

## Psikiyatrik Tedavi Gören Hastaların Dişhekimliği Pratiği Açısından Önemi

### *The Importance Of Patients With Psychiatric Therapy For The Dental Practice*

**Habibe Öztürk, Gökçen Ateş**

Çanakkale Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

#### ÖZ

Uzun süreler mağdur oldukları ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen psikiyatrik bir hastalığı olan bireyler ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden yeterince faydalanamayan özel bir hasta grubunu oluşturmaktadır. Bu hastalarda, kronik psikiyatrik hastalıklar ve bunların tedavileri sırasında kullanılan ilaçların yan etkileri sonucunda ağız içi ve ağız çevresi dokularda bazı değişimler meydana gelir. Bu değişimler ağız kuruluğu, yanma, tat bozukluğu, brüksizm ve TME bozuklukları olarak sıralanabilir. Psikiyatrik hastalığın tanısı ve tedavisinde kullanılan ilaçların bilinmesi tedavi gerek tedavi edici gerekse koruyucu tedavi planlamasında çok önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Psikiyatrik bozukluk, psikotropik ilaç, ağız-diş bakımı

#### ABSTRACT

*Individuals who suffer from long periods of time and have a psychiatric illness that adversely affects their quality of life constitute a special group of patients who can not benefit adequately from oral and dental health services. In these patients, side effects of drugs used during chronic psychiatric diseases and their treatments lead to some changes in the oral and oral tissues. These changes can be listed as mouth instability, burning, taste disorders, bruxism and TME disorders. The recognition of the drugs used in the diagnosis and treatment of psychiatric illness is very important in the treatment, treatment and preventive treatment planning.*

**Keywords:** *Psychiatric disorders, psychotropic drug, dental care*

#### GİRİŞ

Kronik psikiyatrik hastalıklar, uzun süre etkilendiği ve tedavi için sık sık hastanede yatmasına neden olduğu için kişinin iş ve sosyal hayattaki performanslarını önemli oranda etkilemektedir (1). Bu nedenle psikiyatrik tedavi gören hastalar, ağız ve diş hastalıklarından çok fazla etkilenir ve dişhekimliği hizmetleri açısından özel grubu oluşturmaktadır (2).

Psikiyatrik hastalığı olan bireylerde ağız ve diş sağlığının yaş, cinsiyet, psikiyatrik tanı, hastalık süresi, hastanede kalma süresi ve tedavi için kullanılan ilaçlar gibi faktörlerden etkilendiği görülmektedir (3). Bu hastalarda diş eksikliği ve çürük diş sayısı toplum geneline kıyasla daha yüksek olup, dolgu sayısı daha azdır. Bunun yanı sıra hastanede yatan psikiyatrik hastalarda en çok karşılaşılan durum ise aşırı ilerlemiş periodontal hastalıklardır (4,5).

Tedavi sırasında hasta uyumu yeterli olmadığı için bu hastalarda dolgu ve kanal tedavisi gibi restoratif diş tedavileri yerine diş çekimi düşünülmektedir. Bu nedenle hastalar koruyucu diş tedavilerinden yeterince faydalanamamaktadır (6,7). Bunun sonucunda zamanla

diş eksikliği sayısı arttıkça hastanın protetik tedavi seçenekleri de azalmaya başlamaktadır.

Kronik psikiyatrik hastaların ağız sağlığının değerlendirildiği çalışmaların birçoğu şizofreni ve major depresyon hastalarını ele almaktadır. Fakat demans, şizofreni ve bipolar bozukluk en sık tanı konulan kronik psikiyatrik hastalıklar olmasına rağmen literatürde bipolar ve obsesif kompulsif bozukluğu olan kişilerin ağız sağlığına ilişkin yeterli veri yoktur (3).

Bu çalışmada, en çok tanısı konulan psikiyatrik hastalıklar ve tedavilerinin dişhekimliği pratiği açısından önemini araştırmak amacıyla ilgili literatür geriye dönük olarak ulusal ve uluslararası arama motorlarında 'psikiyatrik bozukluk, psikotropik ilaç ve ağız-diş bakımı' anahtar sözcükleri ile taranmıştır. Tarmanın sonucunda 1981-2018 arasında yayınlanmış araştırmalardan elde edilen veriler incelenerek bu konu ile ilgili literatür derlemesi yapılmıştır.

