

PSİKİYATRİ VE DİŞ HEKİMLİĞİ: EKSİK YAKLAŞILAN BAĞLANTI

PSYCHIATRY AND DENTISTRY: A INCOMPLETE CONNECTION

Hasan Hatipoğlu¹, Berceste Güler², Müjgan Güngör Hatipoğlu³

¹Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Diş Hekimliği Fakültesi / Periodontoloji
Doç.Dr.

ORCID ID: 0000-0002-1709-554x

² Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Diş Hekimliği Fakültesi / Periodontoloji
Dr.Öğr. Üyesi,

ORCID ID: 0000-0003-2440-6884

³ Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi,

Diş Hekimliği Fakültesi / Ağız, Diş ve Çene
Radyolojisi

Doç.Dr.,

ORCID ID: 0000-0003-1177-4012

Yazışma Adresi:

Doç. Dr. Hasan HATİPOĞLU

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi,

Diş Hekimliği Fakültesi/ Periodontoloji AD

Evliya Çelebi Kampüsü, Tavşanlı Yolu 10.km,

Kütahya/Türkiye

E-mail: periohasan@yahoo.de

Gönderim tarihi: 25 Ekim 2018

Kabul Tarihi: 10 Mart 2019

Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi

ISSN: 2146-9601

e-ISSN: 2147-2238

bsbd@balikesir.edu.tr

www.bau-sbdergisi.com

GİRİŞ

Ülkemizde psikiyatrik problem yaşayan hastaların sayısının ciddi derecede olduğu belirtilmiştir¹. Diş hekimliği, hastalarla birebir iletişim halinde olması ve özellikle son dönemlerde sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaşması nedeniyle toplumun geniş kitlelerine ulaşmaktadır. Diş hekimlerinin bu nedenle psikiyatrik sorunu bulunan kişilerle irtibat halinde olması kaçınılmazdır. Dental-psikiyatri ilişkisi birkaç yönden ele alınmalıdır. Öncelikle diş hekimleri bu psikiyatrik rahatsızlıklar ile kliniklerinde sıklıkla karşılaşabilirler. Diş hekimliği tedavilerinde karşılaşılan problemler kişide mevcut psikiyatrik sorunun büyümesi (anksiyete, fobi vb.) ile sonuçlanabilir^{2,3}. Diş hekimi psikojenik ağrı, yeme bozuklukları, madde bağımlılığı gibi durumlarda hasta ile karşılaşılan ilk kişi olabilir². Bu da diş hekiminin psikiyatrik

ÖZ

Diş hekimliği uygulamaları toplumun büyük bir kısmında yaygın bir şekilde yapılmaktadır. Yapılan değerlendirmelerde kişilerin psikiyatrik bir sorunla karşılaşma olasılıklarının yüksek olduğu bildirilmiştir. Dolayısıyla psikiyatrik sorunların diş hekimliği kliniklerinde sıklıkla karşılanması ihtimali bulunmaktadır. Psikiyatrik tablolarda kullanılan ilaçlar ve/veya hastalıklara eşlik eden klinik bulgular, hastaların dental tedavilerinde dikkat gerektiren unsurları ortaya çıkarmaktadır. Kronik psikiyatrik rahatsızlığı bulunan hastalarda genel topluma göre daha zayıf bir oral sağlık izlenmektedir. Bu hasta grubunda koruyucu diş hekimliği önlemlerinin özel bir yeri vardır.

Bu derlemedeki amaç toplumda sık izlenen ve diş hekimliği kliniğinde karşılaşılabilecek psikiyatrik hasta gruplarının özelliklerini ortaya koymak ve olası dental bulguları tartışmaktır.

Anahtar Kelimeler: Diş Hekimliği, Psikiyatri, Dental tedavi

ABSTRACT

It's known that facing a psychiatric problem throughout the life is common. Dental treatments and applications are widely used in most of the society. Therefore, such clinical problems may be encountered in dental clinics frequently. Drugs using in psychiatry clinic and/or accompanying clinical findings reveal the need for attention in dental treatment in psychiatric patients. People with chronic psychiatric disease have weaker oral health than the general population. Therefore, it is necessary to enhance preventive dental care in this population.

The aim of this review is to reveal the characteristics of psychiatric patient groups that can be encountered often in the dental clinic and discuss the effect of possible dental treatment processes.

Key words: Dentistry, Psychiatry, Dental Care

teşhis ve tedavi aşamalarında yer almasını sağlar. Özellikle diş hekimliği kliniklerinde temporomandibuler eklem (TME) rahatsızlıkları ve brüksizm sık izlenmektedir. Bu klinik durumların etiyojisi arzu edilen seviyede bilinmemektedir. TME rahatsızlıkları ve brüksizm ile ilgili psikosomatik komponentlerin de etkili olduğu düşünülmektedir. Bu klinik entiteler ile ilgili iki etiyojistik modelden bahsedilebilir. Birinci modelde (şekilsel) maksillomandibular ilişkinin değişmesi veya maloklüzyon sebep olarak değerlendirilirken, ikinci modelde (fonksiyonel) stres, gerilim ve kişilik özellikleri ön plana çıkmaktadır³. Öte yandan brüksizm, oral distoni ve tükürükteki değişiklikler (kserostomi) psikiyatrik hastaların tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri olarak ortaya çıkabilir².

