

AİLE HEKİMLİĞİ VE ACİL SERVİSTE RUHSAL BOZUKLUKLARIN YÖNETİMİ

Editör

Nermin GÜNDÜZ

© Copyright 2019

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 kağıt 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 978-605-258-631-0
Sayfa ve Kapak Tasarımı Akademisyen Dizgi Ünitesi

Kitap Adı Aile Hekimliği ve Acil Serviste Ruhsal Bozuklukların Yönetimi
Yayıncı Sertifika No 25465
Baskı ve Cilt Özyurt Matbaacılık

Editör Nermin GÜNDÜZ
Bisac Code MED045000

Yayın Koordinatörü Yasin Dilmen
DOI 10.37609/akya.1116

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 özel leştirilmelerden sorumlu değildir.

GENEL DAĞITIM

Akademisyen Kitabevi A.Ş.

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

www.akademisyen.com

ÖNSÖZ

Bir bilim dalı olarak, tıp hiç şüphesiz ki tüm bilim dallarının içerisinde en sanatsalı ve sanatların ise en bilimselidir. Pek çok 'ANTI' akımlara karşı savaşıarak uzunca bir yolculuktan geçmiş olan, her ne kadar tıbbın öteki çocuğu da olsa psikiyatrinin bu sıfatları en çok hak eden bilim dalı olduğunu söylemek çok da haksız olmayacaktır. Sosyolojik, biyolojik, psikolojik ve toplumsal pek çok alana zenginlik katan psikiyatri bilimi aynı zamanda sinema, tiyatro ve pek çok kitaba da ilham kaynağı olmuştur. Ne yazık ki tüm bu zengin özelliklerine rağmen psikiyatri tıp eğitiminde hak ettiği yeri bulamamıştır. Psikiyatri ve ruhsal hastalıklar en fazla damgalanan ve ötekileştirilen olmuşlardır. Damgalama hem diğer tıbbi alanlar hem de toplumsal alanlarda sürmekte. Hem ruhsal hastalıkların tanınırlığını arttırmak hem de damgalamanın önüne geçilmesini sağlamak biz ruh sağlığı çalışanlarının birincil görevi olmalıdır. Bu amaçla bu kitapta aile hekimliği ve acil servis klinik pratiğinde sık karşılaşılan ruhsal bozuklukların ilgili branş hekimlerince tanınmasını kolaylaştırmak ve tedavi yönetiminde bu hekimlere düşen sorumlulukların paylaşılması hedeflenmiştir.

Doktor Öğretim Üyesi Can Özlü'nün başlattığı proje ile Türkiye'de farklı klinik disiplinlerden 2000 hekime ulaşılmıştır. Bu kitap ise bu projenin **RUH SAĞLIĞI** ayağını oluşturmaktadır. Bu amaçla Türkiye'nin pek çok farklı ilinde görev yapmakta olan uzman ve akademisyen psikiyatri hekimleri ile bir araya gelinmiştir. Bu zor görev kısa süre içerisinde yazarlar tarafından başarıyla sonlandırılmıştır.

Kitabın yazım aşamasında her türlü desteğini esirgemeyen değerli arkadaşım Dr. Can Özlü'ye, akademik alanda desteklerini her zaman hissettiğim ablam Yasemin Özatik ve ağabeyim Orhan Özatik'e ve tıp eğitimim boyunca yol arkadaşlarım canım annem ve babama sevgilerimi sunuyorum.

Nermin GÜNDÜZ

İÇİNDEKİLER

Bölüm 1	Kötü Haber Verme	1
	<i>Zeynep YILDIZ AKBEY</i>	
Bölüm 2	Zor Hasta ile İletişim Kurma	11
	<i>Hüseyin Şehit BURHAN</i>	
Bölüm 3	Psikolojik Dayanıklılık, Stres ve Öz Bakım	23
	<i>Alişan Burak YAŞAR</i>	
Bölüm 4	Sağlıkta Şiddet ve Olası Psikiyatrik Yansımaları	35
	<i>Yunus HACIMUSALAR</i>	
Bölüm 5	Deliryum	45
	<i>Gökhan ÖZPOLAT</i>	
Bölüm 6	Kadınlarda Hormonal Döngü ile İlişkili Ruh Sağlığı Sorunları	61
	<i>Hatice TURAN</i>	
Bölüm 7	Sinirlilik Şikayeti ile Gelen Hastalarda Olası Psikiyatrik Bozukluklar Ve Birinci Basamakta Tedavi Yaklaşımları	77
	<i>Şakir GICA</i>	
Bölüm 8	Uykusuzluk Şikayeti ile Gelen Hastada Olası Psikiyatrik Bozukluklar ve Birinci Basamakta Tedavi Yaklaşımları	91
	<i>Cansu ULAŞ</i>	
Bölüm 9	Acil Servis ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Psikiyatrik Şikayetlerle Başvuran Hastalarda Öykü Alma ve Ruhsal Durum Muayenesinin Temel İlkeleri	103
	<i>Sinay ÖNEN</i>	
Bölüm 10	Geriatrik Hastalarda Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar ve Tedavi Yönetimleri	119
	<i>Aslı BEŞİRLİ</i>	
Bölüm 11	Acil Servis ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Öz Kıyım Girişimine Yaklaşım	133
	<i>Mehmet Hamdi ÖRÜM</i>	
Bölüm 12	Major Depresif Bozukluk Tedavisinde Birinci Basamak Hekimlerin Rolü ve Tedavi Yönetiminde Sık Kullanılan Öneriler	145
	<i>Elif ÖZCAN TOZOĞLU</i>	
Bölüm 13	Acil Servis Şartlarında Bipolar Bozukluk Hastalarına Yaklaşım	159
	<i>Pınar ERASLAN</i>	

Bölüm 14	Acil Servis, Psikiyatri Dışı Klinikler ve Hasta Nakil Araçlarında Hasta Tespitinde Hekim ve Diğer Sağlık Personelinin Sorumlulukları	175
	<i>Elvan ÇİÇEKÇİ</i>	
Bölüm 15	Acil Servise Başvuran Psikotik Bozukluk Tanılı Hastaların Tedavi Yönetimi	193
	<i>Veysel DOĞAN</i>	
Bölüm 16	Psikomotor Ajitasyon Nedir? Nasıl Yönetilir?	201
	<i>Ömer NART</i>	
Bölüm 17	Doğum Ardı Başlangıcı Depresyonun Tanınması ve Tedavi Yönetiminde Birinci Basamak Hekimlerine Yönelik Öneriler.....	211
	<i>Emine Merve AKDAĞ</i>	
Bölüm 18	Acil Psikiyatrik Durumlarda Tedavi	233
	<i>Ersin UYGUN</i>	
Bölüm 19	Madde Kullanım Bozuklukları ve Bu Bozukluklara Yaklaşım	245
	<i>Elif Aktan MUTLU</i>	
Bölüm 20	Alkol Kullanımı ile İlişkili Psikiyatrik Bozuklukların Tanınması ve Bu Bozukluklara Yaklaşım.....	271
	<i>Hanife YILMAZ ÇENGEL</i>	
Bölüm 21	Gebelik ve Ruhsal Hastalıklar	297
	<i>Murat Serkan YILDIRIM</i>	
Bölüm 22	Onkolojik Psikiyatri.....	321
	<i>M. Batuhan AYIK</i>	
Bölüm 23	Nörolojik Hastalıklar ve Psikiyatri	333
	<i>Mehmet Alper ÇINAR</i>	
Bölüm 24	Kronik Ağrılı Bozukluklar ve Psikiyatri.....	351
	<i>Özgül KARAASLAN</i>	
Bölüm 25	Anksiyete Bozukluklarının Tanınması ve Yönetimi.....	363
	<i>Dilek ÇAĞLAR TETİK</i>	
Bölüm 26	Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Somatoform Bozukluklar.....	381
	<i>Pelin TAŞ DÜRMÜŞ</i>	
Bölüm 27	Acil Servise Cinsel Travma Nedeni ile Başvuran Hastaya Akut Dönemde Yaklaşım	391
	<i>Rümeysa TAŞDELEN</i>	
Bölüm 28	Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tanınması ve Tedavi Yönetimi	409
	<i>Celaleddin TURGUT</i>	
Bölüm 29	Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yeme Bozuklukları.....	423
	<i>Nevin ÖZKAN DEMİR</i>	

Bölüm 30	Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Cinsel İşlev Bozulukları.....	433
	<i>Sertaç ZENGİL</i>	
Bölüm 31	Birinci Basamakta Antidepresan Kullanımları	453
	<i>Onur GÖKÇEN</i>	
Bölüm 32	Afetlerde Psikiyatrik İlk Yardım.....	469
	<i>Ayşegül TAŞDELEN KUL</i>	
Bölüm 33	Travma ve İlişkili Ruhsal Bozukluklar	481
	<i>İbrahim GÜNDOĞMUŞ</i>	
	<i>Mehmet Sinan AYDIN</i>	
Bölüm 34	Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri.....	491
	<i>Neslihan SEVİL</i>	
Bölüm 35	Psikiyatrik Hastalıklara Yönelik Damgalama.....	503
	<i>Handan NEZE</i>	
Bölüm 36	Yas Sürecine Klinik Yaklaşım	515
	<i>Murat Serkan YILDIRIM</i>	
Bölüm 37	Aile İçi Şiddet ve Ruhsal Yansımaları	533
	<i>Feyza ÇELİK</i>	
Bölüm 38	Demanslı Hastaya Yaklaşım	555
	<i>Seda TÜRKİLİ</i>	
Bölüm 39	Endokrinolojik Hastalıklar ve Psikiyatri	569
	<i>Erdoğan AKÇA</i>	

Bölüm 1

KÖTÜ HABER VERME

Zeynep YILDIZ AKBEY¹

GİRİŞ

Hekimin birincil sorumluluğu hastanın hastalığının öyküsünü almak, gerekli muayene ve tetkiklerini uygun laboratuvar ve tanı araçlarını kullanarak yapmak, hastalık tanısını koymak, tedavisini planlamak, tedavi takibini yapmaktır. Bununla birlikte hasta ile sağlıklı iletişim kurmak ve hastaya hastalığı ile ilgili gerekli bilgilendirmeyi hastanın anlayacağı şekilde ifade etmekte hekim sorumluluğu içerisinde yer almaktadır.

Hastalara sevindiren haberler verilebileceği gibi kişiyi üzebilecek olumsuz durumlarla ilgili kötü haber vermek durumunda da kalılabilmektedir. Kötü haber vermek sadece kötü zor bir durumla karşı karşıya kalan hasta ve hasta yakınını değil, aynı zamanda haberi veren başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarını da zorlayan bir süreç olmaktadır. Bu sürecin nasıl yönetildiği hem hasta hem hekim memnuniyeti ve tatmini açısından önemlidir.

Bununla birlikte zaman zaman bu haberlerin hasta ve hasta yakınları ile paylaşılıp paylaşılmaması gerektiği etik tartışmaları da beraberinde getirmiştir. Bu kitap bölümünde hasta-hekim ilişkisinde önemli olduğu bilinen kötü haberlerin tanımı yapıp, etik boyutta tartışmalara yer verilerek, kötü haberin hasta ve yakınlarına nasıl verileceğine ilişkin bilgilendirme hedeflenmiştir.

1-KÖTÜ HABERİN TANIMI

Kötü haber tıp literatüründe, ‘ümit etme duygusunun olmadığı ya da bireyin ruhsal ve fiziksel iyilik haline tehdit oluşturan, yerleşik yaşam biçimini altüst etme riski olan ya da bireyin yaşamındaki seçimlerini azaltma anlamı taşıyan mesaj’ olarak tanımlanmıştır (1).

¹ Dr Öğretim Üyesi, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, akbey08@hotmail.com

bu durumu daha da zorlaştırmaktadır. Kötü haber verme süreci olumlu yönetilemezse güvensizlik, öfke, korku gibi tepkilere sebep olabilmektedir. Genel iletişim becerilerini öğrenmek, kötü haber verirken doktorların daha az rahatsız olmasını, hasta ve ailelerinin de daha tatmin edici ve güvende hissetmelerini ve kötü haberle daha iyi başetmelerini sağlayabilir. İletişim becerileri hekimlerin eğitiminin bir parçası olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: kötü haber verme, iletişim becerisi, hekim,

KAYNAKLAR

1. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news; A review of the literature. JAMA. 1996;276:496-502.
2. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. Lancet. 2004; 363:312-319.
3. Bilgin G, Öztürk G, Şirin S. Kanser tanısı konan hastalarda kötü haber verme: hekime düşen görev. İst Tıp Fak Dergisi. 2008;71: 22-26.
4. Hasta Hakları Yönetmeliği (1998). Resmi gazete. (01.09.2019 tarihinde <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hasta%20haklar%C4%B1> adresinden ulaşılmıştır)
5. Okyayuz ÜH. Ölümcül hastalık tanısı almak: bir yaşam krizi kötü haber verilmeli mi? Kriz Dergisi. 2003; 11:29-35.
6. Özkırış A, Güleç G, Yenilmez Ç, et al. Hekim tutumları üzerine bir çalışma: ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2011; 24:89-100.
7. Vandekieft GK. Breaking bad news. American Family Physician. 2001; 64:1975-1978.
8. Bousquet G, Orri M, Winterman S, et al. Breaking bad news in oncology: a metasynthesis. J Clin Oncol. 2015;33(22):2437-2443.
9. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. J Clin Oncol. 1995;13:2449-2456.
10. Iserson KV. Notifying survivors about sudden, unexpected deaths. West J Med. 2000;173(4):261-265.
11. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news. 1: current best advice for clinicians. Behav Med. 1998; 24:53-59.
12. Naik SB. Death in the hospital: breaking the bad news to the bereaved family. Indian J Crit Care Med. 2013;17(3):178-181.
13. McElror JA, Proulx CM, Johnson L, et al. Breaking bad news of a breast cancer diagnosis over the telephone: an emerging trend. Support Care Cancer. 2019;27(3):943-950.
14. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000; 5:302-311.
15. Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. West J Med. 1999; 171:260-263.
16. Kantarcıoğlu AÇ. Zor ama zorunlu bir konu: hekimlerin kötü haber vermesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2018;44(3):217-219.
17. Bogle AM, Go S. Breaking bad (news) death-telling in the emergency department. MO Med. 2015;112(1):12-16.
18. Shaw J, Dunn S, Heinrich P. Managing the delivery of bad news: an in-depth analysis of doctors' delivery style. Patient Educ Couns. 2012; 87:186-192.
19. Munoz Sastre MT, Sorum P, Mullet E. Breaking bad news: the patient's viewpoint. Health Commun. 2011;26:649-655.
20. Kübler-Ross E. (2010). Ölüm ve ölmek üzerine. (Nazlı Berivan Ak, Çev. Ed.). Ankara: A.P.R.I.L. Yayıncılık.

Bölüm 2

ZOR HASTA İLE İLETİŞİM KURMA

Hüseyin Şehit BURHAN¹

GİRİŞ

Her şeyin mükemmel olduğu bir dünyada hastalar da her zaman nazik ve minnettar olurdu. Böyle bir dünyada da galiba hastalar hekimlerin emrine amade bulunurlardı. Fakat gerçek dünyada hem hekimler hem de hastalar insan olarak başka kimseye benzemeyen kişilikleri ve hikayeleri ile farklı farklı problemleri ele almak için muayenede hazır bulunurlar. İşte bu farklılıklar her hasta-hekim ilişkisinin birbirinden farklı niteliklere sahip olmasına sebep olur. Sonuç olarak bu ilişki bazen iyi olurken bazen de hekimi ve belki hastayı da zorlayabilir.

20. yüzyılın sonunda teknolojinin değişmesinin dışında tıp alanında meydana gelen önemli bir değişiklik de paternal tıp anlayışının, yerini birey odaklı yeni bir yaklaşıma bırakmaya başlaması olmuştur (1). Paternal tıp anlayışında hasta, hekim için ilgilenilmesi gereken, iradede yoksun, yardıma ve merhamete muhtaç küçük çocuklar gibidir. Bireysel yaklaşımda ise hasta ve hekim bir mesele üzerinde değerlendirmeler yapan, birlikte karar alan ve sorumlulukları paylaşan iki eşit kişidir. Günümüzde artık bu değişimin belirgin bir şekilde görüldüğünü söylemek mümkündür. Hastaların “doktor beni dinlemedi, çocukmuşum gibi davrandı” veya “doktorlar hastaları cansız nesneler sanıyor” gibi eleştirileri, tıbbi süreçler hakkında daha fazla bilgi istemesi veya yazılı onam alınmasının tıp pratiğine kural olarak yerleşmesi paternal tıp anlayışının yerine birey odaklı yaklaşımın geçmesinin sonuçları olarak kaydedilebilir. Birey odaklı yaklaşımın yerleşmesinin bir sonucu da hastaların hasta-hekim ilişkisine dair taleplerinin artması ve dolayısı ile bu ilişkinin kalitesinin önem kazanması.

Dil hasta hekim ilişkisinin temel ögesidir. Son yüzyılda tıp tekniğindeki tüm gelişmelerle beraber sözlü iletişim üzerinden yürüyen muayene halen hekimin

¹ Psikiyatri uzmanı, Karaman Devlet Hastanesi, hsehid@gmail.com

olunmasına engel olur. Zor hastayı ele alırken yapılabilecek en önemli hatalardan biri hastayı etiketlemek veya bir gruba dahil etmeye çalışmaktır. Belki sık tekrarlandığı için anlamını yitiren “Hastalık yoktur hasta vardır.” sözü hekime bu meselede pusula olabilir.

Anahtar Kelimeler: zor hasta, zor hasta ile iletişim, öfkeli hasta, empati

KAYNAKLAR

1. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J.* 2010;10(1):38–43.
2. Lechky O. There are easy ways to deal with difficult patients, MDs say. *C Can Med Assoc J.* 1992;146(10):1793.
3. Hahn SR, Kroenke K, Spitzer RL, Brody D, Williams JBW, Linzer M, et al. The difficult patient. *J Gen Intern Med.* 1996;11(1):1–8.
4. Smith S. Dealing with the difficult patient. *Postgrad Med J.* 1995;71(841):653–7.
5. Kaysı A. Genel bilgiler. In: Kaysı A, editor. *İç hastalıkları (semiyoloji)*. 4. baskı. İstanbul: Alfa Yayınları; 2007. p. 1–11.
6. Chou C. Dealing with the ‘difficult’ patient. *Wisconsin Medical Journal.* 2004; 103:6.
7. Faulkner A, Maguire P, Regnard C. Dealing with anger in a patient or relative: a flow diagram. *Palliat Med.* 1994;8(1):51–7.
8. Brown J, Noble L, Papageorgiou A, Kidd J. *Clinical communication in medicine.* John Wiley & Sons; 2016.
9. Maguire P, Faulkner A, Regnard C. Handling the withdrawn patient-a flow diagram. *Palliat Med.* 1993;7(4):333–8.
10. Ersoy EG, Köşger F. Empati: Tanımı ve Önemi. *Osmangazi Tıp Dergisi/Osmangazi Journal of Medicine*, 2016;38 (2), 9-17.
11. Atıcı, E. Hasta-Hekim ilişkisini etkileyen unsurlar, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2007;33 (2) 91 96

Bölüm 3

PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK, STRES VE ÖZ BAKIM

Alişan Burak YAŞAR¹

GİRİŞ

Sağlık çalışanları sıklıkla doğrudan veya dolaylı olarak travmatik durumlara maruz kalmakta veya travmatik durumlara maruz kalanlarla temas etmektedirler. Literatürdeki farklı tanımlarla birlikte ikincil etkilenme olayı, aynı birincil etkilenme benzeri ruhsal etkilere neden olabilmektedir. Bu etkiler nedeni ile, karşılaşmadan önce, hizmet sürecinde veya sonrasında uygulanabilecek çeşitli etkili yöntemler mevcuttur. Bu bölümde sağlık çalışanlarındaki ikincil etkilenmeleri ve buna karşı öneriler tartışılacaktır.

İKİNCİL ETKİLENME

Travmatik olaylara doğrudan maruz kalan kişi veya gruplara yönelik yardım çalışmalarında bulunan grupların stres tepkileri geliştirmeleri olasıdır. Yaptıkları işle ilgili olarak travmatik olaylara uzun süreli maruz kalan, ancak doğrudan travma mağduru olmadıkları yerine olmadıklarından dolayı gözden kaçma riski bulunan yardım çalışanları için, işlev kaybına uğrayacak duruma gelmeden önleyici müdahalelerin belirlenmesi önemlidir (1). İlgili araştırmalara bakıldığında arama kurtarma çalışanları, itfaiye ve emniyet görevlileri, psikologlar, sosyal çalışmacılar ve avukatlarda olduğu gibi hekimlerde de bu stres tepkilerinin görülebileceği gösterilmiştir. Özellikle sağlık çalışanlarına bakıldığında bu grup, fiziksel yaralanma, tecavüz ve cinsel istismar, motorlu taşıt kazaları ve felaketler gibi bir dizi travmatik olaya sıklıkla şahitlik yapmaktadır (2). Doğrudan travma mağduruyla temas kurarak sağlık çalışanı olarak travmatik bir olayla ilgili travmatik deneyimlere maruz kalmanın hem olumsuz hem de pozitif (3) psikolojik etkilerinin

¹ Uzman Doktor, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, burakyasar54@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Yılmaz B. Yardım Çalışanlarında Travmatik Stres. *Klin Psikiyatr Derg.* 2007; 10(3).
2. Crabbe JM, Bowley DMG, Boffard KD et al. Are health professionals getting caught in the cross-fire? The personal implications of caring for trauma victims. *Emerg Med J.* 2004; 21 (5):568-572.
3. Arnold D, Calhoun LG, Tedeschi R et al. Vicarious posttraumatic growth in psychotherapy. *J Humanist Psychol.* 2005; (2):239-263.
4. Brockhouse R, Msetfi RM, Cohen K et al. Vicarious exposure to trauma and growth in therapists: The moderating effects of sense of coherence, organizational support, and empathy. *J Trauma Stress.* 2011; 24(6):735-742.
5. Manning-Jones S, de Terte I, Stephens C. Secondary traumatic stress, vicarious posttraumatic growth, and coping among health professionals; A comparison study. *New Zeal J Psychol.* 2016; 45(1): 20.
6. Danışman IG, Yılmaz B. Yardım Çalışanlarında İkincil Travmatik Stres: Kuramsal Artalan ve Müdahaleye Yönelik Bir Uygulama Örneği. *Psikiyatr Güncel.* 2018; (1): 63-72.
7. Ligris V. Vicarious traumatization in therapists: contributing factors, PTSD symptomatology and cognitive distortions. *Dissert Abstr Int B Sci Eng.* 2001; 61(10B):5571.
8. Figley C. Treating compassion fatigue. New York: Brunner Routledge 2002.
9. Lerijs D, Byrne MK. Vicarious traumatization: Symptoms and predictors. *Stress Heal J Int Soc Investig Stress.* (2003); 19(3):129-138.
10. Gün SE, Alyanak B. Travma, Psikolojik Dayanıklılık ve Aile. *Türkiye Klinikleri Child Psychiatry-Special Topics.* 2018;4(3):49-52.
11. Rutter M. Annual Research Review: Resilience –Clinical Implications. *Child Psychol Psychiatry* 2013;54(4):474-87.
12. Truffino JC. Resilience: An approach to the concept. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2010;3: 145-51.
13. Werner EE. Resilience and recovery: Findings from the Kauai Longitudinal Study. *Focal Point Research, Policy, and Practice in Children's Mental Health Summer* 2005;19(1):11-4.
14. Huggard P, Dixon R. Tired of caring": The impact of caring on resident doctors. *Australas J Disaster Trauma Stud.* (2011); 3: 105-112.
15. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5*). American Psychiatric Pub 2013.
16. Kar N, Bastia BK. Post-traumatic stress disorder, depression and generalised anxiety disorder in adolescents after a natural disaster: a study of comorbidity. *Clin Pract Epidemiol Ment Heal.* 2006; 2(1):17.
17. Ruglass LM, Shevorykin A, Brezing C et al. Demographic and clinical characteristics of treatment seeking women with full and subthreshold PTSD and concurrent cannabis and cocaine use disorders. *J Subst Abuse Treat.* (2017); 80:45-51.
18. Tural Ü, Önder E, Aker T. Effect of depression on recovery from PTSD. *Community Ment Health J.* 2012; 48:161-166.
19. Pearlman LA, Saakvitne KW. Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. *Compassion fatigue Coping with Second Trauma Stress Disord those who treat traumatized.* 1995; 23:150-177.
20. Van der Kolk BA. Developmental trauma disorder: toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatr Ann.* 2017; 35(5):401-408.
21. Bride BE. Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Soc Work.* 2007; 52(1):63-70.
22. Burnett Jr HJ, Wahl K. The compassion fatigue and resilience connection: A survey of resilience, compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among trauma responders. Faculty Publications. 2015; 5.
23. Van der Kolk B. The Body Keeps the Score. New York. Viking 2014.
24. Heise D. Stealing and resilience in art education. *Art Educ.* 2014; 67(3):26-30.
25. Bisson JI, Berliner L, Cloitre M, et al. The International Society for Traumatic Stress Studies

- New Guidelines for the Prevention and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Methodology and Development Process. *J Trauma Stress* 2019; 32.4:475-483.
26. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress*. 1996; 9(3):455-471.
 27. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000; 68(5):748.
 28. Yılmaz B, Sahin NH. Arama-Kurtarma Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyüme. *Türk Psikol Derg*.2007; 22(59):119.
 29. Markwell AL, Wainer Z. The health and wellbeing of junior doctors: insights from a national survey. *Med J Aust*. 2009; 191(8):441-444.
 30. Clemans SE. Understanding vicarious traumatization: Strategies for social workers. *Soc Work Today*. 2004; 4(2):13.
 31. Harrison RL, Westwood MJ. Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices. *Psychother Theory, Res Pract Train*.2009; 46(2):203.
 32. Moran CC, Hughes LP. Coping with stress: Social work students and humour. *Soc Work Educ*. 2006; .25(5):501-517.

Bölüm 4

SAĞLIKTA ŞİDDET VE OLASI PSİKİYATRİK YANSIMALARI

Yunus HACIMUSALAR¹

GİRİŞ

Hastalıklar ve iyileştirici yöntemler uygulayanların, bir bakıma sağlık çalışanlarının tarihi, insanlık tarihi kadar eskidir. Sağlık fiziksel ve ruhsal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. İyilik halinin kaybedilmesi insanlar için hoş olmayan, katlanılması zor bir durumdur. Bu nedenle kişiler bir an önce sağlıklarına kavuşmak için yardım arayışında bulunur. Tarih boyunca insanların ıstırabını dindiren, onların sağlıklarına kavuşmasına yardımcı olan kişilere özel bir önem verilmiştir. Tarihsel süreçteki bu önem zaman zaman onları ilahlaştıran boyutlara kadar ulaşmıştır. Tarihin erken dönemlerinde özel bir eğitim gerekmeden, öğrenme ya da tecrübelerle kazanılan iyileştirici bilgi, insanlığın gelişimi ile mesleğe dönüşmüştür. Sağlık sistemi artık multidisipliner bir yaklaşım ve özelleşmeyi gerektirmektedir. Sağlık hizmetleri kişilerle yakın iletişimi gerektiren, farklı yaş ve gruplardaki kişilere tıbbi yardım, tanı ve tedaviyi içeren bir süreci kapsamaktadır. Artan nüfus ve sağlık hizmetlerine kolay ulaşım, sağlık hizmeti veren kuruluşlarda giderek artan bir yoğunluğa neden olmaktadır. Gelişen teknoloji ile teşhis ve tedavide modern cihazlar ve yeni yöntemlerin kullanılması sunulan hizmetin kalitesini artırmanın yanında ek müdahale ve zaman gereksinimi doğurmaktadır. Bu durum hastaların bekleme sürelerini artırabilmektedir. Sistemsel sorunların eklenmesi ile de sağlık sisteminde hizmet sunan ve hizmet alan arasındaki iletişim sorunları, hasta ve yakınlarının beklentileri, şiddet davranışı gibi ciddi sorunlara neden olabilmektedir.

Son günlerde giderek artan sağlıkta şiddet haberleri dikkat çekici niteliktedir. Bu kitap bölümünde farklı düzeyde pek çok bileşenle ele alınması gereken sağlıkta şiddetin sağlık çalışanlarında psikiyatrik yansımalarının ele alınması amaçlanmıştır.

¹ Doktor Öğretim Üyesi, Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

sonrası görev yeri ya da il değişikliği yapmak zorunda kalınması, aile için yeni bir zorluk ve uyum sorununu gündeme getirmektedir. Ayrıca şiddet nedeniyle kişinin çalışma gücünde kayıp yaşanması ya da şiddetin ölümle sonuçlanması aile için büyük bir travma oluşturmaktadır. Şiddet olayından kişinin çalışma arkadaşları etkilenmektedir. Çalışma arkadaşlarında öfke, kaygı, beklenti anksiyetesi, değersizlik hissi, benzer olayları yaşayacağı düşüncesi ile kaçınma davranışları görülebilmektedir. Şiddet sonrası zarar gören personelin işten ayrılması nedeniyle çalışma programında değişiklik yapılması gerekebilmektedir. Ayrılan personelin şiddet gördüğü birimde çalışma kişide ek bir stres etkeni oluşturmaktadır.

Psikiyatrik tanılardan akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete bozuklukları, uyum bozukluğu ve depresyon en sık görülen hastalıklardır. Ancak şiddete maruz kalanların ruhsal durumlarının takip edildiği izlem çalışmaları bulunmamaktadır. Ayrıca şiddet sonrası belirtilerin çoğu semptom düzeyinde kaldığı ve klinik psikopatolojiye dönüşmediği için bunlarla ilgili kayıtlar da yetersizdir.

SONUÇ

Sağlık çalışanları güvenlik görevi yapan mesleklerden sonra en sık şiddete maruz kalan grubu oluşturmaktadır. Sağlık politikaları, hastanenin fiziksel şartları, hasta sayısındaki yoğunluk, çalışılan kliniğin özelliği, hasta veya hasta yakını ile sağlık çalışanları arasındaki iletişim sorunları şiddetin en önemli sebeplerini oluşturmaktadır. Sağlıkta şiddete yönelik çok sayıda yasal düzenleme yapılmıştır. Bütün bunlara rağmen şiddet olayları her geçen gün artmaktadır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olayları şiddete uğrayan kişinin yanında ailesi ve çalışma arkadaşları üzerinde ruhsal etkiler oluşturmakta, çalışma motivasyonunu ve verimini düşürmektedir. Sağlıkta şiddeti azaltabilmek için var olan yasalara ek düzenlemeler ve şiddeti azaltacak uygulamalar yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık çalışanı; şiddet; psikiyatrik belirtiler; sağlıkta şiddet, mobbing, yıldırı

KAYNAKLAR

1. WHO (2013). Definition and typology of violence. Violence Prevention Alliance. (23/08/2019 tarihinde <https://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/> adresinden ulaşılmıştır).
2. WHO (2002). Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector. (23/08/2019 tarihinde https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/workplace/en/ adresinden ulaşılmıştır).
3. Leymann H. The content and development of mobbing at work. Eur J Work Organ Psychol. 1996;5(2):165-184.
4. Tinaz P. İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing). Çalışma ve Toplum. 2006;4:13-28.

5. Bandura A. (1971) Social Learning Theory. New York City: General Learning Press.
6. Davidson RJ, Putnam KM, Larson CL. Dysfunction in the Neural Circuitry of Emotion Regulation--A Possible Prelude to Violence. *Science*. 2000;289(5479):591-594.
7. Pınar T. Sağlık Çalışanları ve İşyerinde Şiddet. *TAF Prev Med Bull*. 2013;12:315-326.
8. Elliott PP. Violence in health care. What nurse managers need to know. *Nurs Manage*. 1997;28(12):38-41; quiz 42.
9. Salminen S. Violence in the Workplaces in Finland. *J Safety Res*. 1997;28:123-131.
10. Beech B, Leather P. Workplace violence in the health care sector: A review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggress Violent Behav*. 2006;11(1):27-43.
11. Yeşilbaş H. Sağlıkta Şiddete Genel Bakış. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Derg*. 2016;3:44-54.
12. Annagür B, Konya H. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010;2:161-173.
13. Keser Özcan N, Bilgin H. Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistematiik Derleme. *Türkiye Klin J Med Sci*. 2011;31(6):1442-1456.
14. Ayrancı U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoğlu C. Identification of Violence in Turkish Health Care Settings. *J Interpers Violence*. 2006;21(2):276-296.
15. Hamzaoglu N, Türk B. Prevalence of Physical and Verbal Violence Against Health Care Workers in Turkey. *Int J Heal Serv*. 2019;002073141985982.
16. Türk Ceza Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf>. 18.08.2019 tarihinde erişilmiştir
17. Sağlık Hizmetleri Kanunu. (23/08/2019 tarihinde <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3359.pdf>. adresinden ulaşılmıştır).
18. Ceza Muhakemesi Kanunu. (23/08/2019 tarihinde <http://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5271.pdf>. adresinden ulaşılmıştır).
19. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu. (23/08/2019 tarihinde <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3359.pdf>. adresinden ulaşılmıştır).
20. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. (23/08/2019 tarihinde <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/06/20120630-1.htm>. adresinden ulaşılmıştır).
21. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm>. Accessed August 25, 2019.
22. Çalışan Güvenliğinin Sağlanması'na Yönelik Genelge (2012/23). (23/08/2019 tarihinde <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1073,calisangenelgesipdf.pdf?0>. adresinden ulaşılmıştır).
23. Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. (23/08/2019 tarihinde <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/04/20120428-3.htm>. adresinden ulaşılmıştır).
24. Türk Borçlar Kanunu. (23/08/2019 tarihinde <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6098.pdf>. adresinden ulaşılmıştır).
25. İşyerlerinde Psikolojik Tacizin (Mobbing) Önlenmesi konulu Genelge (2011/2). (23/08/2019 tarihinde http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=856:yerlerde-psikolojik-taciz-mobbing-onlenmesi-konulu-genelge&catid=3:tebligengelge&Itemid=35. adresinden ulaşılmıştır).
26. Çukur C. (2016). Türk Hukuku ve Karşılaştırmalı Hukukta İşyerinde Psikolojik Taciz. ANKARA: TBMM Basımevi.

Bölüm 5

DELİRYUM

Gökhan ÖZPOLAT¹

GİRİŞ

Deliryum dikkat ve bilişte kısa sürede ve akut olarak meydana gelen bozulma ile karakterize olan, özellikle 65 yaş ve üzeri kişilerde yaygın olarak görülebilen, yaşamı tehdit edici bununla birlikte potansiyel olarak önlenebilir bir klinik sendromdur (1). Hastanede yatarak tedavi gören 65 ve üzeri yaştaki hasta popülasyonunda en sık görülen komplikasyondur (2). Deliryum özellikle büyük cerrahi operasyonlardan sonra ve yoğun bakım ünitesi hastalarında sık görülmektedir (1). Görülme sıklığı yüksek olmasına rağmen yaklaşık her üç vakadan birine tanı konamadığı bildirilmiştir (3). Deliryum hastanede kalma süresini uzatmakla birlikte deliryum gelişmiş olan hastalarda operasyon sonrası komplikasyon daha sık görülmektedir. Ek olarak deliryum gelişen hastalarda postoperatif dönemde iyileşme süresi uzatma, komplikasyonlar nedeni ile mortalite ve morbidite oranlarını arttırmaktadır (4-8). Deliryumun önlenmesi ayrıca hasta güvenliği kapsamının önemli bir bileşeni ve yaşlı hasta bakım kalitesinin önemli bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (9, 10).

Bu kitap bölümünde deliryumun klinisyenlerce tanınırlığını artırma amacıyla tanı koyma ve tedavi sürecinin anlatılması amaçlanmıştır.

EPİDEMİYOLOJİ

Deliryum hastanede yatarak tedavi gören yaşlı hastalarda sık görülmekle birlikte görülme sıklığı hastaların klinik özelliklerine ve bakım ünitelerine göre farklılık göstermektedir. Deliryum yaygınlığı genel toplumda %1-2 olarak bildirilmiştir. Bu oran yaşla birlikte artış gösterir ve 85 yaşın üzerinde genel toplumda %14'e

¹ Uzman Doktor, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, gokhan_dr_ozpolat@hotmail.com

olabilir ancak bulguların genellenebilirliği açısından yeterli kanıt düzeyi mevcut değildir. Deliryumun önlenmesi ve tedavi edilmesinde melatonin ve melatonin agonistleri, deksametazon gibi kortikosteroidler, gabapentin gibi ajanların etkili olabileceğine dair veriler mevcutsa da çalışma sayısının ve çalışmalardaki katılımcı düzeyinin azlığı, metodolojik sorunlar, farklı hasta popülasyonlarının varlığı gibi nedenlerden ötürü bulguları genellemek henüz mümkün değildir (85).

SONUÇ

Deliryum özellikle altta yatan hastalığı olan yaşlı kişilerde sık görülür ve deliryumun ortaya çıkması negatif klinik sonuçlar ile yakından ilişkilidir. Deliryumun çok faktörlü doğası nedeniyle deliryumu önleme ve tedavi etme stratejilerinin çok sayıda faktörü hedef alması gerekmektedir. Deliryuma yaklaşımın temelini risklerin belirlenmesi, çevresel koşulların ele alınması, altta yatan nedenlerin ve semptomların erken tanınması ve tedavi edilmesi oluşturur. Herhangi bir ilaç lehine açık kanıtlar olmamasına rağmen farmakolojik tedaviler deliryuma yaklaşımın önemli bir parçasıdır. Deliryumun ele alınması, tedavi edilmesi ve neden olabileceği olumsuz sonuçların iyileştirilmesi sağlık sisteminin genel kalitesini yükseltecektir.

Anahtar Kelimeler: Deliryum, dikkat, bilişsel işlevler, yönelim, oryantasyon

KAYNAKLAR

1. Inouye SK. Delirium in older persons. New England journal of medicine. 2006;354 (11):1157-1165.
2. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. The Lancet. 2014;383 (9920):911-922.
3. Inouye SK. Delirium in hospitalized older patients: recognition and risk factors. Journal of geriatric psychiatry and neurology. 1998;11 (3):118-125.
4. McCusker J, Cole MG, Dendukuri N, et al. Does delirium increase hospital stay? Journal of the American Geriatrics Society. 2003;51 (11):1539-1546.
5. McKhann GM, Grega MA, Borowicz Jr LM, et al. Encephalopathy and stroke after coronary artery bypass grafting: incidence, consequences, and prediction. Archives of neurology. 2002;59 (9):1422-1428.
6. Inouye SK, Rushing JT, Foreman MD, et al. Does delirium contribute to poor hospital outcomes? Journal of general internal medicine. 1998;13 (4):234-242.
7. McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, et al. Delirium predicts 12-month mortality. Archives of internal medicine. 2002;162 (4):457-463.
8. Leslie DL, Zhang Y, Holford TR, et al. Premature death associated with delirium at 1-year follow-up. Archives of Internal Medicine. 2005;165 (14):1657-1662.
9. Wachter R. (2012) Understanding patient safety. 2. New York, NY: McGraw-Hill Medical.
10. Wenger NS, Shekelle PG, Davidoff F, et al. Acove quality indicators. Annals of internal medicine. 2001;135 (8 pt 2):653-667.
11. Rahkonen T, Eloniemi-Sulkava U, Paanila S, et al. Systematic intervention for supporting community care of elderly people after a delirium episode. International psychogeriatrics. 2001;13 (1):37-49.

12. Folstein MF, Bassett SS, Romanoski AJ, et al. The epidemiology of delirium in the community: the Eastern Baltimore Mental Health Survey. *International Psychogeriatrics*. 1991;3 (2):169-176.
13. Bucht G, Gustafson Y, Sandberg O. Epidemiology of delirium. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 1999;10 (5):315-318.
14. Élie M, Rousseau F, Cole M, et al. Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients. *Cmaj*. 2000;163 (8):977-981.
15. Inouye SK, Bogardus Jr ST, Charpentier PA, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *New England journal of medicine*. 1999;340 (9):669-676.
16. Pisani MA, McNicoll L, Inouye SK. Cognitive impairment in the intensive care unit. *Clinics in chest medicine*. 2003;24 (4):727-737.
17. Siddiqi N, House AO, Holmes JD. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. *Age and ageing*. 2006;35 (4):350-364.
18. Association AP. Practice guideline for the treatment of patients with delirium. *Am J Psychiatry*. 1999;156 (5):1-39.
19. Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, et al. Long-term cognitive impairment after critical illness. *New England Journal of Medicine*. 2013;369 (14):1306-1316.
20. Ely EW, Shintani A, Truman B, et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *Jama*. 2004;291 (14):1753-1762.
21. Lin S-M, Liu C-Y, Wang C-H, et al. The impact of delirium on the survival of mechanically ventilated patients. *Critical care medicine*. 2004;32 (11):2254-2259.
22. Veiga D, Luis C, Parente D, et al. Postoperative delirium in intensive care patients: risk factors and outcome. *Brazilian Journal of Anesthesiology*. 2012;62 (4):469-483.
23. Han L, McCusker J, Cole M, et al. Use of medications with anticholinergic effect predicts clinical severity of delirium symptoms in older medical inpatients. *Archives of internal medicine*. 2001;161 (8):1099-1105.
24. Kaplan NM, Palmer BF, Roche V. Etiology and management of delirium. *The American journal of the medical sciences*. 2003;325 (1):20-30.
25. Hshieh TT, Fong TG, Marcantonio ER, et al. Cholinergic deficiency hypothesis in delirium: a synthesis of current evidence. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2008;63 (7):764-772.
26. Lauretani F, Ceda GP, Maggio M, et al. Capturing side-effect of medication to identify persons at risk of delirium. *Aging clinical and experimental research*. 2010;22 (5-6):456-458.
27. Marcantonio ER, Rudolph JL, Culley D, et al. Serum biomarkers for delirium. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2006;61 (12):1281-1286.
28. Shigeta H, Yasui A, Nimura Y, et al. Postoperative delirium and melatonin levels in elderly patients. *The American journal of surgery*. 2001;182 (5):449-454.
29. Cole MG. Delirium in elderly patients. *Focus*. 2005;12 (2):7-332.
30. MacLulich AM, Ferguson KJ, Miller T, et al. Unravelling the pathophysiology of delirium: a focus on the role of aberrant stress responses. *Journal of psychosomatic research*. 2008;65 (3):229-238.
31. Schoen J, Meyerrose J, Paarmann H, et al. Preoperative regional cerebral oxygen saturation is a predictor of postoperative delirium in on-pump cardiac surgery patients: a prospective observational trial. *Critical care*. 2011;15 (5):R218.
32. Alagiakrishnan K, Wiens C. An approach to drug induced delirium in the elderly. *Postgraduate medical journal*. 2004;80 (945):388-393.
33. Joëls M. Impact of glucocorticoids on brain function: relevance for mood disorders. *Psychoneuroendocrinology*. 2011;36 (3):406-414.
34. Inouye S, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. *Jama*. 1996.
35. Gleason OC. Donepezil for postoperative delirium. *Psychosomatics*. 2003;44 (5):437.