## ***Kronik Psikiyatrik Hastalığı Olan Bireylerde Dental Tedaviyi Etkileyen Faktörler***

### ***1. Klinik Tanı***

**Demans;** Kronik ilerleyen, hafıza, konuşma, algılama, soyut düşünme ve problem çözme gibi işlevlerin birden fazlasının bozulması ile ortaya çıkar. Buna bağlı bireyin günlük aktivitelerini yerine getirmesi, mesleki ve sosyal becerilerini sürdürmesi gün geçtikçe bozulmaktadır. Hastalığın etkili bir tedavisi yoktur. Tedavide öncelikli olarak hafıza bozukluğu ile ilgili semptomlar daha sonra da kişinin yaşam kalitesini arttıran bakımını destekleyen tedaviler önem kazanmaktadır (8). Demanslı hastalarla iletişim kurarken tek bir konuda duyguların konuşulmadığı cevabı evet-hayır olan sorular sorulmalıdır (9).

Hasta günlük ağız bakımı için gerekli olan davranışsal beceriyi gün geçtikçe kaybeder. Ağız bakımında rutin olan diş fırçalama işleminin nasıl yapıldığını bile unuttuğu için ağız hijyenindeki bozulma nedeniyle çürük ve periodontal hastalıklarda artışa bağlı diş kayıpları meydana gelmektedir. Protez kullanan demanslı hastalarda ise protezin bakımındaki yetersizliğin yanı sıra protezlerin kaybı veya kırılmasına sıklıkla rastlanmaktadır (10).

Bu hastalarda ağız içinde çok az değişikliğe sebep olan tedaviler planlanmalı, tedavi süresi kısa olmalı ve koruyucu tedaviler ön planda olmalıdır. Dental tedavi planında restore edilemeyen dişler çekilmeli, var olan dentasyon korunmalı ve rutin kontrollerle varsa hastanın eski protezini uzun süre kullanması sağlanmalıdır. Özellikle protezini uzun süre kullanamayan yada kullanmayı tamamen reddeden hastalarda beslenmeyi sağlayacak tedaviler öncelikli olmalıdır (11). Bu hastalarda ilerleyen zamanlarda dental tedavi imkanı gittikçe azalacağı için koruyucu uygulamalar çok önemlidir.

**Şizofreni;** Genç yaşta başlayan bireyi kişiler arası ilişkilerinden ve gerçeklerden uzaklaştırarak içe kapanık kendine özgü bir dünyada yaşadığı, duyuş, düşünüş ve davranışlarda önemli bozukluklarla seyreden bir psikozdur (12). Şizofreni hastaları yaşadıkları ruhsal yıkımın sonucunda kişisel bakımlarını görmezden gelir ve hijyen kurallarına uymayıp beslenmelerine dikkat etmezler. Bunun sonucunda fiziksel sağlığında bozulma olur fakat buna karşı da duyarsız olurlar (13). Bu hastalar tedavi sürecindeki uyumsuzlukları nedeniyle yeterli ve etkili düzeyde tıbbi ve dental yardım alamazlar.

**Depresyon;** Derin üzüntülü bir duygudurum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik,

karamsarlık, fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur. Genel olarak hızlı ve bazen de kendiliğinden iyileşmesine rağmen depresyonlu hastaların %30'u tedaviye olumlu yanıt vermemektedir (14). Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkisi nedeniyle hastalarda tükürük akışının azalmasına bağlı çürük sayısında artış görülür. Bu neden bu tip hastalarda belli aralıklarla periodontal muayene ve koruyucu flor uygulamaları yapılmalıdır (15,16).

