

- Ankara 1983, sayfa 307-310.
- 17- Öztürk M: Çocuk Ürolojisi, Uludağ Univ. Tıp Fak. 1983, sayfa 389-393.
- 18- Pedersen PS, Hejl M, Kjoller SS: Desamino-D-Arginine vasopressin in childhood nocturnal enuresis. J Urol 133: 65, 1985
- 19- Pogady J, Hasko L, et al: Pyrrolidine acetamide in the treatment of enuresis nocturna in pedopsychiatry. Acta therapeutica 3: 217-228, 1977
- 20- Pehlivan Z: Enürezis nokturnanın tedavisinde desmopres-

- sin. Uzmanlık tezi, Ondokuzmayıs Univ. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hast. Anabilim Dalı, Samsun, 1986.
- 21- Stanley B, Stanley M: Pimozide induced enuresis. Am J Psychiatry 131 (1): 123, 1981.
- 22- Shirkey HC: Pediatric therapy, fifth edition, Saint Louis, C.V. Mosby Company, 1975, pp 798-799.
- 23- Shin NL, Tom FL, Yee PC, et al: Acupuncture and urethral function. Experimental Study. J Urol 131 (4): 382-A 1984.
- 24- Vaughan MC: Nelson Textbook of Pediatrics. Philadelphia. WB Saunders Company, 1983, p 73.

ÜÇ OLGU NEDENİYLE PARALİZİ JENERAL

Dr. N. UYGUR*, Dr. N. ALPAY*, Dr. M. YAMAN*, Dr. D. YEŞİLBURSA*, Dr. M. ERÇAĞ**

Paralizi Jeneral (Meningo-encephalitis diffusa chronica syphilitica) Trepanoma Pallidum'un alınından 10-20 yıl sonra ortaya çıkabilen, kronik seyirli, tedavi edilmediğinde demans ve ölüme sonuçlanan organik beyin hastalığıdır.

Trepanoma Pallidum öncelikle M.S.S. damarlarını, interstisyel dokuyu ve nöronları tutar.

BOS'ta yükselmiş protein, artmış lenfosit sayısı, seroloji pozitifliği ve anormal kolloidal altın eğrisi gösterebilir. Sönmüş olgularda BOS bazen normal olabilir.

Paralizi Jeneral'de psikiyatrik olarak 4 klinik tablo görülür:

a) Organik Affektif Sendrom-Eksitasyon (Ekspansif tip): Hastalarda ölçüstsüz ve saçma büyüklük hezeyanları ve zeka yıkımı görülür. Hezeyanı ile asıl mesleğini birlikte ifade edebilir. Bu nedenle manik hastadan ayrılır.

b) Organik Affektif Sendrom-Depresyon (Depresif tip): Hasta durgun, mikromanyak hezeyanlar içindedir. Fakat hiçbir zaman hakiki bir depresyon, bir sıkıntı müşahade edilmez.

c) Delirium (Konfüzyonel tip): Hastanın orientasyonu tamamen bozulmuştur. Ayrıca çeşitli hallüsinasyonlarda tablo da yer alır.

d) Demans (Demansiyel tip): Bütün akıl melekelerinde global çöküntü ile beraber Paralizi Jeneral'in diğer bulgularının bulunduğu tiptir.

Paralizi Jeneral'de beyin atrofiktir. Mikroskopik olarak nöron dejenerasyonu ve fronto-parietal kortekste genişleme görülür. Ayrıca uzamış çomak hücreler ve hipertrofiye olmuş gıdalar görülür. Hücreler ve hipertrofiye olmuş gıdalar görülür. Hücreler Prusya mavisi ile boyanan demir granüller ile doludur.

Günümüzde bu olgulara ender rastlanması nedeniyle psikiyatri literatüründe de pek sık görülmeyen bu organik psikiyatrik bozukluğu gösteren olgular nedeniyle konunun yeniden gözden geçirilmesinde yarar görülmüştür.