Psikiyatri hastaları açısından bakıldığında önemli hususlardan biri de bu hasta grubunda oral problemlerin artmış olmasıdır⁴⁻⁷. Psikiyatrik rahatsızlığı bulunan hastalarda artmış bir tedavi gereksinimi olduğu belirtilmiştir^{7,8}. Sunulan bir çalışmada psikiyatrik tedavi amaçlı hastanede kalan bireylerde yapılan bir değerlendirmede, hastaların genel popülasyona göre oral sağlıklarının kötü olduğu, hastaların %68'inin restorasyon ve endodontik tedavi gereksinimi olduğu, %45'inin protetik rehabilitasyona ihtiyaç duyduğunu ve %49.5'inde periodontal ceplere rastlandığı ortaya konmuştur⁹. Yine yapılan bir çalışmada, 6-17 yaş arasında hastanede müşahade altında olan özellikle stres ile ilişkili rahatsızlığa sahip çocuklarda daha yüksek çürük prevalansı izlendiği bildirilmiştir¹⁰. Benzer şekilde diş hekimliği birimlerine başvuran psikiyatri hastalarında oral sağlığın kontrol gruplarına göre daha kötü olduğu belirtilmiştir^{11,12}. Bu durumlara rahatsızlığı bulunan kişinin genel-oral sağlığa ilgisinin azalması, oral hijyen – genel kişisel bakım alışkanlıklarını değiştirmesi, kötü alışkanlıklar edinmesi (alkol-madde bağımlılığı vb.) ve sosyal ilişkilerinin zayıflaması neden olabilmektedir⁴. Dental tedaviden korkup tedavi yaptırmama, diş fırçalamama gibi oral hijyen alışkanlıkları ihmal etme eğilimi olduğu ve oral sağlığın bu kişiler için bir öncelik taşımadığı önerilmiştir^{9,12}. Öte yandan Gürbüz ve ark.¹³ farklı ülkelerde yapılan çalışmaları derledikleri makalelerinde oral sağlığa yaş, cinsiyet, konulan psikiyatrik teşhis, hastanede kalma süresi ve kullanılan ilaçların da etkili olduğunu bildirmişlerdir. Bu derleme makalesinde, anksiyete-dental anksiyete, obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), duygu durum bozuklukları (depresyon, bipolar bozukluk), yeme bozuklukları, madde kullanımı, şizofreni, hipokondriasis gibi psikiyatrik rahatsızlıklar ve psikiyatride kullanılan başlıca ilaçların diş hekimliği kliniğinde oluşturduğu olası etkiler irdelenecektir.

Anksiyete-Dental Anksiyete

Anksiyete (korku), aslında zor durumlarda ve stres altında gerçekleşen olaylarda “normal” bir cevap olarak karşımıza çıkar ve kişileri olaylara karşı odaklamaya hazırlar. Anksiyete, artarak normal yaşam sürecine engel olması ile “patolojik” hale gelebilir. Kişilerin olaylara farklı tepki göstermesi doğaldır. Ancak aşırı tepki gösterme neticesinde sağlıklı düşünme ve olaylara mantıklı yaklaşım engellenebilir. Bu durumda anksiyete bozuklukları akla gelmelidir². Genel olarak anksiyete bozuklukları durumsal (*state*) ve sürekli (*trait*) anksiyete olarak ikiye ayrılabilir^{2,14,15}. Tehlikeli ve istenmeyen durumlarda durumsal anksiyete ortaya çıkar. Sürekli anksiyete ise bir neden yokken de var olan ve bir

nedenle, durumla karşı karşıya kalındığında uzun süreli ve şiddetli olan anksiyetedir^{2,14,15}. Durumsal anksiyetenin çevresel faktörlerden etkilendiği düşünülmektedir¹⁵. Üzerinde durulması gereken bir terim de “Kaygı”dır. Kaygı ile anksiyete farklı anlamlara gelen iki terimdir¹⁶. Diş hekimliği işlemlerinde hasta tarafından bilinmeyen uygulamaların oral bölgede gerçekleştirilecek olması korkuyu-kaygıyı farklı düzeylerde artırabilir. Geçmiş dental tedavi tecrübelerinin de dental anksiyete ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir¹⁷. Anksiyete, klinik uygulamalarda tedavi zamanının artması – tedavi kalitesinin düşmesi ve teşhiste hatalar gibi istenmeyen etkiler oluşturabilir^{18,19}. Öte yandan dental anksiyete ve kaygı, tükürükte kortizol konsantrasyon seviyesinin artışına neden olmaktadır²⁰. Genel vücut sağlığı açısından bakıldığında sistemik kortizol artışının kardiyovasküler olaylara ve hipertansiyona zemin hazırladığı bildirilmektedir²¹. Diş hekimliğinde anksiyete ülkemizde de çalışılan bir konudur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada dental anksiyetenin, genel anksiyete ile ilişkili olduğunu, gençler ve kadınlarda daha fazla olduğu ortaya konulmuştur²². Akarlan ve ark.²³ tarafından gerçekleştirilen başka bir değerlendirmede, sürekli anksiyete ile dental anksiyete ilişkili bulunmuş ancak incelenen dental parametrelerden “Decay-Missing-Filled Teeth” [(DMFT)- çürük-kayıp-dolgulu diş] indeks değerleri ile ilişkili bulunmamıştır.

