

TÜM HEKİMLER İÇİN TEMEL PSİKIYATRİK BİLGİ VE BECERİLER

Editör

Dr. Aışan Burak YAŞAR



© Copyright 2022

Bu kitabın, basım, yayın ve satış hakları Akademisyen Kitabevi A.Ş.'ne aittir. Anılan kuruluşun izni alınmadan kitabın tümü ya da bölümleri mekanik, elektronik, fotokopi, manyetik kâğıt ve/veya başka yöntemlerle çoğaltılamaz, basılamaz, dağıtılamaz. Tablo, şekil ve grafikler izin alınmadan, ticari amaçlı kullanılamaz. Bu kitap T.C. Kültür Bakanlığı bandrolü ile satılmaktadır.

ISBN	Sayfa ve Kapak Tasarımı
978-625-8430-77-6	Akademisyen Dizgi Ünitesi
Kitap Adı	Yayıncı Sertifika No
Tüm Hekimler için Poliklinik Koşullarında Bilinmesi Faydalı Psikiyatrik Bilgi ve Beceriler	47518
Editör	Baskı ve Cilt
Alişan Burak YAŞAR	Vadi Matbbacılık
ORCID iD: 0000-0002-6778-3009	Bisac Code
Yayın Koordinatörü	DOI
Yasin DİLMEN	10.37609/akya.1024

UYARI

Bu üründe yer alan bilgiler sadece lisanslı tıbbi çalışanlar için kaynak olarak sunulmuştur. Herhangi bir konuda profesyonel tıbbi danışmanlık veya tıbbi tanı amacıyla kullanılmamalıdır. Akademisyen Kitabevi ve alıcı arasında herhangi bir şekilde doktor-hasta, terapist-hasta ve/veya başka bir sağlık sunum hizmeti ilişkisi oluşurmaz. Bu ürün profesyonel tıbbi kararların eşleniği veya yedeği değildir. Akademisyen Kitabevi ve bağlı şirketleri, yazarları, katılımcıları, partnerleri ve sponsorları ürün bilgilerine dayalı olarak yapılan bütün uygulamalardan doğan, insanlarda ve cihazlarda yaralanma ve/veya hasarlardan sorumlu değildir.

İlaçların veya başka kimyasalların reçete edildiği durumlarda, tavsiye edilen dozunu, ilacın uygulanacak süresi, yöntemi ve kontraendikasyonlarını belirlemek için, okuyucuya üretici tarafından her ilaca dair sunulan güncel ürün bilgisini kontrol etmesi tavsiye edilmektedir. Dozun ve hasta için en uygun tedavinin belirlenmesi, tedavi eden hekimin hastaya dair bilgi ve tecrübelerine dayanak oluşturması, hekimin kendi sorumluluğundadır.

Akademisyen Kitabevi, üçüncü bir taraf tarafından yapılan ürüne dair değişiklikler, tekrar paketlemeler ve özelleştirmelerden sorumlu değildir.

GENEL DAĞITIM

Akademisyen Kitabevi A.Ş.

Halk Sokak 5 / A Yenışehir / Ankara
Tel: 0312 431 16 33
siparis@akademisyen.com

www.akademisyen.com

ÖNSÖZ

Bu kitap psikiyatrik bilgilerin kullanılabilceği tüm hekim görüşmelerinde faydalı olacak kimi önemli bilgileri kısa kısa tüm hekimler için tek bir kitapta toplamak amacı ile hazırlandı. Bu kitapta hastalarla görüşmede karşılıklı ilişki-deki zorlukları yönetmekten, bazı önemli psikiyatrik hastalıkları tanımaya; gerekli yönlendirme yapabilecek kadar psikoterapileri tanımaktan, bazı küçük teropotik teknikleri klinik görüşmelerde kullanabilmek için temel bazı bilgilere sahip olmaya kadar geniş bir alanda ruh sağlığı bilgisini toplamaya çalıştık. Alandaki deneyimli hocaların kısa özetler halinde özenle ve son bilimsel gelişmeler doğrultusunda hazırladığı bu kitabın, dahili veya cerrahi tüm branşlardaki hekimlere faydalı olabilmesi dileği ile.

Dr. Alişan Burak YAŞAR



İÇİNDEKİLER

- 1. Bölüm** Tüm Tıbbi Görüşmeler için Psikiyatriden Gelen Kavramlar:
Aktarım, Karşı Aktarım ve Koruyucu Sınırlar1
Arda Kazım DEMİRKAN
- 2. Bölüm** Travma Duyarlı Görüşme 7
Pelin BOZKURT GÜNENDİ
- 3. Bölüm** Stigma ve Damgalama19
Fatma Akyüz KARACAN
- 4. Bölüm** Ruh Sağlığını Güçlendirme için Bilimsel Öneriler33
Ebru ŞAHAN
- 5. Bölüm** Cinsel İşlev Bozukluklarının Tanınması ve Cinsel Danışmanlık...55
Rümeysa TAŞDELEN
- 6. Bölüm** Poliklinikte Akut Ruhsal Travma Belirtileri Gösteren
Başvurulara Yaklaşım71
Emine Merve AKDAĞ
- 7. Bölüm** Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Karmaşık Travma
Sonrası Stres Bozukluğunu Tanımak 89
İbrahim GÜNDOĞMUŞ

8. Bölüm	Sık ve Önemli Bazı Özel Sendromlar-Görünce Kaçırma Uygun Yönlendir (Bipolar Bozukluk Manik ve Depresif Dönemi Tanımak) 103 Ahmet GÜRCAN
9. Bölüm	Hastalık Kaygısı Bozukluğu ve Yönetimi 121 Burcu BAKAR KAHRAMAN
10. Bölüm	Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastaları ile Yaşanabilecek Zorluklar ve Aşım Yolları..... 135 Sevda BAĞ
11. Bölüm	Yapay Bozukluk..... 151 Seda ŞÜKÜROĞLU
12. Bölüm	İntiharın Değerlendirilmesi ve Yönetimi163 Seda KİRAZ
13. Bölüm	Psikotik Atakta Uygun Dil ve Uygun Yönlendirme 181 Gamze GÜRCAN
14. Bölüm	Otizm Spektrum Bozukluğu Olgularının Yönetimi199 Alper ALNAK
15. Bölüm	Multidisipliner Yaklaşım ve Psikiyatri 211 Aybike TELKÖK ŞEN
16. Bölüm	Geriatrik Özen: Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalıklar ve Diğerleri...235 Abdullah Burak UYGUR
17. Bölüm	Poliklinikte İyi ve Kötü Haber Verme253 Fikret Ferzan GIYNAŞ
18. Bölüm	Poliklinikte Aile ile Tedavi Planlamak..... 265 Betül KURTSES GÜRSOY Ayşe Zeynep AKKOYUN
19. Bölüm	Poliklinikte Panik Atak ile Gelen Hastanın Yönetimi..... 283 Didem Şule ERDEM

20. Bölüm	Kanser Hastalarında Olası Ruhsal Süreçler: Kabul ve Yas Süreçleri, Yas Danışmanlığı.....	303
	Nilifer GÜRBÜZER Sertaç ZENGİL	
21. Bölüm	Poliklinikte Tedavi Reddine Yaklaşım.....	319
	M. Batuhan AYIK	
22. Bölüm	Poliklinikte Konversiyon Atağına Yaklaşım	329
	Hatice KAYA	
23. Bölüm	Poliklinikte İstismar Tespitinde Ruhsal Duyarlı Adli Süreç Organizasyonu.....	343
	Ayşe Nur İNCİ KENAR	
24. Bölüm	Poliklinikte Medikal Probleme Neden Olan Bağımlılıklarda Motivasyonel Yaklaşım	355
	Sercan KARABULUT	
25. Bölüm	Psikiyatride Sık Kullanılan İlaçlar ve Sık Görülen İlaç Etkileşimleri.....	363
	Nazife Gamze USTA SAĞLAM	
26. Bölüm	Sık Poliklinik Başvurularında Süreci Yönetmek: Neler Yapılabilir?	379
	Çisem ERDAŞ Şükrü Alperen KORKMAZ	
27. Bölüm	Poliklinikte Çocuk Duyarlı Yaklaşım ve Muayene.....	389
	Eda FERAH KAYA	
28. Bölüm	Polikliniğe Adli Makamlarca Zorunlu Getirilen Bireye Yaklaşım...407	
	Cengiz CENGİSİZ	
29. Bölüm	Poliklinik Koşullarında Uykusuzluğa Yaklaşım ve Pratik Öneriler	419
	Ömer Faruk UYGUR	

- 30. B6l6m** Poliklinikte Kullanılabilecek Bazı Metakognitif Terapi Teknikleri443
Eseng6l EKİCİ
- 31. B6l6m** Poliklinikte Kullanılabilecek Bazı Psikodrama Teknikleri455
Nafiye Selcan YILDIRIM
- 32. B6l6m** eşitli Terapilerin Kimi Bazı Taktikleri ve Vurguları (Poliklinikte Kullanılabilecek Bazı Polıvagal Teknikler)471
Ezgi SELÇUK 6ZMEN
- 33. B6l6m** Poliklinikte Kullanılabilecek Bazı BDT Teknikleri481
Elif 6ZCAN TOZOĞLU
- 34. B6l6m** Poliklinikte Kullanılabilecek Bazı ACT Terapi Teknikleri 497
K6bra DURAN
- 35. B6l6m** Sistemik Terapi Yaklaşımı.....517
Pınar KIZILAY ÇANKAYA
- 36. B6l6m** Poliklinikte Kullanılabilecek Bazı 6z6m Odaklı Terapi Teknikleri533
Hafize G6lnur şEN
- 37. B6l6m** Poliklinikte Kullanılabilecek Bazı Hipnotik Telkin Y6ntemleri... 553
G6zde YONTAR
- 38. B6l6m** eşitli Terapilerin Kimi Bazı Stratejileri ve Vurguları (Poliklinikte Kullanılabilecek Bazı Aile Terapisi ve Teknikleri)...563
Meltem OKTAY
- 39. B6l6m** Poliklinikte Kullanılabilecek Bazı Motivasyonel G6r6şme Teknikleri 575
Furkan Bahadır ALPTEKİN

YAZARLAR

Uzm. Dr. Arda Kazım DEMİRKAN

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, Liv
Hospital Samsun Hastanesi
ORCID iD: 0000-0002-1982-5569

Uzm. Dr. Pelin BOZKURT GÜNENDİ

???

ORCID iD: 0000-0001-6075-4216

Uzm. Dr. Fatma AKYÜZ KARACAN

Bezmîâlem Vakıf Üniversitesi Tıp
Fakültesi Hastanesi
ORCID iD: 0000-0001-6166-9355

Uzm. Dr. Ebru ŞAHAN

Uzm. Dr. Marmara Üniversitesi, Pendik
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
ORCID iD: 0000-0002-1287-8166

Uzm. Dr. Rümeyza TAŞDELEN

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve
Araştırma hastanesi, Psikiyatri AD
ORCID iD: 0000-0002-2493-6351

**Uzm. Dr. Başasistan Emine Merve
AKDAĞ**

Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği
ORCID iD: 0000-0003-2866-7790

Uzm. Dr. İbrahim GÜNDOĞMUŞ

Kırkkale Yüksek İhtisas Hastanesi
ORCID iD: 0000-0002-1921-1495

Uzm. Dr. Ahmet GÜRCAN

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı,
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh
Sağlığı ve Hastalıkları AD
ORCID iD: 0000-0002-3545-8981

Uzm. Dr. Burcu BAKAR KAHRAMAN

İstanbul Sultan II. Abdülhamid Han Eğitim
ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği
ORCID iD: 0000-0002-5386-8319

Uzm. Dr. Sevda BAĞ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri
Kliniği
ORCID iD: 0000-0001-8041-3611

Uzm. Dr. Seda ŞÜKÜROĞLU

Serbest Hekim
ORCID iD: ???

Uzm. Dr. Seda KİRAZ

Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği
ORCID iD: 0000-0001-9393-6921

Uzm. Dr. Gamze GÜRCAN

Akdağmadeni Devlet Hastanesi
ORCID iD: 0000-0001-9896-8869

Uzm. Dr. Alper ALNAK

Çocuk ve Ergen Psikiyatristi, Sakarya
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
ORCID iD: 0000-0002-3515-8217

Uzm. Dr. Aybike TELKÖK ŞEN

Bursa Çekirge Devlet Hastanesi
Psikiyatri Kliniği
ORCID iD: 0000-0003-1492-6907

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Burak UYGUR

Alanya ALKÜ Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı
ve Hastalıkları AD
ORCID iD: 0000-0001-7056-7553

Uzm. Dr. Fikret Ferzan GIYNAŞ

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim
ve Araştırma Hastanesi, Pul Kliniği
ORCID iD: 0000-0001-8280-2979

Dr. Öğr. Üyesi Betül KURTSES GÜRSOY

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD
ORCID iD: 0000-0002-1261-0848

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Zeynep AKKOYUN

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD
ORCID iD: 0000-0001-6742-8042

Uzm. Dr. Didem Şule ERDEM

Madalyon Psikiyatri Merkezi
ORCID iD:

Uzm. Dr. Nilifer GÜRBÜZER

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum
Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Psikiyatri Bölümü
ORCID iD: 0000-0003-0224-8272

Uzm. Dr. Sertaç ZENGİL

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum
Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Psikiyatri Bölümü
ORCID iD: 0000-0001-9610-2869

Uzm. Dr. M. Batuhan AYIK

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim
ve Araştırma Hastanesi
ORCID iD: 0000-0002-9322-2336

Uzm. Dr. Hatice KAYA

Sultanbeyli Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
ORCID iD: 0000-0003-3281-5135

Doç. Dr. Ayşe Nur İnci KENAR

Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi
ORCID iD: 0000-0001-9206-7170

Uzm. Dr. Sercan KARABULUT

Antalya Atatürk Devlet Hastanesi
Amatem Kliniği
ORCID iD: 0000-0003-0122-229X

Uzm. Dr. Nazife Gamze USTA SAĞLAM

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim
ve Araştırma Hastanesi, Tevfik Sağlam
Kadın Kliniği

ORCID iD: 0000-0003-4727-2460

Uzm. Dr. Çisem ERDAŞ

Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Van Eğitim
ve Araştırma Hastanesi

ORCID iD:

Uzm. Dr. Şükrü Alperen KORKMAZ

Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği

ORCID iD: 0000-0002-0684-3303

Uzm. Dr. Eda FERAH KAYA

Konya Şehir Hastanesi

ORCID iD: 0000-0001-6931-038X

Başasistan, Cengiz CENGİSİZ

Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Hastanesi

ORCID iD: 0000-0001-5552-8767

Uzm. Dr. Ömer Faruk UYGUR

Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

ORCID iD: 0000-0003-2376-5113

Uzm. Dr. Esengül EKİCİ

Çorum Sungurlu Devlet Hastanesi
Psikiyatri

ORCID iD: 0000-0002-5227-798X

Uzm. Dr. Nafiye Selcan YILDIRIM

???

ORCID iD: 0000-0002-8114-3657

Uzm. Dr. Ezgi SELÇUK ÖZMEN

Trabzon Fatih Devlet Hastanesi

ORCID iD: 0000-0002-2057-4947

Uzm. Dr. Elif ÖZCAN TOZOĞLU

???

ORCID iD: 0000-0003-2300-2634

Uzm. Dr. Kübra DURAN

Çorum Osmancık Devlet Hastanesi

Psikiyatri Kliniği

ORCID iD: 0000-0002-9423-1357

Uzm. Dr. Pınar KIZILAY ÇANKAYA

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Psikiyatri Kliniği

ORCID iD: 0000-0001-9663-6000

Uzm. Dr. Hafize Gülnur ŞEN

Psikiyatrist & Psikoterapist Serbest Hekim

ORCID iD: 0000-0001-5840-783X

Uzm. Dr. Güzde YONTAR

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Psikiyatri Kliniği

ORCID iD: 0000-0001-5639-9178

Uzm. Dr. Meltem OKTAY

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim
ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği

ORCID iD: 0000-0002-5975-7492

Uzm. Dr. Furkan Bahadır ALPTEKİN

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı,

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

ORCID iD: 0000-0002-3844-1800

Tüm Tıbbi Görüşmeler için Psikiyatriden Gelen Kavramlar: Aktarım, Karşı Aktarım ve Koruyucu Sınırlar

Arda Kazım DEMİRKAN¹

GİRİŞ

Hekim ve hasta arasındaki ilişki tıbbi uygulamanın temelini oluşturur. Bu ilişkinin amacı hastanın sağlığına kavuşturulması, hayat kalitesinin artırılması, biyopsikososyal olarak tam bir iyilik halinin sağlanmasıdır. Bu bağlamda hasta ve hekim aynı hedefe ulaşmak için birlikte çalışan bir ekibin birer parçasıdır. İnsan sağlığı gibi çok önemli bir konuda kurulan bu ortaklık, hasta ve hekimin ilk karşılaşmasından itibaren başlar. Bu ilişkinin şekli ve gücü tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinin sürdürülebilirliğini, kalitesini ve etkinliğini belirleyen ana unsurdur(1).

Tıbbi uygulamanın temelini oluşturan bu ilişkiyi etkileyen birçok unsur vardır. Bunlardan bazıları; iletişim ve kurulan ilişkinin modeli, güven olgusu, çağın-kültürün hastalık kavramı, güncel tanı-tedavi yöntemleri, tıbbi uygulama ortamının teknolojik imkanları ve insan kaynağı, hekimin veya hastanın kişisel özelliklerinden kaynaklanan durumlar olarak sıralanabilir. Bu sayılan unsurlarla birlikte, hasta ve hekimin içinde bulunduğu ruhsal durumlar, doğuştan gelen mizaçları, yaşam boyu gelişen karakterleri, psikolojik savunma mekanizmaları, diğer insanlarla kurdukları çocukluktan itibaren şekillenen nesne ilişkilerinin niteliği gibi “gözle görünmeyen” etkenler, farkında olmadan bu ilişkinin şeklini ve seyrini belirler. Hasta-hekim ilişkisi gibi en az bir tarafın

¹ Uzm. Dr. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, Liv Hospital Samsun Hastanesi, ardakazimdemirkan@gmail.com

bazı yönleriyle uyumlu olduğu ölçüde hekimin bunu benimseme ihtimalini etkileyecektir. Yansıtılan rol hekimin kişiliğinden oldukça farklı olabilir ve hekim yaşadığı hislerin hastanın zihninin bir ürünü olduğunu ayırt edebilir. Rol, hekimin kişiliğine bir yönden uyumlu olabilir ve bilinçsiz olarak yansıtmayı kabullenip oynayabilir. Hasta ile olan iletişimimizde kendi duygu ve düşüncelerimizin farkında olmak ve bize yansıtılan bir rolü oynayıp oynamadığımızı değerlendirmek, bu ilişkinin asıl amacı olan tedavi amacından uzaklaşmamak ve zihinsel olarak güvenli alanda kalmamız için elzemdir.

Sonuç

Aktarım ve karşı aktarımın anlaşılması, genel psikiyatrinin iyi uygulanması için çok önemli olmasının yanında genel tıbbi uygulamaya da katkı sağlar. Tıbbi ilişkideki gizli beklentilerin farkında olmak hastanın bazı istek ve korkularını anlamamızı sağlar, ki bunlar tamamen bilinçli değildir ve çatışmaya ya da yoğun bağımlılığa neden olabilir. Böylece hekim hastanın duygusal ihtiyaçlarından biraz geride durabilir ve düşünmeden duygusal tepkiler vermekten kaçınabilir. Bu hem ihtiyaçları ve amaçları daha iyi anlaşılabilir yönetilen hasta için, hem de fark edilmeyen ve davetsiz yansıtılmaların yoruculuğuna karşı daha az savunmasız kalacak olan hekim için konforlu ve tedavi edicidir.

KAYNAKLAR

1. Atici E. Hasta - Hekim İlişisini Etkileyen Unsurlar. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2007;33(2):91-96.
2. Hughes P, Kerr I. Transference and countertransference in communication between doctor and patient. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2000;6(1):57-64. doi:10.1192/apt.6.1.57
3. Greenson, R. R.(1985) *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. London: Hogarth Press.
4. Balint, M.(1957) *The Doctor, His Patient and the Illness*. London: Pitman.
5. Horvath AO. The Therapeutic Relationship : From Transference to Alliance. 2000;56(2):163-173.
6. Hughes, P.(1999) *Dynamic Psychotherapy Explained*. Oxford: Radcliffe Medical Press.
7. Aktar ZET. AKTARIM VE KARŞI-AKTARIM Ayşen ESEN DANACI. 2009;10(3):55-58.
8. Dergisi P. T ı bbi Hastal ı k Tan ı s ı Konmu ş Hastalarda Aktar ı m ve Kar ş ı aktar ı m *. 2007;18(1):72-79.
9. Andersen SM, Berk MS. Transference in everyday experience: Implications of experimental research for relevant clinical phenomena. *Review of General Psychology*. 1998;2(1):81-120. doi:10.1037/1089-2680.2.1.81

Travma Duyarlı Görüşme

Pelin BOZKURT GÜNENDİ¹**GİRİŞ**

Çoğu birey, yaşamları boyunca doğal afetler, savaş, sevdiklerini kaybetme veya cinsel istismar dahil olmak üzere aşırı stresli veya yaşamı tehdit eden bir veya daha fazla potansiyel olarak travmatik olayla karşılaşma olasılığı yüksektir. Bu travmatik olayların çoğu kişinin vücut bütünlüğünün ihlalini içerdiğinden, genellikle fiziksel ve zihinsel sağlık ve tıbbi bakıma yönelik tutumlar üzerinde olumsuz etkileri vardır.(1)

Travma hakkında bilgili ve duyarlı hizmet son yirmi yılda psikoloji, psikiyatri, eğitim, halk sağlığı, adalet ve sosyal hizmet dahil olmak üzere çeşitli alanlarda ve disiplinlerde artan bir ilgi kazandı ve geliştirildi. Travma duyarlı sağlık hizmeti, travmanın insanların yaşamları, ihtiyaçları ve zayıflıkları üzerindeki etkisinin anlaşılmasını temel alır. Bu çerçevede; travma yaygınlığını, yön-lülüğünü ve etkisini kabul ederek travma konusunda bilgilendirilmiş sağlık hizmetini amaçlar. Travma konusunda duyarlı tedavi sunumu; hem travma geçmişli olan bireylerin hem de sağlık profesyonellerinin deneyimlerini iyileştirme potansiyeli sunar.(2)

¹ xxx

- Dil engeli olması halinde sağlık terminolojisine hakim, görüşmenin amacı hakkında bilgili ve tedavi ekibinin bir parçası olan bir tercüman eşliğinde görüşme yürütülmelidir. Aile üyelerinden veya yakınlarından tercüman olarak hizmet etmesini istemek uygun görülmemektedir
- Değerlendirmenin olası yasal sonuçlarının farkında olmak önemlidir. Tarama ve değerlendirme sürecinde topladığınız bilgiler, bu bilgilerin paylaşılması istemese bile yetkililere zorunlu raporlama yapılması gerekebileceği göz önünde tutulmalıdır.(19)(22)

Sonuç

Travma duyarlı görüşme, travmanın bireyler ve tedavi sunanlar üzerindeki karmaşık etkisini tanıyan ve travmaya özgü tedavi yaklaşımları konusunda eğitimli ekibi barındıran organize uygulamaları içermelidir. Travmanın etkisini tanımak, hastalar ve personeldeki travma potansiyelini ele almak için bir sağlık bakım ortamı yaklaşımını benimsemeyi gerektirirken travma bilgili klinik uygulamalar travmanın hastalar üzerindeki bireysel etkisini ele alır.

Travma duyarlı görüşme; olası travmanın potansiyelini kabul etme, güvenilir bir ortamda travmayı tarama ve değerlendirme, bireye duygusal ve fiziksel güvenlik sağlama, tedavi seçenekleri sunma, tedavi süreci hakkında bilgilendirme ve yönlendirme, bireyin destek kaynakları ile işbirliği kurma, yeniden travmatizasyonu önleme prensiplerini barındırır.

KAYNAKLAR

1. S. Raja, M. Hasnain, M. Hoersch, S. Gove-Yin, and C. Rajagopalan, "Trauma informed care in medicine: Current knowledge and future research directions," *Fam. Community Heal.*, vol. 38, no. 3, pp. 216–226, 2015.
2. C. O'Dwyer, L. Tarzia, S. Fernbacher, and K. Hegarty, "Health Professionals' Experiences of Providing Trauma-Informed Care in Acute Psychiatric Inpatient Settings: A Scoping Review," *Trauma, Violence, Abus.*, vol. 22, no. 5, pp. 1057–1067, 2021.
3. S. A. and M. H. S. Administration, "SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach," 2014.
4. A. P. Association., *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5*. 2013.
5. I. R. Galatzer-Levy, S. H. Huang, and G. A. Bonanno, "Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: A review and statistical evaluation," *Clin. Psychol. Rev.*, vol. 63, no. 2017, pp. 41–55, 2018.

6. B. K. Morrill, E. F. Brewer, N. T. O'Neill, S. C., Lillie, S. E., Dees, E.C., Carey, L. A., & Rimer, "The interaction of post-traumatic growth and post-traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life," *Psychooncology*, vol. 17, no. 9, pp. 948–953, 2008.
7. R. J. Ursano, T. C. Kao, and C. S. Fullerton, "Posttraumatic stress disorder and meaning: Structuring human chaos," *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 180, no. 12, pp. 756–759, 1992.
8. H. Farley, M., & Barkan, "Tension-Reducing Behaviors in Psychiatric Outpatients," vol. 94116, no. 415, pp. 133–140, 1997.
9. A. B. Amstadter and L. L. Vernon, "Emotional reactions during and after trauma: A comparison of trauma types," *J. Aggress. Maltreatment Trauma*, vol. 16, no. 4, pp. 391–408, 2008.
10. C. A. Wastell, "Exposure to trauma: The long-term effects of suppressing emotional reactions," *J. Nerv. Ment. Dis.*, vol. 190, no. 12, pp. 839–845, 2002.
11. M. A. Gupta, "Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder," *Int. Rev. Psychiatry*, vol. 25, no. 1, pp. 86–99, 2013.
12. R. A. Bryant, "The Current Evidence for Acute Stress Disorder," *Curr. Psychiatry Rep.*, vol. 20, no. 12, 2018.
13. F. H. Norris, A. D. Murphy, C. K. Baker, J. L. Perilla, F. Gutiérrez Rodríguez, and J. D. J. Gutiérrez Rodríguez, "Epidemiology of Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Mexico," *J. Abnorm. Psychol.*, vol. 112, no. 4, pp. 646–656, 2003.
14. Y. Xu et al., "Retrospectively assessed trajectories of PTSD symptoms and their subsequent comorbidities," *J. Psychiatr. Res.*, vol. 136, pp. 71–79, 2021.
15. N. Utzon-Frank et al., "Occurrence of delayed-onset post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of prospective studies," *Scand. J. Work. Environ. Health*, vol. 40, no. 3, pp. 215–229, 2014.
16. S. Tagay, S. Herpertz, M. Langkafel, and W. Senf, "Posttraumatic stress disorder in a psychosomatic outpatient clinic: Gender effects, psychosocial functioning, sense of coherence, and service utilization," *J. Psychosom. Res.*, vol. 58, no. 5, pp. 439–446, 2005.
17. G. Jason, "McNally, Richard J.: Remembering Trauma," *Philos.* 200 344, vol. 34, no. 4, pp. 477–481, Dec. 2006.
18. M. Harris and R. D. Fallot, "Using trauma theory to design service systems," p. 103, 2001.
19. M. Scott, *Trauma-Focused CBT*. Pp 35-101, 2014.
20. M. P. Duckworth and V. M. Follette, *Retraumatization: Assessment, Treatment, and Prevention*. Taylor and Francis, 2012.
21. L. Yaakubov, Y. Hoffman, and T. Rosenbloom, "Secondary traumatic stress, vicarious posttraumatic growth and their association in emergency room physicians and nurses," *Eur. J. Psychotraumatol.*, vol. 11, no. 1, 2020.
22. C. Menschner and A. Maul, "Key Ingredients for Successful Trauma Informed Care Implementation," *Adv. Trauma-Informed Care*, no. April, pp. 1–12, 2016.

GİRİŞ

Stigma kelime kökeni olarak Latince “*stigmat*” (işaret, damga) kelimesinden köken alır ve kavramın öncüsü Amerikalı sosyolog Erving Goffmandır. Goffmann 1963 yılında yaptığı tanımlamada; damgalanan bireylere daha az değer verildiğini, bu damgalamayı taşıyan kişilerin daha az talep edilir kişiler olduğunu ve bazen de damgalamaya maruz kalan kişilerin insan gibi dahi algılanmadıklarını belirtmiştir(1). Yine Goffman’ a göre bu damgalanma kişilerin bedensel/ fiziki engelleri, kişilerin kişilik özellikleri veya sahip oldukları etnik ve sınıfsal özellikleri gibi farklı özelliklerine karşı olabilir(2). Antik çağlarda suçlular ve köleler gibi grupların ayırt edilmesi için vücutlarına izler yapılmış, sonrasında ise ilerleyen çağlarda özellikle enfeksiyon hastalara (tüberküloz, sifiliz vs.) uygulandığı görülmektedir.

Genel Bilgiler ve Son Gelişmeler

Herhangi bir hastalığa karşı da oluşabilecek damgalama, kişinin sahip olduğu hastalığın ve oluşturduğu diğer çok yönlü sorunlar kadar önemli bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü sağlık kavramını “fiziksel, sosyal ve psikolojik tam bir iyilik hali” olarak adlandırmaktadır(3). Daha sonra bu tanıma manevi iyilik hali kavramını da eklemiş olup bireyin sağlık ile ilgili kavramlarının korun-

¹ Uzm. Dr., Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, ftmakyuz@yahoo.com.tr

pek çok klinik durumda daha önce incelenmiş ve etkin stratejiler geliştirilmiş durumlar olup, daha önceki öğrenilen derslerin yeni alanlara da uygulanması mücadeleyi daha etkin hale getirecektir.

KAYNAKLAR

1. Yıldız E, Çaydam ÖD. Sistematik Derleme: Kanserli Hastalara Yönelik Damgalama İle İlgili Araştırmaların Sistematik Bir Analizi. *Sağlık ve Toplum*, 2020, 30.1: 9-25.
2. Yaşar Ö, Avcı N. Değişen Yaşlılık Algısı: COVID-19 ile Damgalanan Yaşlılar. *Electronic Turkish Studies*, 2020, 15.4.
3. Oran NT, Şenuzun F. Toplumda kırılması gereken bir zincir: HIV/AIDS stigmatı ve baş etme stratejileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 5.1(2008): 1-16.
4. Baysal G. Ö. D. Damgalanma ve Ruh Sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2013; 22(2): 239-251.
5. Phelan JC, Link BG, Dovidio JF. Stigma and prejudice: one animal or two? *Soc Sci Med* 2008;3: 358-67
6. Yuan K, Huang XL, Yan W, et al. A systematic review and meta-analysis on the prevalence of stigma in infectious diseases, including COVID-19: a call to action. *Mol Psychiatry*. 2021;27:1-15. doi: 10.1038/s41380-021-01295-8.
7. Oban G, Küçük L. Damgalama erken yaşlarda başlar. Gençlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayla mücadelede eğitimin rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2011, 2.3: 141-148.
8. Thornicroft G, Rose D, Mehta N. Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do? *Advances in Psychiatric Treatment*. 2010;16(1):53-59. doi:10.1192/apt.bp.107.004481
9. Bostancı N. Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik stigma ve bunun azaltılmasına yönelik uygulamalar. *Düşünen Adam*, 2005, 18.1: 32-38.
10. Minichil W, Getinet W, Kassew T. Prevalence of perceived stigma and associated factors among primary caregivers of children and adolescents with mental illness, Addis Ababa, Ethiopia: Cross-sectional study. *PLoS One*. 2021; 16(12):e0261297. doi: 10.1371/journal.pone.0261297.
11. Lim PK, Hankir A, Zaman R. Innovative Interventions to Reduce the Stigma Attached to Intellectual Disabilities: A Narrative Review. *Psychiatr Danub*. 2021;33(Suppl 11):74-78.
12. Grothe L, Grothe M, Wingert J, et al. Stigma in Multiple Sclerosis: The Important Role of Sense of Coherence and Its Relation to Quality of Life. *Int J Behav Med*. 2021 Oct 12. doi: 10.1007/s12529-021-10030-0. Epub ahead of print.
13. Parikh SK, Kempner J, Young WB. Stigma and Migraine: Developing Effective Interventions. *Curr Pain Headache Rep*. 2021;25(11):75. doi: 10.1007/s11916-021-00982-z.
14. Simpson S, Furlong M, Giebel C. Exploring the enablers and barriers to social prescribing for people living with long-term neurological conditions: a focus group investigation. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):1230. doi: 10.1186/s12913-021-07213-6.
15. Bacsu JD, Johnson S, O'Connell ME, et al. Stigma Reduction Interventions of Dementia: A Scoping Review. *Can J Aging*. 2021; 13:1-11. doi: 10.1017/S0714980821000192. Epub ahead of print.

16. Fulton M, Srinivasan VN. Obesity, Stigma And Discrimination. 2021 Mar 16. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. PMID: 32119458.
17. Almutairi BF, Alsaygh KW, Altamimi MM et al. Internalized Weight Stigma: Prevalence and Association With Psychiatric Disorder Among Overweight and Obese Individuals. *Cureus*. 2021;13(10):e18577. doi: 10.7759/cureus.18577.
18. Warnick JL, Darling KE, West CE, et al. Weight Stigma and Mental Health in Youth: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pediatr Psychol*. 2021;jsab110. doi: 10.1093/jpepsy/jsab110. Epub ahead of print.
19. Gmeiner MS, Warschburger P. Interrelation between weight and weight stigma in youth: is there evidence for an obesogenic vicious cycle? *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021. doi: 10.1007/s00787-021-01922-3. Epub ahead of print.
20. Thillainadesan J, Scott IA, Le Couteur DG. Frailty, a multisystem ageing syndrome. *Age Ageing*. 2020;49(5):758-763. doi: 10.1093/ageing/afaa112.
21. Armoon B, Higgs P, Fleury MJ, et al. Socio-demographic, clinical and service use determinants associated with HIV related stigma among people living with HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):1004. doi: 10.1186/s12913-021-06980-6.
22. Yılmaz Y, Erdoğan A, Hocaoglu C. COVID-19 and Stigma. *Kocaeli Med J*. 2021; 10(1): 47-55
23. Li M, Long J, Wang X, et al. A Comparison of COVID-19 Stigma and AIDS Stigma During the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study in China. *Front Psychiatry*. 2021;12:782501. doi: 10.3389/fpsy.2021.782501.
24. Taylor S, Landry CA, Rachor GS, et al. Fear and avoidance of healthcare workers: An important, under-recognized form of stigmatization during the COVID-19 pandemic. *J Anxiety Disord*. 2020 ;75:102289. doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102289. Epub 2020 Aug 19.
25. Tseng WT, Lee Y, Hung CF, et al. Stigma, depression, and anxiety among patients with head and neck cancer. *Support Care Cancer*. 2021. doi: 10.1007/s00520-021-06550-w. Epub ahead of print.
26. Reid U. Stigma of hair loss after chemotherapy. *Paediatr Nurs* 1997; 9:16–18.
27. Jankowiak B, Kowalewska B, Krajewska-Kułak E, et al. The Sense of Stigmatization in Patients with Plaque Psoriasis. *Dermatology*. 2021;237(4):611-617. doi: 10.1159/000510654.
28. Wu JH, Cohen BA. The stigma of skin disease. *Curr Opin Pediatr*. 2019;31(4):509-514. doi: 10.1097/MOP.0000000000000792.
29. Özmen, S, Erdem, R. Damgalamanın Kavramsal Çerçevesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2018; 23(1): 185-208.
30. Tseng WT, Lee Y, Hung CF, et al. Validation of the Chinese Version of the Shame and Stigma Scale in Patients with Head and Neck Cancer. *Cancer Manag Res*. 2019;11:10297-10305. doi: 10.2147/CMAR.S228843.
31. Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol*. 1999;54(9):765-76. doi: 10.1037//0003-066x.54.9.765.
32. Lim PK, Hankir A, Zaman R. Innovative Interventions to Reduce the Stigma Attached to Intellectual Disabilities: A Narrative Review. *Psychiatr Danub*. 2021;33(Suppl 11):74-78.

Ruh Sağlığını Güçlendirme için Bilimsel Öneriler

Ebru ŞAHAN¹

RUH SAĞLIĞINA DAİR KAVRAMLAR

Sağlığın tanımı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yalnızca hastalık ve engellilik durumunun olmaması değil, kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanmıştır(1, 2). Tanımdan da anlaşılacağı gibi sağlık hastalığın yokluğundan fazlasıdır ve ruh sağlığı sağlığın olmazsa olmaz bir parçasıdır(4).

Ruh sağlığı, bireyin yeteneklerini fark ettiği, yaşamın olumsuzluklarıyla başa çıkabildiği, üretebildiği, verimli çalışabildiği ve çevresine, topluma katkı sağlayabildiği bir memnuniyet halidir(1). Ruh sağlığı biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerle ve bunların etkileşimleri ile şekillenir. Ruh sağlığı fiziksel sağlık ve davranışlarla da ilişkilidir(2).

Ruh sağlığı sorunları işsizlik, yoksulluk, düşük eğitim düzeyi, stresli çalışma koşulları, çeşitli fiziksel hastalıklar, sağlıksız yaşam tarzı, madde bağımlılığı, şiddet, kadın ve çocuk istismarı, cinsiyet ayrımcılığı ve insan hakları ihlalleri varlığında sık görülür ve çözümü daha zordur(5, 6).

Ruh sağlığı sorunları, sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımı ve maliyetleriyle ilişkilidir, birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanan hastaların yaklaşık dörtte birinin psikiyatrik rahatsızlığı vardır. Psikiyatrik bozukluklar, 1990

¹ Uzm. Dr. Marmara Üniversitesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ebrushaan@hotmail.com

Ruh sağlığını güçlendirme, ruhsal hastalıklar ve bozuklukların altını çizmek yerine, ruh sağlığıyla ilgili olumlu görüşleri, yaklaşımları benimsemeyi içerir. İnsanlarla iletişim kurmayı ve onları güçlendirmeyi amaçlayan pozitif bir yaklaşımdır. İyi kalitede ilişkiler, yüksek standartta uygulama, titiz değerlendirme, yaygın program kabulü ve desteği etkili ve uzun süreli ruh sağlığı güçlendirme uygulamalarının temelini oluşturur(32).

Ruhsal hastalıkların sosyal ve ekonomik maliyetleri yüksektir ve ruh sağlığı ile ilgili toplumsal eylemler ve hükümet planları yapılmazsa bu maliyetler katlanarak artacaktır. Düşük maliyetli, sürdürülebilir, farklı kültürel bağlamlarda etkili ve uygulanabilir ruh sağlığını geliştirme girişimlerinin tanımlanmasına ihtiyaç vardır(41). Ruh sağlığının genel sağlığın olmazsa olmaz parçası olması gibi, ruh sağlığının güçlendirilmesi de sağlığın güçlendirilmesinin olmazsa olmazıdır.

