

SIK GÖRÜLEN RUHSAL HASTALIKLARININ TEDAVİSİNDE ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PSİKOSOMATİK SERVİSİ UYGULAMALARI: RETROPSEKTİF KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

Oğuzhan Herdi*, Burak Karataş, Esin Gezici***, Abdülkadir Çevik****, Vesile Şentürk Cankorur******

*Araş.Gör. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

** Ümraniye İl Sağlık Müdürlüğü Sosyal Hizmet Uzmanı

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

**** Prof. Dr. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Oguzhan2036@gmail.com, 05544824125

ves@ttmail.com, 03125956672

akadir50@hotmail.com, 03125956618

ÖZET

GİRİŞ: Sık görülen ruhsal hastalıklar olan depresyon ve anksiyete bozuklukları toplumun %2-6'sını etkilemektedir. Sık görülen ruhsal bozuklukların tedavisinde anemi, tiroid bozuklukları genel tıbbi durumların santral sinir sistemi hastalıklarının ise klinik uygulamada akılda tutulması önemlidir. Bu çalışmada sık görülen ruhsal hastalıklar tanısıyla izlemde olan ancak tedaviye yanıtın yetersiz olması veya yanıtın olmaması nedeniyle Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Psikosomatik servisinde yatırılarak tedavileri düzenlenmiş hastaların dosya verileri geriye dönük olarak incelenmiştir. Çalışmanın amacı tedaviye yanıtı olmayan hasta grubunun sosyo-demografik ve klinik özelliklerinin belirlenmesi ve aralarındaki ilişkiyi ortaya koymaktır. **YÖNTEM:** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikosomatik servisine depresyon, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, somatofom bozukluklar gibi sık görülen ruhsal hastalık tanılarıyla Eylül 2017- Haziran 2018 tarihleri arasında kabul edilen hastalar (n=60) çalışmaya alınmıştır. Hastalar 12'şerli gruplar halinde yatırılarak 2 aylık kat programı içerisinde yer alan aktiviteler ve grup ve bireysel terapiler ve ilaç tedavileri uygulanarak takip edilmiştir. Sosyodemografik veriler, anamnezden elde edilen klinik belirtiler, serum vitamin B12 ve TSH düzeyi ve kranial MR raporları analizler için kullanılmıştır. İstatistiksel analizler için SPSS 21.0 kullanılmış olup $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir. **BULGULAR:** Depresif belirtiler en sık gözlenen belirti grubudur. Taciz öyküsü ile kadın cinsiyet arasında, geçmişte şiddete maruz kalmak ve depresif belirtiler arasında, ailede ruhsal hastalık varlığı ile anksiyöz belirtiler arasında anlamlı ilişki tespit edilmiş olup diğer klinik veriler ve sosyodemografik veriler arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir (sırasıyla $p=0,025$; $0,021$; $0,012$). Laboratuvar verileri ile diğer değişkenler arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiş olup fronta beyaz cevherde hiperintensite varlığı toplam belirti sayısı ile ilişkili bulunmuştur ($p=0,022$). **SONUÇ:** Sonuç olarak psikiyatrik hasta grubunu sadece ruhsal anlamda değil hem biyolojik yani organik hem de sosyal anlamda bütüncül bir şekilde değerlendirmek hekimlik nosyonunun bir parçası haline gelmelidir. Ancak bu şekilde bir yaklaşımla hastaların tedavisi bütüncül olarak yapılmış olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, anksiyete, psikosomatik

MEDICAL PRACTICES OF ANKARA UNIVERSITY FACULTY OF MEDICINE PSYCHOSOMATIC UNIT IN COMMON MENTAL DISORDERS: A RETROSPECTIVE CROSS- SECTIONAL STUDY

ABSTRACT

Introduction: Depression and anxiety disorders which are counted as common mental disorders effect 2-6% of general population. In the treatment of common mental disorders, anemia, thyroid dysfunctions, general medical issues and central nervous system diseases must be kept in minds. In this paper, medical files of patients who had been hospitalized in Ankara University Faculty of Medicine, Psychosomatic Unite of Mental Health and Disorders Department cause of treatment resistance or insufficient treatment response were examined retrospectively. Purpose of this study is identifying and sociodemographic and clinical features and exhibiting relationship between these in treatment resistant patients. **Method:** Patients that applied to Ankara University Faculty of Medicine Psychosomatic Unite between September 2017-June 2018 and were diagnosed as depression, anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder or somatoform disorders were selected (n=60). Patients were hospitalized in twelve personed groups for 2 months and were treated with group and individual psychotherapies and psychotropic drugs. Sociodemographic data, clinical findings detected from medical files, serum vitamine B12 and TSH levels and cranial MRI reports were used for analysis. SPSS 21.0 was used and $p < 0,05$ was accepted for significancy. **Results:** Depressive symptoms were the most observed symptoms. There were significant relationship with sexual abuse history and female sex, and physical abuse history and depressive symptoms (respectively $p=0,025$; $0,021$). And also there was significant relationship between anxiety symptoms and mental disorder in relatives ($p=0,012$). There was no relationship rest of clinical and sociodemographic data. There was no relationship between laboratuary data and the other variables but total symptom number was significantly related frontal white matter hiperintensity ($p=0,022$). **Conclusion:** In the end patient with mental disorder must be evaluated not only mental aspect but also biological and social aspects. The treatment of patients can be carried holistically if only that kind of evaluation is made.

Key Words: Depression, anxiety, psychosomatic

GİRİŞ

Depresyon, anksiyete bozuklukları, fobiler, obsesif kompulsif bozukluk ve travma sonrası stress bozukluğu sık görülen ruhsal hastalıklar başlığı altında toplanan hastalıklardır (Kendrick, 2012). Bunlardan ikisi olan depresyon ve anksiyete bozuklukları toplumun %2-6'sını etkilemektedir. Sık görülen bu ruhsal bozuklarda tedavi başarısı ve tedaviye direnç ise psikiyatri yazının güncelliğini yitirmeyen çalışma alanlarından. Bu açıdan bakıldığında The Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D) çalışması depresyon tedavisi için yol gösterici bir çalışmadır. Depresyon tedavisi için dört basamak tariflenen çalışmada 4. basamağın sonunda kümülatif remisyon oranı %67 olarak belirtilmiştir (Gaynes, 2008). Anksiyete bozukluklarında da her üç hastadan biri standart tedaviye dirençlidir (Bystritsky, 2006). Dördüncü basamağa dirençli depresyon olgularında ilk önerilen tedavi yöntemi elektrokonvülsif tedavidir (EKT). Transkranyal Manyetik Uyarım (TMU), Vagal Sinir Uyarımı (VSU) gibi diğer somatik tedavi yöntemleri ise dirençli vakalarda deneysel niteliktedir (Al-Harbi, 2012). Bir gözden geçirme yazısında sağaltımda başarısız olunan hastalarda öncelikle tanının gözden geçirilmesi, depresif alt tipin belirlenmesi, eşlik eden diğer medikal bozukluklar açısından değerlendirme yapılması, kullanmakta olduğu diğer ilaçlar ile depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlarının etkileşimlerinin değerlendirilmesi, kullanılan ilaçların plazma düzeylerinin değerlendirilmesi ve sağaltım süresine dikkat edilmesi vurgulanmıştır (Yazıcı, 2009).

Sık görülen ruhsal bozuklukların tedavisinde anemi, tiroid bozuklukları genel tıbbi durumların, santral sinir sistemi hastalıklarının ise klinik uygulamada akılda tutulması önemlidir. Tiroid hormonlarının hem düşüklüğü hem de yüksekliği farklı belirtilerle ortaya çıkmaktadır. Tiroid hormonlarındaki düşüklük unutkanlık, dikkat dağınıklığı, yorgunluk, zihinsel yavaşlık gibi depresyon benzeri belirtilerle kendini gösterirken, hormonların yüksekliği sinirlilik, emosyonel labilite, çağrışımlarda hızlanma, psikomotor aktivitede artış gibi mani benzeri belirtilerle kendini göstermektedir. Hayvan çalışmalarında da tiroid hormonlarının nöradrenerjik ve serotonerjik transmisyon üzerindeki etkileri gösterilmiş ve tiroid hormonlarının antidepresan olarak kullanımı gündeme gelmiştir. (Mason, 1987; Claire,2015).

