

İdrar Kaçıran Hastalara Psikiyatrik Yaklaşım

Prof.Dr.M.Tayfun Turan
Erciyes ÜTF Psikiyatri AD
Türk Üroloji Akademisi İnkontinans Toplantısı
14 Mayıs 2016/Novotel-Kayseri

Mental durum neden önemlidir!

Belirtileri ortaya çıkartan, artıran ya da azaltan mental nedenler genelde ihmal edilmekte

Diyabeti olanlarda %60, depresyonu olanlarda %300 daha fazla UI görülmüş; genelde depresyon tanısı konmuyor ya da tedavisi yapılmıyor (Melville ve ark 2005)

Urge UI'luların en az 1/3'ünde, karma UI'luların ise 1/4'ünde psikiyatrik bir bozukluk bulunur (Melville ve ark 2002)

Tedavide davranışsal, bilişsel ve emosyonel olarak da hastanın yönetilmesi gerekiyor

- Depresyon
- Anksiyete
- Yaşam kalitesi
- Stigmatizasyon
- Nörotisizm
- Kişilik
- Utanma, öz-saygısında azalma, itici olma
- Kadınlar

Açıklığa kavuşması gereken konular

UI ve psikiyatrik hastalıklar arasındaki ilişki

- Rastlantısal mı?
- Benzer biyolojik etyoloji?
- İşlevsellik?
- Yaşam kalitesi?

MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK

Epidemiyoloji

- Yaşam boyu prevalans kadınlarda %15-25, erkeklerde %5-12
- Nokta prevalans kadınlarda %5-9, erkeklerde %2-3
- Kadınlarda yaklaşık 2 kat fazla
- Amerika'da major depresyonların ancak yarısı tedavi için başvurmaktadır (Türkiye'de daha az olsa gerek)

- Bütün toplumlarda Kadınlarda yaklaşık 2 kat fazladır. Bu durum hormon farklılıklara, çocuk doğurmaya, kadınların erkeklere göre daha çok psikososyal stresöre maruz kalmalarına bağlanmıştır ancak kesin olarak nedeni bilinmemektedir.
- Tüm yaşlarda görülürse de daha çok 40'lı yaşlarda başlar. Vakaların %50'si 20-50 yaşları arasındadır.
- Boşanmış veya ayrı yaşayan bireylerde evlilere göre daha sık görülür.
- Her toplumda ve toplumun her kesiminde aynı oranlarda görülür.

MAJÖR DEPRESYON DSM Ölçütleri:

- A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomların en az birinin ya depresif duygudurum ya da ilgi kaybı veya artık zevk alamama olması gerekir.
1. Ya hastanın kendisinin bildirmesi (Örneğin kendini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (örneğin ağlamaklı bir görünüm) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum. Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum olabilir.
 2. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan eskisi gibi zevk almıyor olma (hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere).
 3. Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması

4. Hemen her gün insomnia ya da hipersomnia olması
5. Hemen her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınınca da gözleniyor olması gerekir.)
6. Hemen her gün yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması
7. Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (sanrısız olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil.)
8. Hemen her gün düşünme ya da düşüncelerini yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hasta kendi söyler ya da başkaları farketmiştir)
9. Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölümden korkma olarak değil) özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar düşünceleri, intihar girişimi ya da özgül bir intihar tasarısının olması

- B. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
- C. Bu semptomlar bir madde kullanımının (kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (Örn: hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
- D. Bu semptomlar "Yas"la açıklanamaz, yani sevilen birinin kaybindan sonra bu semptomlar 2 aydan fazla sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor reterdasyonla belirlidir.

Sosyal fobi

Epidemiyoloji

- Yaşam boyu prevalansı % 3-13 arasındadır
- Kadınlarda erkeklere oranla daha fazladır.
- Genellikle ergenlik döneminde başlar.
- "Sosyal durum(lar) ile ilgili olarak başkalarının sürekli kendilerini izledikleri düşüncesine bağlı aşırı endişe ve korku"
- "Böyle durumlar karşısında küçük düşeceği, utanacağı düşüncesi"
- Kişi bu sosyal durumlar içinde yer almaktan kaçınır (kaçınma davranışı)

Copyright © The British Psychological Society

Reproduction in any form (including the internet) is prohibited without prior permission from the Society