36. O'Mahony R, Murthy L, Akunne A, et al. Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence guideline for prevention of delirium. *Annals of internal medicine*. 2011;154 (11):746-751.
37. Hshieh TT, Yue J, Oh E, et al. Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. *JAMA internal medicine*. 2015;175 (4):512-520.
38. Collins N, Blanchard MR, Tookman A, et al. Detection of delirium in the acute hospital. *Age and ageing*. 2009;39 (1):131-135.
39. Mrazek RE, Griffin WST. Dementia with Lewy bodies: Definition, diagnosis, and pathogenic relationship to Alzheimer's disease. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2007;3 (5):619.
40. Marcantonio ER. Delirium. *Annals of internal medicine*. 2011;154 (11):ITC6-1.
41. Hughes CG, Patel MB, Pandharipande PP. Pathophysiology of acute brain dysfunction: what's the cause of all this confusion? *Current opinion in critical care*. 2012;18 (5):518-526.
42. Setters B, Solberg LM. Delirium. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 2017;44 (3):541-559.
43. Association AP. (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
44. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, et al. Clarifying confusion: the confusion assessment method: a new method for detection of delirium. *Annals of internal medicine*. 1990;113 (12):941-948.
45. Inouye SK, Foreman MD, Mion LC, et al. Nurses' recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings. *Archives of internal medicine*. 2001;161 (20):2467-2473.
46. Hshieh TT, Inouye SK, Oh ES. Delirium in the Elderly. *The Psychiatric clinics of North America*. 2018;41 (1):1-17.
47. Fick DM, Inouye SK, Guess J, et al. Preliminary development of an ultrabrief two-item bedside test for delirium. *Journal of hospital medicine*. 2015;10 (10):645-650.
48. Marcantonio ER. Postoperative delirium: a 76-year-old woman with delirium following surgery. *Jama*. 2012;308 (1):73-81.
49. Marcantonio ER. Delirium in hospitalized older adults. *New England Journal of Medicine*. 2017;377 (15):1456-1466.
50. Hirao K, Ohnishi T, Matsuda H, et al. Functional interactions between entorhinal cortex and posterior cingulate cortex at the very early stage of Alzheimer's disease using brain perfusion single-photon emission computed tomography. *Nuclear medicine communications*. 2006;27 (2):151-156.
51. Lai M, Wong Tin Niam D. Intracranial cause of delirium: computed tomography yield and predictive factors. *Internal medicine journal*. 2012;42 (4):422-427.
52. Sutter R, Rüegg S, Tschudin-Sutter S. Seizures as adverse events of antibiotic drugs: a systematic review. *Neurology*. 2015;85 (15):1332-1341.
53. Jenssen S. Electroencephalogram in the dementia workup. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. 2005;20 (3):159-166.
54. Tu T, Loh N, Tan N. Clinical risk factors for non-convulsive status epilepticus during emergent electroencephalogram. *Seizure*. 2013;22 (9):794-797.
55. Flaherty JH, Gonzales JP, Dong B. Antipsychotics in the treatment of delirium in older hospitalized adults: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2011;59:S269-S276.
56. Morandi A, Davis D, Taylor J, et al. Consensus and variations in opinions on delirium care: a survey of European delirium specialists. *International psychogeriatrics*. 2013;25 (12):2067-2075.
57. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical care medicine*. 2013;41 (1):263-306.
58. Tabet N, Hudson S, Sweeney V, et al. An educational intervention can prevent delirium on acute medical wards. *Age and ageing*. 2005;34 (2):152-156.
59. Ely EW, Margolin R, Francis J, et al. Evaluation of delirium in critically ill patients: validation

- of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Critical care medicine*. 2001;29 (7):1370-1379.
60. Maldonado JR. Pathoetiological model of delirium: a comprehensive understanding of the neurobiology of delirium and an evidence-based approach to prevention and treatment. *Critical care clinics*. 2008;24 (4):789-856.
 61. Inouye SK, Zhang Y, Jones RN, et al. Risk factors for delirium at discharge: development and validation of a predictive model. *Archives of Internal Medicine*. 2007;167 (13):1406-1413.
 62. Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ, et al. Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2001;49 (5):516-522.
 63. Campbell N, Boustani M, Limbil T, et al. The cognitive impact of anticholinergics: a clinical review. *Clinical interventions in aging*. 2009;4:225.
 64. Vasilevskis EE, Ely EW. 2013: updates in delirium. *The Neurohospitalist*. 2014;4 (2):58-60.
 65. Clegg A, Young J, Iliffe S, et al. Frailty in elderly people. *The lancet*. 2013;381 (9868):752-762.
 66. Inouye S, Robinson T, Blaum C, et al. American Geriatrics Society Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults. Postoperative delirium in older adults: best practice statement from the American Geriatrics Society. *J Am Coll Surg*. 2015;220 (2):136-48.
 67. Siddiqi N, Harrison JK, Clegg A, et al. Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016; (3).
 68. Craven J. Postoperative organic mental syndromes in lung transplant recipients. *Toronto Lung Transplant Group. The Journal of heart transplantation*. 1990;9 (2):129-132.
 69. Kaneko T, Cai J, Ishikura T, et al. Prophylactic consecutive administration of haloperidol can reduce the occurrence of postoperative delirium in gastrointestinal surgery. *Yonago Acta Med*. 1999;42 (3):179-184.
 70. Kalisvaart KJ, De Jonghe JF, Bogaards MJ, et al. Haloperidol prophylaxis for elderly hip-surgery patients at risk for delirium: a randomized placebo-controlled study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005;53 (10):1658-1666.
 71. Vochteloo AJ, Moerman S, van der Burg BLB, et al. Delirium risk screening and haloperidol prophylaxis program in hip fracture patients is a helpful tool in identifying high-risk patients, but does not reduce the incidence of delirium. *BMC geriatrics*. 2011;11 (1):39.
 72. van den Boogaard M, Schoonhoven L, van Achterberg T, et al. Haloperidol prophylaxis in critically ill patients with a high risk for delirium. *Critical Care*. 2013;17 (1):R9.
 73. Wang W, Li H-L, Wang D-X, et al. Haloperidol prophylaxis decreases delirium incidence in elderly patients after noncardiac surgery: a randomized controlled trial. *Critical care medicine*. 2012;40 (3):731-739.
 74. Fukata S, Kawabata Y, Fujisiro K, et al. Haloperidol prophylaxis does not prevent postoperative delirium in elderly patients: a randomized, open-label prospective trial. *Surgery today*. 2014;44 (12):2305-2313.
 75. Sipahimalani A, Masand PS. Olanzapine in the treatment of delirium. *Psychosomatics*. 1998;39 (5):422-430.
 76. Kim KS, Pae CU, Chae JH, et al. An open pilot trial of olanzapine for delirium in the Korean population. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2001;55 (5):515-519.
 77. Breitbart W, Tremblay A, Gibson C. An open trial of olanzapine for the treatment of delirium in hospitalized cancer patients. *Psychosomatics*. 2002;43 (3):175-182.
 78. Skrobik YK, Bergeron N, Dumont M, et al. Olanzapine vs haloperidol: treating delirium in a critical care setting. *Intensive care medicine*. 2004;30 (3):444-449.
 79. Sasaki Y, Matsuyama T, Inoue S, et al. A prospective, open-label, flexible-dose study of quetiapine in the treatment of delirium. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2003;64 (11):1316-1321.
 80. Han C-S, Kim Y-K. A double-blind trial of risperidone and haloperidol for the treatment of delirium. *Psychosomatics*. 2004;45 (4):297-301.
 81. Prakanrattana U, Prapaitrakool S. Efficacy of risperidone for prevention of postoperative delirium in cardiac surgery. *Anaesthesia and intensive care*. 2007;35 (5):714-719.
 82. Hakim SM, Othman AI, Naoum DO. Early Treatment with Risperidone for Subsyndromal

- Delirium after On-pump Cardiac Surgery in the Elderly A Randomized Trial. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*. 2012;116 (5):987-997.
83. Neufeld KJ, Yue J, Robinson TN, et al. Antipsychotic medication for prevention and treatment of delirium in hospitalized adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2016;64 (4):705-714.
 84. Agar MR, Lawlor PG, Quinn S, et al. Efficacy of oral risperidone, haloperidol, or placebo for symptoms of delirium among patients in palliative care: a randomized clinical trial. *JAMA internal medicine*. 2017;177 (1):34-42.
 85. Ford AH, Almeida OP. Pharmacological interventions for preventing delirium in the elderly. *Maturitas*. 2015;81 (2):287-292.
 86. Aguirre E. Delirium and hospitalized older adults: a review of nonpharmacologic treatment. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 2010;41 (4):151-152.
 87. Hassaballa HA, Balk RA. Torsade de pointes associated with the administration of intravenous haloperidol: a review of the literature and practical guidelines for use. *Expert opinion on drug safety*. 2003;2 (6):543-547.
 88. Brown T, Boyle M. Delirium. *Bmj*. 2002;325 (7365):644-647.
 89. Carter GL, Dawson AH, Lopert R. Drug-Induced Delirium. *Drug safety*. 1996;15 (4):291-301.
 90. Loneragan E, Luxenberg J, Areosa SA, et al. Benzodiazepines for delirium. *Cochrane Database Syst*. 2009.
 91. Mayo-Smith MF. Pharmacological management of alcohol withdrawal: a meta-analysis and evidence-based practice guideline. *Jama*. 1997;278 (2):144-151.
 92. Moretti R, Torre P, Antonello RM, et al. Cholinesterase inhibition as a possible therapy for delirium in vascular dementia: a controlled, open 24-month study of 246 patients. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*. 2004;19 (6):333-339.
 93. Liptzin B, Laki A, Garb JL, et al. Donepezil in the prevention and treatment of post-surgical delirium. *The American journal of geriatric psychiatry*. 2005;13 (12):1100-1106.
 94. Sampson EL, Raven PR, Ndhlovu PN, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of donepezil hydrochloride (Aricept) for reducing the incidence of postoperative delirium after elective total hip replacement. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*. 2007;22 (4):343-349.
 95. Gamberini M, Bolliger D, Buse GAL, et al. Rivastigmine for the prevention of postoperative delirium in elderly patients undergoing elective cardiac surgery—a randomized controlled trial. *Critical care medicine*. 2009;37 (5):1762-1768.
 96. Marcantonio ER, Palihnich K, Appleton P, et al. Pilot randomized trial of donepezil hydrochloride for delirium after hip fracture. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2011;59:S282-S288.
 97. Young J, Inouye SK. Delirium in older people. *Bmj*. 2007;334 (7598):842-846.

Bölüm 6

KADINLARDA HORMONAL DÖNGÜ İLE İLİŞKİLİ RUH SAĞLIĞI SORUNLARI

Hatice TURAN¹

GİRİŞ

Kadınların yaşamında, biyolojik işleyişine, kültürel özelliklerine ve çevreye özgü farklılıklar ortaya çıkar. Kadınların cinsellikleri, doğurganlıkları, erkeklerle ve toplumla olan ilişkileri ruhsal yapıları üzerinde de farklılıklar oluşturur. Toplumsal cinsiyet rolleri, kadının yaşantısını özgürce planlamasında zorluklara neden olurken yaşamını daha stresli hale getirebilmektedir. Gebelik süreci, doğum, çocuk yetiştirme, ailenin diğer bireylerinin bakımını üstlenme, ikili ilişkilerde yaşanan zorlanmalar, üretkenliğinin sona erdiği algısı günlük yaşam sorunlarını da arttırmaktadır. Tüm bunların sonucu olarak, kadınların yaşadıkları durumları değiştiremez olarak görmesi, kendisini daha olumsuz algılama, benlik saygısında azalma, olumsuzlukları içselleştirme ve çevresel değişkenlerden daha çok etkilenme ile sonuçlanır. Sosyoekonomik durum, cinsiyet rolleri, şiddete maruz kalma ve biyolojik faktörler (gebelik, doğum, adet döngüsü, menopoz süreci gibi) kadın ruh sağlığını doğrudan etkilemektedir. Kaygı bozuklukları, duygudurum bozuklukları, bedensel belirtilerin ön planda olduğu somatoform bozukluklar, travma sonrası stres bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları ve yeme bozuklukları gibi ruhsal tanılar kadınlarda erkeklere oranla belirgin olarak daha sık karşımıza çıkmaktadır. Bu yazıda kadınların hormonal döngüsünün kadın ruhsal hayatında yarattığı değişiklikleri, bunların tedavisini ve sosyal alandaki yansımalarını ele almayı amaçlamaktayız.

PREMENSTRÜEL SENDROM

Premenstrüel sendrom (PMS) olarak sıklıkla kullandığımız fakat DSM-V ölçütlerine baktığımızda premenstrüel disfori bozukluğu (PMDB) olarak tanımlanan,

¹ Uzman Doktor, Psikiyatri, Konya Özel Muayenehane, haticesodan@yahoo.com

bir bireydir. Bu zenginlikler menopoza uyum sürecini kolaylaştırmaktadır (50, 53, 55, 62, 63, 64). Kadın yaşlanır, emekli olur, çocukları büyür ve evden ayrılır, eşini kaybeder, sağlık sorunları başlar... Tüm bunlar uyum sağlanması gereken bir kriz olarak algılanmakta, değişen toplumsal ve sosyal faktörler ile hormonal değişimler bir araya geldiğindeyse çeşitli psikiyatrik tablolar ortaya çıkabilmektedir. Önemli olan bu süreçte ortaya çıkan tüm bu değişimlere uyum sağlamak konusunda kişiye destek olabilmektir. Birinci basamak kuruluşlarda menopozal dönem kadınlarda yapılacak düzenli aralıklarla takiplerle kişilerin fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunları sorgulanıp, erken tanı ve müdahale için fırsat yaratmak mümkün olabilecektir. Yine yapılan çalışmalarda perimenopozal dönemde kadınlara yapılacak bilgilendirme ve eğitimlerin menopoza karşı olumlu tutumlu geliştirme de katkısı olduğu bilinmektedir (65). Özetle yazındaki ortak vurgu şu şekildedir: “Menopoz, kişisel bir çıkmazın, bedensel değişimin ve sosyokültürel etkilerin karmaşık etkileşiminden doğar.” (66).

SONUÇ

Adet döngüsü, gebelik (burada ele alamadığımız gebe kalmak ya da kalmamak için yapılan uygulamalar), lohusalık ve menopoz süreçleri kadının yaşadığı veya yaşayacağı günü beklediği durumlardır. Yapılan çalışmaların pek çoğunda hormonal döngünün etiolojideki yerine atıfta bulunulsa da nedeni açıklamakta tek başına yeterli olmadığı görülmektedir. Her kadının biyolojik olarak ortak yaşadığı bu süreçler toplumsal cinsiyetçi dilden, etnik, dini ve kültürel değerlerden etkilenmektedir. Bu yüzden ortaya çıkan ruhsal sorunların tedavisinde her olguyu tek başına değerlendirmek, tedavi ve destek yönetimini kişiye göre planlamak öncelikli hedefimiz olmalıdır. Kadınların üreme döngüsünün ruh sağlığı üzerindeki etkilerini anlatan bu yazı, birinci basamak sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanlarının düzenli takip, ayrıntılı değerlendirme ve zamanında yapacakları yönlendirmelerin kadın sağlığı üzerinde ne kadar büyük önem taşıdığının da altını çizmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kadın ruh sağlığı, premenstrüel disforik bozukluk, gebelik depresyonu, doğum sonrası depresyonu, doğum sonrası psikozu, menopoz

KAYNAKLAR

1. Ryu A, Kim TH, Premenstrual syndrome: A mini review, Maturitas. 2015;82 (4):436-440.
2. American psychiatric Association (2013). Premenstruel dysphoric sendrom. In Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition (171-175). London: American Psychiatric Publishing.
3. Fernández MDM, Montes-Martínez A, Piñeiro-Lama M, et al. Tobacco consumption and premenstrual syndrome: A case-control study. PLoS One. 2019;14 (6): e0218794.
4. Hantsoo L, Epperson CN, Premenstrual dysphoric disorder: Epidemiology and treatment. Curr Psychiatry Rep. 2015;17:87.

5. Pearlstein T. Treatment of premenstrual dysphoric disorder: Therapeutic challenges. *J Expert Review of Clinical Pharmacol.* 2016;9(4):493-496.
6. Matsumoto T, Asakura H, Hayashi T. Biopsychosocial aspects of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Gynecol Endocrinol.* 2013;29(1):67-73. doi: 10.3109/09513590
7. Yankers KA, O'Brien PMS, Eriksson E. Premenstrual syndrome. *Lancet.* 2008;371:1200-1210.
8. Akdeniz F (2013). Premenstrüel sendrom ve premenstrüel disforik bozukluk. Yüksel Ş, Gülseren L, Başterzi AD (eds), Kadınların yaşamı ve kadın ruh sağlığı içinde (366-375). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
9. Türkçapar F, Türkçapar H. Premenstrüel sendrom ve premenstrüel disforik bozuklukta Tanı ve Tedavi: Bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri.* 2011;14:241-253.
10. Stute P, Bodmer C, Ehlert U et al. Interdisciplinary consensus on management of premenstrual disorders in Switzerland. *Gynecol Endocrinol.* 2017;33(5):342-348. doi: 10.1080/09513590.2017.
11. Szigethy EM, Wisner KL (2000). Psychopharmacological treatment of mood and anxiety disorders during pregnancy. In Steiner M, Yonkers KA, Eriksson E (Eds) *Mood disorders in women* (295-311). Londra: Martin Dunitz Ltd,
12. McAllister-Williams RH, Baldwin DS, Cantwell R et al. British Association for Psychopharmacology consensus guidance on the use of psychotropic medication preconception, in pregnancy and postpartum. *J Psychopharmacol.* 2017;31(5):519-552. doi: 10.1177/0269881117699361.
13. Çetin M. Gebelikte psikotrop ilaç kullanımı: Bir güncelleme. *Bulletin of Clin Psychopharmacol.* 2016;21(2):161-173.
14. Copoglu US, Kokacı MH, Demircan C. Gebelik ve laktasyon döneminde ruhsal bozukluklar ve tedavisi. *Mustafa Kemal Üniv Tıp Derg.* 2015;24(6):43-53.
15. Yonkers KA, Gilstad-Hayden K, Forray A et al. Association of panic disorder, generalized anxiety disorder, and benzodiazepine treatment during pregnancy with risk of adverse birth outcomes. *JAMA Psychiatry.* 2017;74(11):1145-1152.
16. Aydın N, Güleç M (2013). Gebelik ve ruh sağlığı. Yüksel Ş, Gülseren L, Başterzi AD (eds), Kadınların yaşamı ve kadın ruh sağlığı içinde (261-286). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
17. Bowen A, Muhajarine N. Antenatal depression. *Can Nurse J.* 2006;102:26-30.
18. Pearlstein T. Depression during pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecol.* 2015;29(5): 754-764.
19. Gentile S. Untreated depression during pregnancy: Short- and long-term effects in offspring. A systematic review. 2017;342:154-166.
20. Gentile S. Tricyclic antidepressants in pregnancy and puerperium, Expert Opinion on Drug Safety. 2014;13(2):207-225. DOI: 10.1517/14740338.2014.869582.
21. Simon GE, Cunningham ML, Davis RL. Outcomes of prenatal antidepressant exposure. *Am J Psychiatry.* 2002;159:2055-2061.
22. Hendrick V, Stowe ZN, Altshuler LL et al. Placental passage of antidepressant medication. *Am J Psychiatry.* 2003;160:993-996.
23. Constance G, Roger N, Leah DF et al. Management of postpartum depression. *J Midwifery Womens Health.* 2013;58(6):643-653.
24. Klinger Grossmann C, Weitzner B, Panchaud A et al. Pregnancy outcomes following use of escitalopram: A prospective comparative cohort study. *J Clin Pharmacol.* 2012;52(5):766-770.
25. Avalos LA, Chen H, Li DK. Antidepressant medication use, depression, and the risk of pre-eclampsia. *CNS Spectr.* 2015;20(1):-39-47.
26. Aktaş MC, Şimşek Ç, Aktaş S. Postpartum Depresyonun Etiyolojisi: Kültür Etkisi. G.O.P. Taksim E.A.H. *JAREN* 2017;3(Ek sayı):10-13.
27. Burt VK, Quezada V. Mood disorders in women: Focus on reproductive psychiatry in 21st century. *Can J Clin Pharmacol.* 2009;16:6-14.
28. Gülseren L (2013). Lohusalık ve ruh sağlığı. Yüksel Ş, Gülseren L, Başterzi AD (eds), Kadınların yaşamı ve kadın ruh sağlığı içinde (287-319). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.

29. Toohey J. Depression during pregnancy and postpartum. *Clinical obstetrics and gynecology*. 2012;55(3):788-97.
30. Heron J, McGuinness M, Balckmore ER et al. Early postpartum symptoms in puerperal psychosis. *BJOG*. 2008;115:348-353.
31. Veen C, Myint AM, Burgerhout KM ET AL. Tryptophan pathway alterations in the postpartum period and in acute postpartum psychosis and depression. *J Affect Disord*. 2016;189:298-305. doi: 10.1016/j.jad.2015.09.064.
32. Meltzer-Brody S, Howard LM, Bergink V et al. Postpartum psychiatric disorders. *Nat Rev Dis Primers*. 2018;4:18022. doi: 10.1038/nrdp.2018.22.
33. Doyle M, Carbolledo A, O'Keane V. Perinatal depression and psychosis: An update. 2015;21(1):5-14.
34. Friedman SH, Resnick PJ. Postpartum depression: An update. *Women's Health*. 2009;5(3): 287-295.
35. Ersoy E, Saatçi E (2019). Doğum sonrası depresyon ve emzirme. Telatar B (ed), Aile hekimliğinde anne sütünün anne ve bebek sağlığı açısından önemi içinden (97-105). Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınları.
36. Yonkers KA, Vigod S, Ross LE. Diagnosis, pathophysiology and management of mood disorders in pregnant and postpartum woman. *Obstet Gynecol*. 2011;117:961-977.
37. Güöüş AA, Keskin G, Alp N et al. Postpartum depresyon yaygınlığı ve ilişkili değişkenler. *New/ Yeni Symposium J*. 2012;50(3):145-154.
38. Amiel Castrol RT, Pataky EA, Ehlert U. Associations between premenstrual syndrome and postpartum depression: A systematic literature review. *Biol Psychol*. 2018;107:612. doi: 10.1016/j.biopsycho.2018.10.014.
39. Başer DA. Postpartum depresyon ile emzirme arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Ankara Med J*. 2018;(3):276-285.
40. Farias-Antunez S, Xavier MO, Santos IS. Effect of maternal postpartum depression on offspring's growth. *J Affect Disord*. 2018;228:143-152.
41. O'Hara MW, Pearlstein T, Stuart S et al. A placebo controlled treatment trial of sertraline and interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *J Affect Disord*. 2019;245:524-532.
42. Nordeng H, Bergsholm Y, Bohler E et al. The transfer of selective serotonin reuptake inhibitors to human milk. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2001;121(2):199-203.
43. Boyce PM, Hackett LP, Ilett KF. Duloxetine transfer across the placenta during pregnancy into milk during lactation. *Arch Womens Ment Health*. 2011;14:169-172.
44. Lanza Di Scalca T, Wiesner KL. Antidepressant medication use during breastfeeding. *Clin obstet Gynecol*. 2009;52:483-497.
45. Işık M. Postpartum psychosis. *East J Med*. 2018;23(1):60-63.
46. American psychiatric Association (2013). Brief psychotic disorder. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition* (94-96). London: American Psychiatric Publishing.
47. Bergink V, Kushner SA, Pop V, et al. Prevalence of autoimmune thyroid dysfunction in postpartum psychosis. *Br J Psychiatry*. 2011;198:264-268.
48. Pfuhlmann B, Stoeber G, Beckmann H. Postpartum psychoses: Prognosis, risk factors, and treatment. *Curr Psychiatry Rep*. 2002;4:185-190.
49. Erdem Ö, Bez Y. Doğum sonrası psikoz. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2014;6(1):74-77.
50. Pınar ŞE, Yıldırım G, Aksoy ÖD et al. Kadına özgü bir sorun: Menopozda ruh sağlığı. *International Journal of Human Sciences*. 2015;12(2):787-798.
51. Jaspers L, Daan WMP, van Dijk GM et al. Health in middle-aged and elderly women: A conceptual framework for healthy menopause. *Maturitas*. 2015;81(1):93-98.
52. Blake J. Menopause: Evidence based practice. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol*. 2006;20:799-839.
53. Varma GS, Oğuzhanoglu NK (2013). Menopoz ve ruh sağlığı. Yüksel Ş, Gülseren L, Başterzi AD (eds), Kadınların yaşamı ve kadın ruh sağlığı içinde (319-330). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.

54. Thacker HL. Assessing risks and benefits of nonhormonal treatments for vasomotor symptoms in perimenopausal and postmenopausal women. *J Womens Health*. 2011;20:1007-1116.
55. Başar F. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği: Kadın sağlığına etkisi. *ACU Sağlık Bil Derg*. 2017;3:131-137.
56. Bozkurt ÖD, Sevil Ü. Menopoz ve cinsel yaşam. *CBU-SBED*. 2016;3(4):497-503.
57. Soares LN. Depression and menopause. *Psychiatric Clinics*. 2017;40(2):239-254.
58. Bryant C, Judd FK, Hickey M. Anxiety during the menopausal transition: A systematic review. *J Affect Disord*. 2012;139:141-148.
59. Gupta R, Assalman I, Bottlender R. Menopause and schizophrenia. *Menopause Int*. 2012;18:10-14.
60. González-Rodríguez A, Seeman MV. The association between hormones and antipsychotic use: a focus on postpartum and menopausal women. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2019;9:1-20.
61. Öztürk O. (2008). İnsanın sekiz evresi. *Ruh sağlığı ve Bozuklukları- 1 içinde* (117-128). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
62. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Current Approaches in Psychiatry*. 2011;(1):67-99.
63. Strezova A, O'Neill S, O'Callaghan C et al. Cultural issues in menopause an exploratory qualitative study of Macedonian women in Australia. *Menopause*. 2017;24(3):308-315.
64. De Salis I, Owen-Smith A, Donovan JL et al. Experiencing menopause in the UK: The inter-related narratives of normality, distress, and transformation. *J Women Aging*. 2018;30(6):520-540.
65. Dasgupta D, Ray S. Is menopausal status related to women's attitudes toward menopause and aging? *J Women Health*. 2017;57(3):311-328.

Bölüm 7

SİNİRLİLİK ŞİKAYETİ İLE GELEN HASTALARDA OLASI PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR VE BİRİNCİ BASAMAKTA TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Şakir GICA¹

GİRİŞ

Azımsanmayacak sayıda hastanın hem erişkin psikiyatri polikliniklerine hem de birinci basamak sağlık kuruluşlarına sinirlilik yakınması ile başvurmasına rağmen erişkin psikiyatrisinde özellikle sinirlilikle başvuran hastalarla ilgili yeteri kadar çalışma yapılmadığı görülmektedir. Alanyazına bakıldığında çalışmaların genellikle çocuk ve ergen psikiyatrisinde yürütüldüğü dikkat çekmektedir. Bu durum muhtemelen ilgili gelişim dönemlerinde bu yakınmanın daha çok izlenmesi ve bazı psikiyatrik hastalık tanı kriterlerinde sinirliliğin çocuk ve ergenlere özel olarak disfori ve keyifsizlik gibi yakınmalara eş değer bulgular olarak kabul edilmesinden kaynaklı olabilir. Özellikle son dönemde yaşanan savaşlar, göçler, ekonomik sıkıntılar sonrasında tahammülsüzlük şeklinde kendini gösteren sinirlilik yakınması ile polikliniklere başvuran hasta sayısındaki artış da göz önünde bulundurulduğunda konu ile ilgili bütünleştirici bir yaklaşıma ihtiyaç duyulduğu aşikardır.

Bu bölümün amacı birinci basamakta çalışan hekimler için sinirlilik yakınması ile gelen hastaların değerlendirilmesi konusunda farklı bir bakış açısı sunarak yakınmanın psikiyatrik durumlarla olan ilişkisini vurgulamaktır.

Alt Başlıklar

1. Sinirliliğin Tanımı
2. Sinirlilikle ile Gelen Hastanın Değerlendirilmesinde Dikkat Edilecek Hususlar
3. Sinirlilik ile Gelen Hastada Olası Psikiyatrik Tanılar
4. Sinirlilik ile Gelen Hastaya Tedavi Yaklaşımı

¹ Doktora Öğretim Üyesi, KONYA Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, sakirgica@hotmail.com

lişler) öfke duygusuna (duygusal) ve bu da saldırgan davranışlara(davranışsal) neden olmaktadır (69). Başka bir deyişle öfke duygusunun ve saldırgan davranışın altında çeşitli uyaranların düşmanca yorumlanması yatmaktadır (70). Öfkeyi azaltmaya yönelik bilişsel davranışçı terapide (BDT) genellikle öfkenin hem bilişsel hem duygusal hem de davranışsal bileşenlerinde değişimi hedefleyen teknikler kullanılmaktadır.

SONUÇ

Sinirlilik birçok psikiyatrik hastalığa bağlı olarak görülebilmektedir. Hem hastalıkların çekirdek bulgularından ve tanı kriterlerinde olabileceği gibi bu tür semptomlara ek olarak da görülebilir. Hem psikiyatrik hastalıkların klinik şiddetini ve gidişatını hem de kişiler arası ilişkileri, mesleki ve akademik işlevselliği önemli düzeyde olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle sinirlilik ve öfke kontrol sorunları yadsınılmamalı ve hastaların tam bir psikiyatrik değerlendirilmesinin yapılması sağlanmalıdır. Psikiyatrik muayene ile hastalara erken tanı ve tedavi imkanı sağlanması açısından kayda değer bir fayda sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Sinirlilik, Öfke atakları, Psikiyatrik Hastalıklar

KAYNAKLAR

1. Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013;222.
2. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı ölçütleri Başvuru El Kitabından, Çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013;121-2.
3. Novaco RW. Perspectives on anger treatment: discussion and commentary. Cogn Behav Pract, 2011;18:251-255.
4. Novaco RW (1975) Anger Control: The Development and Evaluation of Experimental Treatment. Michigan, Lexington Books.
5. Deveney CM, Connolly ME, Haring CT, et al. Neural mechanisms of frustration in chronically irritable children. The American Journal of Psychiatry. 2013;170:1186-1194.
6. Perlman SB, Jones BM, Wakschlag LS, et al. Neural substrates of child irritability in typically developing and psychiatric populations. Developmental Cognitive Neuroscience. 2015;14: 71-80.
7. Thomas LA, Brotman MA, Muhrer EJ, et al. Parametric modulation of neural activity by emotion in youth with bipolar disorder, youth with severe mood dysregulation, and healthy volunteers. Archives of General Psychiatry. 2012;69:1257-1266.
8. Stringaris A, Vidal-Ribas P, Brotman MA, et al. Practitioner Review: Definition, recognition, and treatment challenges of irritability in young people. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2018;59/7:721-739.
9. Correll CU, Blader JC. Antipsychotic use in youth without psychosis: A double-edged sword. JAMA Psychiatry. 2015;72:859-860.
10. Vidal-Ribas P, Brotman MA, Valdivieso L, et al. The status of irritability in psychiatry: A conceptual and quantitative review. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2016;55:556- 570.

11. Flannery RB Jr, Farley E, Tierney T, et al. Characteristics of assaultive psychiatric patients: 20-year analysis of the Assaultive Staff Action Program (ASAP). *Psychiatr Q.* 2011;82:1-10.
12. Miller JD, Zeichner A, Wilson LE. Personality correlates of aggression: evidence from measures of the five-factor model, UPPS model of impulsivity, and BIS/BAS. *J Interpers Violence* 2012; 27:2903-2919.
13. Balcıoğlu YH, Balcıoğlu İ. Acil Tıp Pratiğinde Saldırgan Hastaya Yaklaşım. İçinde: Balcıoğlu İ, ed. *Psikiyatri Dışı Karşılaşılan Psikozlar*. İstanbul: Nobel, 2017: 1-12.
14. Bilici R, Sercan M, Tufan AE. Psikiyatrik Hastalarda Saldırganlık ve Saldırgan Hastaya Yaklaşım. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2013;26:190-19.
15. Olchanski N, McInnis Myers M, Halseth M et al. The economic burden of treatment-resistant depression. *Clinical therapeutics.* 2013; 35(4):512-522.
16. Işık E, Işık U, Taner Y. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar; Ziraat Gurup Matbaacılık, 2013, Ankara.
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edn). 2015, Washington, DC.
18. Perlis RH, Fraguas R, Fava M et al. Prevalence and clinical correlates of irritability in major depressive disorder: a preliminary report from the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression study. *J Clin Psychiatry.* 2005;66:159-166.
19. Brown TM, Di Benedetti DB, Danchenko N, et al. Symptoms of Anxiety and Irritability in Patients with Major Depressive Disorder. *J Depress Anxiety.* 2016;5:3.
20. Blair-West GW, Mellsoop GW. Major depression: does a gender-based down-rating of suicide risk challenge its diagnostic validity? *Aust N Z J Psychiatry.* 2001; 35:322-328.
21. Hausmann A, Rutz W, Benke U. Women seek for help – men die! Is depression really a female disease? *Neuropsychiatry.* 2008; 22:43-48.
22. Fava M, Hwang I, Rush AJ, et al. The importance of irritability as a symptom of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry.* 2010; 15:856- 867.
23. Pettit JW, Lewinsohn PM, Joiner TE Jr. Propagation of major depressive disorder: relationship between first episode symptoms and recurrence. *Psychiatry Res.* 2006; 141:271-278.
24. Perlis RH, Fava M, Trivedi MH, et al. Irritability is associated with anxiety and greater severity, but not bipolar spectrum features, in major depressive disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2009; 119:282- 289.
25. Verhoeven FE, Booij L, Van der Wee NJ, et al. Clinical and physiological correlates of irritability in depression: results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety. *Depress Res Treat.* 2011; 2011:126895.
26. Katzman M, Bleau P, Blier P, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry* 2014;14(suppl 1):S1-S83.
27. Revicki D, Travers K, Wyrwich K, et al. Humanistic and economic burden of generalized anxiety disorder in North America and Europe. *J Affect Disord* 2012;140:103-12.
28. Asherson P. Attention deficit- hyperactivity disorder in the post-genomic era. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry.* 2004; 13: 150-170.
29. Asherson P. Clinical assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Expert Rev. Neurotherapeutics.* 2005;5(4): 525-539.
30. Koçak EE, Kılıç C. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Bilişsel Bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2017;28(2):124-31.
31. Türkiye Psikiyatri Derneği Anksiyete Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi. Travma Sonrası Stres Bozukluğu.(27/08/2019 tarihinde <http://www.psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/28/travma-sonrasi-stres-bozuklugu> adresinden erişilmiştir.)
32. Chemtob CM, Novaco RW, Hamada RS. et al Anger regulation deficits in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress.* 1997; 10(1): 17-35.
33. Robins LN, Helzer JE, Weissman MM. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in

- three sites. *Arch Gen Psychiatry*.1984;41:638-640.
34. Karamustafalıoğlu O. Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Turkish Family Physician*.1997;1(1):1-10
 35. Painuly NP, Grover S, Mattoo SK, et al. Anger attacks in obsessive compulsive disorder. *Ind Psychiatry J*. 2011; 20(2): 115-119.
 36. Whiteside SP, Abramowitz JS. Obsessive compulsive symptoms and expression of anger. *Cog Ther Res*. 2004;28:259-68.
 37. Whiteside SP, Abramowitz JS. The expression of anger and its relationship to symptoms and cognitions in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2005;21:106-11.
 38. Maj M, Akiskal HS, Lopez-Ibor JJ, et al. *Bipolar Disorders*. West Sussex, UK, Wiley, 2002.
 39. Yeloğlu ÇH, Hocaoğlu Ç. Önemli bir ruh sağlığı sorunu: Bipolar Bozukluk. *Mustafa Kemal Univ Tıp Derg*. 2017; 8(30):41-54.
 40. Deckersbach T, Perlis RH, Frankle WG, et al. Presence of Irritability During Depressive Episodes in Bipolar Disorder. *C NS Spectr*. 2004;9(3): 227-231.
 41. Katz MM, Robins E, Croughan J, et al. Behavioural measurement and drug response characteristics of unipolar and bipolar depression. *Psychological Medicine*. 1982;12:25-36.
 42. Beigel A, Murphy DL. Unipolar and bipolar affective illness: Differences in clinical characteristics accompanying depression. *Archives of General Psychiatry*. 1971;24:215-230
 43. Brockington IF, Altman E, Hillier V, et al. The clinical picture of bipolar affective disorder in its depressive phase: A report from London and Chicago. *British Journal of Psychiatry*. 1982;141:558-562.
 44. Gurpegui M, Casanova J, Cervera S. Clinical and neuroendocrine features of endogenous unipolar and bipolar depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1985;72(Suppl 320):30-37.
 45. Keks N. The acutely psychotic patient Assessment and initial management. Reprinted from *Australian Family Physician*. 2006;35(3).
 46. Leichsenring F, Leibing E, Kruse, J, et al. Borderline personality disorder. *The Lancet*. 2011;377(9759), 74-84.
 47. Åsberg M, Träskman L, Thoren P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid: a biochemical suicide predictor? *Arch Gen Psychiatry*. 1976;33(10):1193-7
 48. Knutson B, Wolkowitz OM, Cole SW, et al. Selective alteration of personality and social behavior by serotonergic intervention. *Am J Psychiatry*. 1998;155(3):373-9
 49. Silva H, Iturra P, Solari A, et al. Serotonin transporter polymorphism and fluoxetine effect on impulsiveness and aggression in borderline personality disorder. *Actas Esp Psiquiatr*. 2007;35(6):387-92).
 50. Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB, et al. Reducing violence risk in persons with schizophrenia: olanzapine versus risperidone. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(12):1666-73.
 51. Schulz SC, Camlin KL, Berry SA, et al. Olanzapine safety and efficacy in patients with borderline personality disorder and comorbid dysthymia. *Biol Psychiatry*. 1999;46(10):1429-35.
 52. Connor DF, McLaughlin TJ, Jeffers-Terry M. Randomized controlled pilot study of quetiapine in the treatment of adolescent conduct disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2008;18(2):140-56.
 53. Van den Eynde F, Senturk V, Naudts K, et al. Efficacy of quetiapine for impulsivity and affective symptoms in borderline personality disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2008;28(2):147-55.
 54. Citrome L, Volavka J, Czobor P, et al. Effects of clozapine, olanzapine, risperidone, and haloperidol on hostility among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2001;52(11):1510-4.
 55. Volavka J, Czobor P, Nolan K, et al. Overt aggression on psychotic symptoms in patients with schizophrenia treated with clozapine, olanzapine, risperidone, or haloperidol. *J Clin Psychopharmacol*. 2004;24(2):225-8.
 56. Tariot PN, Erb R, Podgorski CA, et al. Efficacy and tolerability of carbamazepine for agitation and aggression in dementia. *Am J Psychiatry*. 1998;155(1):54-61.
 57. Stanford MS, Helfritzt LE, Conklin SM, Villemarette-Pittman NR, Grve KW, Adams D, Houston RJ. A comparison of anticonvulsants in the treatment of impulsive aggression. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2005;13(1):72.

58. Citrome L, Casey DE, Daniel DG, et al. Adjunctive divalproex and hostility among patients with schizophrenia receiving olanzapine or risperidone. *Psychiatr Serv.* 2004;55(3):290-4.
59. Hollander E, Tracy KA, Swann AC, et al. Divalproex in the treatment of impulsive aggression: efficacy in cluster B personality disorders. *Neuropsychopharmacology.* 2003;28(6):1186-97.
60. Hollander E, Swann AC, Coccaro EF, et al. Impact of trait impulsivity and state aggression on divalproex versus placebo response in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 2005;162(3):621-4.
61. Simeon D, Baker B, Chaplin W, et al. An open label trial of divalproex extended-release in the treatment of borderline personality disorder. *CNS Spectr.* 2007;12(6):439-4.
62. Bierbrauer J, Nilsson A, Müller-Oerlinghausen B, et al. Therapeutic and prophylactic effects of lithium on pathological aggression. In: Bauer M, Grog P, Müller-Oerlinghausen B. *Lithium in neuropsychiatry.* Abingdon: Informa; 2006.:227-36.
63. Sheard MH. Effect of lithium in human aggression. *Nature.* 1971;230:113-4.
64. Sheard MH, Marini JL, Bridges CI, et al. The effect of lithium on impulsive aggressive behavior in man. *Am J Psychiatry.* 1976;133(12):1409-13.
65. do Prado-Lima PA, Knijnick L, Juruena M, et al. Lithium reduces maternal child abuse behavior: a preliminary report. *J Clin Pharm Ther.* 2001;26(4):279-82.
66. Goodwin FK, Fireman B, Simon GE, et al. Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex. *JAMA.* 2003;290(11):1467-73.
67. Pappadopulos E, Woolston S, Chait A, et al. Pharmacotherapy of aggression in children and adolescents: efficacy and effect size. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006;15(1):27-39.
68. Sinzig J, Döpfner M, Lehmkuhl G, et al. Longacting methylphenidate has an effect on aggressive behavior in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2007;17(4):421-3.
69. Görgü NS, Sütcü ST. İşlevsel Olmayan Öfkenin Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi Etkililiği: Sistematik Bir Gözden Geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2015;8(Suppl 1):129-143.
70. Deffenbacher JL. Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *Cogn Behav Pract.* 2011;18:212-221.

Bölüm 8

UYKUSUZLUK ŞİKAYETİ İLE GELEN HASTADA OLASI PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR VE BİRİNCİ BASAMAKTA TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Cansu ULAŞ¹

GİRİŞ

Uyku insan yaşamının yaklaşık üçte birini kapsayan, insan davranışlarının en önemlilerinden biri olup beynin düzenli işlemesi için gerekli bir süreçtir. Uyku, büyük oranda beyin aktivitesi ile ilişkilidir. Uykunun nitelik ve nicelik olarak farklı birkaç türü olup her bir tipinin benzersiz özellikleri, işlevsel önemi ve düzenleyici mekanizmaları vardır (1).

Uyku pasif değil aktif bir süreçtir. Bu aktif süreç sırasında zihin; büyüme, gelişme, öğrenme, dinlenme ve yenilenme ile ilgili önemli görevleri gerçekleştirmektedir. Uykunun niteliğinin bozulması davranışsal ve duygusal sorunlara ve bilişsel işlevlerde bozulmalara yol açmaktadır (1-3).