KAYNAKLAR

1. Türkiye Psikiyatri Derneği.(2020). *Ruh Sağlığını Güçlendirme: Kavramlar, Kanıtlar, Uygulamalar*. (Okan Taycan, Bülent Coşkun, Çev. Ed.). Ankara: BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42940/9241591595-tur.pdf> adresinden ulaşılmıştır.
2. World Health Organization. Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report. 2004.
3. Dawson DA. US low-risk drinking guidelines: an examination of four alternatives. *Alcohol Clin Exp Res*. 2000;24(12):1820-1829.
4. Prince M, Patel V, Saxena S, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007;370(9590):859-877.
5. World Health Organization. The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. 2001.
6. Desjarlais R. World mental health: Problems and priorities in low-income countries: Oxford University Press, USA; 1995.
7. World Health Organization. The world health report 2003: shaping the future. 2003.
8. Herrman H, Jane-Llopis E. Mental health promotion in public health. *Promot Educ*. 2005;Suppl 2:42-47, 63, 69.
9. World Health Organization. A discussion document on the concept and principles of health promotion. *Health Promot*. 1986;1(1):73-76.
10. Sartorius N. Health promotion strategies: keynote address. *Can J Public Health*. 1988;79 Suppl 2:S3-5.
11. Jané-Llopis E, Barry M, Hosman C, et al. Mental health promotion works: a review. *Promot Educ*. 2005;12(2_suppl):9-25.
12. Budd M, Iqbal A, Harding C, et al. Mental health promotion and prevention in primary care: What should we be doing vs. what are we actually doing? *Ment Health Prev*. 2021;21:200195.

13. Lahtinen E, Joubert N, Raeburn J, et al.(2005). Strategies for promoting the mental health of populations. In Helen Herrman, Shekhar Saxena, Rob Moodie (Eds.), *Promoting Mental Health health: concepts, emerging evidence, practice: report of the World Health Organization* (pp. 226-242). Geneva: WHO Press.
14. Lahtinen E, Lehtinen V, Riikonen E, et al. Framework for promoting mental health in Europe. 1999.
15. Lavikainen J, Lahtinen E, Lehtinen V. Public health approach on mental health in Europe. 2000.
16. Min JA, Lee CU, Lee C. Mental health promotion and illness prevention: a challenge for psychiatrists. *Psychiatry Investig.* 2013;10(4):307-316.
17. Mann M, Hosman CM, Schaalma HP, et al. Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Educ Res.* 2004;19(4):357-372.
18. Wethington E, Brown GW.(1995). Interview measurement of stressful life events. In Cohen S, Kessler RC, & Gordon LUn(Eds.), *Measuring stress: A guide for health and social scientists.* Oxford University Press.
19. Updegraff JA, Taylor SE.(2000). From vulnerability to growth: Positive and negative effects of stressful life events. In J. H. Harvey & E. D. Miller (Eds.), *Loss and trauma: General and close relationship perspectives* (pp. 3–28). Brunner-Routledge.
20. Risch N, Herrell R, Lehner T, et al. Interaction between the serotonin transporter gene(5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression: a meta-analysis. *JAMA.* 2009;301(23):2462-2471.
21. Blomeyer D, Treutlein J, Esser G, et al. Interaction between CRHR1 gene and stressful life events predicts adolescent heavy alcohol use. *Biol Psychiatry.* 2008;63(2):146-151.
22. Kendler KS. Social support: a genetic-epidemiologic analysis. *Am J Psychiatry.* 1997;154(10):1398-1404.
23. Sarason IG, Sarason BR, Shearin EN, et al. Social support as an individual difference variable: Its stability, origins, and relational aspects. *J Pers Soc Psychol.* 1986;50(4):845.
24. Herrman H. The need for mental health promotion. *Aust N Z J Psychiatry.* 2001;35(6):709-715.
25. Wyshak G. Weight change, obesity, mental health, and health perception: self-reports of college-educated women. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2007;9(1):48.
26. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):593-602.
27. Catalano RF, Berglund ML, Ryan JA, et al. Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. *Ann Am Acad Pol Soc Sci.* 2004;591(1):98-124.
28. Pascoe M, Bailey AP, Craike M, et al. Physical activity and exercise in youth mental health promotion: a scoping review. *BMJ Open Sport Exerc Med.* 2020;6(1):e000677.
29. Barlow J, Coren E, Stewart-Brown S. Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003(4).
30. Daffner KR. Promoting successful cognitive aging: a comprehensive review. *J Alzheimers Dis.* 2010;19(4):1101-1122.
31. Forsman AK, Nordmyr J, Wahlbeck K. Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health Promot Int.* 2011;26(suppl_1):i85-i107.

32. Jane-Llopis E, Barry MM. What makes mental health promotion effective? *Promot Educ.* 2005;Suppl 2:47-55, 64, 70.
33. Tannahill A. Integrating mental health promotion and general health promotion strategies. *J Public Ment Health.* 2000.
34. Fernandez A, Moreno-Peral P, Zabaleta-del-Olmo E, et al. Is there a case for mental health promotion in the primary care setting? A systematic review. *Prev Med.* 2015;76 Suppl:S5-11.
35. Stumbo SP, Yarborough BJH, Yarborough MT, et al. Perspectives on providing and receiving preventive health care from primary care providers and their patients with mental illnesses. *Am J Health Promot* 2018;32(8):1730-1739.
36. Brody LT. Effective therapeutic exercise prescription: the right exercise at the right dose. *J Hand Ther.* 2012;25(2):220-232.
37. Lamba G, Ellison JM. Religion/Spirituality and depression. *Am J Psychiatry.* 2012;169(4):433-433.
38. Kobau R, Seligman ME, Peterson C, et al. Mental health promotion in public health: perspectives and strategies from positive psychology. *Am J Public Health.* 2011;101(8):e1-9.
39. Burton NW, Pakenham KI, Brown WJ et al. Feasibility and effectiveness of psychosocial resilience training: a pilot study of the READY program. *Psychol Health Med.* 2010;15(3):266-277.
40. Schmolke M. Health promotion and multi-modal research perspectives. *DynPsych Berlin.* 2003;36(5/6):254-271.
41. Barry MM, Domitrovich C, Lara MA. The implementation of mental health promotion programmes. *Promot Educ.* 2005;Suppl 2:30-36, 62, 68.

Cinsel İşlev Bozukluklarının Tanınması ve Cinsel Danışmanlık

Rümeysa TAŞDELEN¹

GİRİŞ

Cinsellik, insanın hayatı boyunca devam eden, sadece bedensel değil, sevgi, yakınlık, destek ve yaşam doyumu gibi ruhsal ihtiyaçları da içeren, kişiler arası iletişimi zenginleştiren yaşamın ayrılmaz bir parçasıdır. Biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel, ahlâki, dini, politik ve ekonomik boyutları olan bu karmaşık süreç değerlendirilirken bütüncül yaklaşımla ele alınmalıdır. Bu bölümde poliklinik koşullarında cinsel sorunla başvuran hastaya genel yaklaşım, sık karşılaşılan cinsel işlev bozukluklarının değerlendirilmesi, tanı, tedavi ve takip sürecinde yapılması gerekenler pratik önerilerle bahsedilecektir.

Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozukluklarıyla İlgili Genel Bilgiler

Cinsellik ve Cinsel Sağlık

Dünya Sağlık Örgütü cinsel sağlığı sadece hastalık, işlev bozukluğu veya sakatlığın olmamasına kısıtlamamış, cinsellikle ilgili olarak fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır(1). Cinsel Haklar Bildirgesi'ne göre herkesin cinselliğe ve cinsel ilişkilere olumlu ve saygılı bir yaklaşım ile, zorlama, ayrımcılık ve şiddetten uzak, özgür seçimlere dayalı, zevkli ve güvenli cinselliğini sürdürebilmesi için kapsamlı ve kaliteli cinsel bilgilere ulaşma

¹ Uzm. Dr., Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma hastanesi, Psikiyatri AD, drrtasdelen@gmail.com

KAYNAKLAR

1. World Health Organization(2002). Sexual health: Working definitions. http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html
2. World Association for Sexual Health (WAS).(2008). Sexual Health for the Millennium- A Declaration and Technical Document. <https://worldsexualhealth.net/resources/millennium-declaration/>
3. Maurice, W. L.(2012) Birinci Basamakta Cinsel Tıp. (Sultan Doğan Çev. Ed.) Ankara:Sosyal Psikiyatri Derneği
4. Masters WB, Johnson VE(1994) Human sexual behavior. İnsanda cinsel davranış. (Gül Demiriz, Çev. Ed.), İstanbul: Bilimsel ve Teknik Çeviri Yayınları Vakfı.
5. Kaplan HS(1974) The anatomy and physiology of the sexual response, In Kaplan HS (Ed), The New Sex Therapy. (pp. 27-56) New York: Brunner/Mazel,
6. İncesu C. Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları J Clin Psy. 2004; 7(3): 3-13
7. Wheeler LJ, Guntupalli SR. Female Sexual Dysfunction: Pharmacologic and Therapeutic Interventions. *Obstet Gynecol.* 2020 Jul;136(1):174-186. doi: 10.1097/AOG.0000000000003941
8. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition.(2013)Arlington, VA: American Psychiatric Association,
9. McCool ME, Zuelke A, Theurich MA, et al. Prevalence of female sexual dysfunction among premenopausal women: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Sexual Medicine Reviews.* 2016;4:197–212.
10. Lauman E, Paik A, Rosen R. Sexual dysfunction in the U.S.: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999; 281: 537–544.
11. Ghiasi A, Keramat A. Prevalence of Sexual Dysfunction among Reproductive-age Women in Iran: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Midwifery and Reproductive Health.* 2018; 6(3): 1390-1398. DOI: 10.22038/jmrh.2018.23708.1256
12. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, et al. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol* 2008;112:970–8.
13. Akbulut MF, Pınar MB, Gürbüz ZG. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarının sınıflaması ve tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Urology - Special Topics* 2015;8:10–5.
14. Yildirim EA, Akyüz F, Hacıoglu M, et al.(2011) Cinsel işlev bozuklukları kliniğine başvuran olgularda başvuru yakınması ile klinik tanı arasındaki ilişki. *Noro-Psikiatr Ars*, 48 (Suppl 1):24-30.
15. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, et al. Sexual problems among women and men aged 40- 80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* 2005;17:39– 57.
16. Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, et al. Sexual behavior and sexual dysfunctions after the age 40: the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Urology* 2004; 64:991.
17. McCool-Myers M, Theurich M, Zuelke A, et al. Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Womens Health.* 2018 Jun 22;18(1):108. doi: 10.1186/s12905-018-0602-4
18. Carvalho J, and Nobre P. Sexual desire in women: An integrative approach regarding psychological, medical, and relationship dimensions. *J Sex Med* 2010;7:1807–1815

19. Dişsiz M., Mamuk R., Oskay Ü. Genito Pelvik Ağrı/Penetrasyon Bozuklukları ve Güncel Yaklaşımlar. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg.* 2019; 9(3): 202-208
20. Yıldırım MH. Vajinismusun sosyodemografik ve klinik özellikleri açısından diğer cinsel işlev bozuklukları ile karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri.* 2017; 20(1): 37-44.
21. Wright JJ, O'Connor KM. Female sexual dysfunction. *Med Clin North Am* 2015;99:607–28.
22. Irfan M, Hussain NHN, Noor NM, et al. Epidemiology of Male Sexual Dysfunction in Asian and European Regions: A Systematic Review. *Am J Mens Health.* 2020 Jul-Aug;14(4) doi: 10.1177/1557988320937200.
23. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, et al. Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med.* 2016 Feb;13(2):144-52. doi: 10.1016/j.jsxm.2015.12.034.
24. Chen L, Shi GR, Huang DD, et al. Male sexual dysfunction: A review of literature on its pathological mechanisms, potential risk factors, and herbal drug intervention. *Biomed Pharmacother.* 2019 Apr;112:108585. doi: 10.1016/j.biopha.2019.01.046. Epub 2019 Feb 21.
25. De Boer BJ, Bots ML, Nijeholt AA, Moors JP, Verheij TJ. The prevalence of bother, acceptance, and need for help in men with erectile dysfunction. *J Sex Med.* 2005; 2:445–450. [PubMed: 16422878]
26. McMahon CG. Current diagnosis and management of erectile dysfunction. *Med J Aust.* 2019 Jun;210(10):469-476. doi: 10.5694/mja2.50167
27. Yafi FA, Jenkins L, Albersen M, et al. Erectile dysfunction. *Nat Rev Dis Primers.* 2016;2:16003. Published 2016 Feb 4. doi:10.1038/nrdp.2016.3
28. Burnett AL, Nehra A, Breau RH, et al. Erectile Dysfunction: AUA Guideline. *J Urol.* 2018 Sep;200(3):633-641. doi: 10.1016/j.juro.2018.05.004.
29. Pyke RE. Sexual Performance Anxiety. *Sex Med Rev.* 2020 Apr;8(2):183-190. doi: 10.1016/j.sxmr.2019.07.001.
30. Domes T, Najafabadi BT, Roberts M. et al. Canadian Urological Association Guideline: Erectile Dysfunction. *CUAJ* 2021; 15, 310-22.
31. Güleç G, Eşsizoğlu A. Erkekler; sık rastlanan cinsel sorunlar ve işlev bozuklukları. *Psikiyatride Güncel.* 2014;4:347-61.
32. Chung E, Gilbert B, Perera M, et al. Premature ejaculation: A clinical review for the general physician. *Aust Fam Physician.* 2015 Oct;44(10):737-43.
33. Jenkins LC, Mulhall JP. Delayed orgasm and anorgasmia. *Fertil Steril.* 2015;104(5):1082-1088. doi:10.1016/j.fertnstert.2015.09.029
34. Abdel-Hamid IA, Ali OI. Delayed Ejaculation: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. *World J Mens Health.* 2018 Jan;36(1):22-40. doi: 10.5534/wjmh.17051.

Poliklinikte Akut Ruhsal Travma Belirtileri Gösteren Başvurulara Yaklaşım

6

Emine Merve AKDAĞ¹

GİRİŞ

Ülkemizde ve dünyada her geçen gün travmaya maruz kalan ve bu sebeple yardım arayışında olan insan sayısı artış göstermektedir. Travmaya maruz kalan kişilerde erken dönemde çeşitli ruhsal, bedensel, bilişsel, davranışsal belirtiler görülebilir. Kaldı ki kişiler bazen bu belirtilerin travmayla olan bağlantısını fark edemeyebilirler. Bu akut stres belirtileri, sıklıkla olağandır ve ruhsal bir bozukluk olarak tanımlanmaz. Bir hafta içinde ya da tehdit edici durum ortadan kalktıktan sonra genellikle kendiliğinden azalır. Danışanın bu konuda bilgilendirilmesi oldukça değerlidir. Öte yandan yeniden yaşantılamalar, aşırı kaçınma ve tetikte olma hali, yoğun kaygı ve depresyon, alkol-madde kötüye kullanımı ve gerçeği değerlendirme yetisinin bozulması ise kişinin ruhsal açıdan ayrıntılı değerlendirilmesini, takibini ve gerekirse erken müdahaleyi gerektiren ruhsal belirtilerdir. Şüphe oluşturan durumlarda kişide travmayı sorgulamak, belirtilerin şiddeti açısından değerlendirmek, riskli grupları tanımak, bilgilendirmek, destek sağlamak, gerekirse takibe almak ve doğru birimlere yönlendirmek, sonrasındaki sürecin yönetimi açısından oldukça önemlidir. Bu yazı, hekimlerin akut ruhsal travma belirtileri gösteren danışanları poliklinik ortamında tanıyabilmesi ve gerekli müdahaleler açısından bilgilendirilmesi amacıyla kaleme alınmıştır.

¹ Uzm. Dr. Başasistan, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, emervekalyoncu@gmail.com

Sonuç

Hekimlerin travma sonrası erken dönem ruhsal belirtileri tanınması, uygun müdahaleleri ve hangi durumlarda kişiyi ruh sağlığı profesyonellerine yönlendirmesi gerektiğini bilmesi, travma yönetimi açısından önemlidir. Erken dönem müdahalelerinde ilk olarak psikolojik ilk yardım (PİY) esastır. PİY; travma sonrası erken dönemde kişilerin temel ihtiyaçlarını karşılamalarına, güvende ve sakin hissetmelerine yardımcı olur, sosyal ve duygusal destek sunar. PİY akut ve kronik travma tepkilerinin gelişme ihtimalini azaltır. Travmanın türüne göre değişkenlik göstermekle birlikte akut dönemde; kayıt tutma, güvenlik, haberleşme ve temel ihtiyaçların karşılanması, travmatik olaya maruziyet süresinin azaltılması, disosiyatif belirtiler açısından tetikte olunması, ağrı ifadesinin azalma riskine karşı ağrıyı ayrıntılı sorgulama önemlidir. Takip eden günlerde; bu müdahalelere ek olarak ruhsal belirtilerin ve risk gruplarının gözlenmesi, intihara eğilim ve alkol- madde kullanımı/yoksunluğu açısından dikkatli olunması, sürekli kullanılan ilaçların tespiti ve temini gerekmektedir. Erken dönem belirtilere karşı psikoterapi uygulamaları tartışmalıdır. Kişinin kendi kaynakları ve baş etme mekanizmalarıyla olayı işlemesine izin vermek yararlı olabilmektedir. Belirtiler işlevselliği yoğun şekilde etkilemiyorsa izlemek ve 1 ay sonra kontrol etmek; işlevselliği bozuyorsa ve akut stres bozukluğu geliştirse özellikle travma odaklı yaklaşım ve terapi müdahaleleri açısından ruh sağlığı profesyonellerine yönlendirmek, ilaç tedavisi gerektiren ek tanı olmaması halinde ilk bir ay farmakolojik tedaviden uzak durmak önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Janoff-Bulman R. Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social cognition*. Guilford Press; 1989;7(2): 113–136.
2. Herman JL. *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Hachette uK; 2015.
3. Bryant RA, Friedman MJ, Spiegel D, et al. A review of acute stress disorder in DSM-5. *Depression and Anxiety*. 2011;28(9): 802–817. doi:10.1002/da.20737
4. Figley CR. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Routledge; 2013.
5. Kahil A, Palabiyikoğlu NR. İkincil Travmatik Stres. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2018;10(1): 59–70. doi:10.18863/pgy.336495
6. Benjet C, Bromet E, Karam EG, et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological medicine*. Cambridge University Press; 2016;46(2): 327–343.

7. Geoffrion S, Goncalves J, Robichaud I, et al. Systematic Review and Meta-Analysis on Acute Stress Disorder: Rates Following Different Types of Traumatic Events. *Trauma, Violence, & Abuse*. SAGE Publications; 2020; 1524838020933844. doi:10.1177/1524838020933844
8. Özbaş Z. Cinsel Silah ve” Grbavica”. *Marmara İletişim Dergisi*. 2008;13(13): 171–185.
9. Barnhill JW. *DSM-5® Clinical Cases*. American Psychiatric Pub; 2013.
10. Bryant RA, O’Donnell ML, Creamer M, et al. A multisite analysis of the fluctuating course of posttraumatic stress disorder. *JAMA psychiatry*. American Medical Association; 2013;70(8): 839–846.
11. Horn SR, Charney DS, Feder A. Understanding resilience: New approaches for preventing and treating PTSD. *Experimental neurology*. Elsevier; 2016;284: 119–132.
12. Rosenberg L, Rosenberg M, Robert R, et al. Does acute stress disorder predict subsequent posttraumatic stress disorder in pediatric burn survivors? *The Journal of clinical psychiatry*. Physicians Postgraduate Press, Inc.; 2015;76(11): 0–0.
13. Kocsis RN. *Book Review: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: (DSM-5)*. Sage Publications Sage CA: Los Angeles, CA; 2013.
14. Ramos C, Leal I. Posttraumatic growth in the aftermath of trauma: A literature review about related factors and application contexts. *PsychOpen GOLD*; 2013;
15. Urcuyo KR, Boyers AE, Carver CS, et al. Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology & Health*. Taylor & Francis; 2005;20(2): 175–192.
16. Bowler RM, Adams SW, Gocheva VV, et al. Posttraumatic stress disorder, gender, and risk factors: World Trade Center tower survivors 10 to 11 years after the September 11, 2001 attacks. *Journal of traumatic stress*. Wiley Online Library; 2017;30(6): 564–570.
17. Halpern J, Vermeulen K. *Disaster mental health interventions: Core principles and practices*. [Online] New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group; 2017. xii, 205 p. doi:10.4324/9781315623825
18. Health (UK NCC for M. Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Gaskell; 2005;
19. Card P. *VA/DOD clinical practice guideline for the management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder*. 2017.
20. Organization WH. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. 2013. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*. 2013;
21. Jacobs GA, Gray BL, Erickson SE, et al. Disaster mental health and community-based psychological first aid: Concepts and education/training. *Journal of clinical psychology*. Wiley Online Library; 2016;72(12): 1307–1317.
22. Shalev AY, Ankri Y, Israeli-Shalev Y, et al. Prevention of posttraumatic stress disorder by early treatment: results from the Jerusalem Trauma Outreach And Prevention study. *Archives of general psychiatry*. American Medical Association; 2012;69(2): 166–176.
23. Saltini A, Rebecchi D, Callerame C, et al. Early Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) intervention in a disaster mental health care context. *Psychology, health & medicine*. Taylor & Francis; 2018;23(3): 285–294.
24. Delahanty DL, Gabert-Quillen C, Ostrowski SA, et al. The efficacy of initial hydrocortisone administration at preventing posttraumatic distress in adult trauma patients: a randomized trial. *CNS spectrums*. Cambridge University Press; 2013;18(2): 103–111.

25. Zohar J, Yahalom H, Kozlovsky N, et al. High dose hydrocortisone immediately after trauma may alter the trajectory of PTSD: interplay between clinical and animal studies. *European Neuropsychopharmacology*. Elsevier; 2011;21(11): 796–809.
26. Roque AP. Pharmacotherapy as prophylactic treatment of post-traumatic stress disorder: a review of the literature. *Issues in mental health nursing*. Taylor & Francis; 2015;36(9): 740–751.
27. Sijbrandij M, Kleiboer A, Bisson JI, et al. Pharmacological prevention of post-traumatic stress disorder and acute stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. Elsevier; 2015;2(5): 413–421.
28. Howlett JR, Stein MB. Prevention of trauma and stressor-related disorders: a review. *Neuropsychopharmacology*. Nature Publishing Group; 2016;41(1): 357–369.
29. McGhee LL, Maani CV, Garza TH, et al. The intraoperative administration of ketamine to burned US service members does not increase the incidence of post-traumatic stress disorder. *Military medicine*. Oxford University Press; 2014;179(suppl_8): 41–46.
30. McGhee LL, Maani CV, Garza TH, et al. The correlation between ketamine and post-traumatic stress disorder in burned service members. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. LWW; 2008;64(2): S195–S199.
31. Sabban EL, Serova LI, Alaluf LG, et al. Comparative effects of intranasal neuropeptide Y and HS014 in preventing anxiety and depressive-like behavior elicited by single prolonged stress. *Behavioural brain research*. Elsevier; 2015;295: 9–16.
32. Cohen H, Kaplan Z, Kozlovsky N, et al. Hippocampal microinfusion of oxytocin attenuates the behavioural response to stress by means of dynamic interplay with the glucocorticoid-catecholamine responses. *Journal of neuroendocrinology*. Wiley Online Library; 2010;22(8): 889–904.
33. Andero R, Brothers SP, Jovanovic T, et al. Amygdala-dependent fear is regulated by Oprl1 in mice and humans with PTSD. *Science translational medicine*. American Association for the Advancement of Science; 2013;5(188): 188ra73–188ra73.
34. Ganon-Elazar E, Akirav I. Cannabinoids prevent the development of behavioral and endocrine alterations in a rat model of intense stress. *Neuropsychopharmacology*. Nature Publishing Group; 2012;37(2): 456–466.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Karmaşık Travma Sonrası Stres Bozukluğunu Tanımak

İbrahim GÜNDOĞMUŞ¹

GİRİŞ

Bireyin başa çıkma mekanizmalarının sınırlarını aşan, uyum sağlama sürecini etkileyen, olağan yaşamın dengesini bozan ve ruhsal yapı üzerinde özel etkiler bırakan gerçek veya algılanan olağandışı olumsuz yaşam olayları ruhsal travma olarak tanımlanabilir(1-4). Bir olayın travmatik olarak değerlendirilebilmesi öznel bir yoruma bağlıdır ve net bir kriteri yoktur(5). Olayın oluş biçimi, zamanı, şiddeti, kaynağı ve olay hakkındaki yorumlar travma olarak değerlendirilme riski üzerinde etkilidir(6, 7). Herhangi bir olayın, sıradan olmaktan ayıran en önemli özelliğinin bireyin geçmiş, gelecek ve mevcut dünya bağlamında temel düşünce, duygu, yargı ve kabullerini etkileyen olaylar olduğu söylenebilir. Ruhsal travma olarak kabul edilen olaylara süregelen yaşam sırasında çok fazla insanın maruz kalması ve bu olayların bireylerin ruhsal şikayetlerini artırması nedeniyle bu konu ile ilgili çok sayıda araştırma yapılmıştır(8-10). Bu konuda ilişkin çalışmalar kadınların %51-64 ve erkeklerin %60-73 oranında yaşamlarının herhangi bir döneminde travmatik olarak nitelendirilebilecek bir olaya maruz kaldıklarını göstermektedir(10-13). Bu oranların %80-100 olarak ortaya koyulduğu çalışmalarda bulunmaktadır(14). Bu ruhsal travmaların günlük tıp pratiğinde çok sayıda olumsuz sonucuyla karşılamanız kaçınılmazdır. Bu bağlamda travmalar oluşturdukları özel ruhsal bozukluklar ve psikosomatik sorunlarla karşımıza çıkmaktadır. Ruhsal travmaların irritable

¹ Uzm. Dr. Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi, dıbrahimgundogmus@gmail.com

Sonuç

Ruhsal travma genel popülasyonda çok sık görülmekte olup çok sayıda psikiyatrik ve psikosomatik durumla ilişkilidir. TSSB ve Karmaşık TSSB temelinde ruhsal travmaların olduğu karmaşık psikiyatrik durumlardır. Tüm hekimlerin bu durumların farkında olması hem işgücü kaybının önüne geçmeyi sağlayacak hem de hastaların bir an önce tedavilerinin planlanmasını yolunu açacaktır. Bu nedenle hekimlerin hastalarda travma geçmişini sorgulaması önem arz etmektedir. TSSB ve Karmaşık TSSB hastalarının tedavilerinin bir psikiyatri hekimi ile birlikte planlanması faydalı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Nelson EC, Heath AC, Madden PA, et al. Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:139-145.
2. Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, et al. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:953-959.
3. Harvey MR. An ecological view of psychological trauma and trauma recovery. *J Trauma Stress*. 1996;9:3-23.
4. Bolu A, Erdem M, Öznur T. Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*. 2014;8:98-104.
5. Calhoun LG, Tedeschi RG.(1999) Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide. New York: Routledge.
6. Coddington RD. The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children: II. A study of a normal population. *J Psychosom Res*. 1972;16:7-18.
7. Van der Kolk BA. Adolescent vulnerability to posttraumatic stress disorder. *J Psychiatry*. 1985;48:365-370.
8. Bolu A, Balıkcı A, Erdem M, et al. Cortical Excitability and Agressive Behavior in Post-Traumatic Stress Disorder. *Nöro Psikiyatri Arşivi*. 2015;52:73-78.
9. Gündoğmuş İ, İspir M, Bakkal O, et al. Trauma-Induced Dissociative Psychosis: A Case Report. *Bosphorus Medical Journal*. 2017;4:164-166.
10. Benjet C, Bromet E, Karam E, et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychol Med*. 2016;46:327-343.
11. Afari N, Ahumada SM, Wright LJ, et al. Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. *J Psychosomatic medicine*. 2014;76:2-11.
12. Breslau N. The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *J Trauma, Violence, Abuse*. 2009;10:198-210.
13. Javidi H, Yadollahie M. Post-traumatic stress disorder. *J Int J Occup Environ Med*. 2012;3:2-9.

14. Frans Ö, Rimmö PA, Åberg L, et al. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *J Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2005;111:291-290.
15. Pennebaker JW, Susman JR. Disclosure of traumas and psychosomatic processes. *J Social science medicine*. 1988;26:327-332.
16. Takmaz T, Gundogmus I, Okten SB, et al. The impact of COVID-19-related mental health issues on menstrual cycle characteristics of female healthcare providers. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*.47:3241-3249.
17. Ergüney-Okumuş FE. Integrating EMDR With Enhanced Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Bulimia Nervosa: A Single Case Study. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2021;15:231-243.
18. White KP, Carette S, Harth M, et al. Trauma and fibromyalgia: is there an association and what does it mean? *Semin Arthritis Rheum*. 2000;29:200-216.
19. Yaşar AB, Sayman C, Taycan SE, et al. The association between temperament features and childhood traumas in patients with juvenile myoclonic epilepsy. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2020;50:1314-1322.
20. Mueser KT, Rosenberg SD, Goodman LA, et al. Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model. *J Schizophrenia research*. 2002;53:123-143.
21. Oztanriover S, Yasar AB, Gundogmus I, et al. Effects of Eye Movement Desensitization and Reprocessing on disease symptoms and functionality in patients with psychotic disorders/ Psikotik bozukluk hastalarında Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme Terapisinin hastalık belirtilerine ve hastaların işlevselliklerine etkisi: Olgu serisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2019;20(:522-530.
22. Gunduz A, Gundogmus I. The relationship of adverse childhood events on automatic thoughts, intermediate beliefs, schemas, anxiety and depressive symptoms and quality of life in university students. *Turkish Journal of Clinical Psychiatry*. 2019;22:424-435.
23. Gunduz A, Gundogmus I, Engin BH, et al. Effects of adverse childhood events over metacognitions, rumination, depression and worry in healthy university students. *Annals of Medical Research*. 2019;26:1394-1401.
24. Brewin CR. Complex post-traumatic stress disorder: a new diagnosis in ICD-11. *BJPsych Advances*. 2020;26:145-152.
25. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington: American Psychiatric Pub; 2013.
26. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*. 2013;12:198-206.
27. North CS, Hong BA, Downs DL. PTSD: A systematic approach to diagnosis and treatment: Accurate diagnosis and management depends on proper application of DSM-5 criteria. *Current Psychiatry*. 2018;17:35-44.
28. Nichter B, Norman S, Haller M, et al. Psychological burden of PTSD, depression, and their comorbidity in the US veteran population: suicidality, functioning, and service utilization. *Journal of affective disorders*. 2019;256:633-640.
29. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014.
30. Sadock B, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences. Philadelphia: Walters Kluwer; 2015.
31. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*. 1995;52:1048-1060.

32. Breslau N, Davis GC, Andreski P, et al. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:216-222.
33. Tural U, Aker T, Onder E, et al., editors. PTSD and comorbid depression after the marmara earthquake; An epidemiological study. Annual Meeting of Disaster Psychiatry Outreach, Miami 4th International Congress of Disaster Psychiatry Approaches to disaster psychiatry: Good science or good intentions; 2004.
34. Mason JW, Giller EL, Kosten TR, et al. Urinary free-cortisol levels in posttraumatic stress disorder patients. *J Nerv Ment Dis*. 1986;174:145-149.
35. Özgen F, Aydın H. Travma sonrası stres bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*. 1999;1:34-41.
36. Gunduz A, Yasar AB, Gundogmus I, et al. Adverse Childhood Events Turkish Form: validity and reliability study/Cocukluk Cagi Olumsuz Yasantilar Olcegi Turkce Formunun gecerlilik ve guvenilirlik calismasi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2018;19:68-76.
37. Geyran P. Psikolojik travma ve sonuçları: tarihsel arka plan ve güncel kavramlar üzerine gözden geçirme. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 2000;8:9-12.
38. Sungur MZ. İkincil travma ve sosyal destek. *Klinik Psikiyatri*. 1999;2:105-108.
39. Çoban DA, Gündoğmuş İ. Comparison of posttraumatic stress disorder symptom profile according to sexual and non-sexual trauma types. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2019;20:470-476.
40. Kul AT, Gundogmus I. The effect of trauma type on the severity of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) symptoms. *Archives of Clinical Psychiatry (Sao Paulo)*. 2020;47:135-141.
41. Vieweg WVR, Julius DA, Fernandez A, et al. Posttraumatic stress disorder: clinical features, pathophysiology, and treatment. *The American journal of medicine*. 2006;119:383-390.
42. Karatzias T, Murphy P, Cloitre M, et al. Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*. 2019;49:1761-1775.
43. Brewin CR, Cloitre M, Hyland P, et al. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical psychology review*. 2017;58:1-15.
44. Herman JL. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress*. 1992;5:377-391.
45. First MB. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM IV-4th edition APA. 1994.
46. Ford JD. Disorders of extreme stress following war-zone military trauma: Associated features of posttraumatic stress disorder or comorbid but distinct syndromes? *Journal of consulting and clinical psychology*. 1999;67:3.
47. Ben-Ezra M, Karatzias T, Hyland P, et al. Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as per ICD-11 proposals: A population study in Israel. *Depression and anxiety*. 2018;35:264-274.
48. Maercker A, Hecker T, Augsburger M, et al. ICD-11 prevalence rates of posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in a German nationwide sample. *The Journal of nervous and mental disease*. 2018;206:270-276.
49. Cloitre M, Hyland P, Bisson JI, et al. ICD-11 posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in the United States: A population-based study. *Journal of Traumatic Stress*. 2019;32:833-842.
50. Black DW, Andreasen NC. Introductory textbook of psychiatry: American Psychiatric Pub; 2014.

51. Önder E, Tural Ü. Travma sonrası stres bozukluğunda tedavi kılavuzu. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları; 2004.
52. Helsley S, Sheikh T, Kim KY, et al. ECT therapy in PTSD. *Am J Psychiatry*. 1999;156:494a-495.
53. Öznur T, Akarsu S, Celik C, et al. Is transcranial magnetic stimulation effective in treatment-resistant combat related posttraumatic stress disorder. *Neurosciences (Riyadh)*. 2014;19:29-32.
54. Bolu A, Gündoğmuş I, Öznur T, et al. Treatment of insomnia with repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) in a patient with posttraumatic stress disorder (PTSD). *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*. 2021;47:157-158.
55. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, et al. Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York City Guilford Press; 2008.
56. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ. Guidelines for treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*. 2000;13:539-588.
57. Van Etten ML, Taylor S. Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice*. 1998;5:126-144.
58. Grunert BK, Weis JM, Smucker MR, et al. Imagery rescripting and reprocessing therapy after failed prolonged exposure for post-traumatic stress disorder following industrial injury. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2007;38:317-328.
59. Nemeroff CB, Marmar c(2018). Post-Traumatic Stress Disorder. In Roy-Byrne P, Stein MB. PTSD and medical illness. Post-Traumatic Stress Disorder. New York: Oxford Press.

Bipolar Bozukluk Manik ve Depresif Dönemi Tanımak

Ahmet GÜRCAN¹

GİRİŞ

Bipolar bozukluk, kişinin duygudurumunda, etkinliklerinde, davranışlarında dalgalanmaların olduğu dönemlerle seyreden bir psikiyatrik bozukluktur. Bipolar bozukluğun Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci Baskısında (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition - DSM-5) yer alan alt tipleri Tablo 1’de sıralanmıştır(1,2). Bipolar I bozukluk yaygınlığı yazında yaklaşık olarak %1 olarak bildirilmekte ve ülkemizde yapılan epidemiyolojik araştırmalar yeterli sayıda olmamakla birlikte benzer veriler sunmaktadırlar(3). Bu oran bipolar II bozukluğu araştıran epidemiyolojik çalışmalar için de benzerdir(4).

Tablo 1 - DSM-5’te Bipolar Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar*

Bipolar I bozukluk
Bipolar II bozukluk
Siklotimik bozukluk
Madde/ilaç ilişkili bipolar ve ilişkili bozukluk
Diğer tıbbi durumla ilişkili bipolar ve ilişkili bozukluk
Tanımlanmış diğer bir bipolar ve ilişkili bozukluk
Tanımlanmamış bipolar ve ilişkili bozukluk

*DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabından uyarlanarak alıntılanmıştır(2).