1960'lardan bu yana vitamin B12 ve folatın psikiyatrideki yeri çalışılmaktadır (Almeida, 2015;). Almeida ve ark. metaanaliz çalışmasında B12 ve folat düzeyleri ile depresif belirtiler arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiş olsa da B12 ve folat kullanımının antidepresan tedaviye katkı sağladığı bildirilmiştir (Almeida, 2015). B-VITAGE çalışmasında da B12 ve folatın antidepresan tedaviye katkısı ilk 12 haftada gözlenmese de 52 haftadan sonra tedaviye anlamlı olarak katkı sağladığı gösterilmiştir (Almeida, 2014). Hordalan Homosistein çalışmasında ise tek karbon metabolizmasında yer alan düşük vitamin B12, yüksek homosistein ve düşük folat düzeyi ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki gösterilmiş, MTHFR 677C-T polimorfizmi de aynı anlamlı ilişkiyi sergilemiştir (Bjelland, 2003). Ancak aynı çalışmada çalışılan bu dört parametre ve anksiyete arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir. Literatürde anksiyete ve B12 düzeyi üzerine literatür sayısı kısıtlı olmakla birlikte mevcut olan veriler ilişkinin olmadığı veya kısıtlı olduğuna yöneliktir. Mollehave ve arkadaşlarının 4126 kişi ile yürüttükleri çalışmada B12 düzeyi ile anksiyete belirtileri arasında bir ilişki saptanmamıştır (Mollehave, 2017). Obsessif belirtiler açısından bakıldığında ise Hermesh aradaki ilişkiyi bir adım öteye götürmüş ve B12 vitamin eksikliğinin eşlik ettiği obsesif kompulsif bozukluk (OKB) alt grubu fikrini öne sürmüştür. Yürüttükleri çalışmada OKB'si olanlarda kontrollere göre B12 eksikliğinin daha sık gözlemlendiğini göstermişlerdir (Hermesh, 1988). Türksoy ve ark. yürüttükleri çalışmada OKB hastalarında kontrollere göre serum B12 düzeyinin daha düşük, serum homosistein düzeyinin de daha yüksek olduğunu göstermişlerdir (Türksoy, 2014).

Unipolar depresyon ile yapılan metaanalizlerde sağlıklı kontrollere göre hipokampus, subgenual korteks ve amigdala volümlerinde azalma ve beyaz cevherde hiperintens lezyonların daha fazla olduğu gösterilmiştir (Arnone, 2012). Besteher ve ark. yürüttüğü çalışmada klinik altı depresif, anksiyöz ve somatik belirtileri olan bireylerde özellikle sol hemisfer presentral ve postsentral alanlarda gri cevher değişiklikleri gözlemlenmişlerdir (Besteher, 2017). Bir meta analizde ise somatoform bozukluk tanılı hastalarda özellikle dorsal posterior singulat kortekste, anterior singulat kortekste, anterior prefrontal kortekste, insulada ve premotor ve suplementer motor kortekste hem yapısal hem de fonksiyonel değişiklikler olduğu gösterilmiştir (Boeckle, 2016).

Yukarıda yer alan biyolojik alandan psikososyal alana bakışımızı çevirdiğimizde ise taciz ve şiddete maruz kalmak ile ruhsal bozukluklar arasındaki ilişki aşikardır. Finkelhor ve ark.larının yaptıkları ulusal anket çalışmasında kadınların %27'sinde, erkeklerin %16'sında geçmişte taciz öyküsü mevcuttur (Finkelhor, 1990). Taciz mağduru kadınlar ve genç kızlarda yapılan çalışmalar göstermiştir ki bu kişilerde ilerleyen yaşam dönemlerinde depresyon belirtileri, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri daha sık gözlenmektedir (Clear, 2006; Ullman, 2005). Özellikle çocukluk çağında tacize uğrayan bireylerde duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları sık gözlenmektedir (Afifi, 2008). Şiddet ve ruhsal hastalıklar arasındaki ilişkiyi ortaya koyan bir meta analizde depresyon, post travmatik stres bozukluğu, intihar riski, alkol ve madde kullanımının partneri tarafından şiddete maruz kalan kadınlarda daha fazla olduğu gösterilmiştir. Yine aynı çalışmada şiddet ile depresyon ve PTSD arasında doz yanıt ilişkisi olduğu ortaya konmuştur (Golding, 1999).

Bu çalışmada sık görülen ruhsal hastalıklar tanısıyla izlemde olan ancak tedaviye yanıtın yetersiz olması veya yanıtın olmaması nedeniyle Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Psikosomatik servisinde yatırılarak tedavileri düzenlenmiş hastaların dosya verileri geriye dönük olarak incelenmiştir. Çalışmanın amacı tedaviye yetersiz yanıt veren veya yanıt vermeyen bu hasta grubunun sosyodemografik ve klinik özelliklerini belirlemek ve bu özellikler arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır. Hipotezimiz ise depresyon, anksiyete ve obsesyon belirtilerinin sayısı ile sosyodemografik veriler, geçmişte şiddet öyküsü ve geçmişte taciz öyküsü, serum vitamin B12 düzeyi ve TSH düzeyi, beyin MR görüntülemelerinde gözlemlenen anomaliler arasında anlamlı bir ilişki vardır.

YÖNTEM

Örneklem

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikosomatik servisine depresyon, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, somatofom bozukluklar gibi sık görülen ruhsal hastalık tanılarıyla Eylül 2017- Haziran 2018 tarihleri arasında kabul edilen ve tedavileri servis düzeni dahilinde tamamlanan hastalar (n=60) çalışmaya alınmıştır. Hastalar 12'şerli gruplar halinde yatırılarak 2 aylık kat programı içerisinde yer alan aktiviteler ve grup ve bireysel terapiler ve ilaç tedavileri uygulanarak takip edilmiştir. Hastalar ait veriler hasta dosyalarının retrospektif olarak taranması ile elde edilmiştir.

Hastalara Uygulanan Tedavi Protokolü

Hastalar servise kabul edilmeden önce en az iki asistan doktor ve bir psikiyatri profesörü tarafından değerlendirilmiştir. Serviste ortalama 12-14 oturumdan oluşan ve eklettik dinamik yönelimli etkileşim grup psikoterapisi uygulanmaktadır. Servise kabul edilen hastalar aynı zaman diliminde yatırılıp aynı zaman diliminde taburcu olmaktadır. Bir sebepten dolayı servisten taburculuğu yapılan hastanın yerine yeni hasta alınmamaktadır. Grup oturumları 50 dakika olup haftada iki kez yapılmaktadır. Grup seansı sonrasında ise aynalı odadan terapiyi izleyen servisin intern doktorları, hemşireleri, psikolog ve doktorları ile seansa aktif olarak katılan terapist ve yardımcı terapist grup değerlendirmesi yapmaktadır. Hastalar tedavi programı konusunda bilgilendirilmiş olup tedaviye katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Yatışı yapılan her hastanın tam kan, biyokimya, tam idrar, vitamin ve hormon testleri, EKG tetkiki ve Minnesota Multifazik Kişilik Envanteri (İngilizce kısaltma MMPI), Beier Cümle Tamamlama, IQ değerlendirme testleri yapılmaktadır. Serviste yatan hastaların kat programındaki tüm terapi ve etkinliklere katılımları mecburi olup bu mecburiyet bilgilendirilme esnasında hastalara iletilmektedir. Katılım konusunda sorun yaşayan hastaların tedavileri yeniden düzenlenerek taburcu edilmektedir. Serviste grup psikoterapilerinin yanında bireysel terapiler yapılmaktadır. Bireysel terapiler o dönemde serviste çalışan genellikle psikiyatri uzmanlık eğitiminin 3. veya 4. yılında olan asistan hekimler tarafından yapılmaktadır. Seanslar ortalama 20 dakika olup haftada 2 defa yapılmaktadır. Etkileşimin önemli olduğu bu tedavi modelinde hastalar ve tedavi ekibi her sabah yarım saatlik bir zaman diliminde bir araya gelerek durum değerlendirmesi yapmaktadır. Dışarıdaki hayatın bir minyatürünü oluşturmayı amaçlayan bu tedavi modelinde hastalara değişmeli olarak haftalık kol görevleri (temizlik, gezi, spor vb.) verilmektedir. Bununla birlikte haftada iki defa olan uğraş terapileri de servisin tedavi protokolü içerisinde yer almaktadır.