**Bipolar Bozukluk;** düzenli olmayan ve yineleyen mani, hipomani, depresyon ya da karma görünümlü duygudurum dönemleri ile karakterize, kronik seyirli, mesleki, ailesel ve sosyal alanlarda işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açan bir duygudurum bozukluğudur (17). Bipolar bozukluğu olan hastalarda ağız ve diş sağlığı uygulamaları kişinin öz saygısını arttırdığı için psikiyatrik tedaviye önemli katkılar sağlamaktadır. Depresif dönemlerde hasta motivasyonu düştüğü için bu durumdan ağız hijyeni de etkilenmektedir. Bozulan ağız hijyeni nedeniyle çürük sayısı ve periodontal hastalıkta artış meydana gelir (18). Manik dönemlerde ise ağız-diş bakımı abartılı bir şekilde yapıldığı için ağız içi yumuşak dokularda yaralanmalar hatta diş yüzeyinde aşınmalar görülür (19). Bipolar hastaların tedavisinde kullanılan lityum ve diğer psikotrop ilaçların antikolinerjik etkilerinden dolayı karşılaşılan en büyük yan etki ağız kuruluğudur (20). Bu nedenle ağız kuruluğu şikayeti bu hastalar çok fazla görülür. Bu hastaların kullandığı ilaçlar dişhekimliğinde kullanılan ilaç ve lokal anesteziyelerle etkileştiği için tedavi boyunca psikiyatrik ve nörolojik konsültasyon önemlidir (21). Bu hastalarda hastanede yatma süresi diş çürüğü, periodontitis ve diş kaybının artmasına neden olduğu için hastanın uyum, motivasyon ve ağız kuruluğu şikayetlerinin şiddetine göre 3 yada 4 ayda bir ayakta kontrol ile takip edilmelidir (22,23). Yine bu hastaların tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçlar lokal anesteziyelerin etki zamanını kısalttığı için tedavi süreleri kısa tutulmalıdır. Hastaya yapılacak protetik tedavi planlamasında hasta uyum ve rızasının yanı sıra ağız hijyenin sürdürülebilir olması protezin başarısı açısından son derece önemlidir. Ayrıca ağız kuruluğunun derecesi, uzun tedavi süresine uyum ve mali durum gibi faktörler de gözden geçirilmelidir.

**Yeme Bozuklukları (Anoreksia Nevroza-Blumia Nevroza);** Anoreksiya nevroza, sinirsel iştah kaybı olarak tanımlanır ve bu kişilerde aşırı derecede şişmanlık korkusu vardır. Anoreksik hastalar çok zayıf oldukları halde kendi bedenlerini kilolu olarak algıladığı için sürekli bir diyet halinde olup ilerleyen

dönemlerde sadece su ile beslenmeye kadar varan daha katı diyetler uygular. Blumia nevrozada ise kontrol edilemeyen yeme dürtüsü ile aşırı yemek yem nöbetleri görülür. Daha sonra aşırı yemenin verdiği suçluluk ve utanç duygusu ile kendini kusturarak kilo kontrolü sağlarlar (24). Anoreksik bireylerde yetersiz beslenmeye bağlı diş kayıpları görülürken, blumik bireylerde ise kusma ve regürjitasyona bağlı özellikle üst ön dişlerin palatinal yüzeylerinde mide asitinin etkisiyle erozyon görülür. Bu hastaların kusma sonrası asiti ortamdan uzaklaştırmak için mutlaka su ile gargara yapmaları faydalı olabilir.

## **2. Psikiyatrik Tedavide Kullanılan İlaçların Yan Etkileri** **Ağız Kuruluğu - Kserostomia**

Psikotropik ilaçların ağız ve diş sağlığı üzerine en önemli yan etkisi tükürük bezi salgısındaki azalmadır. Klasik antipsikotik ilaçların neredeyse tamamı ağız kuruluğuna neden olmaktadır (3).

Ağız kuruluğu sonucu tükürüğün tamponlayıcı etkisi azaldığı için oral mukoza ve dişlerde bakteriyel ve fungal enfeksiyonlar artar. Dil ve dudaklarda çatlamayla birlikte bu bölgelerde enfeksiyonlar görülür. Bunun yanı sıra tat almada bozukluk, ağız kokusu, parotis bezinde iltihaplanma, yutkunma ve konuşmada zorluk meydana gelir. Tükürük miktarındaki azalma mukozal dokulardaki mekanik etkenler karşı direncin azalmasına neden olur. Bu durum özellikle hareketli bölümlü protez ve total protez kullanan hastaları olumsuz etkilemektedir. Çünkü tükürüğün nemlendirici etkisi azaldığı için protezlerin retansiyon ve stabilitesi bozulur (25,26).