¹ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, ahmetgurcan@baskent.edu.tr

Sonuç

Bu bölümde bipolar bozukluk ile ilgili genel bilgiler ve klinikte yararlı olabileceği düşünüler noktalar üzerinde durulmuştur. Konu ile ilgili daha ayrıntılı bilgi için ileri kaynaklara başvurulabilir(40,41). Sonuç olarak belirtmek gerekir ki; bölüm içeriğinde yer alan bilgilerin ötesinde her zaman için karşımızda her yönüyle bir insan olduğunu, kişinin biyolojik (medikal) yönlerini olduğu kadar psikolojik ve sosyal yönlerinin de kendisini tümüyle etkilediğini dikkate almamız ve bu bilinçle yaklaşımda bulunmamız, kendisine her ne konuda yardımcı olmaya çalışıyor olursak olalım bunları dikkate almadığımızda yaklaşımımızın eksik kalması ve iki taraflı da harcanan emeğin tam karşılığının bulunmaması riskinin yüksek olabileceğini göz önünde bulundurmamız gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders(5th ed.)*.(2013). doi:http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596
2. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı*. 5th ed. (Ertuğrul Köroğlu, Çev. Ed.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği(2014).
3. Gultekin B, Kesebir S, Tamam L. Bipolar disorder in Turkey: A review. *Psikiyatr Guncel Yaklasimlar - Curr Approaches Psychiatry*(2014) **6**:1. doi:10.5455/cap.20130920014550
4. McIntyre RS, Berk M, Brietzke E, Goldstein BI, López-Jaramillo C, Kessing LV, Malhi GS, Nierenberg AA, Rosenblat JD, Majeed A, et al. Bipolar disorders. *Lancet*(2020) **396**:1841–1856. doi:10.1016/S0140-6736(20)31544-0
5. Mitchell PB, Goodwin GM, Johnson GF, Hirschfeld RMA. Diagnostic guidelines for bipolar depression: A probabilistic approach. *Bipolar Disord*(2008) **10**:144–152. doi:10.1111/j.1399-5618.2007.00559.x
6. Dagani J, Signorini G, Nielssen O, Bani M, Pastore A, Girolamo G De, Large M. Meta-analysis of the Interval between the Onset and Management of Bipolar Disorder. *Can J Psychiatry*(2017) **62**:247–258. doi:10.1177/0706743716656607
7. Kessing LV, Willer I, Andersen PK, Bukh JD. Rate and predictors of conversion from unipolar to bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Bipolar Disord*(2017) **19**:324–335. doi:10.1111/bdi.12513
8. Ratheesh A, Davey C, Hetrick S, Alvarez-Jimenez M, Voutier C, Bechdolf A, McGorry PD, Scott J, Berk M, Cotton SM. A systematic review and meta-analysis of prospective transition from major depression to bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*(2017) **135**:273–284. doi:10.1111/acps.12686
9. Li CT, Bai YM, Huang YL, Chen YS, Chen TJ, Cheng JY, Su TP. Association between antidepressant resistance in unipolar depression and subsequent bipolar disorder: Cohort study. *Br J Psychiatry*(2012) **200**:45–51. doi:10.1192/bjp.bp.110.086983
10. Tietbohl-Santos B, Chiamenti P, Librenza-Garcia D, Cassidy R, Zimmerman A, Manfro GG, Kapczinski F, Passos IC. Risk factors for suicidality in patients with panic disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*(2019) **105**:34–38. doi:10.1016/j.neubiorev.2019.07.022

11. Dong M, Lu L, Zhang L, Zhang Q, Ungvari GS, Ng CH, Yuan Z, Xiang Y, Wang G, Xiang YT. Prevalence of suicide attempts in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Epidemiol Psychiatr Sci*(2019) doi:10.1017/S2045796019000593
12. Miller JN, Black DW. Bipolar Disorder and Suicide: a Review. *Curr Psychiatry Rep*(2020) 22: doi:10.1007/s11920-020-1130-0
13. Vancampfort D, Firth J, Schuch FB, Rosenbaum S, Mugisha J, Hallgren M, Probst M, Ward PB, Gaughran F, De Hert M, et al. Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*(2017) 16:308–315. doi:10.1002/wps.20458
14. Li XH, An FR, Ungvari GS, Ng CH, Chiu HFK, Wu PP, Jin X, Xiang YT. Prevalence of smoking in patients with bipolar disorder, major depressive disorder and schizophrenia and their relationships with quality of life. *Sci Rep*(2017) 7:1–7. doi:10.1038/s41598-017-07928-9
15. Subramaniapillai M, Arbour-Nicotopoulos K, Duncan M, McIntyre RS, Mansur RB, Remington G, Faulkner G. Physical activity preferences of individuals diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder. *BMC Res Notes*(2016) 9:1–9. doi:10.1186/s13104-016-2151-y
16. Patel N, Viguera AC, Baldessarini RJ. Mood-Stabiliz. *J Clin Psychopharmacol*(2018) 38:7–10. doi:10.1097/JCP.0000000000000813
17. Yildiz A, Nikodem M, Vieta E, Correll CU, Baldessarini RJ. A network meta-Analysis on comparative efficacy and all-cause discontinuation of antimanic treatments in acute bipolar mania. *Psychol Med*(2015) 45:299–317. doi:10.1017/S0033291714001305
18. Demyttenaere K, Detraux J, Racagni G, Vansteelandt K. Medication-Induced Akathisia with Newly Approved Antipsychotics in Patients with a Severe Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *CNS Drugs*(2019) 33:549–566. doi:10.1007/s40263-019-00625-3
19. Carbon M, Kane JM, Leucht S, Correll CU. Tardive dyskinesia risk with first- and second-generation antipsychotics in comparative randomized controlled trials: a meta-analysis. *World Psychiatry*(2018) 17:330–340. doi:10.1002/wps.20579
20. Cornett EM, Novitch M, Kaye AD, Kata V, Kaye AM. Medication-induced tardive dyskinesia: A review and update. *Ochsner J*(2017) 17:162–174. doi:10.1043/TOJ-16-0108
21. Tse L, Barr A, Scarapicchia V, Vila-Rodriguez F. Neuroleptic Malignant Syndrome: A Review from a Clinically Oriented Perspective. *Curr Neuropharmacol*(2015) 13:395–406. doi:10.2174/1570159x13999150424113345
22. Erden Aki SO, Gurcan A, Gurel SC, Yazici MK. A Severe Neuroleptic Malignant Syndrome Treated with Daily Electroconvulsive Therapy: A Case Report. *Turkish J Psychiatry*(2021) doi:10.5080/u26535
23. Bostankolu G, Ayhan Y, Cuhadaroglu F, Yazıcı MK. Serotonin syndrome with a combination of aripiprazole and fluoxetine: A case report. *Ther Adv Psychopharmacol*(2015) 5:138–140. doi:10.1177/2045125314561467
24. Wang RZ, Vashistha V, Kaur S, Houchens NW. Serotonin syndrome: Preventing, recognizing, and treating it. *Cleve Clin J Med*(2016) 83:810–817. doi:10.3949/ccjm.83a.15129
25. Taylor DM, Barnes TRE, Young AH. *The Maudsley® Prescribing Guidelines in Psychiatry*. 14th ed. Wiley Blackwell(2021).
26. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RMA, Petukhova M, Kessler RC. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*(2007) 64:543–552. doi:10.1001/archpsyc.64.5.543

27. Sylvia LG, Shelton RC, Kemp DE, Bernstein EE, Friedman ES, Brody BD, Mcelroy SL, Singh V, Tohen M, Bowden CL, et al. Medical burden in bipolar disorder: Findings from the Clinical and Health Outcomes Initiative in Comparative Effectiveness for Bipolar Disorder study (Bipolar CHOICE). *Bipolar Disord*(2015) **17**:212–223. doi:10.1111/bdi.12243
28. McIntyre RS, Konarski JZ, Yatham LN. Comorbidity in bipolar disorder: A framework for rational treatment selection. *Hum Psychopharmacol*(2004) **19**:369–386. doi:10.1002/hup.612
29. Yapici Eser H, Kacar AS, Kilciksiz CM, Yalçınay-Inan M, Ongur D. Prevalence and Associated Features of Anxiety Disorder Comorbidity in Bipolar Disorder: A Meta-Analysis and Meta-Regression Study. *Front Psychiatry*(2018) **9**:1–15. doi:10.3389/fpsy.2018.00229
30. Messer T, Lammers G, Müller-Siecheneder F, Schmidt RF, Latifi S. Substance abuse in patients with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*(2017) **253**:338–350. doi:10.1016/j.psychres.2017.02.067
31. Onyeka IN, Collier Höegh M, Nâheim Eien EM, Nwaru BI, Melle I. Comorbidity of Physical Disorders Among Patients With Severe Mental Illness With and Without Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Dual Diagn*(2019) **15**:192–206. doi:10.1080/15504263.2019.1619007
32. McElroy SL, Winham SJ, Cuellar-Barboza AB, Colby CL, Ho AMC, Sicotte H, Larrabee BR, Crow S, Frye MA, Biernacka JM. Bipolar disorder with binge eating behavior: A genome-wide association study implicates PRR5-ARHGAP8. *Transl Psychiatry*(2018) **8**: doi:10.1038/s41398-017-0085-3
33. Hirschfeld RMA, Williams JBW, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck J, Lewis L, McElroy SL, Post RM, Rappaport DJ, et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The mood disorder questionnaire. *Am J Psychiatry*(2000) **157**:1873–1875. doi:10.1176/appi.ajp.157.11.1873
34. Angst J, Adolfsson R, Benazzi F, Gamma A, Hantouche E, Meyer TD, Skeppar P, Vieta E, Scott J. The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *J Affect Disord*(2005) **88**:217–233. doi:10.1016/j.jad.2005.05.011
35. Konuk N, Kıran S, Tamam L, Karaahmet E, Aydın H, Atık L. Duygudurum bozuklukları ölçeğinin Türkçe uyarlamasının bipolar bozukluk taramasında geçerliği. *Türk Psikiyatr Derg*(2007) **18**:147–154.
36. Vahip S, Aydemir Ö, Akkaya C, Altınbaş K, Kora K, Sücüllüoğlu Dikici D, Akdeniz F, Kalaycı F, Oral ET, Vahip I, et al. Reliability and validity study of the Turkish version of Hypomania Checklist-32-Revised. *Türk Psikiyatr Derg*(2017) **28**: doi:10.5080/u13738
37. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry*(1961) **4**:561–571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
38. Hisli Sahin N. Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliği Üzerine bir Çalışma. *Psikol Derg*(1988) **6**:118–126. Available at: https://www.academia.edu/1472683/Beck_Depresyon_Envanterinin_Gecerligi_Uzerine_bir_Calisma [Accessed December 4, 2017]
39. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikol Derg*(1989) **7**:3–13.
40. Öztürk MO, Uluşahin NA eds. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 13th ed. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri(2015).
41. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 10th ed. Wolters Kluwer(2017).

GENEL BİLGİLER

Hastalık kaygısı bozukluğu eski adı ile hipokondriasis; kişinin ciddi bir hastalığa sahip olduğu ya da olabileceği konusunda aşırı endişe ve korku duyması ile karakterizedir. Kişide herhangi bir fiziksel semptom olmayabileceği gibi kimi zaman normal bedensel duyular veya küçük belirtiler ağır bir hastalığın işareti olarak yorumlanır. Yapılan tıbbi değerlendirmelerde hastalığa dair bir bulgu saptanmasa da ciddi bir hastalığa sahip olduğu inancı ve kaygısı devam eder. Bu kişiler sağlıkla ilgili endişelerine aşırı zaman ve enerji harcarlar. Tıbbi güvence arayışı nedeniyle daha fazla doktora başvurup, daha fazla tetkik yaptırmakta ve daha fazla tıbbi operasyon geçirdikleri görülmektedir(1). Kişi fiziksel hastalığı olduğu inancı nedeniyle sorunun psikolojik olduğunu kabul etmekte zorlanır ve sık doktor başvurusu olsa da ruh sağlığı uzmanları genellikle bunlardan biri olmaz. Bu sebeple hastalık kaygısı bozukluğunun tüm hekimler tarafından tanınması hem hastanın tedavi sürecinin sağlıklı yürütülmesi için gereğinde psikiyatri hekimine yönlendirilmesi, hem gereksiz tıbbi işlemler nedeniyle hastanın zarar görmesinin önlenmesi, hem de tıbbi kaynakların gereksiz kullanımının azaltılması açısından önemlidir.

¹ Uzm. Dr. İstanbul Sultan II. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, burcubakar00@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Taylor S, Asmundson GJG.(2004). Treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach. New York: Guilford Publications.
2. Öztürk MO, Uluşahin NA.(2015). Disosiyatif Bozukluklar ve Somatoform Bozukluklar. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (s.391-420). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
3. Weck F, Richtberg S, MB Neng J. Epidemiology of hypochondriasis and health anxiety: comparison of different diagnostic criteria. *Current Psychiatry Reviews* 2014;10:14-23.
4. Wilhelmson I.(2017). Hypochondriasis or Health Anxiety. Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology.
5. Weck F, Neng JMB, Göller K, Müller-Marbach AM. Previous experiences with illness and traumatic experiences: a specific risk factor for hypochondriasis? *Psychosomatics* 2014;55:362-371.
6. Barsky AJ, Wool C, Barnett MC, et al. Histories of childhood trauma in adult hypochondriacal patients. *The American Journal of Psychiatry* 1994;151(3):397-401.
7. Noyes Jr R, Stuart S, Langbehn DR, et al. Childhood antecedents of hypochondriasis. *Psychosomatics* 2002;43:282-289.
8. Roy D, Tripathy S, Kar SK, et al. Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian Journal of Psychiatry* 2020;51:102083.
9. Thompson RR, Garfin DR, Holman EA, et al. Distress, worry, and functioning following a global health crisis: A national study of Americans' responses to Ebola. *Clinical Psychological Science* 2017;5:513-521.
10. Shabahang R, Aruguete MS, McCutcheon LE. Online health information utilization and online news exposure as predictor of COVID-19 anxiety. *North American Journal of Psychology* 2020;22:469-482.
11. Association AP(2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Pub.
12. Association AP(2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). Washington DC: American Psychiatric Pub.
13. Organization WH(2004). The International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems ICD-10: Tenth Revision. Geneva: World Health Organization.
14. Starcevic V, Noyes R(2014). Hypochondriasis and health anxiety: A guide for clinicians. New York: Oxford University Press.
15. Karamustafaloğlu O(2018). Temel ve Klinik Psikiyatri. Güneş Tıp Kitabevleri.
16. Goodman WK, Grice DE, Lapidus KAB, et al. Obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics* 2014;37:257-267.
17. Holder-Perkins V, Wise TN, Williams DE. Hypochondriacal concerns: Management through understanding. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry* 2000;2:117.
18. Lipsitt DR(2001). Psychodynamic perspective on hypochondriasis. Starcevic V, Lipsitt DR (Ed.). *Hypochondriasis: Modern Perspectives on an Ancient Malady* (pp.183-199). Oxford: Oxford University Press.
19. Stathopoulos G. Hypochondria: a review of its place in psychoanalytic theory. *The Psychoanalytic Quarterly* 2017;86:359-381.

20. Bailer J, Withhöft M, Erkcic M, et al. Emotional dysregulation in hypochondriasis and depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2017;24:1254-1262.
21. Greeven A, Van Balkom AJML, Visser S, et al. Cognitive behaviour therapy and paroxetine in the treatment of hypochondriasis: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 2007;164:91-99.
22. Fallon BA, Qureshi AI, Schneier FR, et al. An open trial of fluvoxamine for hypochondriasis. *Psychosomatics* 2003;44:298-303.
23. Fallon BA, Petkova E, Skritskaya N, et al. A double-masked, placebo-controlled study of fluoxetine for hypochondriasis. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2008;28:638-645.
24. Fallon BA, Ahern DK, Pavlicova M, et al. A randomized controlled trial of medication and cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis. *American Journal of Psychiatry* 2017;174:756-764.
25. Abramowitz JS, Braddock A.(2008). *Psychological Treatment of Health Anxiety and Hypochondriasis: A biopsychosocial approach*. Göttingen: Hogrefe publishing.
26. Stuart S, Noyes R. Treating hypochondriasis with interpersonal psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 2005;35:269-283.
27. Harding KJ, Skritskaya N, Doherty E, et al. Advances in understanding illness anxiety. *Current Psychiatry Reports* 2008;10:311-317.
28. Lovas DA, Barsky AJ. Mindfulness-based cognitive therapy for hypochondriasis, or severe health anxiety: A pilot study. *Journal of Anxiety Disorders* 2010;24:931-935.
29. Hoffmann D, Halsboe L, Eilenberg T, et al. A pilot study of processes of change in group-based and commitment therapy for health anxiety. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2014;3:189-195.
30. K Bouman T. Psychological treatments for hypochondriasis: a narrative review. *Current Psychiatry Reviews* 2014;10:58-69.
31. Scarella TM, Boland RJ, Barsky AJ. Illness anxiety disorder: psychopathology, epidemiology, clinical characteristics, and treatment. *Psychosomatic Medicine* 2019;81:398-407.
32. Reuman L, Abramowitz JS(2015). Illness anxiety disorder. Phillips KA, Stein DJ (Ed.). *Handbook on obsessive-compulsive and related disorders* (pp.225-246). Arlington: American Psychiatric Publishing.
33. Olatunji BO, Kauffman BY, Meltzer S, et al. Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Behaviour Research and Therapy* 2014;58:65-74.
34. Carlbring P, Andersson G, Cuijpers P, et al. Internet-based vs. face-to-face cognitive behaviour therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy* 2018;47:1-18.
35. Axelsson E, Hedman-Lagerlöf E. Cognitive behaviour therapy for health anxiety: systematic review and meta-analysis of clinical efficacy and health economic outcomes. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research* 2019;19:663-676.
36. Furer P, Walker JR. Treatment of hypochondriasis with exposure. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 2005;35:251-267.
37. Furer P, Walker JR, Stein MB.(2007). *Treating health anxiety and fear of death: A practitioner's guide*. New York: Springer Science & Business Media.
38. Weck F, Neng J, Richtberg S, et al. Cognitive therapy versus exposure therapy for hypochondriasis (health anxiety): A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2015;83:665-676.

39. Visser S, Bouman TK. The treatment of hypochondriasis: exposure plus response prevention vs cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy* 2001;39:423-442.
40. Thomson A, Page L. Psychotherapies for hypochondriasis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007,4 CD006520. Doi:10.1002/14651858.CD006520.pub2
41. French JH, Hameed S.(2021). *Illness Anxiety Disorder*. StatPearls Publishing.
42. Almalki M, Al-Tawayjri I, Al-Anazi, et al. A recommendation for the management of illness anxiety disorder patients abusing the health care system. *Case Reports in Psychiatry* 2016. Doi:10.1155/2016/6073598.
43. Heath S. Hypochondria: medical condition, creative malady. *Brain*. 2011;134(4):1244-1249.

GİRİŞ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), obsesyon ve kompulsiyonların sıklıkla kronik, bazen zaman içinde alevlenmelerle bozukluğa hakim olduğu ve kişinin günlük işlevini önemli ölçüde etkilediği önemli ruhsal bozukluklardan biridir(1). Obsesyon kişinin istemsizce ve ezici bir biçimde rahatsız edici bulduğu, bilinçli bir çabayla giderilemeyen, inatla yenilenen, sıkıntı yaratan düşünceler, dürtüler veya fantezilerdir(2). Obsesif-kompulsif semptomlar ego distonik (benliğe-yabancı) olarak görülmektedir. Bu belirtiler kişinin mantığı, hayat görüşleri, ahlaki anlayışı ve inançları ile çelişir ve kişi tarafından kabul edilemez olarak değerlendirilir.

Kompulsiyon obsesyona tepki olarak gelişen, sayma, kontrol etme veya kaçınma gibi tekrarlayan, düşünce veya davranışlardır. Obsesyonun neden olduğu rahatsızlığı gidermek amacıyla başlayan kompulsiyonlar zamanla artar ve sıkıntı yaratan da bu tekrarlayıcı eylemdir. Kişi takıntılardan veya kompulsiyonlardan kaçınmaya çalışsa bile onları durduramaz ve istenmeyen düşünce ve eylemler tekrar tekrar gelmeye devam eder. Tekrarlayıcı davranışlar olan kompulsiyonla, kişi tarafından gerçek bir bağlantısı olmayan aşırı veya anlamsız olarak algılansa da, obsesyonları etkisiz hale getirmek, korkulan şeyin olmasını engellemek ve kaygıyı azaltmak için tasarlanmıştır. Ancak obsesyonların şiddeti giderek artmaktadır.

¹ Psikiyatri Uzmanı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, sevdabag@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Mc Kay D, Taylor S. Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Bağlantılı Sorunlar Klinik El Kitabı. Doğan B.Y. (Çeviri Ed.), İstanbul: Okuyan Us Yayın., 2008,15
2. Abramowitz J, McKay D, Taylor S. Obsessive Compulsive Disorder: Subtypes and Spectrum Conditions. New York: Elsevier; 2008. p.4-25
3. Tükel R, Topçuoğlu V, Demet MM Obsesif-kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. İç: Anksiyete Bozuklukları. Ed. R. Tükel. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara; 2006. s:277-298.
4. Işık E, Taner E, Işık U. Güncel psikiyatri, 2. Baskı, 2008; 177.
5. Işık U, Şener Ş. Obsesif Kompulsif Bozukluk (Bölüm 24). İç: Aysev AS, Taner YI (editörler) Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları. İstanbul: Golden Print; 2007. s.507-519
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV-TR. Washington DC. 2000. (Türkçe'ye çeviri: Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel Elkitabı-4. Baskı, Metin gözden geçirmesi, Çeviri Editörü: E Köroğlu. Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2000.
7. Merikangas KR. Anxiety Disorders: Epidemiology. (In: Comprehensive Textbook of Psychiatry) VIII. Ed, BJ Sadock, VA Sadock. Lippincott/ Williams & Wilkins, Philadelphia. 2005.
8. Mc Kay D, Abramowitz S, Calamari J.E, Kyrios M, Radomsky A.S, Sookman D, Taylor S, Wilhelm S., 2004. A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: symptoms versus mechanisms. Clinical Psychology Review 24, 283-313.
9. Pauls DL, Alsobrook JP II, Goodman W, et al. A family study of obsessive compulsive disorder. Am J Psychiatry 1995; 512:76-79
10. Leonard HL, Leane MC, Swedo SE ve ark. Tics and Tourettes disorder: a 2 to 7 follow-up 54 obsessive children and adolescents. Arch Gen Psychiatry. 1992; 50: 429-439.
11. Vural P, Taneli S, Taneli Y. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan çocuk ve ergenlerde ailesel özellikler. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2002; 9:172- 177
12. Lopez-Ibor JJ Jr. The involvement of serotonin in psychiatric disorders and behaviour. Br J Psychiatry 1988; 153(Suppl. 3):26-39.
13. Mundo E, Richter MA, Zai G, Sam F, McBride J, Macciardi F, Kennedy JL. 5HT1D beta receptor gene implicated in the pathogenesis of obsessive compulsive disorder: further evidence from a family based association study. Mol Psychiatr. 2002; 7:805-809.
14. Denys D, Zohar J, Westenberg HG. The role of dopamine in obsessive compulsive disorder: preclinical and clinical evidence. J Clin Psychiat 2004; 65(Suppl.14):11-7.
15. Eğel E. Obsesif kompulsif bozukluğun biyolojisi. Klinik Psikiyatri 2000; 3:46- 55.
16. Giedd JN, Rapoport JL, Garvey MA, Perlmutter S, Swedo SE. MRI assessment of children with obsessive compulsive disorder or tics associated with streptococcal infection. Am J Psychiatry, 2000; 157:281-283.
17. Graham MB, Milad MR. The study of fear extinction: Implications for anxiety disorders Am J Psychiatry 2011; 168(12):1255-65
18. Simon D, Kaufmann C, Müsch K, Kischkel E, Kathmann N. Fronto-striato- limbic hyperactivation in obsessive-compulsive disorder during individually tailored symptom provocation. Psychophysiology 2010; 47(4):728-38.
19. Bhattacharyya S, Khanna S, Chakrabarty K, Mahadevan A, Christopher R, Shankar SK. Anti-brain autoantibodies and altered excitatory neurotransmitters in obsessive-compulsive disorder. Neuropsychopharmacology 2009; 34(12):2489-96.

20. Freud A. Obsessional neurosis: A summary of psychoanalytic views as presented at the congress. In Stein DJ, Stone M (editors) Essential Papers on Obsessive Compulsive Disorder, New York: New York University Press, 1997,100-112.
21. Clark DA. Cognitive Behavioural Therapy for OCD. New York, The Guilford Press.2007
22. Clark DA. Obsesyonlar ve onların nötrleştirilmesi için bilişsel davranışçı terapi. I. Klinik Psikoloji Sempozyumu, 11-12 Mart 2009 Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara, Türkiye.
23. Yılmaz M.A.; Öğretmen çocuklarının mükemmeliyetçilik düzeyleri ile obsesif kompulsif belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi, Haliç Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 23-31,(2016).
24. Atila A.; Böbrek nakli bekleme listesindeki hastaların sürekli öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzları ile obsesif kompulsif semptomları arasındaki ilişkinin sosyo-demografik değişkenler eşliğinde incelenmesi, İstanbul Bilim Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 36-48,(2015).

GİRİŞ

Yapay bozukluk, kişilerin hasta rolü yaparak veya bir başkası üzerinde fiziksel ve psikolojik semptomları kasıtlı olarak oluşturduğu bir durumdur. Yapay bozukluğu olan hastaların bu davranışlarına sebep olacak dışsal teşvik veya motivasyon yoktur. Tıbbi ilgi görmek ve tıbbi bakım almak adına hastalıkları taklit etme, bir hastalık başlatma veya mevcut hastalığı alevlendirme söz konusudur. Hastalık rolünü planlı ve isteyerek yapmalarına rağmen bu davranışlarını kontrol edememeleri sebebiyle hastalık kompulsif özellik taşımaktadır. Bazı uzmanlar davranışsal bağımlılık olarak da tanımlarlar.(1) Bir çok yapay bozukluk hastası için hastaneye yatmak sıklıkla yaşam biçimidir. Hastanede semptomlarının doğru olmadığı tespit edilmesi, kişilerin başka şikayetlerle veya isimle farklı merkezlere başvurmalarına yol açar. Bu nedenle “hastane gezginleri”, “hastane bağımlıları”, “profesyonel hastalar” veya “oradan oraya gezinen sorunlu hastalar” olarak da isimlendirilirler.(2) Tablo 1 de bu hastaların dikkat çeken özellikleri özetlenmiştir.

¹ Uzm. Dr. Serbest Hekim, sedasukuroglu@gmail.com

Sonuç

Hastalıkla ilgili tanı ve klinik özelliklere ilişkin bilgi, daha çok olgu raporları ve olgu serilerine dayanmaktadır.(23) İstemli oluşturulan fiziksel ve psikolojik semptomların tek görünür amacı doktor ve diğer sağlık çalışanlarından ilgi görmektir. Bu davranışlarının altında bilinçli ikincil bir kazançları yoktur. Yapay bozukluğu olan kişiler, semptomlara neden olan kendilerine zarar vermeyle ilişkili sağlık sorunları için risk altındadır. Ayrıca, çoklu testler, prosedürler ve tedavilerle ilgili sağlık sorunları yaşayabilirler ve madde bağımlılığı ve intihar girişimi için yüksek risk altındadırlar. Bir başkasına dayatılan yapay bozukluğun bir komplikasyonu, mağdurların istismarı ve olası ölümüdür. Tedavinin ilk amacı, kişinin davranışını değiştirmek ve tıbbi kaynakları kötüye kullanmasını azaltmaktır. Bir başkasına dayatılan yapay bozukluk durumunda, asıl amaç, gerçek veya potansiyel mağdurların güvenliğini sağlanması ve korunmasını sağlamaktır Yapay bozuklukların birincil tedavisi psikoterapidir. Hastalığı gerçekten tedavi edecek hiçbir ilaç yoktur. Bununla birlikte, depresyon veya anksiyete gibi komorbid hastalıkları tedavi etmek için ilaç kullanılabilir. Ancak çoğu hasta tedaviyi tamamladan drop out olurlar.

KAYNAKLAR

1. Lawlor A, Kirakowski J. When the lie is the truth: grounded theory analysis of an online support group for factitious disorder. *Psychiatry Research*; 218(1-2):209-218.
2. Ebrinç S.(2018).Yapay Bozukluk ve Temaruz. K. Oğuz Karamustafaloğlu (Ed.),Temel ve Klinik Psikiyatri içinde.(475-479) Ankara:Güneş Tıp Kitapevi
3. Wallach J. Laboratory diagnosis of factitious disorders. *Review Archives Internal Medicine* ; 154(15):1690-1696.
4. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P.(2015) Psychosomatic medicine; factitious disorder. In: Paktaki CS, Sussman N, eds. *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Science/Clinical Psychiatry*. (11th ed.,pp. 34-45) Philadelphia, PA: Wolters Kluwer;
5. Özdemir D.Yapay bozukluk/bakım verenin yapay bozukluğu olgularına psikodinamik bakış ve klinik yaklaşım: Bir gözden geçirme.Klinik Psikiyatri Dergisi ;23:503-517DOI: 10.5505/kpd.2020.29291
6. Caselli ı, poloni N, Ceccon F, Lelmini m, merlo B, Callegari C. A systematic review on factitious disorders: psychopathology and diagnostic classification. *Neuropsychiatry*. 2018;8(1):281-92
7. Bass C, Halligan P. Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management. *Lancet*. 2014;383(9926):1422-32.
8. Eisendrath SJ, McNeil DE. Factitious disorders in civil litigation: twenty cases illustrating the spectrum of abnormal illness-affirming behavior. *J Am Acad Psychiatry Law*;2002;30(3):391-9.

9. Susmann N.(1995). Factitious disorders. In HI Kaplan, BJ Sadock (eds): Comprehensive Textbook of Psychiatry,(6 th., pp.1136-1140) Philadelphia:Williams & Wilkins
10. Eisendrath SJ.(1996) Current overview of factitious physical disorders. In MD Feldman, SJ Eisendrath (eds): The Spectrum of Factitious Disorders, (pp. 21-36) Washington D.C.:American Psychiatric Press Inc.
11. Carnahan KT, Jha A. Factitious Disorder. 2021. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; Jan-PMID: 32491479
12. Pankratz L, Lezak MD. Cerebral dysfunction in the Munchausen syndrome. Hillside J Clin Psychiatry. 1987;9(2):195-206.
13. Guzman J, Correll T. Factitious disorder. Hosp Physician. 2008;11(1):2-11.
14. Yates G.P.,Feldman M. D.,Factitious disorder: a systematic review of 455 cases in the professional literature General Hospital Psychiatry 2016(41) 20-28 doi: 10.1016/j.genhosppsych.2016.05.002.
15. Sadock B.J., Ahmad S., Sadock V.(2002) Factitious Disorders. In B.J Sadock, V.Sadock (Eds.) Synopsis Of Psychiatry(9 th., pp. 668-675). Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins.
16. American Psychiatric Association. DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
17. Cardona L, Asnes AG. Disclosure of caregiver - fabricated illness to a child: A team-based approach to communicating with pediatric patients. Clin Child Psychol Psychiatry 2019; 24: 494– 502.
18. Flaherty EG, MacMillan HL. Caregiver-fabricated illness in a child: a manifestation of child maltreatment. Pediatrics 2013; 132: 590–597.
19. Sousa Filho DD, Kanomata EY, Feldman RJ. Munchausen syndrome and Munchausen syndrome by proxy: a narrative review.; 15(4):516-521
20. Plassmann R. Inpatient and outpatient long-term psychotherapy of patients suffering from factitious disorders. Psychotherapy Psychosomatics.;1994 62(1-2):96-107.
21. Steel RM. Factitious disorder (Munchausen's syndrome). J R Coll Physicians Edinb 2009 39(4):343-7.
22. Earle JR, Folks DG. Factitious disorder and coexisting depression: a report of successful psychiatric consultation and case management. Gen Hosp Psychiatry.;1986 8(6):448-50.
23. Elbi H, Cimilli C, Sertöz öö, Karşıdağ Ç.(2019) Somatizasyon ve Bedensel Belirti Bozukluğu. İsmet Kırpınar (Ed) Konsültasyon Liyezon psikiyatrisi (s.295-313) 1. Baskı. Ankara: Bayt

GİRİŞ

İntihar, tüm dünyada morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenlerinden biridir. Her yıl yaklaşık 800.000 kişi intihar ederek ölmektedir(1) ve bunların yaklaşık üçte biri 30 yaşın altındadır(2). Epidemiyolojik çalışmalar bazı farklılıklara rağmen her toplumda intiharların yaşla birlikte arttığını göstermektedir. ABD’de diğer başlıca ölüm nedenleri riski son zamanlarda azalırken, intihar oranlarının 1999 ile 2016 arasında %30 arttığı gösterilmiştir(3). İntihardan kaynaklanan ölümler problemin sadece bir yüzüdür. İntihar girişimlerinin yarattığı medikal zararların büyüklüğü değişkenlik gösterse de tüm intihar girişimleri yoğun acı, mutsuzluk ve/veya ruh hastalığının göstergeleridir.

“Kendine zarar verme (self-mutilasyon)” ve “intihar” terimleri zaman zaman birbirinin yerine kullanılır, ancak hem kavramsal hem de tedavi düzeyinde farklılıklar gösterir. Kendine zarar verme, toplumsal olarak hoş görülme amaçlarla (dövme gibi kültürel olarak kabul edilen estetik değişiklikler hariç) ve intihar niyeti olmaksızın kişinin vücuduna zarar vermesiyle sonuçlanan kasıtlı ve sıklıkla tekrarlayan bir davranıştır(4). İntihar, ölümlü sonuçlanan kasıtlı, kendi kendine yapılan bir eylemdir. Her ikisi de kendine yönelik ve tehlikeli olduğundan, kendine zarar verme ile intiharla ilgili davranış arasında ayırım yapmak çok zor olabilir. Ancak, kendine zarar veren bireylerin ço-

¹ Uzm. Dr. Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, drsedakiraz@gmail.com

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014
2. Naghavi M, Global Burden of Disease Self-Harm Collaborators. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ*. 2019;364:l94
3. Stone DM, Simon TR, Fowler KA, et al. Vital signs: Trends in state suicide rates – United States, 1999–2016 and circumstances contributing to suicide – 27 states, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2018;67:617–624.
4. Aksoy A, & Ögel K. Kendine zarar verme davranışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003;4:226-236.
5. Neufeld E, Hirdes JP, & Rabinowitz T. Suicidality and Purposeful Self-harm Clinical Assessment Protocol. In Hirdes, Curtin-Telegdi, Mathias, Perlman, et. al. *interRAI Mental Health Clinical Assessment Protocols (CAPS) to be used with Community and Hospital Based Mental Health Assessment Instruments*. Version 9.1 Canadian Edition. Washington D.C.: interRAI. 2011
6. Simon RI, & Hales RE. (Eds.). *The American Psychiatric Publishing textbook of suicide assessment and management*. American Psychiatric Pub. 2012
7. Baldessarini RJ, Tondo L, Pinna M, et al. Suicidal risk factors in major affective disorders. *BJPsych*. 2019;215(4) 621-626.
8. Baldessarini RJ, Vázquez GH, & Tondo L. Bipolar depression: a major unsolved challenge. *Int J Bipolar Disord*. 2020;8(1):1-13.
9. Harris EC, & Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *BJPsych*. 1997;170(3):205-228.
10. Black DW, Blum N, Pfohl B, et al. Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Pers Disord*. 2004;18(3: Special issue):226-239.
11. Murphy GE, Wetzel RD, Robins E, et al. Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49(6):459-463.
12. Kessler RC, Berglund P, Borges G, et al. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990– 1992 to 2001–2003. *JAMA*. 2005;293:2487–2495.
13. Forte A, Buscajoni A, Fiorillo A, et al. Suicidal risk following hospital discharge: review. *Harv Rev Psychiatry*. 2019;27:209–216.
14. Gould MS, Fisher P, Parides M, et al. Psychosocial risk factors for child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53:1155–1162.
15. Brent DA, Perper JA, Moritz G et al. Familial risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;89:52–58.
16. Baldessarini RJ, Hennen J . Genetics of suicide: an overview. *Harv Rev Psychiatry*. 2004;12:1–13.
17. Bakian AV, Chen D, Zhang C, et al. A population-wide analysis of the familial risk of suicide in Utah, USA. *Psychol Med*. 2021:1-10.
18. Centers for Disease Control and Prevention. “leading causes of death by age group, United States–2014.” National Vital Statistics System. National Center for Health Statistics(10); Available online: <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/LeadingCauses.html>.

19. WHO . In: Preventing Suicide: A Global Imperative. WHO, editor. World Health Organization; Geneva, Switzerland: 2014; pp. 7, 20, 40.
20. American Foundation for Suicide Prevention. Available online: <https://afsp.org/about-suicide/suicide-statistics/>
21. Aslan M, & Hocaoğlu Ç. Yaşlılarda intihar davranışı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2014;6(3): 294-309.
22. American Association of Suicidology. Suicide statistics archives 2019 <https://suicidology.org/facts-and-statistics/>
23. Brent DA, Baugher M, Bridge J, et al. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;38(12):1497-1505.
24. Hawton K. Sex and suicide: Gender differences in suicidal behaviour. *Br J Psychiatry.* 2000;177(6):484-485.
25. Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(7):1425.
26. Milner A, Witt K, Maheen H, et al. Suicide among emergency and protective service workers: A retrospective mortality study in Australia, 2001 to 2012. *Work.* 2017;57(2):281-287.
27. Gradus JL, Shipherd JC, Suvak MK, et al. Suicide attempts and suicide among Marines: a decade of follow-up. *Suicide Life Threat Behav.* 2013;43(1):39-49.
28. Jones RM, Hales H, Butwell M, et al. Suicide in high security hospital patients. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;46:723-731.
29. McSpadden LA. Ethiopian refugee resettlement in the Western United States: Social context and psychological well-being. *Int. Migr. Rev.* 1987;21:796-819.
30. Fekadu A, Hanlon C, Gebre-Eyesus E, et al. Burden of mental disorders and unmet needs among street homeless people in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Med.* 2014;12:138.
31. Lindert J, Schouler-Ocak M, Heinz A, et al. Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *Eur. Psychiatry.* 2008;23(Suppl. 1):14-20.
32. Haas AP, Eliason M, Mays VM, et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *J. Homoseks.* 2011;58:10-51.
33. Virupaksha HG, Muralidhar D, Ramakrishna J. Suicide and suicidal behavior among transgender persons. *Hint J. Psychol. Med.* 2016;38:505-509.
34. Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology.* 2002;7:6-8.
35. Harris EC, & Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 1997;170(3):205-228.
36. Kessler RC, Berglund P, Borges G, et al. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *JAMA* 2005;293:2487-2495.
37. Luoma JB, Martin CE, & Pearson, JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry.* 2002;159(6):909-916.
38. Chemtob CM, Bauer GB, Hamada RS, et al. Patient suicide: Occupational hazard for psychologists and psychiatrists. *Prof Psychol Res Pr.* 1989;20(5):294.
39. Jacobs DG, Brewer M, & Klein-Benheim M. Suicide assessment: an overview and recommended protocol. 1999
40. Goodfellow B, Kolves K, & De Leo D. Contemporary nomenclatures of suicidal behaviors: a systematic literature review. *Suicide Life Threat Behav.* 2018;48(3):353-366.

41. Choo CC, Harris KM, Chew PK, et al. Clinical assessment of suicide risk and suicide attempters' self-reported suicide intent: A cross sectional study. *Plos one*. 2019;14(7):e0217613.
42. Lee S, Fung SC, Tsang A, et al. Lifetime prevalence of suicide ideation, plan, and attempt in metropolitan China. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;116(6):429-437.
43. Bernert RA, & Roberts LW. Ethical considerations in the assessment and management of suicide risk. *Focus*. 2012;10:467-472.
44. Beck AT, Steer RA, Beck JS, & Newman CF. Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide Life Threat Behav*. 1993;23(2):139-145.
45. Perlman CM, Neufeld E, & Martin L. *Suicide Risk Assessment Guide: A Resource for Health Care Organizations* Toronto, ON.: Ontario Hospital and Canadian Patient Safety Institute.2011
46. Simon RI. The suicide prevention contract: clinical, legal, and risk management issues. *J Am Acad Psychiatry Law*. 1999;27(3):445-450.
47. Eşizoğlu A. Psikiyatrik Uygulamalarda İntihar Davranışının Adli Boyutu. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2016;9(3):56-61.
48. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(7):646-659.
49. Brown GK, Ten Have T, HenriquesGR et al. Cognitive therapy for prevention of suicide attempts. *JAMA*. 2005;294(5):563-70.50.
50. Mann JJ, Michel CA, & Auerbach RP. Improving suicide prevention through evidence-based strategies: a systematic review. *Am J Psychiatry*. 2021;178(7):611-624.51.
51. Baldessarini RJ, Pompili M, Tondo L. Suicidal risk in antidepressant drug trials. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:246-48.
52. Asenjo Lobos C, Komossa K, Rummel-Kluge C, et al. Clozapine versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;11:CD006633.
53. Price RB, Nock MK, Charney DS, et al. Effects of intravenous ketamine on explicit and implicit measures of suicidality in treatment-resistant depression. *Biol Psychiatry*. 2009;66(5):522-526.
54. Just MA, Pan L, Cherkassky VL, et al. Machine learning of neural representations of suicide and emotion concepts identifies suicidal youth. *Nat Hum Behav*. 2017;1:911-919.
55. Pestian J, Nasrallah H, Matykiewicz P, et al. Suicide note classification using natural language processing: a content analysis. *Biomed Inform Insights*. 2010;(3):19-28.
56. Walsh CG, Ribeiro JD, Franklin JC. Predicting Risk of Suicide Attempts Over Time Through Machine Learning. *Clinical Psychological Science*. 2017;5(3):457-69.

Psikotik Atakta Uygun Dil ve Uygun Yönlendirme

Gamze GÜRCAN¹

GİRİŞ

Psikoz, farklı psikiyatrik bozukluklar ve tıbbi durumlara eşlik eden, kişinin gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğu bir durum olarak tanımlanmaktadır. Psikoz bir tanı değil bir belirtidir, psikoza neden olabilecek hastalıkların ayırıcı tanısının yapılması gerekmektedir. Psikotik atak psikoz belirtilerinin alevlendiği, sanrı ve varsanı gibi pozitif belirtilerin ve agresyonun sıklıkla ön planda olduğu, hızlı tedavi gerektiren bir durumdur. Psikoza tanıyabilme, hastanın uygun bir yaklaşımla ele alınması ve tedavi olanaklarına erişiminin sağlanması, sürecin seyri için oldukça önemlidir.

Psikoza Tanıma

Psikotik belirtilerin varlığı her zaman için şizofreni gibi birincil bir psikiyatrik bozukluk olduğunu göstermemektedir. Psikiyatrik bozuklukların yanı sıra diğer tıbbi durumlar da psikoza neden olabilmektedir. DSM-5'te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) şizofreni yelpazesi ve diğer psikotik bozukluklar başlığı altında şizotipal kişilik bozukluğu, sanrılı bozukluk, kısa psikotik bozukluk, şizofreniform bozukluk, şizofreni, şizoafektif bozukluk, maddenin ya da ilacın yol açtığı psikotik bozukluk, başka bir sağlık durumuna bağlı psikotik bozukluk, katatoni, yer almaktadır. Bipolar afektif

¹ Akdağmadeni Devlet Hastanesi, gamzebostankolu@hotmail.com

tipsikotik tedaviye ek olarak benzodiazepin grubu ajanlar gerekli durumlarda psikozu yatıştırmak için kullanılmaktadır. Lorazepam(1-2 mg) ağız yoluyla, diazepam(5-10 mg) ağız yoluyla ya da kas içi olarak uygulanabilir, ancak benzodiazepin tedavisi verilirken özellikle riskli hastalarda solunum depresyonu yapabileceği akılda tutulmalıdır(8, 18).