Uyku bozuklukları esas itibarıyla pek çok psikiyatrik hastalıkta ortaya çıkabildiğinden psikiyatri ile yakından ilişkilidir ve sıklıkla belli ruhsal bozuklukların tanı ölçütlerinin bir parçasıdır (2,4). Beden ve ruh sağlığı bozulan kişilerde en sık görülen yakınmalardan biri uyku bozukluğudur. Bu sorunlar iş yaşamında verim azalması, ağır öfkelenme ve tartışmaların sebebi olabilmekte ve kazalara zemin hazırlayabilmektedir (3). Bedensel ve ruhsal bozukluklar uyku bozukluklarına neden oldukları gibi ayrıca uyku bozuklukları da ruhsal bozukluklara sebep olabilir (5-10).

Bu kitap bölümünde birinci basamak sağlık hizmetlerinde uykusuzluk yakınması ile başvuran hastalarda tedavi yönetiminin gözden geçirilmesi planlanmıştır.

UYKUNUN EVRELERİ VE DÜZENLENMESİ

Uyku karmaşık nörofizyolojik, biyokimyasal düzenekleri içerir. Hızlı olmayan göz hareketleri (Non Rapid Eye Movement, NREM) ve hızlı göz hareketleri (Rapid

¹ Uz. Dr, Erzurum BEAH, cansuulas@gmail.com

nir. Hasta muayenesi sırasında olası uykusuzluk yakınmasına ek olarak psikiyatrik hastalık şüphesi olduğunda branş hekimine başvurması sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: uykusuzluk, birinci basamak, psikiyatrik hastalıklar, tedavi

KAYNAKLAR

1. Öztürk MO, Uluşahin A (2014). Ruh sağlığı ve bozuklukları (14. Baskı). Ankara. Nobel Tıp Kitabevleri.
2. Baglioni C, Battagliese G, Feige B, et al. Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders* 2011;135:1-19.
3. Ramakrishnan, K. Treatment options for insomnia. *South African Family Practice*, 2007; 49(8), 34-41.
4. Léger D, Scheuermaier K, Philip P, et al. SF-36: evaluation of quality of life in severe and mild insomniacs compared with good sleepers. *Psychosomatic medicine*. 2001;63(1):49-55.
5. Bianchi MT, Thomas, RJ. Technical advances in the Bianchi, M. T. & Thomas, R. J. Technical advances in the characterization of the complexity of sleep and sleep disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2013; 45: 277-286.
6. Sheldon SH, Ferber R, Kryger MH (2005). *Principles and practice of pediatric sleep medicine*. Elsevier Health Sciences.
7. Pressman MR, Orr WC (1997). *Understanding sleep: The evaluation and treatment of sleep disorders*. American Psychological Association.
8. Saper CB, Scammell TE. Emerging therapeutics in sleep. *Annals of neurology*, 2013;74(3): 435-440.
9. Cortese S, Ivanenko A, Ramtekkar U, et al. (2014). *Sleep disorders in children and adolescents: A practical guide*.
10. Beebe DW. Cognitive, behavioral, and functional consequences of inadequate sleep in children and adolescents. *Pediatric Clinics*. 2011;58(3): 649-665.
11. Nestler E, Hyman S, Malenka R, et al. *Sleep and Arousal, Molecular Neuropharmacology: A Foundation for Clinical Neuroscience*, Second Edition, McGrawHill, New York. 2009;290-312.
12. Norman W.M, Hayward L.F. *The neurobiology of sleep. Clinical sleep disorders*. Philadelphia. 2005. Lippincott Williams &Wilkins, 38-55.
13. Benca RM. Uygunun temel Bilimi: Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Çeviri Editörü Aydın H. Güneş Kitabevi, İstanbul. 2007.
14. Mc Cormick DA. Neurotransmitter actions in the thalamus and cerebral cortex and their role in neuromodulation of thalamocortical activity. *Progress in neurobiology*. 1992;39(4):337-388.
15. Siegel J M. Do all animals sleep? *Trends in neurosciences*. 2008; 31(4):208-213.
16. Levenson J C, Kay D B, Buysse D J. The pathophysiology of insomnia. *Chest*. 2015; 147(4):1179-1192.
17. AlDabal L, BaHamam A S. (2011). Metabolic, endocrine, and immune consequences of sleep deprivation. *The open respiratory medicine journal*. 2011; 5/31.
18. Johns, M W. A new method formeasuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*. 1991;14(6):540-545.
19. Stickgold R, Walker M P. *The neuro science of sleep*. Academic Press. 2010. Academic press, s. 230-240.
20. American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing. 2013. Arlington, VA.
21. Ramar K, Olson EJ. *Management of common sleep disorders*. American family physician. 2013; 88(4): 231-238.

22. American Sleep Disorders Association: the international classification of sleep disorders diagnostic and coding manual. Pocket edition. Allen press in Lawrence Kansas 1991.
23. Bollu P C, Kaur H. Sleep Medicine: Insomnia and Sleep. Missouri medicine. 2019;116(1);68.
24. Ong JC, Shapiro SL, Manber R. Combining mindfulness meditation with cognitive-behavior therapy for insomnia: a treatment-development study. Behavior therapy. 2008;39(2): 171-182.
25. Stephen M. Stahl. (2015). Stahl's Essential Psychopharmacology. (1. Baskı). Cambridge University Press. sf 444-470.
26. Lemoine P, Nir T, Laudon M, et al. Prolonged-release melatonin improves sleep quality and morning alertness in insomnia patients aged 55 years and older and has no withdrawal effect. Journal of sleep research. 2007;16(4):372-380.
27. Everitt H, Baldwin DS, Stuart B et al. Antidepressants for insomnia in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018(5).
28. Buscemi N, Vandermeer B, Friesen Cet al. The efficacy and safety of drug treatments for chronic insomnia in adults: a meta-analysis of RCTs. Journal of general internal medicine. 2007;22(9);1335.
29. Gabbard GO (2007). Gabbard's treatments of psychiatric disorders. American Psychiatric Pub.
30. Suzuki M, Konno C, Furihata R, Osaki, K, et al. Insomnia associated with psychiatric disorders. Nihonrinsho. Japanese journal of clinical medicine. 2009;67(8):1507-1512.
31. Yetkin S, Aydın H, Özgen F et al. Şizofreni Hastalarında Uyku Yapısı. Türk Psikiyatri Dergisi. 2011;22:1-9.
32. Jindal R D, Thase M E, Treatment of insomnia associated with clinical depression. Sleep Med Rev. 2004;8:19-30.
33. Agargun M Y, Kara H, Solinaz M. Sleep disturbances and suicidal behavior in patients with major depression. J Clin Psychiatry. 1997;58:249-251.
34. Yates WR, Mitchell J, John RA et al. Clinical features of depression in outpatients with and without co-occurring general medical conditions in STAR*D: confirmatory analysis. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2007;9:7-15.
35. Carney CE, Segal ZV, Edinger JD et al. A comparison of rates of residual insomnia symptoms following pharmacotherapy or cognitive behavioral therapy for major depressive disorder. J Clin Psychiatry. 2007;68:254-260.
36. Argyropoulos SV, Wilson SJ. Sleep disturbances in depression and the effects of antidepressants. Int Rev Psychiatry. 2005;17:237-245.
37. Lem RV. Sleep disturbances and depression: a challenge for antidepressants. Zhurnal nevrologii i psikiatrii Imeni S S Korsakova. 2008;108(12):75-78.
38. Delgado PL, Price LH, Miller HL et al. Serotonin and the neurobiology of depression: effects of tryptophan depletion. Arch Gen Psychiatry. 1994;51:865-874.
39. Nutt D, Wilson S, Paterson L. Sleep disorders as core symptoms of depression. Dialogues in clinical neuroscience. 2008; 10(3):329.
40. Akiskal H. İki Uçlu Bozukluk, (çev.ed:Oral T). İyileşir Basımevi, 540s, 2003.
41. Coryell W, Endicott J, Maser J D, Keller MB. Long-term stability of polarity distinctions in the affective disorders. The American journal of psychiatry. 1995;152(3):385.
42. Vahip I, Kocadere M. (2003). İki Uçlu Duygudurum Bozuklukları Sağaltım Kılavuzu. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
43. Fuller K H, Waters W F, Binks P G et al. Generalized anxiety and sleep architecture: A polysomnographic investigation. Sleep. 1997;20:370-376.
44. Staner L. Sleep and anxiety disorders. Dialogues Clin Neurosci. 2003;5:249-58.
45. Ouimet A J, Covin R, Dozois D J (2012). Generalized anxiety disorder. Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology.
46. Borkovec TD, Newman MG, Castonguay LG. Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrations from interpersonal and experiential therapies. Focus. 2004;8(3):382-401.
47. Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal bozuklukların tanısı ve sayımsal el kitabı,

- 4.Baskı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.
48. Mahfoud Y, Talih F, Streem D, et al. Sleepdisorders in substance abusers: how common are they? Psychiatry (Edgmont). 2009;6:38-42.
49. Hafizi S. Sleep and borderline personality disorder: a review. Asian J Psychiatr. 2013;6:452-9.
50. Taylor D M, Barnes T R, Young A H. (2018). The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry.12.edition. Willey Blackwell.

Bölüm 9

ACİL SERVİS VE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNE PSİKİYATRİK ŞİKAYETLERLE BAŞVURAN HASTALARDA ÖYKÜ ALMA VE RUHSAL DURUM MUAYENESİNİN TEMEL İLKELERİ

Sinay ÖNEN¹

GİRİŞ

Psikiyatri dışındaki tıbbi disiplinlerde tanı ve tedavinin ana çatısını çeşitli fizik muayene yöntemleri, laboratuvar ve radyolojik incelemeler oluştururken; psikiyatrik uygulamaların temelinde hasta ile yapılan görüşme ve ruhsal durum muayenesi yer almaktadır. Psikiyatrik tanı hekim hasta görüşmesinde hastanın geçmiş özelliklerinin incelenmesi, hastanın iyi bir gözlemi ile birlikte sözel ve sözel olmayan ifadelerin yorumlanmasına dayanmaktadır (1). Hekim ve hastanın ilk karşılaştığı andan itibaren uygun bir etkileşimde bulunması hem hastaya doğru tanının konulabilmesi hem de tedavi motivasyonunun oluşması bakımından önemlidir. Gerek acil servisler gerekse birinci basamak sağlık hizmetleri psikiyatrik semptomlarla başvuran hastanın tanınarak gerekli yönlendirmelerin yapılabilmesi bakımından psikiyatrik tedavinin aslında ilk basamağı olarak düşünülmelidir. Bu nedenle acil servislerde ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin psikiyatrik öykü alma ve görüşmenin temel ilkelerini bilmesi ve uygulaması önem arz etmektedir. Bu bölümde psikiyatrik yakınmalarla başvuran kişilerde anamnez ve ruhsal durum muayenesinde dikkat edilmesi gereken belli başlı özellikler özetlenmeye çalışılacaktır.

PSİKİYATRİK GÖRÜŞME

Psikiyatrik görüşme, hasta ve hastalıkla ilgili bilgi toplayarak hastayı tanımak ve anlamak, hastalığın tanısını koymak ve elde edilen bilgiler ışığında bir tedavi planı oluşturmak için yapılan bir işlemdir (1). Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde bu görüşme tedaviden ziyade bazen sadece hastayı tedaviye ikna

¹ Doktor Öğretim Üyesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, sinayonen@hotmail.com

anksiyete bozukluklarında bazen de yoğun stres dönemlerinde görülür (2,3). Depersonalizasyon, kişinin kendisini gerçek dışı gibi algılamasıdır. Kişi sanki kendine dışarıdan bakıyormuş gibi algıladığını, aynada gördüğü kişinin sanki kendisi olmadığı şeklinde ifade edebilir. Hasta bedeninin bazı bölümlerini ya da tümünü değişmiş, büyümüş, küçülmüş ya da parçalanmış gibi hissedebilir. Organik bozukluklarda, şizofrenide, disosiyatif bozukluklarda görülebilir (3).

SONUÇ:

Son dönemlerde çalışmalar hem tanı hem de tedaviye yönelik genetik, nörokimyasal ve nörogörüntüleme yöntemleri üzerine yoğunlaşmış olsa da, psikiyatrik görüşme esnasında kurulan sağlıklı bir hekim-hasta ilişkisi, iyi bir anamnez ve ruhsal durum muayenesi halen tanıya götüren en önemli basamak olarak değerini korumaktadır. Hastanın dinlendiğini ve anlaşıldığını hissetmesi, hekime güvenmesi, mahremiyetinin korunacağına dair inancı doğru tanıya gitme ve tedavi aşamasında büyük öneme sahiptir. Acil servis ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde psikiyatrik yakınmalarla başvuran hastanın ilk görüşmesinde hastaya genel yaklaşım, psikiyatrik öykü alma ve ruhsal durum muayenesinde dikkate alınması gereken bazı özellikler bu yazıda özetlenmiştir. Her hekimin zaman içerisinde kendisine göre bir görüşme biçimi geliştireceği bilinmeli; hastayı tanıma ve anlamada temel kuralın her hastanın kendi özelinde değerlendirilmesi olduğu akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Psikiyatrik değerlendirme, öykü alma, ruhsal durum muayenesi

KAYNAKLAR

1. Kırpınar, İ. (2013). Genç Psikiyatristin El Kitabı. İstanbul: Timaş Yayınları.
2. Altınbaş, K. (2019). Psikiyatride Anamnez, Muayene. Özkan Güler, Kürşat Altınbaş, Yavuz Selvi, Memeduha Aydın (Eds.), Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde (s.5-18). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
3. Öztürk, M.O., Uluşahin N.A. (2016). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Bayt Yayın Hizmetleri.
4. Sadock, B.J., Sadock, V.A., Ruiz, P. (2016). Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri (Ali Bozkurt, Çev. Ed.). Ankara: Güneş Tıp kitabevleri.
5. Karşıdağ Ç, Aksoy UM, Yüksel G, et al. Yataklı tedavi hizmeti sunan psikiyatri kliniklerinde ek tanılar. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2013; 16:47-52.
6. Kayıpmaz, S. (2016). Acil Serviste Psikiyatrik Hastaya Yaklaşım. Cemil Kavalcı, Seda Özkan (Eds.), Pratik Acil Tıp Cep Kitabı içinde (s.408-411). Ankara: Derman Tıbbi Yayıncılık.

Bölüm 10

GERİATRİK HASTALARDA SIK GÖRÜLEN RUHSAL BOZUKLUKLAR VE TEDAVİ YÖNETİMLERİ

Aslı BEŞİRLİ¹

GİRİŞ

Dünyada 60 yaş ve üzeri nüfus oranının 2015-2050 yılları arasında %12 den %22'ye yükseleceği öngörülmektedir (1). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) "İstatistiklerle Yaşlılar, 2018" raporunda 65 yaş ve üzeri nüfusun son beş yılda %16 artarak 2018 yılında 7 milyon 186 bin 204 kişi olduğu belirtilirken; yaşlı nüfus oranının 2040 yılında %16.3, ve 2080 yılında %25.6 olacağı öngörülmektedir (2). Yaşlılıkta ruhsal bozuklukların görülme sıklığı yüksektir (3). Dünyadaki yaşlı nüfusun %15'inde ruhsal bir hastalık bulunmaktadır ve ruhsal hastalığı olanların %50'si ise tedavi edilmemektedir (1).

Bu bölümde yaşlılık döneminde sık görülen depresyon, anksiyete bozuklukları, psikotik bozukluklar, uyku bozuklukları ve bu bozuklukların tedavi yöntemleri ele alınacaktır.

DEPRESYON

Depresyon yaşlılıkta sık görülen ruhsal bozukluklardan biridir (4). Yaşlılarda major depresyon görülme sıklığı genç bireylere göre daha düşük olmasına rağmen 12 aylık sıklık %6,6 olarak bildirilmiştir (5). Kadın cinsiyet, bilişsel bozulma, sosyal iletişimin kaybı, kronik somatik bozukluklar, stresli yaşam olayları ve işlevsel yeti yitimi gibi faktörler geç yaşlarda ortaya çıkan depresyonla ilişkilidir.

Dikkat dağınıklığı, unutkanlık, mental yavaşlama, yorgunluk, kilo kaybı, ağrı, sosyal geri çekilme, iştahsızlık depresyonda sık görülen belirtiler arasındadır (6,7). Hastalar bu belirtileri depresyonla ilişkilendiremeyebilir ancak klinisyenler olası alta yatan nedenin depresyon olabileceği konusunda şüpheli olmalıdır (7).

¹ Uzm. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği. abesirli2006@yahoo.com

TEDAVİ

Yaşlı hastalarda insomnia tedavisinde öncelikle ilaç tedavisinden daha etkili olduğu bildirilen davranışçı tedavi yöntemleri tercih edilmelidir (80,81).

Farmakolojik tedavide en çok flurazepam, quazepam, estazolam, temazepam, triazolam, zaleplon, zolpidem gibi ilaçlar kullanılmaktadır (82). Ülkemizde yalnızca zopiklon bulunmaktadır (83).

Benzodiazepinler yaşlılarda kullanılan diğer bir ilaç grubudur. Bu ilaçlar yaşlılarda düşük dozda başlanmalı ve doz artışı yavaş yapılmalıdır. Bağımlılık ve çekilme belirtileri nedeniyle 2 haftadan uzun süre kullanılmamalıdır (84).

Eşlik eden depresyon gibi psikiyatrik hastalık varlığında sedatif özelliği olan trazodon gibi antidepresanlar kullanılabilir (85).

Parlak ışık tedavisi ve düzenli egzersiz farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri olarak önerilmektedir (86,87).

Melatoninin uyku başlatıcı etkisi olduğu bildirilmiştir. Bazı çalışmalarda uyku kalitesini artırdığı bildirilirken bazı çalışmalarda fazla etkin olmadığı bulunmuştur (88,89).

SONUÇ

Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte yaşlılık döneminde görülen ruhsal bozuklukların sıklığında da artış olması beklenmektedir. Yaşlı hastalar sağlık kuruluşuna başvurduğunda fiziksel değerlendirmenin yanı sıra mutlaka ruhsal değerlendirme de rutin olarak yapılmalı, şüphelenilen vakalarda psikiyatri konsültasyonu istenmeli, gerekli tetkik ve tedavi süreci başlatılmalıdır. Psikiyatrik tedavi gören yaşlı hastalarda hastayla birlikte varsa yakını da ayrıntılı olarak bilgilendirilmeli, düzenli aralıklarla hastalar kontrole çağırılmalı ve tedavide belirtilerin giderilmesinin yanında hastanın yaşam kalitesi ve işlevselliğinin iyileştirilmesi de hedeflenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Geriatrik hasta, anksiyete, depresyon, psikotik bozukluk, uyku bozukluğu

KAYNAKLAR

- 1: Dham P, Colman S, Saperson K, et al. Collaborative Care for Psychiatric Disorders in Older Adults: A Systematic Review. *Can J Psychiatry*. 2017;62:761-771.
- 2: TÜİK (2019). İstatistiklerle Yaşlılar 2018. (07.08.2019 tarihinde <http://www.tuik.gov.tr/Start.do> adresinden ulaşılmıştır).
- 3: Gum AM, King-Kallimanis B, Kohn R. Prevalence of mood, anxiety, and substance-abuse disorders for older Americans in the national comorbidity survey-replication. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009;17:769-781.
- 4: Verhaak PF, Dekker JH, de Waal MW, et al. Depression, disability and somatic diseases among

- elderly. *J Affect Disord.* 2014;167:187-191.
- 5: Kessler RC, Birnbaum H, Bromet E, et al. Age differences in major depression: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychol Med.* 2010;40:225-237.
 - 6: Butters MA, Becker JT, Nebes RD, et al. Changes in cognitive functioning following treatment of late-life depression. *Am J Psychiatry.* 2000;157:1949-1954.
 - 7: Kok RM, Reynolds CF 3rd. Management of Depression in Older Adults: A Review. *JAMA.* 2017;317:2114-2122.
 - 8: Saczynski JS, Beiser A, Seshadri S, et al. Depressive symptoms and risk of dementia: the Framingham Heart Study. *Neurology.* 2010;75:35-41.
 - 9: Taylor WD. Clinical practice. Depression in the elderly. *N Engl J Med.* 2014;371:1228-1236.
 - 10: Ertan T, Eker E, Şar V. Geriatrik Depresyon Ölçeğinin Türk Yaşlı Nüfusunda Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi.* 1997;34:62-71.
 - 11: Amuk T, Karadağ F, Oğuzhanoglu N, et al. Cornell Demansta Depresyon Ölçeğinin Türk Yaşlı Toplumunda Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2003;14:263-272.
 - 12: Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64:19-28.
 - 13: Gournellis R, Oulis P, Rizos E, et al. Clinical correlates of age of onset in psychotic depression. *Arch Gerontol Geriatr.* 2011;52:94-98.
 - 14: Forester BP, Ajilore O, Spino C, et al. Clinical Characteristics of Patients with Late Life Bipolar Disorder in the Community: Data from the NNDC Registry. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2015;23:977-984.
 - 15: Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *Am J Psychiatry.* 2006;163:1493-1501.
 - 16: Eker, E. (2013). Yaşlılık Dönemi Depresyonu. Erdal Işık, Umut Işık (Ed.), Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar içinde (s. 581-588). Ankara: Rotatıp Kitabevi
 - 17: Alexopoulos GS, Katz IR, Reynolds CF 3rd, et al. Expert Consensus Panel for Pharmacotherapy of Depressive Disorders in Older Patients. The expert consensus guideline series. Pharmacotherapy of depressive disorders in older patients. *Postgrad Med.* 2001;Spec No Pharmacotherapy:1-86.
 - 18: Mulsant BH, Blumberger DM, Ismail Z, et al. A systematic approach to pharmacotherapy for geriatric major depression. *Clin Geriatr Med.* 2014;30:517-534.
 - 19: Işık, U. & Işık, E. (2013). Antidepresan İlaçlar ve Etki Düzenekleri. Erdal Işık, Umut Işık (Ed.), Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar içinde (s. 163-201). Ankara: Rotatıp Kitabevi
 - 20: Holland J, Bhogle M. Sertraline and mirtazapine as geriatric antidepressants. *Psychiatr Danub.* 2013;25 Suppl 2:S286-290.
 - 21: Sultzer DL, Gray KF, Gunay I, et al. A double-blind comparison of trazodone and haloperidol for treatment of agitation in patients with dementia. *Am J Geriatr Psychiatry.* 1997;5:60-69.
 - 22: Weihs KL, Settle EC Jr, Batey SR, et al. Bupropion sustained release versus paroxetine for the treatment of depression in the elderly. *J Clin Psychiatry.* 2000;61:196-202.
 - 23: Deardorff WJ, Grossberg GT. The Pharmacology and Clinical Use of the Antidepressants Vilazodone, Levomilnacipran, and Vortioxetine for Depression in the Elderly. *Curr Geriatr Rep.* 2015;4: 301-311.
 - 24: Leblhuber F, Steiner K, Fuchs D. Treatment of patients with geriatric depression with repetitive transcranial magnetic stimulation. *J Neural Transm (Vienna).* 2019;126:1105-1110.
 - 25: Sabesan P, Lankappa S, Khalifa N, et al. Transcranial magnetic stimulation for geriatric depression: Promises and pitfalls. *World J Psychiatry.* 2015;5:170-181.
 - 26: Ritchie K, Artero S, Beluche I, et al. Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. *Br J Psychiatry.* 2004;184:147-152.
 - 27: Skoog I, Nilsson L, Landahl S, et al. Mental disorders and the use of psychotropic drugs in an 85-year-old urban population. *Int Psychogeriatr.* 1993;5:33-48.

- 28: Börjesson-Hanson A, Waern M, Ostling S, et al. One-month prevalence of mental disorders in a population sample of 95-year olds. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011;19:284-291.
- 29: Canuto A, Weber K, Baertschi M, et al. Anxiety Disorders in Old Age: Psychiatric Comorbidities, Quality of Life, and Prevalence According to Age, Gender, and Country. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2018;26:174-185.
- 30: Köroğlu, E. (2013). Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5). (Prof. Dr. Ertuğrul Köroğlu, Çev. Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği
- 31: Depp C, Woodruff-Borden J, Meeks S, et al. The phenomenology of non-clinical panic in older adults in comparison to younger adults. *J Anxiety Disord*. 2005;19:503-519.
- 32: Schuurmans J, van Balkom A. Late-life anxiety disorders: a review. *Curr Psychiatry Rep*. 2011;13:267-273.
- 33: Wolitzky-Taylor KB, Castriotta N, Lenze EJ, et al. Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depress Anxiety*. 2010;27:190-211.
- 34: Austin N, Devine A, Dick I, et al. Fear of falling in older women: a longitudinal study of incidence, persistence, and predictors. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55:1598-1603.
- 35: Pontone GM, Williams JR, Anderson KE, et al. Prevalence of anxiety disorders and anxiety subtypes in patients with Parkinson's disease. *Mov Disord*. 2009;24:1333-1338.
- 36: Lenze EJ, Mulsant BH, Shear MK, et al. Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. *Am J Psychiatry*. 2000;157:722-728.
- 37: Bower ES, Wetherell JL, Mon T, et al. Treating Anxiety Disorders in Older Adults: Current Treatments and Future Directions. *Harv Rev Psychiatry*. 2015;23:329-342.
- 38: Mochcovitch MD, Nardi AE. Selective serotonin-reuptake inhibitors in the treatment of panic disorder: a systematic review of placebo-controlled studies. *Expert Rev Neurother*. 2010;10:1285-1293.
- 39: Rampello L, Alvano A, Raffaele R, et al. New possibilities of treatment for panic attacks in elderly patients: escitalopram versus citalopram. *J Clin Psychopharmacol*. 2006;26:67-70.
- 40: Agüera-Ortiz L, Ramos Garcia I. Effectiveness of venlafaxine extended release and conventional antidepressants in elderly patients with depressive disorder. *Actas Esp Psiquiatr*. 2006;34:153-161.
- 41: Montgomery S, Chatamra K, Pauer L, et al. Efficacy and safety of pregabalin in elderly people with generalised anxiety disorder. *Br J Psychiatry*. 2008;193:389-394.
- 42: Karaïskos D, Pappa D, Tzavellas E, et al. Pregabalin augmentation of antidepressants in older patients with comorbid depression and generalized anxiety disorder-an open-label study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013;28:100-105.
- 43: Reinhardt MM, Cohen CI. Late-life psychosis: diagnosis and treatment. *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17:1.
- 44: Holroyd S, Laurie S. Correlates of psychotic symptoms among elderly outpatients. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999;14:379-384.
- 45: Webster J, Grossberg GT. Late-life onset of psychotic symptoms. *Am J Geriatr Psychiatry*. 1998;6:196-202.
- 46: Marsh CM. Psychiatric presentations of medical illness. *Psychiatr Clin N Am*. 1997;20:181-204.
- 47: Iglewicz A, Meeks TW, Jeste DV. New wine in old bottle: late-life psychosis. *Psychiatr Clin North Am*. 2011;34:295-318.
- 48: Colijn MA, Nitta BH, Grossberg GT. Psychosis in Later Life: A Review and Update. *Harv Rev Psychiatry*. 2015;23:354-367.
- 49: Maher B. Delusional thinking and cognitive disorders. *Integr Physiol Behav Sci*. 2005;40:136-146.
- 50: Sable JA, Jeste DV. Antipsychotic treatment for late-life schizophrenia. *Curr Psychiatry Rep*. 2002;4:299-306.
- 51: Alexopoulos GS, Streim J, Carpenter D, et al. Expert Consensus Panel for Using Antipsychotic Drugs in Older Patients. Using antipsychotic agents in older patients. *J Clin Psychiatry*. 2004;65

- Suppl 2:5-99.
- 52: Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet*. 2014;383:911-922.
 - 53: Rahkonen T, Luukkainen-Markkula R, Paanila S, et al. Delirium episode as a sign of undetected dementia among community dwelling elderly subjects: a 2 year follow up study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2000;69:519-521.
 - 54: Ropacki SA, Jeste DV. Epidemiology of and risk factors for psychosis of Alzheimer's disease: a review of 55 studies published from 1990 to 2003. *Am J Psychiatry*. 2005;162:2022-2030.
 - 55: Fénelon G, Soulas T, Zenasni F, et al. The changing face of Parkinson's disease-associated psychosis: a cross-sectional study based on the new NINDS-NIMH criteria. *Mov Disord*. 2010;25:763-766.
 - 56: Forsaa EB, Larsen JP, Wentzel-Larsen T, et al. A 12-year population-based study of psychosis in Parkinson disease. *Arch Neurol*. 2010;67:996-1001.
 - 57: Nagahama Y, Okina T, Suzuki N, et al. Classification of psychotic symptoms in dementia with Lewy bodies. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007;15:961-967.
 - 58: Brunelle S, Cole MG, Elie M. Risk factors for the late-onset psychoses: a systematic review of cohort studies. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012;27:240-252.
 - 59: Wang LY, Borisovskaya A, Maxwell AL, et al. Common psychiatric problems in cognitively impaired older patients: causes and management. *Clin Geriatr Med*. 2014;30:443-467.
 - 60: Gauthier S, Wirth Y, Möbius HJ. Effects of memantine on behavioural symptoms in Alzheimer's disease patients: an analysis of the Neuropsychiatric Inventory (NPI) data of two randomised, controlled studies. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005;20:459-464.
 - 61: Rodda J, Morgan S, Walker Z. Are cholinesterase inhibitors effective in the management of the behavioral and psychological symptoms of dementia in Alzheimer's disease? A systematic review of randomized, placebo-controlled trials of donepezil, rivastigmine and galantamine. *Int Psychogeriatr*. 2009;21:813-824.
 - 62: Lachaine J, Beauchemin C, Crochard A, et al. The impact of memantine and cholinesterase inhibitor initiation for Alzheimer disease on the use of antipsychotic agents: analysis using the Régie de l'Assurance Maladie du Québec database. *Can J Psychiatry*. 2013;58:195-200.
 - 63: Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *JAMA*. 2005;294:1934-1943.
 - 64: Schneider LS, Dagerman K, Insel PS. Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006;14:191-210.
 - 65: Meeks TW, Jeste DV. Beyond the Black Box: What is The Role for Antipsychotics in Dementia? *Curr Psychiatr*. 2008;7:50-65.
 - 66: Maher AR, Maglione M, Bagley S, et al. Efficacy and comparative effectiveness of atypical antipsychotic medications for off-label uses in adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2011;306:1359-1369.
 - 67: Seitz DP, Adunuri N, Gill SS, et al. Antidepressants for agitation and psychosis in dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(2):CD008191.
 - 68: Miyasaki JM, Shannon K, Voon V, et al. Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice Parameter: evaluation and treatment of depression, psychosis, and dementia in Parkinson disease (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2006;66:996-1002.
 - 69: Diederich NJ, Fénelon G, Stebbins G, et al. Hallucinations in Parkinson disease. *Nat Rev Neurol*. 2009;5:331-342.
 - 70: Connolly BS, Lang AE. Pharmacological treatment of Parkinson disease: a review. *JAMA*. 2014;311:1670-1683.
 - 71: Gulia KK, Kumar VM. Sleep disorders in the elderly: a growing challenge. *Psychogeriatrics*. 2018;18:155-165.

- 72: Iber, Conrad. (2007). The AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events. IL, USA: American Academy of Sleep Medicine.
- 73: Luyster FS, Strollo PJ Jr, Zee PC, et al. Boards of Directors of the American Academy of Sleep Medicine and the Sleep Research Society. Sleep: a health imperative. Sleep. 2012;35:727-734.
- 74: Foley D, Ancoli-Israel S, Britz P, et al. Sleep disturbances and chronic disease in older adults: results of the 2003 National Sleep Foundation Sleep in America Survey. J Psychosom Res. 2004;56:497-502.
- 75: Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. Am J Psychiatry. 2003;160:1147-1156.
- 76: Maglione JE, Ancoli-Israel S, Peters KW, et al; Study of Osteoporotic Fractures Research Group. Subjective and objective sleep disturbance and longitudinal risk of depression in a cohort of older women. Sleep. 2014;37:1179-1187.
- 77: Shi L, Chen SJ, Ma MY, et al. Sleep disturbances increase the risk of dementia: A systematic review and meta-analysis. Sleep Med Rev. 2018;40:4-16.
- 78: Kabeshita Y, Adachi H, Matsushita M, et al. Sleep disturbances are key symptoms of very early stage Alzheimer disease with behavioral and psychological symptoms: a Japan multi-center cross-sectional study (J-BIRD). Int J Geriatr Psychiatry. 2017;32:222-230.
- 79: Luoju MK, Lehto SM, Tolmunen T, et al. Self-reported sleep disturbance and incidence of dementia in ageing men. J Epidemiol Community Health. 2017;71:329-335.
- 80: Jacobs GD, Pace-Schott EF, Stickgold R, et al. Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for insomnia: a randomized controlled trial and direct comparison. Arch Intern Med. 2004;164:1888-1896.
- 81: Edinger JD, Sampson WS. A primary care "friendly" cognitive behavioral insomnia therapy. Sleep. 2003;26:177-182.
- 82: National Institutes of Health. National Institutes of Health State of the Science Conference statement on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults, June 13-15, 2005. Sleep. 2005;28:1049-1057.
- 83: Öztürk, M. Orhan & Uluşahin, A. (2008). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Cilt-II. (Yenilenmiş 11. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri
- 84: Gray SL, LaCroix AZ, Hanlon JT, et al. Benzodiazepine use and physical disability in community-dwelling older adults. J Am Geriatr Soc. 2006;54:224-230.
- 85: Kaynak H, Kaynak D, Gözükmizi E, et al. The effects of trazodone on sleep in patients treated with stimulant antidepressants. Sleep Med. 2004;5:15-20.
- 86: Montgomery P, Dennis J. Physical exercise for sleep problems in adults aged 60+. Cochrane Database Syst Rev. 2002;(4):CD003404.
- 87: Sekiguchi H, Iritani S, Fujita K. Bright light therapy for sleep disturbance in dementia is most effective for mild to moderate Alzheimer's type dementia: a case series. Psychogeriatrics. 2017;17:275-281.
- 88: Olde Rikkert MG, Rigaudo AS. Melatonin in elderly patients with insomnia. A systematic review. Z Gerontol Geriatr. 2001;34:491-497.
- 89: Buscemi N, Vandermeer B, Hooton N, et al. The efficacy and safety of exogenous melatonin for primary sleep disorders. A meta-analysis. J Gen Intern Med. 2005;20:1151-1158.

Bölüm 11

ACİL SERVİS VE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖZ KIYIM GİRİŞİMİNE YAKLAŞIM

Mehmet Hamdi ÖRÜM¹

GİRİŞ

Öz kıyım, bir kimsenin çoğunlukla zihinsel nedenlerle, yaşamına kendi eliyle son vermesi, kendini öldürmesidir. Önemi giderek artan bir toplum sağlığı problemi- dir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2017 yılı güncellemesine göre dünya genelinde her yıl 800000 insan öz kıyım nedeniyle ölmektedir. 15-29 yaşları arasındaki ölümle- rin en sık ikinci nedenidir. Öz kıyım ile ilişkili olarak üç önemli kavram vardır: tamamlanmış öz kıyım, öz kıyım düşüncesi ve öz kıyım girişimi (1). Bütün öz kıyım girişimleri önemli olmakla birlikte, bazı faktörlerin öz kıyım girişimi son- rasındaki ölüm riskini artırdığı bilinmektedir. Pestisit, ateşli silah kullanımı, araç egzoz gazı, yüksekten atlama ve ası yoluyla öz kıyım girişimlerinin ölümle sonuç- lanma riski daha yüksektir ve "şiddetli" yöntemler olarak adlandırılırlar. Bunlarla karşılaştırılınca ilaç içerek öz kıyım girişimi ölüme neden olma açısından daha az risk taşımaktadır. Öz kıyım girişimleri, tamamlanmış öz kıyımlara oranla 10-40 kat daha sık olarak gözlenmektedir. Literatürde öz kıyım girişimlerini tanımla- mak amacıyla çeşitli adlandırmalar kullanılmıştır: Şiddetli, şiddetli olmayan, dür- tüsel, kararsız, iyi planlanmış, tekrarlayan (1-3). Tüm bu özellikler aynı zamanda bir sağlık profesyonelinin öz kıyım girişiminde bulunmuş bir kişiye yaklaşımını, takip ve tedavisini etkilemektedir.

AİLE HEKİMLİĞİ VE ACİL SERVİS PRATİĞİNDE ÖZ KIYIM DEĞERLENDİRMESİ

Ruhsal durum muayenesi, öz kıyım değerlendirme sürecinin temel unsurudur. Bu değerlendirme sürecinde, sağlık profesyoneli hastanın genel tıbbi durumu ve mevcut zihinsel durumu hakkında bilgi edinir. Bu bilgiler ile sağlık profesyone-

¹ Uzman Doktor, Psikiyatri, Kahta Devlet Hastanesi, Adıyaman, Türkiye, mhorum@hotmail.com

SONUÇ

Stresli insanların öz kıyım girişimlerinden haftalar önce birinci basamak sağlık hizmeti sunan merkezlere başvurdukları bilinmektedir. Aile hekimleri, birçok hastalıkta olduğu gibi öz kıyımın tahmini ve belirlenmesinde de önemli bir yere sahiptir. Bu bölümde bahsedilen öz kıyım riskini artırıcı faktörler ışığında, aile hekimlerinin bu olguları değerlendirmesi, takip ve tedavi programına alması ve gerekli durumlarda bir ruh sağlığı ve bozuklukları uzmanına yönlendirmesi, bu duruma bağlı olumsuz sonuçları ciddi oranda azaltacaktır. Öz kıyımın girişi durumu devreye giren acil sağlık hizmetleri de olgu ve çevresinde ortaya çıkan krize müdahalede önemli bir yere sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Öz kıyım, öz kıyım girişimi, birinci basamakta öz kıyım, acil serviste krize müdahale

KAYNAKLAR

1. Orum MH, Kara MZ, Egilmez OB. Mean platelet volume and neutrophil to lymphocyte ratio as parameters to indicate the severity of suicide attempt. *J Immunoassay Immunochem*. 2018;39(6):647-659.
2. Kara MZ, Orum MH, Egilmez OB. Relationship between immune cells and violent/nonviolent suicide attempts and controls: What about the lymphocyte-related ratios and neutrophil-related parameters? *Kaohsiung J Med Sci*. 2019;35(5):315-316.
3. Orum MH, Egilmez OB. Psychiatric presentation of hypoxic ischemic encephalopathy occurring after a violent suicide attempt: a case of hanging. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2018;31:228-230.
4. Kavalidou K, Smith DJ, O'Connor RC. The role of physical and mental health multimorbidity in suicidal ideation. *J Affect Disord*. 2017;209:80-85.
5. Schulberg HC, Bruce ML, Lee PW, Williams JW Jr, Dietrich AJ. Preventing suicide in primary care patients: the primary care physician's role. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26(5):337-345.
6. Zalar B, Kores Plesničar B, Zalar I, Mertik M. Suicide and suicide attempt descriptors by multimethod approach. *Psychiatr Danub*. 2018;30(3):317-322.
7. Raue PJ, Ghesquiere AR, Bruce ML. Suicide risk in primary care: identification and management in older adults. *Curr Psychiatry Rep*. 2014;16(9):466.
8. Hegerl U. Prevention of suicidal behavior. *Dialogues Clin Neurosci*. 2016;18(2):183-190.
9. Vannoy S, Park M, Maroney MR, Unützer J, Apesoa-Varano EC, Hinton L. The perspective of older men with depression on suicide and its prevention in primary care. *Crisis*. 2018;39(5):397-405.
10. Woo S, Lee SW, Lee K, Seo WS, Lee J, Kim HC, Won S. Characteristics of high-intent suicide attempters admitted to emergency departments. *J Korean Med Sci*. 2018;33(41):e259.
11. Wolfersdorf M, Schneider B, Schmidtke A. Suicidal behavior: a psychiatric emergency situation, suicide prevention: a psychiatric obligation. *Nervenarzt*. 2015;86(9):1120-1129.
12. Rihmer Z, Dome P, Gonda X, Belteczki Z. Assessing suicide risk based on a hierarchical classification of risk factors. *Neuropsychopharmacol Hung*. 2017;19(3):131-136.
13. Haw C, Hawton K, Niedzwiedz C, Platt S. Suicide clusters: a review of risk factors and mechanisms. *Uicide Life Threat Behav*. 2013;43(1):97-108.
14. Gordon M, Melvin G. Risk assessment and initial management of suicidal adolescents. *Aust Fam Physician*. 2014;43(6):367-372.
15. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005;294(16):2064-2074.

16. Celano CM, Beale EE, Mastromauro CA, Stewart JG, Millstein RA, Auerbach RP, et al. Psychological interventions to reduce suicidality in high-risk patients with major depression: a randomized controlled trial. *Psychol Med.* 2017;47(5):810-821.
17. Sands N, Elsom S, Marangu E, Keppich-Arnold S, Henderson K. Mental health telephone triage: managing psychiatric crisis and emergency. *Perspect Psychiatr Care.* 2013;49(1):65-72.

Bölüm 12

MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK TEDAVİSİNDE BİRİNCİ BASAMAK HEKİMLERİN ROLÜ VE TEDAVİ YÖNETİMİNDE SIK KULLANILAN ÖNERİLER

Elif ÖZCAN TOZOĞLU¹

GİRİŞ

Psikiyatrik hastalıklar içerisinde depresif bozukluk, birinci basamakta çalışan hekimlerin en sık karşılaştığı durumlardan biridir. Dünya çapında da depresif bozukluğun önemi her geçen gün artmaktadır. 2017 Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre zihinsel ve fiziksel engelliliğin önde gelen bir nedeni olarak öne sürülen depresif bozukluk oranı son 10 yılda %18 artış göstermiştir (1). Yıllık yeti yitimi verilerine bakıldığında da, dünyada iş gücü kaybının %7,5 unu depresif bozukluğun oluşturmaktadır. 2020 yılında da işgücü kaybına sebep olarak iskemik kalp hastalıklarından sonra 2.sırada depresif bozukluk olacağı öngörülmüyor. Ülkemizde depresif bozukluk %4,4 oranında görülmektedir. Bu veriler ışığında depresif bozukluğun her geçen gün tanınması ve müdahalesi edilmesinin önemi artmaktadır.

Gerek damgalanmadan kaçılması gerekse ulaşımın daha kolay olması nedeni ile depresif belirtileri olan hastaları öncelikli olarak birinci basamaktaki bir hekime başvurmaktadır (2). ABD’de yapılan çalışmalarda depresyondaki hastaların %75’i şikayetleri için psikiyatristler yerine ilk olarak bir birinci basamak hekimine başvurdıkları gösterilmiş (3). Ancak aynı zamanda birinci basamakta depresif hastalıkların saptanarak, doğru tanı konulma oranı %30-50 arasında saptanmıştır (4). Ülkemizde de birinci basamakta çalışan hekimlerle yapılan bir çalışmada, hekimlerin %19,2’sinin depresif bozukluğun tanısını koymakta kendilerini yetersiz hissettikleri saptanmışken, %47,5’unun da tanı konulduktan sonra hastaların tedavisi ile ilgili bilgi ve deneyimlerini yeterli bulmadıkları saptanmıştır (5).