Obsesif-Kompulsif Bozukluk

Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB), isminden de anlaşılacağı üzere iki ayrı kısımdan oluşmaktadır. Obsesyon, tekrarlayan istemsiz düşünceler ve fikirler normal yaşamı etkilemekte ve rahatsızlığın ikinci kısmı olan kompülsiyonlara zemin hazırlamaktadır. Hasta kompülsiyonlar ile obsesyonlara tepki olarak yerleşmeye başlayan anksiyeteye karşı stereotipik hareketler ile girişimde bulunur. Hastalar bu aşamada uygulanan ritüellerin farkında olabilir veya olmayabilir. Bu bozukluk kişiyi bir düşünce ve davranış döngüsüne hapseder ve kişi kendini kısıtlar^{24,25,26}. Bulaşma obsesyonu ve temizlik kompülsiyonu, kuşku obsesyonu ve kontrol kompülsiyonu, cinsel içerikli obsesyonlar, dini içerikli obsesyonlar, simetri/düzen obsesyon ve kompülsiyonları, dokunma kompülsiyonları, biriktirme ve sayma kompülsiyonları ve batıl itikatlar, uğurlu/uğursuz sayı ve renk gibi durumlar ve ritüeller bu konu başlığı altında irdelenebilir^{25, 26}. Bu ritüellerin oral kavitede de (Ör: belli durumlarda dişlerin belli sayıda birbirine değdirilmesi²⁴ veya aşırı fırçalama²⁷ gibi) veya dental ofiste (Ör: dental ünitenin kişinin gözünün önünde temizlenmesi ve belli bir oturma pozisyonu)²⁸ gerçekleştirilmesi olasılık dahilindedir. Bu hastalık grubuna ait dental literatürün daha çok vaka raporu olduğu göze çarpmaktadır.

Yukarıda da özellikleri değinilen OKB hastalarının oral durumlarının üzerinde çalışılması gereken bir konu olduğunu bu makalenin yazarları olarak düşünmekteyiz.

Duygu Durum Bozuklukları

Duygu durum bozuklukları, kişide işlev bozukluğuna neden olabilen, nöbetler şeklinde seyreden, nöbetler arasında iyilik dönemleri olabilen, döngüsel bir şekilde kişilerin duygularında değişimlere neden olan, tekrarlayan tarzda rahatsızlıklardır. En bilinenleri majör depresif bozukluk ve bipolar bozukluklardır. Depresyon; olumsuz koşullar üzerine bir tepki olarak ortaya çıkar. Benzer şekilde duygularda etkilenir, sürekli olabilen bu durum, günlük yaşamı ve işlevselliği bozabilir^{29, 30}. Bipolar bozukluk [(BPP); manik-depresif bozukluk], kişilerin düşünce, ruh hali ve davranışsal modellerinde (mani-depresyon gibi) farklı dönemsel değişiklikler gözlenen bir rahatsızlıktır. Genel olarak dönemsel değişiklikler önceden kestirilemez ve bu dönemlerin süresi farklı olabilir³¹. Manik dönemler hiperaktif bir dönem ile karakterizedir. Depresif dönemde ise üzüntü, iştah kaybı, ilgisizlik, uykusuzluk ve azalmış enerji gibi bulgular izlenir. Yine bu rahatsızlık çerçevesinde intihar oranlarının arttığı bilinmelidir^{31,32}. Dental açıdan bakıldığında hastanın kullandığı ilaçlar ve genel durumu hakkında doktoru ile temasa geçilmesinde yarar vardır. Kullanılan ilaçların etkisiyle oluşabilen tükürük azlığı, yutkunma güçlüğü oluşması söz konusu olabilir. Depresif safhada olan hastada, dental açıdan istenilen tedavi sonuçlarının (oral hijyen sağlanması vb.) elde edilebilmesi zorlaşacaktır. Öte yandan manik fazda olan hastada aşırı hijyen uygulamaları neticesinde servikal abrazyonların oluşması olasılık dahilindedir³². Geç dönem depresyonunda, diş hekimliği kliniği yönünden bakıldığında karyojenik bir diyet, hızlı çürük oluşumu, artmış periodontal hastalıklar ve ağız kuruluğu izlenebilmektedir³³. Duygu durum bozukluklarında özellikle BPP' da madde kötüye kullanımının arttığı bilinmektedir³¹. Bu durumda oral kavite de göz önünde bulundurulmalıdır. Bu bireylerde implant ve sabit protez planlamaları vakaya özgün olarak oluşturulmalıdır. Mevcut oral durumları iyice irdelenmeli varsa olumsuz etkiler (ağız kuruluğu, brüksizm vb.) elimine edildikten sonra hasta bu tedaviye aday olmalıdır.