Tedaviyi kabul etmeyen ajite hastanın tedavisinin uygulanması için öncelik- le tespit edilmesi gerekebilir. Farmakolojik tedavi uygulanırken hastaya kısaca bilgi verilmelidir. Verilen tedavi ile hastanın sakinleşmesinin, kendine ya da çevreye zarar verici davranışlarının önlenmesinin amaçlandığı belirtilmelidir.

Sonuç

Psikoz tedavisinde doktorla sağlanan iyi bir terapötik ilişkinin anahtarı uygun ve nitelikli bir iletişimin sağlanmasıdır. Psikotik atak ile hasta başvurduğunda tanının hızlıca netleştirilmesi için iyi bir klinik gözlem ve tanıya yönelik sorgulama gerekmektedir. Psikotik atak ile sadece psikiyatri hekimleri değil, diğer branşlardaki hekimler de karşılaşabilmektedir. Uygun iletişim şekilleri ve uygun yaklaşım basamaklarının bilinmesi sürecin yönetilmesinde, hasta ve çevrenin güvenliğinin sağlanmasında, tedaviye yönlendirme ve tedavinin uygulanabilmesinde önemli rol oynamaktadır.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders(5th ed.). [Online] 2013. doi:http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596
2. Oliver Freudenreich, O., Holt D. J., Goff, D. C.(2018). Psychotic patients. Theodore A. Stern, Oliver Freudenreich, Felicia A. Smith, Gregory L. Fricchione, Jerrold F. Rosenbaum (Eds.), *Massachusetts General Hospital handbook of general hospital psychiatry*(7th ed., pp. 336–378). Edinburgh London New York Oxford Philadelphia St Louis Sydney Toronto: Elsevier
3. Cheng SC, Walsh E, Schepp KG. Vulnerability, stress, and support in the disease trajectory from prodrome to diagnosed schizophrenia: diathesis-stress-support model. *Archives of psychiatric nursing*. 2016;30(6),810–817. doi: 10.1016/j.apnu.2016.07.008.
4. McGorry PD, Nelson B, Goldstone S, et al. Clinical staging: a heuristic and practical strategy for new research and better health and social outcomes for psychotic and related mood disorders. *Can J Psychiatry*. 2010;55(8):486-97. doi: 10.1177/070674371005500803.
5. Feyaerts J, Henriksen MG, Vanheule S, et al. Delusions beyond beliefs: a critical overview of diagnostic, aetiological, and therapeutic schizophrenia research from a clinical-phenomenological perspective. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(3):237-249. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30460-0.

6. Mete, L.(2021). Şizofrenide Muayene. Ayşe Esen-Danacı, Ömer Böke, Meram Can Saka, Almıla Erol, Semra Ulusoy Kaymak (Ed.), *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar* içinde (s. 51-61). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları
7. Coid JW, Ullrich S, Kallis C, et al. The relationship between delusions and violence: findings from the East London first episode psychosis study. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(5):465-71. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.12.
8. Öztürk, M. O., Uluşahin, N. A.(2015). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*(13. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
9. Waters F, Fernyhough C. Hallucinations: A systematic review of points of similarity and difference across diagnostic classes. *Schizophr Bull*. 2017;43(1):32-43. doi: 10.1093/schbul/sbw132.
10. Marco CA, Vaughan J. Emergency management of agitation in schizophrenia. *Am J Emerg Med*. 2005;23(6):767-76. doi: 10.1016/j.ajem.2005.02.050.
11. Chang WC, Wong CSM, Chen EYH, et al. Lifetime prevalence and correlates of schizophrenia-spectrum, affective, and other non-affective psychotic disorders in the chinese adult population. *Schizophr Bull*. 2017;43(6):1280-1290. doi: 10.1093/schbul/sbx056.
12. Setters B, Solberg LM. Delirium. *Prim Care*. 2017;44(3):541-559. doi: 10.1016/j.pop.2017.04.010.
13. Brown HE, Stoklosa J, Freudenreich O. How to stabilize an acutely psychotic patient. *Current Psychiatry*. 2012;11:10-16.(20/12/2021 tarihinde <https://www.mdedge.com/psychiatry/article/64936/schizophrenia-other-psychotic-disorders/how-stabilize-acutely-psychotic-adresinden-ulaşilmiştir>).
14. McCabe R, John P, Dooley J, et al. Training to enhance psychiatrist communication with patients with psychosis (TEMPO): cluster randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2016;209(6):517-524. doi: 10.1192/bjp.bp.115.179499.
15. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, et al. Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project BETA de-escalation workgroup. *West J Emerg Med*. 2012;13(1):17-25. doi: 10.5811/west-jem.2011.9.6864.
16. Pereira-Sanchez V, Gürcan A, Gnanavel S, et al. Violence against psychiatric trainees: findings of a european survey. *Academic Psychiatry*. 2021; doi:10.1007/s40596-021-01539-3.
17. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *World J Biol Psychiatry*. 2016;17(2):86-128. doi: 10.3109/15622975.2015.1132007.
18. Dunder Y, Greenhalgh J, Richardson M, et al. Pharmacological treatment of acute agitation associated with psychotic and bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *Hum Psychopharmacol*. 2016;31(4):268-85. doi: 10.1002/hup.2535.

Otizm Spektrum Bozukluğu ile İlgili Genel Bilgiler

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) genellikle bulguları yaşamın erken dönemlerinde saptanabilen nörogelişimsel bir bozukluk olup; belirtileri sıklıkla yaşam boyu devam eder. OSB, sosyal ve iletişimsel becerilerde kısıtlılıklar ve eşlik eden basmakalıp, yineleyici ve kısıtlı davranışlar/ilgi alanları ile karakterizedir(1). Geçtiğimiz birkaç on yıl içerisinde OSB prevalansında dramatik bir artış söz konusu olmakla birlikte hastalığın gerçek prevalansının artmasını yanı sıra; tanı kriterlerindeki değişiklikler ve artan farkındalığın da bu artışa katkısı olduğu düşünölmektedir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin (Center for Disease Control, CDC) 2018 tarihli en güncel epidemiyolojik çalışmasında her 44 çocuktan birisinin OSB tanısına sahip olduğu bildirilmiştir(2). Yetişkin bireylerde OSB sıklığını belirlemek için yapılan en kapsamlı çalışmada 18 yaş ve üzeri bireylerde OSB sıklığının % 2.2 olduğu belirtilmiştir(3). Zihinsel yetersizlik OSB'li bireylerin %70'ine eşlik eder. Erkeklerde görölme sıklığı kadınlardan 3-4 kat fazladır ve kadınlarda zihinsel yetersizlik eş tanı olarak daha sık görölmektedir(2). Hastalığın patogeneğinde rol oynayan etmenler net olarak aydınlatılamamış olsa da genetik etmenlerin epigenetik ve çevresel etmenlerle etkileşimi aracılığıyla patogeneze en önemli katkıyı sunduğu düşünölmektedir(4).

¹ Uzm. Dr. Çocuk ve Ergen Psikiyatristi, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

KAYNAKLAR

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed. American Psychiatric Association. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013.
2. Maenner MJ, Shaw KA, Bakian A V, Bilder DA, Durkin MS, Esler A, et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018. *MMWR Surveill Summ.* 2021;70(11):1–16.
3. Dietz PM, Rose CE, McArthur D, Maenner M. National and State Estimates of Adults with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord.* 2020 Dec 1;50(12):4258–66.
4. Taylor MJ, Rosenqvist MA, Larsson H, Gillberg C, D'Onofrio BM, Lichtenstein P, et al. Etiology of autism spectrum disorders and autistic traits over time. *JAMA Psychiatry.* 2020 Sep 1;77(9):936–43.
5. Shattuck PT, Seltzer MM, Greenberg JS, Orsmond GI, Bolt D, Kring S, et al. Change in autism symptoms and maladaptive behaviors in adolescents and adults with an autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord.* 2007 Oct;37(9):1735–47.
6. McGovern CW, Sigman M. Continuity and change from early childhood to adolescence in autism. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2005 Apr;46(4):401–8.
7. Görmez A, Kırpınar İ. Autism spectrum disorders: Changes and psychiatric comorbidities in adulthood. *Yeni Symp.* 2015 Dec 1;53(4):27–32.
8. Smith LE, Maenner MJ, Seltzer MM. Developmental trajectories in adolescents and adults with autism: The case of daily living skills. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012 Jun 1;51(6):622–31.
9. Steinhausen HC, Mohr Jensen C, Lauritsen MB. A systematic review and meta-analysis of the long-term overall outcome of autism spectrum disorders in adolescence and adulthood. *Acta Psychiatr Scand.* 2016 Jun 1;133(6):445–52.
10. Mukaddes NM. Otizm spektrum bozuklukları. In: İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri. 2014. p. 335–66.
11. Wehman P, Schall C, Carr S, Targett P, West M, Cifu G. Transition From School to Adulthood for Youth With Autism Spectrum Disorder: What We Know and What We Need to Know. *J Disabil Policy Stud.* 2014 Feb 11;25(1):30–40.
12. Croen LA, Zerbo O, Qian Y, Massolo ML, Rich S, Sidney S, et al. The health status of adults on the autism spectrum. *Autism.* 2015 Oct 24;19(7):814–23.
13. Besag FMC. Epilepsy in patients with autism: Links, risks and treatment challenges. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2018;14:1–10.
14. Murphy CM, Ellie Wilson C, Robertson DM, Ecker C, Daly EM, Hammond N, et al. Autism spectrum disorder in adults: Diagnosis, management, and health services development. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016 Jul 7;12:1669–86.
15. Lever AG, Geurts HM. Psychiatric Co-occurring Symptoms and Disorders in Young, Middle-Aged, and Older Adults with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord.* 2016 Jun 1;46(6):1916–30.
16. Russell AJ, Murphy CM, Wilson E, Gillan N, Brown C, Robertson DM, et al. The mental health of individuals referred for assessment of autism spectrum disorder in adulthood: A clinic report. *Autism.* 2016 Jul 1;20(5):623–7.
17. Greenhill LL, Swanson JM, Vitiello B, Davies M, Clevenger W, Wu M, et al. Impairment and deportment responses to different methylphenidate doses in children with ADHD: The MTA titration trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40(2):180–7.

18. Mahajan R, Bernal MP, Panzer R, Whitaker A, Roberts W, Handen B, et al. Clinical practice pathways for evaluation and medication choice for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in autism spectrum disorders. *Pediatrics*. 2012 Nov;130(SUPPL. 2).
19. Lugnegård T, Hallerbäck MU, Gillberg C. Psychiatric comorbidity in young adults with a clinical diagnosis of Asperger syndrome. *Res Dev Disabil*. 2011 Sep;32(5):1910–7.
20. Wijnhoven LAMW, Creemers DHM, Vermulst AA, Granic I. Prevalence and risk factors of anxiety in a clinical Dutch sample of children with an autism spectrum disorder. *Front Psychiatry*. 2018 Mar 2;9:50.
21. Williams K, Wheeler DM, Silove N, Hazell P. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Aug 4;(8).
22. Berney T, Bevan R, Brugha T, Carpenter P, Clarke F, Doherty M, et al. CR228: The psychiatric management of autism in adults. 2020.
23. Hollocks MJ, Lerh JW, Magiati I, Meiser-Stedman R, Brugha TS. Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2019 Mar 1;49(4):559–72.
24. Ghanizadeh A, Sahraeizadeh A, Berk M. A head-to-head comparison of aripiprazole and risperidone for safety and treating autistic disorders, a randomized double blind clinical trial. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2014 Apr;45(2):185–92.

GİRİŞ

Hastanelerin psikiyatri dışı birimlerine ayaktan başvuran ve yatan hastalarda psikiyatrik sendromların sık görülmesi nedeniyle psikiyatrik hizmetlere giderek artan oranda ihtiyaç duyulmaktadır(1). Bu hastalarda psikiyatriyi de içine alan multidisipliner yaklaşımlar tanı ve tedavi süreçlerinde ve gereksiz sağlık masraflarının azaltılması konusunda önemli rol üstlenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü sağlığı “sadece hastalıkların ve rahatsızlıkların olmayışı değil, bir bütün olarak fiziki, ruhi ve sosyal açıdan iyi olma hali” olarak tanımlar. 1977 yılında George Engel tarafından kavramsallaştırılan “Biyopsikososyal Model” hastalıkların sadece medikal yönü ile değil psikolojik ve sosyal açılardan da ele alınmasını savunan multidisipliner yaklaşımı tanımlar. Biyopsikososyal model bileşenleri Şekil 1’de gösterilmiştir. Çevresel ve psikolojik stres, birey için muhtemel patojen olarak ifade edilmektedir. Bu bölümde psikosomatik hastalık kavramının tarihçesi ve son gelişmeler, çeşitli branş polikliniklerinde sıklıkla karşılaşılan tıbbi hastalıklarla en sık ilişkide olan psikiyatrik bozukluklara dair kritik bilgiler ve poliklinik koşullarında multidisipliner yaklaşımda önemli olduğu düşünülen noktalar incelenecektir.

¹ Uzm. Dr. Bursa Çekirge Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, aybiketelkok@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Orhan, Ö. M., & Aylin, U.(2011). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I, 11. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara.
2. Sadock, B. J., & Sadock, V. A.(2007). Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A. *Sekizinci Baskı Güneş Kitabevleri İstanbul*, 1559-1800
3. Aral, G., & Arslan, F. C.(2019). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisinde Geleneksel Sınıflandırma Sistemlerine Karşı Uygulanabilir Yeni Bir Rehber: Psikosomatik Araştırmalara Yönelik Tanı Ölçütleri (DCPR). *YS*, 228.
4. ÖNGEL, K.(2018). Konsultasyon-Liyezon Psikiyatrisi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 9(3), 224-8.
5. Fava, G. A., Sonino, N., & Wise, T. N. (Eds.).(2011). The psychosomatic assessment: strategies to improve clinical practice. Karger Medical and Scientific Publishers.
6. Fava, G. A., & Sonino, N.(2000). Psychosomatic medicine: Emerging trends and perspectives. *Psychotherapy and psychosomatics*, 69(4), 184-197.
7. Black CJ, Drossman DA, Talley NJ, Ruddy J, Ford AC. Functional gastrointestinal disorders: advances in understanding and management. *Lancet*. 2020 Nov 21;396(10263):1664-1674. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32115-2. Epub 2020 Oct 10. PMID: 33049221.
8. Surdea-Błaga T, Baban A, Nedelcu L, Dumitrascu DL. Psychological Interventions for Irritable Bowel Syndrome. *J Gastrointestin Liver Dis*. 2016 Sep;25(3):359-66. doi: 10.15403/jgld.2014.1121.253.ibs. PMID: 27689201.
9. Ford AC, Lacy BE, Harris LA, Quigley EMM, Moayyedi P. Effect of Antidepressants and Psychological Therapies in Irritable Bowel Syndrome: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Gastroenterol*. 2019 Jan;114(1):21-39. doi: 10.1038/s41395-018-0222-5. PMID: 30177784.
10. Stanghellini V. Relationship between upper gastrointestinal symptoms and lifestyle, psychosocial factors and comorbidity in the general population:results from the DIGEST. *Scand J Gastroenterol* 1999; 231(Suppl):29-37
11. Pulliam TJ, Bradley LA, Dalton CB, Salley AN, Richter JE. Role of psychological stress in gastroesophageal reflux disease (GERD). *Gastroenterology* 1989; 96:401
12. Eraslan, D., Öztürk, Ö., Bor, S., & Kayahan, B.(2005). Gastroözofageal reflü hastalığının psikiyatrik yönleri: Bir gözden geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(2), 107-12.
13. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç raporu. Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2014.
14. Monda, V, La Marra, M, et al, Obesity and brain illness: from cognitive and psychological evidences to obesity paradox, Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy, 2017, 10, 473-479
15. Özdel, O, Sözeri-Varma, G, ve ark, Obez kadınlarda psikiyatrik tanı sıklığı, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2011, 14, 210-217
16. Sevinçer, G.M, Coşkun, H, ve ark, Bariatrik cerrahinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2014, 6(1), 32-44,
17. Berberoğlu, Z. & Hocaoglu, C.(2021). Küresel Sağlık Sorunu "Obezite": Güncel Bir Gözden Geçirme . *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(3), 543-552 . DOI: 10.34087

18. Güzel, K., Aksu, M. H., Geniş, B., Gürhan, N. Bariatrik Cerrahi Sonrası İntihar Olasılığı Üzerine Savunma Mekanizmaları ve Yeme Farkındalığının Etkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2021,
19. Macit S, Gezmen Karadağ M(2014) Obezitede bilişsel fonksiyon bozukluğu ve beslenme ilişkisi: güncel bakış. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 4:241-7
20. Wu, E. L., Chien, I. C., Lin, C. H., Chou, Y. J., & Chou, P.(2013). Increased risk of hypothyroidism and hyperthyroidism in patients with major depressive disorder: a population-based study. *Journal of psychosomatic research*, 74(3), 233-237.
21. Ayten, O.(2020). Tiroid Hastalıkları ve Erektile Disfonksiyon. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(2), 83-87.
22. de Ornelas Maia, A. C. C., de Azevedo Braga, A., Brouwers, A., Nardi, A. E., & e Silva, A. C. D. O.(2012). Prevalence of psychiatric disorders in patients with diabetes types 1 and 2. *Comprehensive psychiatry*, 53(8), 1169-1173.
23. Surridge, D., Erdahl, D., Lawson, J., Donald, M., Monga, T., Bird, C., & Letemendia, F.(1984). Psychiatric Aspects of Diabetes Mellitus. *British Journal of Psychiatry*, 145(3), 269-276.
24. Sayın, S., Sayın, S., Bursalı, B., İpek, H. B.(2019). Tip 2 diyabet hastalarında anksiyete ve depresyon riski ve ilişkili faktörler. *Cukurova Medical Journal*, 44(2), 479-485.
25. Rajkumar, A. P., Horsdal, H. T., Wimberley, T., Cohen, D., Mors, O., Børglum, A. D., & Gasse, C.(2017). Endogenous and antipsychotic-related risks for diabetes mellitus in young people with schizophrenia: a Danish population-based cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 174(7), 686-694.
26. Celano CM, Daunis DJ, Lokko HN, Campbell KA, Huffman JC. Anxiety Disorders and Cardiovascular Disease. *Curr Psychiatry Rep*. 2016 Nov;18(11):101
27. Daumit, G. L., Dalcin, A. T., Dickerson, F. B., Miller, E. R., Evins, A. E., Cather, C., Jerome, G. J., Young, D. R., Charleston, J. B., Gennusa, J. V., 3rd, Goldsholl, S., Cook, C., Heller, A., McGinty, E. E., Crum, R. M., Appel, L. J., & Wang, N. Y.(2020). Effect of a Comprehensive Cardiovascular Risk Reduction Intervention in Persons With Serious Mental Illness: A Randomized Clinical Trial.
28. İnce, B., Altınbaş, K.(2020). Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda 10 Yıllık Kardiyovasküler Hastalık Riski. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 31(4), 225-231
29. Edmondson D, von Känel R.(2017) Post-traumatic stress disorder and cardiovascular disease. *Lancet Psychiatry*. Apr;4(4):320-329.
30. Çelik, C., Özdemir, B.(2010). Esansiyel hipertansiyonda psikolojik etmenler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(1), 52-65.
31. Weder AB, Julius S.(1985). Behavior, blood pressure variability and hypertension. *Psychosom Med* ; 47:406-413.
32. Mete, H. E.(2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11(3), 3-18.
33. Şar V.(2018) Kardiyoloji ve Psikiyatri. Şar V, editör. *Stres ve Bedensel Hastalıklar: Günümüzde Psikosomatik Tıp*. Ankara: Türkiye Klinikleri. p.27-31.
34. Szczepanska-Sadowska E, Cudnoch-Jedrzejewska A, Ufnal M, Zera T.(2010) Brain and cardiovascular diseases: common neurogenic background of cardiovascular, metabolic and inflammatory diseases. *J Physiol Pharmacol*. Oct;61(5):509-21.
35. Behlke LM, Lenze EJ, Carney RM.(2020) The Cardiovascular Effects of Newer Antidepressants in Older Adults and Those With or At High Risk for Cardiovascular Diseases. *CNS Drugs*. Nov;34(11):1133-1147.

36. Özpoyraz, N., Tamam, L.(2001). Psikokutanöz Hastalıklarda Tedavi Yaklaşımları. *T. Klin. Dermatoloji*, 11, 46-55
37. Ahn HJ, Shin MK, Seo JK, Jeong SJ, Cho AR, Choi SH, Lew BL.(2019). Cross-sectional study of psychiatric comorbidities in patients with atopic dermatitis and nonatopic eczema, urticaria, and psoriasis. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 28;15:1469-1478
38. Lim, D. S., Bewley, A., & Oon, H. H.(2018). Psychological Profile of Patients with Psoriasis. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 47(12), 516–522.
39. Kutyl-Pachecka M.(2015). Psychological and psychopathological factors in alopecia areata. *Psychiatria polska*, 49(5), 955–964
40. Perini, G., Zara, M., Cipriani, R., Carraro, C., Preti, A., Gava, F, Coghi, P., & Peserico, A.(1994). Imipramine in alopecia areata. A double-blind, placebo-controlled study. *Psychotherapy and psychosomatics*, 61(3-4), 195–198.
41. Eskeland, S., Halvorsen, J. A., & Tanum, L.(2017). Antidepressants have Anti-inflammatory Effects that may be Relevant to Dermatology: A Systematic Review. *Acta dermato-venereologica*, 97(8), 897–905
42. Dreno, B., Bagatin, E., Blume-Peytavi, U., Rocha, M., & Gollnick, H.(2018). Female type of adult acne: Physiological and psychological considerations and management. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft = Journal of the German Society of Dermatology : JDDG*, 16(10), 1185–1194.
43. Li, C., Chen, J., Wang, W., Ai, M., Zhang, Q., & Kuang, L.(2019). Use of isotretinoin and risk of depression in patients with acne: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 9(1), e021549
44. Arnold, L. M., Auchenbach, M. B., & McElroy, S. L.(2001). Psychogenic excoriation. Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *CNS drugs*, 15(5), 351–359.
45. Lochner, C., Roos, A., & Stein, D. J.(2017). Excoriation (skin-picking) disorder: a systematic review of treatment options. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 13, 1867–1872.
46. Sani, G., Gualtieri, I., Paolini, M., Bonanni, L., Spinazzola, E., Maggiora, M., Pinzone, V., Brugnoli, R., Angeletti, G., Girardi, P., Rapinesi, C., & Kotzalidis, G. D.(2019). Drug Treatment of Trichotillomania (Hair-Pulling Disorder), Excoriation (Skin-picking) Disorder, and Nail-biting (Onychophagia). *Current neuropharmacology*, 17(8), 775–786.
47. Halteh, P., Scher, R. K., & Lipner, S. R.(2017). Onychophagia: A nail-biting conundrum for physicians. *The Journal of dermatological treatment*, 28(2), 166–172.
48. Özsoy, F., Okan, S.(2018). Fibromiyalji sendromu tanılı hastalarda zihin kuramı ve üst biliş işlevleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 21(4).
49. Araújo, F. M., DeSantana, J. M.(2019). Physical therapy modalities for treating fibromyalgia. *F1000Research*, 8, F1000 Faculty Rev-2030.
50. Galvez-Sánchez, C. M., Duschek, S., Reyes Del Paso, G. A.(2019). Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives. *Psychology research and behavior management*, 12, 117–127.
51. Thorpe, J., Shum, B., Moore, R. A., Wiffen, P. J., Gilron, I.(2018). Combination pharmacotherapy for the treatment of fibromyalgia in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2(2), CD010585.
52. Samami, E., Shahhosseini, Z., & Elyasi, F.(2021). The Effect of Psychological Interventions on the Quality of Life in Women with Fibromyalgia: A Systematic Review. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 28(3), 503–517.

53. Uçar, M., Gül Aİ., Sarp Ü.(2014). Romatoid artrit ve depresyon arasındaki ilişki. *Dicle Tıp Dergisi*, 41(3), 548-551.
54. Altan, L., Bingöl, Ü., Sağırkaya Z., Sarandöl, A., Yurtkuran, M.(2004). Romatoid artritli hastalarda anksiyete ve depresyon. *Romatizma Dergisi (. Turkish Journal of Rheumatology)*, 19(1), 7-13.
55. Sturgeon, J. A., Finan, P. H., & Zautra, A. J.(2016). Affective disturbance in rheumatoid arthritis: psychological and disease-related pathways. *Nature reviews. Rheumatology*, 12(9), 532-542.
56. Slaughter, J. R., Parker, J. C., Martens, M. P., Smarr, K. L., & Hewett, J. E.(2002). Clinical outcomes following a trial of sertraline in rheumatoid arthritis. *Psychosomatics*, 43(1), 36-41.
57. Krishnadas, R., Krishnadas, R., & Cavanagh, J.(2011). Sustained remission of rheumatoid arthritis with a specific serotonin reuptake inhibitor antidepressant: a case report and review of the literature. *Journal of medical case reports*, 5, 112.
58. Erdenen, F.(2000). Psikiyatrik Tıp açısından astım. *İstanbul Tıp Dergisi*, 1, 41-45.
59. Yakar, T., Baran, A., Güngör, S., Altınsoy, B., Yalçınsoy, M., Can, G., & Akaya, E.(2007). Astımlı hastalarda Beck depresyon ölçeğini etkileyen faktörler. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 55(1), 11-17.

Geriatrik Özen: Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalıklar ve Diğerleri

Abdullah Burak UYGUR¹**GİRİŞ**

Geriatri; yaşlılık dönemindeki(65 yaş ve üzeri) sağlık sorunları ve bu sorunların tedavileriyle ilgilenen tıp dalıdır. Geriatrik psikiyatri sıklıkla göz ardı edilmektedir. Bunun en önemli nedenleri yaşlılarda psikiyatrik hastalıkların belirtileri hakkındaki farkındalık eksikliği ve ruh sağlığındaki değişikliklerin yaşlanma sürecinin normal bir parçası olduğuna dair kayıtsız inançlardır(1). “Eş tanı” terimi, tıpta bir veya daha fazla bozukluk veya hastalığın temel hastalığa veya bozukluğa ek olarak aynı zamanda görülmesi durumunu ifade eder(2). Psikiyatrik eş tanıda, iki veya daha fazla psikiyatrik bozukluğun varlığına işaret eder. Geriatrik yaş grubunda psikiyatrik eş tanılar yaygındır ve önemli bir klinik sorun teşkil eder. Birden fazla psikiyatrik eş tanısı olan hastaların tanı açısından tanımlanması daha karmaşık olabilir ve genellikle tek bir psikiyatrik bozukluğu olan hastalara kıyasla daha uzun süreli ve yoğun ruh sağlığı tedavisi gerektirir.

Geriatrik popülasyonda ek sağlık sorunlarının fazla olması psikiyatrik tanıların, tedavilerin, yan etkilerin değerlendirilmesini daha da önemli kılar. Bu yaş döneminde ilaç kullanımının fazla olabileceğine dikkat edilmeli, “yeni” bir belirtinin ilaç yan etkisi olabileceği de göz ardı edilmemelidir. Yaşlı hastada eş kaybı, yalnız yaşayıp yaşamadığı, eşlik eden fiziksel ve ruhsal hastalıkları, yeti yitimi ve engellilik durumu öyküde sorgulanmalıdır. Geriatrik popülasyonda

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Alanya ALKÜ Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, burak.uygur@alanya.edu.tr

KAYNAKLAR

1. Abla Mehio S, Aline S, Jiana T. Ageing and health in the Arab region: challenges, opportunities and the way forward. *Popul Horizons*. 2017;14(2):73-84.
2. Elixhauser A, Steiner C, Harris DR, ve ark. Comorbidity Measures for Use with Administrative Data *Medical Care*. 1998;36(1):8-27.
3. El-Gilany AH, Elkhawaga GO, Sarraf BB. Depression and its associated factors among elderly: a community-based study in Egypt. *Arch Gerontol Geriatr*. 2018;77:103-107.
4. Karam G, Itani L, Fayyad J, ve ark. Prevalence, Correlates, and Treatment of Mental Disorders among Lebanese Older Adults: A National Study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2016;24(4):278-286.
5. Ghaddar A, Fawaz M, Khazen G. Prevalence of depression in Parkinson's disease in a Lebanese tertiary clinic. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2016;38(1):51-58.
6. Bowirrat A, Oscar-Berman M, Logroschino G. Association of depression with Alzheimer's disease and vascular dementia in an elderly Arab population of Wadi-Ara, Israel. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006;21(3):246-251.
7. Ahmed D, El Shair IH, Taher E. Prevalence and predictors of depression and anxiety among the elderly population living in geriatric homes in Cairo, Egypt. *J Egypt Public Health Assoc*. 2014;89(3):127-135
8. Hallit S, Daher MC, Hallit R. Correlates associated with mental health and nutritional status in Lebanese older adults: a cross-sectional study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2020;87
9. El Kady HM, Ibrahim HK. Depression among a group of elders in Alexandria, Egypt. *East Mediterr Health J*. 2013;19(2):167-174.
10. Krishnan KR, Hays JC, Tupler LA, ve ark. Clinical and phenomenological comparisons of late-onset and early-onset depression. *Am J Psychiatry*. 1995;152:785-788.
11. Brodaty H, Luscombe G, Parker G, ve ark. Early and late onset depression in old age: different aetiologies, same phenomenology. *J Affect Disord*. 2001;66:225-236.
12. Kalayam B, Alexopoulos GS. Prefrontal dysfunction and treatment response in geriatric depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:713-718.
13. Brown PJ, Roose SP, Zhang J, ve ark. Inflammation, depression, and slow gait: a high mortality phenotype in later life. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2016;71:221-227.
14. Fried LP, Tangen CM, Walston J, ve ark. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56:146-156.
15. Mezuk B, Lohman M, Dumenci L, ve ark. Are depression and frailty overlapping syndromes in mid- and late-life? A latent variable analysis. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013;21:560-569.
16. Brown PJ, Roose SP, Fieo R, ve ark. Frailty and depression in older adults: a high-risk clinical population. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2014;22:1083-1095.
17. Fann WE. Pharmacotherapy in older depressed patients. *J Gerontol*. 1976;31:304-310.
18. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington DC. American Psychiatric Publishing. 2013.
19. Brendel RW, Stern TA. Psychotic symptoms in the elderly. *J Clin Psychiatry* 2005; 7: 238-241.
20. Reinhardt MM, Cohen CI. Late-life psychosis: diagnosis and treatment. *Curr Psychiatry Rep* 2015; 17: 1.

21. Cohen CI, Vahia I, Reyes P, ve ark. Schizophrenia in later life: clinical symptoms and well being. *Psychiatr Serv* 2008; 59: 232-4.
22. Howard R, Rabins PV, Seeman MV, ve ark. Late onset schizophrenia and very late onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. *Am J Psychiatr* 2000; 157: 172-8.
23. Nikayin S, Rabiee A, Hashem MD, ve ark. Anxiety symptoms in survivors of critical illness: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2016;43:23-29.
24. Rabiee A, Nikayin S, Hashem MD, ve ark. Depressive Symptoms After Critical Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med* 2016;44:1744-1753.
25. Parker AM, Sricharoenchai T, Raparla S, ve ark. Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors: a metaanalysis. *Crit Care Med.* 2015;43:1121-1129.
26. Wang S, Mosher C, Perkins AJ, ve ark. Post-Intensive Care Unit Psychiatric Comorbidity and Quality of Life. *J Hosp Med.* 2017;12(10):831-835.
27. Bienvenu OJ, Colantuoni E, Mendez-Tellez PA ve ark. Co-occurrence of and remission from general anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder symptoms after acute lung injury: a 2-year longitudinal study. *Crit Care Med* 2015;43:642-653.
28. Wolters AE, Peelen LM, Welling MC, ve ark. Long-Term Mental Health Problems After Delirium in the ICU. *Crit Care Med.* 2016;44:1808-1813.
29. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, ve ark. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:617-627.
30. Mehlhorn J, Freytag A, Schmidt K, ve ark. Rehabilitation interventions for postintensive care syndrome: a systematic review. *Crit Care Med* 2014;42:1263-1271.

GENEL BİLGİLER VE SON GELİŞMELER

Hastaya iyi ve kötü haber verme mesleki iletişimin bir parçasıdır. Kötü haberin çok sayıda tanımı vardır. Kötü haber, kişinin geleceğe bakışını olumsuz şekilde etkileyen, fiziksel ve ruhsal iyilik haline tehdit oluşturan, yerleşik yaşam biçimini altüst etme riski olan ya da bireyin yaşamındaki seçimlerini azaltma anlamı taşıyan bir bilgi olarak tanımlanmaktadır(1),(2). Dias(3), “bireyin geleceğine ilişkin vizyonunu olumsuz ve ciddi şekilde etkileyen herhangi bir bilgi” olarak tanımlamaktadır. Bor ve Miller(4) ise kötü haberi “umutsuzluk duygusunun, kişinin zihinsel veya fiziksel sağlığına yönelik bir tehdidin, yerleşik bir yaşam tarzını değiştirme riskinin olduğu veya verilen mesajın çok az yaşam seçeneği ilettiği bir durum” olarak ortaya koymaktadırlar(5).

Örneğin HIV pozitif olduğu söylenen bir hasta, babasının Alzheimer teşhisi aldığı söylenen bir adam, akciğer kanseri teşhis edilen bir hasta, diğer insanlar gibi çocuk sahibi olamayacakları söylenen bir çift kötü haber ile karşılaşmış olabilir. Bunların yanında bir hastalığın tekrarlaması, hastalığın yayılması veya tedavi başarısızlığı, hastalığın proliferasyonu, geri dönüşü olmayan yan etkilerin varlığı veya olumsuz genetik test sonuçları da kötü haber sınıfında değerlendirilebilmektedir(5),(6).

¹ Uzm. Dr. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pul Kliniği, dr_ferzan13@yahoo.com.tr

KAYNAKLAR

1. Buckman RA, Lenzi R, Glober G, Beale E a, Kudelka a P. Breaking bad news Regional Guilene. *Oncologist*. 2011;5(12):302–11.
2. Yardım S, Şenol Y. Kötü Haber Vermede İletişim Becerileri. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2018 Dec 1;
3. Toutin-Dias G, Daglius-Dias R, Scalabrini-Neto A. Breaking bad news in the emergency department: A comparative analysis among residents, patients and family members' perceptions. *Eur J Emerg Med*. 2018;25(1):71–6.
4. Bor R, Gill S, Miller R, Evans A. Giving Information and Breaking Bad News. In: *Counseling in Health Care Settings*. 2009.
5. herrera anDrea, ríos M, Manuel Manríquez J, Herrera A. Entrega de malas noticias en la práctica clínica. Vol. 142, *Rev Med Chile*. 2014.
6. Seifart C, Hofmann M, Bär T, Riera Knorrenschild J, Seifart U, Rief W. Breaking bad news-what patients want and what they get: Evaluating the SPIKES protocol in Germany. *Ann Oncol*. 2014 Mar;25(3):707–11.
7. Gutierrez-Sanchez D, García-Gámez M, Leiva-Santos JP, Lopez-Leiva I. Instruments for assessing health professionals' skills in breaking bad news: protocol for a systematic review of measurement properties. *BMJ Open*. 2021;11(8):e048019.
8. Ruth Corey, DNP, ARNP-BC, FNP V, Gage Gwyn, PhD, ARNP-BC, CNS, OCN, FCN P. Experiences of Nurse Practitioners in Communicating Bad News to Cancer Patients. *J Adv Pract Oncol*. 2016;7(5):485–94.
9. Luz R, George A, Spitz E, Vieux R. Breaking bad news in prenatal medicine: a literature review. *J Reprod Infant Psychol [Internet]*. 2017;35(1):14–31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/02646838.2016.1253052>
10. Baile WF, Lenzi R, Parker PA, Buckman R, Cohen L. Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: An exploratory study. *J Clin Oncol*. 2002;20(8):2189–96.
11. Studer RK, Danuser B, Gomez P. Physicians' psychophysiological stress reaction in medical communication of bad news: A critical literature review. Vol. 120, *International Journal of Psychophysiology*. Elsevier B.V.; 2017. p. 14–22.
12. Tezcan E S. Hastalara Kötü Haber Vermek. *Sağlık Düşüncesi ve Türk Kültürü Derg*. 2011;
13. Adebayo PB, Abayomi O, Johnson PO, Oloyede T, Oyelekan AAA. Breaking bad news in clinical setting-health professionals' experience and perceived competence in southwestern Nigeria: A cross sectional study. *Ann Afr Med*. 2013;12(4):205.
14. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for communicating with patients*. crc press; 2016.
15. Abdulrahman A AM, Fawzy K S. Breaking bad news issues: a survey among physicians. 2013;
16. Nonino A, Magalhães SG, Falcão DP. Medical training for breaking bad news: review of the literature. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36:228–33.
17. Aein F, Delaram M. Giving bad news: a qualitative research exploration. *Iran Red Crescent Med J*. 2014;16(6).
18. Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *Cmaj*. 2000;163(2):166–9.
19. Sehlen S, Vordermark D, Schäfer C, Herschbach P, Bayerl A, Pigorsch S, et al. Job stress and job satisfaction of physicians, radiographers, nurses and physicists working in radiotherapy: a multicenter analysis by the DEGRO Quality of Life Work Group. *Radiat Oncol*. 2009;4(1):1–9.

20. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302–11.
21. Fallowfield L. Giving sad and bad news. *Lancet*. 1993;341(8843):476–8.
22. Back AL, Arnold RM, Tulsy JA, Baile WF, Fryer-Edwards KA. Teaching communication skills to medical oncology fellows. *J Clin Oncol*. 2003;21(12):2433–6.
23. Tulsy JA, Chesney MA, Lo B. How do medical residents discuss resuscitation with patients? *J Gen Intern Med*. 1995;10(8):436–42.
24. Chung HO, Oczkowski SJW, Hanvey L, Mbuagbaw L, You JJ. Educational interventions to train healthcare professionals in end-of-life communication: A systematic review and meta-analysis. *BMC Med Educ*. 2016 Apr 29;16(1).
25. Ishaque, S., Saleem, T., Khawaja, F. B., & Qidwai, W.(2010). Breaking bad news: exploring patient's perspective and expectations. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 60(5), 407.
26. Tavakol M, Torabi S, Lyne OD, Zeinaloo AA. A quantitative survey of intern's knowledge of communication skills: an Iranian exploration. *BMC Med Educ*. 2005;5(1):1–5.
27. Brewin TB. Three ways of giving bad news. *Lancet*. 1991;337(8751):1207–9.
28. Barnett MM. Effect of breaking bad news on patients' perceptions of doctors. *J R Soc Med*. 2002;95(7):343–7.
29. Mast MS, Kindlimann A, Langewitz W. Recipients' perspective on breaking bad news: How you put it really makes a difference. *Patient Educ Couns*. 2005;58(3):244–51.
30. Setubal MSV, Gonçalves AV, Rocha SR, Amaral EM. Programa de treinamento para comunicação de más notícias baseado em revisão de vídeos e na estratégia SPIKES: O que pensam os residentes de perinatologia? *Rev Bras Ginecol e Obstet*. 2017;39(10):552–9.
31. Rosenbaum ME, Ferguson KJ, Lobas JG. Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: a review of strategies. *Acad Med*. 2004;79(2):107–17.
32. Meyer EC, Sellers DE, Browning DM, McGuffie K, Solomon MZ, Truog RD. Difficult conversations: improving communication skills and relational abilities in health care. *Pediatr Crit Care Med*. 2009;10(3):352–9.
33. Holland JC. Now we tell--but how well? *J Clin Oncol*. 1989;7(5):557–9.
34. Meredith C, Symonds P, Webster L, Lamont D, Pyper E, Gillis CR, et al. Information needs of cancer patients in west Scotland: cross sectional survey of patients' views. *Bmj*. 1996;313(7059):724–6.
35. Peteet JR, Abrams HE, Ross DM, Stearns NM. Presenting a diagnosis of cancer: patients' views. *J Fam Pract*. 1991;
36. Mueller PS. Breaking bad news to patients: the SPIKES approach can make this difficult task easier. *Postgrad Med*. 2002;112(3):15–8.
37. Güner P. Kötü Haber Verme Breaking Bad News.
38. Back AL, Curtis JR. Evidence-based case reviews: communicating bad news. *West J Med*. 2002;176(3):177.
39. Langewitz W, Nübling M, Weber H. Hospital patients' preferences for involvement in decision-making. A questionnaire survey of 1040 patients from a Swiss university hospital. *Swiss Med Wkly*. 2006;136(3–4):59–64.
40. Wenrich MD, Curtis JR, Shannon SE, Carline JD, Ambrozy DM, Ramsey PG. Communicating with dying patients within the spectrum of medical care from terminal diagnosis to death. *Arch Intern Med*. 2001;161(6):868–74.