Ölçüm araçları

Servis uygulaması dahilinde servise kabul edilen tüm hastalarla detaylı bir anamnez görüşmesi yapılmıştır. Anamnez görüşmesi için servis için düzenlenmiş olan standardize anamnez formu kullanılmaktadır. Bu formda hastaların sosyodemografik bilgileri, güncel şikayetleri, hastalık

öyküsü, soygeçmiş, özgeçmiş, cinsel gelişim öyküsü, eğitim ve iş yaşantısına dair bilgilerin sorgulandığı sorular mevcuttur. Bu formlar yatışlarının birinci haftasında tüm hastalar için eksiksiz olarak doldurulmaktadır. Bir haftalık süreçte hastalar yukarıda bahsedilen servis tedavi protokolü uygulanmamaktadır. Bu bir haftalık süreçte hastalar yatış öncesinde kullandıkları ilaçlara devam etmektedirler. Anamnez görüşmesinden elde edilen güncel yakınmalar dört ana grupta toplanmıştır (depresif, anksiyöz, obsesif, somatik). Depresif belirti sayısına göre 3'ün altında olanlar ve 3 ve üstünde olanlar şeklinde iki gruba ayrılmış olup diğer belirtiler için ise hastalar belirti yok ve en az bir belirti var şeklinde 2 gruba ayrılmışlardır. Yukarıda verilen sayılar frekans analizlerinde çeyrek dilimlerden %50'lik dilime denk gelen sayılardır. Hasta dosyalarında belirti düzeyini ölçen ölçekler olmaması ve klinik belirtilerin retrospektif olarak dosyalardan elde edilmesi nedeni ile belirti düzeyleri, hastaların tarif ettiği veya hastalarda gözlemlenen DSM IV TR'de tanı kriteri olarak yer alan belirtilerin not edilmesi ile belirlenmiştir.

Her bir hastanın yatış sırasında rutin olarak kan tetkikleri ve beyin manyetik rezonans görüntüleme (Beyin MR) tetkiki yapılmaktadır. Çalışmada laboratuvar tetkiki olarak B12 ve TSH değerleri, radyolojik tetkik olarak da beyin MR raporlarına ait veriler kullanılmıştır. Hastalara dair hem klinik hem de sosyodemografik veriler ise hastalara ait dosyaların en az bir psikiyatri asistanı tarafından geriye dönük tarama ile elde edilmiştir. Ek olarak hastaların güncel ve geçmiş şiddete maruziyet ve geçmiş taciz öyküleri de elde edilmiştir. Bu bilgiler de servise Kabul edilen hastalarla yapılan standardize anamnez formundan geriye dönük taranarak elde edilmiştir.

Serum Vitamin B12 düzeyi ve Serum TSH düzeyi hastanemiz merkez laboratuvarında hastaların serumlarından çalışılarak elde edilmiştir. Laboratuvarımızın belirlediği Vitamin B12 için optimal aralık 126,5-505 pg/mL iken TSH için 0,38-5,33 uIU/mL'dir. Ancak biz bu çalışmada Vitamin B12 için alt sınırı 200pg/mL olarak belirledik. 200pg/mL değeri Türk Hematoloji Derneği'nin vitamin B12 eksikliği tanı ve tedavi kılavuzu referans alınarak belirlenmiştir (<http://www.thd.org.tr/thdData/userfiles/file/VIT%20B.pdf>).

Kranial MR'lar en az bir radyoloji asistanı ve uzmanı tarafından yorumlanmış olup radyoloji bölümünün yazılı raporları analizlerde kullanılmıştır.

İstatistiksel değerlendirme

Sosyodemografik veriler ve klinik veriler için frekans analizleri ve tanımlayıcı analizler kullanılmış olup laboratuvar verileri için ortalama değerler alınmıştır. Beyin MR raporlarından elde edilen veriler için de frekans analizleri yapılmıştır. Bu analizlerde raporlarda geçen minor anomaliler, iskemik gliotik odaklar ve yerleşimlerine ait bilgiler kullanılmıştır. Verilerin dağılımı Kolmogorof Smirnof testi ile değerlendirilmiştir. Yaş, toplam belirti sayısı dağılımları normal iken serum vitamin B12 dağılımı normal dağılıma uymamaktadır. Klinik ve sosyodemografik veriler arasındaki ilişkiyi incelenmesi dağılım motifine göre Sperman veya Pearson korelasyon analizleri ve ki-kare analizleri, birden fazla grup varlığında Kruskal –Wallis analizi yapılmıştır. $p < 0,05$ anlamlı değer olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Sosyodemografik özellikler

Örneklemin yaş ortalaması \pm standart sapması (SS) $39,4 \pm 15,4$ 'tür. Hastaların %68,3'ü kadın (n=41) olup %46,7'si evli (n=28), %41,7'si bekar (n=25), %11,6'si boşanmış veya duldur (n=7). Hastaların %21,7'i (n=13) 5 veya daha az yıl eğitim süresine sahipken %30'u (n=18) 5-12 yıl eğitime, %45'i (n=27) ise 12'den daha fazla yıl eğitim süresine sahiptir. Örneklemin %28,3'ü (n=17) yattığı dönemde bir işe sahipken %55 işsizdir (n=33), %10'u ise emeklidir (n=6).

Klinik özellikler

Hastaların geçmiş ve güncel yaşantıları ile ilgili veriler incelendiğinde örneklemin %75,'inde (n=45) geçmişte taciz öyküsü mevcut değilken %16,7 (n=10) hastada ise geçmişte taciz öyküsü vardır. Şiddete maruz kalma öyküsü değerlendirildiğinde %18,3 hastada (n=11) geçmişte şiddet öyküsü bulunmaktadır. Soygeçmişte %21,7 (n=17) hastada anne babaları arasında akraba evliliği vardır. Ailede ruhsal hastalık öyküsü hastaların %28,3'ünde (n=17) mevcuttur.

Klinik özellikler incelendiğinde %71,6 (n=43) hastada en az bir depresif belirti, %56,6'ında (n=34) en az bir somatik belirti, %53,3'ünde (n=32) en az bir anksiyete belirtisi ve %11,6'sında (n=13) ise en az bir obsesif belirti mevcuttur. Depresif belirti sayısı 3'ün altında olanlar örneklemin %43,3'ünü oluşturmaktadır(n=26). Toplam belirti sayısı normal dağılım göstermiş olup ortalama değeri 5,30±2,34'tür.

Laboratuvar verileri

Hasta grubunun serum vitamin B12 düzeyi normal dağılım göstermemiş olup ortanca değeri 308pg/mL. Laboratuvar değerleri baz alındığında hastaların sadece %1,7'si (n=1) düşük serum vitamin B12 düzeyine sahipken alt eşik değer 200pg/mL olarak alındığında %15 hastada (n=9) vitamin B12 düzeyi düşüktür. Serum TSH değerleri %81,7 (n=49) hastada normal aralıkta olup %5 (n=3) hastada düşüktür ve %3,3 (n=2) hastada yüksektir, %10 hastada (n=6) veri eksiktir (Tablo 1).

