risk faktörleri arasında birinci derece ailede intihar öyküsü ve erkek cinsiyet bulunur. Hastalıkların küresel yükü tahminlerine göre sakatlığın ilk yirmi nedeninin beşi psikiyatrik hastalıklardan kaynaklanır ve bu beş nedenden biri, on yedinci sırada gösterilen bipolar bozukluklardır. Yaşa özgü gelişimsel, ilişkisel, eğitimsel zorlukları beraberinde getirdiği

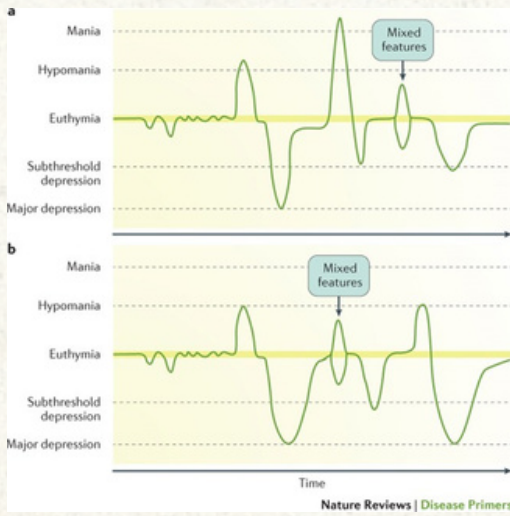
içingenc nüfusu dahaçok etkileyen bipolar bozukluk; başlangıç aşaması nonspesifik semptomlar, ruh hali değişkenliği veya depresif biratak ilekendini gösterdiği için klinik uygulamalarda erken ve doğru tanı zordur.

SINIFLANDIRMA

Ruhsal BozukluklarınTamsal ve İstatiksel El Kitabında (DSM-5) 'Bipolar ile ilgili bozukluklar' için oluşturulan kategoriye görebipolarbozukluklar; bipolar 1 bozukluğu, bipolar 2 bozukluğu, siklotimi ve atipik formların kalıntı kategorileri olarak alt sınıflandırılır. Bipolar 1 bozukluğu (tablo 1'de görülen bölüm a) en az bir mani atağı ile karakterize edilir ve yalnızca mani öyküsü tanı koymada yeterlidir. Hastaların %5'i unipolar mani dediğimiz yalnızca manik atakları yaşar ancak bu hastalardan bazıları ilerleyen dönemlerde majör depresyon atakları geçirebilir. Psikoz, akut manik atak geçiren hastaların tahmini %75'inde ortaya çıkar. Bipolar 1 bozukluğu olan hastaların, %31.9'unun depresif semptom; %8,9'unun manik veya hipomanik semptom olmak üzere takip haftalarının %47,3'ünde semptomatik olarak hasta oldukları bulunmuştur.

Bipolar 2 bozukluğu (tablo 1'de bölüm b) en az bir hipomanik ve bir depresif atakla karakterize edilir. Psikotik semptomların hastaların %50'sinde görüldüğü bildirilmiştir. Bipolar 2 bozukluğu olan hastaların, %50,3'ünü depresyon semptomları; %1,3'ünü hipomani atakları olmak üzere takip haftalarının %53,9'unda semptomatik olarak hasta oldukları bulunmuştur. Siklotimi, hem hipomanik hem de depresif semptomlarla birlikte iki yıldan uzun süren ruh hali dengesizliği olarak tanımlanır. Siklotimi teşhisi koyulan kişilerin %30'undan çoğunun bipolar 2 bozukluğu önde olmak üzere bipolar bozukluk geliştirdiği tahmin edilir. Madde kaynaklı ve ilaç kaynaklı bipolar ve ilgili bozukluklar, madde veya ilaç kaynaklı oluşan ruh hali

Bozukluğun semptomları bir bipolar rağmen nedensel unsur ortadan kalktığı durumda bipolar semptomlar tekrarlanmaz.



Tablo1: Bipolar Bozuklukların Ana Tipleri

KALITIM

Hastalığın kalıtımı %85'e yakın da olsa gen-çevre etkileşimi sonucu ortaya çıkan epigenetik değişikliklerin de hastalığa sebep olabileceği unutulmamalıdır. Genetik ve çevresel faktörler, beyin devrelerini değiştiren nöronal değişiklikler yoluyla bipolar bozuklukların gelişimine sebebiyet verebilir.