41. Sadock BJ, Sadock VA RP. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia,: Lippincott Williams & Wilkins; 2015. 1363–1370 p.
42. Baran CN, Sanders JJ. Communication skills: delivering bad news, conducting a goals of care family meeting, and advance care planning. *Prim Care Clin Off Pract.* 2019;46(3):353–72.
43. Banerjee SC, Manna R, Coyle N, Penn S, Gallegos TE, Zaider T, et al. The implementation and evaluation of a communication skills training program for oncology nurses. *Transl Behav Med.* 2017;7(3):615–23.
44. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking Bad News: A Review of the Literature. *JAMA* [Internet]. 1996 Aug 14;276(6):496–502. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.1996.03540060072041>
45. Fisseha H, Mulugeta W, Kassu RA, Geleta T, Desalegn H. Perspectives of Protocol Based Breaking Bad News among Medical Patients and Physicians in a Teaching Hospital, Ethiopia. Vol. 30, *Ethiopian journal of health sciences.* NLM (Medline); 2020. p. 1017–26.
46. Ferreira Da Silveira FJ, Botelho CC, Valadão CC. Dando más notícias: A habilidade dos médicos em se comunicar com os pacientes. *Sao Paulo Med J.* 2017;135(4):323–31.
47. Pekmezaris R, Walia R, Nouryan C, Katinas L, Zeitoun N, Alano G, et al. The impact of an end-of-life communication skills intervention on physicians-in-training. *Gerontol Geriatr Educ.* 2011;32(2):152–63.
48. Johnson J, Panagioti M. Interventions to improve the breaking of bad or difficult news by physicians, medical students, and interns/residents: a systematic review and meta-analysis. *Acad Med.* 2018;93(9):1400–12.
49. Wuensch A, Tang L, Goelz T, Zhang Y, Stubenrauch S, Song L, et al. Breaking bad news in China--the dilemma of patients' autonomy and traditional norms. A first communication skills training for Chinese oncologists and caretakers. *Psychooncology.* 2013 May;22(5):1192–5.

Betül KURTSES GÜRSOY¹
Ayşe Zeynep AKKOYUN²

GİRİŞ

Ruhsal hastalıklar sadece kendisine tanı konan birey için değil, ailesi başta olmak üzere tüm yakın çevresi için endişe verici bir durumdur. Bu endişe halinin ortadan kaldırılabilmesi bağlamında ruh hekimlerinin tedavi planını aileyle birlikte yapması çok önemlidir. Ruhsal hastalıklar çoğu zaman kişinin aile içindeki sorumluluklarını yerine getirmesini engellemektedir. Öyle ki bazı kronik ruhsal hastalıklarda kişi sürekli olarak yakınlarının bakımına muhtaç hale bile gelebilmektedir. Ruhsal hastalığı kişiyi bakıma muhtaç kılsın ya da kılmasın tüm aileyi etkileyeceğinden dolayı tedaviye ailenin aktif olarak katılımını sağlamanın aile bireylerinin aile içi uyumlarıyla birlikte psikososyal iyi oluşlarını destekleyeceği ve hastaya önerilen tedavi seçeneklerinin etkinliğini artıracığı açıktır(1)(2)(3).

Psikiyatri hekiminin görevi sadece hastanın medikal tedavisini düzenlemek değil, aynı zamanda lüzum üzere hem hasta hem de yakınlarına ruhsal hastalıklarla ilgili eğitim ve danışmanlık hizmetleri vermektir. Burada kastedilen şey; hastayla birlikte aileye hastalığını ve tedavi sürecini anlatma, ruhsal hastalıkla baş etme becerilerini kazandırma, aile destek grupları gibi gerekli

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, betul.gursoy@afsu.edu.tr

² Dr. Öğr. Üyesi, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, aysezeynep.akkoyun@gmail.com

le yeniden ilişki kurmada başarı olasılığının nasıl en üst düzeye çıkarılacağı belirli bir çerçevede ele alınır(24). Aile terapisinin uygulanmadığı poliklinik şartlarında aileyle bu konular üzerinde yapılacak küçük görüşmelerin tedaviye olumlu etkisi olacaktır. Çünkü aileyi kapsayan tedavi modaliteleri uygulandığında bireysel tedaviye kıyasla daha az relaps ve daha az hastaneye yatış ile karşılaşıldığı görülmüştür(25).

Sonuç

Ruhsal hastalıklar; kişinin işlevselliğini azaltıp, aile içindeki görev ve sorumluluklarını yerine getirmesine engel olduğundan ötürü hastayla birlikte tüm aileyi derinden etkilemektedir. Dolayısıyla ruhsal hastalıkların tedavisini planlarken aileyi de tedavi sürecine dâhil etme noktasında ruh hekimlerine aileye yönelik psiko eğitimler yapmak başta olmak üzere bir takım görevler düşmektedir. Bu görevler; aile bireylerinin aile içi uyumlarıyla birlikte psikososyal iyi oluşlarını destekleme ve hastaya önerilen tedavi seçeneklerinin etkinliğini artırma bağlamında önemli bir rol oynamaktadır. Bahsi geçen görevlerin titizlikle yerine getirilmesinin hem hastaların hem de yakınlarının işlevselliğini artırarak toplumsal kalkınmaya katkıda bulunacağı açıktır.

KAYNAKLAR

1. Mohr KW. Partnering with families. *J Psychosoc Nurs*. 2000;38(1):15–22.
2. Doornbos MM. Professional support for family caregivers of people with serious and persistent mental illnesses. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2001;39(12):38–45.
3. Gümüş AB. Şizofreni hasta ve ailelerinin yaşadığı güçlükler, psiko eğitim ve hemşirelik. *Hemşirelik Araştırma ve Geliştirme Derg*. 2006;1(2):23–34.
4. Goldstein MJ. ABD’de şizofreni tedavisi kapsamında ruhsal-eğitsel aile programları. *Şizofreni Yazıları Hast ve Yakınları Dayanışma Derneği Yayın Organı*. 2000;1(1):20–6.
5. Harvey K, Burns T, Fiander M, Huxley P, Manley C, Fahy T. The effect of intensive case management on the relatives of patients with severe mental illness. *Psychiatr Serv*. 2002;53(12):1580–5.
6. Köroğlu E. Depresyon Bozuklukları. In: *Klinik Psikiyatri DSM-5 Tanı Odaklı*. 2. Baskı. Ankara: HYB Basım Yayın; 2015. p. 171.
7. Öztürk O, Uluşahin A. Duygulanım Bozuklukları. In: *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. 12. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2014. p. 337–427.
8. Robbins TW, Vaghi MM, Banca P. Obsessive-Compulsive Disorder: Puzzles and Prospects. *Neuron*. 2019;102(1):27–47.
9. Tsui P, Deptula A, Yuan DY. Conversion Disorder, Functional Neurological Symptom Disorder, and Chronic Pain: Comorbidity, Assessment, and Treatment. *Curr Pain Headache Rep*. 2017;21(6):29.

10. Öztürk O, Uluşahin A. Nevrotik, Stresle İlgili ve Somatoform Bozukluklar. In: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. 12. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2014. p. 512–35.
11. Köroğlu E. Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar. In: Klinik Psikiyatri DSM-5 Tanı Odaklı. 2. Baskı. Ankara: HYB Basım Yayın; 2015. p. 351.
12. Stein DJ, Scott KM, Jonge P de, Kessler RC. Epidemiology of anxiety disorders: From surveys to nosology and back. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017;19(2):127–36.
13. Köroğlu E. Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları. In: Klinik Psikiyatri DSM-5 Tanı Odaklı. 2. Baskı. Ankara: HYB Basım Yayın; 2015. p. 213–31.
14. Saunders JC. Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues Ment Health Nurs*. 2003;24(2):175–98.
15. Irani F, Dankert M, Siegel SJ. Patient and family attitudes toward schizophrenia treatment. *Curr Psychiatry Rep*. 2004;6(4):283–8.
16. Hsiao CY, Lu HL, Tsai YF. Factors associated with family functioning among people with a diagnosis of schizophrenia and primary family caregivers. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2020;27(5):572–83.
17. Dazzan P. Schizophrenia during pregnancy. *Curr Opin Psychiatry*. 2021;34(3):238–44.
18. Jo A, Kim H, Lee JY, Kim JM, Jeong MH, Chung YC, et al. The effects of patient personality traits and family cohesion on the treatment delay for patients with first-episode schizophrenia spectrum disorder. *Early Interv Psychiatry*. 2021;15(4):889–95.
19. Tsimploulis G, Niveau G, Eytan A, Giannakopoulos P, Sentissi O. Schizophrenia and Criminal Responsibility: A Systematic Review. *J Nerv Ment Dis*. 2018;206(5):370–7.
20. Novick D, Montgomery W, Treuer T, Aguado J, Kraemer S, Haro JM. Relationship of insight with medication adherence and the impact on outcomes in patients with schizophrenia and bipolar disorder: Results from a 1-year European outpatient observational study. *BMC Psychiatry*. 2015;15:189.
21. Miklowitz DJ, Chung B. Family-Focused Therapy for Bipolar Disorder: Reflections on 30 Years of Research. *Fam Process*. 2016;55(3):483–99.
22. Allen MH, Chessick CA, Miklowitz DJ, Goldberg JF, Wisniewski SR, Miyahara S, et al. Contributors to Suicidal Ideation Among Bipolar Patients With and Without a History of Suicide Attempts. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2005;35(6):671–80.
23. Cuellar AK, Johnson SL, Winters R. Distinctions between bipolar and unipolar depression. *Clin Psychol Rev*. 2005;25(3):307–39.
24. Miklowitz DJ. Family Treatment for Bipolar Disorder and Substance Abuse in Late Adolescence. *J Clin Psychol*. 2012;68(5):502–13.
25. Heru AM. Family-centered Care in the Outpatient General Psychiatry Clinic. *J Psychiatr Pract*. 2015;21(5):381–8.

Poliklinikte Panik Atak ile Gelen Hastanın Yönetimi

Didem Şule ERDEM¹

GİRİŞ

Panik atak aniden başlayan, hızlı bir şekilde doruğa çıkan, başlangıcı ve sonu olan, bedensel ve zihinsel belirtilerin eşlik ettiği, yoğun korku ve iç sıkıntısı (anksiyete) sıkıntı nöbetleridir. Panik bozukluğu ise beklenmedik ve tekrarlayıcı biçimde ortaya çıkan panik atakların görüldüğü, kişide yeniden atak yaşanacağına dair beklenti kaygısı ve önemli düzeyde işlev kaybı yaratan, sonuçta kaçınma davranışlarına sebep olan bir anksiyete bozukluğudur.

Panik ataklar travma sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, sosyal fobi, madde kullanımı gibi psikiyatrik durumlarda, hipertiroidi, vestibüler işlev bozuklukları, kardiyak hastalıklar gibi birçok tıbbi durumda görülebilmelerinden ötürü geçirilen her panik atak panik bozukluk hastalığı olarak değerlendirilmemelidir. Birçok tıbbi hastalıkta panik atak görülmesi ve ataklar esnasında fiziksel belirtilerin eşlik etmesi hastaların psikiyatrist dışındaki hekimlere başvurma sıklığını artırmaktadır. Yapılan çalışmalarda birinci basamak sağlık hizmetlerinde görülen psikiyatrik hastalıkların yarısından fazlasının yeterince tanınıp tedavi görmediği görülmüştür. Bu bölümde panik atak ile polikliniğe başvuran hastaların tanınması, hastalığın tedavisi ve yönetim süreci hakkında bilgi verilmesi amaçlanmıştır.

¹ Uzm. Dr. Madalyon Psikiyatri Merkezi, didemsule1@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Nardi AE. Some notes on a historical perspective of panic disorder. *J Bras Psiquiatr.* 2006;55(2):154–60.
2. American Psikiyatri Birliği.(2013). DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı, (Ertuğrul Köroğlu, Çev. Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği,
3. Marques L, Robinaugh DJ, Leblanc NJ. Cross-cultural variations in the prevalence and presentation of anxiety disorders. *Expert Rev Neurother.* 2014;11(2):313–22.
4. de Jonge P, Roest AM, Lim CCW. Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Depress Anxiety.* 2016;33(12):1155–77.
5. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci.* 2015;17(3):327-35.
6. Ateşçi ÇF, Karadağ F, Amuk T. Panik bozukluğunda özkiyım düşünceleri. *Anadolu Psikiyatr Derg.* 2003;4(2):81–6.
7. Roberson-Nay R, Kendler KS. Panic disorder and its subtypes: a comprehensive analysis of panic symptom heterogeneity using epidemiological and treatment seeking samples. 2011;41(11);2411-2421.
8. Zugliani MM, Freire RC, Perna G, Freire RC, Crippa JA, Nardi AE. Laboratory, clinical and therapeutic features of respiratory panic disorder subtype. *CNS Neurol Disord Drug Targets.* 2015;14(5):627-35.
9. Merritt-Davis O, Balon R. Nocturnal panic: Biology, psychopathology, and its contribution to the expression of panic disorder. *Depress Anxiety.* 2003;18(4):221–7.
10. Na H-R, Kang E-H, Lee J-H. The genetic basis of panic disorder. *J Korean Med Sci.* 2011;26:701–10.
11. Kaplan HI, Sadock BJ.(2005).Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8 ed. p. 1768 USA: Williams&Wilkins.
12. Ballenger JC, Nutt DJ.(2015). Anxiety disorders : panic disorder and social anxiety disorder. USA: Blackwell Publishing .
13. Filho AS, Maciel BC, Martin- Santos R. Does the Association Between Mitral Valve Prolapse and Panic Disorder Really Exist? *J Clin Psychiatry.* 2008; 10(1):38-47.
14. Levitan MN, Chagas MH, Linares IM. Brazilian Medical Association guidelines for the diagnosis and differential diagnosis of panic disorder. *Brazilian J Psychiatry.* 2013;35(4):406–15.
15. Pırıldar, Ş.(2017) Panik bozukluğu. Fisun Akdeniz (Ed.), Aile hekimleri için psikiyatri(105). Ankara:Miki Matbacılık.
16. Roy-Byrne PP, Stang P, Wittchen HU. Lifetime panic-depression comorbidity in the national comorbidity survey. *J Psychiatry* 2000;176:229-35
17. Bruce SE, Yonkers KA, Otto MW. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *Am J Psychiatry.* 2005;162(6).
18. Vázquez GH, Baldessarini RJ, Tondo L. Co-occurrence of anxiety and bipolar disorders: clinical and therapeutic overview. *Depress Anxiety.* 2014;31(3):196–206.
19. Keck A, Keck PE, Strawn JR. Pharmacologic treatment considerations in co-occurring bipolar and anxiety disorders. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(1).

20. Vorspan P, Methelli W, Dupuy G. Anxiety and substance use disorder: co occurrence and clinical issues. *Curry Psychiatry Rep.* 2015;17(2):4.
21. Latas M, Milovanovic S. Personality disorders and anxiety disorders: What is the relationship? *Curr Opin Psychiatry.* 2014;27(1):57–61.
22. Onur E.(2006) Panik bozukluğunun fenomenolojisi, anksiyete bozukluklarında. R Tükel, R Alkın (Ed.), Ankara: Türkiye Psikiyatri Yayınları.
23. Seddon K, Nutt D. Pharmacological treatment of panic disorder. *Psychiatry.* 2007;6(5):198–203.
24. Ramsawh HJ, Weisberg RB, Dyck I. Age of onset, clinical characteristics, and 15-year course of anxiety disorders in a prospective, longitudinal, observational study. *J Affect Disord.* 2011;132(1–2):260–4.
25. Bakker A, Van Balkom AJLM, Spinhoven P. SSRIs vs. TCAs in the treatment of panic disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2002 ;106(3):163–7.
26. Katzman MA, Bleau P, Blier P. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. 2014; 14:51.
27. American Psychiatric Association Practice Guideline for the treatment of patients with panic disorder. Second Edition 2010.<http://www.psychiatrist/practice/clinical-guidelines>.
28. Moylan S, Staples J, Ward SA. The efficacy and safety of alprazolam versus other benzodiazepines in the treatment of panic disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 2011;31(5):647–52.

Kanser Hastalarında Olası Ruhsal Süreçler: Kabul ve Yas Süreçleri, Yas Danışmanlığı

Bölüm 20

Nilifer GÜRBÜZER¹
Sertaç ZENGİL²

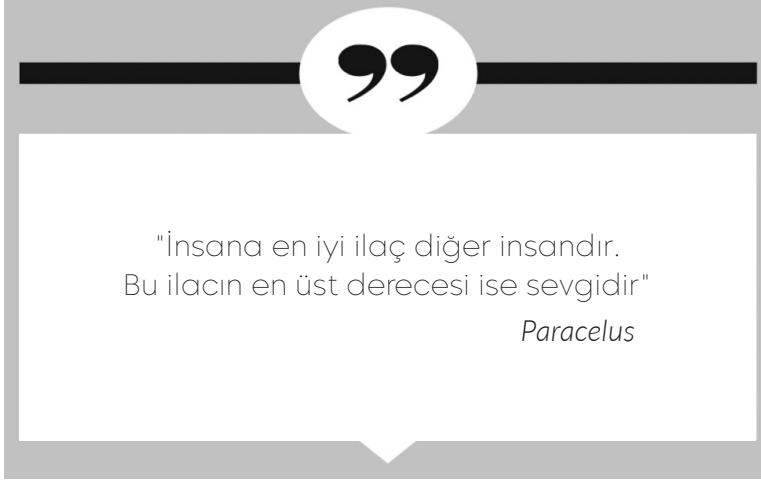
GİRİŞ

Kanser; bir hücrede meydana gelen genetik değişiklikler sonucu hücrenin anormal düzeyde çoğalma ve farklılaşma yeteneği kazanması ile ortaya çıkar(1). Kanser; ülkemizde ve tüm dünyada giderek artan ciddi bir sağlık sorunudur. Erkeklerin yaklaşık yarısında, kadınların üçte birinde yaşamları boyunca bir çeşit kanser gelişeceği öngörülmektedir(2). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2018 yılı kanser verilerine göre dünyada 9.6 milyon kişinin ölümüne yol açmasından ötürü kanser ilk sırada bulunmaktadır. Ülkemizde ise hastalık sıklığı açısından ilk sırada kalp hastalıkları bulunurken kanser ikinci sırada bulunmaktadır. Her yıl ülkemizde 300 bin kişiye kanser teşhisi konulmaktadır.(2,3).

Günlük yaşantımızda bile konuşma cümlesinde kanser kelimesinin geçmesi bile olumsuz düşünceleri akla getirir. Hastalık ihtimali olan veya tanı alan hastalarda ortaya çıkan negatif duygu ve düşüncelerin bulunması kaçınılmazdır. Bir son olarak algılanır kanser ve kişinin psikolojik dengesinde bozulmaya neden olur. Ve bu bir kriz şeklinde olup sağlıklı yaşamdan, hastalığa ve ölüm tehdidinin getirdiği uyuma kadar uzanan bir süreçtir(4).

¹ Uzm. Dr. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, fatih.2325@hotmail.com

² Uzm. Dr. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, sertaczengil@hotmail.com



Terapistin hatırlaması gereken en önemli nokta ise Paracelsus'un dediği gibi, "İnsana en iyi ilaç diğer insandır. Bu ilacın en üst derecesi ise sevgidir"(19).

Sonuç

Kanserli hastalarda psikopatoloji insidansı çok yüksektir ve en sık karşılaşılan psikiyatrik sorunlar; depresif mizaçlı uyum bozukluğu, depresif duygudurum veya major depresif bozukluk, organik mental bozukluk, kişilik bozukluğu ve anksiyete bozukluğudur. Kanser hastalarında hekim olarak dikkat edilmesi gereken nokta sadece hastalığı tedavi etmek değil, hastayı tedavi etmek olduğu konusu asla unutulmamalıdır. Aslında özne, hastanın kendisi olmakla birlikte hastaların kendilerine ek olarak, aile üyelerinin ve sağlık ekibinin de psikiyatrik sorunlarla başa çıkma konusunda hastaya desteği önem arz eder. Unutulmalıdır ki kanserle mücadele beynin, ruhun ve bedeninin ortak mücadelesidir.

KAYNAKLAR

1. Guran S. [Prevention from cancer].Gulhane Med J2005;47(4):324-6.
2. Sağlık Bakanlığı(2013). Dünya ve Türkiye'de Kanser. (Erişim tarihi: 26/12/2021 adresi: [https://www.saglik.gov.tr/TR,3278/dunya-ve-turkiyede-kanser-02042012.html%20\(01/01/2013\)](https://www.saglik.gov.tr/TR,3278/dunya-ve-turkiyede-kanser-02042012.html%20(01/01/2013)))
3. Şahin H, Kocamaz D, Yıldırım M. Kanser sürecinde psikolojik sorunlar ve psiko-onkoloji. Zeugma Health Res. 2020;2(3):136-141.
4. Özkan S, Armay Z. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psiko-Onkoloji. (Ed. Özkan S.) Psiko-Onkoloji 1. Basım içinde:15-26. İstanbul:Form Reklam Hizmetleri, Novartis Onchology.

5. Tavoli A, Mohagheghi MA, Moztazeri A, et al. Anxiety and depression in patients with gastro-intestinal cancer: does knowledge of cancer diagnosis matter? *BMC Gastroenterol* 2007;7:28.
6. Lederberg MS.(2007) *Psiko-Onkoloji*.(Eds. Bj Sadock, VA Sadock) Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th basım içinde:2196-2225. Ankara:Güneş Kitabevi Ltd Şti., Lippincott Williams & Wilkins.
7. Karslıoğlu EH, Özer İ. Kanserle Yaşamanın Hayata Olumlu Bir Katkısı Var mı? *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2014;7(4):64-70.
8. Yavuz AF, Aşar FB. Ruhsal ve etik bakışla kanser hastalarında çocuk sahibi olma hakkı ve Sorumluluğu. Çayköylü A, editör. *Psiko-onkoloji-Kanserli Hastaya Psikososyal Bakış*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021:53-9.
9. Özkan S, Armay Z. Hastalık Algısı ve Kanser. (Ed. Özkan S.) *Psiko-Onkoloji* 1. Basım içinde:59-70. İstanbul:Form Reklam Hizmetleri, Novartis Onchology.
10. Can SS, Korkmaz ŞA. Yaşlı kanserli hastaların genç kanserli hastalara göre psikolojik morbidite ve komorbidite açısından karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2014;7(4):34-38.
11. Ülger E, Alacacıoğlu A, Gülseren AŞ, ve ark. Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2014; 282: 85-92.
12. Güleç G, Büyükkınacı A. Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3.2:343.
13. Özkan S, Armay Z. Kansere karşı Gelişen tepkiler ve Uyum Süreci. (Ed. Özkan S.) *Psiko-Onkoloji* 1. Basım içinde:27-42. İstanbul:Form Reklam Hizmetleri, Novartis Onchology.
14. Bağ B. Psiko-onkoloji, Psikososyal Sorunlar ve Ölçüm Yöntemleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 2012;4(4):449-64.
15. Anuk D, Özkan M, Kizir A, et al. S. The characteristics and risk factors for common psychiatric disorders in patients with cancer seeking help for mental health. *BMC Psychiatry*. 2019 ;3;19(1):269.
16. Özkan S, Armay Z. Kanser ve Psikopatoloji. (Ed. Özkan S.) *Psiko-Onkoloji* 1. Basım içinde:71-114. İstanbul:Form Reklam Hizmetleri, Novartis Onchology.
17. Mehta RD, Roth AJ. Psychiatric considerations in the oncology setting. *CA Cancer J Clin*. 2015 Jul-Aug;65(4):300-14.
18. McFarland DC, Holland JC. The management of psychological issues in oncology. *Clin Adv Hematol Oncol*. 2016;14(12):999-1009.
19. Kırkpınar İ. Terminal Dönem Kanserli Hastada Psikiyatrik Bozuklukların Yönetimi *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2014;7(4):78-84.
20. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, ve ark. Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2008; 9:59-66.
21. Onitilo AA, Nietert PJ, Egede LE. Effect of depression on all-cause mortality in adults with cancer and differential effects by cancer site. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006;28(5):396-402.
22. Kırkpınar İ, Kırkpınar MM. Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi ve psiko-onkoloji. Çayköylü A, editör. *Psiko-onkoloji-Kanserli Hastaya Psikososyal Bakış*. 1. Basım. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021:1-8.
23. Chaturvedi SK. Psychiatric oncology: Cancer in mind. *Indian J Psychiatry*. 2012;54(2):111-8.
24. Özkan S, Armay Z. Kanser Hastasının Psikiyatrik ve Psikolojik Tedavisi. (Ed. Özkan S.) *Psiko-Onkoloji* 1. Basım içinde: 153-175. İstanbul:Form Reklam Hizmetleri, Novartis Onchology
25. Yöntemleri Savaş, E.(2020). Kanser Hasta Yakınında Normal Yas Süreci, Çözümlemeyen Yas ve Etkili Yaklaşımlar ile Onkologların Tükenmişlik Yönetimindeki Baş Etme Yöntemleri. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 2(2):120-5.

GİRİŞ

İlaçlar, insanların sağlığı ve yaşam kalitesini iyileştirmektedir. Kuşkusuz, ilaçların faydalı olabilmesi için hasta tarafından uygun bir şekilde kullanılması gerekmektedir. Bazı araştırmalar, yeni bir ilaç reçete edilen hastaların %30'unun ilacı kullanmayacağını ve %75'e yakın bir kısmının ise tedaviye uyum göstermeyeceğini bildirmektedir(1).

Hastalar çeşitli nedenlerle ilaçları ve tedavi yaklaşımlarını reddederler. Dinsel yasaklamalar, yan etki korkusu, sınırlı tıbbi bilgi, diyetel kısıtlamalar ve zihinsel durum gibi faktörler tedaviyi reddetme konusunda rol oynayabilir.

İlaçların kullanılmamasının olumsuz sonuçlara neden olacağı öngörülebilir, hastaları kendi istekleri dışında ilaç almaya zorlamak etik değildir. Bakımevinde çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmada, katılımcıların %56.5'inin, tedaviyi reddeden hastaların yiyecek veya içeceklerine ilaç koyduklarını kabul ettikleri bildirilmiştir(2). Bu nedenle klinisyenler, sadece hastaların ilaçlarını reddetme nedenlerini değil, aynı zamanda etik ve hasta hakları çerçevesinde nasıl yardımcı olabileceklerini de anlamalıdır.

¹ Uzm. Dr. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, batuyayik@hotmail.com

ya başka bir hekime sevk etme seçeneği sunulabilir. Acil bir tedavi gereksinimi yoksa bir süre tedavisiz izlem önerilmesi terapötik ilişkinin gelişmesine olanak sağlayabilir. Tedavi reddeden hastanın karar verme yetisi ilk aşamada değerlendirilmelidir. Muhakemesi korunmuş hastalarda tedavi reddinin nedenini belirlemek oldukça önemlidir. Tedavi reddine neden olması muhtemel ruhsal faktörlerin belirlenmesi, gerekli psikiyatrik desteğin sunulması çözüm noktasında faydalı olabilir. Başarılı çabalarla, bazı hastaların tedaviyi reddederek kendilerine veya başkalarına zarar vermelerini potansiyel olarak önlenebilir.

KAYNAKLAR

1. Fischer MA, Stedman MR, Lii J et al. Primary medication non-adherence: analysis of 195,930 electronic prescriptions. *J Gen Intern Med* 2010;25:284-90.
2. Wright D. Medication administration in nursing homes. *Nurs Stand* 2002;16:30-8.
3. Wreen M. Autonomy, religious values, and refusal of lifesaving medical treatment. *J Med Ethics* 1991;17:124-30
4. Simmons K, Lindsay S. Psychological influences on acceptance of postsurgical treatment in cancer patients. *J Psychosom Res* 2001;51:355-60
5. Huijter M, van Leeuwen E. Personal values and cancer treatment refusal. *J Med Ethics* 2000;26:358-62.
6. Brown M, Bussell J. Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clin Proc* 2011;86:304-14
7. Katz I, Dietrich J, Tshabalala G et al. Understanding treatment refusal among adults presenting for HIV-testing in Soweto, South Africa: a qualitative study. *AIDS Behav* 2015;19:704-14
8. Lang PO, Aspinall R. Vaccination in the elderly: what can be recommended? *Drugs Aging* 2014;31:581-99.
9. Skjefte M., Ngirbabul M., Akeju O, et al. COVID-19 vaccine acceptance among pregnant women and mothers of young children: results of a survey in 16 countries. *European journal of epidemiology*, 2021;36(2), 197-211.
10. Murphy J, Vallières F, Bentall R, et al. Psychological characteristics associated with COVID-19 vaccine hesitancy and resistance in Ireland and the United Kingdom. *Nature communications*, 2021;12(1), 1-15.
11. Veganbits(2020). How Many Vegans in The World? In the USA? 2020. (01.01.2022 tarihinde <https://veganbits.com/vegan-demographics/> adresinden ulaşılmıştır.)
12. Tatham KC, Patel KP. Suitability of common drugs for patients who avoid animal products. *BMJ* 2014;348-401.
13. Fenton W, Blyler C, Heinssen R. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr Bull* 1997;23:637-51
14. Marder S, Swann E, Winslade W et al. A study of medication refusal by involuntary psychiatric patients. *Hosp Community Psychiatry* 1984;35:724-6
15. Fullerton CA, McGuire TG, Feng Z et al. Trends in mental health admissions to nursing homes, 1999-2005. *Psychiatr Serv* 2009;60:965-71

16. Alsaheed D, Jamieson E, Gul MO et al. Challenges to optimal medicines use in people living with dementia and their caregivers: a literature review. *Int J Pharm* 2016;512:396-404.
17. Haskins, Danielle R., Jeannette Y. Wick. "Medication refusal: Resident rights, administrative dilemma." *The Consultant Pharmacist*® 32.12(2017): 728-736.
18. Farrell S. Open-ended vs. closed-ended questions in user research. May 22, 2016. (<https://www.nngroup.com/articles/open-ended-questions/>. adresinden 01.01.2022 tarihinde ulaşılmıştır.)
19. Gohel, M. S., et al. "How to approach major surgery where patients refuse blood transfusion (including Jehovah's Witnesses)." *Annals of the Royal College of Surgeons of England* 87.1(2005): 3.
20. Kübler-Ross, Elisabeth. On death and dying. *Routledge*, 1973.
21. Amalraj, Sunil, et al. "Health literacy, communication, and treatment decision-making in older cancer patients." *Oncology* 23.4(2009): 369.
22. Er Aydın R.,Sehrialti M. Çözümlememiş Bir Konu. "Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastanın Gonulsuz/Zorla Tedavi Edilmesi." *Psikiyatri Hemsireliği Dergisi* 1(2010): 39-42.

KONVERSİYON BOZUKLUĞUNDA GENEL BİLGİLER

Konversiyon bozukluğu psikolojik bir çatışma veya ihtiyacın bilinen bir fiziksel hastalıkla açıklanamayan bedensel işlev kayıp veya değışiklikleri şeklinde ifade bulmasıdır(1). “Konversiyon” tanımını ilk kullanan kişi olan Sigmund Freud, bu terimi bastırılan materyalin bedensel bir belirtiyeye dönüştürülmesi anlamında kullanmış, histerik reaksiyonların başlangıçta travmatik yaşantılara bağlı bilinç-dışı süreçlerin bedensel yansımaları olduğunu düşünürken, daha sonra kaynağın travmatik yaşantılardan ziyade cinsel ve saldırgan dürtülerden doğan çatışmalar olduğunu öne sürmüştür(2). Konvesiyon bozukluğu tarihi süreçte histerik psikonevroz, fonksiyonel nörolojik belirti bozukluğu, psikojen non-epileptik nöbet, psödonöbet, disosiyatif nöbet gibi pek çok farklı isimle anılmıştır(3).

Konversiyon bozukluğu olan hastalar isimlendirmeye ilgili bu karmaşıklığa ek olarak ayrıca klinik fenomenoloji ve etyoloji konusunda da oldukça heterojen bir grubu oluşturur. Temel olarak duyusal veya motor fonksiyonu etkileyen semptomlarla karakterize bir psikiyatrik bozukluk olmakla birlikte bu belirtiler, bilinen nörolojik hastalıkların veya diğer tıbbi durumların kalıplarıyla tutarsızdır. Hastalığın organik bir temeli olmamasına rağmen, semptomlar hastanın fonksiyonlarını önemli ölçüde etkiler. Ayrıca, semptomlar istendiği gibi kontrol edilemez ve kasti değildir. Yapılan çalışmalar aslında hastalığın

¹ Uzman Psikiyatrist, Sultanbeyli Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, doc.haticekaya@gmail.com

leptik nöbetlerdir. Stresör varlığı, ani başlangıç, atipik seyir, dikkatle değişen klinik, konvansiyonel tedaviye beklenen cevabın alınamaması, kişinin hasta rolünden bilinçdışı bir ikincil kazancının olması gibi bulgular, bütünü aynı hastada mevcut olmak zorunda olmamakla birlikte tanıda önemli ipuçlarıdır. Hastanın belirtilerini kasıtlı olarak yapmadığı, dahası bu belirtilerden bilinç düzeyinde belki de en çok kendisinin muzdarip olduğu unutulmamalıdır.

Tedavide en önemli basamak, hekim ile hasta arasında güvene dayalı, ön yargılardan ve suçlayıcı tondan uzak bir ilişki kurulmasıdır. Yapılan çalışmalar, Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) başta olmak üzere çeşitli terapiler, özellikle eşlik eden psikiyatrik komorbiditeler olduğunda psikotrop ilaçların faydalı olduğunu göstermiştir.

KAYNAKLAR

1. Doğan O. Konversiyon Bozukluğu. In: Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: HYB Basım Yayın; 2007. p. 377–85.
2. Freud S. The Psychotherapy of Hysteria from Studies on Hysteria. Stand Ed Complet Psychol Work Sigmund Freud, Vol II Stud Hysteria. 1955;II(1893).
3. Raynor G, Baslet G. A historical review of functional neurological disorder and comparison to contemporary models. *Epilepsy Behav Reports*. 2021;16.
4. Stone J, Smyth R, Carson A, Lewis S, Prescott R, Warlow C, et al. Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and “hysteria.” Vol. 331, *British Medical Journal*. 2005.
5. Ali S, Jabeen S, Pate RJ, Shahid M, Chinala S, Nathani M, et al. Conversion disorder—Mind versus body: A review. Vol. 12, *Innovations in Clinical Neuroscience*. 2015.
6. Espay AJ, Aybek S, Carson A, Edwards MJ, Goldstein LH, Hallett M, et al. Current concepts in diagnosis and treatment of functional neurological disorders. Vol. 75, *JAMA Neurology*. 2018.
7. Peeling JL MM. Conversion Disorder. *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL); 2019.
8. Harris JC. Exorcism: The miracles of st ignatius of loyola peter paul rubens. Vol. 71, *JAMA Psychiatry*. 2014.
9. Freud, Sigmund; Breuer J. The Psychotherapy of Hysteria from Studies on Hysteria. Stand Ed Complet Psychol Work Sigmund Freud, Vol II Stud Hysteria. 1955;II(1893).
10. Freud S. Introductory lectures on psychoanalysis (Part III). In: *The Standard Edition* vol 16. 1917.
11. Kaplan M. Clinical considerations regarding regression in psychotherapy with patients with conversion disorder. *Psychodyn Psychiatry*. 2016;44(3).
12. Kaplan MJ. A psychodynamic perspective on treatment of patients with conversion and other somatoform disorders. *Psychodyn Psychiatry*. 2014;42(4).
13. Pick S, Goldstein LH, Perez DL, Nicholson TR. Emotional processing in functional neurological disorder: A review, biopsychosocial model and research agenda. Vol. 90, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 2019.

14. Spence ND, Pilowsky I, Minniti R. The attribution of affect in pain clinic patients: A psychophysiological study of the conversion process. *Int J Psychiatry Med.* 1985;15(1).
15. Harvey SB, Stanton BR, David AS. Conversion disorder: Towards a neurobiological understanding. Vol. 2, *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* 2006.
16. Nicholson TR, Aybek S, Craig T, Harris T, Wojcik W, David AS, et al. Life events and escape in conversion disorder. *Psychol Med.* 2016;46(12).
17. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition. Arlington. 2013.
18. Erratum: Tilt-induced vasovagal syncope and psychogenic pseudosyncope: Overlapping clinical entities (*Neurology*(2015) 85(2006-2010)). Vol. 88, *Neurology.* 2017.
19. Reuber M, Kurthen M. Consciousness in non-epileptic attack disorder. *Behav Neurol.* 2011;24(1).
20. Reuber M, Howlett S, Khan A, Grünewald RA. Non-epileptic seizures and other functional neurological symptoms: Predisposing, precipitating, and perpetuating factors. *Psychosomatics.* 2007;48(3).
21. Syed TU, Lafrance WC, Kahrman ES, Hasan SN, Rajasekaran V, Gulati D, et al. Can semiology predict psychogenic nonepileptic seizures? a prospective study. *Ann Neurol.* 2011;69(6).
22. Lafrance WC, Baker GA, Duncan R, Goldstein LH, Reuber M. Minimum requirements for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures: A staged approach: A report from the International League Against Epilepsy Nonepileptic Seizures Task Force. *Epilepsia.* 2013;54(11).
23. O'Neal MA, Baslet G. Treatment for patients with a functional neurological disorder (conversion disorder): An integrated approach. *Am J Psychiatry.* 2018;175(4).
24. Tsui P, Deptula A, Yuan DY. Conversion Disorder, Functional Neurological Symptom Disorder, and Chronic Pain: Comorbidity, Assessment, and Treatment. Vol. 21, *Current Pain and Headache Reports.* 2017.
25. Cuomo A, Bimonte S, Forte CA, Botti G, Cascella M. Multimodal approaches and tailored therapies for pain management: The trolley analgesic model. *J Pain Res.* 2019;12.
26. Ghanbarizadeh SR, Dinpanah H, Ghasemi R, Salahshour Y, Sardashti S, Kamali M, et al. Quetiapine versus Haloperidol in Controlling Conversion Disorder Symptoms; a Randomized Clinical Trial. *Emerg (Tehran, Iran).* 2018;6(1).

Poliklinikte İstismar Tespitinde Ruhsal Duyarlı Adli Süreç Organizasyonu

Bölüm 23

Ayşe Nur İNCİ KENAR¹

GİRİŞ

Yaşamı tehdit eden saldırılar ve kendini korumaktan aciz insanların kötüye kullanılması yani istismarı hekimin göz yummaması gereken durumlardır. İstismar ve şiddet kavramları net olarak birbirinden ayırlanamamaktadır, çoğu kez birbirinin yerine de kullanılmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) şiddeti, “fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığı bulunması” durumu olarak tanımlamaktadır. Hukukçular ise; şiddet eylemini “İnsanın, benzerlerine karşı giriştiği, onlarda önemli ya da önemsiz hasarlar veya yaralar oluşturan, saldırganlık ve hoyratlık ifade eden hareketlerdir” şeklinde açıklamıştır(1).

İstismar ise, birinin iyi niyetini kötüye kullanma, sömürme anlamındadır. İstismar etmek ise, kişinin iyi niyetini suiistimal ederek faydalanmak, karşısındakinin kendi rızası olmadan ve iradesini dikkate almadan kötü muamelede bulunmak olarak tanımlanabilir(2).