Beyin görüntüleme verileri

Katılımcıların %45'inin (n=27) beyin MR görüntülerine ulaşılmış olup bu MR raporları kendi içerisinde değerlendirildiğinde %37'si (n=10) normal olarak raporlandığı, %18,4'inde (n=11) iskemik gliotik odakların görüldüğü, %5,1'unda (n=3) parsiyel empty sella görüldüğü şeklinde raporlanmıştır. Ayrıca geniş sisterna magna, koroid fissür kisti ve meningosel gibi bulgular dikkat çekmiştir. İskemik gliotik odaklar lokalizasyonuna bakıldığında ise %11,7 'si (n=7) frontalde, %1,7'si (n=1) parietalde, %1,7'si (n=1) periventriküler bölgede, %3,3'ü (n=2) için ise belli bir lokalizasyon tarif edilmemiştir.

Tablo 1. Sosyodemografik, Klinik ve Laboratuvar Verileri

Sosyodemografik Veriler	Ortalama(±SD)/Ortanca
Yaş	39,4±15,4
	% (n)
Cinsiyet	
Kadın	%68,3 (41)
Erkek	%31,7 (19)
Eğitim Süresi	
≤5yıl	%21,7 (13)
5-12yıl	%30 (18)
≥12yıl	%45 (27)
Medeni durum	
Evli	%46,7 (28)
Bekar	%41,7 (25)
Boşanmış/Dul	%11,6 (7)
İş	
Çalışıyor	%28,3 (17)
Çalışmıyor	%55 (33)
Emekli	%10(6)

Klinik Veriler	
Depresif belirti varlığı-sayısı	%71,6 (43)
Anksiyöz belirti varlığı-sayısı	%53,3 (32)
Obsesif belirti varlığı-sayısı	%11,6 (13)
Somatik belirti varlığı-sayısı	%56,6 (34)
Toplam belirti sayısı	
Geçmişte taciz öyküsü varlığı	%16,7 (10)
Geçmişte şiddet öyküsü varlığı	%18,3 (11)
Anne baba arasında akrabalığın varlığı	%21,7 (17)
Ailede ruhsal hastalık öyküsü varlığı	%28,3 (17)
Laboratuvar verileri	
Serum vitamin B12	Ortalama(\pm SD)/Ortanca
	308
	% (n)
Kranial MR'da beyaz cevher hiperintensitesi	%18,4 (11)
Frontal	%11,7 (7)
Parietal	%1,7 (1)
Periventriküler bölge	%1,7 (1)
Diğer	%3,3 (2)

Klinik bulguların sosyodemografik özellikler ile ilişkisi

Sosyodemografik ve klinik verilerin kendi içlerindeki ilişkileri ve aralarındaki ilişkileri ortaya koymak için yürütülen analizlerde obsesif belirtilerin az sayıda hastada gözlemlenmesi nedeni ile bu veriler analize dahil edilmemiştir. Yaş, depresif belirtiler için ($p=0,078$), somatik belirtiler için ($p=0,546$) ve anksiyöz belirtiler için ($p=0,636$) için anlamlı bir değişken değildir. Cinsiyetler arasında belirtiler açısından anlamlı bir fark yoktur (sırasıyla depresif belirtiler için $p=0,407$; anksiyöz belirtiler için $p=0,510$; somatik belirtiler için $p=0,692$). Eğitim düzeyi ve medeni durum ile depresif, anksiyöz ve somatik belirtiler arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (eğitim durumu için sırasıyla $p=0,077$; $p=0,754$; $P=0,378$; medeni durum için sırasıyla $p=0,775$; $p=0,635$; $p=0,756$). İş durumu ile belirtiler incelendiğinde ise her üç belirti kümesi ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (sırasıyla depresif belirtiler için $p=0,341$; anksiyöz belirtiler için $p=0,231$; somatik belirtiler için $p=0,887$). Taciz öyküsü anlamlı olarak kadınlarda daha fazlaydı ($p=0,025$). Cinsiyet ile geçmişte şiddet öyküsü arasında anlamlı bir ilişki gözlemlenmedi ($p=0,102$). Eğitim düzeyi ile taciz ve geçmişte şiddet öyküsü arasında da anlamlı bir ilişki saptanmadı (sırasıyla $p=0,380$; $p=0,510$). Medeni durum ile taciz, şiddet öyküsü arasında da anlamlı bir ilişki gözlemlenmedi (sırasıyla $p=0,336$; $p=0,915$). İş durumu açısından bakıldığında da taciz ve şiddet ile anlamlı bir ilişkisi yoktur (sırasıyla $p=0,897$; $p=0,785$). Örneklem depresif belirti sayısı 3'ün altında ve 3 ve daha fazla şeklinde iki gruba ayrıldığında iki grup arasında anne baba arasında akrabalık ve geçmişte taciz öyküsü açısından anlamlı fark gözlenmemiştir (sırasıyla $p=0,810$; $p=0,947$). Geçmişte şiddet öyküsü ile 3 ve daha fazla depresif belirtiye sahip olmak arasında istatistiksel olarak anlamlı, ailede ruhsal hastalık ve 3 ve daha fazla depresif belirtiye sahip olma arasında sınırda bir anlamlılık tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0,021$; $p=0,059$). Anksiyöz belirtiler için bakıldığında en az bir belirtisi olan ve belirtisi olmayan şeklinde iki gruba ayrılan örneklem geçmişte taciz öyküsü, ailede ruhsal hastalık ve geçmişte şiddet öyküsü açısından anlamlı bir farklılık göstermemiştir (sırasıyla $p=0,159$; $p=0,152$; $p=0,347$). Anne baba arasında akrabalık anksiyöz belirtisi olan grupta daha fazladır ($p=0,012$). En az bir somatik belirtisi olan ve somatik belirtisi olmayan şeklinde ikiye ayrılan örneklem geçmişte taciz öyküsü, ailede ruhsal hastalık, geçmişte şiddet öyküsü varlığı ve anne baba arasında akrabalık açısından anlamlı bir farklılık göstermemiştir (sırasıyla $p=0,246$; $p=0,869$; $p=0,456$; $p=0,821$).

Tüm belirti sayıları toplandığında elde edilen değer normal dağılım göstermiştir. Geçmişte taciz öyküsü, ailede ruhsal hastalık, geçmişte şiddet öyküsü ve anne baba arasında akrabalık açısından yapılan analizlerde anlamlı farklılık bulunmamıştır (sırasıyla p=0,181; p=0,322; p=0,599; p=0,284).

Tablo 2. Sosyodemografik Veriler, Klinik Veriler ve Laboratuvar-Radyoloji Verilerinin Karşılaştırılması¹²

	Depresif Belirti ≥ 3	Anksiyöz Belirti ≥ 1	Somatik Belirti ≥ 1	Toplam Belirti Sayısı ¹	Geçmişte Taciz Öyküsü	Geçmişte Şiddet Öyküsü
Cinsiyet	0,407	0,510	0,692	0,221	0,025**	0,102
Medeni Durum	0,775	0,635	0,756	0,770	0,336	0,915
Eğitim Durumu	0,077	0,754	0,378	0,304	0,380	0,510
İş Durumu	0,341	0,731	0,887	0,902	0,897	0,785
Geçmişte Taciz Öyküsü	0,947	0,159	0,246	0,181	1	-
Geçmişte Şiddet Öyküsü	0,021**	0,347	0,456	0,599	-	1
Anne Baba Arasında Akrabalık	0,810	0,012**	0,821	0,322	-	-
Ailede Ruhsal Hastalık	0,059	0,152	0,869	0,248	-	-
Laboratuvar						
Serum Vitamin B12	0,271	0,308	0,826	0,510	-	-
TSH	0,081	0,917	0,600	0,889 ²	-	-
Radyoloji³						
Beyaz Cevher Hiperintensitesi	0,069	0,648	0,756	0,252	-	-
Frontal Beyaz Cevher Hiperintensitesi	0,390	0,694	0,275	0,022**	-	-
**P<0,05						
¹ Toplam belirti sayısına ait analizlerde Student's t test kullanılmış olup diğer analizler için Ki-Kare kullanılmıştır.						
² One-way ANOVA analiz yapılmıştır.						
³ 27 hastanın radyoloji verisine ulaşılmış olup analizler bu veriler ile yapılmıştır.						