OLGU: 1

55 yaşında evli, 4 çocuklu, ilkökul mezunu, çiftçilik yapan erkek hasta. İlk yakınmaları on yıl önce başlamış. İlk belirtiler saçma konuşma, kulağına sesler, gözüne hayaller gelmesi biçiminde imiş. Bu nedenle bir üniversite hastanesinde Psikotik Reaksiyon tanısıyla anti-psikotik tedavi yapılmış. Kısmi iyileşme ile taburcu edilmiş. Fakat psikotik tablo aralıklarla yinelemiş. İş gücü kaybı olmuş. Psikotik bir tablo hastanemize getirilen hasta Kronik Psikoz (Akut alevlenme) öntanısı ile yatırılmış. Hastanın ilk muayenesinde kendi kendine konuşma, konfüzyon ve görsel varılanları mevcuttu. Anti-psikotik tedaviye başlandı. Bu arada VDRL ve Kolmer testi yapıldı, VDRL (****), Kolmer (****) olarak bulundu. Ayrıca BOS'ta VDRL ve Kolmer bakıldı. VDRL ve Kolmer (****) olarak bulundu. Hastanemiz cildiye uzmanıyla görüşülerek Penisilin tedavisine başlandı. Tedavinin 5. gününde serebral hemoraji oluştu ve tedavinin 6. gününde hasta vefat etti.

OLGU: 2

50 yaşında, ilkökul mezunu, evli, işsiz, doğu illerimizden birinden kronik psikoz tanısı ile uzun süre muhafaza ve tedavi için gönderilen hasta hiçbir yakınması olmadığını, 450 eşi ve hastanemiz dahil yüzlerce büyük inşaatı olduğunu ve THY'nin kendisine ait olduğunu söylüyordu. Psikiyatrik muayenesinde; çağrışınlar hızlanmış, megalomanik hezeyanlar, peri kızlar görme biçiminde görme ve telsiz sesi işitme biçiminde işitme varılanları mevcuttu. Ayrıca zamana ve yere dezoriente idi. Öğleden sonra ise aralıklarla konfüzyona giriyordu. Kendisine ve çevresine zarar vermesini önlemek amacıyla anti-psikotik tedaviye başlandı. Anti-psikotik tedaviye başlandıktan sonra hastanın konfüzyonu gün boyu sürmeye başladı. Konfüzyon nedeni araştırılırken yapılan VDRL ve Kolmer (****) olarak bulundu.

*Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi III. Psikiyatri Birimi

**Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Cildiye Uzmanı

***XXIII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi'nde sunulmuştur. (14-18 Eylül 1987, İSTANBUL)

Daha sonra hastanemiz cildiye uzmanı ile görüşülerek haftada bir 2.400.000 İ.U. Penadur-L başlandı. Sonra spesifik sifiliz serolojik testleri olan RPR kuvvetli pozitif, TPHA 1/80 kuvvetli pozitif, 1/6160 kuvvetli pozitif olarak bulundu. Yapılan BOS tetkikinde: Albümin %60, Pandy reaksiyonu (****), Nonne-Apelt (**), Werch Brodt (**), VDRL (****), Kolmer (****) olarak belirlendi.

Ayrıca EEG incelemesi sağ fronto-temporal bölgede ve sol fronto-temporal bölgede hafif bioelektrik aksama durumu göstermektedir, biçiminde rapor edildi.

Hastanın konfüzyonunun uzun sürmesi nedeni ile nöroloji kliniği ile işbirliği yapıldı. Daha sonra hastanın konfüzyonu düzeldi ve demansiyel tablo ortaya çıktı. Hasta irreversible global entellektüel yozlaşma ile, demans tablosu içinde hastaneden çıkarıldı.

OLGU: 3

40 yaşında, dul, ilkokul mezunu, işsiz, alkol kullanımı, saldırganlık, kendi kendine konuşma, evi yerine başkalarının evine girme, neşe ile durgunluk arasında değişen mizaç bozukluğu yakınmalarıyla hastanemize getirilen hasta yatırıldı. Servise kabul edildiğinde sorulara yanıt vermiyor ve çevresine boş gözlerle bakıyordu. Ayrıca gazim mevcuttu.