Çürüğe daha yatkın hale gelen bu hastalar beslenmelerine dikkat etmeli, günlük diyetlerindeki karbonhidrat miktarını düşürmelidir. Ayrıca oral hijyene yardımcı olmak için flor ve klorheksidin içerikli ağız gargaraları kullanabilirler. Protez kullanan hastalarda ise yapay tükürük ürünleri sadece geçici çözüm sunmaktadır. Bunlara ek olarak kişi gün boyunca sık su içip şekersiz sakız çiğneyerek tükürük akışımının uyarılmasına yardımcı olabilir (27,28).

### **Bruksizm**

Diş gıcırdatma, diş sıkma veya her ikisinin bir arda olduğu çene hareketleri sonucunda görülen normal olmayan çene aktivitesi olarak adlandırılan bruksizm Amerikan Orofasiyal Ağrı Akademisi tarafından gece veya gündüz gerçekleştirilen bir eylem olarak tanımlanmıştır (29,30). Bruksizm günümüzde yetişkin ya da çocuk ayrımı olmaksızın toplumun %20'sini etkilemektedir (31).

Sadece dişsel morfolojik etkenlere bağlı olduğu düşünülen bruksizmin etiyojisinde günümüzde santral

sinir sistemindeki çeşitli nörotransmitterlerin de etkisi olduğu gösterilmiştir. Özellikle santral dopaminerjik sistemdeki rahatsızlıklar bruksizm üzerinde daha etkili olmaktadır. Sigara-alkol tüketimi, uyuşturucu kullanımı, hastalıklar ve travma da önemli etiyojik faktörler arasındadır (32).

Bruksizm, Parkinson gibi nörolojik hastalıkların, depresyon, şizofreni gibi psikiyatrik bozuklukların tedavisi sürecinde santral sinir sistemini etkileyen ilaç kullanımı ile ortaya çıkıyorsa "ikincil bruksizm" olarak adlandırılır (33).

Bruksizm, çeneyi kapatan kasların çift taraflı ve eş zamanlı kasılmasıyla meydana gelir. Bruksizm sırasında oluşan kuvvetlerin aynı büyüklükteki çiğneme kuvvetlerine göre yıkıcı etkisi daha fazladır. Çünkü bu kuvvetler izometrik, devamlı ve harekete bağlı yıkıcı etkisi daha fazla olan yan bileşenler içermektedir. Bruksizm sırasında çiğneme kuvveti sağlıklı bireye göre en az iki kat atmaktadır (34). Kas kuvvetindeki bu artış dişlerde aşınma, dental restorasyon ve implantlarda kırılma-başarısızlıklara, çiğneme kaslarında ve başta ağrıya, periodontal ve eklem rahatsızlıklarında hızlanmaya neden olur (35,36).

### **Diskinezi-Distoni**

Uzun süre antipsikotik ilaç kullanan hastalarda protez kullanımının zorlaştıran en önemli yan etkiler diskinezi ve distonidir. Diskinezi sonucu çene, dil ve yüz kaslarında kontrolsüz anormal hareketler meydana gelir (37). Bu hastaların şürekli dil çıkarma ve yüz buruşturma hareketi yaptığı görülür. Hasta kooperasyonunu zorlaştıran bu durum dental tedavi sırasında çok büyük sorun oluşturmaktadır. Diskinezi kendiliğinden olabildiği gibi antipsikotik ilaç kullanımına bağlı da gelişebilir.

Diskinezi sırasında alt çenenin sürekli hareketmesi hareketli protezlerin oynamasına, yumuşak doku yaralarına ve çiğneme kaslarında yorulmaya sebep olabilir (38). Bu durum sonucunda oluşan anormal çiğneme alışkanlıkları dişlerde aşınmaya, TME dejenerasyonuna, yüzde tik oluşmasına ve yüz estetiğinin bozulmasına neden olur. Ağız çevresindeki kasların sürekli kasılması, hareketli ve total protezin tutuculuğunu bozduğu için kişi iyi beslenemez ve kilo kaybı meydana gelir. Ayrıca kesintisiz alt çene hareketi ve protez retansiyonundaki problemler konuşma bozukluğuna yol açar. Bu da zaten var olan psikolojik sıkıntılarda artışa da neden olur (39,40).