Klinik özelliklerin laboratuvar bulgular ile ilişkisi

Örneklem serum vitamin B12 düzeyi açısından 200pg/ml'nin altı (düşük) ve 200pg/ml ve daha üstü (normal) şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Klinik belirtiler ile karşılaştırıldığında serum vitamin B12 düzeyi ile depresif, anksiyöz ve somatik belirtiler açısından anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir (sırasıyla p=0,271; p=0,308; p=0,826). Toplam belirti sayısı ile serum vitamin B12 düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,510).

TSH düzeyi için ise hasta grubu düşük, normal, yüksek olarak üç gruba ayrılarak yapılan analizlerde TSH düzeyi ile belirti sayısı arasında bir ilişki saptanmamıştır (Sırasıyla depresif belirtiler için p=0.081, somatik belirtiler için p=0.917, anksiyete belirtileri için p=0.600). Toplam belirti sayısı ile TSH düzeyi ile de bir ilişki saptanamamıştır (p=0,889).

Kranial MR verisi 27 hastada vardır. Beyaz cevher hiperintensitesi varlığı açısından kadın erkek cinsiyete arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir(p=0,365). Beyaz cevher hiperintensitesi olan ve olmayan grup karşılaştırıldığında yaş ortalamaları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır(p=0,183). Var olan MR raporlarında yer alan beyaz cevher hiperintensitesi varlığı ile klinik belirtiler karşılaştırıldığında anksiyöz ve somatik belirtiler için bir anlamlılık tespit edilememiştir (sırasıyla p=0,648; p=0,756). Depresif belirtiler için de anlamlılık saptanmamıştır (p=0,069). Tüm belirti sayısı açısından bakıldığında ise anlamlı bir farklılık bulunamamıştır

($p=0,252$). Hiperintensitelerin yerleşkesi açısından bakıldığında frontal bölgede hiperintesif lezyon bulunması ile depresif, anksiyöz ve somatik belirtiler açısından anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir (sırasıyla $p=0,390$; $p=0,694$; $p=0,275$). Tüm belirti sayıları ile frontal beyaz cevherde hiperintensite varlığı karşılaştırıldığında ise frontal bölgede hiperintens lezyonu olanların belirti sayısı anlamlı olarak daha fazladır ($p=0,022$). Sosyodemografik veriler, klinik veriler, laboratuvar ve radyolojik veriler arasındaki ilişkiler Tablo 2'de gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Bu çalışmada psikosomatik servisinde yatan hastaların klinik özellikleri incelenmiş ve klinik özellikler ile sosyodemografik ve laboratuvar bulguları arasındaki ilişki araştırılmıştır. Örneklemin yaş ortalamasının yaklaşık 40 yaş olduğu, çoğunluğunu kadınların oluşturduğu, yarısından çoğunun lise ve altı eğitim düzeyine sahip olduğu yine çoğunluğunun işsiz olduğu belirlenmiştir.

Çok yönlü değerlendirmenin yapıldığı neredeyse her beş hastanın birinde taciz öyküsü veya şiddet öyküsü mevcuttur. Her üç hastanın birinde ise ailede ruhsal hastalık mevcuttur. Depresif belirtiler en sık gözlenen belirti kümesi iken bunu sırasıyla somatik, anksiyöz ve obsesif belirtiler takip etmektedir. Vitamin B12 düzeyi %15 hastada düşüktür. Beyin MR bulguları ise örneklemin yaklaşık üçte ikisinde iskemik gliotik odaklar, parsiyel empty sella gibi patolojilerin olduğunu ortaya koymuştur.

Çalışmamızda klinik belirtilerin varlığı ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve iş durumu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Geçmişte taciz öyküsü anlamlı olarak kadınlarda daha fazladır. Diğer sosyodemografik veriler ile taciz, şiddet, anne baba akrabalığı, ailede ruhsal hastalık öyküleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Geçmişte taciz öyküsü, geçmişte şiddet öyküsü, anne baba arasında akrabalık ve ailede ruhsal hastalık varlığı ile klinik belirtiler karşılaştırıldığında geçmişte şiddet öyküsü olanların istatistiksel anlamlılık dahilinde depresif belirtileri 3 veya 3 ten daha fazladır. Anne baba arasında akrabalık en az bir anksiyete belirtisine sahip olma üzerinde anlamlı olarak etkilidir. Serum vitamin B12 düzeyi ve TSH düzeyi çalışmamızdaki diğer değişkenlikler ile anlamlı bir ilişki sergilememiştir. Kranial MR'larda ise frontal beyaz cevherde hiperintensitesi olan grubun toplam belirti sayısı daha fazladır.

Hastaların çok yönlü değerlendirilmesinin iki önemli amacı vardır. Bunlardan ilki hastanın sağlık durumunun tüm hatlarıyla ele alıp hastayı daha iyi anlamak diğer ise tedavi algoritmasını planlamak. Çalışmamıza katılan bireylerin hepsi servise kabul edildikten sonra 2 aylık bir tedavi protokolünden geçmişlerdir. Eklektik bir model olan bu tedavi protokolünün içeriğinde grup terapileri, bireysel psikoterapiler, uğraş terapileri ve ilaç tedavileri vardır. Yatırılarak takipleri yapılan hastalar mevcut tıp paradigmasının her üç alanı açısından da tedavi görmektedirler. Hastaların bireysel ve uğraş terapilerinde bireyin psikolojik anlamda tedavisi, grup terapilerinde hem sosyal hem de psikolojik anlamda tedavisi, ilaç kullanımı ile de biyolojik anlamda tedavisi yürütülmektedir. Bu üç tedavinin bir arada yapılabilmesi ise hastanın çok yönlü olarak değerlendirilmesi ile mümkün olmaktadır.

Hem bireysel hem de grup terapilerinde hasta ruhsal çatışmalarıyla baş edebilmeyi öğrenir. Ancak hastanın taciz, şiddet öyküsü gibi daha önceki çalışmalarda ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğu kanıtlanmış parametrelerin değerlendirilmemesi hastanın tedavisini eksik bırakacaktır. Bizim çalışmamızda da altı hastanın birinde taciz öyküsü mevcuttur. Finkelhor ve ark. yaptıkları ulusal anket çalışmasında kadınların %27'sinde, erkeklerin %16'sında geçmişte taciz öyküsü mevcuttur (Finkelhor, 1990). Taciz mağduru kadınlar ve genç kızlarda yapılan çalışmalar göstermiştir ki bu kişilerde ilerleyen yaşam dönemlerinde depresyon belirtileri, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri daha sık gözlenmektedir (Clear, 2006; Ullman, 2005). Özellikle çocukluk

çağında tacize uğrayan bireylerde duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları sık gözlenmektedir (Afifi, 2008). Yine aynı şekilde bu grupta madde kullanım sorunlarının da daha sık olduğu gösterilmiştir (Cuellar, 2007). Psikosomatik hastalıklar açısından bakıldığında bu alanda güncel çalışmaların sayısı kısıtlıdır. Taylor ve ark. fibromiyalji tanısı olan kadınlarda yaptıkları çalışmada %65 hastada cinsel taciz öyküsünün olduğu gösterilmiştir (Taylor, 1995). İrritabl bağırsak sendromu tanılı hastalarda yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %31,6'sında taciz öyküsü olduğu saptanmıştır (Delvaux,1997). Walling ve ark. ise kronik pelvik ağrısı olan kadınlarda cinsel taciz öyküsünün sağlıklı kontrollerden daha fazla olduğunu 142 kadın ile yaptıkları çalışmada göstermişlerdir (Walling, 1994). Bizim çalışmamızda taciz öyküsü prevalansı diğer çalışmalar göz önüne alındığında daha düşüktür ve belirti varlığı ile taciz öyküsü arasında bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum taciz öyküsünün hastalardan öznel bir şekilde alınması nedeni ile mevcut olandan daha az ifade edilmesi ve kültürel etmenlerin varlığı ile açıklanabilir. Alikasıfoğlu ve ark. Türk örnekleme yaptığı bir çalışmada lise öğrencisi 1871 kızın %13,4'ünde taciz öyküsü olduğu gösterilmiştir (Alikasifoglu, 2006). Türk örnekleme bakıldığında çalışmamızdaki taciz prevalansı benzerdir.