Yeme Bozuklukları

Yeme bozukluklarında genetik, psikolojik, biyolojik, sosyal ve kültürel faktörler önemli yer tutar³⁴. Bu kısımda anoreksiya nervosa ve bulimia nervosa'dan bahsedilecektir. Anoreksiya nervosa da birey zayıflamak, kilo almamak için besin alımını ciddi anlamda kısıtlamaktadır. Bulimia nervosa da mevcut bulgular yemek yemede kontrolsüz davranışlar, isteyerek istifra

etmek, aşırı diüretik, aşırı laksatif kullanımı ve ekzersizlerdir³⁵. Bazı otoriteler iki ana durumu farklı klinik entiteler olarak gözlemlerken, bazı otoriteler ise bulimia nervosa anoreksiya nervosa'nın bir değişik formu olarak görmektedir³⁵. Oral bulgu olarak anoreksiya nervosada ağız kuruluğu, büyümüş parotis bezi ve atrofik oral mukozaya göze çarparken, bulimia nervosada diş erozyonları, diş hassasiyetleri, ağız kuruluğu, diş çürükleri, periodontal hastalıklar, büyümüş parotis bezi ve kötü oral hijyen izlenmektedir. Bulimia nervosada dişlerin erozyon şekli kronik alkol tüketimi ve gastroözofageal reflü hastalarına benzer olup dişlerin lingual-palatal yüzeyleri etkilenmektedir³⁵. Brezilya'da yapılan ve yeme bozukluğu bulunan ile bulunmayan grupların karşılaştırıldığı bir araştırmada, yeme bozukluğu olanlarda özellikle molar dişlerde aşınmaların anlamlı olduğu ve aşınmaların oral alışkanlıklar (bir obje ısırma vb.) ve TME ağrıları ile ilişkili bulunduğu bildirilmiştir³⁶. İstifra sıklığı, istifra süresi ile oral hijyen ve erozyonlar arasında bir ilişkiye rastlanılmamıştır³⁷. Bu tarz bulgular ile karşılaşılmaması durumunda diş hekimi psikiyatrik tedavi basamağına gereken yönlendirmeleri yaparak katkıda bulunabilir. Mevcut yemek yeme bozukluğu düzelmeden dental tedavi planı yapmak zordur. Flor uygulamaları, tükürük yapısını taklit eden gargaraların kullanılması ve protetik restorasyonlar diş yapısının daha fazla etkilenmemesi bakımından gündeme gelebilir.

Madde Kullanım Bozuklukları

Madde kullanım bozukluklarını kısaca madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı olarak değerlendirmek mümkündür. Madde kötüye kullanımının, madde bağımlılığına nazaran daha hafif bir bozukluk olduğu bildirilmiştir³⁸. Kullanımı suistimal edilen başlıca ajanlar alkol, esrar, eroin, kokain, amfetamin, metamfetamin, ketamin, liserjik asid dietilamit (LSD) vb. maddelerdir³⁹. Bu derleme makalesinde bütün kullanımının zararları üzerinde geniş kapsamı nedeniyle durulmayacaktır. Maddelerin kötüye kullanılması ve madde bağımlılığı bulunan bireylerin oral kavitesinde kötü oral hijyen, artmış çürük oluşumu ve ağız kuruluğu sık izlenen değişikliklerdir. Öte yandan dişlerin oklüzal yüzeylerinin aşınması ve brüksizm sıklıkla izlenebilir^{39, 40, 41}. Maksillofasiyal travma madde ve alkol bağımlılarında sık izlenen bir tablodur. Yine tat almada değişiklik bu bireylerde izlenen bir klinik durumdur. Alkol kullanan bireylerde genellikle siroz gelişimi ile yanlış-eksis beslenme durumları, parotis bezlerinin çift taraflı ağrısız büyümesi ve kendine has bir ağız kokusu ortaya çıkabilir. Beslenme bozukluklarına bağlı olarak oral kavitede glossit, dudaklarda chellitis ve dil papillalarında kayıp izlenebilir. Vitamin K yetersizliği, portal hipertansiyon ve

splenomegali dişetlerinde kanamaya, ekimoz ve Öte yandan madde kullanan hastalar artmış Hepatit B, HIV gibi viral ve bakteriyel (Neisseria gonorrhoeae, Treponema pallidum ve Mycobacterium tuberculosis) enfeksiyon riskleri altındadırlar^{39,41}. Alkol ve sigara kullanımının oral skuamöz hücreli karsinomaların oluşumlarında etkili olduğunu unutmamak gerekir⁴².