Yine Dünya Sağlık Örgütü çocuk istismarını; çocuğun sağlığına, fiziksel ve psikososyal gelişimine zarar veren, yetişkin veya toplum tarafından uygulanan her türlü fiziksel, duygusal ve cinsel kötü muamele olarak tanımlamaktadır(3).

¹ Doç. Dr. Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, drinci79@hotmail.com

Sonuç

Hekimin öncelikle görevi, belki de dünyadaki çoğu insanlara karşı güvenini kaybetmiş olan mağdura, güvенеbileceği ve yardım alabileceği kurumların olduğunu söylemek, yasal hakları olduğunu anlatmak ve bunları bilmenin güvenini sağlamak olmalıdır.

Adli olgu bildiriminin, yalnızca bir yasal sorumluluk olmayıp, aynı zamanda insani bir görev olduğu hatırlanmalıdır. İyi bir değerlendirme yapılmadan evlerine geri gönderilen istismara uğramış çocukların, ilerleyen dönemde %5-10'unun öldürülmekte, %35-50'si ise ciddi travmalara maruz kalmaktadır(10).

KAYNAKLAR

1. Polat, O. Şiddet. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi. 2016;22:15-34.
2. Koca, M. Çocuk İstismarında İhbar Yükümlülüğü. İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 2012;3:113-128.
3. World Health Organization(2020). *Child Maltreatment*.(20/12/2021 tarihinde <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> adresinden ulaşılmıştır).
4. Aydın B.(2005). *Çocuk ve Ergen Psikolojisi*. Ankara: Nobel Yayınları.
5. Akay M. İstismar ve İhmalin Çocuk Üzerindeki Etkileri ve Tedavisi. Gelişim ve Psikoloji Dergisi. 2020;1:169-184.
6. Sağlık Bakanlığı(2021). *İhmal-istismar*.(20/12/2021 tarihinde hsgm.saglik.gov.tr/tr/ruh-sagligi/ihmal-istismar.html adresinden ulaşılmıştır).
7. Yüksel S, Saner S. *Çocuk Cinsel İstismarı Ve Zor Açığa Çıkması*.(20/11/2021 tarihinde https://psikiyatri.org.tr/uploadFiles/219201618057-CocukCinsel_istismar_bilgilendirme_dosyasi.pdf adresinden ulaşılmıştır).
8. Ozkan A, Demir U. Kadın İstismarı. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2002;5:87-92.
9. TTB(1999). *Aile İçi Şiddet*. (08/12/2021 tarihinde <https://www.ttb.org.tr/eweb/adli/6.html> adresinden ulaşılmıştır).
10. Asırdizer M. Acil Servislere Başvuran Çocuk ve Kadın İstismarı Olgularına Hekimlerin Yaklaşımı. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci. 2006;2:39-48.
11. Yesil P, Tascı S, Oztunc G. Yaşlı İstismarı ve İhmali. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2016;6:128-134.
12. Canturk G. *Çocuk İstismarı ve İhmaline Adli Tıp Yaklaşımı*. (08/12/2021 tarihinde <https://acikders.ankara.edu.tr/course/view.php?id=3907> adresinden ulaşılmıştır).
13. Soysal H.(2012). *Adli Psikiyatri*. İstanbul: Özgür Yayınları.

Poliklinikte Medikal Probleme Neden Olan Bağımlılıklarda Motivasyonel Yaklaşım

Bölüm 24

Sercan KARABULUT¹

GİRİŞ

Medikal sorunlara sahip olan hastaların (özellikle acil servise başvuran hasta grubunda) önemli ve zorlayıcı bir kısmını bağımlılığı bulunan hastalar oluşturmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin, hastanın yönetimi, talepkar tavırlar karşısında yaşanan güçlükler ve hasta motivasyon düzeyinin değişkenliği hastaya yaklaşımı karmaşıktır(1).

Psikiyatrik bir hastalık olarak alkol ve madde kullanım bozuklukları, uzun yıllardır bir hastalık olmaktan çok “irade eksikliği” olarak görülmüş, bu nedenle 1970’lerin sonlarına kadar tedavi yaklaşımlarında ciddi eksiklikler dikkat çekmiştir(2). Son dönemde özellikle hastalığın nörobiyolojik temellerinin kıymetli çalışmalarla gösterilmesi ve idame tedavilerinin hasta ayık kalma oranları üzerine katkılarının artmasıyla, bağımlı hastalara yaklaşım paradigmatları da değişmiştir(3).

Genel Bilgiler ve Son Gelişmeler

Amerikan Psikiyatri Birliği’nin yayınladığı en güncel tanı ölçütü kitabı olan DSM-5’te, Madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları bölümünde 10 ayrı madde kümesi tanımlanmaktadır:

¹ Psikiyatri Uzmanı, Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Amatem Kliniği, drs_karabulut@hotmail.com

Sonuç

Bağımlılık sorunları yaşayan ya da yaşamaya aday, riskli kullanım altında olan bir hasta ile karşılaşıldığında, hedef bir görüşmede bütün sorunların çözümü olmayacaktır. Fakat araştırmaların ortak sonucu kısa müdahalelerin hasta motivasyonunda gözle görülür değişikliklere yol açmasıdır. Hasta ile durumunu konuşurken, özyeterliliğini destekleyen ve özerkliğini tehdit etmeyen bir tutum; ileri aşamalarda tedavi süreçlerini de olumlu etkileyecektir.

Sonuçta hiç kimse tamamen motivasyonsuz değildir, fakat hastanın önceliği, hekimin önceliklerinden farklı olabilir. Herhangi bir ilerleme kaydedilemeyen durumlarda gelecek için açık kapı bırakmak doğru bir strateji olabilir(17).

KAYNAKLAR

1. Stockwell T, Zhao J, Panwar S, et al. Do “moderate” drinkers have reduced mortality risk? A systematic review and meta-analysis of alcohol consumption and all-cause mortality. *J Stud Alcohol Drugs*. 2016;77:185-198. doi:10.15288/jsad.2016.77.185.
2. Levine H. The discovery of addiction: changing conceptions of habitual drunkenness in America. *J Stud Alcohol*. 1978;39(2):143-174.
3. Koob GF, Volkow ND. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry* 2016;3:760-773.
4. Amerikan Psikiyatri Birliği(2013). DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Ankara:Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık.
5. Substance Abuse: The Nation’s Number One Health Problem(2001). Princeton, NJ: The Robert Wood Johnson Foundation.
6. Cruickshank CC, Dyer KR. A review of the clinical pharmacology of methamphetamine. *Addiction*. 2009;104(7):1085-1099.
7. Seth D, Haber PS, Syn WK, Diehl AM, Day CP. Pathogenesis of alcohol-induced liver disease: classical concepts and recent advances. *J Gastroenterol Hepatol*. 2011;26(7):1089-1105.
8. Crowe AV. Substance abuse and the kidney. *QJM*. 2000;93(3):147-152.
9. Miller WR, Rollnick S(2002). Motivasyonel Görüşme İnsanları Değişime Hazırlama. Ankara:Hekim Yayın Birliği Basım Yayın.
10. Farrall M. The use of motivational interviewing techniques in offending behaviour group work. *Motivational Interviewing Newsletter: Updates, Education and Training* 2001;8(1):8-12.
11. Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: A systematic review. *Addiction* 2001;96(12):1725-1742.
12. Garnett C, Crane D, West R, et al. Identification of behavior change techniques and engagement strategies to design a smartphone app to reduce alcohol consumption using a formal consensus method. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2015;3(2):e73.

13. Kim SJ, Marsch LA, Guarino H, Acosta MC, Aponte-Melendez Y. Predictors of outcome from computer-based treatment for substance use disorders: results from a randomized clinical trial. *Drug Alcohol Depend.* 2015;157:174-178.
14. Dench S, Bennett G. The impact of brief motivational intervention at the start of an outpatient day programme for alcohol dependence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2000;28:121-130.
15. Cunningham JA, Wild TC, Cordingley J, et al. Twelve-month follow-up results from a randomized controlled trial of a brief personalized feedback intervention for problem drinkers. *Alcohol Alcohol.* 2010;45(3):258-262.
16. DiClemente CC, Prochaska JO(1998). *Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors.* New York:Plenum Press.
17. Marsch LA, Guarino H, Acosta M, et al. Web-based behavioral treatment for substance use disorders as a partial replacement of standard methadone maintenance treatment. *J Subst Abuse Treat.* 2014;46(1):43-51.

Psikiyatride Sık Kullanılan İlaçlar ve Sık Görülen İlaç Etkileşimleri

Bölüm 25

Nazife Gamze USTA SAÇLAM¹

GİRİŞ

Psikoterapiler (bilişsel davranışçı terapi, psikodinamik yönelimli terapi, destekleyici psikoterapi, grup terapileri vb.), somatik tedaviler (elektrokonvulzif tedavi, transkraniyel manyetik stimülasyon, fototerapi, cerrahi yöntemler vb.) ve farmakolojik tedaviler ruhsal rahatsızlıkların tedavisinde kullanılan ana tedavi modaliteleridir. Ruhsal rahatsızlıkların tedavisinde etkinliği gösterilmiş farmakolojik ajanlar ilk defa 20. yüzyılın ikinci yarısında kullanıma girmeye başlamış ve ruh sağlığı alanında çığır açmışlardır. Bu sayede hastaların topluma uyum becerileri artmış, toplum içerisinde sağaltılma imkanı doğmuştur. Günümüzde özellikle farmakokinetik, farmakodinamik ve farmakogenetik ile ilgili bilgilerimiz arttıkça kişiselleştirilmiş tedavi uygulamaları gündeme gelmeye başlamıştır. Her hasta için mümkün olan en yüksek etkinliği ve tolere edilebilirliği elde etmek için optimal ilaç ve optimal dozun bireysel seçimi gereklidir. Bu bölümde psikiyatride sık kullanılan ilaçlar ve sık görülen ilaç etkileşimlerine özet olarak değinilmiştir.

¹ Uzm. Dr. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tevfik Sağlam Kadın Kliniği
nazifegamzeusta@gmail.com

Nöroleptik Malign Sendrom

Nöroleptik malign sendrom (NMS) dopamin antagonisti ilaçların etkisi veya dopamin agonistlerinin ani kesilmesi ile ilişkili, potansiyel olarak ölümcül olabilen bir nöropsikiyatrik acil tablodur. Temel belirtileri mental durum değişiklikleri, kas rijiditesi, hipertermi ve otonomik disfonksiyondur. Kreatinin kinaz yüksekliği, lökositoz, diaforez, üriner inkontinans, taşikardi diğer belirti ve bulgulardır(36). NMS bir dışlama tanısıdır; diğer tıbbi durumlar da benzer semptomlar gösterebilir ve ayırıcı tanı karmaşıktır(37). Tüm antipsikotikler risk taşımakla birlikte yüksek potensli BKAP'ler, düşük potensli ilaçlara ve İKAP'lere göre daha fazla risk taşır(38). Tedavide öncelikle NMS'yi presipite eden ilaçlar kesilmesi, hidrasyon, elektrolit dengesinin düzenlenmesi, kardiyovasküler stabilitenin sağlanması gibi destek tedavileri önceliklidir. Farmakoterapide lorazepam-diazepam gibi benzodiazepinler, bromokriptin, amantadin, dantrolen kullanılabilir(39). Erken tanı ve tedavi hayat kurtarıcıdır.

Antipsikotik İlaçlara Bağlı İlaç Etkileşimleri

Antipsikotik ilaçlar santral sedatiflerin etkisini arttırabilir. Özellikle pimozid ve tiyoridazin QT mesafesinde uzamaya neden olduğundan benzer etkiye sahip olabilecek ilaçlarla kullanılmamalıdır. Klozapinin kemik iliği veya beyaz küre üzerine olumsuz etkileri olan karbamazepin, kotrimaksazol ve penisilamin gibi ilaçlarla birlikte kullanımından kaçınılmalıdır. Hipotansif etkileri olan klorpromazin antihipertansif ilaçların etkisini arttırabilir.

KAYNAKLAR

1. Skånland SS, Cieślars-Pobuda A. Off-label uses of drugs for depression. *European Journal of Pharmacology*. 2019;865:172732.
2. Carvalho AF, Sharma MS, Brunoni AR, et al. The Safety, Tolerability and Risks Associated with the Use of Newer Generation Antidepressant Drugs: A Critical Review of the Literature. *Psychother Psychosom*. 2016;85(5):270-288.
3. Mariappan P, Ballantyne Z, N'Dow JM, et al. Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRI) for stress urinary incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005(3):Cd004742.
4. Fava GA, Benasi G, Lucente M, et al. Withdrawal Symptoms after Serotonin-Noradrenaline Reuptake Inhibitor Discontinuation: Systematic Review. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2018;87(4):195-203.
5. Keks NA, Hope J, Keogh S, et al. Milnacipran: serotonin-noradrenaline reuptake inhibitor approved for fibromyalgia may be a useful antidepressant. *Australas Psychiatry*. 2018;26(5):537-540.

6. Khdour MR. Treatment of diabetic peripheral neuropathy: a review. *Journal of Pharmacy and Pharmacology*. 2020;72(7):863-872.
7. Taylor DM, Barnes TR, Young AH. The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry: John Wiley & Sons; 2021.
8. Sub Laban T, Saadabadi A. Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOI). StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing Copyright © 2021, StatPearls Publishing LLC.; 2021.
9. Harrison P, Cowen P, Burns T, et al. Shorter Oxford textbook of psychiatry: Oxford university press; 2017.
10. Rothmore J. Antidepressant-induced sexual dysfunction. *Med J Aust*. 2020;212(7):329-334.
11. Howes S, Hartmann-Boyce J, Livingstone-Banks J, et al. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;4(4):Cd000031.
12. Verbeek W, Bekkering GE, Van den Noortgate W, et al. Bupropion for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;10(10):Cd009504.
13. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014.
14. Kelly CM, Juurlink DN, Gomes T, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors and breast cancer mortality in women receiving tamoxifen: a population based cohort study. *Bmj*. 2010;340:c693.
15. Francescangeli J, Karamchandani K, Powell M, et al. The Serotonin Syndrome: From Molecular Mechanisms to Clinical Practice. *Int J Mol Sci*. 2019;20(9):2288.
16. Wang RZ, Vashistha V, Kaur S, et al. Serotonin syndrome: Preventing, recognizing, and treating it. *Cleve Clin J Med*. 2016;83(11):810-817.
17. Won E, Kim YK. An Oldie but Goodie: Lithium in the Treatment of Bipolar Disorder through Neuroprotective and Neurotrophic Mechanisms. *Int J Mol Sci*. 2017;18(12).
18. Rosenberg G. The mechanisms of action of valproate in neuropsychiatric disorders: can we see the forest for the trees? *Cellular and Molecular Life Sciences*. 2007;64(16):2090-2103.
19. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry 11 ed: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
20. Andrade C. Valproate in Pregnancy: Recent Research and Regulatory Responses. *J Clin Psychiatry*. 2018;79(3).
21. Naguy A, Al-Enezi N. Lamotrigine Uses in Psychiatric Practice. *American Journal of Therapeutics*. 2019;26(1).
22. Finley PR. Drug Interactions with Lithium: An Update. *Clinical Pharmacokinetics*. 2016;55(8):925-941.
23. Aydemir Ö, Uluşahin A, Akdeniz F. İki uçlu bozukluk sağaltım kılavuzu. 2. baskı. Ankara: TPD Yayınları. 2010.
24. Dunne FJ. Lithium toxicity: the importance of clinical signs. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2010;71(4):206-210.
25. Fay TB, Alpert MA. Cardiovascular Effects of Drugs Used to Treat Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Part 2: Impact on Cardiovascular Events and Recommendations for Evaluation and Monitoring. *Cardiology in Review*. 2019;27(4).
26. Fluyau D, Revadigar N, Manobianco BE. Challenges of the pharmacological management of benzodiazepine withdrawal, dependence, and discontinuation. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*. 2018;8(5):147-168.
27. Crowe SF, Stranks EK. The Residual Medium and Long-term Cognitive Effects of Benzodiazepine Use: An Updated Meta-analysis. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2017;33(7):901-911.

28. Schweizer E, Rickels K. Benzodiazepine dependence and withdrawal: a review of the syndrome and its clinical management. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1998;98(s393):95-101.
29. Rudisill TM, Zhu M, Kelley GA, et al. Medication use and the risk of motor vehicle collisions among licensed drivers: A systematic review. *Accident Analysis & Prevention*. 2016;96:255-270.
30. Gandotra K, Chen P, Konicki PE, et al. Clonazepam-Related Paradoxical Behavioral Disinhibition: An Uncommon But Grave Adverse Effect. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2019;39(3):281-282.
31. Esen-Danacı A, Böke Ö, Saka M, et al. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği; 2018.
32. Citrome L. Long-acting injectable antipsychotics update: lengthening the dosing interval and expanding the diagnostic indications. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2017;17(10):1029-1043.
33. Byerly MJ, Nakonezny PA, Lescouflair E. Antipsychotic medication adherence in schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*. 2007;30(3):437-452.
34. Stahl SM. Long-acting injectable antipsychotics: shall the last be first? *CNS spectrums*. 2014;19(1):3-5.
35. Leucht S, Corves C, Arbter D, et al. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *The Lancet*. 2009;373(9657):31-41.
36. Velamoor R. Neuroleptic malignant syndrome: A neuro-psychiatric emergency: Recognition, prevention, and management. *Asian Journal of Psychiatry*. 2017;29:106-109.
37. Ware MR, Feller DB, Hall KL. Neuroleptic malignant syndrome: diagnosis and management. *The primary care companion for CNS disorders*. 2018;20(1):27030.
38. Hasan S, Buckley P. Novel antipsychotics and the neuroleptic malignant syndrome: a review and critique. *American Journal of Psychiatry*. 1998;155(8):1113-1116.
39. van Rensburg R, Decloedt EH. An Approach to the Pharmacotherapy of Neuroleptic Malignant Syndrome. *Psychopharmacol Bull*. 2019;49(1):84-91.

Sık Poliklinik Başvurularında Süreci Yönetmek: Neler Yapılabilir?

Çisem ERDAŞ¹

Şükrü Alperen KORKMAZ²

GİRİŞ

Birinci basamak sağlık hizmetlerine yapılan ziyaretlerin büyük bir kısmını, bireylerin yalnızca küçük bir bölümünün oluşturduğu bilinmektedir(1). Yapılan bir çalışmada aile hekimlerinin muayene sürelerinin %40'ını, %10'luk bir hasta grubuyla geçirdikleri belirlenmiştir(2). Sık poliklinik başvurularının (yoğun kullanım olarak da adlandırılmakta) ciddi bir ekonomik yüke neden olduğu bilinmekte ve kronik durumlar, kötü işlevsellik ve düşük yaşam memnuniyetiyle ilişkili olduğu vurgulanmaktadır(3-5).

Araştırmalar, sık poliklinik başvurusunda bulunanların birçoğunda fiziksel hastalığın yanı sıra ruhsal hastalığın da olduğunu bildirmektedir(6). Aile sağlığı merkezlerine en önemli sık başvuru nedeninin tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler olduğu saptanmıştır(7). Uzunlamasına çalışmalarda işsizlik, depresyon ve bedensel belirti bozukluğu (somatizasyon) gibi ruhsal hastalıklar, engelli olma ve fiziksel kronik hastalık varlığının sık başvurunun önemli diğer sebepleri olduğu bildirilmektedir(8).

¹ Uzm. Dr. Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, cisemcelen@gmail.com

² Uzm. Dr. Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği, dr.alperen88@gmail.com

KAYNAKLAR

1. van den Bussche H, Kaduszkiewicz H, Schäfer I, et al. Overutilization of ambulatory medical care in the elderly German population?—An empirical study based on national insurance claims data and a review of foreign studies. *BMC health services research*. 2016;16(1):1-16.
2. Smits FT, Brouwer HJ, ter Riet G, et al. Epidemiology of frequent attenders: a 3-year historic cohort study comparing attendance, morbidity and prescriptions of one-year and persistent frequent attenders. *BMC Public Health*. 2009;9(1):36.
3. Buczak-Stec E, Hajek A, van den Bussche H, et al. Frequent attendance in primary care in the oldest old: evidence from the AgeCoDe-AgeQualiDe study. *Aging Clin Exp Res*. 2020;32(12):2629-38.
4. Rifel J, Selic P. Characteristics of Elderly Frequent Attendees in Slovene Family Medicine Practices - a Cross-sectional Study. *Mater Sociomed*. 2019;31(2):93-8.
5. Hajek A, Bock JO, König HH. Association of general psychological factors with frequent attendance in primary care: a population-based cross-sectional observational study. *BMC Fam Pract*. 2017;18(1):48.
6. Vedsted P, Christensen MB. Frequent attenders in general practice care: a literature review with special reference to methodological considerations. *Public Health*. 2005;119(2):118-37.
7. Taylor RE, Marshall T, Mann A, et al. Insecure attachment and frequent attendance in primary care: a longitudinal cohort study of medically unexplained symptom presentations in ten UK general practices. *Psychol Med*. 2012;42(4):855-64.
8. Pymont C, Butterworth P. Longitudinal cohort study describing persistent frequent attenders in Australian primary healthcare. *BMJ Open*. 2015;5(10):e008975.
9. Üstün TB, Gater R. Integrating mental health into primary care. *Current Opinion in Psychiatry*. 1994;7(2):173-80.
10. Karasu U. Eskişehir il merkezinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında ruhsal bozuklukların yaygınlığı ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi [Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi]. Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2007.
11. Katsamanis M, Lehrer PM, Escobar JJ, et al. Psychophysiological treatment for patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial. *Psychosomatics*. 2011;52(3):218-29.
12. Gıca Ş, Sayılğan N. Migren ve gerilim tipi baş ağrısı olan hastalarda yardım arayışının hasta davranışıyla ilişkisi: dışsal geçerlilik çalışması. *Cukurova Medical Journal*. 2018;43(Ek 1):181-6.
13. Ziadni MS, Carty JN, Doherty HK, et al. A life-stress, emotional awareness, and expression interview for primary care patients with medically unexplained symptoms: A randomized controlled trial. *Health Psychol*. 2018;37(3):282-90.
14. Kandemir G, Ak İ. Tıbben açıklanamayan belirtilerin psikiyatrik yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2013;5(4):479-506.
15. Richardson RD, Engel CC, Jr. Evaluation and management of medically unexplained physical symptoms. *Neurologist*. 2004;10(1):18-30.
16. Haller H, Cramer H, Lauche R, et al. Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care: a systematic review and meta-analysis of prevalence. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2015;112(16):279.
17. Burton C, Weller D, Sharpe M. Functional somatic symptoms and psychological states: an electronic diary study. *Psychosom Med*. 2009;71(1):77-83.
18. Feder A, Olfson M, Gameraff M, et al. Medically unexplained symptoms in an urban general medicine practice. *Psychosomatics*. 2001;42(3):261-8.

19. Katon W, Sullivan M, Walker E. Medical symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits. *Annals of internal medicine*. 2001;134(9_Part_2):917-25.
20. Öztürk M, Uluşahin A.(2016)Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Yenilenmiş 14. Baskı, (s. 261-297.) Ankara: Nobel Tıp Kitapevi
21. Tükel R, Çakır S.(2014) Psikiyatri İstanbul Tıp Fakültesi 185. Yıl Ders Kitapları Serisi. 1. Baskı, (s. 43-54) İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
22. Olchanski N, McInnis Myers M, Halseth M, et al. The economic burden of treatment-resistant depression. *Clin Ther*. 2013;35(4):512-22.
23. Rhonda A. Faulkner P, Martin S. Lipsky, MD ve Michael Polizzotto,(2013) Lange Aile Hekimliği Ayaktan Tedavi ve Korunma.(Ümit Aydoğan, Kenan Sağlam, Çev. Ed),(s. 690-699). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri
24. Rost KM, Akins RN, Brown FW, et al. The comorbidity of DSM-III-R personality disorders in somatization disorder. *General Hospital Psychiatry*. 1992;14(5):322-6.
25. Ocaktan ME, Özdemir O, Akdur R. Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri. *Kriz Dergisi*. 2004;12(2):63-73.
26. Ersoy E, Saatçı E. Periyodik Sağlık Muayenelerine Genel Bakış. *Türk Aile Hek Derg*. 2017;21(2):82-9.
27. Stein DJ, Scott KM, de Jonge P, et al. Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. 2017;19(2):127.
28. Thibaut F. Anxiety disorders: a review of current literature. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2017;19(2):87.
29. SHGM(2021). Anksiyete Bozuklukları Klinik Protokolü Ankara2021. 28/12/2021 tarihinde <https://shgm.saglik.gov.tr/TR-84077/anksiyete-bozukluklari-klinik-protokolu-yayinlanmistir.html> adresinden ulaşılmıştır.
30. Katon W. Panic disorder: relationship to high medical utilization, unexplained physical symptoms, and medical costs. *J Clin Psychiatry*. 1996;57 Suppl 10:11-8; discussion 9-22.
31. Apaydın Kaya Ç, Cöbek Ünalın P. Somatik Semptom Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği - Özel Konular*. 2018;9(3):179-84.
32. Beck A, Scott J, Williams P, et al. A randomized trial of group outpatient visits for chronically ill older HMO members: the Cooperative Health Care Clinic. *J Am Geriatr Soc*. 1997;45(5):543-9.
33. Berghöfer A, Hartwich A, Bauer M, et al. A. Efficacy of a systematic depression management program in high utilizers of primary care: a randomized trial. *BMC Health Services Research*. 2012;12(1):1-10.
34. Haroun D, Smits F, van Etten-Jamaludin F, et al. The effects of interventions on quality of life, morbidity and consultation frequency in frequent attenders in primary care: A systematic review. *Eur J Gen Pract*. 2016;22(2):71-82.
35. Rasmussen NH, Furst JW, Swenson-Dravis DM, et al. Innovative reflecting interview: effect on high-utilizing patients with medically unexplained symptoms. *Dis Manag*. 2006;9(6):349-59.
36. Schilte AF, Portegijs PJ, Blankenstein AH, et al. Randomised controlled trial of disclosure of emotionally important events in somatisation in primary care. *BMJ*. 2001;323(7304):86.
37. Ünverdi EH. Ruh Sağlığı Hizmetlerine Ulaşım Yolları, Psikiyatri Hastalarının Aile Hekimliği Uygulamasını Kullanımı ve Aile Hekimi Algısı [Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2019.
38. Lipsitt DR, Joseph R, Meyer D, et al. Medically unexplained symptoms: barriers to effective treatment when nothing is the matter. *Harvard Review of Psychiatry*. 2015;23(6):438-48.

GİRİŞ

Çocuklar ve ergenlerde ruh sağlığı değerlendirilirken; zihinsel ve duygusal yetileri, çevreye uyum ve davranışları, bilişsel duygusal ve sosyal gelişimleri biyopsikososyal bir yaklaşım ile incelenerek tanımlanmalı, tedavi ve korunması planlanmalıdır. Gelişimin en hızlı görüldüğü ve her gelişimsel dönemin farklı özelliklere sahip olduğu yaşam dönemi olan 0-18 yaş aralığında klinik değerlendirme yapılırken “bebeklerde ve küçük çocuklarda ruhsal değerlendirme”, “okul çağı çocuklarında ruhsal değerlendirme” ve “ergenlik döneminde ruhsal değerlendirme” olarak üç kısımda incelenmesi tanısız açıdan kolaylık sağlamaktadır.

Çocukluk döneminde klinik belirtilerin her çocukta farklı anlamı ve işlevleri vardır. Klinik görüşme ve değerlendirmelerin sonucunda temel hedef çocukta gerçek bir psikiyatrik sorun olup olmadığı, var ise nedenleri ve tedavisi, yok ise belirtilerin aile yahut okul kaynaklı sorunları yansıtır yansıtmadığı ve çevresinde bu sorunlara yol açabileceği stres kaynakları olup olmadığını saptamaktır(1).

Bebek, çocuk ve ergenlerde klinik yaklaşım erişkin dönemden oldukça farklıdır. Çocuğun kendisinden, ebeveynlerinden, bakım vereninden, öğretmenlerinden, daha önceki hastane başvurularından bilgi edinmenin yanı sıra bir takım değerlendirme araçları da kullanılabilir(1). Başvurular çoğunlukla anne-baba tarafından yapılmakla birlikte, bazı durumlarda öğret-

¹ Uzm. Dr. Konya Şehir Hastanesi, dredaferahkaya@gmail.com

10. Yargılama, içgörü

Ergenin sorunlarına yönelik içgörüsü ve sorunlu durumları değiştirmeye yönelik motivasyonu önemlidir. İçgörüsünün olması ve değişiklik yapabilmesi yargılama işlevinin göstergesidir. Görüşme süresince hekimin yaptığı yorumlara verdiği tepkiler ile de içgörü değerlendirilir.

Ergen ile görüşmede amaç ergeni tanıyarak iyi bir ilişki kurarak doğru tanı ile tedavi planı oluşturmaktır. Ergenlik döneminde olan normal gelişim özellikleri göz önünde bulundurularak psikopatolojilerden ayrımı yapılabilir. Ergenin özerkliğine saygı duyulduğu gösterilmeli, anlaşıldığı hissettirilmelidir. Çekingen özelliklere sahip bireylerde öncesinde tanımaya yönelik sorular sorularak gençlik dönemine ait ilgi alanları uygun şekilde konuşulabilir. Aile ve ergen ile görüşmeler sonrasında tarafsız şekilde, yargılamadan değerlendirme yapılmalı ve değerlendirme sonucunda öğüt vermekten kaçınılmalıdır(27,31).

Sonuç

Sonuç olarak çocuk ve ergenlerin psikiyatrik değerlendirmeleri içerisinde bulunduğu gelişim dönemi ve yaşlarına göre değişkenlik göstermektedir. Her bir dönemin gelişimsel özelliklerini bilmek psikiyatrik değerlendirmenin daha doğru bir şekilde yapılabilmesi ve doğru tanılarının konulabilmesi için önem arz etmektedir. Gelişimsel süreçlerin hızlı bir seyir gösterdiği bebeklik, çocukluk ve ergenlik dönemlerinin her birinde erken tanı oldukça önemlidir. Erken tanı erken müdahale edilmesini sağlayarak bireyin bir sonraki gelişim dönemine sağlıklı bir şekilde geçişini sağlayacak ve erişkin hayatına sağlıklı bir başlangıç yapmasına fazlasıyla yardımcı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Lewis, H.(1996) Psychiatric assessment of infants, children and adolescents. Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook Second Edition, M Lewis(ed), Williams & Wilkins, Baltimore, USA, s: 440-453.
2. Barker, P.(1990). Clinical interviews with children and adolescents. P Barker(ed), Library Congress Cataloging in Publication Data, USA.
3. Rutter, M., Taylor, E.(2004) Clinical assessment and diagnostic formulation. Child and Adolescent Psychiatry, M Rutter, E Taylor(ed), Blackwell Science Ltd. Massachusetts, p:18-31.
4. Baykara, A., Miral, S.(1998). Çocuğun ve ergenin ruhsal incelemesi. C Güleç ve E Köroğlu(ed), Psikiyatri Temel Kitabı içinde (s. 1035-1041).Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
5. Baykara, A., Baykara, B.(2007) Oyun çağı ve latans dönemi. A Aysev ve Y Taner (Ed.), Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde (s. 173-189). İstanbul: Asimetrik Paralel.

6. Cox A, Rutter M, Holbrook D. Psychiatric Interviewing Techniques V. Experimental Study: Eliciting Factual Information. *British Journal of Psychiatry*. 1981;139(1): 29–37. doi:10.1192/bjp.139.1.29
7. King, R., Schwab-Stone, M., Peterson, BS., Thies, AP.(2007). Bebek, çocuk, ergenin psikiyatrik incelemesi. çev: Ö Bozkurt; BJ Sadock ve VA Sadock (Ed.), HA Aydın, A Bozkurt (Çeviri Ed.), Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry içinde (s.30).
8. Öztop, D. B.(2008). Bebeklerin ve Çocukların Ruhsal Değerlendirilmesi. Çuhadaroğlu F. Ç. (Ed.) Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı içinde (s.161-162). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
9. Infant-early childhood mental health [updated 2016 Feb 10 ; cited 2019 Dec 1]. Available from: <https://www.zerotothree.org/resources/110-infant-early-childhood-mental-health>.
10. Zeanah CH, Zeanah, PD. Infant mental health: The clinical science of early experience. In: Zeanah CH, editor. *Handbook of infant mental health*. Fourth ed. New York: The Guilford Press, 2019; p. 16-35.
11. Egger HL, Angold A. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006;47(3–4): 313–337. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x
12. Gleason MM, Zamfirescu A, Egger HL, et al. Epidemiology of psychiatric disorders in very young children in a Romanian pediatric setting. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2011;20(10): 527. doi:10.1007/s00787-011-0214-0
13. BRIGGS-GOWAN MJ, CARTER AS, BOSSON-HEENAN J, et al. Are Infant-Toddler Social-Emotional and Behavioral Problems Transient? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2006;45(7): 849–858. doi:10.1097/01.chi.0000220849.48650.59
14. Bufferd SJ, Dougherty LR, Carlson GA, et al. Psychiatric Disorders in Preschoolers: Continuity From Ages 3 to 6. *American Journal of Psychiatry*. 2012;169(11): 1157–1164. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12020268
15. Horwitz SM, Gary LC, Briggs-Gowan MJ et al. Do needs drive services use in young children? *Pediatrics*. 2003;112(6 Pt 1):1373-1378.
16. Glackin EB, Forbes D, Heberle AE, et al. Caregiver self-reports and reporting of their preschoolers' trauma exposure: Discordance across assessment methods. *Traumatology*. 2019;25(3): 172–180. doi:10.1037/trm0000179
17. ÖZTOP D. Bebek Ruh Sağlığında Değerlendirme ve Tanı. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics*. 2018;4(1):42-7.
18. Mares S, Newman L, Warren B.Principles of assessment in infant mental health. In: Mares S, editor. *Clinical skills in infant mental health* 2nd ed. Australia: ACER Press, 2011; p. 41-60.
19. Thomas JM, Benham AL, Gean M, et al. Practice Parameters for the Psychiatric Assessment of Infants and Toddlers (0–36 Months). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(10): 21S-36S. doi:10.1097/00004583-199710001-00003
20. Uslu, Rİ.(2012) Değerlendirme ve tanı. Karabekiroğlu K (Ed.). *Bebek ruh sağlığı (0-4 Yaş) temel kitabı* içinde (s245-275). Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği.
21. Carter AS, Briggs-Gowan MJ, Davis NO. Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: recent advances and recommendations for practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2004;45(1): 109–134. doi:10.1046/j.0021-9630.2003.00316.x

22. Larrieu JA, Middleton MA, Kelley AC, et al. Assessing the relational context of infants and young children. *Handbook of Infant Mental Health*. 2018; 279–296.
23. Ucuz, İ.(2020). Okul Çağı Çocuklarının Ruh Sağlığı Değerlendirilmesi. Ercan E.S. (Ed.) *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi 1* içinde (s.195-196). Ankara: Akademisyen Kitabevi A.Ş.
24. Bostic, JQ., King, RA.(2007) *Clinical Assessment of Children and Adolescents: Content and Structure*. A Martin ve FR Volkmar (Ed.), *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook Fourth Edition* içinde (s. 323-344). Philadelphia, USA: Lipp.
25. King, R., Schwab-Stone, ME., Thies, AP. ve ark.(2009) *Psychiatric Examination of the Infant, Children and Adolescent*. BJ Sadock & VA Sadock (Ed.), *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* içinde (s. 3366-3400). Philadelphia: Lippincott Willi.
26. Sadock ve ark.(2015) *Assessment, Examination and Psychological Testing*. BJ Sadock, VA Sadock, P. Ruiz (Ed.), *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry 11th edition* içinde (s.1107-1117). Philadelphia: Wolters Kluwer.
27. Çepik Kurtoğlu, A.(2007) *Ergenlik dönemi*. Soykan Aysev A, Taner YI (Ed.) *Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları*.1st ed. içinde (s. 189-207) İstanbul: Asimetrik Paralel
28. Öztürk O. İnsanın sekiz evresi. In: Öztürk O, Uluşahin A, editors. *Ruh sağlığı ve bozuklukları 11. ed*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2011.p. 117-129.
29. Akyel B, Kayış H, Yüncü Z. Ergenlikte beyin gelişimi, risk alma ve bağımlılığa yatkınlık. In: Bildik T, editor. *Ergenlik Dönemi ve Ruhsal Bozukluklar*. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018.p.134-139.
30. Martin, A., Volkmar, FR.(2008) *Lewis' Child and Adolescent Psychiatry*. Baltimore:Williams and Wilkings.
31. Çetin, F.Ç. *Ergenler İçin Psikiyatrik Değerlendirme*(2016) Akay, A.P, Ercan, E.S.(Ed), *Çocuk ve ERgen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları 2.baskı* içinde (s. 18-22). Ankara:Hekimler Yayın Birliği.
32. Çuhadaroğlu Çetin, E., Tüzün, Z.(2008) *Ergenlerin psikiyatrik ve psikolojik değerlendirilmesi*. Çuhadaroğlu Çetin F(Ed.). *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı* içinde (s.174-186). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Polikliniğe Adli Makamlarca Zorunlu Getirilen Bireye Yaklaşım

Bölüm

28

Cengiz CENGİSİZ¹

GİRİŞ

Polikliniklerimize bireylerin kendi iradeleri dışında mediko-legal (tıbbi-adli) muayene/değerlendirme için gönderilebilmektedir.

Bireylerin görüşme içinde hekim yanıltıcı davranış (simulasyon/temaruz/malingering) içinde bulunabileceği öngörülerek değerlendirme yapılmalıdır (Çöpür, 2017). Özellikle psikiyatrik bozukluğu olan ya da olduğu olduğu düşünülen bireylere uygulanan zorunlu uygulamalar içerisinde insan hakları ve klinik etik başta olmak üzere çeşitli hak ve özgürlük ihlal tereddütlerine yol açabilen konu olmaktadır. Konunun hassas olması ve temel önceliği kendisine başvuranlara ilişkin yalnızca tedavi ve koruyucu önleyici müdahale olan hekim için de oldukça etik ikilem oluşturmaktadır (Dinçmen, 1984). Bu kapsamda yine zorunlu gönderilen bireylerin hekim seçme özgürlüğü bulunmaması da bu kapsamda farklı durum olduğunun göstergesidir.

Spot Bilgiler

Bireylere uygulanan zorunlu uygulamalar, İnsan hakları ve klinik etik başta olmak üzere çeşitli hak ve özgürlük ihlal tereddütlerine yol açabilen konu olmaktadır.

¹ Başasistan, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, ccengisiz@gmail.com

Sonuç

Polikliniğimize zorunlu gelen ya da polis/jandarma ile mahfuzen getirilen hastalar her ne kadar zorunlu getirilse ve kriminal antededanları ne kadar farklı olursa olsun uygulama içinde mesleki etik kodlarımıza uygun ve insan onurunu merkeze alan tutum içinde davranmalıyız. Tıbbın bilim ve sanat olduğunu unutmadan değerlendirilen kişiye uygun ve çağın gerektirdiği tüm imkanları kullanarak, klinik değerlendirmeleri mümkün olan tüm nesnel bilgileri becerimizle değerlendirip klinik kararımızı oluşturmalıyız. Tüm bunları yaparken hekimin temel görevinin bireyin iyi-oluş halini idame ettirmek olduğunu önceleyerek adli değerlendirmemizi/muayenemizi devam ettirmek yerinde olacaktır. Değerlendirilme yapılan ortamın iç mimari yapısı, klinisyenin tutumu, değerlendirilen birey yeterli bilgilendirme ve aydınlatma sürecin gerginliğini azaltıp hekim-değerlendiren arasında güven ilişkisini pekiştirecektir. Bize verilen görev ne olursa olsun hekim olduğumuzu unutmadan ve bireyin iyi-oluş halini bozmadan yansız, partizanca tutumlardan uzak değerlendirme yapmalıyız. Adil, tarafsız ve insan onurunu merkeze alan yaklaşımla ve güncel kanıt-temelli yaklaşımlarla klinik kararımızı oluşturup mümkün olan en kısa sürede yetkili makama istenen raporu iletmemiz adaletin en kısa sürede tesis edilmesine katkıda bulunacaktır.