Geçmişte şiddet öyküsüne baktığımızda %18,3 hastada geçmişte şiddet öyküsü mevcuttur. Hamberger ve ark. genel polikliniklere başvuran 394 kadının %22,7'sinin son 1 yıl içerisinde şiddete maruz kaldığı, %38,8'nin ise hayatında en az bir kez şiddete maruz kaldığını göstermişlerdir (Hamberger,1992). WHO'nun bir çok ülkede ortak olarak yürüttüğü çalışmanın verilerine göre ise kadınların %22-49'unun partnerleri tarafından şiddete uğradığı, %10-62 kadının ise 15 yaşına kadar partneri olmayan bir birey tarafından şiddete uğradığını göstermişlerdir. Partner olmayan bireyler açısından en önce aile üyeleri gelmektedir (WHO, 2005). Şiddet ve ruhsal hastalıklar arasındaki ilişkiyi ortaya koyan bir meta analizde depresyon, post travmatik stres bozukluğu, intihar riski, alkol ve madde kullanımının partneri tarafından şiddete maruz kalan kadınlarda daha fazla olduğu gösterilmiştir. Yine aynı çalışmada şiddet ile depresyon ve PTSD arasında doz yanıt ilişkisi olduğu ortaya konmuştur (Golding, 1999). Kocacık ve ark. yaptığı saha çalışmasında katılımcı kadınların %27,5'inde şiddete maruziyet olduğunu göstermişlerdir ve çalışmalarında aynı zamanda katılımcıların bir kısmında şiddetin ifade edilmediğini belirtmişlerdir (Kocacık, 2007). Bizim verilerimiz bu oran daha az bulunmuştur. Geçmişte şiddet öyküsü ile depresif belirtiye sahip olma arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ki bu durum literatürdeki veriler ile uyumludur.

Vitamin B12 eksikliğinde gözlemlenen kol-bacakta hissizlik, kognitif değişiklikler, halsizlik gibi belirtiler hem somatoform bozukluklar hem de duygudurum bozukluklarında gözlemlenen belirtiler ile karışabilir. NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey)'in 1999-2004 verilerine göre serum B12 düzeyleri sırasıyla <147pg/mL,<200pg/mL,<256pg/mL alındığında serum b12 eksikliği prevalansını %2,9, %10,6, %25,7 olduğunu tespit etmişlerdir (Yang, 2010). Green ve ark. gözden geçirmesinde ise klinik altı serum vitamin B12 eksikliğinin genel toplumun %2,4-26'sında gözlemlendiğini belirtmişlerdir (Green, 2017). Türkiye'de yapılan ileri yaş hastalarda yürütülen bir çalışmada 827 hastanın %64,2'sinde vitamin B12 düzeyinin 200pg/mL'nin altında gösterilmiştir (Yıldırım,2015). Bizim çalışmamızda da eşik değer 200pg/mL olarak alındığında hastaların %15'inde serum vitamin B12 düzeyi düşük bulunmuştur. Yapılan iki sistematik gözden geçirmede vitamin B12 eksikliği artmış depresyon riski ile ilişkili bulunmuştur (Almeida 2008, Gilbody, 2007). Ancak Bjelland ve ark. 5948 kişi ile yaptıkları çalışmada vitamin B12 düzeyi depresyon arasında bir ilişki tespit edilmiş olup bu ilişki özellikle komorbid anksiyete bozukluğu olmayan grupta ön plandadır (Bjelland, 2003). Bizim çalışmamızda ise vitamin B12 düzeyi düşüklüğü oranı literatür ile uyumlu olup belirti varlığı ile vitamin B12 düzeyi arasında bir ilişki bulunmamıştır. Ancak Almeida'nın yürüttüğü güncel bir analizde vitamin B12 ve folat kullanımının depresif belirtilerin düzeyinde kısa dönemde bir azalma yaratmadığını göstermişlerdir (Almedia, 2015). Hermesh ise obsesif kompulsif bozukluk hastalarında vitamin B12 düzeyi üzerinde çalışmış ve kontrollere göre OKB hastalarında vitamin B12 eksikliğinin daha fazla olduğunu göstermişlerdir ve OKB ile B12 eksikliği birlikteliği şeklinde bir alt OKB türü öne sürmüşlerdir (Hermesh, 1988).

Somatoform bozukluklar ile vitamin B12 düzeyi arasında ise literatürde çalışma mevcut değildir. Biz de çalışmamızda literatürle uyumlu vitamin B12 düzeyi eksikliği bulmuş olmakla birlikte belirti varlığı ile vitamin B12 düzeyi arasında bir ilişki tespit edemedik. Belirti düzeyleri için objektif testlere ait verilerin kullanılmamış olması bu ilişkinin yokluğunu açıklayabilir. Aynı zamanda belirti ciddiyeti değil de belirti sayısının bakılmış olması da bu ilişkinin yokluğunu açıklayabilir. Bununla birlikte literatürde de vitamin B12 düzeyi ile depresif, anksiyöz, obsesif ve somatik veriler arasındaki ilişki net olarak ortaya konmamıştır. Vitamin B12 düzeyinin düşüklüğü ile ortaya çıkan klinik belirtiler psikiyatrik belirtileri taklit edebilmektedir. Bu nedenle vitamin B12 eksikliği etiyolojik bir faktörden ziyade klinik belirtileri ağırlaştırıcı bir etken olabilir. Bu nedenle de literatürde vitamin B12 takviyesi ile ortaya çıkan iyilik hali anlaşılır hale gelir. Çalışmamızda hastalara vitamin B12 desteği yatışlarından itibaren verilmiştir ancak taburculuk sırasında vitamin B12 düzeyi tekrar bakılmamıştır. Bu nedenle verilerimiz doğrultusunda vitamin B12'nin belirtiler üzerinde nasıl bir etkisi olduğunu yorumlamak mümkün değildir.

Tiroid fonksiyon bozuklukları ülkemizde sık gözlenmektedir. 1990'lı yıllarda iyot eksikliğinin etiyolojideki yeri üzerine ülkemizde de sağlık politikası yürütülmüştür. 2017 yılında yayımlanan Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği'nin tiroid fonksiyon bozukluklarına yaklaşım rehberinde prevalanslar subklinik hipotiroidi %4-15, aşikar hipotiroidi %0,3, subklinik hipertiroidi %0,7-12,4 olarak belirtilmiştir (http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180518105146-2018-05-18tbl_kilavuz105136.pdf). Kutlutürk ve ark. Karadeniz bölgesinde yürüttükleri bir çalışmada ise prevalanslar aşikar hipotiroidi için %1,6, aşikar hipertiroidi için %0,5, subklinik hipertiroidi için %4,9 olarak tespit edilmiştir (Kutlutürk, 2013).