Şizofreni

Şizofreni alevlenme ve remisyonlar ile karakterize kronik mental bir hastalıktır. Bu hastalık halk sağlığı açısından önemli bir yer tutmaktadır⁴³. Şizofreni semptomları pozitif (gerçekle ile temasın kaybı, halüsinasyonlar, dağınık konuşma ve davranış gibi), negatif (sosyal olarak geri çekilme, anhedoni ve azalmış inisiyatif ve enerji gibi) ve kognitif olmak üzere üç ana başlıkta incelenebilmektedir⁴⁴. Yapılan bir çalışmada, şizofreni hastalarının kontrol grubuna göre daha fazla çürük ve kayıp dişlere sahip olduğu ve tedavi gereksinimlerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir⁴⁵. Şizofreni bulunan bireylerde ilerlemiş yaş, sigara kullanımı, tremor durumu ve daha seyrek diş fırçalaması daha büyük DMFT skorları ile ilişkili bulunmuştur⁴⁶. Periodontal hastalık bakımından şizofreni hastalarının daha büyük bir risk altında olduğunu belirten literatür bilgisi mevcuttur⁴⁷. Uzun süredir şizofreni söz konusu olan hastalarda gingival, plak indeksleri ve cep derinliği ölçümlerinin artmış olduğu bildirilmektedir⁴⁸. Birinci kuşak antipsikotik ve antihipertansif kaynaklı hiposalivasyon tedavi edilen diş çürüğü riskinin artmasıyla ilişkili olarak gözlemlenmiştir⁴⁹. Antipsikotik ilaçlardan kaynak alan ağız kuruluğunun, periodontal hastalığın ve çürükler nedeniyle hastaların dental sağlık hizmeti sunan birimlere başvurması olasılık dahilindedir⁵⁰. Dental tedavi hizmeti sağlayıcıların ağız kuruluğu haricinde yutma zorluğu, çiğneme sırasında spazm, tekrarlayan oral ülserler ve oral kandida ile karşılaşma ihtimali vardır⁵¹.

Hipokondriazis

Hipokondriazis, kişinin zihninin hastalığa yakalanma korkusu veya belirli bir bedensel şikayete-hastalığa sahip olduğu inancı ile sürekli meşgul olmasıdır². Bu durumda olan kişiler altta yatan herhangi bir etiyoloji olmaksızın belli bulgulardan şikâyet edebilir. Diş hekimliği kliniklerine farklı klinik özellikler ile bu tarz hastaların başvurması olasılık dâhilindedir. Bu kişiler gerek tıbbi gerekse diş hekimliği tedavileri aşamasında yanlış yönlendirmelere ve tedavilere sebebiyet verebilmektedir⁵². Bu tarz hastaların dental tedaviye başlamadan önce tespit edilmesi durumunda ilk etapta psikiyatrik yardım için ilgili uzmana yönlendirilmesi önerilmektedir. Zira nedensiz tekrarlanan

peteşilerin izlenmesini sebep olabilir. değerlendirmeler hastalık inançlarını güçlendirecek ve mevcut durumu daha da kötüleştirebilecektir².

Psikiyatride Kullanılan İlaçların Diş Hekimliği Kliniğinde Oluşturduğu Etkiler

Psikiyatride kullanılan ilaçların oral kaviteye etkileri (direk-indirek) vardır. Dental tedavide kullanılan ilaçların, psikiyatride kullanılan ilaçlar ile etkileşme potansiyeli bulunmaktadır. Ağız kuruluğu ilaçların neden olduğu ve en sık izlenen yan etkidir. Ağız kuruluğu ile mukozanın kayganlaşması azalmakta bu da özellikle parsiyel-total protez kullanan bireylerde mukozal yaralanma riskini artırmaktadır^{53, 54}. Psikiyatride kullanım alanı bulan başlıca ilaçlar kısaca şu şekilde sıralanabilir: Sedatif anksiyolitikler (ör: benzodiyapinler), antidepresanlar (monoamin oksidaz inhibitörleri [(MAO inhibitörleri), ör: fenelzin], trisiklik antidepresanlar [(TA), ör: amitriptilin], selektif serotonin geri alım inhibitörleri [(SSRI), ör: fluoksetin, paroksetin, sertralin], atipik antidepresanlar (ör: trazodon, venlafaksin, bupropion, nefazodon), antipsikotik ilaçlar (ör: trifluoperazin, klorpromazin, risperidon, olanzapin), antimanik ilaçlar (ör: lityum) ve antikonvülzan ilaçlar (ör: karbamazepin, gabapentin, pregabalin, lamotrijin, topiramet, valproik asit.)^{55, 56}. Diş hekimliği kliniğinde ve hastalarında dikkat edilmesi gereken hususlar ilaç gruplarına göre aşağıda belirtilmiştir.

-Sedatif anksiyolitikler: Bu grupta olan ilaçlar ağız kuruluğu veya salya artışının izlenmesi en sık gözlenen yan etkilerdir. Tat alma bozuklukları da izlenebilir³². Bu ilaçları (ör. benzodiazepin) kullanırken özellikle makrolid antibiyotiklerin kullanımında dikkatli davranılmalıdır (yüksek serum düzeyleri-uzamış yarılanma ömrü)⁵⁵.

-Antidepresanlar: Hiposalivasyon bu ilaç grubunda sıklıkla izlenen bir yan etkidir⁵⁷. Bu ilaç grubunun tükürük sekresyonuna etki etmesi ile artmış oral enfeksiyon riskinin ve artmış çürük gelişiminin görülebileceği bilinmektedir. Hiposalivasyon ağız kuruluğu, susama hissi, özellikle gece beliren oral şikâyetler, yanma hissi, artmış periodontal hastalık, ilerleyen çürük gelişimi gibi şikâyetlere sebep olmaktadır⁵⁷. Yine reçete edilen farklı ilaçlar ile antidepresanlar arasında etkileşim izlenmektedir. Örneğin SSRI ile diş hekimliği kliniklerinde sıklıkla reçete edilen non-steroid antienflamatuar ilaçlar (NSAI) arasında ilaç etkileşimi nedeniyle gastrointestinal kanama riskinin arttığı rapor edilmiştir⁵⁵. Parasetamol ile TA arasında olası bir ilişkiden bahsedilmektedir⁵³. Öte yandan TA'lar antikolinergik ve norepinefrinin semptomimetik etkilerini artırmaktadır.