Bu kitap bölümünde birinci basamak sağlık hizmetlerine sıkça başvuruda bulunan Major Depresif Bozukluk (MDB) tanılı hastaların birinci basamakta tanın-

¹ Uzman Doktor, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi, drelifozcan@hotmail.com

3.4 Diğer Tedaviler

3.4.1 Omega-3 Yağ Asitleri

Epidemiyolojik ve hayvan çalışmaları omega-3 yağ asitlerinin yoğun bulunduğu balık yağı alınmasının depresif belirtiler üzerinde olumlu etkiye sahip olduğunu göstermiştir (33). Yapılan metanalizlerde omega-3 yağ asitlerinin antidepresan olarak faydasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ancak monoterapiden ziyade bu ajanların güçlendirme tedavisinde kullanılmasının uygun olduğu gösterilmiştir(34). Kullanım dozu olarak EPA+DHA 1-9 gr arasında kullanılması uygun görülmektedir (35).

3.4.2 Folik asit

Folik asit de tek başına bir antidepresan olarak kullanılamasa da, yapılan çalışmalarda folik asit düzeyinin düşüklüğünde, major depresif bozuklukta antidepresana daha zayıf bir yanıt alındığı gösterilmiştir(36, 37). Bu nedenle kan folik asit değerlerinin de depresif bozuklu hastalarda değerlendirilip gerekli takviyenin yapılması tedavi yanıtını artıracaktır.

3.4.3 S-Adenozil L-Metionin (SAME)

Serotonin,nöradrenalin ve dopamin düzeylerini artıran SAME nin depresif bozuklukta da etkin olduğu gösterilmiştir. Doz aralığı 200-1600 mg olarak belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda etkinliğinin Trisklik antidepresanlara eşdeğer olduğu ve onlardan daha iyi tolere edilebildiği gösterilmiştir (38, 39).

Bunların dışında masaj, akupunktur, homeopati, yoga, aromaterapi gibi tamamlayıcı tıp tekniklerinin depresif bozukluğa olumlu etkileri gösterilmiş olmakla birlikte, yapılan araştırmalarda depresyon tedavisinde yararlılığını ve etkinliğini gösteren herhangi bir kanıta dayalı veri elde edilememiştir (40-42).

SONUÇ

Birinci basamakta depresif bozukluğun daha çok tanınıp, tedavi edilebilmesinin toplum sağlığına katkısı büyük olacaktır. Bu nedenle bu yazıda birinci basamakta çalışan hekimlerin pratikte uygulayabileceği ve hastaları bilgilendirebilmesi için kullanabileceği bilgiler sunulmaya çalışıldı.

KAYNAKLAR

- 1: Organization WH Depression and other common mental disorders: global health estimates; World Health Organization: 2017.
- 2: Wells KB, Hays RD, Burnam MA, et al. Detection of depressive disorder for patients receiving prepaid or fee-for-service care: results from the Medical Outcomes Study. Jama. 1989;262 (23):3298-3302.

- 3: Goldman LS, Nielsen NH, Champion HC, et al. Awareness, diagnosis, and treatment of depression. *Journal of general internal medicine*. 1999;14 (9):569-580.
- 4: Soon JA, Levine M. Screening for depression in patients in long-term care facilities: a randomized controlled trial of physician response. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002;50 (6):1092-1099.
- 5: Yıldırım A, Gönüllü O, Eradamlar N, et al. İstanbul ili genelinde görev yapan aile hekimlerinin antidepresan reçetelemesini etkileyen faktörler. *Düşünen Adam. The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2014;27:242-249.
- 6: Barret JE, W JR J, Oxman TE, et al. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care. *Journal of Family Practice*. 2001;50 (5):405-405.
- 7: Scott J, Thorne A, Horn P. Effect of a multifaceted approach to detecting and managing depression in primary care. *Bmj*. 2002;325 (7370):951-954.
- 8: Wittchen H-U, Höfler M, Meister W. Prevalence and recognition of depressive syndromes in German primary care settings: poorly recognized and treated? *International clinical psychopharmacology*. 2001;16 (3):121-135.
- 9: Guy W. Clinical global impression. *Assessment manual for Psychopharmacology*. 1976:217-222.
- 10: Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, et al. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 1996;4 (4):251-259.
- 11: Force UPST. Screening for depression: recommendations and rationale. *Annals of Internal Medicine*. 2002;136 (10):760.
- 12: Hickie IB, Andrews G, Davenport TA. Measuring outcomes in patients with depression or anxiety: an essential part of clinical practice. *Medical Journal of Australia*. 2002;177 (4):205-207.
- 13: Başoğlu C, Buldukoğlu K. Depresif bozukluklarda psikososyal girişimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2015;7 (1):1-15.
- 14: Hansen S. Antidepressant choices in primary care: which to use first? *WMJ-MADISON-*. 2004;103:93-98.
- 15: Stahl SM, Stahl SM. (2013) *Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications*. Cambridge university press.
- 16: Stahl SM. (2017) *Prescriber's Guide: Stahl's Essential Psychopharmacology*. Cambridge University Press.
- 17: Evren EC. Sigarayı Bırakma Tedavisinde Antidepresanların Kullanımı: Bu Tedavide Bupropion'un Yeri. *Bull Clin Psychopharmacol*. 2001;11:198-211.
- 18: Bozkurt H, Şahin S, Zoroğlu S. İnternet bağımlılığı: Güncel bir gözden geçirme. *Journal of Contemporary Medicine*. 2016;6 (3):235-247.
- 19: Badger F, Nolan P. Use of self-chosen therapies by depressed people in primary care. *Journal of clinical nursing*. 2007;16 (7):1343-1352.
- 20: Alataş G, Kurt E, Alataş ET, et al. Duygudurum bozukluklarında psikoeğitim. *Düşünen Adam*. 2007;20 (4):196-205.
- 21: Şengün AGE, Altuok ÖGHÖ, Üstün B. Kanıta Dayalı Bir Uygulama: Psikoeğitim. *Derleme Yazılar*.66.
- 22: Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P, et al. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC medicine*. 2009;7 (1):79.
- 23: Lutz W, Schiefele A-K, Wucherpfennig F, et al. Clinical effectiveness of cognitive behavioral therapy for depression in routine care: A propensity score based comparison between randomized controlled trials and clinical practice. *Journal of affective disorders*. 2016;189:150-158.
- 24: Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, et al. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*. 2012;36 (5):427-440.
- 25: Güven E, Gökçe G. Etkililik Çalışmaları Ne Kadar Etkili?: Bilişsel Davranışçı Terapiler Bağlamında Bir Değerlendirme.

- 26: de Mello MF, de Jesus Mari J, Bacaltchuk J, et al. A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2005;255 (2):75-82.
- 27: Stuart S. Interpersonal psychotherapy: a guide to the basics. *Psychiatric Annals*. 2006;36 (8).
- 28: Luty SE, Carter JD, McKenzie JM, et al. Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *The British Journal of Psychiatry*. 2007;190 (6):496-502.
- 29: Coelho HF, Canter PH, Ernst E. Mindfulness-based cognitive therapy: evaluating current evidence and informing future research. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2007;75 (6):1000.
- 30: Rodriguez-Romo G, Barriopedro M, Alonso Salazar PJ, et al. Relationships Between Physical Activity and Mental Health In The Adult Population of Madrid. *Revista De Psicología Del Deporte*. 2015;24 (2):233-239.
- 31: Mammen G, Faulkner G. Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *American journal of preventive medicine*. 2013;45 (5):649-657.
- 32: Mead GE, Morley W, Campbell P, et al. Exercise for depression. *Cochrane database of systematic reviews*. 2008; (4).
- 33: Naliwaiko K, Araújo R, Da Fonseca R, et al. Effects of fish oil on the central nervous system: a new potential antidepressant? *Nutritional neuroscience*. 2004;7 (2):91-99.
- 34: Freeman M. Omega-3 fatty acids and perinatal depression: a review of the literature and recommendations for future research. *Prostaglandins, leukotrienes and essential fatty acids*. 2006;75 (4-5):291-297.
- 35: Freeman MP, Fava M, Lake J, et al. Complementary and alternative medicine in major depressive disorder: the American Psychiatric Association Task Force report. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2010;71 (6):669.
- 36: Papakostas GI, Petersen T, Mischoulon D, et al. Serum folate, vitamin B12, and homocysteine in major depressive disorder, Part 1: predictors of clinical response in fluoxetine-resistant depression. *The Journal of clinical psychiatry*. 2004;65 (8):1090-1095.
- 37: Coppen A, Bailey J. Enhancement of the antidepressant action of fluoxetine by folic acid: a randomised, placebo controlled trial. *Journal of affective disorders*. 2000;60 (2):121-130.
- 38: Mischoulon D, Fava M. Role of S-adenosyl-L-methionine in the treatment of depression: a review of the evidence. *The American journal of clinical nutrition*. 2002;76 (5):1158S-1161S.
- 39: Hardy M, Coulter I, Morton S, et al. S-Adenosyl-L-methionine (SAMe) for depression, osteoarthritis and liver disease. *Agency for Healthcare Research and Quality*. 2002.
- 40: Leo RJ, Ligot Jr JSA. A systematic review of randomized controlled trials of acupuncture in the treatment of depression. *Journal of affective disorders*. 2007;97 (1-3):13-22.
- 41: Coelho H, Boddy K, Ernst E. Massage therapy for the treatment of depression: a systematic review. *International journal of clinical practice*. 2008;62 (2):325-333.
- 42: Pilkington K, Kirkwood G, Rampes H, et al. Yoga for depression: the research evidence. *Journal of affective disorders*. 2005;89 (1-3):13-24.

Bölüm 13

ACİL SERVİS ŞARTLARINDA BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARINA YAKLAŞIM

Pınar ERASLAN¹

GİRİŞ

Psikiyatrik acil servise gelen hastalarda duygu, düşünce ve davranış alanlarında bireyin bedensel, zihinsel, toplumsal işlevlerini belirgin ölçüde etkileyen belirtiler görülür (1). Psikiyatrik acil durumlar genellikle ajitasyon, saldırganlık, dürtüsellik, psikoz, suisidal ve homosidal düşünceler olmak üzere yıkıcı davranış riski içerir. Acil psikiyatrik başvurular giderek artmaktadır ve başvuruların yaklaşık %3-12'sini psikiyatrik bozukluklar oluşturmaktadır (2,3). Acil servislere yapılan psikiyatrik başvuruların da yaklaşık %13'ünü bipolar bozukluk oluşturmaktadır (4). Psikiyatrik acil servise başvuran bipolar bozukluk tanılı hastalar değişik duygudurum belirtileri sergilerler. Çökkün, coşkulu, öfkeli, sinirli ve ajite durumda olarak şiddete eğilimli davranışlar gösterebilirler. Çoğu zaman, bu hastalar şaşkın ve dağınık bir durumdadır, genellikle sanrılar ve / veya varsanılar eşlik eder (4). Bu belirtiler hasta ile iletişim kurulmasını ciddi bir şekilde engelleyebilir.

Psikiyatrist, acil ve acil olmayan tıbbi ve psikiyatrik sorunları tespit edip buna göre bir strateji geliştirip yol almalıdır. Akut davranış bozuklukları değerlendirilirken hastanın mevcut primer psikiyatrik hastalıklarının rolünü de belirlemek gerekir (5). Saldırganlık ve intihar acildeki en önemli sorun alanlarıdır. Bu sorunlara yönelik riskler dikkatle değerlendirilmeli, yerleştirmenin belirlenmesinde bu riskler göz önünde bulundurulmalıdır.

Tedavi stratejileri farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemleri içermelidir. Kullanışlı farmakolojik ajanlar duygudurum dengeleyicileri, dopaminerjik, serotonerjik ilaçları ve atipik antipsikotikleri içerir. Farmakolojik olmayan yöntemler çevresel düzenleme ve/veya psikoterapötik önlemlerdir. Uygun ve sabit bir uyaran seviyesine ve kişilerarası sınırlara ulaşmayı amaçlayan davranışsal ve

¹ Psikiyatri Uzmanı, TBMM Devlet Hastanesi, dr_pinartekin@yahoo.com.tr

açabileceği bir ortam oluşturulmalı, mahremiyetine saygı duyulmalı, güvenliği sağlanmalı, çevresel uyarılar azaltılmalı, hasta ve hekimin eşit seviyelere oturmasını sağlayan bir düzenleme yapılmalıdır. Hastaya, hastanın durumunun onun algıladığı kadar umutsuz durumda olmadığını, depresyonun veya diğer koşulların geçici ve tedavi edilebilir olduğunu sık sık vurgulamak gerekir. Hastaya doğrudan umutsuzluk duygularını, ölme isteğini, intihar düşüncelerini ve varsa planını sormak önemlidir (80,81). Planı varsa, bu planın ne kadar ölümcül olduğunu, hastanın planı gerçekleştirmek için hangi adımları attığını, planın gerçekleşmesi için hangi koşulların gerekli olduğunu belirlemek; hastanın artık geleceği düşünmediğini gösteren sözel veya sözel olmayan ipuçlarını aramak, hastanın kontrol kaybı korkusunu hafifletmek için mümkün olan her şeyi yapmak gerekir (80). Aşırı uyarılma, aktivasyon ve davranışsal labiliteyi azaltmak için farmakolojik ve farmakolojik olmayan adımlar planlanmalıdır. Lityumun özkıyımı önlemede etkin olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (82).

SONUÇ

Bu yazıda acil servise başvuran bipolar bozukluk tanılı hastalarda yapılması gereken temel noktalar ele alınmıştır. Öncelikle hastanın, ailesinin ve sağlık çalışanının güvenliğini sağlamak temel hedef olmalıdır. Acil bakımdan yerleştirmeye kadar hekimin zamanı iyi idare etmesi önemlidir. Altta yatan diğer tıbbi ve psikiyatrik durumları dışladıktan sonra hastanın sergilediği temel belirtiyeye göre tedavi planı oluşturulmalı, ajite hastalarda gerekli çevresel uyarım sağlanmaya çalışılmalıdır. Akut ajite hastalarda, hastayla iş birliği sağlanabiliyorsa öncelikle sözel olarak hasta yatıştırılmaya çalışılmalı, oral ilaç alımı denenmeli, hasta tedaviye uyum göstermiyorsa enjeksiyon ilaç formları tercih edilmelidir. Hasta ile iletişim kurulamıyor ve/veya çevresi ve kendisi için ciddi tehlike riski taşıyorsa en son seçenek olarak bağlama ve yalıtma gibi kısıtlama yöntemlerinin uygulanması önerilmektedir. Hastayla etkin bir iletişim için hekimin empatik ve güvence veren tutarlı yaklaşımı önemlidir. Son olarak, bu hasta grubunda intihar riski her zaman akılda tutulmalı ve gerekli tedbirler alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bipolar, acil servis, ajitasyon, mani

KAYNAKLAR

1. Kocaman N. Emergency Psychiatric Nurse. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci. 2007;3:61-74.
2. Kısa C, Aydın OD, Cebeci S, et al. Acil Psikiyatrik başvuruların ve acil psikiyatrik hizmetlerin değerlendirilmesi. Yeni Symposium Dergisi. 2001;39:174-180.
3. Kerrison SA, Chapman R. What general emergency nurses want to know about mental health patients presenting to their emergency department. Accid Emerg Nurs. 2007;15:48-55.
4. Mulder, CL. & van Hemert, AM. (2011). Epidemiologie van spoedeisende psychiatrie [Epi-

- demology of the emergency psychiatry]. In: RA Achilles, RJ Beerthuis, WM van Ewijk, eds. Handboek Spoedeisende Psychiatrie [Handbook Emergency Psychiatry]. Amsterdam: Benec-ke. N.I.
5. Allen MH, Currier GW, Hughes DH, et al. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies. Postgrad Med.2001;(spec no):1-88.
 6. Ng SV, Rosenheck RA. Severe mental illness and emergency department service use nationally in the Veterans Health Administration Gen Hosp Psychiatry. 2017;44:61-66.
 7. Allen MH, Currier GW, Carpenter D, et al. Treatment of behavioral emergencies. J Psychiatr Pract. 2005; 11(suppl 1):5-108.
 8. Schatzberg AF, DeBattista C. Phenomenology and treatment of agitation. J Clin Psychiatry. 1999;60(suppl15):17-20.
 9. Zeller SL, Citrome L. Managing. Agitation Associated with Schizophrenia and Bipolar Disorder in the Emergency Setting. West J Emerg Med. 2016;17(2):165-172.
 10. Holloman GH Jr, Zeller SL. Overview of project BETA: Best practices in Evaluation and Treatment of Agitation. West J Emerg Med. 2012;13(1):1-2.
 11. Wilson MP, Pepper D, Currier GW, et al. The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project Beta Psychopharmacology Workgroup. West J Emerg Med. 2012;13(1):26-34.
 12. Currier GW, Farley-Toombs C. Datapoints: use of restraint before and after implementation of the new HCFA rules. Psychiatr Serv. 2002;53:138.
 13. Kaltiala-Heino R, Tuohimäki C, Korkeila J, et al. Reason for using seclusion and restrain in psychiatric inpatient care. Int J Law Psychiatry. 2003;26:139-149.
 14. Schreiner GM, Crafton CG, Sevin JA. Decreasing the use of mechanical restraints and locked seclusion. Adm Policy Ment Health. 2004;31:449-463.
 15. Foster C, Bowers L, Nijman H. Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. J Adv Nurs. 2007;58:140-149.
 16. Hellerstein DJ, Staub AB, Lequesne E. Decreasing the use of restraint and seclusion among psychiatric inpatients. J Psychiatr Pract. 2007;13:308-317.
 17. Gaskin CJ, Elsom SJ, Happell B. Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: review of the literature. Br J Psychiatry. 2007;191:298-303.
 18. Sclafani MJ, Humphrey FJ 2nd, Repko S, et al. Reducing patient restraints: a pilot approach using clinical case review. Perspect Psychiatr Care. 2008;44:32-39.
 19. Nordstrom K, Zun LS, Wilson MP, et al. Medical evaluation and triage of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Medical Evaluation Workgroup. West J Emerg Med. 2012;13(1):3-10.
 20. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. JAMA. 1990;264(19):2511-2518.
 21. Janssen Pharmaceuticals, Inc (2019) HALDOL Prescribing Information. (23.08.2019 tarihinde <http://www.janssenlabels.com/package-insert/product-monograph/prescribing-information/HALDOL-pi.pdf> adresinden ulaşılmıştır)
 22. Allen MH, Currier GW, Carpenter D, et al. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. J Psychiatr Pract. 2005;11(Suppl 1):5-108.
 23. Jhee SS, Zarotsky V, Mohaupt SM, et al. Delayed onset of oculogyric crisis and torticollis with intramuscular haloperidol. Ann Pharmacother. 2003;37(10):1434-1437.
 24. Pfizer Inc. (2015) Geodon Prescribing Information. . (23.08.2019 tarihinde <http://labeling.pfizer.com/ShowLabeling.aspx?id=584> adresinden ulaşılmıştır)
 25. Eli Lilly and Company. (2018) Zyprexa Prescribing Information. (23.08.2019 tarihinde <https://pi.lilly.com/us/zyprexa-pi.pdf> adresinden ulaşılmıştır).
 26. Otsuka Pharmaceutical Company. (2014) Abilify Prescribing Information. (23.08.2019 tarihinde https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2014/021436s038,021713s030,021729s022,021866s023lbl.pdf adresinden ulaşılmıştır)

27. Citrome L. Comparison of intramuscular ziprasidone, olanzapine, or aripiprazole for agitation: a quantitative review of efficacy and safety. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(12):1876-1885.
28. Janssen Pharmaceuticals, Inc. (2018) Risperdal Prescribing Information. (23.08.2019 tarihinde <http://www.janssenlabels.com/package-insert/product-monograph/prescribing-information/RISPERDAL-pi.pdf> adresinden ulaşılmıştır)
29. Thyssen A, Remmerie B, D'Hoore P, et al. Rapidly disintegrating risperidone in subjects with schizophrenia or schizoaffective disorder: a summary of ten phase I clinical trials assessing taste, tablet disintegration time, bioequivalence, and tolerability. *Clin Ther*. 2007;29(2):290-304.
30. Pratts M, Citrome L, Grant W, et al. A single-dose, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of sublingual asenapine for acute agitation. *Acta Psychiatr Scand*. 2014;130(1):61-68.
31. Pacciardi B, Calcedo A, Messer T. Inhaled Loxapine for the Management of Acute Agitation in Bipolar Disorder and Schizophrenia: Expert Review and Commentary in an Era of Change. *Drugs R D*. 2019 Mar;19(1):15-25.
32. Teva Pharmaceuticals USA I. (2018) Adasuve Prescribing Information. (23.08.2019 tarihinde <https://www.adasuve.com/PDF/AdasuvePI.pdf> adresinden ulaşılmıştır)
33. Lesem MD, Tran-Johnson TK, Riesenbergr RA, et al. Rapid acute treatment of agitation in individuals with schizophrenia: multicentre, randomised, placebo-controlled study of inhaled loxapine. *Br J Psychiatry*. 2011;198(1):51-58.
34. Kwentus J, Riesenbergr RA, Marandi M, et al. Rapid acute treatment of agitation in patients with bipolar I disorder: a multicenter, randomized, placebo-controlled clinical trial with inhaled loxapine. *Bipolar Disord*. 2012;14(1):31-40.
35. Nordstrom K and Allen MH. Alternative delivery systems for agents to treat acute agitation: progress to date. *Drugs*. 2013;73(16):1783-1792.
36. Zedie N, Amory DW, Wagner BK, et al. Comparison of intranasal midazolam and sufentanil premedication in pediatric outpatients. *Clin Pharmacol Ther*. 1996;59(3):341-348.
37. Barratt ES, Stanford MS, Felthous AR, Kent TA. The effects of phenytoin on impulsive and premeditated aggression: a controlled study. *J Clin Psychopharmacol*. 1997;17:341-349.
38. Yazıcı K, Yazıcı AE. Dürtüsellikğin nöroanatomik ve nörokimyasal temelleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010; 2:254-280.
39. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, et al. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry*. 2001;158:1783-1793.
40. Swann AC, Janicak PL, Calabrese JR et al. Structure of mania: subgroups with distinct clinical characteristics and course of illness in randomized clinical trial participants. *J Affect Disord* 2001;67:123-132.
41. Güleç H, Tamam L, Usta H, et al. Bipolar bozuklukta dürtüsellik. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009;10:198-203.
42. Swann AC, Koslow SH, Katz MM, et al. Lithium carbonate treatment of mania: cerebrospinal fluid and urinary monoamine metabolites and treatment outcome. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44:345-354.
43. Chow LY, Chung D, Leung V, et al. Suicide attempt due to metoclopramide-induced akathisia. *IntJClinPract*. 1997;51:330-331.
44. Lane RM. SSRI-induced extrapyramidal side-effects and akathisia: implications for treatment. *JPsychopharmacol*. 1998;12:192-214.
45. Buchanan A, Reed A, Wessely S, et al. Acting on delusions, II: the phenomenological correlates of acting on delusions. *Br J Psychiatry*. 1993;163:77-81.
46. Soyka M. Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *BrJPsychiatry*. 2000;176:345-350.
47. Knutson B, Wolkowitz OM, Cole SW, et al. Selective alteration of personality and social behavior by serotonergic intervention. *Am J Psychiatry*. 1998;155:373-379.
48. Sheard MH. Effect of lithium in human aggression. *Nature* 1971; 230:113-114.
49. Olvera RL. Intermittent explosive disorder: epidemiology, diagnosis and management. *CNS Drugs* 2002;16:517-526.

50. Gobbi G, Gaudreau PO, Leblanc N. Efficacy of topiramate, valproate, and their combination on aggression/agitation behavior in patients with psychosis. *J Clin Psychopharmacol.* 2006; 26:467-473.
51. Swann AC, Bowden CL, Calabrese JR, et al. Pattern of response to divalproex, lithium, or placebo in four naturalistic subtypes of mania. *Neuropsychopharmacology.* 2002;26:530-536.
52. Mattes JA. Oxcarbazepine in patients with impulsive aggression: a double-blind, placebo controlled trial. *J Clin Psychopharmacol.* 2005; 25:575-579.
53. Beran RG, Gibson RJ. Aggressive behaviour in intellectually challenged patients with epilepsy treated with lamotrigine. *Epilepsia.* 1998;39:280-282.
54. Fava M. Psychopharmacologic treatment of pathologic aggression. *Psychiatr Clin North Am.* 1997;20:427-451.
55. Volavka J, Czobor P, Nolan K, et al. Overt aggression and psychotic symptoms in patients with schizophrenia treated with clozapine, olanzapine, risperidone, or halo-peridol. *J Clin Psychopharmacol.* 2004;24:225-228.
56. Little JD, Taghavi EH. Disinhibition after lorazepam augmentation of antipsychotic medication. *Am J Psychiatry.* 1991;148:1099-1100.
57. Fehr BS, Ozcan ME, Suppes T. Low doses of clozapine may stabilize treatment-resistant bipolar patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2005;255:10-14.
58. Swann AC, Anderson JC, Dougherty DM, et al. Measurement of inter-episode impulsivity in bipolar disorder. *Psychiatry Res.* 2001;101:195-197.
59. Lane RM. SSRI-induced extrapyramidal side-effects and akathisia: implications for treatment. *J Psychopharmacol.* 1998;12:192-214.
60. Krakowski MI, Czobor P, Citrome L, et al. Atypical antipsychotic agents in the treatment of violent patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63:622-629.
61. Ernst CL, Bird SA, Goldberg JF, et al. The prescription of psychotropic medications for patients discharged from a psychiatric emergency service. *J Clin Psychiatry.* 2006;67:720-726.
62. Soltis RP, Cook JC, Gregg AE, et al. Interaction of GABA and excitatory amino acids in the basolateral amygdala: role in cardiovascular regulation. *J Neurosci.* 1997;17:9367-9374.
63. Benes FM. The role of stress and dopamine-GABA interactions in the vulnerability for schizophrenia. *J Psychiatr Res.* 1997;31:257-275.
64. Juhl RP, Tsuang MT, Perry PJ. Concomitant administration of haloperidol and lithium carbonate in acute mania. *Dis Nerv Syst.* 1977;38:675-676.
65. Wassef AA, Hafiz NG, Hampton D, et al. Divalproex sodium augmentation of haloperidol in hospitalized patients with schizophrenia: clinical and economic implications. *J Clin Psychopharmacol.* 2001;21:21-26.
66. Lancee WJ, Gallop R, McCay E, et al. The relationship between nurses' limit-setting styles and anger in psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv.* 1995;46:609-613.
67. Melle I, Friis S, Hauff E, et al. The importance of ward atmosphere in inpatient treatment of schizophrenia on short-term units. *Psychiatr Serv.* 1996;47:721-726.
68. Cuesta MJ, Gil P, Artamendi M, et al. Premorbid personality and psychopathological dimensions in first-episode psychosis. *Schizophr Res.* 2002;58:273-280.
69. Krauthammer C, Klerman GL. Secondary mania: manic syndromes associated with antecedent physical illnesses or drugs. *Arch Gen Psychiatry.* 1978;35:1333-1339.
70. Fava GA, Kellner R. Prodromal symptoms in affective disorders. *Am J Psychiatry.* 1991;148:823-830.
71. Lam D, Wong G, Sham P. Prodromes, coping strategies and course of illness in bipolar affective disorder--a naturalistic study. *Psychol Med.* 2001;31:1397-1402.
72. Miklowitz DJ. Longitudinal outcome and medication noncompliance among manic patients with and without mood-incongruent psychotic features. *J Nerv Ment Dis.* 1992;180:703-711.
73. Lieberman PB, Strauss JS. The recurrence of mania: environmental factors and medical treatment. *Am J Psychiatry.* 1984;141:77-80.

74. Jamison KR. Suicide and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2000;61(suppl 9):47-51.
75. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, et al. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry*. 1985;142:559-563.
76. Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia PJ, et al. Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1680-1687.
77. Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG. Clinical correlates of inpatient suicide. *J Clin Psychiatry*. 2003;64:14-19.
78. Barratt, ES. & Patton JH. (1983) Impulsivity: cognitive, behavioral, and psychophysiological correlates. In: Zuckerman M, ed. *Biological Basis of Sensation-Seeking, Impulsivity, and Anxiety*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
79. Simon TR, Anderso M, Thompson MP, et al. Assault victimization and suicidal ideation or behavior within a national sample of US adults. *Suicide Life Threat Behav*. 2002;32:42-50.
80. Dilsaver SC, Chen YR, Swann AC, et al. Suicidality in patients with pure and depressive mania. *Am J Psychiatry*. 1995;151:1312-1315.
81. Craig TJ, Ye Q, Bromet EJ. Mortality among first- admission patients with psychosis. *Compr Psychiatry*. 2006;47:246-251.
82. Goodwin FK, Fireman B, Simon GE, et al. Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex. *JAMA*. 2003; 290:1467-1473.

Bölüm 14

ACİL SERVİS, PSİKİYATRİ DIŞI KLİNİKLER VE HASTA NAKİL ARAÇLARINDA HASTA TESPİTİNDE HEKİM VE DİĞER SAĞLIK PERSONELİNİN SORUMLULUKLARI

Elvan ÇİÇEKÇİ¹

GİRİŞ

Kısıtlama; hastanın kendine veya başkalarına zarar verme riskine karşı beden hareketlerini tamamen veya kısmen kısıtlayarak fiziksel aktivitelerinin kontrolünü sağlamak olarak tanımlanmıştır. Kısıtlama uygulamaları fiziksel ve kimyasal olarak iki şekilde uygulanabilmektedir. Fiziksel kısıtlama kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastaların beden hareketlerinin manuel bir yöntemle kısıtlanması veya hasta tarafından kolayca çıkarılamayan, mekanik araç ve materyallerle kısıtlanmasıdır. Kimyasal kısıtlama ise medikal ilaçlarla hastanın hareket özgürlüğünü ve davranışlarını kontrol altına alma yoludur (1).

Tespit yöntemi olarak da adlandırılan kısıtlama uygulamaları çoğunlukla psikiyatri acil servisleri, kapalı psikoz servisleri başta olmak üzere yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) kullanılmakla beraber, genel acil servisler, diğer dahili ve cerrahi servisler ve hasta nakil araçlarında da güvenliği sağlama amacıyla duruma bağlı olarak kullanılmaktadır (2–10).

Bu kitap bölümünde acil servis, psikiyatri dışı klinikler ve hasta nakil araçlarında hasta tespiti ile hasta tespit sürecinde hekim ve diğer sağlık personelinin sorumluluklarının anlatılması amaçlanmaktadır.

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE KISITLAMA UYGULAMALARI

ABD’de yapılan bir çalışmada kısıtlama uygulanan yaklaşık 27.000 hastanın verileri değerlendirilmiş ve en fazla fiziksel kısıtlama kullanımının YBÜ’lerde uygulandığı tespit edilmiştir. Fiziksel kısıtlama altında geçen süre, YBÜ toplam yatış süresinin büyük bir kısmını oluşturmaktadır (6,11). Dünyada yılda yaklaşık 13 milyon kişi, YBÜ’ne kabul edilmekte ve bunların yaklaşık % 30’u mekanik ven-

¹ Uzman Doktor, Psikiyatri, Kahta Devlet Hastanesi, Adıyaman, Türkiye, mdrelvan@yahoo.com

saldırganlık riskini arttıran durumların değerlendirilmesi ve ilk olarak alternatif yöntemlerin uygulanması önemlidir. Kısıtlama altında uygun gözlem ve takibin önerilen kılavuzlara göre yapılması komplikasyon gelişimini önleyebilir. Hasta yakınlarının da sürece dahil edilmesi ve onlarla birlikte bakım ve risk yönetimi planları yapılması önerilmektedir (69). Hasta ve hasta yakınları hastanın bakım ve tedavileri hakkındaki tüm kararlara dahil edilmelidir.

Her ülkede kısıtlama uygulamaları farklılık göstermektedir. Türkiye’de yasal düzenlenmeler yetersiz olup kısıtlamalarla ilgili açık maddelerin olduğu bir ruh sağlığı yasasına ihtiyaç vardır. Yine de yol gösterici olarak Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Seti’nde bu uygulamalar standardize edilmiştir. Sağlık kurumları hem şiddet ve saldırganlık, hem de kısıtlayıcı müdahale kullanımını azaltmak için kısıtlayıcı müdahale azaltma programına sahip olmalıdır. Kısıtlayıcı müdahalelerin kullanımı, 1998 İnsan Hakları Yasası ve Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinde yer alan haklara uygun şekilde yapılmalıdır. Hasta haklarının ihlal edilmesi önlenmelidir. Şiddet ve saldırganlık yönetiminde öncelikli olarak çalışan ve hasta güvenliği sağlanmalı, bunu yaparken hasta saygınlığının korunmasına dikkat edilmelidir. Kolluk kuvvetleriyle uygun politikalar çerçevesinde iş birliği içinde olunmalıdır. Sağlık personeline şiddet ve saldırganlık riskini önceden tahmin etmek, azaltmak, önlemek ve kısıtlamalarla ilgili yasal düzenlemeler konusunda eğitim verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel kısıtlama, kimyasal kısıtlama, acil servis, yoğun bakım, 112 ve nakil araçları

KAYNAKLAR

- 1: Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Seti Hastane Seti-v2.0/2017, Ankara, 2017: Pozitif Matbaa: 155-157s.
- 2: Uzun U, Sancak B, Özer ÜÖŞ. Tespit uygulamalarını etkileyen değişkenler: Bir ruh sağlığı hastanesi örneği. Yeni Symp 2015;53:16-21.
- 3: Zun LS. A prospective study of the complication rate of use of patient restraint in the emergency department. J Emerg Med 2003;4:119-24.
- 4: Wong AH, Taylor RA, Ray JM, et al. Physical Restraint Use in Adult Patients Presenting to a General Emergency Department. Ann Emerg Med 2019;73:183-92.
- 5: Martin B, Mathisen L. Use of physical restraints in adult critical care: A bicultural study. Am J Crit Care 2005;14:133-42.
- 6: Benbenishty J, Adam S, Endacott R. Physical restraint use in intensive care units across Europe: The PRICE study. Intensive Crit Care Nurs 2010;26:241-5.
- 7: Gu T, Wang X, Deng N, et al. Investigating influencing factors of physical restraint use in China intensive care units: A prospective, cross-sectional, observational study. Aust Crit Care 2019;32:193-8.
- 8: Luk E, Sneyers B, Rose L, et al. Predictors of physical restraint use in Canadian intensive care units. Crit Care 2014;18:R46.
- 9: Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Güvenirlilik Çalışması. Florence Nightingale Hemşirelik Derg 2012;21:40-8.

- 10: van der Kooi AW, Peelen LM, Raijmakers RJ, et al. Use of physical restraints in dutch intensive care units: A prospective multicenter study. *Am J Crit Care American Association of Critical Care Nurses*, 2015;24:488–95.
- 11: Minnick AF, Mion LC, Johnson ME, et al. Prevalence and variation of physical restraint use in acute care settings in the US: Clinical scholarship. *J Nurs Scholarsh* 2007;39:30–7.
- 12: Adhikari NKJ, Fowler RA, Bhagwanjee S, et al. Critical care and the global burden of critical illness in adults. *The Lancet*. 2010, p. 1339–46.
- 13: Shahin J, Harrison DA, Rowan KM. Is the volume of mechanically ventilated admissions to UK critical care units associated with improved outcomes? *Intensive Care Med* 2014;40:353–60.
- 14: Wunsch H, Wagner J, Herlim M, et al. ICU occupancy and mechanical ventilator use in the united states. *Crit Care Med* 2013;41:2712–9.
- 15: Mehta S, Burry L, Cook D, et al. Daily sedation interruption in mechanically ventilated critically ill patients cared for with a sedation protocol: A randomized controlled trial. *JAMA - J Am Med Assoc* 2012;308:1985–92.
- 16: De Jonghe B, Constantin JM, Chanques G, et al. Physical restraint in mechanically ventilated ICU patients: A survey of French practice. *Intensive Care Med* 2013;39:31–7.
- 17: Khorshid L, Hakverdio G. The characteristics of physically restrained patients in intensive care units Yo ğ un bak ı m ünitelerinde fiziksel tespitli hastaların özellikleri. *Int J Hum Sci* 2007;4
- 18: Turgay AS, Sari D, Genc RE. Physical restraint use in turkish intensive care units. *Clin Nurse Spec* 2009;23:68–72.
- 19: Akansel N. Physical restraint practices among ICU nurses in one university hospital in western Turkey. *Heal Sci J* 2007;1–7.
- 20: Karagözoğlu Ş, Özden D. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi ve Uygulamaları. *Turkish J Res Dev Nurs* 2013;15:11–2.
- 21: Balcı H, Arslan S. Nurses' Information, Attitude and Practices towards Use of Physical Restraint in Intensive Care Units. *J Caring Sci* 2018;7:75–81.
- 22: Dolan J, Dolan Looby SE. Determinants of nurses' use of physical restraints in surgical intensive care unit patients. *Am J Crit Care* 2017; 26:373–9.
- 23: Suliman M. Prevalence of physical restraint among ventilated intensive care unit patients. *J Clin Nurs* 2018;27:3490–6.
- 24: Mitchell DA, Panchisin T, Seckel MA. Reducing Use of restraints in intensive care units: A quality improvement project. *Crit Care Nurse* 2018; 38:e9–16.
- 25: Huang HC, Huang YT, Lin KC, et al. Risk factors associated with physical restraints in residential aged care facilities: A community-based epidemiological survey in Taiwan. *J Adv Nurs* 2014;70:130–43.
- 26: Mehta S, Cook D, Devlin JW, et al. Prevalence, risk factors, and outcomes of delirium in mechanically ventilated adults. *Crit Care Med* 2015;43:557–66.
- 27: Micek ST, Anand NJ, Laible BR, Shannon WD, Kollef MH. Delirium as detected by the CAM-ICU predicts restraint use among mechanically ventilated medical patients. *Crit Care Med* 2005; 33:1260–5.
- 28: Van Rompaey B, Elseviers MM, et al. Risk factors for delirium in intensive care patients: A prospective cohort study. *Crit Care* 2009;3:R77.
- 29: Ai ZP, Gao XL, Zhao XL. Factors associated with unplanned extubation in the Intensive Care Unit for adult patients: A systematic review and meta-analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2018, p. 62–8.
- 30: Curry K, Cobb S, Kutash M, et al. Characteristics associated with unplanned extubations in a surgical intensive care unit. *Am J Crit Care* 2008;17:45–51.
- 31: Chuang ML, Lee CY, Chen YF, et al. Revisiting unplanned endotracheal extubation and disease severity in intensive care units. *PLoS One* 2015; 10:e0139864.
- 32: Chang LY, Wang KWK, Chao YF. Influence of physical restraint on unplanned extubation of adult intensive care patients: A case-control study. *Am J Crit Care* 2008;17:408–15.
- 33: Krüger C, Mayer H, Haastert B, et al. Use of physical restraints in acute hospitals in Germany:

- A multi-centre cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 2013;50:1599–606.
- 34: Langley G, Schmollgruber S, Egan A. Restraints in intensive care units-A mixed method study. *Intensive Crit Care Nurs* 2011;27:67–75.
 - 35: Unoki T, Sakuramoto H, Ouchi A, et al. Physical restraints in intensive care units: a national questionnaire survey of physical restraint use for critically ill patients undergoing invasive mechanical ventilation in Japan. *Acute Med Surg* 2019; 6:68–72.
 - 36: Guttormson JL, Chlan L, Weinert C, et al. Factors influencing nurse sedation practices with mechanically ventilated patients: A U.S. national survey. *Intensive Crit Care Nurs* 2010; 26:44–50.
 - 37: Kaya H, Aşti T, Acaroğlu R, et al. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Tutum Ve Uygulamaları*. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2008
 - 38: Hemşirelerin Hasta Düşmelerini Önlemeye Yönelik Uygulamaları. *J Anatolia Nurs Heal Sci* 2012; 16:163–9.
 - 39: Cunha M, André S, Bica I, et al. Chemical and Physical Restraint of Patients. *Procedia - Soc Behav Sci* 2016; 217:389–99.
 - 40: Rose L, Burry L, Mallick R, et al. Prevalence, risk factors, and outcomes associated with physical restraint use in mechanically ventilated adults. *J Crit Care* 2016; 31:31–5.
 - 41: Agens JE. Chemical and physical restraint use in the older person. *Br J Med Pract* 2010; 3:302.
 - 42: Hatchett C, Langley G, Schmollgruber S. Psychological sequelae following ICU admission at a level 1 academic South African hospital. *South African J Crit Care* 2010; 26:52–8.
 - 43: Jones C, Bäckman C, Capuzzo M, et al. Precipitants of post-traumatic stress disorder following intensive care: A hypothesis generating study of diversity in care. *Intensive Care Med* 2007; 33:978–85.
 - 44: Aydın HT ÇP. Yoğun bakım ünitesinde hemşire kontrollü sedasyon protokollerinin kullanımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Derg* 2017; 21:50–4.
 - 45: Tung A, Tadimetri L, Caruana-Montaldo B, et al. The relationship of sedation to deliberate self-extubation. *J Clin Anesth* 2001; 13:24–9.
 - 46: Mion LC, Minnick AF, Leipzig RM, et al. Patient-initiated device removal in intensive care units: A national prevalence study. *Crit Care Med* 2007; 35:2714–20.
 - 47: Kandeel NA, Attia AK. Physical restraints practice in adult intensive care units in Egypt. *Nurs Heal Sci* 2013; 15:79–85.
 - 48: Baumgarten M, Margolis DJ, Localio AR, et al. Extrinsic risk factors for pressure ulcers early in the hospital stay: A nested case-control study. *Journals Gerontol - Ser A Biol Sci Med Sci* 2008; 63:408–13.
 - 49: Jones V, Milton T. When and how to use hydrogels. *Nursing times*. 2000, p. 3–4.
 - 50: Eskandari F, Abdullah KL, Zainal NZ, Wong LP. Use of physical restraint: Nurses' knowledge, attitude, intention and practice and influencing factors. *J Clin Nurs* 2017; 26:4479–88.
 - 51: Zeinab H Ali NMT. Physical Restraints in Critical Care Units: Impact of a Training Program on Nurses' Knowledge and Practice and on Patients' Outcomes. *J Nurs Care* 2013; 2:e1000135.
 - 52: Keser Özcan N, Bilgin H. Violence towards healthcare workers in Turkey: A systematic review. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2011, p. 1442–56.
 - 53: Boz B, Acar K, Ergin A, Erdur B, et al. Violence toward health care workers in emergency departments in Denizli, Turkey. *Adv Ther* 2006; 23:364–9.
 - 54: Nikathil S, Olausson A, Gocentas RA, et al. Review article: Workplace violence in the emergency department: A systematic review and meta analysis. *EMA - Emergency Medicine Australasia*. 2017, p. 265–75.
 - 55: Ayrancı Ü, Yenilmez C, Kaptanoğlu G, Cam Y. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı (The frequency of being exposed to violence in the various health institutions and health profession groups). *Anadolu Psikiyatr Derg* 2002;147–54.
 - 56: Aktuğlu K HH. Acil servislere şiddet tehdidi. *Mevzuat Derg* 1999; 2
 - 57: Lau JB, Magarey J, McCutcheon H. Violence in the emergency department: A literature review. *Aust Emerg Nurs J* 2004; 7:27–37.