Uyumu bozuk hareketli protezlerin, ağız ağrısı ve kötü ağız hijyeninin spontan diskineziye sebep olabileceği düşünülse de total dişsizlik ve hareketli protezlerin

spontan oral diskinezi ile arasında ilişki olup olmadığı tam olarak bilinmemektedir (41).

Mandibular distoni çiğneme, dil yada yüz kasların aralıklı veya devamlı spazmları ile ortaya çıkan bir durumdur. Klasik antipsikotik ilaçlar çene kaslarındaki bu spazmları arttırdığı bilinmektedir (27). Distoniye bağlı kasılmalar, TME disfonksiyonu ile karıştırılarak psikolojik nedenlerle ortaya çıktığı şeklinde yorumlanabilir.

Kronik psikiyatrik hastalıkların tedavisinde kullanılan yeni nesil antipsikotik ilaçlar dopamin resptörlerine düşük bağlanma afiniteleri nedeniyle daha az diskinezi ve distoniye neden olmaktadır (33,42).

#### **Diğer Yan Etkiler**

Psikotrop ilaçların olası diğer yan etkileri arasında ağız içinde yanma hissi, dilde ödem, dilde atrofi veya yarık oluşması, stomatit, tat duyusunda bozulma ve siyalore gösterilebilir (43). Siyalore kserostominin aksine tükürüğün fazla olması halidir. Özellikle şizofreni tedavisinde önemli olan klozapinin iyi bilinen bir yan etkisi olarak görülür (44). Bunun yanı sıra bipolar bozuklukların tedavisinde kullanılan lityum ve valproat sodyum kişilerde karbonhidratlı gıda tüketimi isteğini arttırır (45). Bu ilaçlar aynı zamanda bipolar bozukluğu olan hastalarda likenoid stomatit görülmesine ve metalik tat duyusuna da sebep olabilmektedir (46,47,48).

#### **3. Anksiyete Ve Depresyona Bağlı Yanan Ağız Sendromu**

Klinik açıdan herhangi bir sebep bulunamamış olmasına rağmen ağızda yanma hissi ve tat değişikliği ile karakterize bir ağız hastalığıdır (49). Ağrının özelliklerine bakıldığında, en fazla dilde olmak üzere ağızın diğer bölgelerinde de çift taraflı olarak hissedilmektedir. Yanma hissini dışında ağız kuruluğu ve tat kaybı, baş dönmesi, bulantı ve baş ağrısı şikayetlerine de rastlanmaktadır (50). Yanma hissi gün boyu devam ederek akşam saatlerinde en üst düzeye ulaşır fakat uyku sırasında ağrı olmamaktadır (51).

Etiyolojisine bakıldığında lokal ve sistemik faktörler karşımıza çıkmaktadır. Lokal faktörler ağız kuruluğu, parafonksiyonel alışkanlıklar ve temporomandibuler eklem disfonksiyudur. Sistemik etkenler ise vitamin, demir ve çinko eksiklikleri, gastrointestinal hastalıklar, hipotiroidizm, östrojen eksikliği, anksiyete ve depresyon, sigara-alkol kullanımı, diyabet, ACE inhibitörü kullanımı, Parkinson ve periferik nöropatilerdir (52). Bu etkenlere bağlı olmayan yanma hissini idiyopatik olduğu varsayılmaktadır (49).

Yanan ağız sendromunun başlıca psikojenik etkeni depresyon ve anksiyete bozukluklarıdır (53,54). Bu hastalarda depresyon ve anksiyete varlığının bilinmesi

tedavinin düzenlenmesi açısından çok önemlidir. Çünkü tedavi planlamasında psikiyatrik konsültasyon dahilinde bilişsel davranış terapisi, topikal klonazepam ve antidepressanların kullanılması önem kazanmaktadır. Bunun yanında vitamin, demir ve çinko eksiklerinin giderilmesi için diyetin düzenlenmesi de tavsiye edilmektedir (55,56).