Bu olası etkileşim nedeniyle TA kullanan hastada epinefrin/levonordefrin içeren ilaçların (vazokonstriktör içeren lokal anestezipler vb.) kullanımında azami dikkat gösterilmelidir⁵⁵. Antidepresanlarda (ör: paroksetin, sertralin) oral bölgede yan etki olarak izlenen bir diğer durumda diş sıkma alışkanlıklarının oluşması veya şiddetlenmesidir^{58, 59}. Bu durum hastalarda dikkatle bir şekilde izlenmeli ve gerekli önlemler (ör. plak yapımı vb.) alınmalıdır. Yine mandibuler distoninin sertralin kullanımına bağlı olarak geliştiği rapor edilmiştir⁵⁹.

-Antipsikotik ilaçlar: ile ağız kuruluğu, salya artışı, yutma zorluğu, tat duyusunda bozukluk, stomatitis, gingivitis, glossit, dilde ödem, dilde renk değişikliği, bruksizm gibi yan etkilere rastlamak mümkündür³².

-Antimanik ilaçlar: Lityum karbonat alan hastalarda ağız içinde likenoid benzeri lezyonların izlendiği stomatit tablosunun izlenebildiği rapor edilmiştir⁶⁰. Yine nonspesifik stomatit bulguları lityum tedavisi alanlarda gözlenmiştir⁶¹. Lityumun toksisite bakımından NSAİ'lar ve metronidazol ile etkileşimi vardır⁵⁵.

-Antikonvülzan ilaçlar: Bu grupta yer alan ilaçlar (sodyum valproat, karbamazepin) ağız kuruluğu, tat alma bozukluğu ve glossit gibi yan etkiler ortaya koyabilir.³² Diş hekimliğinde özellikle asetaminofen ve makrolid grubu antibiyotik ile toksisite bakımından etkileşim bildirilmiştir⁵⁵. Öte yandan sodyum valproat gibi antikonvülzan ilaçlar dişeti büyümelerine neden olabilmektedir⁶².

Diş hekimleri sistemik rahatsızlıklara verdikleri önemin bir benzerini psikiyatrik rahatsızlıklar için de göstermelidir. Diş hekimliği kliniğinde karşılaşılabilecek psikiyatrik rahatsızlıklar için artmış bir bilgi birikimine ihtiyaç vardır. Bu durum diş hekimliği mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası verilecek eğitimlerle sağlanabilir. Bu rahatsızlığa sahip bireylerden alınan anamnezlerin detaylandırılarak oral kavitenin durumunu ortaya koyan kapsamlı çalışmaların hala önemini koruduğuna inanmaktayız. Psikiyatri hekimleri ile yapılacak görüş alışverişleri ile hastada mevcut psikiyatrik hastalık ve bunlara bağlı semptomların giderilmesine ve tedavisine yardımcı olunabilir.