- 58: Wyatt JP, Watt M. Violence towards junior doctors in accident and emergency departments. *J Accid Emerg Med* 1995; 12:40-2.
- 59: Young GP. The agitated patient in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 1987; 5:765-81.
- 60: Rhodes SM, Patanwala AE, Cremer JK, et al. Predictors of Prolonged Length of Stay and Adverse Events among Older Adults with Behavioral Health-Related Emergency Department Visits: A Systematic Medical Record Review. *J Emerg Med* 2016; 50:143-52.
- 61: Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK, et al. Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the epidemiologic catchment area surveys. *Hosp Community Psychiatry* 1990; 41:761-70.
- 62: Borum R, Swartz M, Swanson J. Assessing and managing violence risk in clinical practice. *J Pract Psychiatry Behav Heal* 1996; 2:205-15.
- 63: Link BG, Monahan J, Stueve A, et al. Real in their consequences: A sociological approach to understanding the association between psychotic symptoms and violence. *Am Sociol Rev* 1999; 64:316-32.
- 64: Gerace A, Pamungkas DR, Oster C, et al. The use of restraint in four general hospital emergency departments in Australia. *Australas Psychiatry* 2014; 22:366-9.
- 65: Fisher WA. Restraint and seclusion: A review of the literature. *American Journal of Psychiatry*. 1994, p. 1584-91.
- 66: Dilbaz N. Şiddet riskinin değerlendirilmesi ve saldırgan hastaya yaklaşım. *Klin Psikiyatr Derg* 1999; 2:179-88.
- 67: Staby AE. *Handbook of Psychiatric Emergencies*. Connecticut, Appleton and Large, 1994.
- 68: 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; 13:17-25.
- 69: NICE. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. *Natl Inst Heal Care Excell* 2015;1-64.
- 70: Downey LVA, Zun LS, Gonzales SJ. Frequency of alternative to restraints and seclusion and uses of agitation reduction techniques in the emergency department. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29:470-4.
- 71: Mohr WK, Petti TA, Mohr BD. Adverse effects associated with physical restraint. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2003, p. 330-7.
- 72: Karger B, Fracasso T, Pfeiffer H. Fatalities related to medical restraint devices-Asphyxia is a common finding. *Forensic Sci Int* 2008; 178:178-84.
- 73: Knox DK, Holloman GH. Use and avoidance of seclusion and restraint: Consensus statement of the American Association for emergency psychiatry project BETA seclusion and restraint workgroup. *West J Emerg Med* 2012; 13:35-40.
- 74: New A, Tucci VT, Rios J. A Modern-Day Fight Club? The Stabilization and Management of Acutely Agitated Patients in the Emergency Department. *Psychiatric Clinics of North America*. 2017, p. 397-410.
- 75: Whittington R, Baskind E, Paterson B. Coercive measures in the management of imminent violence: Restraint, seclusion and enhanced observation. In *Violence in Mental Health Settings: Causes, Consequences, Management* 2006, p. 145-72.
- 76: Svendsen EJ, Pedersen R, Moen A, et al. Exploring perspectives on restraint during medical procedures in paediatric care: a qualitative interview study with nurses and physicians. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2017; 12:1363623.
- 77: Kirwan L, Coyne I. Use of restraint with hospitalized children: A survey of nurses' perceptions of practices. *J Child Heal Care* 2017; 21:46-54.
- 78: Demir A. The use of physical restraints on children: Practices and attitudes of paediatric nurses in Turkey: Original Article. *Int Nurs Rev* 2007; 54:367-74.
- 79: Esenay FI, Sezer AT, Demir A The use of physical restraints on children: a re-evaluation after a decade *Archives of Disease in Childhood* 2019;104:A396.

- 80: Suen LKP, Lai CKY, Wong TKS, et al. Use of physical restraints in rehabilitation settings: Staff knowledge, attitudes and predictors. *J Adv Nurs* 2006; 55:20–8.
- 81: Jones H, Pardthaisong L. Demographic interactions and developmental implications in the era of AIDS: Findings from northern Thailand. *Appl Geogr* 2000; 20:255–75.
- 82: Kılıç G, Kutlutürkan S ÇB, Erdoğan B. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin fiziksel tespit uygulamasına yönelik görüşlerinin değerlendirilmesi. *Van Tıp Derg* 2018; 25:11-16.
- 83: Azab S, Abu Negm L. Use of physical restraint in intensive care units (ICUs) at Ain Shams University Hospitals, Cairo. *J Am Sci* 2013; 9:230–40.
- 84: Jiang H, Li C, Gu Y, et al. Nurses' perceptions and practice of physical restraint in China. *Nurs Ethics* 2015; 22:652–60.
- 85: Li X, Fawcett TN. Clinical decision making on the use of physical restraint in intensive care units. *International Journal of Nursing Sciences*. 2014, p. 446–50.
- 86: Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. Hukuk ve Mevzuat Dairesi Başkanlığı. Ankara, 2013.
- 87: Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. Hastane Hizmet Kalite Standartları, Ankara, 2011: Pozitif Matbaa: 104s.
- 88: Kahraman BB, Aşiret GD, Yıldırım G, et al. Yoğun Bakımda Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Hasta Yakınlarının Görüşleri. *J Med Surg Intensive Care Med* 2015; 6:78–83.
- 89: Quinn CA. The advanced practice nurse and changing perspectives on physical restraint. *Clinical nurse specialist CNS*. 1996, p. 220–5.
- 90: Eşer İ, Hakverdioğlu G. Fiziksel Tespit Uygulamaya Karar Verme. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg* 2006; 10:37–42.
- 91: Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W. Todesfälle bei gurtfixierungen. *Dtsch Arztebl Int* 2012;109:27–32.
- 92: Sar F, Banu S, Dal D, et al. Yoğun bakım hastalarında analjezi ve sedasyon. *Hacettepe Tıp Derg* 2005; 36:86–90.
- 93: Demir A. Nurses' use of physical restraints in four Turkish hospitals: Clinical scholarship. *J Nurs Scholarsh* 2007;39:38–45.
- 94: Evans D, Wood J, Lambert L. Patient injury and physical restraint devices: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2003, p. 274–82.

Bölüm 15

ACİL SERVİSE BAŞVURAN PSİKOTİK BOZUKLUK TANILI HASTALARIN TEDAVİ YÖNETİMİ

Veysel DOĞAN¹

GİRİŞ

Psikiyatrik acil, bireyin duygu, düşünce ve davranış alanlarının bir ya da birkaçında ortaya çıkan belirtilerin hasta veya çevresindekiler için tehlike oluşturduğu ve acil müdahale edilmesi gereken patolojik bir tablodur (1). Genel hastanelerin acil servislerine yapılan başvuruların %3-12'sinin psikiyatrik başvurular olduğu bildirilmektedir (2,3). Psikiyatri hastalarındaki medikal hastalık insidansının %24-82 arasında olduğu, genel tıbbi duruma bağlı mental bozuklukları da içeren psikiyatrik belirtilere neden olduğu düşünülen medikal hastalık insidansının %5-30 arasında değiştiği, bu nedenle psikiyatrik acil olarak gelen hastaların tümünde zorunlu olarak genel tıbbi değerlendirme yapılması gerektiği ileri sürülmüştür (4).

Psikotik bozukluk tanısı genel tıbbi duruma bağlı olmadığı anlaşılmış ve başka bir psikiyatrik tanı ile açıklanamayan hastada sanrı, varsanı ve dağınık konuşma şikayetlerinden birinin veya daha çoğunun olması durumunda konulur. Bu belirtilere ileri derecede dağınık davranış veya katatoni davranışı eklenebilir (5).

Klinisyen psikotik belirti ile acil servise gelen hastada şiddet olasılığını her zaman düşünmelidir. Hasta tarafından yaralayıcı alet taşınması durumunda güvenlik görevlileri harekete geçirilmelidir. Potansiyel bir şiddet olgusu ile asla yalnız ya da kapalı kapılar ardında görüşülmemelidir. Klinisyen diğ ve yumruk sıkılması, sözel tehdit, yaralayıcı alet kullanılabilirliği, alkol ve madde entoksikasyonu, paranooid sanrılar ve emir veren işitsel varsanılar gibi olası şiddet işaretlerine karşı uyanık olmalıdır. Güvenliği sağlamak üzere yeterli sayıda güvenlik görevlisi hazır bulundurulmalıdır (6).

Klinisyen kendisi ve çevredekilerin güvenliği sağlandıktan sonra hastada ilk

¹ Uzman Doktor, Alaattin Keykubat Üniversitesi Alanya Eğitim Araştırma Hastanesi, psikiyatrveysel@gmail.com

Tablo 5: Acilde kullanılabilecek ortalama ilaç dozları:

Olanzapin 2.5-5 mg oral,
Risperidon 0.5-2 mg oral,
Ketiapin 25-100 mg oral,
Aripiprazol 10-15 mg oral,
Haloperidol 0.5-2 mg oral veya im,
Lorazepam 0.5-2 mg oral veya im.

Acil servis ortamlarında ilaç tedavisi başlanmamalıdır. İlaç tedavisinin gerekliliğini anlamada hastaya ne kadar iyi yardımcı olunursa, hastanın ilaç tedavisine uyumu ve acil servis sonrası takiplerine devamının da o kadar iyi olacağı hatırlatılmalıdır. Ayaktan takipte diğer ilişkili durumlarla birlikte ilaç tedavisi de ayarlanmalıdır (14).

Yüksek dozlarda ya da sık aralıklarla ilaç tedavisi düzenlenmesi gerekiyorsa, kendisine ya da başkasına zarar verebilecek kadar dağınık ise, davranışları toplum içerisinde çatışmalara neden olacak kadar bizar ise, geri döndüğünde sosyal çevresi semptomlarını artıracaksa, neden olduğu kargaşaya aile artık dayanamayacak hale gelmişse ve kriz yönetimi başarısız olmuşsa hastanın hastaneye yatırılması gerekir (1).

SONUÇ:

Acilde psikotik bozukluk tanılı hastanın tedavi yönetiminde öncelikli olarak hekim kendisi, hasta ve çevredekilerin güvenliğinin sağlanmasına yönelik çalışmalı, güvenlik sağlandıktan sonra hastanın ilaç tedavisine ve/veya kapalı psikiyatri servisinde yatarak tedavi altına alınmasına yönelik adımlar atılmalıdır.

Anahtar kelime: psikoz, acil, tedavi, fiziksel kısıtlama, antipsikotik, hastane yatışı

KAYNAKLAR

1. Karlıdere T. Psikiyatrik acil durumlar 2012. Güleç C, Köroğlu E, (ed). Psikiyatri temel kitabı. s. 544-61. Basım yeri: Ankara Hekimler Yayın Birliği
2. Sayıl I. Acil Psikiyatri, 1987. Basımevi: Ankara Üniversitesi Basımevi
3. Bekaroğlu M, Bilici M. Psikiyatrik aciller. In: Güleç C, Köroğlu E, editors. Psikiyatri Temel Kitabı. Cilt II. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1998,p.835-552.
4. Balcıoğlu İ, Psikiyatri Dışı Branşlarda Karşılaşılan Psikozlar, Bölüm1, Yasin Hasan Balcıoğlu, İbrahim Balcıoğlu (ed). Basımevi: Nobel Tıp Kitabevi 2017.
5. Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014, Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM5), Tanı ölçütleri Başvuru El kitabından, Ertuğrul Köroğlu (Çev.ed.) Basım yeri: Hekimler Yayın Birliği, Ankara

6. Benjamin James Sadock, M.D. Virginia Alcott Sasodc, M.D. Kapan&Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry, 2005, Hamdullah Aydın, Ali Bozkurt (Çev. Ed) s: 382-395, Güneş tıp kitabevi
7. Allen MH, 2002, *Emergency Psychiatry*, American Psychiatric Publishing, Washington, DC
8. Lukens TW, Wolf SJ, Edlow JA et al: Clinical Policy: Critical issues in the diagnosis and management, *Ann Emerg Med* 2006;47:79-99
9. Banyal N, Bhattacharyya D, Yadav P. Study to determine the prevalence of substance use and factors associated with it, in first-episode of psychosis, *Industrial Psychiatry Journal*, 2018;2:264-270
10. Cheung P, Schweitzer I, Crowley K, et al: Violence in schizophrenia: role of hallucinations and delusions. *Schizophr Res* 1997 26:181-190
11. Walsh E, Buchanan A, Fahy T, Violence and schizophrenia: examining the evidence. *Br J Psychiatry* 2002 180: 490-495
12. Wallace C, Mullen PE, Burgess P: Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Amj Psychiatry* 2004 161:716-727
13. Swanson JW, Swartz MS, Von Dorn RA, et al: A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006 63. 490-499
14. Jorge R. 2008, *Acil Psikiyatri El Kitabı*, Murat COŞKUN (Çev.ed.) s:77-82, Basım evi:İstanbul Tıp Kitapevleri
15. James OD, Robert EH, Young JS, et al. The American Psychiatry Publishing Board Review Guide for Psychiatry Nesrin Dilbaz (Çev edi), 2014: 635-646, Basımevi Güneş Tıp Kitabevi
16. Swanson JW, Holzer CE 3rd, Ganju VK, et al: Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry*, 1990: 41:761-770
17. Borum R, Swartz M, Swanson J: Assessing and managing violence risk in clinical practice. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 1996: 4:204-215
18. Silver E, Mulvey EP, Monahan J: Assessing violence risk among discharged psychiatric patients : toward an ecological approach. *Law Hum Behav*, 1999: 2:237-255
19. Link BG, Andrews H, Cullen FT: The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *Am Sociol Rev* 1992: 57:275-292
20. Madhusoodanan S, Opler MGA, Moise D, et al. Brain tumor location and psychiatric symptoms: is there any association? A meta-analysis of published case studies. *Expert Rev Neurother*. 2010;10:1529-36.
21. Uduz Ş, Yurdağül E, Aydın H, et al. İnterferon Alfa Kullanımına Bağlı Psikotik Bozukluk, Olgu Sunumu, *Klinik psikiyatri dergisi*. 2003;6:170-173

Bölüm 16

PSİKOMOTOR AJİTASYON NEDİR? NASIL YÖNETİLİR?

Ömer NART¹

GİRİŞ

Hayati tehlike arz eden ve hızlı müdahale gerektiren durumlar acil durum olarak adlandırılmaktadır. Psikiyatrik acil durumlar; hastanın kendisini veya başkalarını riske sokan, kendisinin veya çevresinin zarar görmemesi için hızlıca müdahale edilmesi gereken davranış değişiklikleridir. En sık görülen psikiyatrik acil durumlar arasında intihar davranışı, kendine zarar verme davranışı, depresif ya da manik ataklar, alkol madde intoksikasyonu veya yoksunluğu ve psikomotor ajitasyon yer alır (1). Psikomotor ajitasyon sıklıkla psikiyatri servisinde görülmekle birlikte acil servis ve diğer klinik birimlerde de karşılaşılabilen bir tablodur. Psikomotor ajitasyonun tanınması ve yaklaşım konusunda fikir sahibi olunması önem arz etmektedir.

Bu kitap bölümünde acil servis ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde psikomotor ajitasyonun tedavi yönetiminin gözden geçirilmesi amaçlanmaktadır.

1-PSİKOMOTOR AJİTASYON

Psikomotor ajitasyon, artmış motor aktivite ve huzursuzluk hissiyle beraber iç ve dış uyaranlara yüksek yanıt verme olarak tanımlanır. Genellikle içsel gerginliğin, sıklıkla anksiyetenin dışavurumu olarak gözlenen yerinde duramama, ellerin ovuşturulması, bacak ve parmaklarda artmış hareket gibi artmış psikomotor etkinlikle seyreden bir tablodur (2). Psikomotor ajitasyon psikiyatrik bozukluğu olan olgularda sık görülen bir durumdur. Sıklıkla acil servislerde görülmekle birlikte, yataklı birimlerde ve ayaktan tedavi ortamlarında da görülebilen, hızlı müdahale edilmesi gereken bir tablodur (3). Dünyada tüm psikiyatrik acillerin %2,6-52'sini saldırganlıkla gitmeyen ajitasyon olguları oluşturur (1). Psikomotor

¹ Uzm. Dr. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, nartomer21@hotmail.com

yan bazı teknikler kullanılarak hastanın gerginliği azaltılmaya çalışılmalıdır. Bu teknikler yetersiz kaldığında farmakolojik müdahale ve/veya fiziksel kısıtlamayla hasta kontrol altına alınmaya çalışılmalıdır. Bütün işlemler bu konuda eğitim almış personeller tarafından gerçekleştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Acil, Müdahale, Psikomotor Ajitasyon

KAYNAKLAR

1. Baldaçara L, Ismael F, Leite V, et al. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 2019;41(2):153-167.
2. Başar K, Özdemir Rezaki H. Akut ajitasyonun değerlendirilmesi ve acil yaklaşım. *Psikiyatride Güncel*, 2015;5(2):96-109.
3. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2016;17(2):86-128.
4. Battaglia J. Pharmacological Management of Acute Agitation. *Drugs*, 2005;65(9):1207-1222.
5. Iroku-Malize T, Grissom M. The agitated patient: Steps to take, how to stay safe. *The Journal of Family Practice*, 2018;67(3):136-47.
6. Petit, JR. (2006). *Acil Psikiyatri El Kitabı*. (1. Baskı). (Murat COŞKUN Çev. Ed.). İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.
7. Powell G, Caan W, Crowe M. What events precede violent incidents in psychiatric hospitals? *British Journal of Psychiatry*, 1994;165(1):107-112.
8. Kasper S, Baranyi A, Eisenburger P, et al. Die behandlung der Agitation beim psychiatrischen notfall. *Konsensus-Statement - State of the art. Clin Neuropsych Sonderausgabe*, 2013.
9. Morrison EF. A hierarchy of aggressive and violent behaviors among psychiatric inpatients. *Psychiatric Services*, 1992;43(5):505-506.
10. Hankin CS, Bronstone A, Koran LM. Agitation in the inpatient psychiatric setting. *Journal of Psychiatric Practice*, 2011;17(3):170-185.
11. Rocca P, Villari V, Bogetto F. Managing the aggressive and violent patient in the psychiatric emergency. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 2006;30(4):586-598.
12. Petit JR. Management of the acutely violent patient. *Psychiatric Clinics of North America*, 2005;28(3):701-711.
13. Richmond J, Berlin J, Fishkind A, et al. Verbal de-escalation of the agitated patient: Consensus statement of the american association for emergency psychiatry project BETA de-escalation workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 2012;13(1):17-25.
14. Ramadan M. Managing psychiatric emergencies. *The Internet Journal of Emergency Medicine*, 2006;4(1):1-9.
15. Marder SR. A review of agitation in mental illness: treatment guidelines and current therapies. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2006; 67(10):13-21.
16. Stowell K, Florence P, Harman H, et al. Psychiatric evaluation of the agitated patient: Consensus statement of the american association for emergency psychiatry project BETA psychiatric evaluation workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 2012;13(1):11-16.
17. Stevenson S, Otto MP. Finding ways to reduce violence in psychiatric hospitals. *Journal for Healthcare Quality*, 1998;20(4):28-32.
18. Wilson M, Pepper D, Currier G, et al. The psychopharmacology of agitation: Consensus statement of the american association for emergency psychiatry project BETA psychopharmacology workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 2012;13(1):26-34.
19. Knox D, Holloman G. Use and avoidance of seclusion and restraint: Consensus statement of the american association for emergency psychiatry project BETA seclusion and restraint workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 2012;13(1):35-40.

Bölüm 17

DOĞUM ARDI BAŞLANGICI DEPRESYONUN TANINMASI VE TEDAVİ YÖNETİMİNDE BİRİNCİ BASAMAK HEKİMLERİNE YÖNELİK ÖNERİLER

Emine Merve AKDAĞ

GİRİŞ

Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem bir kadın için fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan hızlı değişimlerin yaşandığı periyotlardır. Doğumla birlikte ortaya çıkan yeni sorumluluklara ve rollere karşı uyum sorunları, alışılmış yaşam tarzının dışına çıkma, yeterli sosyal desteğin olmaması gibi durumlar bu dönemi daha zorlu hale getirebilmektedir. Bu dönemde ayrıca psikiyatrik hastalıklar da oldukça sık görülebilmekte ya da alevlenebilmektedir. En sık görülen psikiyatrik tablolardan biri doğum ardi başlangıçlı depresyondur (postpartum depresyon-PPD). Yapılan çalışmalarda PPD'nin sıklığı oldukça farklı oranlarda bulunmaktadır. Bunda örneklemenin ve metodolojik yöntemlerin farklı olmasının da rolü vardır. Ülkemizde PPD sıklığı %9-51 arasında değişkenlik göstermektedir. PPD'nin nedeni multifaktöryel olup genetik, biyolojik, psikolojik, hormonal, sosyal, çevresel risk faktörleri tanımlanmıştır. PPD'nin anne, bebek, aile hatta tüm toplum için olumsuz sonuçları mevcuttur. Tedavide farmakolojik ve psikoterapi, yoga, meditasyon, egzersiz gibi farmakoloji dışı yöntemler kullanılmaktadır. Son yıllarda PPD'nin taranmasına yönelik çalışmalar hız kazanmıştır. PPD açısından risk altındaki annelerin öngörülmesi ve taranması PPD sıklığını azaltılabilmekte ve erken müdahale sağlanarak tedavi süreci kolaylaşabilmektedir.

Bu kitap bölümünde PPD'nin tanımlanması, sıklığı, risk faktörleri, sonuçları, tedavisi, taraması ve korunma yöntemleri güncel literatürler ışığında değerlendirilmiştir. Ayrıca anne ve bebekle sıklıkla karşılaşan birinci basamak hekimlerine bu sürecin yönetimiyle ilgili önerilerde bulunulmuştur.

POSTPARTUM DEPRESYON

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı, 5. Baskısı (DSM-5) tanı ölçütlerine göre depresyon tanısı; çökkün duygu durum, etkinliklere karşı ilgide

sıklıkla atlanmaktadır. Böyle durumlarda hastalık kronikleşebilmekte ve annenin işlevselliği olumsuz etkilenebilmektedir. Yeterli anne bakımının ve anne-bebek bağlanmasının sağlanamadığı durumlarda bebekte fiziksel, psikolojik, bilişsel ve davranışsal sorunlar ortaya çıkabilmektedir. PPD tanısını atlamamak için; öncelikle hem doğum öncesi hem de aşılama-bebek izlemi gibi doğum sonrası süreçte anneye yakın temasta olan birinci basamaktaki sağlık çalışanlarının ayrıca kadın doğum uzmanlarının ve pediatristlerin konuyla ilgili eğitimi, duyarlılığı, hastanın yardım arayışını desteklemeleri, hastaları geçerli ve güvenilir tarama araçlarıyla taramaları, gerekirse tedavi/ danışmanlık sağlamaları ve kişileri ruh sağlığı profesyonellerine yönlendirmeleri önemli rol oynamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Postpartum depresyon, tarama, tedavi

KAYNAKLAR

1. Association A-AP, DSM-V-The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2013.
2. Wisner KL, Sit DKY, McShea MC, et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*. 2013;70 (5):490-498.
3. Sharma V, Mazmanian D. The DSM-5 peripartum specifier: prospects and pitfalls. *Arch Womens Ment Health*. 2014;17 (2):171-3.
4. Azorin JM, Angst J, Gamma A, et al. Identifying features of bipolarity in patients with first-episode postpartum depression: findings from the international BRIDGE study. *J Affect Disord*. 2012;136 (3):710-5.
5. Cooper PJ, Murray L. Course and recurrence of postnatal depression. evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Br J Psychiatry*. 1995;166 (2):191-5.
6. Forty L, Jones L, Macgregor S, et al. Familiality of postpartum depression in unipolar disorder: results of a family study. *Am J Psychiatry*. 2006;163 (9):1549-53.
7. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, et al. New parents and mental disorders: a population-based register study. *Jama*. 2006;296 (21):2582-9.
8. Putnam KT, Wilcox M, Robertson-Blackmore E, et al. Clinical phenotypes of perinatal depression and time of symptom onset: analysis of data from an international consortium. *The Lancet Psychiatry*. 2017;4 (6):477-485.
9. Meltzer-Brody S. New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2011;13 (1):89.
10. Cohen LS, Wang B, Nonacs R, et al. Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. *Psychiatric Clinics*. 2010;33 (2):273-293.
11. Stewart DE, Vigod S. Postpartum depression. *N Engl J Med*. 2016;375 (22):2177-2186.
12. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes: summary. In *AHRQ evidence report summaries*, Agency for Healthcare Research and Quality (US): 2005.
13. Novotney J, Maurer D. Is the edinburgh postnatal depression scale an effective way to screen for postpartum depression? *Evidence-Based Practice*. 2017;20 (7):E7-E8.
14. Engindeniz A, Küey L, Kültür S. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bahar Sempozyumları*. 1996;1:51-52.
15. Norhayati M, Hazlina NN, Asrenee A, et al. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *Journal of affective Disorders*. 2015;175:34-52.
16. Gelaye B, Rondon MB, Araya R, et al. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3

- (10):973-982.
17. Demir S, Sentürk MB, Çakmak Y, et al. Postpartum depression and associated factors in patients who admitted to our clinic to make child birth. *Haseki Tıp Bulteni*. 2016;54 (2).
 18. Karacam Z, Coban A, Akbas B, et al. Status of postpartum depression in Turkey: a meta-analysis. *Health Care Women Int*. 2018;39 (7):821-841.
 19. Heron J, O'Connor TG, Evans J, et al. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of affective disorders*. 2004;80 (1):65-73.
 20. Dietz PM, Williams SB, Callaghan WM, et al. Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164 (10):1515-1520.
 21. Arslantaş H, Ergin F, Balkaya NA. Postpartum depression prevalence and related risk factors in Aydın province. *Meandros Medical And Dental Journal*. 2009;10 (3):13-22.
 22. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Comprehensive psychiatry*. 2003;44 (3):234-246.
 23. Buttner MM, Mott SL, Pearlstein T, et al. Examination of premenstrual symptoms as a risk factor for depression in postpartum women. *Archives of women's mental health*. 2013;16 (3):219-225.
 24. Dagher RK, Shenassa ED. Prenatal health behaviors and postpartum depression: is there an association? *Archives of women's mental health*. 2012;15 (1):31-37.
 25. Brown A, Rance J, Bennett P. Understanding the relationship between breastfeeding and postnatal depression: the role of pain and physical difficulties. *Journal of advanced nursing*. 2016;72 (2):273-282.
 26. Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *Journal of affective disorders*. 2015;171:142-154.
 27. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, et al. Postpartum depression risk factors: a narrative review. *Journal of education and health promotion*. 2017;6.
 28. Nicklas JM, Miller LJ, Zera CA, et al. Factors associated with depressive symptoms in the early postpartum period among women with recent gestational diabetes mellitus. *Maternal and child health journal*. 2013;17 (9):1665-1672.
 29. Selçuk M, Usman M, Oktay M, et al. The relationship of postpartum depression with weight gain during pregnancy and sociodemographic factors. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*. 2012;19:256-263.
 30. Apter-Levy Y, Feldman M, Vakart A, et al. Impact of maternal depression across the first 6 years of life on the child's mental health, social engagement, and empathy: the moderating role of oxytocin. *American Journal of Psychiatry*. 2013;170 (10):1161-1168.
 31. Helle N, Barkmann C, Bartz-Seel J, et al. Very low birth-weight as a risk factor for postpartum depression four to six weeks postbirth in mothers and fathers: cross-sectional results from a controlled multicentre cohort study. *Journal of affective disorders*. 2015;180:154-161.
 32. Ay F, Tektaş E, Mak A, et al. Postpartum depression and the factors affecting it: 2000-2017 study results. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2018;9 (3):147-152.
 33. Mbah AK, Salihu HM, Dagne G, et al. Exposure to environmental tobacco smoke and risk of antenatal depression: application of latent variable modeling. *Archives of women's mental health*. 2013;16 (4):293-302.
 34. Özcan NK, Boyacıoğlu NE, Dinç H. Postpartum depression prevalence and risk factors in Turkey: a systematic review and meta-analysis. *Archives of psychiatric nursing*. 2017;31 (4):420-428.
 35. Miyake Y, Tanaka K, Sasaki S, et al. Employment, income, and education and risk of postpartum depression: the osaka maternal and child health study. *Journal of affective disorders*. 2011;130 (1-2):133-137.
 36. Patel V, Rodrigues M, DeSouza N. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *American journal of Psychiatry*. 2002;159 (1):43-47.
 37. Chandran M, Tharyan P, Muliyil J, et al. Post-partum depression in a cohort of women from a

- rural area of Tamil Nadu, India: incidence and risk factors. *The British Journal of Psychiatry*. 2002;181 (6):499-504.
38. Bina R. The impact of cultural factors upon postpartum depression: a literature review. *Health Care for Women International*. 2008;29 (6):568-592.
 39. Escribà-Agüir V, Artazcoz L. Gender differences in postpartum depression: a longitudinal cohort study. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2011;65 (4):320-326.
 40. Chatzi L, Melaki V, Sarri K, et al. Dietary patterns during pregnancy and the risk of postpartum depression: the mother-child 'Rhea' cohort in Crete, Greece. *Public health nutrition*. 2011;14 (9):1663-1670.
 41. Ross LE, Murray BJ, Steiner M. Sleep and perinatal mood disorders: a critical review. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*. 2005;30 (4):247.
 42. Aishwarya S, Rajendiren S, Kattimani S, et al. Homocysteine and serotonin: association with postpartum depression. *Asian journal of psychiatry*. 2013;6 (6):473-477.
 43. Ellsworth-Bowers E, Corwin E. Nutrition and the psychoneuroimmunology of postpartum depression. *Nutrition research reviews*. 2012;25 (1):180-192.
 44. Corwin EJ, Murray-Kolb LE, Beard JL. Low hemoglobin level is a risk factor for postpartum depression. *The Journal of nutrition*. 2003;133 (12):4139-4142.
 45. Nordhagen I, Sundgot-Borgen J. Physical activity among pregnant women in relation to pregnancy-related complaints and symptoms of depression. *Tidsskrift for den Norske lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke*. 2002;122 (5):470-474.
 46. Da Costa D, Dritsa M, Rippen N, et al. Health-related quality of life in postpartum depressed women. *Archives of women's mental health*. 2006;9 (2):95-102.
 47. Posmontier B. Functional status outcomes in mothers with and without postpartum depression. *Journal of midwifery & women's health*. 2008;53 (4):310-318.
 48. Khajehei M, Doherty M, Tilley PM, et al. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in postpartum Australian women. *The journal of sexual medicine*. 2015;12 (6):1415-1426.
 49. Slomian J, Honvo G, Emonts P, et al. Consequences of maternal postpartum depression: a systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*. 2019;15:1745506519844044.
 50. Wang SY, Chen CH, Chin CC, et al. Impact of postpartum depression on the mother-infant couple. *Birth*. 2005;32 (1):39-44.
 51. Allen AM, Prince CB, Dietz PM. Postpartum depressive symptoms and smoking relapse. *American Journal of Preventive Medicine*. 2009;36 (1):9-12.
 52. Johannsen BMW, Larsen JT, Laursen TM, et al. All-cause mortality in women with severe postpartum psychiatric disorders. *American journal of psychiatry*. 2016;173 (6):635-642.
 53. Paris R, Bolton RE, Weinberg MK. Postpartum depression, suicidality, and mother-infant interactions. *Archives of Women's Mental Health*. 2009;12 (5):309.
 54. Barrett J, Fleming AS. All mothers are not created equal: neural and psychobiological perspectives on mothering and the importance of individual differences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2011;52 (4):368-397.
 55. Netsi E, Pearson RM, Murray L, et al. Association of persistent and severe postnatal depression with child outcomes. *JAMA Psychiatry*. 2018;75 (3):247-253.
 56. Barry TJ, Murray L, Fearon RP, et al. Maternal postnatal depression predicts altered offspring biological stress reactivity in adulthood. *Psychoneuroendocrinology*. 2015;52:251-260.
 57. Rifkin-Graboi A, Bai J, Chen H, et al. Prenatal maternal depression associates with microstructure of right amygdala in neonates at birth. *Biological psychiatry*. 2013;74 (11):837-844.
 58. Qiu A, Anh TT, Li Y, et al. Prenatal maternal depression alters amygdala functional connectivity in 6-month-old infants. *Translational psychiatry*. 2015;5 (2):e508.
 59. Soe NN, Wen DJ, Poh JS, et al. Pre-and post-natal maternal depressive symptoms in relation with infant frontal function, connectivity, and behaviors. *PloS one*. 2016;11 (4):e0152991.
 60. Wen D, Soe NN, Sim L, et al. Infant frontal EEG asymmetry in relation with postnatal maternal depression and parenting behavior. *Translational psychiatry*. 2017;7 (3):e1057.
 61. Romanczuk-Seiferth N, Pöhlend L, Mohnke S, et al. Larger amygdala volume in first-degree

- relatives of patients with major depression. *NeuroImage: Clinical*. 2014;5:62-68.
62. Wen D, Poh J, Ni S, et al. Influences of prenatal and postnatal maternal depression on amygdala volume and microstructure in young children. *Translational psychiatry*. 2017;7 (4):e1103.
 63. Dennis CL, Hodnett E. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; (4):Cd006116.
 64. Dennis CL, Chung-Lee L. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *Birth*. 2006;33 (4):323-331.
 65. O'Mahen HA, Richards DA, Woodford J, et al. Netmums: a phase II randomized controlled trial of a guided Internet behavioural activation treatment for postpartum depression. *Psychol Med*. 2014;44 (8):1675-89.
 66. Milgrom J, Danaher BG, Gemmill AW, et al. Internet cognitive behavioral therapy for women with postnatal depression: a randomized controlled trial of MumMoodBooster. *Journal of medical Internet research*. 2016;18 (3):e54.
 67. Lin P-Z, Xue J-M, Yang B, et al. Effectiveness of self-help psychological interventions for treating and preventing postpartum depression: a meta-analysis. *Archives of women's mental health*. 2018;21 (5):491-503.
 68. Sriraman NK, Melvin K, Meltzer-Brody S, et al. ABM clinical protocol #18: use of antidepressants in breastfeeding mothers. *Breastfeeding Medicine*. 2015;10 (6):290-299.
 69. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, et al. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the us preventive services task force. *JAMA*. 2016;315 (4):388-406.
 70. Ammerman RT, Putnam FW, Altaye M, et al. A clinical trial of in-home CBT for depressed mothers in home visitation. *Behav Ther*. 2013;44 (3):359-72.
 71. Cooper PJ, Murray L, Wilson A, et al. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. I. impact on maternal mood. *Br J Psychiatry*. 2003;182:412-9.
 72. Holden JM, Sagovsky R, Cox JL. Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *Bmj*. 1989;298 (6668):223-6.
 73. Kozinszky Z, Dudas RB, Devosa I, et al. Can a brief antepartum preventive group intervention help reduce postpartum depressive symptomatology? *Psychother Psychosom*. 2012;81 (2):98-107.
 74. McGregor M, Coghlan M, Dennis CL. The effect of physician-based cognitive behavioural therapy among pregnant women with depressive symptomatology: a pilot quasi-experimental trial. *Early Interv Psychiatry*. 2014;8 (4):348-57.
 75. Milgrom J, Negri LM, Gemmill AW, et al. A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression. *Br J Clin Psychol*. 2005;44 (Pt 4):529-42.
 76. Prendergast J, Austin M-P. Early childhood nurse-delivered cognitive behavioural counselling for post-natal depression. *Australasian Psychiatry*. 2001;9 (3):255-259.
 77. Wiklund I, Mohlkert P, Edman G. Evaluation of a brief cognitive intervention in patients with signs of postnatal depression: a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89 (8):1100-4.
 78. O'Mahen H, Himle JA, Fedock G, et al. A pilot randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for perinatal depression adapted for women with low incomes. *Depress Anxiety*. 2013;30 (7):679-87.
 79. Milgrom J, Holt CJ, Gemmill AW, et al. Treating postnatal depressive symptoms in primary care: a randomised controlled trial of GP management, with and without adjunctive counselling. *BMC Psychiatry*. 2011;11:95.
 80. Dimidjian S, Goodman S. Nonpharmacological intervention and prevention strategies for depression during pregnancy and the postpartum. *Clinical obstetrics and gynecology*. 2009;52 (3):498.
 81. Buttner MM, Brock RL, O'Hara MW, et al. Efficacy of yoga for depressed postpartum women: a randomized controlled trial. *Complementary therapies in clinical practice*. 2015;21 (2):94-100.

82. Chung K-F, Yeung W-F, Zhang Z-J, et al. Randomized non-invasive sham-controlled pilot trial of electroacupuncture for postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*. 2012;142 (1-3):115-121.
83. Choi MS, Lee EJ. Effects of foot-reflexology massage on fatigue, stress and postpartum depression in postpartum women. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2015;45 (4):587-594.
84. Orsolini L, Bellantuono C. Serotonin reuptake inhibitors and breastfeeding: a systematic review. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*. 2015;30 (1):4-20.
85. Gentile S, Fusco ML. Antidepressants during breastfeeding. In *Perinatal Psychopharmacology*, Springer: 2019; pp 99-113.
86. Meltzer-Brody S, Howard LM, Bergink V, et al. Postpartum psychiatric disorders. *Nat Rev Dis Primers*. 2018;4:18022.
87. Cuomo A, Maina G, Neal SM, et al. Using sertraline in postpartum and breastfeeding: balancing risks and benefits. Expert opinion on drug safety. 2018;17 (7):719-725.
88. Hendrick V, Fukuchi A, Altschuler L, et al. Use of sertraline, paroxetine and fluvoxamine by nursing women. *The British Journal of Psychiatry*. 2001;179 (2):163-166.
89. Koren G, Moretti M, Kapur B. Can venlafaxine in breast milk attenuate the norepinephrine and serotonin reuptake neonatal withdrawal syndrome. *J Obstet Gynaecol Can*. 2006;28 (4):299-301.
90. Molyneaux E, Howard LM, McGeown HR, et al. Antidepressant treatment for postnatal depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; (9):Cd002018.
91. Lam RW, McIntosh D, Wang J, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 1. Disease burden and principles of care. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2016;61 (9):510-523.
92. Ko JY, Farr SL, Dietz PM, et al. Depression and treatment among US pregnant and nonpregnant women of reproductive age, 2005–2009. *Journal of women's health*. 2012;21 (8):830-836.
93. MacArthur C, Winter HR, Bick DE, et al. Effects of redesigned community postnatal care on women's health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2002;359 (9304):378-85.
94. Yawn BP, Dietrich AJ, Wollan P, et al. TRIPPD: a practice-based network effectiveness study of postpartum depression screening and management. *Ann Fam Med*. 2012;10 (4):320-9.
95. Organization WH. Postnatal care for mothers and newborns: Highlights from the world health organization 2013 guidelines. Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/publications/WHO-MCA-PNC-2014-Briefer_A4.pdf. 2015;4.
96. Calonge N, Petitti DB, DeWitt TG, et al. Screening for depression in adults: US preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2009;151 (11):784-92.
97. Leung SSL, Leung C, Lam TH, et al. Outcome of a postnatal depression screening programme using the edinburgh postnatal depression scale: a randomized controlled trial. *Journal of Public Health*. 2010;33 (2):292-301.
98. Siu AL, Force atUPST. Screening for depression in adults: US preventive services task force recommendation statement. *JAMA*. 2016;315 (4):380-387.
99. ACOG Committee Opinion No. 757: Screening for Perinatal Depression. *Obstet Gynecol*. 2018;132 (5):e208-e212.
100. Sağlık AHUÖP. Muayeneleri ve tarama testleri. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, yayın. 2015; (991).
101. Başkanlığı TCSBHSGMKvÜSD. Doğum sonu bakım yönetim rehberi. 2010.
102. Georgiopoulos AM, Bryan TL, Wollan P, et al. Routine screening for postpartum depression. *J Fam Pract*. 2001;50 (2):117-22.
103. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World psychiatry*. 2014;13 (2):153-160.
104. Venkatesh KK, Nadel H, Blewett D, et al. Implementation of universal screening for depression during pregnancy: feasibility and impact on obstetric care. *American journal of obstetrics and*

- gynecology. 2016;215 (4):517. e1-517. e8.
105. Atilla R. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin postpartum depresyonu tarama ve tedavi yaklaşımları. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;27 (3):186-191.

Bölüm 18

ACİL PSİKİYATRİK DURUMLARDA TEDAVİ

Ersin UYGUN¹

GİRİŞ

Ruhsal sorun sebebiyle hastalar psikiyatri acil servislerinden çok genel hastanelerin acil servislerine başvurmaktadırlar. Bu merkezlere ruhsal sorun nedeniyle yapılan başvurularda kişinin belirtilerine yönelik kapsayıcı bir ayırıcı tanı yapılması, durumun aciliyetinin ve risk etmenlerinin belirlenmesi, tedavi ve hastaneye yatırılma konularında karar verilmesi nitelikli sağlık hizmeti sunumu açısından önem arz etmektedir. Ayrıca başvuru nedeninin ruhsal sorun olduğu düşünülen bireylerde bu belirtilere neden olabilecek bedensel (organik) hastalıkların değerlendirilip dışlanması da önemlidir.

Değerlendirme aşamasında yaşanan önemli sorunlardan birini de hem ruhsal hem bedensel belirtilerin bir arada olduğu hasta grubu oluşturmaktadır. Bu grupta organik nedenin göz ardı edilmesi ve sadece psikiyatrik tedavi düzenlenmesi istenmeyen vahim sonuçlara neden olabilmektedir. Yukarıda özetlediğimiz nedenlerden dolayı genel hastanelerin acil servislerinde hizmet sunan sağlık personelinin Acil Psikiyatrik Durumlar (APD) konusunda kapasitelerini geliştirmeleri gerekmektedir.