Wernicke-Korsakoff psikoza öntanısı ile iv. sıvı-B kompleks vitaminleri tedavisine alındı. Servise kabulünden 14 gün sonra iletişim kurulabildi. Fakat kişiye, yere dezoriente idi.

Aile öyküsünden 20 yıldan beri alkol aldığı, düzenli bir çalışma hayatı olmadığı, iki kez evlendiği, evlilik dışı ilişkileri nedeniyle boşandığı öğrenildi.

Hastanın konfüzyon nedeni araştırılırken yapılan VDRL (****0 olarak bulundu. Spesifikserolojik testler olarak RPR pozitif, TPHA 1/80 kuvvetli pozitif, 1/160 kuvvetli pozitif olarak bulundu.

Yapılan BOS incelemesinde: VDRL (****), albümin %60 olarak bulundu. Hastaya penisilin tedavisi başlandı. Delirium tablosu düzeldikten sonra Demans tablosu ortaya çıktı. Hasta bu tablo ile hastaneden çıkarıldı.

KAYNAKLAR

- 1- Harold, L. Kaplan, M.D., Benjamin J. Sandock-Comprehensive Textbook of Psychiatry IV (1985)
- 2- Dinçmen Kriton, Deskriptif ve Dinamik Psikiyatri (1969), Sağol Matbaası-İstanbul
- 3- Gürün Sami, Nöroloji (1975) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları-Ankara

CLOMIPRAMİNE VE DAVRANIŞÇI TEKNİKLERLE İYİLEŞTİRİLEN BİR FOBİK-ÖBSESİF OLGU

Yrd. Doç. Dr. Orhan DOĞAN*, Dr. Haluk GÜLMEZ**,

ÖZET: Bu yazıda 40 yaşında, bayan, fobik-obsesif belirtileri olan; clomipramine ve davranışçı sağaltım teknikleriyle iyileştirilen bir hasta sunulmaktadır.

A CASE WHO HAS PHOBIC—OBSESSIVE SYMPTOMS AND HAS BEEN TREATED TOGETHER

CLOMIPRAMINE WITH BEHAVIOR THERAPY

SUMMARY: In this paper, a case of 40 years old female patient who has phobic-obsessive symptoms and has been treated together clomipramine with behavior therapy techniques, has been presented.

GİRİŞ

20. yüzyıl başlarında Pavlov, Bechterev, Thorndike, Watson gibi araştırmacılar öğrenme ilkelerini ortaya koymuşlar; bu ilkeler daha sonra değiştirilerek öğrenme kuralları geliştirilmiştir. Deneysel çalışmaların ardından öğrenme ve davranış kuralları ruhsal bozuklukların sağaltımında uygulanmaya başlandı. Başlangıçta fobik bozukluklarda uygulanan davranışçı teknikler diğer nevrotik bozukluklarda, cinsel işlev bozukluklarında, girişkenlik eğitiminde ve çeşitli davranışları değiştirmekte geniş uygulama alanı buldu. 20. yüzyılım ikinci yarısında psikiyatri alanına giren bu teknikler giderek artan

biçimde ülkemizde de uygulanmaktadır (1,3,4,5,6,8).

Davranışçı teknikler o toplumda patolojik olarak görülen, bireyin yaşamını olumsuz olarak etkileyen ve öğrenmeyle sonradan kazanılan bozuk davranışın yeniden öğrenmeyle düzeltilmesi ilkesine dayanır. Davranışçı teknikler hasta bireyin de sağaltıma aktif katılımını gerektirir ve bir dizi egzersizleri yerine getirmelidir. Hasta ile sağlıklı bir hasta-terapist ilişkisinin kurulması ilk koşullardandır. Burada geçmişte çok, bugün önemlidir; o nedenle psikanalitik yaklaşıma burada pek rastlanmaz. Davranışçı teknikler uygun olgularda, eğitim görmüş terapistlerle ve iyi ilişki aracılığıyla çok başarılı sonuçlar vermektedir (2,3,4,5,7).

*Cumhuriyet Ü.T.F. Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

**Cumhuriyet Ü.T.F. Psikiyatri ABD Araştırma Görevlisi.

***XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresinde kurulmuştur. (19-23 Eylül 1988 Ankara)