KAYNAKLAR

1. TC. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023), Ankara 2011., http://www.istanbulsağlik.gov.tr/w/sb/halksag/belge/mevzuat/ulusal_ruh_saglik_eylem_plan.pdf Erişim Tarihi: 30.7.2018.
2. Brown S, Greenwood M, Meechan JG. General medicine and surgery for dental practitioners. Part 5-Psychiatry. *Br Dent J*. 2010; 209(1):11-16.
3. Bathla M, Chandna S, Mehta DS, Grover HS. Dentistry and Psychiatry: It's Time to Bridge the Gap. *Delhi Psychiatry Journal*. 2015; 18 (1):20-24.
4. Jovanovic S, Milovanovic SD, Gajic I, Mandic J, Latas M, Jankovic L. Oral health status of psychiatric in-patients in Serbia and implications for their dental care. *Croat Med J*. 2010; 51(5):443-450.
5. Arnaiz A, Zumárraga M, Díez-Altuna I, Uriarte JJ, Moro J, Pérez-Ansoarena MA. Oral health and the symptoms of schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2011; 188(1):24-28.
6. Chu KY, Yang NP, Chou P, Chiu HJ, Chi LY. Comparison of oral health between inpatients with schizophrenia and disabled people or the general population. *J Formos Med Assoc*. 2012; 111(4): 214-219.
7. Ramon T, Grinshpoon A, Zusman SP, Weizman A. Oral health and treatment needs of institutionalized chronic psychiatric patients in Israel. *Eur Psychiatry*. 2003; 18(3): 101-105.
8. Farhadmollashahi L, Lashkaripour K, Bakhshani NM, Faghihinia M. Dental Health Status in Hospitalized Psychiatric Patients in Sistan and Baluchestan Province, Iran. *Health Scope*. 2014; 3(4):e21626.
9. Teng PR, Su JM, Chang WH, Lai TJ. Oral health of psychiatric inpatients: a survey of central Taiwan hospitals. *Gen Hosp Psychiatry*. 2011; 33(3): 253-259.
10. Schüler IM, Bock B, Heinrich-Weltzien R Et al. Status and perception of oral health in 6-17-year-old psychiatric inpatients—randomized controlled trial. *Clin Oral Invest*. 2017; 21(9): 2749-2759.
11. Grewal H, Sharma H, Rajpal, Bhatia MS, Choudhary R. Oral Health of Non-Institutionalized psychiatric patients: A Dentist Perception. *Delhi Psychiatric Journal*. 2014;17(1):44-47.
12. Sacchetto MSL, Andrade NS, Brito MHSF, Lira DMMP, Barros SSLV. Evaluation of oral health in patients with mental disorders attended at the clinic of oral diagnosis of a public university. *Rev Odontol UNESP*. 2013; 42(5): 344-349.
13. Gürbüz Ö, Altınbaş K, Kurt E. Psikiyatrik Hastalarda Ağız Sağlığı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011; 3(4):628-646.
14. Karaoglu N, Bulut S, Baydar A, Carelli F. Aile hekimlerinde durumluk ve sürekli anksiyete düzeyi: Bir vaka kontrol çalışması. *Türk Aile Hek Derg*. 2009; 13(3): 119-126.
15. Lau JYF, Eley TC, Stevenson J. Examining the State-Trait Anxiety Relationship: A Behavioural Genetic Approach. *J Abnorm Child Psychol*. 2006; 34(1):19-27.
16. Zafersoy Akarşlan Z, Erten H. Diş hekimliği korkusu ve kaygısı, *Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*. 2009; 33(1):62-68.
17. Brukiene V, Aleksejuniene J, Balciuniene I. Is dental treatment experience related to dental anxiety? A cross-sectional study in Lithuanian adolescents. *Stomatologija*.2006; 8(4):108-115.