Hipotiroidi de görülen halsizlik, isteksizlik, çökkünlük, unutkanlık gibi belirtileri özellikle depresif duygudurum belirtileri ile karışabilmektedir. Diğer yandan ise hipertiroidizmde gözlemlenen huzursuzluk, çarpıntı, nefes darlığı gibi sempatik sistem belirtileri anksiyete bozuklukları ile karışabilirken, agresyon, psikomotor aktivitede artış ise mani belirtileri ile karışabilir. Bu nedenle tiroid disfonksiyonları psikiyatrik semptomatolojide önemli hale gelmektedir. Daha da ötesinde hayvan çalışmalarında da tiroid hormonlarının nöradrenerjik ve serotonerjik transmisyon üzerindeki etkileri gösterilmiş ve tiroid hormonlarının antidepresan olarak kullanımı gündeme gelmiştir (Mason, 1987; Claire,2015). Bizim çalışmamızda da hastaların %3,3'ünde subklinik hipotiroidi, %5'inde ise subklinik hipertiroidi gözlemlenmiştir. Dört belirti kümesine ait belirtilerin sayısı ile TSH düzeyi arasında anlamlı bir ilişki tespit edemedik. Gözlemlediğimiz oranlar literatür ile uyumlu olmakla birlikte tiroid disfonksiyonlarının psikiyatrik semptomatoloji üzerine etkisini yorumlamak adına elimizdeki veriler yetersizdir.

Psikoradyoloji alanında çalışmaların sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Tanı sistemlerinde olan her hastalık grubu için hem yapısal hem de fonksiyonel beyin görüntüleme çalışmaları hastalık sebepleri ve hastalığın süreci ile ilgili klinisyenlere yeni ufuklar açmaktadır. Depresyon hastaları ile yapılan çalışmalarda hipokampus, subgenuel korteks, amigdala hacim azalması gösterilmiş olup bunun yanı sıra beyaz cevherde de hiperintensitelerin sağlıklı kontrollere göre fazla gözlendiği belirtilmiştir (Arnone,2012). Wang ve ark. beyaz cevher hiperintensiteleri (BCH) üzerine yürüttükleri bir metaanalizde yaygın BCH ve derin beyin yapılarında gözlenen BCH'lerin depresyon hastalarında daha fazla olduğunu göstermişlerdir (Wang, 2014). Mok ve ark. yaptıkları çalışmada ise özellikle frontal BCH'lerin depresyon ile ilişkili olduğunu belirtilmiştir (Mok,2010). Thomas ve ark. ise özellikle frontal ve paralimbil alanlardaki BCH'lerin depresyon ile ilişkili olduğunu öne sürmüşlerdir ki depresyonun nöroanatomi düşünülürken bu alanlardaki BCH'lerin depresyon etiyolojisinde yer alacağı şaşırtıcı değildir (Thomas, 2009). Bir diğer metaanalizde ise BCH'lerin geç başlangıçlı depresyonda erken başlangıçlı depresyona göre daha fazla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Herrman, 2008). Anksiyet bozukluklarında BCH'lerle ilgili çalışma sayısı kısıtlı olup Alzheimer hastalarında yapılan bir çalışmada BCH sayısı arttıkça anksiyete belirtilerinin de arttığı gösterilmiştir (Berlow,2010). Somatoform bozukluklar ile yapılan bir çalışmada ise özellikle ileri yaş somatoform bozukluğu olan hastalarda BCH'lerin hastalığın ciddiyetini öngördüğünü saptamışlardır (Inamura, 2015). Bizim çalışmamızda da hasta grubunda

özellikle frontal hiperintens lezyonların varlığı dikkat çekmektedir. Yukarıda geçen literatür ile uyumlu olabilecek şekilde toplam belirti sayısı ile frontal hiperintensiteler arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu da yukarıda adı geçen Thomas ve ark. yürüttüğü çalışmaya benzer şekilde frontal bölgeyi içeren yolakların psikiyatrik semptomatolojide özellikle de nevrotik semptomatolojide yer aldığını destekler niteliktedir. Çalışmamızda kullandığımız MR raporlarında bu lezyonlar iskemik gliotik odak olarak değerlendirilmiş olmakla birlikte analizler sırasında biz bu odakları BCH olarak değerlendirdik. Bu lezyonlara yol açan en sık nedenler olan yüksek tansiyon, intrakranial basınç artışı açısından bir incelemede bulunmadık ve bu nedenle raporlardan elde ettiğimiz verileri ile psikiyatrik semptomlar arasındaki ilişki vardır demek uygun değildir. Volümetrik incelemelerin olmaması nedeni ile yapısal bir değişiklik ile ilgili yorum yapmak elimizdeki veriler ile mümkün değildir. Çalışmamızdaki kranial MR görüntülemelerinden elde ettiğimiz bir diğer bulgu da 3 hastamızda parsiyal boş sellanın gözlenmiş olmasıdır. Literatürde parsiyal boş sella ile psikiyatrik bozukluklar arasında nasıl bir ilişki olduğuna dair veri mevcut değildir. Birer hastamızda ise geniş sisterna manga, koroid fissür ve meningosel gözlemlenmiştir. Bu verilerin ruhsal hastalıklar açısından ne ifade ettiği konusunda yorum yapmak çalışmamızın dizaynı göz önüne alındığında uygun değildir. Daha uygun dizayn ve daha geniş örneklem ile yapılan çalışmalar bu soruya yanıt bulacaktır.

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında ise öykülerin öznel şekilde alınması, klinik belirtilere ait objektif ölçek verilerinin kullanılmamış olması, kranial MR görüntülemelerinde raporlamayı tek bir hekimin yapmamış olması sayılabilir. Bir diğer kısıtlılık olarak ise laboratuvar değerlendirmelerinin takiplerinin yapılmaması sayılabilir.

Sonuç olarak ruhsal bozuklarda güncelliğini yitirmekle birlikte varlığını gözlemediğimiz ruhsal ve biyolojik ayrımı sorunlu bir ayırmadır. Bütüncül yaklaşım tanı ve tedavi sürecinin her basamağında olmazsa olmazdır.

KAYNAKLAR

Afifi, T. O., Enns, M. W., Cox, B. J., Asmundson, G. J., Stein, M. B., & Sareen, J. (2008). Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *American journal of public health, 98*(5), 946-952.

Al-Harbi, K. S. (2012). Treatment-resistant depression: therapeutic trends, challenges, and future directions. *Patient preference and adherence, 6*, 369.

Alikasifoglu, M., Erginoz, E., Ercan, O., Albayrak-Kaymak, D., Uysal, O., & Ilter, O. (2006). Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey. *Child Abuse & Neglect, 30*(3), 247-255.

Almeida, O. P., McCaul, K., Hankey, G. J., Norman, P., Jamrozik, K. and Flicker, L. (2008). Homocysteine and depression in later life. *Archives of General Psychiatry, 65*, 1286–1294.

Almeida, O. P., Ford, A. H., Hirani, V., Singh, V., McCaul, K., & Flicker, L. (2014). B vitamins to enhance treatment response to antidepressants in middle-aged and older adults: results from the B-VITAGE randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *The British Journal of Psychiatry, 205*(6), 450-457.

Almeida, O. P., Ford, A. H., & Flicker, L. (2015). Systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials of folate and vitamin B12 for depression. *International psychogeriatrics, 27*(5), 727-737.