463

British Journal of Health Psychology (2006), 11, 463–482
© 2006 The British Psychological Society



The
British
Psychological
Society

www.bpsjournals.co.uk

An investigation of the relationship between anxiety and depression and urge incontinence in women: Development of a psychological model

Sarah Perry^{1*}, Catherine W. McGrother² and Keith Turner³
and the Leicestershire MRC Incontinence Study Group

¹Social Services Psychology Team, Cornwall Partnership Trust, UK

²Department of Health Sciences, University of Leicester, UK

³School of Psychology – Clinical Section, University of Leicester, UK

UI ve depresyon birlikteliđi

- Depresyon ve değişmiş nörotransmitter sistemi mesanenin çalışma düzenini etkileyebilir ve detrusor kasılmalarını engelleyici etkisini ortadan kaldırmak suretiyle urge UI'a sebep olabilir
- Özellikle 5-HT ve 5-HT_{1A} önemli olabilir; üriner sistemi düzenleyen otonomik aktivitede de rol oynamaktadır
- 5-HT transporter gen polimorfizmleri
- Deney hayvanlarında beyinde 5-HT azlığı idrar sıklığına ve detrussör kas aktivitesinde artışa neden olmuş (Lee ve ark 2003)
- SSRI, SNRI, NE reseptör antagonistleri alt üriner sistemin merkezi kontrolünü etkilerler
- Depresyonda HPA aktivitesindeki artış mesanede fizyolojik değişiklikler yaparak UI'a neden olabilir

- Depresyon, nörotisizm ve UI arasında bir **genetik** ilişki olabilir
- Depresyon ileriki yıllarda UI riskini artırmaktadır, tersi ise geçerli değil (Melville 2009)
- Depresyon atakları hareketsizlik ve **obeziteye** neden olabilir
- Kronik sıkılganlık, sosyal izolasyon depresyona sebep olabilir
- Depresyon, mevcut UI şikayetlerini de artırır
- Depresyon urge UI'da SI'a göre daha fazla görülmekte
- Depresyonu olan hasta belirtilerini abartabileceği gibi tedaviye de uymayabilir!!