18. Smyth JS. Some problems of dental treatment. Part 1. Patient anxiety: some correlates and sex differences. *Aust Dent J.* 1993; 38(5):354-359.
20. Benjamins C, Asscheman H, Schuurs AH. Increased Salivary Cortisol in Severe Dental Anxiety. *Psychophysiology.* 1992; 29(3):302-305.
21. Whitworth JA, Williamson PM, Mangos G, Kelly JJ. Cardiovascular consequences of cortisol excess. *Vasc Health Risk Manag.* 2005; 1(4):291-299.
22. Pekkan G, Kılıçoğlu A, Hatipoğlu H. Relationship between dental anxiety, general anxiety level and depression in patients attending a university hospital dental clinic in Turkey. *Community Dent Health.* 2011; 28(2):149-153.
23. Akarlan ZZ, Erten H, Uzun Ö, İşeri E, Topuz Ö. Relationship between trait anxiety, dental anxiety and DMFT indexes of Turkish patients attending a dental school clinic. *East Mediterr Health J.* 2010; 16(5):558-562.
24. Herren C, Lindroth J. Obsessive Compulsive Disorder. *J Contemp Dent Pract.* 2001; (2)3: 41-49.
25. Karamustafaloğlu KO. Obsesif Kompulsif Bozukluk. <http://turkishfamilyphysician.com/wp-content/uploads/2016/08/C1-S1-obsesif-kompulsif-bozukluk.pdf> (Erişim Tarihi: 30.07.2018).
26. Türkiye Psikiyatri Derneği, Anksiyete Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi. Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Hastalar ve yakınları için rehber. <http://www.psikiyatri.org.tr/halkayonelik/29/obsesif-kompulsif-bozukluk> (Erişim Tarihi:30.07.2018).
27. Arora L, Shahi N, Sharma A, Philip S, Singh AIP. Dental Manifestations of Obsessive Compulsive Disorder: A Case Series. *Delhi Psychiatry Journal.* 2013; 16(1):115-119.
28. Ahuja R, Shigli AL, Thakur G, Jain U. Juvenile obsessive compulsive disorder in a paediatric dentistry set-up. *BMJ Case Rep.* 2015; 2015. Pii: bcr2015209864.
29. Savrun BM, Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi <http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/17/1701ms.pdf> (Erişim Tarihi:30.07.2018).
30. Friedlander AH, West LJ. Dental management of the patient with major depression. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1991; 71(5):573-578.
31. Clark DB. Dental Care for the Patient with Bipolar Disorder. *J Can Dent Assoc.* 2003; 69(1):20-24.
32. Friedlander AH, Friedlander IK, Marder SR. Bipolar I disorder Psychopathology, medical management and dental implications. *J Am Dent Assoc.* 2002; 133(9): 1209-1217.
33. Friedlander AH, Friedlander IK, Gallas M, Velasco E. Late-life depression: its oral health significance. *Int Dent J.* 2003; 53(1):41-50.
34. Steinberg BJ, Medical and Dental Implications of Eating Disorders. *J Dent Hyg* 2014; 88(3): 156-159.
35. Little JW. Eating disorders: Dental implications. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002; 93(2):138-143.
36. de Carvalho Sales-Peres S, Araújo J, Marsicano J, Bastos J. Prevalence, severity and etiology of dental wear in patients with eating disorders. *Eur J Dent.* 2014; 8(1): 68-73.
19. Eli I. Dental anxiety: a cause for possible misdiagnosis of tooth vitality. *Int Endod J.* 1993; 26(4):251-253.
37. Frydrych AM, Davies GR, McDermott BM. Eating disorders and oral health: A review of the literature. *Aust Dent J.* 2005; 50: (1):6-15.
38. Güleç G, Köşger F, Eşizoğlu A. DSM-5'te Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2015; 7(4):448-460.
39. Drug and Alcohol Abuse,"Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL (eds). Dental Management of the Medically Compromised Patients. 8. baskı." kitabında s.562-574, Mosby, USA (2012).
40. Hamamoto DT, Rhodus NL. Methamphetamine abuse and dentistry. *Oral Dis.* 2009; 15(1):27-37.
41. Epstein JB: Dental Correlations, "Rose LF, Kaye D, (eds): Internal Medicine for Dentistry. editors. 2. baskı" kitabında s.755-770, The C.V.Mosby Company, USA (2012).
42. Hema KN, Smitha T, Sheethal HS, Mirnalini SA. Epigenetics in oral squamous cell carcinoma. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2017; 21(2):252-259.
43. Đorđević V, Đukić Dejanović S, Janković L, Todorović L. Schizophrenia and Oral Health - Review of the Literature. *Balk J Dent Med.* 2016; 20: 15-21.
44. Kahn RS, Sommer IE, Murray RM, et al. Schizophrenia. *Nat Rev Dis Primers.* 2015; 1: 15067.
45. Velasco-Ortega E, Monsalve-Guil L, Ortiz-Garcia I, Jimenez-Guerra A, Lopez-Lopez J, Segura-Egea JJ. Dental caries status of patients with schizophrenia in Seville, Spain: a case-control study. *BMC Res Notes.* 2017; 18; 10(1):50.
46. Tani H, Uchida H, Suzuki T Et al. Dental conditions in inpatients with schizophrenia: a large-scale multi-site survey. *BMC Oral Health.* 2012; 12: 32.
47. Eltas A, Kartalçı S, Eltas SD, Dündar S, Uslu MO. An assessment of periodontal health in patients with schizophrenia and taking antipsychotic medication. *Int J Dent Hyg.* 2013; 11(2):78-83.
48. Shetty S, Bose A. Schizophrenia and periodontal disease: An oro-neural connection? A cross-sectional epidemiological study. *J Indian Soc Periodontol.* 2014; 18(1):69-73.
49. Hu KF, Chou YH, Wen YH et al. Antipsychotic medications and dental caries in newly diagnosed schizophrenia: A nationwide cohort study. *Psychiatry Res.* 2016; 245: 45-50.
50. Moś DM. Saliva secretion disorder in a schizophrenic patient - a problem in dental and psychiatric treatment: a case report. *Ann Gen Psychiatry.* 2015; 14: 14.
51. Yaltirik M, Kocaelli H, Yargic I. Schizophrenia and dental management: review of the literature. *Quintessence Int.* 2004; 35(4): 317-320.
52. Uguz Ş, Aydın H, Yurdagül E. Monosemptomatik Hipokondriasis: Bir Olgu Sunumu. *Klinik Psikiyatri* 2003; 6:240-243.
53. Lambrecht JT, Greuter C, Surber C. Antidepressants relevant to oral and maxillofacial surgical practice. *Ann Maxillofac Surg.* 2013; 3(2): 160-166.

54. Turner LN, Balasubramaniam R, Hersh EV, Stoopler ET. Drug therapy in Alzheimer disease: An update for the oral health care provider. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008; 106(4): 467–476.
55. Becker DE. Psychotropic Drugs: Implications for Dental Practice. *Anesth Prog.* 2008; 55(3): 89-99.
56. Attri JP, Bala N, Chatrath V. Psychiatric patient and anaesthesia. *Indian J Anaesth.* 2012; 56(1): 8–13.
57. Peeters FPML, deVries MW, Vissink A. Risks for Oral Health with the use of Antidepressants. *Gen Hosp Psychiatry.* 1998; 20(3): 150–154.
58. Kishi Y. Paroxetine-Induced Bruxism Effectively Treated With Tandospirone. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2007; 19(1):90-91.
59. Uvais NA, Sreeraj VS, Sathish Kumar SV. Sertraline induced mandibular dystonia and bruxism. *J Family Med Prim Care.* 2016; 5(4): 882–884.
60. Hogan DJ, Murphy MD, Burgess WR, Epstein JD, Lane PR. Lichenoid stomatitis associated with lithium carbonate. *J Am Acad Dermatol.* 1985; 13(2 Pt 1):243–246.
61. Bar Nathan EA, Brenner S, Horowitz I. Nonspecific stomatitis due to lithium therapy. *Am J Psychiatry.* 1985; 142(9):1126-1127.
62. Joshipura V. Sodium valproate induced gingival enlargement with pre-existing chronic periodontitis. *J Indian Soc Periodontol.* 2012; 16(2): 278–281.