Akut ajitasyonun hemen tüm psikiyatrik hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkabildiği, dolayısıyla oldukça sık görüldüğü ve bu insanlara küçümsenemeyecek bir oranda fiziksel ve/veya kimyasal tespit uygulandığı göz önüne alınarak, yukarıdaki çerçevede düşünüldüğünde; akut ajitasyon veya davranış bozukluklarının sağaltımında daha hasta merkezli bir yaklaşıma göre hazırlanmış standart bir sağaltım yaklaşımının gerekliliği daha da iyi anlaşılacaktır (1).

Yazımızda genel acil servislerde genellikle yönetiminde güçlükler yaşanabilen

¹ Uzm. Dr. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 2. Psikiyatri Kliniği, ersinuygun@hotmail.com

melen gebelik durumuna bağlı olarak, ilaç vermektan kaçındıkları ve 31 hastaya (%39) ilaç tedavisi düzenlendikleri bildirilmiştir. Düzenlenen bu tedavilerde Haloperidol'un (tek başına ya da benzodiazepin ile kombine şekilde) en çok kullanılan ajan olduğu görülmüştür. Bu konuda ki genel görüş, gebelerde ilk başta ilaç dışı tedavilerin mümkün olduğunca kullanıldıktan sonra ajitasyonun halen tehlikeli düzeyde devam etmesi durumunda, ilk sırada Haloperidol'un tercih edilebileceği şeklindedir (4,11,12).

SONUÇ

Sonuç olarak yeni yapılan çalışmalardan elde edilen verilere rağmen, önceki raporlarda önerilen algoritmalar anlamlı şekilde değişmemiştir. Haloperidol'un (i.m.) akut ajitasyonda kullanımı önerilmektedir ancak yan etkileri için yanına antihistaminik ya da kas gevşetici bir ajan eklenmesi gerekmektedir. Elimizde antihistaminik ya da kas gevşetici ilaç ekleme imkanı varken bunun eklenmemesinin etik dışı olabileceği vurgulanmaktadır. Bununla birlikte yeni kuşak AP'lerin eski kuşak AP'lerden daha etkin olduğuna dair yeterli kanıt yoktur. Ayrıca Haloperidol'e benzodiazepin eklenmesinin yararlı olduğuna dair güçlü kanıtlar bulunmamaktadır. (13,14).

Acil ve hızlı trankilizan kullanımının başlaması üzerinden 60 yıl geçmesine rağmen bu konu halen bağımsız ve kaliteli çalışmaların yapılmasına ihtiyaç duyulan bir alanı oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: psikomotor ajitasyon, kısıtlama, antipsikotik

KAYNAKLAR

1. Yıldız A, Alptekin K. Akut Ajitasyon Tedavisinde Doğrular ve Yanlışlar: Acil Servis Antiajitasyon Tedavi Rehberi. Klin Psikofarmakol Bülteni. 2003;13:30–36.
2. Marder SR. A review of agitation in mental illness: Treatment guidelines and current therapies. Journal of Clinical Psychiatry. 2006;67 (Suppl 1):13-21
3. 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;13:17-25
4. 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.
5. Stevenson S, Otto MP. Finding ways to reduce violence in psychiatric hospitals. J Healthc Qual. 1998;20:28-32
6. National Collaborating Centre for Mental H. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. Violence and Aggression: Short-Term Management in Mental Health, Health and Community Settings: Updated edition. 2015.
7. Fishkind A. Calming agitation with words, not drugs: 10 commandments for safety. Curr Psychiatr. 2002;1:32–39.
8. Gutheil TG. Restraint versus treatment: seclusion as discussed in the Boston State Hospital case. Am J Psychiatr. 1980;137:718–719.

9. Petit JR. Management of the acutely violent patient. *Psychiatr Clin North Am.* 2005;28:701–711, 710.
10. Currier GW, Marder R. Orally versus intramuscularly administered antipsychotic drugs in psychiatric emergencies. *J Psychiatr Pract.* 2006;12:30–40.
11. Allen MH, Currier GW, Hughes DH, Reyes-Harde M, Docherty JP. 2001. The Expert Consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies. *Postgrad Med.* 2001;1–88.
12. Allen MH, Currier GW, Carpenter D, Ross RW, Docherty JP. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. *J Psychiatr Pract.* 2005;11 (Suppl 1):5–108.
13. Ostinielli EG, Brooke-Powney MJ, Li X, Adams CE. Haloperidol for psychosis-induced aggression or agitation (rapid tranquillisation). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2017. doi: 10.1002/14651858.CD009377.
14. Powney MJ, Adams CE, Jones H. Haloperidol (rapid tranquilisation) for psychosis induced aggression or agitation. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2017. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009377>
15. Villari V, Rocca P, Fonzo V, Montemagni C, Pandullo P, Bogetto F. Oral risperidone, olanzapine and quetiapine versus haloperidol in psychotic agitation. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry.* 2008;32(2):405–13
16. Huf G, Coutinho ESF, Adams CE. Rapid tranquillisation in psychiatric emergency settings in Brazil: Pragmatic randomised controlled trial of intramuscular haloperidol versus intramuscular haloperidol plus promethazine. *Br Med J.* 2007;335(7625): 869.
17. Kinon BJ, Roychowdhury SM, Milton DR, Hill AL. Effective resolution with olanzapine of acute presentation of behavioral agitation and positive psychotic symptoms in schizophrenia. *J Clin Psychiatry.* 2001;62 (Suppl 2):17–21.
18. Kinon BJ, Ahl J, Rotelli MD, McMullen E. Efficacy of accelerated dose titration of olanzapine with adjunctive lorazepam to treat acute agitation in schizophrenia. *Am J Emerg Med.* 2004;22:181–186
19. Chengappa KNR, Goldstein JM, Greenwood M, John V, Levine J. A post hoc analysis of the impact on hostility and agitation of quetiapine and haloperidol among patients with schizophrenia. *Clin Ther.* 2003;25:530–541.
20. Brook S, Walden J, Benattia I, Siu CO, Romano SJ. Ziprasidone and haloperidol in the treatment of acute exacerbation of schizophrenia and schizoaffective disorder: Comparison of intramuscular and oral formulations in a 6-week, randomized, blinded-assessment study. *Psychopharmacology (Berl).* 2005; 178:514–523.
21. Brook S, Lucey J V., Gunn KP. Intramuscular ziprasidone compared with intramuscular haloperidol in the treatment of acute psychosis. *J Clin Psychiatry.* 2000; 61:933–941.
22. Ostinielli EG, Jajawi S, Spyridi S, Sayal K, Jayaram MB. Aripiprazole (intramuscular) for psychosis-induced aggression or agitation (rapid tranquillisation). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018. doi: 10.1002/14651858.CD008074.pub2.
23. Martel M, Sterzinger A, Miner J, Clinton J, Biros M. Management of acute undifferentiated agitation in the emergency department: A randomized double-blind trial of droperidol, ziprasidone, and midazolam. *Acad Emerg Med.* 2005; 12:1167–1172.
24. Nobay F, Simon BC, Levitt MA, Dresden GM. A prospective, double-blind, randomized trial of midazolam versus haloperidol versus lorazepam in the chemical restraint of violent and severely agitated patients. *Acad Emerg Med.* 2004; 11:744–749.
25. Mantovani C, Labate CM, Sponholz A, De Azevedo Marques JM, Guapo VG, De Simone Brito Dos Santos ME, et al. Are low doses of antipsychotics effective in the management of psychomotor agitation? a randomized, rated-blind trial of 4 intramuscular interventions. *J Clin Psychopharmacol.* 2013; 33:306–312.
26. Chaput Y, Beaulieu L, Paradis M, Labonté E. The elderly in the psychiatric emergency service (PES); a descriptive study. *BMC Psychiatry.* 2011; 11:111.

Bölüm 19

MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI VE BU BOZUKLUKLARA YAKLAŞIM

Elif Aktan MUTLU¹

GİRİŞ

Madde kullanım bozuklukları Dünya Sağlık Örgütü ve Amerikan Psikiyatri Birliğinin sınıflandırma kategorilerinde birçok alt başlıkta ele alınmaktadır. Bu bölümde en sık rastlanan başlıklardan bağımlılık, yoksunluk durumları ve zehirlenmeler tartışılacaktır. Türkiye’de en sık kullanılan ve hekimlerin çokça karşılaşılabileceği maddeler sırayla incelenecektir. Ayrıca birinci basamak ve acil servislerde görevli hekimlerin hastaları yönlendirebilecekleri ve yardım alabilecekleri yapılardan da bahsedilecektir.

Madde kullanım bozukluğu gerek ülkemizde gerekse dünyada giderek artan bir şekilde görülen önemli bir “halk sağlığı” problemidir (1, 2). Bu bağlamda birinci basamak ve acil servis çalışanlarını yakından ilgilendiren bir sağlık sorunu olarak değerlendirmek yanlış olmaz. Dünya Sağlık Örgütü dünyadaki erişkin popülasyonun yaklaşık %5’inin (250 milyon) en az bir kez madde kullandığını, bunların da 29,5 milyonunun madde kullanım bozukluklarından etkilendiğini bildirmektedir (3). Ülkemizdeki bağımlılık ile ilgili bilgiler Sağlık Bakanlığı ve TUBİM (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi) verilerine dayanarak sağlanmaktadır. Bu verilere göre ülkemizde madde kullanım bozukluğu tahminen %2,7 oranında görülmektedir ve madde bağımlılığı için ayrılan kamu harcamaları her geçen yıl artmaktadır. Uzun dönemde birçok sağlık sorununa ve sosyal probleme neden olmaktadır (4).

Yapılan çalışmalar tüm dünyada madde kullanım bozukluğundan muzdarip bireylerin tedaviye ulaşma ve tedavi görme oranlarının halen çok düşük olduğunu göstermektedir. Özellikle düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde tüm bağımlıların sadece %1’inin tedavi şansı bulunduğu bildirilmektedir (5). Madde kullanım

¹ Uzman Doktor, Psikiyatrist, Bursa Şehir Hastanesi, aktanazer@hotmail.com

Değişim yönündeki niyeti güçlenen hastaya bilgilendirme konuşması, tavsiyelerde bulunma konuşmaları yapılabilir. Ardından tedavinin aşamaları hastayla konuşulabilir (118).

SONUÇ

Madde bağımlılığı tüm dünyada ve ülkemizde giderek artan bir halk sağlığı sorunudur. Birinci basamak ve acil servis hekimleri bu hastalarla çok sık karşılaşmaktadırlar. Bu hastaların uzun dönem tedavisinin sağlanabilmesi için hastaları tanımaları ve yaklaşımları çok büyük önem arz etmektedir. Bu birimlerdeki sağlık personellerinin eğitilmesi önyargıların kırılmasını ve daha fazla bağımlının tedaviye ulaşmasını sağlayacaktır. Hastaları tedavi programında tutmak ise kronik ruhsal, nörolojik, bulaşıcı ve daha birçok hastalığın ve ayrıca suç işleme, aile içi sorunlar, ekonomik sorunlar gibi sosyal problemlerin de büyümeden kontrol altında kalmasına yardım edecektir.

Anahtar Kelimeler: Madde, birinci basamak, acil servis, bağımlılık.

KAYNAKLAR

- 1: Asi Karakaş S, Ersöğütçü F. Madde Bağımlılığı ve Hemşirelik. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2016;3(2): 133-139.
- 2: Coşkun F, Özçırpıcı B, Özgür S. Gaziantep Üniversitesi merkez kampüsündeki lisans öğrencilerinde alkol ve madde kullanma durumu. Ortadoğu Tıp Dergisi, 2019; 11(2): 143-147.
- 3: United Nations Office on Drugs and Crime (2017). World Drug Report 2017. ISBN: 978-92-1-148291-1, eISBN: 978-92-1-060623-3, United Nations publication, Sales No. E.17.XI.6.
- 4: Türkiye uyuşturucu raporu 2017. (15.08.2019 tarihinde <http://www.narkotik.pol.tr> adresinden ulaşılmıştır.)
- 5: Degenhardt L, Glantz M, Evans-Lacko S, et al. Estimating treatment coverage for people with substance use disorders: an analysis of data from the World Mental Health Surveys. World Psychiatry, 2017; 16(3): 299-307.
- 6: American Psychiatric Association (2013). .American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition: Arlington, VA.
- 7: Uzbay, İT. (2015). Madde bağımlılığı: tüm boyutlarıyla bağımlılık ve bağımlılık yapan maddeler. İstanbul Tıp Kitabevi.
- 8: Evren C, Ögel K, Uluğ B. (2012). Alkol madde bağımlılığı tanı ve tedavi el kitabı. Birinci Basım: TPD Yayınları.
- 9: Coşkun F, Özçırpıcı B, Özgür S. Gaziantep Üniversitesi Merkez Kampüsü'ndeki lisans öğrencilerinde alkol ve madde kullanma durumu. Ortadoğu Tıp Dergisi, 2019; 11(2): 143-147.
- 10: Alaçam H, Korkmaz A, Efe M, vd. Pamukkale Üniversitesi öğrencilerinde alkol ve sigara bağımlılığı taraması. Pamukkale Tıp Dergisi, 2019; (2): 82-87.
- 11: Ekinci S, Kural HU, Yalçınay M. Madde bağımlılığı olan hastalarda öfke düzeyi; bağımlılık profili, depresyon ve anksiyete düzeyi ile ilişkisi. Bağımlılık Dergisi 2016; 17 (Suppl. 1): 12-17.
- 12: Demirel ÖF, Balcıoğlu İ. Alkol ve Madde Bağımlılığında Ceza Sorumluluğu ve Fiil Ehliyeti. Yeni Sempozyum Dergisi, 2015; 53:27-33.
- 13: Akça SÖ, Selen F, Demir E, et al. Cinsiyet ve Yaş Farklılıklarının Ergenlerin Depresyon, Anksiyete Bozukluğu, Kendine Zarar Verme, Psikoz, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Alkol-Uyuşturucu Bağımlılığı ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile İlişkili Sorunlara Etkisi.

- Dicle Tıp Dergisi, 2018; 45(3): 255-264.
- 14: Öztürk YE, Kırloğlu M, Kırac R. Alkol ve madde bağımlılığında risk faktörleri. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 2016; 18(2): 97-118.
 - 15: Mayda AS, Gerçek ÇG, Gümüş G, vd. Düzce Üniversitesi Orman Fakültesi Öğrencilerinde Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı Sıklığı Ve Kullanmaya Başlama Nedenleri. Düzce Medical Journal, 2010; 12(3):7-14.
 - 16: Erbay E, Oğuz N, Yıldırım B. vd. Alkol ve madde bağımlılığı olan bireylerin başa çıkma tutumları. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2016; 20(3): 597-609.
 - 17: Karakaş SA, Ersöğütçü F. Madde bağımlılığı ve hemşirelik. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2016; 3(2): 133-139.
 - 18: Türkiye uyuşturucu raporu 2018. (14.08.2019 tarihinde <http://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/Duyurular/2018%20TURKIYE%20UYUSTURUCU%20RAPORU.pdf> 2018 adresinden ulaşılmıştır).
 - 19: EUROPA EMCDDA (2019). European Drug Raport 2019. (06.08.2019 tarihinde http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001TRN_PDF.pdf adresinden ulaşılmıştır).
 - 20: Howlett AC, Breivogel CS, Childers SR, et al. Cannabinoid physiology and pharmacology: 30 years of progress. Neuropharmacology, 2004; 47: 345-358.
 - 21: Telliöğlu T, Telliöğlu Z. Tıbbi esrar psikiyatrik bozuklukların tedavisinde kullanılabilir mi?. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 2012; 22(1): 98-109.
 - 22: Kaya-Akyüzlü D, Kayaaltı Z. Kan, saç, idrar ve nefes örneklerinin bağımlılık yapan maddelerin analizinde kullanımı. Marmara Pharmaceutical Journal, 2015; 19(3): 232-237.
 - 23: M Weinstein A, A Gorelick D. Pharmacological treatment of cannabis dependence. Current pharmaceutical design, 2011; 17(14): 1351-1358.
 - 24: Köroğlu, A, Erşan EE. Kafein Yoksunluğu ve Kannabis Yoksunluğu. Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics, 2018; 11(3): 74-79.
 - 25: D'Souza DC, Cortes-Briones JA, Ranganathan M, et al. Rapid changes in cannabinoid 1 receptor availability in cannabis-dependent male subjects after abstinence from cannabis. Biological psychiatry: cognitive neuroscience and neuroimaging, 2016; 1(1): 60-67.
 - 26: Degenhardt L, Saha S, Lim CC, et al. The associations between psychotic experiences and substance use and substance use disorders: findings from the World Health Organization World Mental Health surveys. Addiction, 2018; 113(5): 924-934.
 - 27: M Weinstein A, A Gorelick D. Pharmacological treatment of cannabis dependence. Current pharmaceutical design, 2011; 17(14): 1351-1358.
 - 28: Alkan B, Alıcı T. Kannabinoidlerin Öğrenme ve Bellek İşlevleri Üzerindeki Akut ve Kronik Etkileri. Bağımlılık Dergisi, 2018; 19(4): 123-135.
 - 29: Bourin M. Cannabis Addiction: a review. SciFed Journal of Addiction and Therapy, 2017, 1:1, 1-4.
 - 30: Zehra A, Burns J, Liu CK, et al. Cannabis addiction and the brain: a review. A Journal of the American Psychiatric Association, 2019; 17(2): 169-182.
 - 31: Degenhardt L, Dierker L, Chiu WT, et al. Evaluating the drug use "gateway" theory using cross-national data: Consistency and associations of the order of initiation of drug use among participants in the WHO World Mental Health Surveys. Drug and alcohol dependence, 2010; 108(1-2): 84-97.
 - 32: Cohen K, Weinstein A. The effects of cannabinoids on executive functions: evidence from cannabis and synthetic cannabinoids—a systematic review. Brain sciences, 2018; 8(3): 40.
 - 33: Gunderson EW, Haughey HM, Ait-Daoud N, et al. A survey of synthetic cannabinoid consumption by current cannabis users. Substance abuse, 2014; 35(2): 184-189.
 - 34: Solmaz A, Okumuş M. Yeni bir uyuşturucu madde olan Bonzai haberlerinin internetten sunumu: www.milliyet.com.tr örneği. Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi, 2015; 8(4): 341-356.
 - 35: Zhao A, Tan M, Maung A, et al. Rhabdomyolysis and acute kidney injury requiring dialysis as

- a result of concomitant use of atypical neuroleptics and synthetic cannabinoids. Case reports in nephrology, 2015. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/235982>
- 36: Atik SU, Dedeoğlu R, Varol F, vd. Cardiovascular side effects related with use of synthetic cannabinoids “bonzai”: two case reports. Turkish Archives of Pediatrics/Türk Pediatri Arşivi, 2015; 50(1): 61.
- 37: Yılmaz S, Ünal S, Kuyumcu MS, vd. Acute anterior myocardial infarction after “Bonzai” use. Anadolu Kardiyoloji Dergisi: AKD, 2015; 15(3): 265.
- 38: Efe TH, Felekoglu MA, Çimen T, vd. Atrial fibrillation following synthetic cannabinoid abuse. Turk Kardiyol Dern Ars, 2017; 45(4): 362-364.
- 39: Kaya Ş, Kaya FB, Zeytin AT, vd. Nedeni bilinmeyen bilinç durum değişikliği: Başrolde bonzai (JWH-018). Causapedia Hakemli Olgu Dergisi, 2014; 3(960): 1-3.
- 40: Ergül DF, Ekemen S, Yelken BB. Synthetic cannabinoid ‘bonzai’ intoxication: six case series. Turkish journal of anaesthesiology and reanimation, 2015; 43(5): 347-351.
- 41: Degirmenci Y, Kececi H, Olmez N. A case of ischemic stroke after bonzai: syntetic cannabinoid from Turkey. Neurological Sciences, 2016; 37(2): 299-300.
- 42: Dogan B, Dogru H, Gungor L, vd. Stroke due to Bonzai use: two patients. World journal of emergency medicine, 2016; 7(4): 310-312.
- 43: Ninnemann AL, Lechner WV, Borges A, et al. Synthetic cannabinoids to avoid urine drug screens: Implications for contingency management and other treatments for drug dependence. Addictive behaviors, 2016; 63: 72-73.
- 44: Küçük E, Küçük İ, Kirazlı YY. Acil serviste yeni bir tehlike: Sentetik kannabinoidler (Bonzai, Jameika). Genel Tıp Dergisi, 2015; 25: 18-22.
- 45: Cohen K, Kapitány-Fövény M, Mama Y, et al. The effects of synthetic cannabinoids on executive function. Psychopharmacology, 2017; 234(7): 1121-1134.
- 46: Every-Palmer, S. Warning: legal synthetic cannabinoid-receptor agonists such as JWH-018 may precipitate psychosis in vulnerable individuals. Addiction, 2010; 105(10): 1859-1860.
- 47: Van Hout MC, Hearne E. User experiences of development of dependence on the synthetic cannabinoids, 5f-AKB48 and 5F-PB-22, and subsequent withdrawal syndromes. International Journal of Mental Health and Addiction, 2017; 15(3): 565-579.
- 48: Potter GR, Chatwin C. The problem with “skunk”. Drugs and Alcohol Today, 2012; 12(4): 232-240.
- 49: UNODC (2019). Dünya uyuşturucu raporu 2019. (15.08.2019 tarihinde https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_5_CANNABIS_HALLUCINOGENS.pdf adresinden ulaşılmıştır).
- 50: Hall W, Degenhardt L. High potency cannabis. BMJ 2015; 350: h1205
- 51: Noyan CO, Nurmedow S. Yüksek Etkili Esrar Türleri: Yeni Tehlike Skunk mı? Skunk Hakkında Bilinmesi Gerekenler (Editöre Mektup). Bağımlılık Dergisi, 2016; 17(1): 44-46.
- 52: UNODC (2019). World drug report 2019. (15.08.2019 tarihinde https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_4_STIMULANTS.pdf adresinden ulaşılmıştır).
- 53: Karakükcü Ç, Çıracı MZ, Koçer D, vd. Laboratuvar verilerine dayalı idrarda yasa dışı madde analiz sonuçlarına göre bölgesel madde kullanım yaygınlığının belirlenmesi. J. Psychiatry, 2018; 19: 169-176.
- 54: TUBİM (2019). Türkiye Uyuşturucu Raporu 2019; s.39. (14.08.2019 tarihinde <http://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUBİM/Ulusal%20Yayınlar/2019-TURKIYE-UYUS-TURUCU-RAPORU.pdf> adresinden ulaşılmıştır).
- 55: Moszczynska A. Neurobiology and Clinical Manifestations of Methamphetamine Neurotoxicity. The Psychiatric times, 2016; 33(9): 16-18.
- 56: Lyoo IK, Yoon S, Kim TS et al. Predisposition to and effects of methamphetamine use on the adolescent brain. Molecular psychiatry, 2015; 20(12): 1516-1524.
- 57: Fede SJ, Harenski CL, Borg JS, et al. Abnormal fronto-limbic engagement in incarcerated stimulant users during moral processing. Psychopharmacology, 2016; 233(17): 3077-3087.
- 58: Mayo LM, Paul E, DeArcangelis J, et al. Gender differences in the behavioral and subjective ef-

- fects of methamphetamine in healthy humans. *Psychopharmacology*, 2019; 236(8):2413-2423.
- 59: Ballester J, Valentine G, Sofuoglu M. Pharmacological treatments for methamphetamine addiction: current status and future directions. *Expert review of clinical pharmacology*, 2017; 10(3): 305-314.
- 60: Prakash MD, Tangalakis K, Antonipillai J, et al. Methamphetamine: effects on the brain, gut and immune system. *Pharmacological research*, 2017; 120: 60-67.
- 61: Hellem TL, Lundberg KJ, Renshaw PF. A review of treatment options for co-occurring methamphetamine use disorders and depression. *Journal of addictions nursing*, 2015; 26(1):14-E1.
- 62: Fletcher JB, Swendeman D, Reback CJ. Associations between major depressive episode, methamphetamine use disorder severity, and engagement in sexual risk-taking among methamphetamine-using men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 2018; 22(5): 1461-1466.
- 63: Bursa Emniyet Müdürlüğü, Narkotik Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğü (2019). (14.08.2019 tarihinde <http://www.bursa.pol.tr/haberler> adresinden ulaşılmıştır).
- 64: Hart CL, Gunderson EW, Perez A, et al. Acute physiological and behavioral effects of intranasal methamphetamine in humans. *Neuropsychopharmacology*, 2008; 33(8): 1847-1855.
- 65: Mooney LJ, Glasner-Edwards S, Rawson RA, et al (2009). Medical effects of methamphetamine use. *Methamphetamine addiction: from basic science to treatment* (Ed.), New York: The Guilford Press.
- 66: Wodarz N, Krampe-Scheidler A, Christ M, et al. Evidence-Based guidelines for the pharmacological management of acute methamphetamine-related disorders and toxicity. *Pharmacopsychiatry*, 2017; 50(03): 87-95.
- 67: Bilici R, Dalbudak E. Alkol ve madde kullanım bozukluğunda acil durumlara yaklaşım ve tedavi. *Psikiyatri Güncel, Türkiye psikiyatri derneği sürekli mesleki gelişim dergisi*, 2014;4(2): 99-110.
- 68: Loke KS, Castle D, Lloyd-Jones M, et al. Amphetamine intoxication and withdrawal management guidelines for acute hospital settings in Australian and New Zealand. *Journal of psychiatry*, May 2015; 49: 98-98.
- 69: Zarrabi H, Khalkhali M, Hamidi A, et al. Clinical features, course and treatment of methamphetamine-induced psychosis in psychiatric inpatients. *BMC psychiatry*, 2016; 16(1): 44.
- 70: Shaner JW, Kimmes N, Saini T, et al. "Meth mouth": rampant caries in methamphetamine abusers. *AIDS Patient Care & STDs*, 2006; 20(3): 146-150.
- 71: Turkyilmaz, I. Oral manifestations of "meth mouth": a case report. *J Contemp Dent Pract*, 2010; 11(1): 73-80.
- 72: De-Carolis C, Boyd GA, Mancinelli L, et al. Methamphetamine abuse and "meth mouth" in Europe. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*, 2015; 20(2): 205-210.
- 73: Vearrier D, Greenberg MI, Miller SN, et al. Methamphetamine: history, pathophysiology, adverse health effects, current trends, and hazards associated with the clandestine manufacture of methamphetamine. *Disease-a-Month*, 2012; 58(2): 38-89.
- 74: Raiker N, Aouthmany M, Ezra N. Dermatologic Signs and Symptoms of Substance Abuse *Journal of Clinical & Experimental Dermatology Research*, 2016; 7(2): 1-7.
- 75: Akgül A, Aşıcıoğlu F. (2011). Uyuşturucu maddelerde yeni trendler ve erken uyarı sistemi. Örgütlü suçlar ve Yeni Trendler (29-56), <https://www.researchgate.net/publication/321037113>
- 76: Bora T, Nuralin F, Senocak N, et al. Determination of the organic compounds in synthetic tablets containing MDMA (ecstasy). *Adli Tıp Dergisi, J For Med* 2014;28(2): 164-77.
- 77: Bora F, Yılmaz F, Bora T. Ecstasy (MDMA) and its effects on kidneys and their treatment: a review. *Iranian journal of basic medical sciences*, 2016; 19(11): 1151-1158.
- 78: Bossong, MG, Brunt, TM, Van Dijk, JP, Rigter, S. M, et al. mCPP: an undesired addition to the ecstasy market. *Journal of Psychopharmacology*, 2010; 24(9): 1395-1401.
- 79: Shorter D, Kosten TR. Novel pharmacotherapeutic treatments for cocaine addiction. *BMC medicine*, 2011; 9(1): 119.
- 80: Pomara C, Cassano T, D'Errico S, et al. Data available on the extent of cocaine use and dependence: biochemistry, pharmacologic effects and global burden of disease of cocaine abusers.

- Current medicinal chemistry, 2012; 19(33): 5647-5657.
- 81: Dürsteler KM, Berger EM, Strasser J, et al. Clinical potential of methylphenidate in the treatment of cocaine addiction: a review of the current evidence. Substance abuse and rehabilitation, 2015; 6: 61-74.
- 82: Fischman MW, Foltin RW. (2016). Cocaine and the amphetamines. The International Handbook of Addiction Behaviour (chapter 13). Routledge.
- 83: Nikolova I, Danchev N. Piperazine based substances of abuse: a new party pills on Bulgarian drug market. Biotechnology & Biotechnological Equipment, 2008; 22(2): 652-655.
- 84: UNODC (2019). World drug report 2019. (15.08.2019 tarihinde https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_4_STIMULANTS.pdf adresinden ulaşılmıştır).
- 85: Van Ree JM, Gerrits MA, Vanderschuren LJ. Opioids, reward and addiction: an encounter of biology, psychology, and medicine. Pharmacological reviews, 1999; 51(2): 341-396.
- 86: Erdem M, Akarsu S, Gülsün M. Plasebo Etkinin Nörobiyolojisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2013; 5(3): 299-312.
- 87: Janecka A, Fichna J, Janecki T. Opioid receptors and their ligands. Current topics in medicinal chemistry, 2004; 4(1): 1-17.
- 88: Evren C. (2017). Opiod kullanım bozukluklarında tanı ve tedavi kılavuzu (Ed.). ISBN:978-975-6125-99-1, İstanbul.
- 89: United Nations: International Narcotics Control Board (January 2018). Narcotic Drugs: Estimated World Requirements for 2018, E/INCB/2017/1. United Nations publication, Sales No. E.18.XI.1.
- 90: Sporer KA. Acute heroin overdose. Annals of internal medicine, 1999; 130(7): 584-590.
- 91: Boyer EW. Management of opioid analgesic overdose. New England Journal of Medicine, 2012; 367(2): 146-155.
- 92: Fareed A, Stout S, Casarella J, et al. Illicit opioid intoxication: diagnosis and treatment. Substance Abuse: Research and Treatment 2011;5: 17-25.
- 93: Lobmaier P, Gossop M, Waal H, et al. The pharmacological treatment of opioid addiction—a clinical perspective. European journal of clinical pharmacology, 2010; 66(6): 537-545.
- 94: Wesson DR, Ling W. The clinical opiate withdrawal scale (COWS). Journal of psychoactive drugs, 2003; 35(2): 253-259.
- 95: Schuckit MA. Treatment of opioid-use disorders. New England Journal of Medicine, 2016; 375(4): 357-368.
- 96: Ashton H. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. Current opinion in Psychiatry, 2005; 18(3): 249-255.
- 97: Soyka M. Treatment of benzodiazepine dependence. New England Journal of Medicine, 2017; 376(12): 1147-1157.
- 98: Geulayov G, Ferrey A, Casey D, et al. Relative toxicity of benzodiazepines and hypnotics commonly used for self-poisoning: an epidemiological study of fatal toxicity and case fatality. Journal of psychopharmacology, 2018; 32(6): 654-662.
- 99: Roussin A, Montastruc JL, Lapeyre-Mestre M. Pharmacological and clinical evidences on the potential for abuse and dependence of propofol: a review of the literature. Fundamental & clinical pharmacology, 2007; 21(5): 459-466.
- 100: Boztaş MH, Arısoy Ö. Uçucu madde bağımlılığı ve tıbbi sonuçları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2010; 2(4): 516-531.
- 101: Hong SB, Choi EJ, Kim HH, et al. Decreased thalamic volumes in adolescent inhalant users from Korea and Australia. The World Journal of Biological Psychiatry, 2014; 15(8): 636-640.
- 102: Howard MO, Bowen SE, Garland EL, et al. Inhalant use and inhalant use disorders in the United States. Addiction science & clinical practice, 2011; 6(1): 18-31.
- 103: Anderson CE, Loomis GA. Recognition and prevention of inhalant abuse. American family physician, 2003; 68(5): 869-874.
- 104: Lubman DI, Yücel M, Lawrence AJ. Inhalant abuse among adolescents: neurobiological considerations. British journal of pharmacology, 2008; 154(2): 316-326.

- 105: Koyuncuer, A. Uçucu Madde Entoksikasyonlu Hastalara İlk Yaklaşım. TTB Sürekli Eğitim Tıp Dergisi, 2004;13(10): 366-370.
- 106: Akcan R, Çekin N, Hilal A, et al. Gençlerde uçucu madde soluma sonucu ani ölüm: Olgu sunumu. Dicle Tıp Dergisi, 2010; 37(2): 154-156.
- 107: Perron BE, Howard MO, Vaughn MG, et al. Inhalant withdrawal as a clinically significant feature of inhalant dependence disorder. Medical Hypotheses, 2009; 73(6): 935-937.
- 108: TUBİM (2019). Türkiye Uyuşturucu Raporu 2019. S.66. (14.08.2019 tarihinde <http://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUBİM/Ulusal%20Yayınlar/2019-TURKIYE-UYUS-TURUCU-RAPORU.pdf> adresinden ulaşılmıştır).
- 109: Aşıcioğlu F, Okudan M, Derman N, et al. Magic mushroom growing kits: a new method for infringement of the narcotic laws. Journal of Forensic Medicine, 2014; 28(3): 307-316.
- 110: Bilici R, Dalbudak E. Alkol ve madde kullanım bozukluğunda acil durumlara yaklaşım ve tedavi. Psikiyatride Güncel, Türkiye psikiyatri derneği sürekli mesleki gelişim dergisi, 2014;4,2, 109.
- 111: Büyükbayram A, Engin E. Acil psikiyatrik bakım ve ruh sağlığı triyajı. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2018; 9(1): 61-67.
- 112: Yıldırım Ş. Sosyal Hizmette Krize Müdahale Yaklaşımının Kullanımı Krize Müdahale. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2016; 3(4): 481-486.
- 113: Topçuoğlu V, Bez Y. Madde kullanımına bağlı enfeksiyonlar. Journal of Dependence, 2005; 6: 89-96.
- 114: Mutlu EA, Altıntoprak AE, Tokucoglu L. Seroprevalence of hepatitis B, hepatitis C, HIV, and syphilis infections among non-injecting drug users. Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2015; 16(1): 65-68.
- 115: Rohsenow DJ, Tidey JW, Martin RA, et al. Contingent vouchers and motivational interviewing for cigarette smokers in residential substance abuse treatment. Journal of substance abuse treatment, 2015; 55: 29-38.
- 116: DiClemente CC, Velasquez MM. Motivational interviewing and the stages of change. Motivational interviewing: Preparing people for change, 2002; 2: 201-216.
- 117: Motivasyonel Görüşme. İnsanları değişime hazırlama. William R. Miller. Stephen Rollnick. 2002. The Guilford Press. Turkish Translation Copyright. HYB basım yayın Ankara'dan uyarlanmıştır.
- 118: Satre DD, Leibowitz A, Sterling SA, et al. A randomized clinical trial of Motivational Interviewing to reduce alcohol and drug use among patients with depression. Journal of consulting and clinical psychology, 2016; 84(7): 571-579.

Bölüm 20

ALKOL KULLANIMI İLE İLİŞKİLİ PSİKİYARTİK BOZUKLUKLARIN TANINMASI VE BU BOZUKLUKLARA YAKLAŞIM

Hanife YILMAZ ÇENGEL¹

GİRİŞ

Alkol kullanımı tüm dünyada özellikle de gelişmiş ülkelerde oldukça sık görülmekte olup alkol kullanımıyla ilişkili sorunlar yalnız kişiyi ve genel sağlığını etkilemekle kalmaz, ailesini, arkadaş çevresini, iş yaşamını ve toplumu da olumsuz etkilemektedir (1). Alkol kullanımı sosyal içicilikten alkol kullanım bozukluğuna ve alkolün yol açtığı bozukluklara uzanan geniş bir spektrumda karşımıza çıkar. Alkolün yol açtığı bozukluklar arasında: alkol intoksikasyonu, alkol yoksunluğu, alkolün yol açtığı diğer ruhsal bozukluklar sayılabilir. Daha önceki sınıflandırma sistemlerinde “Alkol Kötüye Kullanımı” ve “Alkol Bağımlılığı” iki ayrı tanı kategorisi olarak ele alınırken Amerikan Psikiyatri Birliği’nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Sınıflandırma El Kitabı (DSM)’nin son baskısında (DSM-5) bu iki tanı “Alkol Kullanım Bozukluğu (AKB)” başlığı altında birleştirilmiştir (2). DSM-5’te yer alan AKB tanı kriterlerine ileride ayrıntılı değinilecek olsa da özetle AKB: kişinin alkol kullanma davranışı üzerinde kontrolünü kaybettiği, zararlarını bilmesine rağmen kompulsif yani yineleyici şekilde alkol kullandığı, kullanmadığında yoksunluk belirtilerinin geliştiği, aşırma denen yoğun istek yaşadığı, depresme yani nökslerle giden kronik bir beyin hastalığıdır. Hastalık olarak kabul edilmesi önemlidir çünkü AKB olan kişiler ne yazık ki hem aileleri hem toplum tarafından dışlanmakta hatta sağlık çalışanları tarafından da damgalanmaya maruz kalmaktadır (3). AKB’nun tanı ve tedavi oranlarının incelendiği çalışmalarda, hastaların büyük bölümünün tanı almadığı ve tedavisiz kaldığı saptanmış, hekimlerin bu hastalara müdahale etmekte gönülsüz davrandığı sonucuna ulaşılmıştır (4). Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin AKB’nu tarama, tanı koyma ve tedavi sürecine yönelik katkıları hastalıkla ilişkili komplikasyonları

¹ Doktor Öğretim Üyesi, İstanbul Gelişim Üniversitesi, hanif_e@hotmail.com

11.5 Nalmefen

Riskli alkol kullanımı olan kişilerde ağır içiciliği azaltmaya yönelik olarak zarar azaltma amacıyla kullanılan bir ilaçtır. Naltrekson gibi opioid reseptör antagonistidir. Nalmefen 18 mg'lık tablet şeklindedir. İhtiyaç halinde, yani kişi fazla miktarda alkol kullanımı için yüksek risk taşıdığı bir durumla karşı karşıyaysa 1-2 saat öncesinde tek doz alması önerilir. Nalmefenin tüketilen alkol miktarında ve ağır içicilik gün sayısında azalmaya yol açtığı gösterilmiştir (53).

SONUÇ

Alkol kullanımı ve alkolle ilişkili problemler tüm dünyada ve ülkemizde hem bireyi, hem aileyi hem de toplumu etkileyen önemli bir halk sağlığı problemidir. Dünya genelinde tüm mortalite ve morbidite yükünün önemli bir kısmını oluşturur. Alkolle ilişkili sorunların doğru saptanması, uygun müdahaleler geliştirilerek önlenmesi ve tedavisi oldukça önemlidir. Alkol kullanım bozukluğu tüm ruhsal hastalıklar içinde tedavi başvurusu en az olan hastalıklardandır. Bu tedavi açığının önlenmesi açısından birinin birinci basamak, acil ve diğer branşlarda çalışan hekimlere riskli alkol kullanımı olan hastaları saptamak ve ilerlemesini önlemek, alkol kullanım bozukluğu hastalarına da tedavi önermek ya da tedaviye yönlendirmek konusunda önemli görevler düşmektedir. Alkol kullanım sorunun azalması beraberinde bir çok fiziksel ve ruhsal hastalığın da azalmasına; ayrıca aile içi sorunların ve ekonomik yükün de azalmasına yol açacaktır.

Anahtar Kelimeler: Alkol, birinci basamak, acil servis, bağımlılık.

KAYNAKLAR

- 1: Connor JP, Haber PS, Hall WD. Alcohol use disorders. Lancet. 2016;387:988-998.
- 2: Gulec G, Kosger F, Essizoglu A. Alcohol and Substance Use Disorders in DSM-5. Curr Approaches Psychiatry. 2015;7(4):448-461.
- 3: Cherpitel CJ. Drinking Patterns and Problems and Drinking in the Event: An Analysis of Injury by Cause Among Casualty Patients. Alcohol Clin Exp Res. 1996;20:1130-1137.
- 4: Cherpitel CJ, Soghikian K, Hurley LB. Alcohol-related health services use and identification of patients in the emergency department. Ann Emerg Med. 1996;28:418-423.
- 5: World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health 2018. WHO,2019. https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/, Erişim tarihi: Ağustos 31, 2019.
- 6: Alcohol Use Disorder .National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA).<https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/alcohol-use-disorders>, Erişim tarihi: Ağustos 31, 2019
- 7: Anderson P, Möller L, Lars F, and World Health Organization. Regional Office for Europe. Alcohol in the European Union : consumption, harm and policy approaches.2012.
- 8: Bakar C, Gündogar D, Ozisik Karaman HI, et al. Prevalence and related risk factors of tobacco, alcohol and illicit substance use among university students. Eur J Psychiatry. 2013;27:97-110.
- 9: Rehm J, Baliunas D, Borges GLG, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. Addiction. 2010;105:817-843.

- 10: Kerr WC, Stockwell T. Understanding standard drinks and drinking guidelines. *Drug Alcohol Rev.* 2012;31:200-205.
- 11: Clausen T, Rossow I, Naidoo N, et al. Diverse alcohol drinking patterns in 20 African countries. *Addiction.* 2009;104:1147-1154.
- 12: Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: Cochrane systematic reviews. *Perspect Public Health.* 2012;132:128-134.
- 13: Rolland B, Paille F, Gillet C, et al. Pharmacotherapy for Alcohol Dependence: The 2015 Recommendations of the French Alcohol Society, Issued in Partnership with the European Federation of Addiction Societies. *CNS Neurosci Ther.* 2016;22:25-37.
- 14: Yost DA. Acute care for alcohol intoxication. *Postgrad Med.* 2002;112:14-26.
- 15: Diaz JH. Color atlas of human poisoning and envenoming. CRC Press. 2006; 537 p. (31 Ağustos 2019 tarihinde <https://www.crcpress.com/Color-Atlas-of-Human-Poisoning-and-Envenoming/James/p/book/9780849322150> sitesinden erişilmiştir.)
- 16: Mégarbane B, Borron SW, Baud FJ. Current recommendations for treatment of severe toxic alcohol poisonings. *Intensive Care Med.* 2005;31:189-195.
- 17: Kraut JA, Kurtz I. Toxic Alcohol Ingestions: Clinical Features, Diagnosis, and Management. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2008;3:208-225.
- 18: Vonghia L, Leggio L, Ferrulli A, et al. Acute alcohol intoxication. *Eur J Intern Med.* 2008; 19:561-567.
- 19: McGuire LC, Cruickshank AM, Munro PT. Alcoholic ketoacidosis. *Emerg Med J.* 2006;23:417-420.
- 20: Addolorato G, Masciana R, Ancona C, et al. Metadoxine in acute alcohol intoxication: A double blind randomized placebo controlled study. *Dig Liver Dis.* 2002;26(3):340-346.
- 21: Caputo F, Agabio R, Vignoli T, et al. Diagnosis and treatment of acute alcohol intoxication and alcohol withdrawal syndrome: position paper of the Italian Society on Alcohol. *Intern Emerg Med.* 2019;14:143-160.
- 22: Perry EC. Inpatient Management of Acute Alcohol Withdrawal Syndrome. *CNS Drugs.* 2014;28:401-410.
- 23: Blondell RD. Ambulatory detoxification of patients with alcohol dependence. *Am Fam Physician.* 2005;71:495-502.
- 24: Boutros NN, Gooding D, Sundaresan K, et al. Cocaine-dependence and cocaine-induced paranoia and mid-latency auditory evoked responses and sensory gating. *Psychiatry research.* 2006;145(2-3):147-154.
- 25: Haber P, Lintzeris N, Proude E, et al. Prepared for the Australian Government Department of Health and Ageing Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems, 2009. <http://www.ag.gov.au/ccahhttp://www.ag.gov.au/ccah>, Erişim tarihi: Ağustos 31, 2019.
- 26: Schuckit MA. Recognition and Management of Withdrawal Delirium (Delirium Tremens). Longo DL, editor. *N Engl J Med.* 2014;371:2109-2113.
- 27: Mayo-Smith MF. Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline. American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal. *JAMA J Am Med Assoc.* 1997;278:144-151.
- 28: Galvin R, Bråthen G, Ivashynka A, et al. EFNS guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy. *Eur J Neurol.* 2010;17:1408-1418.
- 29: Latt N, Dore G. Thiamine in the treatment of Wernicke encephalopathy in patients with alcohol use disorders. *Intern Med J.* 2014;44:911-915.
- 30: Vasan S, Kumar A. Wernicke Encephalopathy. *StatPearls.* StatPearls Publishing, 2019.
- 31: Lev-Ran S, Balchand K, Lefebvre L, et al. Pharmacotherapy of Alcohol Use Disorders and Concurrent Psychiatric Disorders: A Review. *Can J Psychiatry.* 2012;57:342-349.
- 32: Lovinger DM, Roberto M. Synaptic Effects Induced by Alcohol. In *Current topics in behavioral neurosciences.* Springer, Berlin, Heidelberg. 2010, p.31-86.
- 33: Schellekens AFA, de Jong CAJ, Buitelaar JK, et al. Co-morbid anxiety disorders predict early relapse after inpatient alcohol treatment. *Eur Psychiatry.* 2015;30:128-136.