KAYNAKLAR

1. Aydın, S., Batmaz, S., Akpınar Aslan, E., Çelikbaş, Z., & Çetin, S.(2021). Adli psikiyatri raporlarının değerlendirilmesinde multidisipliner yaklaşım. *Adli Tıp Bülteni*, 26(2), 101–111. <https://doi.org/10.17986/blm.1416>
2. Balandiz, H., Tuğcu, H., & Bolu, A.(2014). Bir eğitim hastanesi psikiyatri kliniğinde adli olguların değerlendirilmesi; beş yıllık inceleme. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 56(Suppl.1), 1–4. <https://doi.org/10.5455/gulhane.36271>
3. Çelik, D., Yıldırım, E., Alpar, G., Erden, G., & Çoklar, I.(2017). *Adli Psikolojide Gözlem - Görüşme ve Psikolojik Değerlendirme* (E. Şenol-Durak & M. Durak (Eds.); 1.Baskı). Nobel Akademik Yayıncılık.
4. Çöpür, M.(2017). *Adli Psikiyatri ve Hukuk* (M. Şahin (Ed.); 1.Baskı). Nobel Akademik Yayıncılık.
5. Dinçmen, K.(1984). *Adli psikiyatri*. Birlik Yayınları.
6. Dingwall, J. R., Labrie, C., McLennon, T., & Underwood, L.(2019). *Ethical guidelines for Canadian forensic psychiatrists*.
7. Dudeck, M., Müller, J. L., Völm, B. A., & Khalifa, N.(2020). Editorial: Therapeutic Process and Well-Being in Forensic Psychiatry and Prison. *Frontiers in Psychiatry*, 11(December), 10–12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.626241>

8. Duran, G. Y.(2018). Ceza muhakemesi hukukunda gözlem altına alınma (CMK M.74). *Ceza Hukuku Dergisi*, 13(38), 65–116.
9. Enst, M., Anab, Z. E. L. H., & Tez, S.(2021). *Psikiyatri hastasının istemsiz tedavi edilmesi*.
10. Soysal, H.(2012). *Adli Psikiyatri*(1.Baskı). Özgür Yayınları.
11. Soysal, H., Türkcan, S., & Uygur, N.(1996). Adli psikiyatri pratiğinde ayaktan tedavi hakkı (olgu sunumu). *Düşünen Adam*, 9(1), 8–10.
12. Uygur, N. (Ed.).(2018). *Adli psikiyatri uygulama kılavuzu*(3.Baskı). Türkiye Psikiyatri Derneği Yayıncılık Kurulu.
13. Yıldız, A., Kurtoglu, A., & Arda, B.(2021). Avrupa konseyi biyoetik komitesi'nin psikiyatriye ilişkin ek protokol çalışması neler söylüyor? *Osmangazi Tıp Dergisi*, 43(2), 187–196. <https://doi.org/10.20515/otd.796303>
14. Yousif, N., Cole, J., Rothwell, J. C., Diedrichsen, J., Zelik, K. E., Winstein, C. J., Kay, D. B., Wijesinghe, R., Protti, D. A., Camp, A. J., Quinlan, E., Jacobs, J. V, Henry, S. M., Horak, F. B., Jacobs, J. V, Fraser, L. E., Mansfield, A., Harris, L. R., Merino, D. M., ... Dublin, C.(2018). TCK ve TMK Kapsamında [İstanbul Medipol Üniversitesi]. In *Journal of Physical Therapy Science* (Vol. 9, Issue 1).

Poliklinik Koşullarında Uykusuzluğa Yaklaşım ve Pratik Öneriler

Bölüm

29

Ömer Faruk UYGUR¹

GİRİŞ

Uyku, nöronal gelişim, öğrenme, hafıza, duyu düzenleme, kardiyovasküler ve metabolik fonksiyonlarda yer alan temel bir biyolojik işlevdir(1,2). Kaliteli uyku, sağlıklı ve iyi bir yaşam için gereklidir. Araştırmalar, uykusuzluğun bağışıklık fonksiyonlarını bozabildiğini, kardiyovasküler hastalıkların, kilo alımı, insülin direnci ve diyabet gibi metabolik hastalıkların riskini artırdığını göstermiştir(1-3). Yaygınlığının artmasına rağmen uykusuzluğun yeterince ele alınmayıp tedavi edilmemesi küresel bir tehdit oluşturmaktadır(4).

Bu bölümün akışında sırası ile uykusuzluğun tanımı, tanısal sınıflandırması, epidemiyolojisi, klinik görünümü, etiyolojisi, klinik değerlendirmesi ve tedavisinden bahsedilecektir.

Genel Bilgiler ve Son Gelişmeler

Uykusuzluğun Tanımı

Uykusuzluk, uyumak için yeterli koşullar ve fırsat olmasına karşın uykuya dalmakta veya uykuyu sürdürmekte güçlük veya sabah erken kalkıp tekrar uyu-yamama ve gündüz işlevsellikte belirgin bozulma olarak tanımlanır(5). Uykusuzluk bozukluğu, genel nüfusun %10 ile %20'sini etkileyen ve en sık teşhis konan uyku bozukluğudur(6).

¹ Uzm. Dr. Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, drofuygur@hotmail.com

suzluğu zaman içinde hazırlayıcı, tetikleyici ve sürdürücü birçok faktörün etkileyebileceğini akılda tutmaktır. Uykusuzluğun tedavisinde bilişsel davranışçı terapi ve farmakolojik tedaviler gibi birçok tedavi seçeneği yer almaktadır. Bu tedaviler hastalara özgü planlanmalı, bilişsel terapi ve davranışçı yöntemlere öncelik verilmeli ve farmakolojik tedaviler kısa süreli olarak düşünülmelidir. Tedavi seçenekleri seçilirken hastanın tercihleri ve eş tanılar da göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Davies SK, Ang JE, Revell VL, et al. Effect of sleep deprivation on the human metabolome. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2014;111(29):10761-10766. doi:10.1073/pnas.1402663111.
2. Cincin A, Sari I, Oğuz M, et al. Effect of acute sleep deprivation on heart rate recovery in healthy young adults. *Sleep Breath*. 2015;19(2):631-6. doi:10.1007/s11325-014-1066-x.
3. Hsu CY, Chen YT, Chen MH, et al. The association between insomnia and increased future cardiovascular events:A nationwide population-based study. *Psychosom Med*. 2015;77(7):743-51. doi:10.1097/PSY.000000000000199.
4. Araújo T, Jarrin DC, Leanza Y, et al. Qualitative studies of insomnia: Current state of knowledge in the field. *Sleep Med Rev*. 2017;31:58-69. doi:10.1016/j.smrv.2016.01.003.
5. American Academy of Sleep Medicine (AASM)(2014) International Classification of Sleep Disorders, Third Edition (ICSD-3). Darien, IL:American Academy of Sleep Medicine.
6. Saddichha S. Diagnosis and treatment of chronic insomnia. *Ann Indian Acad Neurol*. 2010;13(2):94-102.
7. American Psychiatric Association(2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5. American Publishing, Washington DC.
8. Yetkin, S.(2016). Uykusuzluk (İnsomnia). Erhan Akıncı, Fatma Özlem Orhan, Mehmet Murat Demet (Ed.), *Uyku Bozuklukları* (s. 67-84). Ankara: TPD Petek Yayıncılık Kurulu
9. Chigome AK, Nhira S, Meyer H. An overview of insomnia and its management. *S Afr Pharm J*. 2018;85(2):32-38
10. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia:What we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev*. 2002;6:97-111.
11. Benbir G, Demir AU, Aksu M, et al. Prevalence of insomnia and its clinical correlates in a general population in Turkey. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2015;69:543-552.
12. Duran S, Erkin Ö. Psychologic distress and sleep quality among adults in Turkey during the COVID-19 pandemic. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2021;107:110254. doi:10.1016/j.pnpbp.2021.110254.
13. O'Malley MB, O'Malley EB. Clinical features, diagnosis, and differential diagnosis. In: Atarhan H. (Eds) *Clinical Handbook of Insomnia*.(27-39). Current Clinical Neurology. Springer, Cham.
14. Winkelman JW. Clinical Practice. Insomnia disorder. *N Engl J Med*. 2015;373(15):1437-1444. doi:10.1056/NEJMc1412740.

15. Roth T, Coulouvrat C, Hajak G, et al. Prevalence and perceived health associated with insomnia based on DSM-IV-TR; International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision; and Research Diagnostic Criteria/ International Classification of Sleep Disorders, Second Edition criteria: results from the America Insomnia Survey. *Biol Psychiatry*.2011;69(6):592-600.
16. Ohayon MM, Guilleminault C. Epidemiology of sleep disorders. Lee-Chiong,Teofilo (Ed):*Sleep: A Compherensive Handbook*. (s:73-82) New Jersey, John Wiley and Sons.
17. Hublin C, Partinen M, Koskenvuo M, et al. Heritability and Mortality Risk of Insomnia-Related Symptoms: A Genetic Epidemiologic Study in a Population-Based Twin Cohort. *Sleep*. 2011;34: 957-964. doi:10.5665/SLEEP.1136
18. Wing YK, Zhang J, Lam SP, et al. Familial aggregation and heritability of insomnia in a community-based study. *Sleep Med*. 2012;13(8):985-90. doi:10.1016/j.sleep.2012.04.013.
19. Harvey AG. A cognitive model of insomnia. *Behav Res Ther*. 2002;40:869-893.
20. Harvey AG, Tang NK, Browning L. Cognitive approaches to insomnia. *Clin Psychol Rev*. 2005;25:593-611.
21. Espie CA, Broomfield NM, MacMahon KMA, et al. The attention intention- effort pathway in the development of psychophysilogic insomnia: an invited theoretical review. *Sleep Med Rev*. 2006;10:215-245.
22. Niall M. Broomfield NM, Espie CA. Towards a valid, reliable measure of sleep effort. *J Sleep Res*. 2005;14:401-407.
23. Morin CM, Bélanger L, LeBlanc M, et al. The natural history of insomnia: a population-based 3-year longitudinal study. *Archives of Internal Medicine*. 2009;169:447-453.
24. Morphy H, Dunn KM, Lewis M, et al. Epidemiology of insomnia: a longitudinal study in a UK population. *Sleep*. 2007;30(3):274-80.
25. Spielman A, Caruso L, Glovinsky P. A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatr Clin North Am*. 1987;10:541-553.
26. Perlis ML, Merica H, Smith MT, et al. Beta EEG activity and insomnia. *Sleep Med Rev*. 2001;5:365-376.
27. Perlis M, Shaw PJ, Cano G, Espie CA,(2011). Models of Insomnia. (Meir H. Kryger, Thomas Roth, William C. Dement eds). *Principles and Practice of Sleep Medicine* W.B.(5th ed., pp850-865). Saunders.
28. Lack LC, Gradisar M, van Someren EJW, et al. The relationship between insomnia and body temperatures. *Sleep Med Rev*. 2008;12:307-317.
29. Vgontzas AN, Chrousos GP. Sleep, the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and cytokines:multiple interactions and disturbances in sleep disorders. *Endocrinal Metab Clin North Am*. 2002;31:15-36.
30. Vgontaz AN, Bixler EO, Lin HM, et al. Chronic insomnia is associated with nyctohemeral activation of hypothalamic pituitary-adrenal axis: clinic implicaiton. *J Clin Endoncrinol Metab*. 2001;86:3787-3794.
31. Aydın H.(2013). *Uykusuzluk*. Bağlam Yayınları.
32. Malan L, Dlamini N. Clinical practice guidelines for insomnia disorder. *South African Family Practice*. 2017;59(3):45-51.
33. Vyas UK. Non-pharmacological management of insomnia. *Br J Med Pract*. 2013;6(3):a623.
34. Stepanski EJ, Wyatt JK. Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. *Sleep Med Rev*. 2003;7:215-225.

35. Aslan S.(2020). *Uyku, uykusuzluk ve rüyalar*.(2. Baskı). Ankara:Akılçelen Kitaplar.
36. Sateia MS, Buysse DJ, Krystal AD, et al. Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline.J Clin Sleep Med. 2017;13(2):307-349. doi:10.5664/jcsm.6470.
37. Demet MM, Akıncı E.(2016). Uyku bozukluklarının tedavisinde kullanılan ilaçlar. Erhan Akıncı, Fatma Özlem Orhan, Mehmet Murat Demet (Ed.), *Uyku Bozuklukları* (s. 231-252). Ankara: TPD Petek Yayıncılık Kurulu.
38. Khanam S, Das M. Insomnia and its management: A systematic review. IP Int J Compr Adv Pharmacol. 2021;6(1):10-21. doi:10.18231/j.ijcaap.2021.003.
39. Mayer G,Wang-Weigand S, Roth-Schechter, et al. Efficacy and safety of 6-month nightly ramelteon administration in adults with chronic primary insomnia. Sleep. 2009;32:351-360.
40. Zammit G, Wang-Weigand S, Rosenthal M, et al. Effect of ramelteon on middle-of-the-night balance in older adults with chronic insomnia. J Clin Sleep Med. 2009;5:34-40.

Poliklinikte Kullanılabilecek Bazı Metakognitif Terapi Teknikleri

Esengül EKİCİ¹

GENEL BİLGİLER

Metakognitif terapi (MKT), sorunların olumsuz düşünce, duygu ve inançlara karşı verilen yanıtlarda katı ve tekrar eden düşünce biçimlerinin yattığını öne süren ve bireylerin düşünce içeriğindense düşünme biçimini değiştirmekle ilgilenen yaklaşımların tümüdür. Bu haliyle sıradan kognisyonların kalıcılaşmasının sebebi ise ruhsal bozukluğun sürdürülmesinde vurgulanan ve değiştirilmesi gereken yer olarak görülen metakognisyonların içeriğidir(1). Nitekim yapılan araştırmalarda bu metakognisyonların ruhsal bozuklukların meydana gelmesinde ve sürdürülmesinde önemli olduğunu öne sürülmektedir(1, 2). Metakognisyonlar, içsel ya da dışsal uyararla birlikte hangi bilişlere odaklanarak hangi davranışsal tepkilerin verilmesi ile ilgilenen üç seviyeli bir yürütücü güçtür. Bu yürütücü güç kendini düzenleyen yürütücü işlev (KDYİ) olarak isimlendirilir. KDYİ'nin üç seviyesinde; otomatik ve refleksif işleme (düşük seviye işleme), düşünce ve davranışların bilinçli olarak işlenmesi (tanımlanmış bilişsel biçim) ve metakognisyonların depolandığı uzun süreli bellekte saklanan bilgi ve inanç kütüphanesi (üst seviye işleme) yer alır(1).

KDYİ modelinde dört kavramdan bahsedilir: Bilişsel Dikkat Sendromu (BDS), metakognitif inanışları, dikkat ve yürütücü işlevlerin kontrolü, zihinsel modlar(3). Metakognitif yaklaşımda, bireylerin kontrolü zor olan, belli konu-

¹ Uzm. Dr. Çorum Sungurlu Devlet Hastanesi Psikiyatri, gulekici09@gmail.com

mesi söylenir. Benzer olarak yolcu treni metaforunda düşünce ve hislerin zihin istasyonunda, içsel deneyimler olan duygu ve düşünceleri pasif bir gözlemci olarak izlemesi anlatılır. Trene binmeyi deneyerek savrulmanın anlamının olmadığı söylenir(1, 19).

Sonuç

Metakognisyon, psikopatolojilerin başlaması ve sürmesinde önemli olabileceği çalışmalarda saptanan ve gittikçe üzerinde daha çok çalışılan bir kavramdır. MKT psikopatolojilere getirdiği açıklamalar ile transdiagnostik bir yaklaşım olması nedeniyle tekniklerinin tüm hekimler tarafından anlaşılması ve öğrenilmesi faydalı olabilir.

KAYNAKLAR

1. Wells, A., *Anksiyete ve Depresyonda Metakognitif Terapi*. 2020, İstanbul: Litera Yayıncılık.
2. Fisher, P. and A. Wells, *Metacognitive Therapy: Distinctive Features*. 2009, New York: Routledge;
3. Wells, A., *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. 2000, Chichester: John Wiley & Sons.
4. Wells, A. and M. Simons, *Metacognitive therapy: Thinking differently about thinking*. The Wiley Handbook of Cognitive Behavioral Therapy, 2013: p. 1-24.
5. Wells, A., *Advances in metacognitive therapy*. International Journal of Cognitive Therapy, 2013. **6**(2): p. 186-201.
6. Ruscio, A.M. and T. Borkovec, *Experience and appraisal of worry among high worriers with and without generalized anxiety disorder*. Behaviour research and therapy, 2004. **42**(12): p. 1469-1482.
7. Wells, A. and K. Carter, *Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients*. Behavior therapy, 2001. **32**(1): p. 85-102.
8. Batmaz, S., *Ergen Psikopatolojisine Transdiagnostik Yaklaşım*. Bildik T, editör, 2018.
9. Wells, A. and P. King, *Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial*. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 2006. **37**(3): p. 206-212.
10. van der Heiden, C., P. Muris, and H.T. van der Molen, *Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder*. Behaviour research and therapy, 2012. **50**(2): p. 100-109.
11. Wells, A. and C. Papageorgiou, *Brief cognitive therapy for social phobia: a case series*. Behaviour Research and Therapy, 2001. **39**(6): p. 713-720.
12. Wells, A. and S. Sembi, *Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment*. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 2004. **35**(4): p. 307-318.

13. Wells, A., et al., *Chronic PTSD treated with metacognitive therapy: An open trial*. Cognitive and Behavioral Practice, 2008. **15**(1): p. 85-92.
14. Rees, C.S. and K.E. van Koesveld, *An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder*. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2008. **39**(4): p. 451-458.
15. Papageorgiou, C., et al., *Group cognitive-behavior therapy or group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder? benchmarking and comparative effectiveness in a routine clinical service*. Frontiers in psychology, 2018. **9**: p. 2551.
16. Yılmaz, S., et al., *Majör depresif bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk hastalarında üst bilis işlevleri: Kontrollü bir çalışma/Metacognitive functions in patients who has obsessive compulsive disorder and major depressive disorder: a controlled study*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2016. **17**(6): p. 451.
17. Wells, A., et al., *Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment*. Cognitive therapy and research, 2009. **33**(3): p. 291-300.
18. Palomba, D., et al., *Reduced sympathetic activity and dysfunctional metacognition in patients with anorexia nervosa: a preliminary study*. Journal of Evidence-Based Psychotherapies, 2017. **17**(1): p. 1.
19. Wells, A., *Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques*. Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy, 2005. **23**(4): p. 337-355.

Poliklinikte Kullanılabilecek Bazı Psikodrama Teknikleri

Bölüm 31

Nafiye Selcan YILDIRIM¹



GİRİŞ

Yunanca'daki "psyche (ruh)" ve "drama (eylem)" kelimelerinden oluşan Psikodrama, bireylerin kişisel ve kişilerarası sorunları ve olası çözümleri üzerinde çalışmak için kelimeler yerine eylemler yoluyla yönlendirilmiş rol oynamayı kullandıkları deneyimsel bir psikoterapidir(1).

Psikodramanın Viyana'da eğitim almış bir psikiyatrist olan Dr. Jacop Levi Moreno tarafından 1920'li yıllarda tohumları atılmıştır(2). Moreno, çocukların oynadığı oyunların kendiliğindenliğinden etkilenmiş ve oyun ortamının hastaların sorunlarını çözmelerine yardımcı olmak için kullanılabileceğini fark etmişti(3).

¹ Uzm. Dr. Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, selcanonur@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Moreno JL. Who shall survive? Foundations of sociometry, group psychotherapy and socio-drama. 1953.
2. Altınay D. Psikodramada çağdaş yaklaşımlar: Epsilon Yayınevi; 2015. 48-68 p.
3. Burwell DM. Psychodrama. *Can J Occup Ther.* 1969;36(4):141-144.
4. Schützenberger AA. Psikodrama: Yöntemlerin Bir Özet Sunumu. Ankara: Grup Psikoterapistleri Derneği Yayını; 1995. 23-28 p.
5. Altınay D. Psikodrama grup terapisi el kitabı. İstanbul: Epsilon Yayınevi; 2015. 36-44 p.
6. Blatner A. Foundations of Psychodrama: History, Theory, and Practice. 4 ed. New York: NY: Springer; 2000.
7. Sang ZQ, Huang HM, Benko A, et al. The Spread and Development of Psychodrama in Mainland China. *Front Psychol.* 2018;9:1368.
8. Cruz A, Sales CMD, Alves P, et al. The Core Techniques of Morenian Psychodrama: A Systematic Review of Literature. *Front Psychol.* 2018;9:1263.
9. Parrish MJGp. The effect of short-term psychodrama on chronic schizophrenic patients. 1959;12:15-26.
10. Sözeri-Varma G, Karadağ F, Kalkan-Oğuzhanoglu N, et al. The role of group psychotherapy and psychodrama in the treatment of depression. 2017;20(4):308-317.
11. Giacomucci S, Marquit J. The Effectiveness of Trauma-Focused Psychodrama in the Treatment of PTSD in Inpatient Substance Abuse Treatment. *Front Psychol.* 2020;11:896.
12. Erbay LG, Reyhani I, Unal S, et al. Does Psychodrama Affect Perceived Stress, Anxiety-Depression Scores and Saliva Cortisol in Patients with Depression? *Psychiatry Investig.* 2018;15(10):970-975.
13. Lopez-Gonzalez MA, Morales-Landazabal P, Topa G. Psychodrama Group Therapy for Social Issues: A Systematic Review of Controlled Clinical Trials. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(9).
14. Kaya F, Deniz H. The effects of using psychodrama on the psychological wellbeing of university students. *Perspect Psychiatr Care.* 2020;56(4):905-912.
15. Carroll J, Howieson NJSPJoTE. Innovations and Practice: Psychodrama as a Personal Growth Experience. 1979;7(1-2):52-55.
16. Holmes P, Karp M, Watson M. Psychodrama since Moreno: Innovations in theory and practice: Routledge; 2005.
17. Şarлак D, Öztürk E. Psikodrama temelli müdahale programları: Sistematik bir değerlendirme. *Karya Journal of Health Science.* 2021;2(1):21-29.
18. Orkibi H, Feniger-Schaal R. Integrative systematic review of psychodrama psychotherapy research: Trends and methodological implications. *PLoS One.* 2019;14(2):e0212575.
19. Blatner A. Spontanlık, Psikodramanın temelleri. İstanbul: Sistem yayıncılık; 2002. 111-119 p.
20. Özbek A, Leutz, G. Yaratıcı insanın antropolojisi. 2 ed. Ankara: Ayrıntı basımevi; 2003. 52-55 p.
21. Decety J, Jackson PLJB, reviews cn. The functional architecture of human empathy. 2004;3(2):71-100.
22. Tarhan N. Toplum psikolojisi: Sosyal şizofreniden toplumsal empatiye [Community psychology: From social schizophrenia to social empathy]. İstanbul: Timas Publishing; 2010.

23. Şimşek G, Yalinkaya EY, Ardi E, et al. The effect of psychodrama on the empathy and social anxiety level in adolescents. 2020;27(2):96-101.
24. Kellerman P. Transference, countertransference and tele. *Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry*. 1979;32,:38-55.
25. Giacomucci S. Psychodrama and Social Work Theory. Social Work, Sociometry, and Psychodrama: Springer; 2021. p. 101-124.
26. Dkmen . Sosyometri ve psikodrama: kuramsal temeller, uygulamalardan rnekler, yeni yaklaşımlar: Sistem yayıncılık; 1995.
27. Schramski TG. A systematic model of psychodrama. 1978.
28. Kaner S. Psikodrama kuram: teknik ve aralar. *Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences*. 1990;23(2):457-480.
29. Blatner A. Foundations of psychodrama. 1988.
30. Blatner A. Acting In: Practical Applications of Psychodramatic Methods. 3 ed. USA: Springer Publishing Company; 1996.
31. Hudgins K, Toscani, Francesca. Containment= Safety with Action Methods. *The Journal of Psychodrama, Sociometry and Group Psychotherapy*. 2014;62(1):105-110.
32. Knittel M. Empty Chair Grief Work from Psychodrama Perspective. *Counseling Today*. 2010;52(10):50-51.
33. Nolte J. JL Moreno and the psychodramatic method: On the practice of psychodrama: Routledge; 2019.
34. Hackney H, Cornier, S. Psikolojik Danışma İlke ve Teknikleri: Psikolojik Yardım Süreci El Kitabı, T Ergene ve S Aydemir-Sevim (ev.). Ankara: Mentis yayıncılık; 2008.
35. DanıŐ G, neri, Ő. A lesser known aspect of psychodrama: monodrama. *Turkish Journal of Clinical Psychiatry*. 2017;20(3):238-242.
36. Giacomucci S. Essentials of Psychodrama Practice. Social Work, Sociometry, and Psychodrama: Experiential Approaches for Group Therapists, Community Leaders, and Social Workers. Singapore: Springer Singapore; 2021. p. 253-275.
37. Ouzhanolu NK. Psikodrama Terimleri Szl. Ankara: Nobel Yayıncılık; 2016.
38. Figusch Z. Bireysel psikodramadan büyük gruplarla sosyo-psikodramaya. İstanbul: Sistem Yayıncılık; 2011.
39. Cukier R. Bipersonal Psychodrama: Its Techniques, Therapists, and Clients: Lulu; 2008.

Çeşitli Terapilerin Kimi Bazı Taktikleri ve Vurguları (Poliklinikte Kullanılabilecek Bazı Polivagal Teknikler)

Bölüm 32

Ezgi SELÇUK ÖZMEN¹

OTONOM SINİR SİSTEMİNE GİRİŞ

Otonom sinir sistemi, vücutta istemsiz olarak çalışan iç organ ve dokuların işlevlerini yöneten periferik sinir sisteminin bir parçasıdır. Kalp atışı, sindirim, solunum, cinsel uyarım ve göz bebeği büyüklüğü gibi çok sayıda vücut işlevini düzenler. Otonom sinir sisteminin en çok dikkat çeken özelliklerinden biri visseral fonksiyonları hızlı ve şiddetli bir şekilde değiştirebilmesidir. Örneğin 3-5 saniye içinde kalp atım hızını normalin iki katına çıkarabilir; 10-15 saniye içinde arteryel kan basıncını iki kat arttırabilir veya tam tersi arteryel basıncı 4-5 saniye içinde bayılmaya sebep olacak kadar düşürebilir (Naschitz et al., 2006).

Klasik bakış açısı otonom sinir sistemini; sempatik sinir sistemi ve parasempatik sinir sistemi olarak iki farklı dal ile açıklarken; Dr. Stephen Porges X. Kranial sinir vagusun (CN X, N.Vagus); ventral vagal ve dorsal vagal olarak iki alt sisteme bölündüğünü aydınlatarak polivagal teoriyi tanımlamıştır (S W Porges, 1995) ve otonom sinir sistemini; sempatik sinir sistemi, dorsal vagal sistem ve ventral vagal sistem olarak üç bölüme ayırmıştır.

¹ Uzm. Dr. Trabzon Fatih Devlet Hastanesi, selcukezgi@gmail.com

Teşhis düzeyinde, hastanın otonom sinir sistemi reaksiyonlarını haritalamak, hastanın olağan aktivasyon tarzını belirlemek ve onları bir süreklilik üzerine yerleştirmek ardından güvenliği yansıtan bir ventrovagal duruma ulaşma yollarını birlikte keşfetmek faydalı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Belyk, M., & Brown, S.(2016). Pitch underlies activation of the vocal system during affective vocalization. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 11(7), 1078–1088. <https://doi.org/10.1093/scan/nsv074>
2. Deb Dana.(2018). *The Polyvagal Theory in Therapy: Engaging the Rhythm of Regulation*. W. W. Norton & Company; Illustrated edition.
3. Gerbarg, P. L.(2016). Neurobiology and Neurophysiology of Breath Practices in Psychiatric Care. *Psychiatric Times*, 33(11).
4. James V Freeman, Frederick E Dewey, David M Hadley, Jonathan Myers, V. F. F.(2006). Autonomic nervous system interaction with the cardiovascular system during exercise. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 48(5), 342–362. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2005.11.003>
5. Lucy M.McGarry, F. A. R.(2011). Mirroring in Dance/Movement Therapy: Potential mechanisms behind empathy enhancement. *The Arts in Psychotherapy*, 38(3), 178–184.
6. Mehling, W. E., Wrubel, J., Daubenmier, J. J., Price, C. J., Kerr, C. E., Silow, T., Gopisetty, V., & Stewart, A. L.(2011). Body Awareness: A phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 6(1), 6. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-6-6>
7. Naschitz, J. E., Slobodin, G., Elias, N., & Rosner, I.(2006). The patient with supine hypertension and orthostatic hypotension: A clinical dilemma. *Postgraduate Medical Journal*, 82(966), 246–253. <https://doi.org/10.1136/pgmj.2005.037457>
8. Porges, S.(2004). Neuroception: A Subconscious System for Detecting Threats and Safety. *Zero to Three*, 24(5), 19–24.
9. S W Porges.(1995). Orienting in a defensive world: mammalian modifications of our evolutionary heritage. A Polyvagal Theory. *Psychophysiology*, 32(4), 301–318. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1995.tb01213.x>.
10. Snell S.(2000). *Klinik Nöroanatomi* (Yıldırım M. (çeviri) (ed.)).
11. Stephen W. Porges.(2017). Vagal Pathways: Portals to Compassion. *The Oxford Handbook of Compassion Science*. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190464684.013.15>

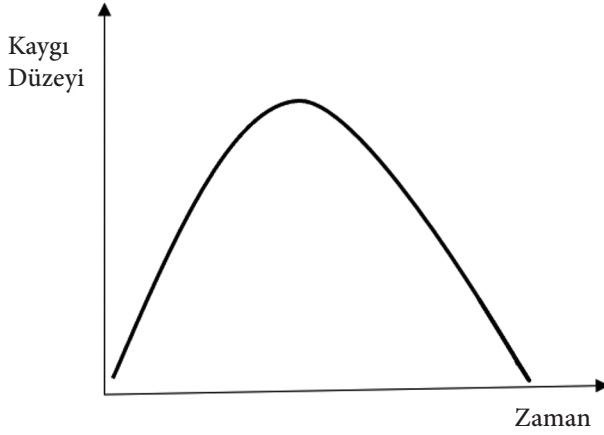
GİRİŞ

Bilişsel davranışçı terapi (BDT) ruhsal hastalıkların tedavisinde en çok kullanılan ve en işlevsel olan terapi yöntemlerinden biridir(1). Bilişsel psikoterapi kişinin kendisi, çevresi, yaşantıları ve geleceği ile ilgili algıları, anlamlandırmaları, yorumları ve düşüncelerin çalışıldığı bir terapidir. Davranışçı terapide ise sorunlu davranış doğrudan değerlendirilir, problem belirlenir ve zaman içinde gerçekleşen değişim yorumlanır. Davranışçı terapiye göre kaynağını ne olursa olsun problemlü davranış değiştirilebilir. Düşünceler, davranışlar ve duygular hep bir döngü içindedir. Birbirlerini etkilerler veya oluştururlar. Bu nedenle BDT’de her iki yöntemde de zaman zaman ayrı olarak zaman zaman sentezlenerek kullanılır. Hangi alan üzerinde çalışılmaya öncelik verileceği kişiden kişiye değişir.

BDT uygularken en önemli araç gerecimiz kalem kağıt olacaktır. Sorunları ve olası çözümleri yazıya döküp önümüzde görsel olarak bulunması sözel ifadelerden çok daha etkindir.

BDT için hastanın ve hekimin belirli sıklıklarda en az 40 dakika ayırması gerekir. Tabi ki çalışma şartlarımızda bunu polikliniklerde yapmamız mümkün görünmemektedir. Bu bölümde poliklinik şartlarında uygulanabilecek, terapi seanslarının sadece ufak bir parçası olan, birkaç teknikten bahsedilecektir.

¹ Uzm. Dr. Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, drelifozcan@hotmail.com



Şekil 11.

Yani “Evet kaygınız bir süre çok artacak ancak belli bir noktaya ulaştıktan sonra azalacaktır. Şu an burada “geçici ve kısa süreli sıkıntıya tahammül edebilmeniz durumunda, ilerleyen zamanlarda “kalıcı ve sürekli bir rahatlığa’ kavuşacaksınız. Kompulsiyonlar sizi o an için “geçici ve kısa süreli bir rahatlığa’ kavuşturur ancak bu durum sizin obsesyonlarınızı ve kompulsiyonlarınızı besler. Sonuç “uzun süreli rahatsızlık’ veren bir hastalıktır.

Sonuç

Bilişsel davranışçı terapi tam anlamıyla uygulandığında çaba ve zaman gerektiren bir tedavi yöntemi olmakla birlikte etkinliği antidepresanlarla yapılan karşılaştırmalı çalışmalarla kanıtlanmış bir tedavi yöntemidir(6). Bu bölümde sadece poliklinik şartlarında uygulanabilecek birkaç teknikten bahsedilmiştir. BDT düzenli olarak teorik eğitimler alınıp sonrasında süpervizyonlara katıldıktan sonra uygulanabilecek bir tedavi şeklidir. Konuyla ilgili ileri okumalar ve eğitimler gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Clark DA, Beck AT. Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in cognitive sciences*. 2010;14(9):418-424.
2. Türkçapar H. Bilişsel Terapi. 6. Baskı ed. Ankara: HYB Basım Yayın; 2012.
3. Babyak M, Blumenthal JA, Herman S, et al. Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosomatic medicine*. 2000;62(5):633-638.

4. Craft LL, Landers DM. The effect of exercise on clinical depression and depression resulting from mental illness: A meta-analysis. *Journal of Sport and Exercise Psychology*. 1998;20(4):339-357.
5. Moskvitch K. Can you be too clean? *BBC Future*. 2015.
6. Melvin GA, Tonge BJ, King NJ, et al. A comparison of cognitive-behavioral therapy, sertraline, and their combination for adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2006;45(10):1151-1161.

GİRİŞ

Kabul ve Kararlılık Terapisi'nin orijinal adı "Acceptance and Commitment Therapy" şeklindedir. Kabul ve kararlılık terapisi literatürde ACT olarak kısaltılmaktadır ve temel olarak üç süreçten oluşmaktadır(1).

A= Düşünce ve duygularını kabul et, anda ol (Acceptance of your thoughts and feelings and be present)

C= Değer odaklı bir eylem seç (Choose a valued direction)

T= Harekete geç (Take action)

ACT davranışçı yaklaşımdan gelen üçüncü kuşak terapilerden olup etkinliği kanıtlanmış bir psikoterapi yöntemidir(2). Model olarak ilişkisel çerçeve teorisi ve işlevsel bağlamlılık temeline dayanmaktadır(2). ACT genel olarak insan yaşamında zorlukların, olumsuz duyguların, hastalık veya kaygının kaçınılmaz olduğunu savunur. ACT'in amacı bu acıyı kabul ederek kaçınılmaz olan belirtilerin azaltılması yerine bu belirtiler ile kurulan ilişkiyi değiştirmek ve ana odaklı değerler doğrultusunda anlamlı bir yaşama ulaşılmasını sağlamaktır(3). ACT'in öncelikli hedefi doğrudan semptomların azaltılması değildir; kişinin semptomları ile kurduğu ilişkiyi değiştirerek değerleri ile uyumlu davranışların geliştirilmesini hedefler(1). ACT temelli müdahale kabul ve far-

¹ Uzm. Dr. Çorum Osmancık Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, kubrktss@gmail.com

Değer Odaklı Hedefleri Belirleme Formu

1.Aşama: Üzerinde çalışılması düşünülen bir yaşam alanı seçilmelidir: aile hayatı, iş, eğitim, maneviyat, hobiler, kişisel gelişim vs. alanlarından bir veya iki tanesi belirlenmelidir.

2.Aşama: Belirlenen yaşam alanı için bu alanın altında yatan değerler belirlenir. Değerler doğrultusundaki hedefler belirlenirken bazı noktalar göz önünde bulundurulmalıdır. Eylemin ayrıntıları, nasıl ve nerede gerçekleşeceği somut bir şekilde planlanmalıdır. Örneğin “Salı günü sabah bir saat yürüyüş yapacağım” ifadesi net ve somut bir ifadedir. Hedefler katı kurallar yerine anlamlı ve amaçlar doğrultusunda, değerlerin rehberliğinde seçilmelidir. Gerktiğinde farklı koşullara göre değiştirilebilmeli, yaşamı zenginleştirmeye ve hayat kalitesini artırmaya yönelik olmalıdır. Aynı zamanda gerçekleştirilmesi mümkün olan, kişinin sahip olduğu beceriler doğrultusunda seçilmeli ve tarihi, günü, saati planlanarak kesinleştirilmelidir.

3.Aşama: Değer odaklı hedefler öncelikli hedefler, kısa vadeli orta vadeli ve uzun vadeli hedefler olarak ayrılarak yapılabilecekler planlanmalıdır(1).

Sonuç

Kabul ve kararlılık terapisi farkındalık ve kabul müdahaleleri ile bilişsel ayrışma ve an da olmayı sağlayarak değerler doğrultusunda davranışların geliştirilmesini amaçlayan bir terapi yaklaşımıdır. ACT müdahalelerinde öncelikli amaç psikolojik esnekliği artırmaktır. İnsan hayatında kaçınılmaz olarak bulunan acıların kabul edilmesini sağlayarak, bunların hayatımızı etkileme biçimini değiştirmeyi hedefler. ACT ile öğrenilen psikolojik beceriler; değerlerin netleştirilmesi ve bu değerlerin kılavuzluğunda hayatın nasıl daha anlamlı ve zengin yaşanacağı konusunda yardımcı olmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Harris R.(2017).Act'i Kolay Öğrenmek.(2. baskı). İstanbul: Litera Yayıncılık
2. Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. Behav Ther. ,2016 Nov;47(6):869-885
3. Hayes SC, Smith S. Get out of your mind and into your life: The new Acceptance and Commitment Therapy. Oakland, CA: New Harbinger; 2005.
4. Acceptance and Commitment Therapy for Health Behavior Change: A Contextually-Driven Approach

5. Acceptance and Commitment Therapy Versus Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Substance Use Disorder With Incarcerated Women
6. Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Behavioral Intervention for Mental Health and Medical Conditions
7. Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychol Rev* 2010;30(7): 865-878.
8. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther* 2011;42(4):676-688
9. Hayes SC, Livein ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Ther* 2013;44(2):180-198
10. LeRoy L, Bayliss E, Domino M, et al. The Agency for Healthcare Research and Quality Multiple Chronic Conditions Research Network. *Med Care* 2014;52:S15-S22.
11. Dindo L, Recober A, Marchman JN, et al. One-day behavioral treatment for patients with comorbid depression and migraine: a pilot study. *Behav Res Ther* 2012; 50:537-543.
12. Dindo L, Recober A, Marchman J, O'Hara M, Turvey C. One-Day Behavioral Intervention in Depressed Migraine Patients: Effects on Headache. *Headache* 2014; 54: 528-538.
13. One-Day Acceptance and Commitment Therapy Compared to Support for Depressed Migraine Patients: a Randomized Clinical Trial
14. A Multiple-Baseline Evaluation of Acceptance and Commitment Therapy Focused on Repetitive Negative Thinking for Comorbid Generalized Anxiety Disorder and Depression
15. Acceptance and Commitment Therapy preceded by an experimental Attention Bias Modification procedure in recurrent depression: study protocol for a randomized controlled trial
16. Acceptance and Commitment Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder, Anxiety, and Depression: A Review of Clinical Effectiveness
17. Acceptance and Commitment Therapy Group Treatment for Symptoms of Borderline Personality Disorder: A Public Sector Pilot Study
18. Mindfulness and Acceptance-Based Group Therapy for Social Anxiety Disorder: An Open Trial
19. Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Body Dissatisfaction and Fear of Negative Evaluation in Girl adolescents with Body Dysmorphic Disorder
20. Hayes SC, Wilson KG(1994) Acceptance and commitment therapy: alternating the verbal support for experiential avoidance. *Behav Anal*, 17: 289-303
21. Harris R.(2017). Gerçeğin Tokadı(4. baskı). İstanbul: Litera Yayıncılık
22. Bond F. Hayes SC. Psychological Flexibility, ACT, and Organizational Behavior
23. Yavuz 2015
24. Bach PA, Moran DJ. ACT in practice: Case conceptualization in acceptance and commitment therapy. New Harbinger Publications, 2008
25. Terapi Materyalleri, 2021.(29.12.2021 tarihinde www.baglamsalbilimler.org adresinden ulaşılmıştır).