TANI

Bipolar bozuklukların tanısında dikkat çeken faktörlerden biri hastaların depresif semptomları fark edebilmesi ancak manik veya hipomanik semptomları tanımamalarıdır. Bu durum göz önüne alındığında hastaya sorulacak sorularla manik veya hipomanik döneminin hastaya tanıtılması gerekir. Enerji durumu, uyku halleri, sinirlilik halleri ve yüksek aktivite dönemleri hastaya sorulması gereken sorulardandır. Hastanın kendini gözlemleyememesi durumunda hastanın aile bireylerinden veya partnerinden yardım alınır. Manik ataklar sırasında hiperaktivite, artmış öz saygı, görkemlilik, uyku ihtiyacında azalma taşkın ruh hali ve psikotik semptomlar yaygınken; depresif ataklar sırasında enerjide azalma, üzüntü, sosyal geri çekilme

hipersomnia dediğimiz aşırı uyku hali ve düşük öz saygı yaygındır. Hipomani, maninin daha hafif ve daha kısa bir biçimidir.

NÖROPSİKOLOJİK YAKLAŞIM

Nöropsikoloji, beyin yapısı ve işlevinin belirli psikolojik süreçler ve davranışlarla nasıl ilişkili olduğunu anlamaya odaklanan psikolojinin uzmanlaşmış bir dalıdır. Klinik nöropsikoloji, bilişsel süreçler ve sinir mimarisi arasındaki ilişkiyi inceler. Bipolar bozukluklar bilişsel bozukluklara sebep olur. Klinik nöropsikoloji üzerinden yapılan nörogörüntüleme çalışmaları bazı bipolar bozukluklarında beyin anomalilerinin var olabileceğini gösterdi. Bu anomalilerin bipolar bozukluklardaki bilişsel bozuklukların oluşmasıyla ilişkili olabileceği önerildi. Benzer bir çalışmada psikotik bipolar bozukluğu olan hastaların, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında belirli kortikal bölgelerde daha küçük gri madde hacimleri sergilediği görüldü. Bu çalışmalar bipolar bozukluk hastalarının nöropsikolojik yönlerinin araştırılmasının; prognozu, tanı doğruluğunu ve terapötik sonuçları iyileştirme açısından kişiye yönelik özel tedavi seçeneklerinin geliştirilmesine ışık olabileceğini gösterdi.

TEDAVİ

Bipolar bozuklukların içerdiği nöksler tedavi yöntemleriyle kontrol altına alınabilir. Hastalara verilen idame tedavisi, manik veya hipomanik atakların akut tedavisi nöksleri önleyebilir. Genetik varyasyonların

farmakolojik tedavilerin farmakokinetiği farmakodinamiği üzerindeki etkisini farmakogenetiğin, farmakolojik tedavide unutulmamalıdır; her bipolar bozukluk hastası aynı farmakolojik ilaca pozitif yanıt vermeyebilir. Hasta ilaç uyumu sağlanmalıdır.

Bipolar bozukluğu olan hastalar tam bir remisyona ulaşabilir ve semptomsuz dönemler geçirebilirler. Ancak birçok vakada eşik altı semptomlar devam eder ve işlevsel iyileşmeyi zorlaştırabilir. Hastalığı yönetmek, manik ve depresif dönemlerdeki akut evreler için farmakolojik ve nonfarmakolojik tedaviler ile; tekrarı önlemek ise uzun süreli terapiyle sağlanır.

AKUT MANİ TEDAVİSİ

Akut mani tedavisinde farmakolojik tedavi temeldir. Ancak tedaviye dirençli ve şiddetli mani hastalarında nonfarmakolojik tedaviler de kullanılabilir. Hipomani tedavisinde de mani tedavi önerilir. Karbamazepin, lityum, valproat ve tamoksifen ajanlarının; yapılan çalışmalarda akut mani tedavisinde semptom azaltıcı etkili olduğu görülmüştür. Lityum ve valproat ajanlarının etkileri benzer olmakla birlikte nöksleri önlemelerine ve hastaneye yatışı azaltmalarına rağmen diğer antipsikotiklerden düşük aktivite gösterirler. Ağır psikotik hastalarda haloperidol daha hızlı ve etkili tedavi sağlar. Ancak lityum yine de manik semptomlar üzerine daha geniş etkiye sahiptir. Genel olarak intihar karşıtı olarak da etki gösteren lityum, akut mani ataklarında daha yavaş ancak semptomlar üzerine daha geniş etkiye sahiptir.