34. Preuss UW, Gouzoulis-Mayfrank E, Havemann-Reinecke U, et al. Psychiatric comorbidity in alcohol use disorders: results from the German S3 guidelines. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2018;268:219-229.
35. Niemi-Pynttari JA, Sund R, Putkonen H, et al. Substance-Induced Psychoses Converting Into Schizophrenia. *J Clin Psychiatry.* 2013;74:94-99.
36. Borges G, Cherpitel CJ, Orozco R, et al. A dose-response estimate for acute alcohol use and risk of suicide attempt. *Addict Biol.* 2017;22:1554-1561.
37. Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, et al. Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III Main Outcomes and Measures-Twelve-month and lifetime prevalences of AUD. HHS Public Access, 2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5240584/pdf/nihms-818095.pdf>, Erişim tarihi: Ağustos 31, 2019.
38. Drake RE, O'Neal EL, Wallach MA. A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat.* 2008;34:123-138.
39. Dawson DA, Harford TC, Grant BF. Family History as a Predictor of Alcohol Dependence. *Alcohol Clin Exp Res.* 1992;16:572-575.
40. McQueen J, Howe TE, Allan L, et al. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21833953>, Erişim tarihi: Ağustos 31, 2019.
41. Miller WR, Rollnick S. Meeting in the middle: motivational interviewing and self-determination theory. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2012;9:25.
42. Miller WR, Rose GS. Toward a theory of motivational interviewing. *Am Psychol NIH Public Access.* 2009;64:527-37.
43. Moyers TB, Miller WR, Hendrickson SML. How does motivational interviewing work? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions. *J Consult Clin Psychol.* 2005;73:590-598.
44. Lundahl BW, Kunz C, Brownell C, et al. A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. *Res Soc Work Pract.* 2010;20:137-160.
45. Wiechelt SA. Alcoholics Anonymous: Warts and All. *Subst Use Misuse Informa Healthcare*, New York. 2015;50:1011-1014.
46. Kelly JF, McCrady BS. Twelve-step facilitation in non-specialty settings. *Recent Dev Alcohol.* 2008;18:321-346.
47. Ries RK, Galanter M, Tonigan JS. Twelve Step Facilitation. An Adaptation for Psychiatric Practitioners and Patients. In: Galanter M, Kleber HD (editors). *Textbook of Substance Abuse Treatment*. Washington DC: American Psychiatric Publishing. 2008, 273-386.
48. Crowley P. Long-term drug treatment of patients with alcohol dependence. *Aust Prescr.* 2015;38:41-43.
49. Witkiewitz K, Saville K, Hamreus K. Acamprosate for treatment of alcohol dependence: mechanisms, efficacy, and clinical utility. *Ther Clin Risk Manag.* 2012;8:45-53.
50. Drobos DJ, Anton RF, Thomas SE, et al. Effects of naltrexone and nalmefene on subjective response to alcohol among non-treatment-seeking alcoholics and social drinkers. *Alcohol Clin Exp Res.* 2004; 28:1362-1370.
51. Maisel NC, Blodgett JC, Wilbourne PL, et al. Meta-analysis of naltrexone and acamprosate for treating alcohol use disorders: when are these medications most helpful? *Addiction.* 2013;108:275-293.
52. Caputo F, Vignoli T, Grignaschi A, et al. Pharmacological management of alcohol dependence: From mono-therapy to pharmacogenetics and beyond. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2014;24:181-191.
53. Aubin H-J, Reimer J, Nutt DJ, et al. Clinical Relevance of As-Needed Treatment with Nalmefene in Alcohol-Dependent Patients. *Eur Addict Res.* 2015;21:160-168.

Bölüm 21

GEBELİK VE RUHSAL HASTALIKLAR

Murat Serkan YILDIRIM¹

GİRİŞ

Kadın yaşamının doğal bir süreci olan gebelik, ruhsal hastalıkların diğer yaşam dönemlerine göre daha sık görüldüğü, var olan hastalıklarda alevlenmelerin ortaya çıkabildiği bir dönemdir. Gebelik sürecinde görülen ruhsal bozukluklar, morbiditeyi artıran önemli sebeplerdendir. Son derece hassas dönemler olan gebelik ve postpartum periyot, depresyon ve anksiyete gibi ruhsal bozukluklar için ortaya çıkarıcı bir etmen olabilmektedir (1). Anne sağlığını olumsuz etkileyen ruhsal bozukluklar, çocuk için de bazı riskleri beraberinde getirmektedir. Gebelikte ortaya çıkan mental bozukluklar, fetal büyüme ve gelişmeyi bozarak prematürite ve düşük doğum ağırlığı gibi komplikasyonlara yol açabilmektedir (2,3). Bu bozukluklar postpartum dönemde ortaya çıktığında ise; çocuğun ruh sağlığını olumsuz etkileyebilmekte (4,5), ilerleyen yaşlarda çocukta bilişsel ve davranışsal sorunlara yol açabilmektedir (6-8).

Fetüs üzerinde olası teratojen etkileri nedeniyle, ilaç kullanımının da çok kısıtlı olduğu gebelik ve postpartum dönem, klinisyen açısından pek çok zorluğu beraberinde getirmektedir. Ruhsal bozukluklarda görülebilen uyku ve iştah düzensizlikleri, enerjisizlik, huzursuzluk, anksiyete gibi bulgular, gebeliğin doğal seyrinde de görülebilen belirtilerle karışabilmekte, ruhsal bozukluk tanısı atlanabilmekte veya gecikebilmektedir. Bu nedenlerle, anne ve çocuk sağlığını olumsuz etkileyen ruhsal bozuklukların erken dönemde tanınabilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu bölümde, gebelikte orataya çıkan veya halihazırda var olan ruhsal bozuklukların gebelik sürecindeki seyirleri, postpartum döneme özgü ruhsal bozukluklar, gebelikte ve postpartum dönemde ilaç kullanımı ele alınarak; bu dönemlerde ruhsal bozuklukların tanınması ve uygun tedavi yaklaşımlarının seçilmesine yol gösterecek bilgilerin paylaşılması amaçlanmıştır.

¹ Psikiyatrist, SBÜ Okmeydanı EAH, muratserkany@gmail.com

Trifluoperazin	C	N/A
ATİPİK ANTİPSİKOTİKLER		
Aripiprazol	C	L3
Klozapin	B	L3
Olanzapin	C	L2
Ketiypin	C	L4
Risperidon	C	L3
Ziprasidon	C	L3
Amisülpirid	B	N/A
BENZODİAZEPİNLER		
Alprazolam	D	L3
Klonazepam	D	L3
Diazepam	D	L3
Lorazepam	D	L3
Laktasyon Risk Kategorileri	L1: En güvenilir L2: Güvenilir L3: Orta güvenli	L4: Muhtemelen zararlı L5: Kullanımı kontrendike N/A: Veri yok.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, postpartum hüzün, postpartum psikoz, konjenital malformasyon, preterm doğum, düşük doğum ağırlığı, laktasyon

KAYNAKLAR

- Howard LM, Molyneux E, Dennis CL, et al. J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet* (2014); 384, 1775–1788.
- Rondó P, Souza MR. Maternal distress and intended breastfeeding duration. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* (2007); 28, 55–60.
- Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of General Psychiatry* (2010); 67, 1012–1024
- Rouse MH, Goodman SH. Perinatal depression influences on infant negative affectivity: timing, severity, and co-morbid anxiety. *Infant Behavior and Development* (2014); 37, 739–751.
- Davis EP, Sandman CA. Prenatal psychobiological predictors of anxiety risk in preadolescent children. *Psychoneuroendocrinology* (2012); 37, 1224–1233.
- Punamaki RL, Repokari L, Vilska S, et al. Maternal mental health and medical predictors of infant developmental and health problems from pregnancy to one year: does former infertility matter? *Infant Behav Dev* (2006);29:230–24.
- Weinberg MK, Tronick EZ. Emotional characteristics of infants associated with maternal depression and anxiety. *Pediatrics* (1998); 102:1298–1304.
- O'Connor TG, Heron J, Glover V. Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional prob-

- lems independently of postnatal depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* (2002); 41:1470-1477.
9. Carter D, Kostaras X. Psychiatric Disorders in Pregnancy, Issue: BCMJ, vol. 47, No. 2, March 2005, Pages 96-99.
 10. Anderson L, Poromaa IS, Wulff M. et al. Depression and Anxiety During Pregnancy and Six Months Postpartum: A Follow-up Study. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 2006; 85: 937-944.
 11. Jha S, Salve HR, Goswami K. et al. Burden of common mental disorders among pregnant women: A systematic review. *Asian Journal of Psychiatry* (2018); 36, 46-53.
 12. Barnea ER, Tal J. Stress related reproductive failure. *J IVF ET* 1991 Feb;8(1):15-23.
 13. Roy-Matton N, Moutquin J-M, Brown C. et al. The impact of perceived maternal stress and other psychosocial risk factors on pregnancy complications. *Obstet Gynecol Surv* 2011; 66: 475-476.
 14. Kassada DS, Waidman MAP (In Memoriam), Miaso AI. et al. Prevalence of mental disorders and associated factors in pregnant women. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(6):495-502.
 15. Kuo SY, Chen SR, Tzeng YL. Depression and anxiety trajectories among women who undergo an elective cesarean section. *PLoS ONE* 2014 Jan 22;9(1):e86653. doi: 10.1371/journal.pone.0086653.
 16. Sutter-Dallay AL, Cosnefroy O, Glatigny-Dallay E. et al. Evolution of perinatal depressive symptoms from pregnancy to two years postpartum in a low-risk sample: the MATQUID cohort. *Journal of Affective Disorders* (2012); 139, 23-29.
 17. Gentile S. The safety of newer antidepressants in pregnancy and breastfeeding. *Drug Saf*. 2005;28:137-52.
 18. Kirkan TS, Aydin N, Yazici E. et al. The depression in women in pregnancy and postpartum period: a follow-up study. *International Journal of Social Psychiatry* (2015); 61, 343-349.
 19. Patton GC, Romaniuk H, Spry E. et al. Prediction of perinatal depression from adolescence and before conception (VIHCS): 20-year prospective cohort study. *Lancet* (2015); 386, 875-883.
 20. Vesga-Lopez O, Blanco C, Keyes K. et al. Psychiatric Disorders in Pregnant and Postpartum Women in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2008 July; 65(7): 805-815.
 21. Cohen LS, Altshuler LL, Harlow BL, et al. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA* 2006;295:499-507.
 22. Schmied V, Johnson M, Naidoo N. et al. Maternal mental health in Australia and New Zealand: a review of longitudinal studies. *Women and Birth* (2013); 26, 167-178.
 23. Weissman MM, Olfson M. Depression in women: implications for health care research. *Science*. 1995;269:799801.
 24. Wittchen HU, Essau CA, von Zerssen D. et al. Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-Up Study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1992;241:24758.
 25. Josefsson A, Berg G, Nordin C, et al. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:251-255.
 26. Yazici E, Kirkan TS, Aslan PA. et al. Untreated depression in the first trimester of pregnancy leads to postpartum depression: high rates from a natural follow-up study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* (2015); 11, 405-411.
 27. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH. et al. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult. Clin Psychol*. 1989;57:269-74.
 28. Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Arch Womens Ment Health*. 2005;8(2):77-87.
 29. Gelaye B, Kajeepeta S, Williams MA. Suicidal Ideation in Pregnancy: An Epidemiologic Review. *Arch Womens Ment Health*. 2016 October ; 19(5): 741-751. doi:10.1007/s00737-016-0646-0.
 30. Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci Baskı (DSM-5). (Ertuğrul Köroğlu, Çev. Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
 31. Sidebottom AC, Harrison PA, Godecker A, et al. Validation of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 for prenatal depression screening. *Arch Womens Ment Health* 2012;15:367-74.

32. Milgrom J, Gemmill AW. Screening for perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014;28:13-23.
33. Austin MP, Marce Society Position Statement Advisory Committee. Marcé International Society position statement on psychosocial assessment and depression screening in perinatal women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014;28:179-87.
34. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 1984;144:35-47.
35. Evans J, Heron J, Francomb H, et al. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001;323:257-260.
36. Cloitre M, Yonkers KA, Pearlstein T, et al. Women and anxiety disorders: implications for diagnosis and treatment. *CNS Spectr* 2004;9:1-16.
37. Heron J, O'Connor TG, Golding J, et al. The ALSPAC Study Team. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample, *J. Affect Disorders* 2004; 80(1): 65-73.
38. Dennis CL, Hassani KF and Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. *The Br J Psychiatry* March 2017; (1-9). doi: 10.1192/bjp.bp.116.187179.
39. Austin MP, Hadzi-Pavlovic D, Priest SR, et al. Depressive and anxiety disorders in the postpartum period: How prevalent are they and can we improve their detection? *Arch Womens Ment Health*. 2010; 13(5):395-401.
40. Anniverno R, Bramante A, Mencacci C et al. Anxiety Disorders in Pregnancy and the Postpartum Period. Federico Durbano (Ed.). *New Insights into Anxiety Disorders* (2013) (259-285). doi: 10.5772/52786.
41. Santvana S, Shamsah S, Firuza P et al. Psychiatric disorders associated with pregnancy. *J Obstet Gynecol India* Vol. 55, No. 3 : May/June 2005 (218-227).
42. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet* 2014;384:1800-19.
43. O'Connor TG, Heron J, Golding J, et al. Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Br J Psychiatry* 2002;180:502-8.
44. Bodén R, Lundgren M, Brandt L, et al. Risks of adverse pregnancy and birth outcomes in women treated or not treated with mood stabilisers for bipolar disorder: Population based cohort study. *BMJ*. 2012;345:e7085.
45. Jablensky AV, Morgan V, Zubrick SR. et al. Pregnancy, delivery, and neonatal complications in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. *Am J Psychiatr*. 2005; 162(1):79-91.
46. Lee H-C, Lin H-C. Maternal bipolar disorder increased low birthweight and preterm births: A nationwide population-based study. *J Affect Disord*. 2010; 121(1-2):100-5.
47. Howard LM, Kumar R, Thornicroft G. Psychosocial characteristics and needs of mothers with psychotic disorders. *Br J Psychiatry* 2001;178:427-32.
48. Howard LM. Fertility and pregnancy in women with psychotic disorders. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005;119:3-10.
49. Howard LM, Gross C, Leeses M, et al. The psychosocial outcome of pregnancy in women with psychotic disorders. *Schizophr Res* 2004;71:49-60.
50. Kumar R. Postnatal mental illness: A transcultural perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994;29:250-64.
51. Brockington IF, Cernik KE, Schofield EM, et al. Puerperal psychosis. Phenomena and diagnosis. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:829-33.
52. Spinelli MG. Maternal infanticide associated with mental illness: Prevention and the promise of saved lives. *Am J Psychiatry*. 2004; 161(9):1548-57. [PubMed: 15337641.
53. Jones I, Chandra PS, Dazzan P, et al. Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *Lancet* (London, England). 2014; 384(9956):1789-99.

54. Bergink V, Burgerhout KM, Koorengevel KM, et al. Treatment of psychosis and mania in the postpartum period. *Am J Psychiatry*. 2015; 172(2):115–23.
55. Copoglu US, Kokacya MH, Demircan C. Gebelik ve Laktasyon Döneminde Ruhsal Bozukluklar ve Tedavisi. *Mustafa Kemal Üniv Tıp Derg* 2015; 6(24): 43-53.
56. Hanley GE, Oberlander TF. Neurodevelopmental outcomes following prenatal exposure to serotonin reuptake inhibitor antidepressants: a “social teratogen” or moderator of developmental risk? *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 2012;94:651-9.
57. Graignic-Philippe R, Dayan J, Chokron S, et al. Effects of prenatal stress on fetal and child development: A critical literature review. *Neurosci Biobehav Rev* 2014;43C:137-62.
58. American College of Obstetricians and Gynecologists. Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation. *Obstet Gynecol* 2008;111:1001-20.
59. Deligiannidis KM, Byatt N, Freeman MP. Pharmacotherapy for mood disorders in pregnancy: A review of pharmacokinetic changes and clinical recommendations for therapeutic drug monitoring. *J Clin Psychopharmacol* 2014;34:244-55.
60. Mitchell AA, Gilboa SM, Werler MM, et al. Medication use during pregnancy, with particular focus on prescription drugs: 1976-2008. *Am J Obstet Gynecol* 2011;205:51.e1-8.
61. Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014;28:25-35.
62. O'Donnell KJ, Glover V, Barker ED, et al. The persisting effect of maternal mood in pregnancy on childhood psychopathology. *Dev Psychopathol* 2014;26:393-403.
63. El Marroun H, White T, Verhulst FC, et al. Maternal use of antidepressant or anxiolytic medication during pregnancy and childhood neurodevelopmental outcomes: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014;23:973-92.
64. Yonkers KA, Blackwell KA, Glover J, et al. Antidepressant use in pregnant and postpartum women. *Annu Rev Clin Psychol* 2014;10:369-92.
65. Kjaersgaard MIS, Parner ET, Vestergaard M, et al. Prenatal antidepressant exposure and risk of spontaneous abortion - a population-based study. *PLoS One* 2013;8:e72095.
66. Andersen JT, Andersen NL, Horwitz H, et al. Exposure to selective serotonin reuptake inhibitors in early pregnancy and the risk of miscarriage. *Obstet Gynecol* 2014;124:655-61.
67. Huybrechts KF, Palmsten K, Avorn J, et al. Antidepressant use in pregnancy and the risk of cardiac defects. *New Engl J Med* 2014;370:2397-407.
68. Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, et al. Antidepressant exposure during pregnancy and congenital malformations: is there an association? A systematic review and meta-analysis of the best evidence. *J Clin Psychiatry* 2013;74:e293-308.
69. Ban L, Gibson JE, West J, et al. Maternal depression, antidepressant prescriptions, and congenital anomaly risk in offspring: a population-based cohort study. *BJOG* 2014;121:1471-81.
70. Huybrechts KF, Sanghani RS, Avorn J, et al. Preterm birth and antidepressant medication use during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2014;9:e92778.
71. Occhiogrosso M, Omran SS, Altemus M. Persistent pulmonary hypertension of the newborn and selective serotonin reuptake inhibitors: lessons from clinical and translational studies. *Am J Psychiatry* 2012;169:134-40.
72. Kieler H, Artama M, Engeland A, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and risk of persistent pulmonary hypertension in the newborn: population based cohort study from the five Nordic countries. *BMJ* 2012;344:d8012.
73. Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, et al. Prenatal exposure to antidepressants and persistent pulmonary hypertension of the newborn: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2014;348:f6932.
74. Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, et al. The effect of prenatal antidepressant exposure on neonatal adaptation: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2013;74:e309- 20.
75. Gentile S. Neurodevelopmental effects of prenatal exposure to psychotropic medications. *Depress Anxiety* 2010;27:675-86.

76. Pearlstein T. Depression during Pregnancy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2015 Jul;29(5):754-64. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2015.04.004.
77. Osborne LM, Birndorf CA, Szkodny LE, et al. Returning to tricyclic antidepressants for depression during childbearing: clinical and dosing challenges. Arch Womens Ment Health 2014;17:239-46.
78. Gentile S. Tricyclic antidepressants in pregnancy and puerperium. Expert Opin Drug Saf 2014;13:207-25.
79. Malhi GS, Tanious M, Das P. et al. Potential mechanisms of action of lithium in bipolar disorder. Current understanding. CNS Drugs. 2013 Feb;27(2):135-53.
80. Tomson T, Battino D, Bonizzoni E, et al. 2011. Dose-dependent risk of malformations with antiepileptic drugs: an analysis of data from the EURAP epilepsy and pregnancy registry. Lancet Neurol 10:609-617.
81. Morrow J, Russell A, Guthrie E, et al. 2006. Malformation risks of antiepileptic drugs in pregnancy: a prospective study from the UK Epilepsy and Pregnancy Register. J Neurol Neurosurg Psychiatry 77:193-198.
82. Yacobi S, Ornoy A. 2008. Is lithium a real teratogen? What can we conclude from the prospective versus retrospective studies? A review. Isr J Psychiatry Relat Sci 45:95-106.
83. Ornoy A, Weinstein-Fudim L, and Ergaz Z. Review Article: Antidepressants, Antipsychotics, and Mood Stabilizers in Pregnancy: What Do We Know and How Should We Treat Pregnant Women with Depression. Birth Defects Research 109:933-956, 2017.
84. Viguera AC, Cohen LS, Baldessarini RJ, et al. 2002. Managing bipolar disorder during pregnancy: weighing the risks and benefits. Can J Psychiatry 47:426-436.
85. Omtzigt JG, Los FJ, Grobbee DE, et al. 1992. The risk of spina bifida aperta after first-trimester exposure to valproate in a prenatal cohort. Neurology 42(Suppl 5):119-125.
86. Bromley RL, Calderbank R, Cheyne CP, et al. 2016. Cognition in school-age children exposed to levetiracetam, topiramate, or sodium valproate. Neurology 87:1943-1953.
87. Ornoy A, Zvi N, Arnon J, et al. 2008. The outcome of pregnancy following topiramate treatment: a study on 52 pregnancies. Reprod Toxicol 25:388-389.
88. Vajda FJ, Hitchcock A, Graham J, et al. Foetal malformations and seizure control: 52 months data of the Australian Pregnancy Registry. Eur J Neurol 2006; 13:645-654.
89. Campbell E, Kennedy F, Russell A, et al. Malformation risks of antiepileptic drug monotherapies in pregnancy: updated results from the UK and Ireland Epilepsy and Pregnancy Registers. J Neurol Neurosurg Psychiatry . 2014; 85:1029-1034.
90. Weston J, Bromley R, Jackson CE, et al. Monotherapy treatment of epilepsy in pregnancy: congenital malformation outcomes in the child. Cochrane Database Syst Rev 2016; 11:CD010224.
91. Vajda FJ, O'Brien TJ, Lander CM, et al. The teratogenicity of the newer antiepileptic drugs - an update. Acta Neurol Scand 2014; 130:234-238.
92. Koo J, Zavras A.. Antiepileptic drugs (AEDs) during pregnancy and risk of congenital jaw and oral malformation. Oral Dis. 2013; 19(7):712-720.
93. Kong L, Zhou T, Wang B. et al. The risks associated with the use of lamotrigine during pregnancy, International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, (2017); International Journal of Psychiatry in Clinical Practice Volume 22, 2018 - Issue 1 DOI: 10.1080/13651501.2017.1341986.
94. Kulkarni J, Storch A, Baraniuk A. Antipsychotic use in pregnancy. Expert Opin. Pharmacother. (2015) 16(9):1335-1345.
95. Diav-Citrin O, Shechtman S, Ornoy S, et al. Safety of haloperidol and penfluridol in pregnancy: A multicenter, prospective, controlled study. J Clin Psychiatry. 2005;66:317-322.
96. Yazıcı E, Aydın N. Duygudurum dengeleyicileri ve antipsikotiklerin fetus üzerine etkileri. Psikiyatri Gölçel, (2013); Cilt: 3 Sayı: 4,323-335.
97. Godet PF, Marie-Cardine M. Neuroleptics, schizophrenia and pregnancy. Epidemiological and teratologic study. Encephale. 1991 Nov-Dec;17(6):543-7.
98. Bodén R, Lundgren M, Brandt L, et al. Antipsychotics during pregnancy: relation to fetal and maternal metabolic effects. Arch Gen Psychiatry. 2012;69:715-72.

99. Gentile S. Antipsychotic therapy during early and late pregnancy. A systematic review. *Schizophr Bull.* 2010;36:518–544.
100. Nulman I, Ito S, Koren G. (2003). Antidepressant medication and breast-feeding. (Steiner, M. & Koren, G. Eds.). In *Handbook of Female Psychopharmacology* pp. 103–115. London: Martin Dunitz.
101. Kohen D. Psychotropic medication and breast feeding. *Adv Psychiatric Treatment* (2005); 11:371–379.
102. Pons G, Rey E, Matheson I. Excretion of psychoactive drugs into breast milk: pharmacokinetic principles and recommendations. *Clin Pharmacokinet* (1994); 27:270–289.
103. Weissman A, Levy B, Hartz A, et al. Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk and nursing infants. *Am J Psychiatry* (2004); 161:1066–1078.
104. Lee A, Woo J, Ito S. Frequency of infant adverse effects that are associated with citalopram use during breast-feeding. *Am J Obstet Gynaecol* (2004); 190:218–221.
105. Yoshida K, Smith B, Craggs M, et al. Neuroleptic drugs in breast milk: a study of pharmacokinetics and possible adverse effects in breast-fed infants. *Psychol Med* (1997); 28:81–91.
106. Lee A, Giesbrecht E, Dunn E. et al. Excretion of quetiapine in breast milk. *Am J Psychiatry* (2004); 161:1715–1716.
107. Chaudron LH, JeVerson JW. Mood stabilisers during breast-feeding: a review. *J Clin Psychiatry* (2000); 61:79–90.
108. Yoshida K, Smith B, Kumar RC. Psychotropic drugs in mothers' milk: a comprehensive review of assay methods, pharmacokinetics and safety of breast feeding. *J Psychopharmacol* (1999); 13:64–80.
109. Atagün Mİ, Yıldırım MS, Canbek Ö. Elektrokonvulzif Tedavi: Bir Güncelleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2012;4(3):350-370 doi:10.5455/cap.20120421.
110. Bergink V, Lambregtse-van den Berg MP, Koorengel KM, et al: First-onset psychosis occurring in the postpartum period: a prospective cohort study. *J Clin Psychiatry* 2011; 72:1531–1537.
111. Leiknes KA, Cooke MJ, Schweder LJ. Electroconvulsive therapy during pregnancy: a systematic review of case studies. *Arch Womens Ment Health* (2015) 18:1–39.
112. Stuart S, Koleva H. Psychological treatments for perinatal depression. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 28 (2014) 61–70.
113. Van Ravesteyn LM, Lambregtse-van den Berg, MP, Hoogendijk WJG, et al. Interventions to treat mental disorders during pregnancy: A systematic review and multiple treatment meta-analysis. *PLOS ONE*, (2017);12(3), e0173397. doi:10.1371/journal.pone.0173397

Bölüm 22

ONKOLOJİK PSİKIYATRİ

M. Batuhan AYIK¹

GİRİŞ

Kanser, çağımızın en önemli sağlık sorunlarından birisidir. Geçtiğimiz son 30 yılda dünyadaki kanser yükü iki kat artmıştır. Ülkemizin de içinde bulunduğu dünyanın birçok ülkesinde kanser, ikinci en sık ölüm nedenidir. 2025 yılında, dünyada yıllık yeni kanser vakalarının sayısının 19 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (1). Bu sayı 2000 yılına göre %85 oranında bir artışa denk gelmektedir.

Her geçen sene görülme sıklığı artmakta olan kanser, doğal seyrinde ortaya çıkardığı bedensel sorunların yanında önemli ruhsal zorlanmalara yol açmaktadır. Bu nedenle hastalığın seyri ve tedavi başarısı olumsuz etkilenmektedir (2).

Kanser tanısı alan kişilerde olumsuz duygu ve düşüncelerin ortaya çıkması kaçınılmazdır. Kanser; korku, çaresizlik, değersizlik, terk edilme gibi duygu ve düşünceleri çağırıştırır. Bu haliyle kanser bir yıkım gibi algılanır ve kişinin psikolojik dengesinde krize neden olur. Ölüm tehdidi altında olan kişi, uyuma yönelik baş etme yöntemleri geliştirmeye çalışır (3).

Kanser fiziksel bir hastalık olması yanında, ruhsal ve psikososyal bileşenleri olan bir sorundur. Sadece tanı alan kişiyi değil, ailesi ve yakın çevresini de yakından etkilemektedir. Bu nedenle kanser hastalarının tedavi süreçlerinde genel tıp ve psikiyatriyi bütünleyen bir anlayışa ihtiyaç duyulmaktadır.

1-KANSER HASTALARINDA GÖRÜLEN RUHSAL REAKSİYONLAR

Kanser hastalarında, tanı-tedavi aşamaları ve terminal dönemde çeşitli ruhsal ve davranışsal reaksiyonlar görülmektedir. Bunların bir kısmı uyuma yönelik olmakla birlikte bir kısmı da normal kabul edilebilecek sınırları aşmaktadır. Uyu-

¹ Uzman Doktor, Psikiyatrist, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, batuayik@hotmail.com

davisinde altın standart tedaviyi oluşturmaktadır. Güçlü etki, antikolinergik yan etkilerinin az olması, oral ve parenteral formlarının bulunması kullanımın güvenli ve kolay kılmalıdır. Haloperidole alternatif olarak risperidon ve ketiypin gibi ikinci kuşak antipsikotik bir ilaç da tercih edilebilir (10).

SONUÇ

Tıp ve teknolojiadaki ilerlemeler doğrultusunda, kanserin erken tanısı ve tedavisinde her geçen yıl gelişmeler görülmektedir. Buna rağmen, hastalığın algılanması, sonuçları ve ölüm korkusu ile kanser halen hem hasta ve ailesi hem de tedavi ekibi için yoğun bir stres kaynağıdır. Kanser hastalarında ruhsal sorunlar sıklıkla görülmesine rağmen, yeterince tanınmamakta ve tedavi edilememektedir. Kanser her evresinde ortaya çıkabilecek psikiyatrik bozuklukları tanımak ve etkin bir şekilde tedavi edebilmek için disiplinler arası sağlıklı bir iş birliğine ihtiyaç vardır. Ruhsal hastalıklar açısından risk altında olabilecek bireylerin belirlenmesi için güncel stratejiler belirlenmeli ve bu konuda yeni çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: kanser, depresyon, anksiyete, deliryum

KAYNAKLAR

1. Şentürk S, Bıçak D, Akça D. Kanserli hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2018; 5(1): 35-39.
2. Ülger E, Alacacioğlu A, Gülseren A. Kanserde Psikososyal Sorunlar ve Psikososyal Onkolojinin Önemi. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2014; 28(2):85-92
3. Özkan S. (2007). Psiko-Onkoloji. İstanbul: Form reklam hizmetleri
4. Alacacioğlu A. (2007). Kanser Hastaları ve Hasta Yakınlarının Depresyon, Umutsuzluk ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. İzmir
5. Kübler- Ross E. (1969). On death and dying. New York: Macmillan Press
6. Barraclough J. (1994). Cancer and emotion: A practical guide to psychooncology. Chichester, England: John Wiley & Sons
7. Onat H, Mandel NM. (2002). Kanser hastasına yaklaşım. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri. 345-354.
8. Cimilli C. Cerrahide Anksiyete. Klinik Psikiyatri. 2001; 4: 182-186.
9. Massie MJ. Prevalance of depression in patients with cancer. J Natl Cencer Inst Monogr 2004; 32:57-71
10. Sertöz Ö, Gülperk D. Kanser hastasında sık gözlenen psikiyatrik hastalıklar ve klinik pratikte uygulamaya dönük tedavi yaklaşımları. Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim/ Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi. 2012;2(1): 44-58.
11. Işık E. (2013). Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar (s. 95). Ankara: Rotatıp Kitapevi
12. Rayner L, Price A, Hotopf M. The development of evidence-based European guidelines on the management of depression in palliative cancer care. European Journal of Cancer. 2011;47(5):702-12.
13. Fors E, Bertheussen G, Thune I. Psychosocial interventions as part of breast cancer rehabilitation programs? Results from a systematic review. Psychooncology. 2011;20(9):909-18.
14. Roy-Byrne P, Davidson K, Kessler R. Anxiety Disorders and Comorbid Medical Illness. Gen

- Hosp Psychiatry. 2008; 30(3):208-25.
15. Moorey S, Greer S, Watson M. The factor structure and factor stability of the hospital anxiety and depression scale in patients with cancer. *The British Journal of Psychiatry*, 1991;158(2), 255-259.
 16. Lawlor PG, Bush SH. Delirium in patients with cancer: assessment, impact, mechanisms and management. *Nature Reviews Clinical Oncology*, 2015;12(2), 77.
 17. Bush SH, Lawlor PG, Ryan K. Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 29(Supplement_4), 2018;143-165
 18. Hosie A, Davidson PM, Agar M. Delirium prevalence, incidence, and implications for screening in specialist palliative care inpatient settings: a systematic review. *Palliat Med*. 2013;27(6):486-498.
 19. Ahmed S, Leurent B, Sampson EL. Risk factors for incident delirium among older people in acute hospital medical units: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2014;43(3):326-33.
 20. Hui D, Frisbee-Hume S, Wilson A. Effect of Lorazepam With Haloperidol vs Haloperidol Alone on Agitated Delirium in Patients With Advanced Cancer Receiving Palliative Care A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2017;19;318(11):1047-1056.
 21. Özel ETK, Turan E. Deliryum ve demans. 2017. (10.08.2019 tarihinde <http://acikarsiv.ankara.edu.tr/browse/31099/> adresinden ulaşılmıştır.)

Bölüm 23

NÖROLOJİK HASTALIKLAR VE PSİKİYATRİ

Mehmet Alper ÇINAR¹

GİRİŞ

Psikanaliz akımının baskın olduğu yıllardan sonra nöro bilim alanındaki gelişmeler klinik psikiyatri uygulamalarının hızla değişmesine neden olmuştur. Nörotransmitter, nörogörüntüleme, immünokimyasal ve genetik gelişmeler hem psikiyatrik hem de nörolojik hastalıkların risk faktörleri, tanı, tedavi, prognozları hakkında daha fazla bilgi sahibi olmamıza neden olmuştur (1).

Aynı hedef organa sahip olan psikiyatri ve nöroloji disiplinleri bu nedenden ötürü benzer semptomları sıklıkla paylaşmaktadır. Psikiyatrik hastalıkların seyrinde nörolojik belirtiler, nörolojik hastalıkların seyrinde psikiyatrik belirtiler hem çalışma sonuçlarında hem de vaka sunumlarında oldukça sık olarak karşımıza çıkmaktadır (1,2). Semptomların bir bütün olarak ele alınması varılacak tanısal sürecin daha sağlıklı olmasına katkıda bulunacaktır.

Bu bölümde, birinci basamak pratiğinde sık olarak görülen nörolojik hastalıkların psikiyatrik yönden değerlendirilmesine yardımcı olmak amaçlanmıştır. Kitabın diğer bölümlerinde yer alan deliryum, demans, uyku bozukluklarına ve endokrin hastalıklarda gözlenen nöropsikiyatrik durumlara ve onkolojik hastalıklara bu bölümde yer verilmemiştir.

NÖROPSİKOLOJİK DEĞERLENDİRME

Nöropsikolojik değerlendirme, bilişsel ve davranışsal alanda gözlenen ortak semptomların doğasını ve şiddetini saptamada yardımcı olabilir. Yapılan değerlendirme ile hastaların bilişsel yapısı, kişilik yapısı, sosyal davranışı, emosyonel durumu ve uyum becerileri hakkında bilgi vermektedir (1, 2).

¹ Uzm.Dr, Ankara Şehir Hastanesi, malpercinar@gmail.com

nemler gibi afektif veya davranışsal değişiklikler, Wilson hastalığında ilk başvuru belirtileri olabilir. Entellektüel bozulma erken dönemde hafif olarak gözlenebilir (108).

SONUÇ

Pek çok nörolojik hastalıkta günlük psikiyatri kliniğinde karşılaşılan ruhsal hastalık tabloları ile karşılaşmak olasıdır. Bu nedenle nörolojik hastalık tanısı alan hastalarda ayrıntılı psikiyatrik öykü alınması, gerekirse yakınları ile görüşülmesi ve ruhsal durum muayenesi yapılması önemlidir.

Örneğin Travmatik beyin hasarında, frontal lob sendromuna bağlı olarak kişilik değişiklikleri gözlenir. Epilepsilerde, nöbetlerle ilişkili afektif ve psikotik semptomlar yaygındır. İnme sonrasında en sık gözlenen tablo depresif bozukluktur. HIV enfeksiyonu sonrasında bilişsel, afektif ve psikotik bozukluklar yaygın olarak gözlenir. Huntington hastalığında, motor, bilişsel ve davranışsal semptomlar hastalığın başından beri var olabilir.

Tüm bunlar göz önünde bulundurularak mutlaka multidisipliner değerlendirme yapılması gerekliliği akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: nörolojik hastalıklar, bilişsel bozukluklar, kişilik bozuklukları

KAYNAKLAR

- 1: Nalbant A, Can A, Burhan HS, et al. Tardive dyskinesia in long term hospitalized patients with schizophrenia. *Dusunen Adam*. 2016;259–265.
- 2: Orum MH, Egilmez OB. Psychiatric presentation of hypoxic ischemic encephalopathy occurring after a violent suicide attempt: a case of hanging. *Dusunen Adam*. 2018;228–230.
- 3: Fish J, Wilson BA, Manly T. The assessment and rehabilitation of prospective memory problems in people with neurological disorders: a review. *Neuropsychol Rehabil*. 2010;20(2):161–179.
- 4: Vermeer SE, Prins ND, Heijer den T, et al. Silent brain infarcts and the risk of dementia and cognitive decline. *N Engl J Med*. 2003;348(13):1215–1222.
- 5: Grant I, Adams KM. *Neuropsychological Assessment of Neuropsychiatric Disorders*. Oxford University Press, USA; 1996.
- 6: Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. 1975.
- 7: Cangöz B, Karakoç E, Seleker K. The norm determination and validity-reliability studies of clock drawing test on Turkish adults and elderlys (ages 50 and over). *Turk J Geriatr (Turkish)*. 2006;9:136–142.
- 8: Peeters W, van den Brande R, Polinder S, et al. Epidemiology of traumatic brain injury in Europe. *Acta Neurochir (Wien)*. 2015;157(10):1683–1696.
- 9: Kurtzke JF. Neuroepidemiology. *Annals of Neurology: Official Journal of the American Neurological Association and the Child Neurology Society*. 1984;16(3):265–277.
- 10: Rao V, Lyketsos C. Neuropsychiatric sequelae of traumatic brain injury. *PSYM*. 2000;41(2):95–103.
- 11: Bigler ED, Maxwell WL. Neuroimaging and neuropathology of TBI. *NeuroRehabilitation*.

- 2011;28(2):63–74.
- 12: DeKosky S, Kochanek P, Clark R, et al. Secondary Injury After Head Trauma: Subacute and Long-term Mechanisms. *Semin Clin Neuropsychiatry*. 1998;3(3):176–185.
 - 13: Morrison JH, Molliver ME, Grzanna R, et al. Noradrenergic innervation patterns in three regions of medial cortex: an immunofluorescence characterization. *Brain Res Bull*. 1979;4(6):849–857.
 - 14: Karaküçük EI, Paşaoğlu H, Paşaoğlu A, et al. Endogenous neuropeptides in patients with acute traumatic head injury. II: Changes in the levels of cerebrospinal fluid substance P, serotonin and lipid peroxidation products in patients with head trauma. *Neuropeptides*. 1997;31(3):259–263.
 - 15: Murdoch I, Perry EK, Court JA, et al. Cortical cholinergic dysfunction after human head injury. *Journal of Neurotrauma*. 1998;15(5):295–305.
 - 16: Labi MLC, Brentjens M, Lou Coad M, et al. Development of a longitudinal study of complications and functional outcomes after traumatic brain injury. *Brain Inj*. 2009;17(4):265–278.
 - 17: Bryant RA, O'Donnell ML, Creamer M, et al. The psychiatric sequelae of traumatic injury. *Am J Psychiatry*. 2010;167(3):312–320.
 - 18: Malloy P, Grace J. A review of rating scales for measuring behavior change due to frontal systems damage. *Cognitive and Behavioral Neurology*. 2005;18(1):18–27.
 - 19: Auerbach SH. Neuroanatomical correlates of attention and memory disorders in traumatic brain injury: an application of neurobehavioral subtypes. *J Head Trauma Rehabil*. 1986.
 - 20: Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1987;13(2):261–276.
 - 21: Murad A. Orbitofrontal syndrome in psychiatry. *L'Encephale*. 1999;25(6):634–637.
 - 22: Aloni R, Katz S. A review of the effect of traumatic brain injury on the human sexual response. *Brain Inj*. 1999;13(4):269–280.
 - 23: Will RG, Young J, Thomas DJ. Kleine-Levin syndrome: report of two cases with onset of symptoms precipitated by head trauma. *The British Journal of Psychiatry*. 1988;152(3):410–412.
 - 24: Whyte J, Grieb-Neff P, Gantz C, et al. Measuring sustained attention after traumatic brain injury: differences in key findings from the sustained attention to response task (SART). *Neuropsychologia*. 2006;44(10):2007–2014.
 - 25: McKinlay WW, Brooks DN. Methodological problems in assessing psychosocial recovery following severe head injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 1984;6(1):87–99.
 - 26: Jorge RE, Robinson RG, Arndt SV, et al. Depression following traumatic brain injury: a 1 year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*. 1993;27(4):233–243.
 - 27: Silver JM, Kramer R, Greenwald S, et al. The association between head injuries and psychiatric disorders: findings from the New Haven NIMH Epidemiologic Catchment Area Study. *Brain Inj*. 2001;15(11):935–945.
 - 28: Starkstein SE, Mayberg HS, Berthier ML, et al. Mania after brain injury: neuroradiological and metabolic findings. *Annals of Neurology: Official Journal of the American Neurological Association and the Child Neurology Society*. 1990;27(6):652–659.
 - 29: Nakase-Thompson R, Sherer M, Yablon SA, et al. Acute confusion following traumatic brain injury. *Brain Inj*. 2004;18(2):131–142.
 - 30: Wilcox JA, Nasrallah HA. Childhood head trauma and psychosis. *Psychiatry Research*. 1987;21(4):303–306.
 - 31: McAllister TW. Traumatic brain injury and psychosis: what is the connection? 1998;3(3):211–223.
 - 32: Annegers JF, Grabow JD, Groover RV, et al. Seizures after head trauma: a population study. *Neurology*. 1980;30(7):683–683.
 - 33: Yablon SA. Posttraumatic seizures. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1993;74(9):983–1001.
 - 34: Hibbard MR, Uysal S, Kepler K, et al. Axis I psychopathology in individuals with traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*. 1998.