#### **4. Kronik Psikiyatrik Rahatsızlıklar Ve TME Bozuklukları İle İlişkisi**

Sebebi tam olarak anlaşılamayan, fiziksel herhangi bir nedeni olmayan TME ve çevresindeki kaslarda görülen yapısal ve işlevsel bozukluklardır. (57). Klinik olarak yeri ve sebebi tam olarak belli olmayan, devamlı ve tedavi edilemeyen ağrılı durumlarda psikiyatrik değerlendirme tavsiye edilmektedir.

TME rahatsızlığı olan hastalarda stres, anksiyete ve depresyonun düzeyinin yüksek olması bu hastalıkların etyopatogenezinde psikolojik faktörlerin önemini düşündürmektedir (58). Bu nedenle psikiyatri hastaları TME rahatsızlıkları açısından yüksek risk grubunu oluşturur. Ruhsal hastalıklar, TME bozukluklarını başlatabileceği gibi bazı durumlarda da sadece var olan eklem bozukluğu belirtilerini daha da kötüleştirebilir. Artan semptomlar daha fazla stres ve yaşam gerilimine yol açtığı için ruhsal bozukluklarda da artış olabilir.

TME hastalığı olan bireylerin %66-70'inde bu duruma eşlik eden psikiyatrik bir bozukluğu da mevcut olup sıklıkla depresyon ve anksiyeteden bahsedilmektedir (59).

#### **SONUÇ**

Kronik psikiyatrik hastalığı olan bireylerin ağız bakımının yetersiz olduğu pek çok araştırma ile vurgulanmaktadır. Bu hastalarla yaşanan iletişim ve uyum problemleri nedeniyle dental tedavi planlamasında hastanın var olan ağız içi durumunu sürdürmek temel amaç olmalıdır. Bu nedenle restoratif tedaviler yerine koruyucu dişhekimliği uygulamalarına ağırlık verilmelidir. Koruyucu uygulamalar sırasında hastanın psikiyatrik hastalığı kişiye özgü tedavi planlamasının temelini oluşturur. Hastalığın şiddetine göre gerekirse dişhekimleri psikiyatrist ve nörologlarla birlikte çalışmalıdır. Kronik psikiyatri hastaları, ağız ve diş sağlığı hizmetleri bakımından toplumdaki sağlıklı bireyler kadar ilgi, özen ve bakımı hak etmektedir.