- Arnone, D., McIntosh, A. M., Ebmeier, K. P., Munafo, M. R., & Anderson, I. M. (2012). Magnetic resonance imaging studies in unipolar depression: systematic review and meta-regression analyses. *European Neuropsychopharmacology*, 22(1), 1-16.
- Berlow, Y. A., Wells, W. M., Ellison, J. M., Sung, Y. H., Renshaw, P. F., & Harper, D. G. (2010). Neuropsychiatric correlates of white matter hyperintensities in Alzheimer's disease. *International journal of geriatric psychiatry*, 25(8), 780-788.
- Besteher, B., Gaser, C., Langbein, K., Dietzek, M., Sauer, H., & Nenadić, I. (2017). Effects of subclinical depression, anxiety and somatization on brain structure in healthy subjects. *Journal of affective disorders*, 215, 111-117.
- Bjelland, I., Tell, G. S., Vollset, S. E., Refsum, H., & Ueland, P. M. (2003). Folate, vitamin B12, homocysteine, and the MTHFR 677C→T polymorphism in anxiety and depression: the Hordaland Homocysteine Study. *Archives of general psychiatry*, 60(6), 618-626.
- Boeckle, M., Schimpf, M., Liegl, G., & Pieh, C. (2016). Neural correlates of somatoform disorders from a meta-analytic perspective on neuroimaging studies. *NeuroImage: Clinical*, 11, 606-613.
- Bottiglieri, T. (1996). Folate, vitamin B12, and neuropsychiatric disorders. *Nutrition reviews*, 54(12), 382-390.
- Bystritsky, A. (2006). Treatment-resistant anxiety disorders. *Molecular psychiatry*, 11(9), 805.
- Clear, P. J., Vincent, J. P., & Harris, G. E. (2006). Ethnic differences in symptom presentation of sexually abused girls. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15(3), 79-98.
- Cleare, A., Pariante, C. M., Young, A. H., Anderson, I. M., Christmas, D., Cowen, P. J. ... Members of the Consensus Meeting. (2015). Evidencebased guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology*, 29, 459–525.
- Cuellar, J., & Curry, T. R. (2007). The prevalence and comorbidity between delinquency, drug abuse, suicide attempts, physical and sexual abuse, and self-mutilation among delinquent Hispanic females. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 29(1), 68-82.
- Delvaux, M., Denis, P., & Allemand, H. (1997). Sexual abuse is more frequently reported by IBS patients than by patients with organic digestive diseases or controls. Results of a multicentre inquiry. French Club of Digestive Motility. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 9(4), 345-352.
- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I., & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child abuse & neglect*, 14(1), 19-28.
- Fischer, S., & Ehlert, U. (2018). Hypothalamic–pituitary–thyroid (HPT) axis functioning in anxiety disorders. A systematic review. *Depression and anxiety*, 35(1), 98-110.
- Gaynes, B. N., Rush, A. J., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Spencer, D., & Fava, M. (2008). The STAR* D study: treating depression in the real world. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 75(1), 57-66.
- Green, R., Allen, L. H., Børke-Monsen, A. L., Brito, A., Guéant, J. L., Miller, J. W., ... & Ueland, P. M. (2017). Vitamin B 12 deficiency. *Nature reviews Disease primers*, 3, 17040.

Gilbody, S., Lightfoot, T. and Sheldon, T. (2007). Is low folate a risk factor for depression? A meta-analysis and exploration of heterogeneity. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 631–637.

Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of family violence*, 14(2), 99-132.

Hamberger, L. K., Saunders, D. G., & Hovey, M. (1992). Prevalence of domestic violence in community practice and rate of physician inquiry. *Family medicine*, 24(4), 283-287.

Herrmann, L. L., Le Masurier, M., & Ebmeier, K. P. (2008). White matter hyperintensities in late life depression: a systematic review. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 79(6), 619-624.

Hermesh, H., Weizman, A., Shahar, A., & Munitz, H. (1988). Vitamin B12 and folic acid serum levels in obsessive compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(1), 8-10.

http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180518105146-2018-05-18tbl_kilavuz105136.pdf

<http://www.thd.org.tr/thdData/userfiles/file/VIT%20B.pdf>

Inamura, K., Shinagawa, S., Nagata, T., Tagai, K., Nukariya, K., & Nakayama, K. (2015). White matter hyperintensities are associated with the severity of late-life somatoform disorders and executive functions. *Nordic journal of psychiatry*, 1-8.

Kendrick, T., & Pilling, S. (2012). Common mental health disorders—identification and pathways to care: NICE clinical guideline. *Br J Gen Pract*, 62(594), 47-49.

Kocacık, F., Kutlar, A., & Erselcan, F. (2007). Domestic violence against women: A field study in Turkey. *The Social Science Journal*, 44(4), 698-720.

Kutluturk, F., Yildirim, B., Ozturk, B., Ozyurt, H., Bekar, U., Sahin, S., ... & Ceting, I. (2013). Thyroid dysfunctions and sonographic characteristics in northern Turkey: a population-based study. *Annals of Saudi medicine*, 33(3), 253.

Mason, G. A., Bondy, S. C., Nemeroff, C. B., Walker, C. H., & Prange Jr, A. J. (1987). The effects of thyroid state on beta-adrenergic and serotonergic receptors in rat brain. *Psychoneuroendocrinology*, 12(4), 261-270.

Mok, V. C., Wong, A., Wong, K., Chu, W. C., Xiong, Y., Chan, A. Y., ... & Wong, K. S. L. (2010). Executive dysfunction and left frontal white matter hyperintensities are correlated with neuropsychiatric symptoms in stroke patients with confluent white matter hyperintensities. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 30(3), 254-260.

Møllehave, L. T., Skaaby, T., Simonsen, K. S., Thuesen, B. H., Mortensen, E. L., Sandholt, C. H., ... & Linneberg, A. (2017). Association studies of genetic scores of serum vitamin B12 and folate levels with symptoms of depression and anxiety in two Danish population studies. *European journal of clinical nutrition*, 71(9), 1054.

Petridou, E. T., Kousoulis, A. A., Michelakos, T., Papathoma, P., Dessypris, N., Papadopoulos, F. C., & Stefanadis, C. (2016). Folate and B12 serum levels in association with depression in the aged: a systematic review and meta-analysis. *Ageing & mental health*, 20(9), 965-973.

Taylor, M. L., Trotter, D. R., & Csuka, M. E. (1995). The prevalence of sexual abuse in women with fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 38(2), 229-234.

Thomas, A. J., & o'Brien, J. T. (2009). Mood disorders in the elderly. *Psychiatry*, 8(2), 56-60.

Türksoy, N., Bilici, R., Yalçiner, A., Özdemir, Y. Ö., Örnek, I., Tufan, A. E., & Kara, A. (2014). Vitamin B12, folate, and homocysteine levels in patients with obsessive–compulsive disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 10, 1671.

Ullman, S. E., Filipas, H. H., Townsend, S. M., & Starzynski, L. L. (2005). Trauma exposure, posttraumatic stress disorder and problem drinking in sexual assault survivors. *Journal of studies on alcohol*, 66(5), 610-619.

Walling, M. K., Reiter, R. C., O'hara, M. W., Milburn, A. K., Lilly, G., & Vincent, S. D. (1994). Abuse history and chronic pain in women: I. Prevalences of sexual abuse and physical abuse. *Obstetrics and Gynecology*, 84(2), 193-199.

Wang, L., Leonards, C. O., Sterzer, P., & Ebinger, M. (2014). White matter lesions and depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 56, 56-64.

World Health Organization. (2005). WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses.

Yang, Q. et al. Folic acid source, usual intake, and folate and vitamin B-12 status in US adults: National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2003–2006. *Am. J. Clin. Nutr.* 91, 64–72 (2010).

Yildirim, T., Yalcin, A., Atmis, V., Cengiz, O. K., Aras, S., Varlı, M., & Atli, T. (2015). The prevalence of anemia, iron, vitamin B12, and folic acid deficiencies in community dwelling elderly in Ankara, Turkey. *Archives of gerontology and geriatrics*, 60(2), 344-348.

Yazici, O. (2009). Star-D Sonrası: Sagaltima Direnen Depresyon (SDD)/After Star-D: Treatment Resistant Depression. *Noro-Psikiyatri Arsivi*, 46(2), 61.