GİRİŞ

Sistemik terapi (ST), davranışları ve özellikle ruhsal belirtileri insanların içinde yaşadığı sosyal sistemler bağlamında ele alan, kişilerarası ilişkilere ve etkileşimlere, gerçekliklerin sosyal yapılarına ve belirtiler ve etkileşimler arasındaki tekrarlayan nedenselliğe odaklanan bir psikoterapi biçimi olarak tanımlanabilir(1,2).

Teorik olarak ST, sistemler ve iletişim teorileri, çok kuşaklı bakış açısı, bağlanma teorisi, biyopsikososyal model ve ılımlı yapılandırıcılık üzerine kuruludur(3). Literatüre tarihsel olarak bakıldığında, ST'nin öğelerine dair çok sayıda farklı tanım olduğu görülmektedir. Ancak psikolojik zorlukları sosyal ilişkiler ve kültür bağlamında anlamaya çalışmanın ya da “farklılığı” vurgulayarak değişim yaratmanın önemi gibi ST'nin bazı birleştirici özelliklerine hepsinde rastlanılabilir(4,5).

Sistemik yaklaşımın en önemli katkılarından biri, problemin veya patolojinin kaynağı olarak bireyleri değil, birey için önemli olan kişilerle kurulan etkileşimin ve ilişkinin önemini vurgulamasıdır. Bu durum sorun yaşayan bireyi patolojinin kaynağı olma baskısından ve ağır yükünden kurtarma anlamında olumlu etki yaratmaktadır(6,7).

¹ Uzm. Dr. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, pkizilay@gmail.com

Ergenlerle çalışırken, genellikle terapi aile ortamında başlar ve daha sonra bireysel seanslara ek olarak kardeşler veya önemli arkadaşlarla yapılan toplantılarla devam eder(19).

Sonuç

Sistemik yaklaşım, danışanların getirdiği ikilemlerin, geliştirdiğimiz inisiyatiflerin ve yardım sunmak için yaptığımız düzenlemelerin her zaman daha büyük bir resmin parçası olduğu fikrine dayanmaktadır.

Danışanların getirdiği sorunlar tanısalsal olarak “şizofreni”, “depresyon” veya “kronik ağrı” olarak tanımlanabilse bile, danışanların ilişkileri, etkileşimleri ve diğer bağlamsal konular önemli bir etkiye sahip olmaya devam eder(2). Aile terapisi için uygun bir ortamın olmayabileceği durumlarda bile, ilişkileri dikkate almak önemli olmaya devam etmektedir. Bu da pratikte, danışanların sorunlarını bağlam içinde ele almamız ve onlarla bunun ışığında çalışmamız gerektiği anlamına gelir.

KAYNAKLAR

1. Sydow Kv, Beher S, Schweitzer J, et al. The Efficacy of Systemic Therapy With Adult Patients: A Meta-Content Analysis of 38 Randomized Controlled Trials. *Fam Process*. 2010;49(4):457-485. Doi:10.1111/j.1545-5300.2010.01334.x
2. Wagner, E.(2017). Systemische Therapie im Kontext Psychiatrischer Störungen: In Praxisbuch Systemische Therapie : Vom Fallverständnis zum wirksamen psychotherapeutischen Handeln in klinischen Kontexten. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag
3. Retzlaff R, von Sydow K. Systemische Therapie mit Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapeut*. 2015;60(4):295–301.Doi: 10.1007/s00278-015-0043-6
4. Boston P. Systemic family therapy and the influence of post-modernism. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2000;6(6):450-457. Doi:10.1192/apt.6.6.450
5. Lorås L, Bertrando P, Ness O. Researching Systemic Therapy History: In Search of a Definition. *Journal of Family Psychotherapy*. 2017;28(2):134–49.
6. Dallos, R., Draper, R.(2010). An introduction to family therapy systemic theory and practice(3rd Ed.). London: Mc Graw Hill Open University Press.
7. Şahan B, Akbaş T. Sistemik Psikoterapi Temelli Grupla Psikolojik Danışma Oturumlarının Katılımcıların Ayrışma Bireyleşmeye Yönelik Farkındalıkları Açısından İncelenmesi. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi*. 2017;5(2):67-95. Doi: 10.14689/issn.2148-2624.1.5c2s4m
8. Sanberk İ., Akbaş T.(2020) Sistemik Terapi. Zeynep Karataş, Yasemin Yavuzer (Ed.), Psikolojik Danışma ve Psikoterapi Kuramları Örnek Uygulamalarla Temel ve Güncel Kuramlar içinde (s. 463-488). Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık
9. Laszlo, A., Krippner, S.(1998). Systems theories: Their origins, foundations, and development. In: *Advances in Psychology* (pp. 47–74). Amsterdam: Elsevier

10. von Bertalanffy L.(1968) *General Systems Theory: Foundation, Development, Application*. New York: Brazillier
11. Stanton M, Welsh R. Systemic thinking in couple and family psychology research and practice. *Couple Fam Psychol: Res Pract*. 2012;1(1):14–30.
12. Sexton, T.L., Stanton, M.(2016). Systems theories. In *APA handbook of clinical psychology: Theory and research* (pp.213-239). Washington, DC: American Psychological Association.
13. Ludewig K. Systemic therapy – A practical implementation of systemic thinking. *Kultu-ra-Spöłeczeństwo-Edukacja*. 2019;15(1):177–205.
14. Sydow Kv, Beher S, Retzlaff R, et al.(2007) *Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/ Familientherapie*. Göttingen: Hogrefe
15. Schlippe, A.v., Schweitzer, J.(2016) *Sistemik Müdahaleler*. (Turan Akbaş, Çev. Ed.). 2. bas-kıdan çeviri. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık
16. Schlippe, A.v., Schweitzer, J.(2007). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung 2: Das störungsspezifische Wissen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
17. Kriz, J.(2014). *Grundkonzepte der Psychotherapie*. Psychologie Verlagsunion
18. Retzlaff R, Sydow Kv, Rotthaus W, et al. Systemische Therapie als evidenzbasiertes Ver-fahren – aktuelle Fakten, Entscheidungen und Aussichten. *Psychotherapeutenjournal*. 2009;1:4–16.
19. Schweitzer J, Beher S, Sydow Kv, et al. Systemische Therapie/Familientherapie. *Psychothe-rapeutenjournal*. 2007;1:4–19.
20. Delmonte MM. Systems Theory and Psychotherapy. *J Contemp Psychother*. 1989; 19
21. Sydow, K.v.(2015). *Systemische Therapie*. München: Ernst Reinhardt Verlag
22. Sydow K.v.(2007). *Systemische Psychotherapie (mit Familien, Paaren und Einzelnen)*. In *Psychotherapie: Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*(3rd ed., pp. 290-315). Springer
23. Nicolai E, Schweitzer J, Weber G, et al. Woran erkennt man, das psychiatrische Organisati-onen “systemisch arbeiten”? *Familiendynamik*. 2001;26(2):117–34.
24. Maturana, H., Varela, F.J.(1980). *Autopoeisis and Cognition. The Realization of the Living*. Dordrecht, Holland/Boston, U.S.A./London, England: Reidel Publishing Co
25. Schiepek, G.(2004). Synergetisches Prozessmanagement- ein Beitrag zur Theorie und Praxis der Psychotherapie. In A. v. Schlippe, Kriz W.C. (Hg.) (Eds.), *Personzentrierung und Systemtheorie Perspektiven für psychotherapeutisches Handeln* (pp.252-268). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
26. Garven R, White H. Key Systemic Ideas as Seen Through the Eyes of First-Year Trainees. *Aust NZJ Fam Ther*. 2009;30(3):196–215.
27. Sydow, K.v.(2012). Evaluationsforschung zur Wirksamkeit systemischer Psychotherapie. In *Handbuch Forschung für Systemiker* (pp. 105-122). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
28. Lau M, Kristensen E. Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult wo-men with history of intrafamilial childhood sexual abuse: A randomized controlled study. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;116(2):96–104.)
29. Elkjaer H, Kristensen E, Mortensen EL, et al. Analytic versus systemic group therapy for women with a history of child sexual abuse: 1-Year follow-up of a randomized controlled trial. *Psychol Psychother*. 2014;87(2):191–208.
30. Coulter S. Systemic psychotherapy as an intervention for post-traumatic stress responses: An introduction, theoretical rationale and overview of developments in an emerging field of interest. *J Fam Ther*. 2013;35(4):381–406.

31. Selvini Palazzoni M, Boscolo L, Cecchin G& PG. Hypothesisieren, Zirkularität, Neutralität: drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. *Familiendynamik*. 1981;6:123–139.
32. Schlippe, A. v., Schweitzer, J.(2016). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung 1: Das Grundlagenwissen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
33. Retzlaff R, Sydow Kv. Systemische Therapie mit Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapeut*. 2015;60(4):295–301.
34. Seligman, L., Reichenberg, L.W.(2019) *Psikolojik Danışma ve Psikoterapi Kuramları Sistemler, Stratejiler ve Beceriler*. (E. Ercüment Yerlikaya, Çev.). Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık
35. Becvar, D.S., Becvar, R.J.(2009). *Family therapy: A systemic integration*.(7th ed.). Boston: Pearson
36. Kindl-Beilfuss, C.(2018). *Fragen können wie Küsse schmecken: Systemische Fragetechniken für Anfänger und Fortgeschrittene*. Heidelberg: Carl-Auer
37. Fleuridas C, Nelson TS, Rosenthal DM. The evolution of circular questions: Training family therapists. *J Marital Fam Ther*. 1986;12:113–127.
38. Athanasiades C. Systemic thinking and circular questioning in therapy with individuals. *Couns Psychol Rev*. 2008;23(3):5–13.
39. Bleckwedel, J.(2015). *Systemische therapie in aktion: kreative methoden in der Arbeit mit familien und Paaren*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
40. Retzlaff, R.(2010). *Spiel-Räume*. Lehrbuch der systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen(4. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta Verlag
41. Pérez-Álvarez M. Third-Generation Therapies: Achievements and challenges 1. *Int J Clin Health Psychol*. 2012;12(2):291–310.
42. Maturana, H.R., Varela, F.J.(2015). *Bilgi ağacı: İnsan anlayışının biyolojik temelleri* (M.Ü. Eriş, Çev.). İstanbul: Metis Yayınları
43. Hargens, J.(2013). *Systemische Therapie und gut: Ein Lehrstück mit Hägar*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen

Poliklinikte Kullanılabilecek Bazı Çözüm Odaklı Terapi Teknikleri

Bölüm 36

Hafize Gülnur ŞEN¹

Kitabın bu bölümünün amacı Çözüm Odaklı Terapi tekniklerinin tanınması ve psikiyatri poliklinik şartlarında pratik bir şekilde uygulamasının yaygınlaşmasına katkı sağlamaktır. Çözüm odaklı terapi (ÇOT), danışanların sorunlarını çözebilmenin en etkili yolunun davranışlarını ve bakış açılarını değiştirmek olduğunu vurgulamaktadır(1). Esnek oluşu, kısa süreli oluşu, sorunu ve çözümü danışanın öznel değerleri üzerinden ele alması, tek bir doğrunun olmaması gibi özelliklerinden dolayı ÇOT postmodern bir müdahale olarak görülmektedir(2, 3). Son olarak, merkezinde danışanın olması nedeniyle kültürel farklılıklara uyarlanabilmektedir.

Geleneksel terapiler geçmişe, sorunlara ve ilişkilere odaklanırken ÇOT çözümlere ve danışanın benzer sorunlarla daha önce başa çıkabildiği durumlara odaklanmaktadır. Ayrıca ÇOT danışanların, küçük değişimlerin büyük değişimler getireceğinin de bilincine varmasını sağlar(4). ÇOT tekniği şimdiki sorunlara, sorunların tarihçesine, geçmiş olaylara odaklanma ve sorun çözmeden ziyade çözüm yollarına, doğru yapılanlara, sorunun yaşanmadığı istisna durumlara, danışanın başarılarına ve güçlü yönlerine odaklanan, günümüz imkânlarını, gelecekteki beklentileri inceleyen sistematik bir psikoterapi yaklaşımıdır(5, 6, 7).

¹ Uzm. Dr. Psikiyatrist & Psikoterapist Serbest Hekim, hafizegulnursen@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Seligman, L. ve Reichenberg, L. W.(2010). *Theories of Counseling and Psychotherapy: Systems, Strategies, And Skills*. New Jersey: Pearson.
2. Macdonald, A.(2011). *Solution-Focused Therapy: Theory, Research & Practice*. Los Angeles, CA: Sage.
3. Zengin, O.(2021). *Felsefesi, Teknikleri ve Uygulama Örnekleriyle Çözüm Odaklı Kısa Terapi*. İstanbul: Efe Akademi Yayınevi.
4. Doğan, S.(2016). *Çözüm odaklı kısa süreli terapi: kuramsal bir inceleme*. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2(12), 28-38.
5. De Shazer, S.(1985). *Keys to solutions in brief therapy*. New York: W. W. Norton Sc Company Inc.
6. Sklare, G.B.(2011). *Okul Danışmanları için Çözüm Odaklı Kısa Süreli Psikolojik Danışma*. Ankara: Pegem Akademi. Çev. Diğdem Müge Siyez. (Eserin orijinali 1997'de yayınlanmıştır)
7. Murdock, N. L.(2013). *Psikolojik danışma ve psikoterapi kuramları*. (Çev. F. Akkoyun). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık 2. Baskı. (Eserin orijinali 2004'te yayımlandı).
8. Dölek, N. ve Kurter, F.(2014). *Çözüm Odaklı Kısa Danışmanlık Yaklaşımı, Seminer Notları*. İstanbul: Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği yayınları.
9. Köktuna, S. Z.(2007). *Çözüm Odaklı Kısa Terapi Tekniğinin Alt Sosyo Ekonomik Seviyedeki Kadınların Geleceğe Umud ile Bakabilme ve Boyun Eğici Davranışlarına Etkisinin İncelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
10. Daki, J. ve Savage, R. S.(2010). *Solution-Focused Brief Therapy: Impacts on Academic and Emotional Difficulties*. The Journal of Educational Research, 103(5), 309-326.
11. George, E., Iveson, C., Ratner, H.(2003). *Solution Focused Brief Therapy, Course Notes, Brief Therapy Practice*, London.
12. De Shazer, S.(1988). *Clues Investigating Solutions In Brief Therapy*, New York: W.W. Norton & Company.
13. De Shazer, S., Dolan, Y., Korman, H, Trepper, T. S., McCollom, E. ve Berg, I. K.(2007). *More Than Miracles: The State of the Art of Solution-Focused Brief Therapy*. Binghamtom, N.Y: Haworth Press.
14. De Jong, P. ve Berg, I. K.(2008). *Interviewing for Solutions*(2nd edition). Belmont, CA: Brooks/Cole-Thomson Learning.
15. Doğan, S.(1999). *Çözüm Odaklı Kısa Süreli Terapi: Kuramsal Bir İnceleme*. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2(12), 28-38.
16. Selekman, D. M.(2005). *Pathaws Change, Brief Theraph with Diffucult Adolescents*. New York: The Guilford press.
17. Corey, G.(2007). *Psikolojik Danışma, Psikoterapi Kuram ve Uygulamaları*, (Çev. T. Erge- ne), Ankara: Mentis Yayıncılık. (Eserin orijinali 2005'te yayımlandı).
18. Quick, E. K.(2008). *Doing What Works in Brief Therapy: A Strategic Solution Focused Approach*. San Diego:Elsevier Academic Pres
19. Doğan, Y. B.(2010). *Kısa Acil Psikoterapi*. Ankara: Dama yayınları.
20. Meydan, B.(2013). *Çözüm Odaklı Kısa Süreli Psikolojik Danışma: Okullardaki Etkililiği Üzerine Bir İnceleme*. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 4(39), 120-129.
21. O'Hanlon, B. ve Weiner-Davis, M.(2003). *In Search of Solutions, a New Direction in Psychotherapy*. New York: Norton ve Company.

22. Seligman, L. ve Reichenberg, L. W.(2013). *Theories of Counseling and Psychotherapy: Systems, Strategies, and Skills*(4th edit. Baston: Pearson.
23. Uysal, R.(2014). *Çözüm Odaklı Kısa Süreli Yaklaşım Dayalı Bir Müdahale Programının Ergenlerde Risk Alma Davranışına Etkisi*. Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Sakarya.
24. Murphy, J. J.(2008). *Solution-Focused Counseling in Schools*. Alexandria: American Counseling Association.
25. Malkoç, A. ve Akkoyun, F.(2012). *Çözüm Odaklı Terapi*. Psikolojik Danışma Ve Psikoterapi Kuramları Olgu Sunumu Yaklaşımıyla. F. Akkoyun (Editör). S. 460-489. Ankara: Nobel Yayın
26. Dolan, Y. ve Pichot, T.(2010). *Solution-Focused Brief Therapy 201:Addressing Habits and Creating Positive Addictions: A Solution-Focused Approach*.
27. Berg, I. K. ve Dolan, Y.(2001). *Tales of Solutions: A Collection of Hope-inspiring Stories*. New York: Norton.
28. Franklin, C. ve Moore, K.C.(1997) *Solution-Focused, Brief Therapy For Families*. Family Practice: Brief Systems Methods For Social Work. In C. Franklin, C. Jordan (Eds.). p. 143-174. Pacific Grove, Ca: Brooks/Cole.
29. Taylor, W. F.(2013). *Effects of Solution-Focused Brief Therapy Group Counseling on Generalized Anxiety Disorder*. Unpublished PhD thesis. Walden University.
30. Bavelas, J., De Jong, P., Franklin, C., Froerer, A., Gingerick, W., & Kim, J.(2013). *Solution focused therapy treatment manual for working with individuals*. Solution Focused Brief Therapy Association.
31. Ratner, H., George, E., Iveson, C.,(2012). *Solution Focused Brief Therapy: 100 Key Ideas and Techniques*. London: Routledge.
32. Campbell, M. A., Slee, P. T., Spears, B., Butler, D. ve Kift, S.(2013). *Do Cyberbullies Suffer too? Cyberbullies' Perceptions of the Harm They Cause to Others and to Their Own Mental Health*. School Psychology International 34(6), 613–629.
33. Doğan, İ.(2000). *Sosyoloji/ Kavramlar ve Sorunlar*(3.Basım). İstanbul: Sistem Yayıncılık.
34. Akın, A.(2014). *Çözüm Odaklı Kısa Süreli Grupla Psikolojik Danışmanın Üniversite Öğrencilerinin Tükenmişlik Düzeyleri Üzerine Etkisi*. Sakarya Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi.
35. Sarıcı-Bulut, S.(2008). *İlköğretim İkinci Kademe Öğrencilerinin Sınav Kaygıları, Saldırganlık Eğilimleri ve Sorun Çözme Becerilerindeki Yetersizliklerin Sağaltımında Grupla Çözüm Odaklı Terapinin Etkileri*. Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
36. Franklin, C., Corcoran, J., Nowicki, J. ve Streeter, C.(2012). *Using Client SelfAnchored Scales to Measure Outcomes in Solution-Focused Therapy*. Journal of Systematic Therapies, 16(3), 246-265.
37. Reiter, M. D.(2010). *Hope And Expectancy in Solution-Focused Brief Therapy*. Journal Of Family Psychotherapy, 21, 132-148.
38. O'Connell, W.J. Ve Palmer, S.(2003). *Handbook of Solution-Focused Therapy*. London: Sage.
39. Murphy, J. J.(2015). *Solution-focused counseling in schools*. New York: John Wiley & Sons.
40. Sklare, G. B.(2015). *Çözüm Odaklı Kısa Süreli Psikolojik Danışma*, (D. M. Siyez, çev. . Pegem Yayınları, İstanbul.

41. Sharry, J.(2017). Çözüm Odaklı Grupla Psikolojik Danışma, (D. M. Siyez, Y. Soylu, Ü. Arslan, E. Esen, Tuba Bağatarhan çev.). Nobel Yayınları, Ankara.
42. De Shazer, S., & Dolan, Y.(2012). More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy. Routledge.
43. De Jong, P. ve Cronkright, A.(2011). Learning Solution-Focused Interviewing Skills: BSW Student Voices. Journal of Teaching in Social Work, 31(1), s. 21- 37.
44. Martin, C. V., Guterman, J. T. ve Shatz, K.(2012). Solution-Focused Counseling for Eating Disorders. Amerika Danışmanlar Birliği (ACA) San Francisco Proceeding Book, 88.
45. Lee, M. Y.(2011). Solution-Focused Theory. F. J. Turner, (Ed.). Social Work Treatment: Interlocking Theoretical Approaches (s. 460-476). Oxford Press.
46. Trepper, T. S., Treyger, S., Yalowitz, J., ve Ford, J.(2010). Solution-Focused Brief Therapy for the Treatment of Sexual Disorders. Journal Of Family Psychotherapy, 21, 34-53.
47. Szabó, P. ve Meier, D.(2009). Coaching Plain and Simple: Solution-Focused Brief Coaching Essentials. New York: Norton.
48. Erford, B. T., Eaves, S. H., Bryant, E. ve Young, K.(2010). 35 Techniques Every Counselor Should Know. Columbus: Pearson Merrill Prentice Hall.
49. Presbury, J. H., Echterling, L. G., McKee, J. E.(2002). Ideas and Tools For Brief Counseling. UpperSaddleRiver, NJ: MerrillPrentice Hall.
50. İşlek, M.(2006). Çözüm Odaklı Yaklaşımlara Göre Düzenlenmiş Sınav Kaygısıyla Başa Çıkma Eğitim Programının Üniversiteye Hazırlanan Öğrencilerin Sınav Kaygısı Düzeylerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi, Doktora Tezi.

GİRİŞ

Hipnoz, alanında uzman bir terapist tarafından birtakım telkin yöntemleri kullanılarak uygulanan ve hastada duygu, algı, düşünce, davranış değişiklikleri yaşanmasına yol açan özel bir bilinç halidir(1). Hipnozun bilimsel geçmişi 18. Yüzyılın sonlarına dayanır. Tarihçesi ise çok daha eskilere, ilkel ritüellere ve büyücü hekimliğe kadar uzanır. Yunan mitolojisinde “Hypnos” Uyku Tanrısı olarak bilinmektedir ve yine mitolojiye göre Uyku Tanrısı'nın tanrılar üzerinde dahi etkisi olduğuna inanılır(2). Hipnoz terimini, mitolojiden esinlenerek ilk kullanan kişi Dr. James Braid'dir(1795-1860)(3). Modern hipnozun tarihinde Franz Mesmer önemli bir yere sahiptir. Her ne kadar yaptığı uygulamalar tartışmaya yol açsa da günümüz hipnoz anlayışının temellerini attığı söylenebilir.

Hipnoz bir tür “trans” halidir. Hipnotik trans halindeki kişi (suje) bedensel ve zihinsel olarak gevşemiş, hipnoterapistin telkinlerine yoğunlaşmıştır. Her ne kadar trans düzeyi ve derinliğini açıklayacak fizyolojik bir belirteç daha önce bulunamamış olsa da terapistler tarafından tespit edilen belirtilerle hastaların trans halinde oldukları anlaşılabilir. Trans halindeki hastanın çevresel uyaranlara olan ilgisi belirgin azalmıştır ve bu durumdayken uygulanan telkin yöntemlerine oldukça açık hale gelebilir. Hipnoterapistin hastayı belirli hedeflere yönlendirmek için kullandığı sözlere “telkin” denir. Terapist telkin yoluyla

¹ Uzm. Dr. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, gozdeyontar@gmail.com

Posttravmatik stres bozukluğunda hipnoterapi belirli riskler taşımaktadır. Trans halindeyken travmatik deneyimler oldukça erken bir dönemde ortaya çıkabilir. Öncesinde güçlü bir terapötik ilişki kurmadan ve hastanın başa çıkma mekanizmalarını güçlendirmeden böyle bir durumla karşı karşıya kalan danışan için hipnoterapiyi sürdürmek korkutucu bir hal alabilir. Bu sebeple posttravmatik stres bozukluğunda hipnoterapi titizlikle yönetilmelidir(5).

Psikotik bozukluk hastalarıyla ve psikotik atak geçirmeye yatkın sınırdaki kişilerle ilgili bozukluğu olan hastalarla hipnoterapi çalışılması atakların sıklığını belirgin derecede arttırabilir. Bu sebeple hipnozun böyle hastalarda faydadan daha çok zarar vereceği yaygın bir görüştür(5).

Sonuç

Literatürdeki birçok klinik araştırma hipnoterapinin faydalı olduğunu işaret etmektedir. Bilimsel kanıtlara rağmen tıp dünyasında bu fayda konusunda kuşkular devam etmektedir. Hipnoz ile ilgili temel sorun hipnoterapinin üzerindeki geçmişten gelen şarlatanlık yaftasının günümüz bakış açısını da etkilemesidir. Bu durum, yıkılması neredeyse mümkün olmayan önyargıları da beraberinde getirmektedir. Hipnoz, seçilmiş vakalarda gerek diğer psikoterapi yöntemlerine yardımcı gerekse başlı başına tedavi yöntemi olarak etkili bir şekilde kullanılabilir. Dünyada ve ülkemizde hipnozun bilimsel ve yasal temelleri netleşmeye başlamıştır. Gelecekte hipnozun kullanım alanlarının yaygınlaşacağına dair umut verici gelişmeler olmaktadır.

KAYNAKLAR

1. APA(2021). Hypnosis.(30.12.2021 tarihinde www.apa.org/topics/hypnosis adresinden ulaşılmıştır)
2. Britannica(2021) Hypnos.(30.12.2021 tarihinde <https://www.britannica.com/topic/Hypnos> adresinden ulaşılmıştır)
3. Britannica(2021) James Braid.(30.12.2021 tarihinde <https://www.britannica.com/biography/James-Braid-British-surgeon> adresinden ulaşılmıştır)
4. Uran, B.(2014). Hipnoz ve Beyin.(2. Baskı). Ankara: Pusula Yayınevi
5. Brown, D. P. & Fromm E.(2015). *Hipnoterapi ve Hipnoanaliz*. (Mirel BENVENİSTE, Çev. Ed.). Ankara: Psikoterapi Enstitüsü
6. Sezgin, B.(2020). *Hipnoterapi ve Hipnozun Klinikte Kullanımı*.(1.Baskı). Ankara: Psikoterapi Enstitüsü
7. Fıstıkçı N, Keyvan A, Erten E, et al. Sosyal anksiyete bozukluğunda bilişsel davranışçı terapi: Güncel Kavramlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2015, 7(3), 229-243.

8. Boutin GE, Tosi DJ. Modification of irrational ideas and test anxiety through rational stage directed hypnotherapy RSDH. *Journal of Clinical Psychology* 1983, 39, 382-391.
9. Golden WL.(2006). Hypnotherapy for anxiety, phobias and psychophysiological disorders. In: Chapman, R. (Ed), *The Clinical Use of Hypnosis with Cognitive Behavior Therapy: a practitioner's casebook*. New York: Springer Publishing Company.
10. Faymonville ME, Laureys S, Degueldre C, et al. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology*, 2000. 92(5),1257-1267.
11. Hofbauer RK, Rainville P, Duncan GH, et al. Cortical representation of the sensory dimension of pain. *J. Neurophysiol*, 2001. 86(1), 402-411.
12. Barabazs A, Watkins JG.(2005). *Hypnotherapeutic Techniques* (Second edit). New York: Brunner-Routledge.
13. Ulman LS, Chambers CT, McGrath PJ, et al. A systematic review of randomized controled trials examining psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents: an abbreviated Cochrane review. *J Pediatr Psychol*, 2008. 33, 842-849.
14. Mottershead, N. Hypnosis: Removing the Labour From Birth. *Pract Midwife*, 2006. 9(3),26-27, 29.
15. Gruenewald D. On the nature of multiple personality: Comparisons with hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1984. 32,170-190.

Çeşitli Terapilerin Kimi Bazı Stratejileri ve Vurguları (Poliklinikte Kullanılabilecek Bazı Aile Terapisi ve Teknikleri)

Meltem OKTAY¹

GİRİŞ

Literatürde yer alan bazı aile tanımlarına bakacak olursak; 1940 yılında Kingsley Davis aileyi, aralarında kan bağı bulunan ve bu nedenle akraba olan bir grup insan olarak tanımlar(1). 2002 yılında Fitzpartrick ve Badzinski evrensel aile tanımını; kan bağı ile bir araya gelen ve ana görevi yeni doğmuş çocuklarının besleme ve toplumsallaşma gibi ihtiyaçlarını karşılamak olan sosyal grup olarak tanımlamaktadır(2). Galvin ise 2006 yılında aile tanımını; hayatlarını birliktelik, evlilik, resmiyet veya başka şekillerde uzun süre paylaşan, birlikte belirli bir geçmişe sahip olan, kendilerini aile olarak tanımlayan insanların kurdukları ilişki ağlarıdır şeklinde ifade eder(3).

Aile terapisi, bireysel terapi gören kişilerin iyileşme süreçlerinde aile yapısının önemli olduğunun fark edilmesiyle ortaya çıkan bir psikoterapi şeklidir. Sınıflandırma olarak grup terapileri içinde düşünülse de tedavinin amaçları açısından grup terapisinden ayrılır. Ayrıldığı nokta ise; grup terapilerinde grubun içinde de olsa kişinin problemlerinin çözülmesi önceliklidir. Aile terapisinde ise bütün bir grubun sorunlarının çözülmesi ön plandadır(4).

¹ Psikiyatri Uzmanı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, drmeltemgobelek@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Davis, K.(1940). The sociology of parent-youth conflict. *American Sociological Review*, 5(4), 523-535. Doi: 10.2307/2084427.
2. Fitzpatrick M. A. T., Badzinski D.M.(2002). All in the family: Interpersonal communication in kin relationships. Knapp, M.L. (Ed.), *Handbook of Interpersonal Communication* (ss. 689-737), London: Sage.
3. Galvin, K.(2006). Diversity's Impact on Defining the Family: Discourse-dependence and Identity. Turner, L.H. and West, R. (Ed.). *The Family Communication Sourcebook* (ss. 3-19), California: Sage.
4. Samancı, A.(2018). Aile ve Evlilik Terapisi. Karamustafaloğlu, K.O (Ed.). *Temel ve Klinik Psikiyatri* (ss. 875-882), Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.
5. Özdemir, Ş., Vatandaş, C., Torlak, Ö.(2009).Sosyal Problemleri Çözmede Aile Yaşam Döngüsünün Önemi. *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi*, 11(4),7-18. ISSN:1303-0256.
6. Berksun, O. ve Sayar, H.G.(2013). *Aile ve Eş Terapileri*, Ankara: Detay Yayıncılık.
7. Ayaz, B. ve Kılıçarslan, F. *Aile Terapisi, İstanbul Üniversitesi AUZEF Sosyal Hizmet Lisans Tamamlama Programı*.
8. Hoffman, L.(1981). *Foundations of Family Therapy: A conceptual Framework for Systems Change. USA: Basic Book*.
9. Nichols, M.P.(2013). *Aile Terapisi: Kavramlar ve Yöntemler. (Okhan GÜNDÜZ, Çev. Ed.). İstanbul: Kaknüs Yayınları*.
10. Merdan, E.D.(2021). *Alkol ve Madde Bağımlılığı. Söylemez, Y. (Ed). Çift ve Aile Terapisi Temel Konular ve Müdahale Yöntemleri (ss.25-48), İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları*.
11. Gladding, S.T.(2012). *Aile Terapisi Tarihi Kuram ve Uygulamaları. 5. Baskıdan Çeviri. (İ. Keklik ve İ. Yıldırım, Çev. Ed.). Ankara:PDR Derneği Yayınları*.
12. Fenell, D., Weinhold, B.(1989). *Counseling Families. Colorado: Love Pub. Com*.
13. Walsh, F(1998). *Strengtbening Family Resilience. New York: Guilford Press*.
14. Worden, M.(2013). *Aile Terapisi Temelleri. T. Akbaş (Çev. Ed.). Adana: Nobel Kitabevi*.
15. Gladding, S.T.(1998). *Family Therapy. History, Theory and Practice. Second Edition, Merrill Prentice Hall*.
16. Bentovim, A(1989). *Başvuran Hasta Çocuk Olduğunda Aile Terapisi. Bloch, S. (Ed.). Psikoterapilere Giriş. İstanbul: Cerrahpaşa Yay. Birliği*.
17. Nazlı, S.(2016). *Aile Danışmanlığı. Ankara: Anı Yayıncılık*.
18. Lebow, J.L.(2019). *Çift ve Aile Terapisi-Alanla İlgili Bütüncül Bir Harita. (M. Şahin, Çev. Ed.). Ankara: Atlas Akademik Basım Yayın*.
19. Cemgil Özsoy, A.Ç.(2021). *Aile İçi Şiddet. Söylemez, Y. (Ed). Çift ve Aile Terapisi Temel Konular ve Müdahale Yöntemleri (ss.3-23), İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları*.
20. Erol Aydın, T.(2021). *Kayıp ve Yas. Söylemez, Y. (Ed). Çift ve Aile Terapisi Temel Konular ve Müdahale Yöntemleri (ss.105-127), İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları*.

Poliklinikte Kullanılabilecek Bazı Motivasyonel Görüşme Teknikleri

Furkan Bahadır ALPTEKİN¹

GİRİŞ

Hemen her hekim muayeneye yakınlarının zorlaması ile gelen, kafası karışık, tedaviye uyum göstermeyen, bazen önerilen tedavi süreçlerini kabul etmeyen hastalarla karşılaşmıştır. Sebebi ne olursa olsun, bu tarz vakalar hekimi zorlamakta, kısa ve uzun vadeli maliyetlere yol açmaktadır. Motive olmayan hastayı kendi haline bırakmak bir seçenek olsa da, en iyi seçenek olmadığını söyleyebiliriz. Poliklinikte, daha önce birçok doktora gittiği halde bir sonuç alamamış ve karşınızda muayene olmayı bekleyen bir hastanızı düşünün. Belirtilerini, muayene bulgularınızı değerlendiriyorsunuz ve gerekli olan bir dizi tetkiki tamamlıyorsunuz. Sonunda büyük bir gururla teşhisinizi koyuyor ve gerekli tedaviyi düzenliyorsunuz. Ancak takibinizde sizin tüm çabanıza rağmen hastanızın sağlığına zarar veren alışkanlıklarına devam ettiğini görüyor ve hayal kırıklığına uğruyorsunuz. Önerilerinize uymayacaksa neden hala hastaneye geldiğini düşünüyorsunuz. Hatta bunu dile getiriyorsunuz. Ya da şöyle söylüyorsunuz: “Eğer ölmek istiyorsanız böyle devam edin!” Aranızdaki terapötik ilişki kopuyor ve hastanız aynı süreçleri yaşayacağı başka bir hekimin yolunu tutuyor. Nihayetinde tedavi ile tamamen ilişkisini kesiyor. Sonuç: tedavi olmamış bir hasta, hayal kırıklığına uğramış bir hekim. Aslında bu otoriter veya korumacı terapötik yaklaşım, hastanın direnci artırabiliyor ve değişime

¹ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, furkanbahadir0155@gmail.com

birçok alanda yapılmış çalışmalarını ile hekimlere kanıta dayalı tıp temelinde önemli bir seçenek sunmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Hall K, Gibbie T, Lubman DI. Psychological strategies The Stages of Change model and motivational interviewing The spirit of motivational interviewing. *Reprinted From AuSTRALIAN Family PhysCiAn*. 2012;41(9).
2. Miller, W. Rollnick S. *Motivational interviewing: helping people change..* Third Edit. NY: The Guilford Press; 2013.
3. Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, et al. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *The British Journal of General Practice*. 2005;55(513): 305.
4. Bricker J, Tollison S. Comparison of Motivational Interviewing with Acceptance and Commitment Therapy: A conceptual and clinical review. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2011;39(5): 541. doi:10.1017/S1352465810000901
5. Rollnick S, Butler CC, Kinnersley P, et al. Motivational interviewing. *BMJ*. 2010;340(7758): 1242–1244. doi:10.1136/BMJ.C1900
6. Keeley R, Engel M, Reed A, et al. Toward an Emerging Role for Motivational Interviewing in Primary Care. *Current psychiatry reports*. 2018;20(6). doi:10.1007/S11920-018-0901-3
7. Frost H, Campbell P, Maxwell M, et al. Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews. *PLoS ONE*. 2018;13(10). doi:10.1371/JOURNAL.PONE.0204890
8. Gagneur A. Respiratory syncytial virus: Motivational interviewing: A powerful tool to address vaccine hesitancy. *Canada Communicable Disease Report*. 2020;46(4): 93. doi:10.14745/CCDR.V46I04A06
9. Bundy C, Cpsychol P. Changing behaviour: using motivational interviewing techniques. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2004;97(Suppl 44): 43.
10. Berhe KK, Gebru HB, Kahsay HB. Effect of motivational interviewing intervention on HgbA1C and depression in people with type 2 diabetes mellitus (systematic review and meta-analysis). *PLoS ONE*. 2020;15(10). doi:10.1371/JOURNAL.PONE.0240839
11. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. Guidelines: Editor's choice: 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *European Heart Journal*. 2016;37(29): 2315. doi:10.1093/EURHEARTJ/EHW106
12. Duffy EY, Ashen D, Blumenthal RS, et al. Communication approaches to enhance patient motivation and adherence in cardiovascular disease prevention. *Clinical Cardiology*. Wiley-Blackwell; 2021;44(9): 1199. doi:10.1002/CLC.23555
13. Alperstein D, Sharpe L. The Efficacy of Motivational Interviewing in Adults With Chronic Pain: A Meta-Analysis and Systematic Review. *The journal of pain*. 2016;17(4): 393–403. doi:10.1016/J.JPAIN.2015.10.021
14. Miller WR, Rollnick S. Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2009;37(2): 129–140. doi:10.1017/S1352465809005128

15. Miller WR, Yahne CE, Tonigan JS. Motivational interviewing in drug abuse services: a randomized trial. *Journal of consulting and clinical psychology*. J Consult Clin Psychol; 2003;71(4): 754–763. doi:10.1037/0022-006X.71.4.754
16. Deci EL, Ryan RM. The “what’ and “why’ of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*. 2000;11(4): 227–268. doi:10.1207/S15327965PLI1104_01
17. Ögel K, Şimşek M. *Motivasyonel Görüşme Tekniği*. 1. Basım. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları; 2021.
18. Gillam DG, Yusuf H. Brief Motivational Interviewing in Dental Practice. *Dentistry Journal*. 2019;7(2). doi:10.3390/DJ7020051
19. Krigel SW, Grobe JE, Goggin K, et al. Motivational interviewing and the decisional balance procedure for cessation induction in smokers not intending to quit. *Addictive Behaviors*. 2017;(64): 171–178.
20. Johnston L, Hilton C, Dempsey F. Practical guidance on the use of motivational interviewing to support behaviour change. *Supporting Tobacco Cessation*. Sheffield: European Respiratory Society; 2021. p. 56–75.