**KAYNAKLAR**

1. Watt JA, el-Guebaly N. The chronic mental patient: The position of the Canadian Psychiatric Association. *Can J Psychiatry* 1981;26:494-501
2. Petersen PE. The world oral health report: Continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO global oral health program. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003;31(Suppl 1):3-23
3. Gürbüz Ö, Kürşat Altınbaş K, Erhan Kurt E. Psikiyatrik hastalarda ağız sağlığı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2011; 3(4):628-646
4. Kumar M, Chandu GN, Shafiulla MD. Oral health status and treatment needs in institutionalized psychiatric patients: One year descriptive cross sectional study. *Indian J Dent Res* 2006 ;17:171-177
5. Gowda EM, Bhat PS, Swamy MM. Dental health requirements for psychiatric patients. *Medical Journal Armed Forces India* 2007; 63:328-330
6. Ramon T, Grinshpoon A, Zusman SP, Weizman A. Oral health and treatment needs of institutionalized chronic psychiatric patients in Israel. *Eur Psychiatry* 2003; 18:101-105
7. Gurbuz O, Alataş G, Kurt E, Doğan F, İşsever H. Oral health and treatment needs of institutionalized chronic psychiatric patients in Istanbul, Turkey. *Community Dent Health* 2010; 27:151-157
8. Hanağası H. Demans kavramı ve hastaya yaklaşım. *Klinik Gelişim* 2010;10(1):44-47
9. Ebersole P, Hess P, Touhy TA, Jett K, Luggen AS. *Toward Healthy Aging Human Needs and Nursing Response*. Mosby Elsevier Company. Canada 2008
10. Ozer S, Kocaelli H, Yaltırık M. Alzheimer hastalığı ve dental yaklaşım. *J Istanbul Univer Fac of Dent* 2007;41(3):31-38
11. Ghezzi EM, Ship JA. Dementia and oral health. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radol Edod* 2000;89(1):2-5
12. Öztürk O. *Ruh sağlığı ve bozuklukları, Medikomat*, Ankara 1994
13. Döngel BD, Demirkol ME, Tamam L. Şizofreni hastalarında fiziksel hastalık eş tanılarının değerlendirilmesi. *Cukurova Med J* 2018;43(4):892-902
14. Alper Y. *Bütün yönleriyle depresyon*, Gendaş, İstanbul 1994
15. Butt GM. Drug-induced xerostomia. *J Can Dent Assoc* 1991; 57:391-393
16. Haveman CW, Redding SW. Dental management and treatment of xerostomic patients. *Tex Dent J* 1998;115(6):43-56
17. Maj M, Akiskal HS, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N. *Bipolar Disorders*. West Sussex, UK, Wiley 2002
18. Sjogren R, Nordstrom G. Oral health status of psychiatric patients. *J Clin Nurs* 2000;9(4):632-638
19. Friedlander AH, Brill NQ. The dental management of patients with bipolar disorder. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1986; 61(6):579-581
20. Markitziu A, Shani J, Avni J. Salivary gland function in patients on chronic lithium treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1988; 66(5):551-557
21. Scully C, Cawson RA. *Psychiatric disorders*. In: *Medical problems in dentistry*. 4th ed. Oxford: Wright 1998;374-395
22. Barnes GP, Allen EH, Parker WA, Lyon TC, Armentrout W, Cole JS. Dental treatment needs among hospitalized adult mental patients. *Spec Care Dent* 1988; 8(4):173-7
23. Armstrong M. Dentists and community care. *Br Dent J* 1994;176(2):48-9
24. Herzog DB. *Eating Disorders*. The New Harvard Guide to Psychiatry ed: Nicholi AM 1988;434-45
25. Çalikkocaoğlu S. *Tam Protezler ( Cilt I)*. 3. Baskı, Protez Akademisi ve Gnatoloji Derneği Yayını, İstanbul 1998;9-19
26. Clark DC. Dental care for the patient with schizophrenia. *Canadian Journal of Dental Hygiene* 2008; 42:17-24
27. Yaltırık M, Kocaelli H, Yargıç I. Schizophrenia and dental management. Review of the literature. *Quintessence Int* 2004; 35:317-320
28. Friedlander AH, Friedlander IK, Marder SR. Bipolar I disorder: Psychopathology, medical management and dental implications. *J Am Dent Assoc* 2002;133:1209-1217
29. Clark GT, Ram S. Four oral motor disorders: bruxism, dystonia, dyskinesia and drug- induced dystonic extrapyramidal reactions. *Dent Clin North Am* 2007;51:225-243