Anksiyete ve PB

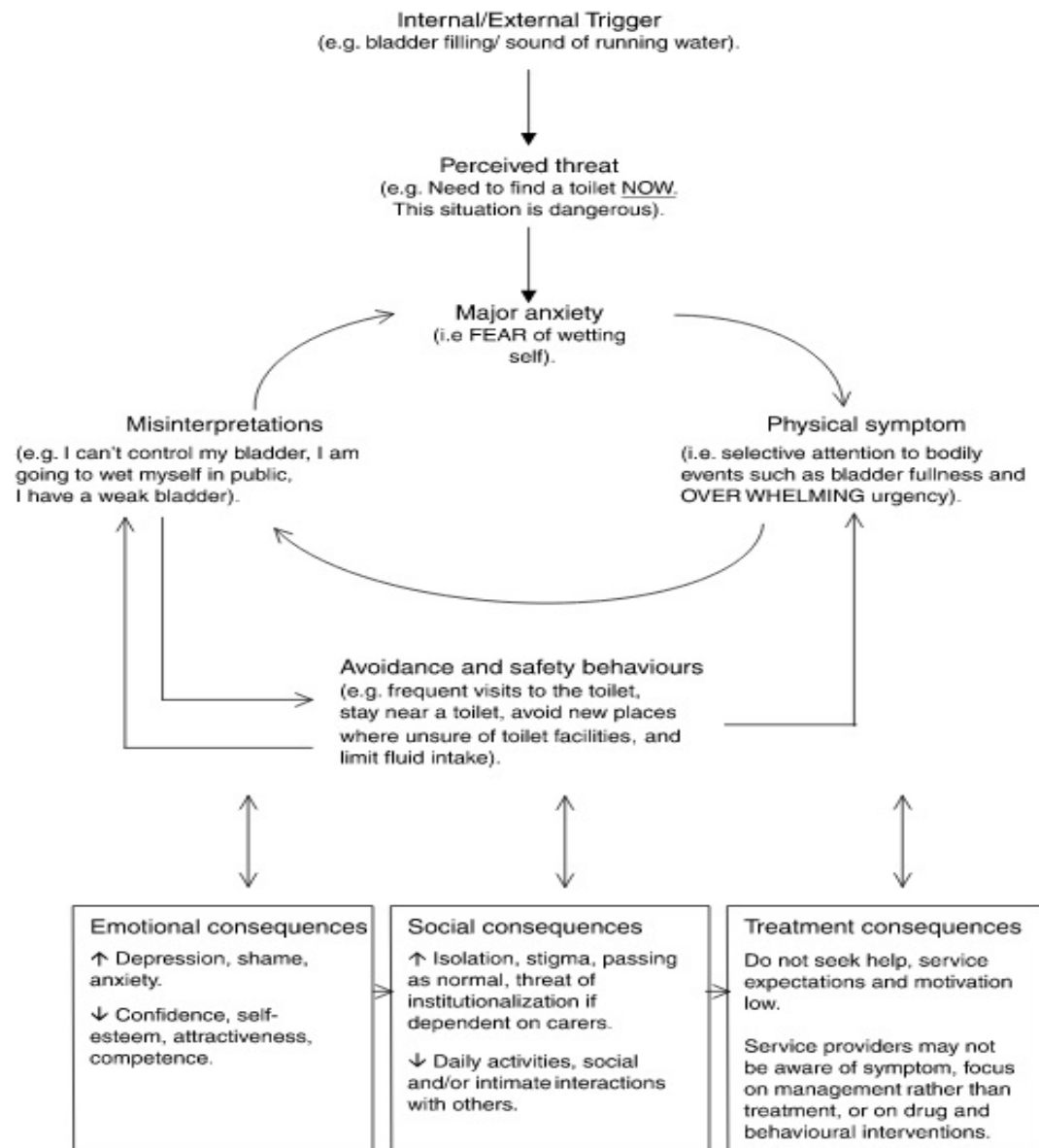
- Anksiyete %43-57 (Anksiyete; hem inkontinans yordayıcısı, hem de sonuç)
- UI olan kadınlarda olmayanlara göre %50 fazla görülüyor
- Urge UI ve karma UI'da SI'a göre daha sık
- Yaşam kalitesini düşürmüyor, ancak depresyonun da bulunması ile daha fazla düşürüyor
- Anksiyete inkontinans ataklarını tetikleyebilir
- "Damgalanma" anksiyete belirtilerine sebep olabilir

(Melville ve ark 2002)

Yaşam kalitesi

- İnsan ilişkilerinde kısıtlılık
- Evden uzaklaşmada kısıtlılık
- Kaygı, fobi
- Kaçınma davranışı (sosyal fobi benzeri)

Depresyonun varlığı yaşam kalitesini daha fazla düşürüyor



Tedavi, Yönetim

- Damgalanma kaygısı tedaviye başvuruyu etkileyebilir
- Hastanın beklentisi
- Toplum içinde kalmasını sağlamak
- Yaşam kalitesini artırmak
- Öncelikle, varsa depresyon, anksiyete gibi mental bozuklukların tedavisi uygun olur
- Hem psikiyatrik duruma hem de inkontinansa fayda sağlayacak antidepresanlar seçilebilir (Antidepresan ilaçlar; 5-HT agonistleri, SSRI, SNRI)

Open Journal of Psychiatry, 2015, 5, 60-65

Published Online January 2015 in SciRes. <http://www.scirp.org/journal/ojpsych>

<http://dx.doi.org/10.4236/ojpsych.2015.51009>



Cognitive Behavior Therapy of Urinary Incontinence Phobia: A Case Report

Tina Tan, Leslie Lim

Department of Psychiatry, Singapore General Hospital, Republic of Singapore

Email: leslie.lim.e.c@sgh.com.sg

Received 18 December 2014; accepted 11 January 2015; published 15 January 2015

Copyright © 2015 by authors and Scientific Research Publishing Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

BDT;

- Zihinsel yeniden yapılanma
- Dikkati dağıtılması
- Maruziyet
- Gevşeme eğitimi

SONUÇ

Hekimler inkontinanslı bir hastanın mental durumunu ihmal etmemeli, gerekirse psikiyatrist desteği alınmalı

Hastanın psikiyatrik bir hastalığı varsa inkontinans tedavisine uyum da zorlaşacaktır