30. De Leeuw R. Orofacial Pain; Guidelines for Assessment, Diagnosis and Management. American Academy of Orofacial Pain; Quintessence Publishing Co. Inc. 4th ed. Illinois (IL) 2008;45-58
31. Cortese SG, Biondi AM. Relationship between dysfunctions and parafunctional oral habits, and temporomandibular disorders in children and teenagers. Arch Argent Pediatr 2009;107:134-138
32. Lobbezoo F, Naeije M. Bruxism is mainly regulated centrally, not peripherally. J Oral Rehabil 2001;28(12):1085-1091
33. Winocur E, Gavish A, Voikovitch M, Emodi-Perlman A, Eli I. Drugs and bruxism: a critical review. J Orofac Pain 2003;17:99-111
34. Mohl ND, Zarb GA, Carlsson GE, Rugh JD. A Textbook of Occlusion. Quintessence publishing. Chicago 1988;57-63
35. Karan A, Aksoy C. Temporomandibular Eklem Rehabilitasyonu. In: Oğuz H, Dursun E, Dursun N, ed. Tıbbi Rehabilitasyon. İstanbul: Nobel Kitabevi 2004;1061-1079
36. Yengin E. Temporo-mandibular rahatsızlıklarda teşhis ve tedavi. İstanbul: Dilek Matbaacılık, 2000;14-22
37. Scully C. Medical Problems in Dentistry, 6th edition. Philadelphia, Churchill Livingstone, 2010
38. Tublin LM. A treatment for tardive dyskinesia in a complete denture patient: a case report. N Y State Dent J 1989; 55:30
39. Osborne TE, Grace EG, Schwartz MK. Severe degenerative changes of the temporomandibular joint secondary to the effects of tardive dyskinesia: a literature review and case report. Cranio 1989;7:58-62
40. Blanchet PJ, Rompre PH, Lavigne GJ, Lamarche C. Oral dyskinesia: a clinical overview. Int J Prosthodont 2005;18:10-19
41. Blanchet PJ, Abdillahi O, Beauvais C, Rompre PH, Lamarche C. Prevalence of spontaneous oral dyskinesia in the elderly: a reappraisal. Mov Disord 2004;19:892- 896
42. Clark DB. Dental care for the psychiatric patient: chronic schizophrenia. J Can Dent Assoc 1992;58:912-916
43. Aronson JK. Meyler's Side Effects of Psychiatric Drugs, 15th edition. San Diego, Elsevier 2009
44. Yeşilyurt S, Aras I, Altınbaş K, Atagün MI, Kurt E. Pathophysiology of clozapine induced sialorrhea and current treatment choices. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2010;23:275-281
45. Friedlander AH, Friedlander IK. Dental management of the patient with major depressive disorder. Oral Health 2001;91(10):47-57
46. Hogan DJ, Murphy MD, Burgess W, Epstein JD, Lane PR. Lichenoid stomatitis associated with lithium carbonate. J Am Acad Dermatol 1985;13:243-246
47. Bone S, Roose SP, Dunner DL, Fieve RR. Incidence of side effects in patients on long-term lithium therapy. Am J Psychiatry 1980;137(1):103-104
48. Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL. Dental management of the medically compromised patient. 5th ed. St. Louis: Mosby 1997;546-75
49. Speciali JG, Stuginski-Barbosa J. Burning mouth syndrome. Current Pain and Headache Reports 2008;12:279-84
50. Forssell H, Jaaskelainen S, Tenovuo O. Sensory dysfunction in burning mouth syndrome. Pain 2002;99:41-47
51. Grushka M, Epstein J, Gorsky M. Burning Mouth Syndrome. American Family Physician 2002;15:1-6
52. Göregen M, Dağistan S, Bilge MO. Ağız yanma sendromu Atatürk Üniv. Diş Hek.Fak.Derg. 2005;15(1):65-69
53. Bogetto F, Maina G, Ferro G, Carbone M, Gandolfo S. Psychiatric comorbidity in patients with burning mouth syndrome. Psychosom Med. 1998;60:378-385
54. Buljan D, Savić I, Karlović D. Correlation between anxiety, depression and burning mouth syndrome. Acta Clin Croat. 2008;47:211-216
55. Gorsky M, Silverman S, Chinn H. Clinical characteristics and management outcome in the burning mouth syndrome. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1991;72:192-195
56. Bergdahl J, Anneroth G, Perris H. Cognitive therapy in the treatment of patients with resistant burning mouth syndrome: a controlled study. J Oral Pathol Med. 1995;24:213-215
57. Cohen HV, Pertes RA. Diagnosis and management of musculoskeletal orofacial pain. Myofascial Pain and Fibromyalgia Rachlin ES, Rachlin IS (Ed), St Louis: Mosby, 2002; Chp. 8:175-200

58. Winocur E, Hermesh H, Littner D. Signs of bruxism and temporomandibular disorders among psychiatric patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2007;103:60-63
59. Özen NE. Temporomandibular bozuklukların psikiyatrik yönü ve brüksizm. Klinik Psikiyatri Dergisi 2007;10:148-156

**Yazışma Adresi:**

Dr. Habibe ÖZTÜRK  
Çanakkale Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi  
Çanakkale Türkiye  
hbb.ozturkt@gmail.com