- 35: Dikmen S, Machamer J, Temkin N. Mild head injury: facts and artifacts. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 2001;23(6):729–738.
- 36: Yudofsky SC, Silver JM, Hales RE. Pharmacologic management of aggression in the elderly. *The Journal of clinical psychiatry*. 1990.
- 37: Chadwick D. Seizures, epilepsy and other episodic disorders. *Brain's diseases of the nervous system* 10th ed Oxford: oxford medical publications. 1993:697–733.
- 38: Téllez-Zenteno JF, Hernández-Ronquillo L. A review of the epidemiology of temporal lobe epilepsy. *Epilepsy research and treatment*. 2012;2012.
- 39: Bear DM, Fedio P. Quantitative analysis of interictal behavior in temporal lobe epilepsy. *Archives of Neurology*. 1977;34(8):454–467.
- 40: Toone BK, Garralda E, Ron M. The psychoses of epilepsy and the functional psychoses: a clinical and phenomenological comparison. *The British Journal of Psychiatry*. 1982;141(3):256–261.
- 41: Matsuura M, Adachi N, Oana Y, et al. A polydiagnostic and dimensional comparison of epileptic psychoses and schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*. 2004;69(2-3):189–201.
- 42: Fontaine R, Breton G, Déry R, et al. Temporal lobe abnormalities in panic disorder: an MRI study. *BPS*. 1990;27(3):304–310.
- 43: Krishnamoorthy ES, Trimble MR, Blumer D. The classification of neuropsychiatric disorders in epilepsy: a proposal by the ILAE Commission on Psychobiology of Epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2007;10(3):349–353.
- 44: Nilsson L, Ahlbom A, Farahmand BY, et al. Risk factors for suicide in epilepsy: a case control study. *Epilepsia*. 2002;43(6):644–651.
- 45: Harden CL, Goldstein MA. Mood disorders in patients with epilepsy. *CNS drugs*. 2002;16(5):291–302.
- 46: Neppe VM, Tucker GJ. Modern perspectives on epilepsy in relation to psychiatry: classification and evaluation. *Psychiatric Services*. 1988;39(3):263–271.
- 47: Rodin E, Schmaltz S. The Bear-Fedio personality inventory and temporal lobe epilepsy. *Neurology*. 1984;34(5):591–591.
- 48: Dietl T, Urbach H, Helmstaedter C, et al. Persistent severe amnesia due to seizure recurrence after unilateral temporal lobectomy. *Epilepsy & Behavior*. 2004;5(3):394–400.
- 49: Elger CE, Helmstaedter C, Kurthen M. Chronic epilepsy and cognition. *The Lancet Neurology*. 2004;3(11):663–672.
- 50: Feigin VL, Lawes CM, Bennett DA, et al. Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century. *The Lancet Neurology*. 2003;2(1):43–53.
- 51: Wolf PA, Dawber TR, Thomas HE. *Advances in Neurology*. A WE, Friedland RP, eds. 1977;18:5–19.
- 52: Cassidy EM, O'Connor R, O'Keane V. Prevalence of post-stroke depression in an Irish sample and its relationship with disability and outcome following inpatient rehabilitation. *Disabil Rehabil*. 2004;26(2):71–77.
- 53: Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing; 1994.
- 54: Paradiso S, Ohkubo T, Robinson RG. Vegetative and psychological symptoms associated with depressed mood over the first two years after stroke. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 1997;27(2):137–157.
- 55: Robinson RG, Bolduc PL, Price TR. Two-year longitudinal study of poststroke mood disorders: diagnosis and outcome at one and two years. *Stroke*. 1987;18(5):837–843.
- 56: Robinson RG, Kubos KL, Starr LB et al. Mood disorders in stroke patients: importance of location of lesion. *Brain*. 1984;107(1):81–93.
- 57: Spalletta G, Bossu P, Ciarabella A, et al. The etiology of poststroke depression: a review of the literature and a new hypothesis involving inflammatory cytokines. *Mol Psychiatry*.

- 2006;11(11):984.
- 58: Stravarakaki C, Vargo. B.(1986) The relationship of anxiety and depression: a review of the literature. *Br J Psychiatry*. 149:7716.
 - 59: Castillo CS, Starkstein SE, Fedoroff JP, et al. Generalized anxiety disorder after stroke. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1993.
 - 60: Rabins PV, Starkstein SE, Robinson RG. Risk factors for developing atypical (schizophreniform) psychosis following stroke. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1991.
 - 61: Woods BT, Yurgelun-Todd D, Benes FM, et al. Progressive ventricular enlargement in schizophrenia: comparison to bipolar affective disorder and correlation with clinical course. *BPS*. 1990;27(3):341–352.
 - 62: Starkstein SE, Robinson RG, Berthier ML. Post-stroke hallucinatory delusional syndromes. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, & Behavioral Neurology*. 1992.
 - 63: Starkstein SE, Fedoroff JP, Price TR, et al.. Apathy following cerebrovascular lesions. *Stroke*. 1993;24(11):1625–1630.
 - 64: Helgason C, Wilbur A, Weiss A, et al. Acute pseudobulbar mutism due to discrete bilateral capsular infarction in the territory of the anterior choroidal artery. *Brain*. 1988;111(3):507–524.
 - 65: Goldstein K. The organism: A holistic approach to biology derived from pathological data in man. Salt Lake City, UT, US. 1939.
 - 66: Starkstein SE, Fedoroff JP, Price TR, et al. Catastrophic reaction after cerebrovascular lesions: frequency, correlates, and validation of a scale. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1993.
 - 67: Heaton RK, Grant I, Butters N, et al. The HNRC 500-Neuropsychology of HIV infection at different disease stages. *J Int Neuropsychol Soc*. 1995;1(3):231–251.
 - 68: Price RW, Brew BJ. The AIDS dementia complex. *Journal of Infectious Diseases*. 1988;158(5):1079–1083.
 - 69: Jellinger KA, Setinek U, Drlicek M, et al. Neuropathology and general autopsy findings in AIDS during the last 15 years. *Acta neuropathologica*. 2000;100(2):213–220.
 - 70: Weis S, Haug H, Budka H. Neuronal damage in the cerebral cortex of AIDS brains: a morphometric study. *Acta neuropathologica*. 1993;85(2):185–189.
 - 71: Ciardi A, Sinclair E, Scaravilli F, et al. The involvement of the cerebral cortex in human immunodeficiency virus encephalopathy: a morphological and immunohistochemical study. *Acta neuropathologica*. 1990;81(1):51–59.
 - 72: Everall I, Luthert P, Lantos P. A review of neuronal damage in human immunodeficiency virus infection: its assessment, possible mechanism and relationship to dementia. *Journal of neuropathology and experimental neurology*. 1993;52(6):561–566.
 - 73: Schaerf FW, Miller R, Pearlson GD, et al. Manic syndrome associated with zidovudine. *JAMA*. 1988;260(24):3587–3588.
 - 74: Atkinson JH, Grant I, Kennedy CJ, et al. Prevalence of psychiatric disorders among men infected with human immunodeficiency virus: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45(9):859–864.
 - 75: Purdon SE, Mohr E, Ilivitsky V, et al. Huntington's disease: pathogenesis, diagnosis and treatment. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*. 1994;19(5):359.
 - 76: Gusella JE, Wexler NS, Conneally PM, et al. A polymorphic DNA marker genetically linked to Huntington's disease. *Nature*. 1983;306(5940):234.
 - 77: Albin RL, Tagle DA. Genetics and molecular biology of Huntington's disease. *Trends in neurosciences*. 1995;18(1):11–14.
 - 78: Wexler NS. Venezuelan kindreds reveal that genetic and environmental factors modulate Huntington's disease age of onset. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2004;101(10):3498–3503.
 - 79: Furtado S, Suchowersky O. Huntington's disease: recent advances in diagnosis and management. *Canadian journal of neurological sciences*. 1995;22(1):5–12.
 - 80: Morris M. Dementia and cognitive changes in Huntington's disease. *Advances in neurology*. 1995;65:187–200.
 - 81: Mendez MF. Huntington's disease: update and review of neuropsychiatric aspects. *The Interna-*

- tional Journal of Psychiatry in Medicine. 1994;24(3):189–208.
- 82: Couette M, Bachoud-Levi A-C, Brugieres P, et al. Orienting of spatial attention in Huntington's disease. *Neuropsychologia*. 2008;46(5):1391–1400.
 - 83: Starkstein SE, Brandt J, Folstein S, et al. Neuropsychological and neuroradiological correlates in Huntington's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*. 1988;51(10):1259–1263.
 - 84: Paulsen JS, Ready RE, Hamilton JM, et al. Neuropsychiatric aspects of Huntington's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*. 2001;71(3):310–314.
 - 85: Kessler II. Epidemiologic studies of Parkinson's disease: III. A community-based survey. *American Journal of Epidemiology*. 1972;96(4):242–254.
 - 86: Lieberman A, Dziatolowski M, Kupersmith M, et al. Dementia in Parkinson disease. *Annals of Neurology: Official Journal of the American Neurological Association and the Child Neurology Society*. 1979;6(4):355–359.
 - 87: Aarsland D, Tandberg E, Larsen JP, et al. Frequency of dementia in Parkinson disease. *Archives of Neurology*. 1996;53(6):538–542.
 - 88: Hedera P, Cohen ML, Lerner AJ, et al. Dementia preceding motor symptoms in Parkinson's disease: A case study. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, & Behavioral Neurology*. 1994.
 - 89: Levin BE, Llabre MM, Reisman S, et al. Visuospatial impairment in Parkinson's disease. *Neurology*. 1991;41(3):365–365.
 - 90: Matison R, Mayeux R, Rosen J, et al. "Tip-of-the-tongue" phenomenon in Parkinson disease. *Neurology*. 1982;32(5):567–567.
 - 91: Levy G, Jacobs DM, Tang MX, et al. Memory and executive function impairment predict dementia in Parkinson's disease. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*. 2002;17(6):1221–1226.
 - 92: Mayeux R, Stern Y, Williams JB, et al. Clinical and biochemical features of depression in Parkinson's disease. *American Journal of Psychiatry*. 1986.
 - 93: Menza MA, Mark MH. Parkinson's disease and depression: the relationship to disability and personality. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1994;6(2):165–169.
 - 94: Weintraub D, Moberg PJ, Duda JE, et al. Recognition and treatment of depression in Parkinson's disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2003;16(3):178–183.
 - 95: Celesia GG, Wanamaker WM. Psychiatric disturbances in Parkinson's disease. *Diseases of the Nervous System*. 1972.
 - 96: Hohl U, Tiraboschi P, Hansen LA, et al. Diagnostic accuracy of dementia with Lewy bodies. *Archives of Neurology*. 2000;57(3):347–351.
 - 97: McKeith IG. Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): report of the Consortium on DLB International Workshop. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2006;9(s3):417–423.
 - 98: Walker Z, Allen RL, Shergill S, et al. Three years survival in patients with a clinical diagnosis of dementia with Lewy bodies. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000;15(3):267–273.
 - 99: Golbe LI, Davis PH, Schoenberg BS, et al. Prevalence and natural history of progressive supranuclear palsy. *Neurology*. 1988;38(7):1031–1031.
 - 100: Leigh RJ, Riley DE. Eye movements in parkinsonism: it's saccadic speed that counts. 2000.
 - 101: Aldrich MS, Foster NL, White RF, et al. Sleep abnormalities in progressive supranuclear palsy. *Annals of Neurology: Official Journal of the American Neurological Association and the Child Neurology Society*. 1989;25(6):577–581.
 - 102: Destee A, Gray F, Parent M, et al. Obsessive-compulsive behavior and progressive supranuclear palsy. *Revue neurologique*. 1990;146(1):12–18.
 - 103: Bergeron C, Davis A, Lang AE. Corticobasal ganglionic degeneration and progressive supranuclear palsy presenting with cognitive decline. *Brain Pathology*. 1998;8(2):355–365.
 - 104: Riley DE, Lang AE, Lewis AE, et al. Cortical-basal ganglionic degeneration. *Neurology*. 1990;40(8):1203–1203.
 - 105: Pillon B, Blin J, Vidailhet M, et al. The neuropsychological pattern of corticobasal degeneration: comparison with progressive supranuclear palsy and Alzheimer's disease. *Neurology*.

- 1995;45(8):1477–1483.
- 106: Litvan I, Cummings JL, Mega M. Neuropsychiatric features of corticobasal degeneration. *J Neurol Neurosurg Psychiatr.* 1998;65(5):717–721.
- 107: Cuthbert JA. Wilson's disease: a new gene and an animal model for an old disease. *Journal of investigative medicine: the official publication of the American Federation for Clinical Research.* 1995;43(4):323–336.
108. Dening TR. The neuropsychiatry of Wilson's disease: a review. *The International Journal of Psychiatry in Medicine.* 1991;21(2):135–148.

Bölüm 24

KRONİK AĞRILI BOZUKLUKLAR VE PSİKİYATRİ

Özgül KARAASLAN¹

GİRİŞ

Ağrı periferik sinirlerin uyarılması ve bu uyarının bazı yollarla beyine iletilmesi sonucunda hissedilen bir duyumdur. Ağrı yalnız bir duyu değil, aynı zamanda bu duyuya karşı oluşan emosyonel bir tepkidir. Kronik ağrı, 3 aydan daha uzun süren, kalıcı veya tekrarlayıcı ağrı olarak tanımlanır. Kronik ağrılı durumlar, dünyada diğer sağlık sorunları içerisinde en fazla yeti yitimine neden olan hastalıklardandır. Kronik ağrı, sağlık harcamalarında ciddi artışın yanı sıra hastanın işlevselliğinin bozulmasına ve iş gücünde azalmaya yol açmaktadır (1). Gelişmiş 10 ve gelişmekte olan 7 ülkede yapılan bir anket, erişkinlerde kronik ağrı yaygınlığının sırasıyla %41 ve %37 olduğunu göstermektedir (2).

Bu nedenle bu kitap bölümünde birinci basamak sağlık hizmetlerinde de sıklıkla karşılaşılan kronik ağrılı bozuklukların tanımlanması, tedavi seçeneklerinin gözden geçirilmesi ve multidisipliner tedavi yönetiminde birinci basamak sağlık hizmetlerinin rolünün tartışılması amaçlanmaktadır.

AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ağrıyı değerlendirirken en sık karşımıza çıkan model biyopsikososyal modeldir. Bu model ağrının biyolojik, sosyolojik ve kültürel etkilerin karşılıklı etkileşimi ile ortaya çıktığını savunmaktadır. Kapsamlı bir biyopsikososyal ağrı değerlendirme- si klinik görüşme, psikiyatri hekimi tarafından yapılan ruhsal durum muayenesi ve madde kullanımı taraması, fizik muayene ve tanı testlerinden oluşmaktadır (3).

Kronik ağrısı olan hastaların biyopsikososyal değerlendirmesini yaparken,

1. Ağrı ve tedavi öyküsü

¹ Doktor Öğretim Üyesi, Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

iyileştikten söz edilmektedir. Mental relaksasyon, dikkati odaklaştırma, artmış telkine yatkınlıktan faydalanılır.

Ayrıca Mindfulness, kabul tabanlı terapiler, EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) gibi tedavi seçenekleri de bulunmaktadır. Bunun yanında kullanılan psikososyal tedavi yöntemlerinden, hastanın sosyal hayatının düzenlenmesi, sosyal destek sisteminin artırılması, stresle baş etme yollarının öğretilmesi, iş-ugraş terapileri, ağrı eğitimi sayılabilir. Kronik ağrısı olan hastalar egzersizin önemini de mutlaka bilmelidirler.

SONUÇ

Sonuç olarak kronik ağrı varlığı hem hasta hem de hasta yakınlarını etkileyen, kişilerin yaşam kalitesini bozan önemli bir tıbbi durumdur. Kronik ağrının kaynağı ne olursa olsun her hastanın mutlaka detaylı bir psikiyatrik değerlendirmeden geçmesi hem ağrıyla baş etmede hem de mevcut ağrıyı kötüleştirdiği bilinen komorbid psikiyatrik durumların tespiti ve tedavisi açısından gereklidir. Hastanın biyopsikososyal yaklaşımla değerlendirilmesi, gerekli psikofarmakolojik tedavi seçenekleri ve bilişsel davranışçı terapi gibi ilaç dışı birtakım müdahalelerin yapılması kronik ağrı gibi evrensel bir sorunun tedavisine önemli katkılar sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Kronik ağrı, depresyon, anksiyete, biyopsikososyal yaklaşım

KAYNAKLAR

1. Mills SE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British journal of anaesthesia*. 2019;123(2):273-283.
2. Edwards RR, Dworkin RH, Sullivan MD, et al. The role of psychosocial processes in the development and maintenance of chronic pain. *The Journal of Pain*. 2016;17 (9):70-92.
3. Sertöz ÖÖ. Kronik ağrılı hastada psikiyatrik tedaviler. *TOTBİD Dergisi*. 2017;16:174-179.
4. Cheatle MD. Biopsychosocial approach to assessing and managing patients with chronic pain. *Medical Clinics*. 2016;100 (1):43-53.
5. Treede R-D, Rief W, Barke A, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2015;156 (6):1003.
6. Finn DP, Leonard BE. (2015) Pain in psychiatric disorders. Karger Medical and Scientific Publishers.
7. Van Hecke O, Torrance N, Smith B. Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. *British journal of anaesthesia*. 2013;111 (1):13-18.
8. Tütüncü R, Günay H. Kronik ağrı, psikolojik etmenler ve depresyon/Chronic pain, psychological factors and depression. *Dicle Tıp Dergisi*. 2011;38 (2):257.
9. Goesling J, Lin LA, Clauw DJ. Psychiatry and pain management: at the intersection of chronic pain and mental health. *Current psychiatry reports*. 2018;20 (2):12.
10. Hooten WM In Chronic pain and mental health disorders: shared neural mechanisms, epidemiology, and treatment, Mayo Clinic Proceedings, Elsevier: 2016;91(7): 955-970.
11. Katz J, Rosenbloom BN, Fashler S. Chronic pain, psychopathology, and DSM-5 somatic symp-

- tom disorder. The Canadian Journal of Psychiatry. 2015;60 (4):160-167.
12. Racine M. Chronic pain and suicide risk: A comprehensive review. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. 2018;87:269-280.
 13. Barry DT, Cutter CJ, Beitel M, et al. Psychiatric disorders among patients seeking treatment for co-occurring chronic pain and opioid use disorder. The Journal of clinical psychiatry. 2016;77 (10):1413-1419.
 14. Conrad R, Wegener I, Geiser F, et al. Temperament, character, and personality disorders in chronic pain. Current pain and headache reports. 2013;17 (3):318-327.
 15. Cheatle MD, Foster S, Pinkett A, et al. Assessing and managing sleep disturbance in patients with chronic pain. Anesthesiology clinics. 2016;34 (2):379-393.
 16. Jahan F, Nanji K, Qidwai W, et al. Fibromyalgia syndrome: an overview of pathophysiology, diagnosis and management. Oman medical journal. 2012;27 (3):192-195.
 17. Şengül CB, Akkaya N. Romatolojik Hastalıklar ve Depresyon. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2014;6 (4):363-374.
 18. Uçar M, Sarp Ü, Karaaslan Ö, et al. Health anxiety and depression in patients with fibromyalgia syndrome. Journal of International Medical Research. 2015;43 (5):679-685.
 19. Gür A. Fibromiyaljiye Etiyopatogenez. Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/ Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi. 2008;54 (2).
 20. Özçetin A. Fibromiyalji; Bir Psikiyatrik Bozukluk Mu, Yoksa Birliktelik Mi? Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2014;4 (3):34-44.
 21. Yavuz BG, Göksan B. Baş Ağrısı Olgularında Psikiyatrik Sorunlar. Türkiye Klinikleri Neurology-Special Topics. 2016;9 (4):34-37.
 22. Fond G, Loundou A, Hamdani N, et al. Anxiety and depression comorbidities in irritable bowel syndrome (IBS): a systematic review and meta-analysis. European archives of psychiatry and clinical neuroscience. 2014;264 (8):651-660.
 23. Ehde DM, Dillworth TM, Turner JA. Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: efficacy, innovations, and directions for research. American Psychologist. 2014;69 (2):153-166.

Bölüm 25

ANKSİYETE BOZUKLUKLARININ TANINMASI VE YÖNETİMİ

Dilek ÇAĞLAR TETİK¹

GİRİŞ

Anksiyete bozuklukları toplumda en yaygın görülen ruhsal bozukluklardan olup (1,2) işlevsellikte önemli düzeyde bozulma oluşturmakta ve yeti yitimi ile sonlanmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin sık kullanımı nedeniyle toplum için büyük bir ekonomik yük ile ilişkilidir. Birçok hasta tedavi için sağlık hizmetlerine başvurmaz. Tedaviye başvuranlar ise ilk başvuruda psikiyatrist ve diğer uzman hekimlere başvururlar, pratisyen hekim başvuruları ise daha sonra gelmektedir (3). Bir çalışmada bu hasta grubunun klinik değerlendirmelerde sadece yaklaşık yarısının tanındığı gösterilmiştir (4). Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerinde öykü alınması sırasında mutlaka önceki hekim başvuruları gözden geçirilmeli, ayırıcı tanıda anksiyete bozuklukları mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

Bu bölümde birinci basamak sağlık hizmetlerinde anksiyete bozukluklarının tanınması, ayırıcı tanı ve tedavi süreçleri hakkında bilgi vermeyi amaçladık.

ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Anksiyete nedeni bilinmeyen ve iç odaklı olan, belirsiz ya da çatışmalı bir tehdide karşı oluşturulan bir yanıttır. Hafif gerginlik ile panik boyutuna varacak kadar değişken bir şiddet aralığında olabilir. Genelde bir yitim ya da bastırılmış, bilinçdışı ruhsal bir iç çatışma bu duygunun kaynağıdır (5).

Korku ile kaygı birbirine benzer. Freud'a göre korku dış dünyadaki gerçek bir tehdide, anksiyete bilinçdışı olan içsel bir tehlikeye gösterilen bir yanıttır. İki duygusal tepki arasındaki bir diğer ayrım ise korku ani, kaygının ise sinsi şekilde ortaya çıkışıdır (5). Korku kelimesi köken olarak Almancadan gelmektedir ve pu-

¹ Uzman doktor, Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi, di_caglar@hotmail.com

bedensel hastalıkların gidişini olumsuz etkilemeleri nedeniyle, doğru tanınmaları ve doğru tedavileri edilmeleri oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: anksiyete bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, özgül fobi, sosyal anksiyete bozukluğu, agorafobi.

KAYNAKLAR

1. Stein DJ, Scott KM, de Jonge P, et al. Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2017;19:127–136.
2. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015; 17(3):327–35.
3. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. (1998). Türkiye ruh sağlığı profili raporu. Birinci baskı, Ankara..
4. Sartorius N., Ustun TB., Lecrubier Y., Wittchen HU. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *Br J Psychiatry*. 1996;30(30):38–43.
5. Sadock, B. and V. Sadock. (2016). Kaplan and Saddocks Comprehensive Textbook of Psychiatry. (Bozkurt A., Çev. Ed.). Onbirinci Baskı. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri.
6. Sadock, B. and V. Sadock. (2007). Kaplan and Saddocks Comprehensive Textbook of Psychiatry. (Aydın H, Bozkurt A., Çev. Ed.) Sekizinci Baskı. İstanbul: Güneş Kitabevleri.
7. Berksun OE. (2003). Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları. İstanbul: Turgut Yayıncılık.
8. APA. (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition (DSM-III). Washington, DC: American Psychiatric Association.
9. APA. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM 5). Washington, DC: American Psychiatric Association.
10. Horwath, E., F. Gould, and M.M. Weissman. (2011). Epidemiology of anxiety disorders. *Textbook of Psychiatric Epidemiology*.
11. Michael T, Zetsche U, Margraf J. Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry*. 2007; 6:136–42.
12. Craske, M.G., Stein, M.B. Anxiety. *Lancet*. 2016; 388: 3048-3059.
13. Hoge, E.A., Ivkovic, A., Fricchione, G.L. Generalized anxiety disorder: diagnosis and treatment. *BMJ: British Medical Journal*. 2012: 345.
14. Kessler RC., Berglund P, Dernier Oi, 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.
15. Kessler RC., Petukhova M., Sampson NA., et.al. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2012;21(3):169–184.
16. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017;19(2):93-107.
17. Bandelow, B. (2003). Epidemiology of depression and anxiety. Kasper S, den Boer JA, Ad Sitsen JM (Eds). In *Handbook on Depression and Anxiety*. (49–68). New York, NY: M Dekker.
18. Rubio G., Lopez-Ibor JJ. Generalized anxiety disorder: a 40-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;115(5):372–379.
19. Rubio G., Lopez-Ibor JJ Jr. What can be learnt from the natural history of anxiety disorders? *Eur Psychiatry*. 2007;22(2):80–86.
20. Öztürk O, Uluşahin NA. (2015). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Tuna Matbaacılık;
21. Angst J., Gamma A., Baldwin DS., et al. The generalized anxiety spectrum: prevalence, onset, course and outcome. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2009;259(1):37-45.
22. APA. (2003). Practice Guidelines Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors.
23. Bystritsky A. *Treatment-resistant anxiety disorders*. *Mol Psychiatry*. 2006; 11: 805–814.

24. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32(1):50–55.
25. Bandelow B., Broocks A., Pekrun G., et al. The use of the Panic and Agoraphobia Scale (P & A) in a controlled clinical trial. *Pharmacopsychiatry*. 2000;33(5):174–181.
26. Liebowitz MR. Social phobia. *Mod Probl Pharmacopsychiatry*. 1987;22:141–173.
27. Tamam I., Demirkol ME. Psikiyatrik Bozukluklarda Tedavi Uyumu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 2016;8(1):85–93.
28. Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, et al. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *J Clin Psychiatry*. 2002;63 Suppl 8:24–34.
29. StatPearls Publishing (2019 Jan-). Generalized Anxiety Disorder (GAD). (28/08/2019 tarihinde <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441870/> adresinden ulaşılmıştır).
30. Köroğlu E. (2004). Psikonozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
31. Ruscio A.M., Hallion LS, Lim CCW, et al. Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe. *JAMA Psychiatry*. 2017;74:465–75.
32. Ströhle A, Gensichen J, Domschke K. The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. *Dtsch Arztebl Int*. 2018 Sep 14;155(37):611–620.
33. Fisher, P. L. Psychopathology of generalized anxiety disorder. *Psychiatry*. 2007; 6: 171–175.
34. UpToDate. (2018). Generalized anxiety disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. (25/08/2019 tarihinde <https://www.uptodate.com/contents/generalized-anxiety-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis> adresinden ulaşılmıştır).
35. Özcan M, Uğuz F, Çilli AS. Ayaktan psikiyatri hastalarında yaygın anksiyete bozukluğunun yaygınlığı ve ek tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006;17(4):276–85.
36. Parmentier H, Garcia-Campayo J, Prieto. R. Comprehensive review of generalized anxiety disorder in primary care in Europe. *Curr Med Res Opin*. 2013; 29: 355–367.
37. Durham, R. C. Treatment of generalized anxiety disorder. *Psychiatry*. 2007; 6: 183–187.
38. Latas M, Trajković G, Bonevski D, et al. Psychiatrists' treatment preferences for generalized anxiety disorder. *Hum Psychopharmacol*. 2018 Jan;33(1).
39. Roberge P, Normand-Lauzière F, Raymond I, et al. Generalized anxiety disorder in primary care: mental health services use and treatment adequacy. *BMC Fam Pract*. 2015 Oct 22;16:146.
40. Craske, M. G., Kircanski, K., Epstein, A., et. al. Panic disorder: A review of DSM-IV panic disorder and proposals for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 2010; 27(2): 93–112.
41. Alkın T. Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *Am J Psychiatry* 2000; 151: 9–640.
42. Köroğlu E, Güleç C. (2007). Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
43. Atalay DN, Bayraktar E. (1992). Panik bozukluk. İzmir: Ege Üniversitesi Yayınları.
44. Kocabaşoğlu N. Panik Bozukluğu, Agorafobi ve Komorbid Durumlar; Yeni Symposium. 2002;40 (2): 68–75.
45. Tükel R. Panik bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2002; 5:5–15.
46. De Jonge P, Roest AM, Lim CC, et al. Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Journal of Depression and Anxiety*. 2016; 33, 1155–1177.
47. Köroğlu E. (2015). Klinik Psikiyatri. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
48. Atesci FÇ. Panik bozukluğunda özkiyim düşünceleri/Suicidal ideations in panic disorder. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003;4(2): p. 81.
49. Balıkcı K, Herdem A, Aydemir O, ve ark. DSM-5 panik bozukluğu ölçeği Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2017;18:13–17.
50. Hetttema JM., Neale MC., Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 2001; 158: 1568–1578.
51. Farravelli C, Pallanti S. Recent life events and panic disorder. . *Am J Psychiatry* .1987; 146: 622–6.
52. Seddon, K. ve Nutt, D. Pharmacological treatment of panic disorder. *Psychiatry*. 2007; 6:136–42
53. Current pharmacological interventions in panic disorder. *CNS Neurol Disord Drug Targets*. 2014;13(6):1057–65.

54. Markowitz JS, Weissman MM, Ouellette R et al. Quality of life in panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1989; 46:984-992.
55. Strine TW, Chapman DP, Kobau R et al. Depression, anxiety, and physical impairments and quality of life in the US. noninstitutionalized population. *Psychiatr Serv*. 2004;55(12):1408-1413.
56. Curtis GC., Magee JW, Eaton WW., et al. Specific fears and phobias: Epidemiology and classification. *The British Journal of Psychiatry*. 1998; 173:212-7.
57. Wardenaar KJ., Lim CCW., Al-Hamzawi AO., et.al. The cross-national epidemiology of specific phobia in the World Mental Health Surveys. *Psychol. Med*. 2017;47(10):1744-1760.
58. Stinson FS., Dawson DA., Patricia Chou S., et.al. The epidemiology of DSM-IV specific phobia in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol. Med*. 2007;37(7):1047-1059.
59. Lange I., Goossens L., Bakker J., et al. Functional neuroimaging of associative learning and generalization in specific phobia. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry*. 2018;89:275-85.
60. Rosen JB, Asok A, Chakraborty T. The smell of fear: innate threat of 2,5-dihydro-2,4,5-trimethylthiazoline, a single molecule component of a predator odor. *Front Neurosci*. 2015; 9: 292.
61. Benjamin J., Ben-Zion IZ., Karbofsky E., et.al. Double-blind placebo-controlled pilot study of paroxetine for specific phobia. *Psychopharmacology*. 2000; 149: 194-196.
62. Lange I., Goossens L., Bakker J., et al. Functional neuroimaging of associative learning and generalization in specific phobia. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry*. 2018;89:275-85.
63. Faravelli C., Zucchi T., Viviani B., et.al. Epidemiology of social phobia : a clinical approach. *Eur Psychiatry*. 2000; 15: 17-24.
64. Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia. *Psychiatr Clin N Am*. 2001; 24: 617-41.
65. Schneier FR, Johnson J, Horning CD, et. al. Social phobia. Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry*.1992; 49: 282-8.
66. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, et.al. Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1996; 53: 159-68.
67. Heimberg RG, Juster HR. (1995). Cognitive behavioral treatments: literature review. Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR (Eds). In *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment* (261-309). New York: Guilford.
68. Lecrubier Y. Comorbidity in social anxiety disorder: impact on disease burden and management. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59 (suppl. 17): 33-7.
69. Dilbaz N, Güz H. (2006). Sosyal Anksiyete Bozukluğunun fenomenolojisi. Raşit Tükel, Tunç Alkın (Editörler). *Anksiyete Bozuklukları içinde* (185-212). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
70. Kılıç EÖ. Sosyal fobi etyolojisine yönelik gelişimsel bir model. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 1999;1(52):45-51.
71. Sungur MZ. Fobik bozukluklar. *Psikiyatri Dünyası*. 1997; 1:5-11.
72. Seligman, L.D. and L.A. Wuyek. Correlates of separation anxiety symptoms among first-semester college students: An exploratory study. *The Journal of psychology*. 2007; 141(2): p. 135-145.
73. Manicavasagar, V., Marnane C, Pini S, et. al. Adult separation anxiety disorder: a disorder comes of age. *Curr Psychiatry Rep*. 2010; 12(4): 290-7.
74. Demir T. (2008). Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu. FÇ Çetin, A Coşkun, E İşeri ve ark. (Ed). *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı içinde* (330-336). Ankara: Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği.
75. Starke A. Effects of anxiety, language skills, and cultural adaptation on the development of selective mutism. *J Commun Disord*. 2018; 74: 45-60.
76. Göktürk U, Coşkun M. (2008). Selektif Mutizm. FÇ Çetin, A Coşkun, E İşeri ve ark. (Ed). *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı içinde* (366-372). Ankara: Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği.
77. Freeman BJ, Garcia MA, Miller ML, Dovv PS, Leonard LH. (2004). Selective Mutism. TL Morris, SJ March (Eds). In *Anxiety Disorders in Children and Adolescents 2nd ed* (280-301). New York, NY: The Guilford Pres.

Bölüm 26

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE SOMATOFORM BOZUKLUKLAR

Pelin TAŞ DÜRMÜŞ¹

GİRİŞ

Somatoform bozukluk tıbbi tetkikler sonucunda yeterli açıklama bulunamayan bedensel belirtiler ile seyreden ruhsal bozuklukları tanımlamakta kullanılan, DSM-III ile kullanıma giren bir terimdir (1). Bu gruptaki hastalar sıklıkla pratisyen hekimler ile dahiliye, nöroloji veya fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanlarına başvururlar. Ön planda psikiyatri kliniklerine başvurmazlar.

Birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran 18 yaş ve üzeri hastaların %42,5'unda prime-MD (primary care evaluation of mental disorders) ölçeği ile psikiyatrik bozukluk tespit edilmiştir. En sık duygudurum bozuklukları (%31), anksiyete bozukluğu (%19), somatoform bozukluk (%18) ve alkol kötüye kullanımı (%10) saptanmakla birlikte bu bozukluklar arasında önemli bir eş tanı oranı gösterilmiştir (2).

Antalya'da birinci basamak sağlık hizmetine başvuran 15-16 yaş grubundaki 639 hastanın değerlendirildiği bir araştırmada katılımcıların %46,6'sında herhangi ruhsal bozukluk saptandığı ve bu grubun %18,8'ini somatoform bozuklukların oluşturduğu belirtilmiştir (3). Bu hasta grubunu tanıyıp tedavi etmek doktor başvuru sayılarını, ileri tetkikleri, sağlık hizmeti harcamalarının gereksiz artışını, gereksiz ilaç kullanımını ve yeti yitimine bağlı iş gücü kayıplarını azaltma açısından oldukça önemlidir.

'Somatoform Bozukluk' başlığı DSM-5 ile birlikte 'Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar' olarak değiştirilmiştir. Bir bedensel belirtinin tıbbi olarak açıklanamadığının belirlenmesi zordur. Yeni sınıflama bedensel belirti bozukluğunu bedensel belirtilerin tıbbi olarak açıklanamamasına bağlı olarak değil de bireyi strese sokan bedensel belirtilerle birlikte bu belirtilere yanıt olarak bireyde

¹ Uzm. Dr, Besni Devlet Hastanesi/Adıyaman, t_pelin_t@hotmail.com

yer alır. Ancak bu hastalıklarda semptomlar da motivasyon da bilinçdışı iken yapay bozuklukta semptomlar bilinçli, motivasyon bilinçdışıdır. Simülasyon tanısı da ayırıcı tanıları içerisinde değerlendirilmelidir. Simülasyonda ekonomik kazanç sağlamak, yasal sorumluluktan kaçmak gibi ikincil kazançlar söz konusudur (32).

5c. Gidiş ve Sonlanış

Çoğu olguda prognoz iyi değildir. Duygudurum bozukluğu, anksiyete, madde kullanımı gibi tedavi edilebilir bir bozukluğu olanlarda, depresif-mazoşistik kişilik özellikleri olanlarda, işlevselliği fazla bozulmayanlarda muhtemelen daha iyi sonlanma olabilir (11).

5d. Tedavi

Tedavide ve hastalığın yönetiminde ana hedefler morbidite ve mortalite riskini azaltmak, altta yatan duygusal ihtiyaçları göstermek veya altta yatan psikiyatrik tanıyı belirlemek, etik ve yasal konular hakkında dikkatli olmaktır. Hastalığın yapay olmasına rağmen kişinin hala hasta olduğunun farkında olmak gerekir. Yargılayıcı olmayan yüzleştirmeler yararlı olabilir. Özellikle etkinliği gösterilmiş bir tedavi seçeneği bulunmamaktadır. Yapay bozukluk davranışını ortaya çıkaran temel bileşen impulsif bir davranış ise SSRI'ların yararlı olabilir (11).

SONUÇ

Bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar grubundaki hastalar öncelikle pratisyen hekimler ile psikiyatri dışı uzmanlık alanlarına başvururlar. Sık sık hekim başvuruları olan, çok sayıda tetkik yapılması talebi olan bu hasta grubunun erken tespiti ve tedavisi gereksiz sağlık hizmetini harcamalarını azaltma ve yeti yitimine bağlı iş gücü kayıplarını azaltma açısından oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Bedensel belirti bozukluğu, Somatoform, Hastalık kaygısı, Konversiyon, Yapay bozukluk

KAYNAKLAR

- 1: Ünal S. Somatoform Bozukluklar; Nozoloji ve Tarihçe. T Klin J Psychiatry. 1999;1:1-6.
- 2: Anseau M, Dierick M, Buntinkx F, et al. High prevalence of mental disorders in primary care. J Affect Disord. 2004;78(1):49-55.
- 3: Dönmez L, Dedeoğlu N, Özcan E. Sağlık ocaklarına başvuranlarda ruhsal bozukluklar. Türk Psikiyatri Derg. 2000;11(3):198-203.
- 4: Amerikan Psikiyatri Birliği 2013. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, beşinci baskı (DSM-5). Tanı Ölçütleri Başvuru El kitabı. Çeviri editörü: Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- 5: Van der Feltz-Cornelis CM, Van Houdenhove B. DSM-5: from 'somatoform disorders' to 'somatic symptom and related disorders'. Tijdschr Psychiatr. 2014;56(3):182-186.
- 6: Dimsdale JE, Creed F, Escobar J, et al. Somatic symptom disorder: an important change in DSM. J Psychosom Res. 2013;75(3):223-228.

- 7: Türkiye Psikiyatri Derneği. (2017). Somatik Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar. Fizun Akdeniz (Ed.), Aile Hekimleri İçin Psikiyatri içinde (s. 173-186). Ankara: Bayt Yayın Hizmetleri.
- 8: Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, ve ark. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. 1998.
- 9: Kurlansik SL, Maffei MS. Somatic symptom disorder. Am Fam Physician. 2016;93(1):49-54.
- 10: Öztürk MO, Uluşahin A. (2015). Ruh sağlığı ve bozuklukları. Ankara: Bayt Yayın Hizmetleri.
- 11: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. (2016). Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. (Ali Bozkurt, Çev. Ed.)Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- 12: Kandemir G, Ak I. Tibben açıklanmayan belirtilerin psikiyatrik yönü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2013;5(4):479-506.
- 13: Özmen M. Somatoform bozukluklarda genel tedavi ilkeleri. T Klin J Psychiatry. 1999;1:92-98.
- 14: Sharma MP, Manjula M. Behavioural and psychological management of somatic symptom disorders: an overview. Int Rev Psychiatry. 2013;25(1):116-124.
- 15: Somashekar B, Jainar A, Wuntakal B. Psychopharmacotherapy of somatic symptoms disorders. Int Rev Psychiatry. 2013;25(1):107-115.
- 16: Van den Heuvel OA, Veale D, Stein DJ. Hypochondriasis: considerations for ICD-11. Rev Bras Psiquiatr. 2014;36 Suppl 1:21-27.
- 17: Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, et al. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. Psychosomatics. 2011;52(3):263-271.
- 18: Keskin A, Unluoglu I, Bilge U, ve ark. Ruhsal bozuklukların yaygınlığı, cinsiyetlere göre dağılımı ve psikiyatrik destek alma ile ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi. 2013;50(4):344-351.
- 19: Hocaoglu Ç. Farklı bir hipokondriyazis: bir vaka sunumu. Journal of Mood Disorders. 2015;5(1):36-39.
- 20: Kara N. Sağlık kaygısının eşlik ettiği bir yaygın anksiyete bozukluğu olgusunun bilişsel davranışçı terapisi. Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research. 2014;3:99-108.
- 21: Barsky AJ, Ahern DK. Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: a randomized controlled trial. JAMA. 2004;291(12):1464-1470.
- 22: Fallon BA. Pharmacotherapy of somatoform disorders. J Psychosom Res. 2004;56(4):455-460.
- 23: Tütüncü R, Türkçapar H. Pseudoepileptik nöbet tanısı alan konversiyon bozukluğu hastalarının bir yıllık izlem sonuçları. Klinik Psikiyatri. 2003;6:76-79.
- 24: Kızılkurt OK, Akgül SM, Izci F. Majör depresyon eş tanısı bulunan bir konversiyon bozukluğu olgusuna farmakoterapi ve psikodrama teknikleri ile yaklaşım: bir olgu sunumu. Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2018;31(4):413-420.
- 25: Binbay T, Direk N, Aker T, ve ark. Türkiye'de psikiyatrik epidemiyoloji: yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. Turk Psikiyatri Derg. 2014;25:264-281.
- 26: Göktaş K, Kaya N, Çilli AS. Psikiyatri polikliniğine başvuran konversiyon bozukluğu olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. Genel Tıp Derg. 2003;13(4):167-170.
- 27: Öztürk MO. (2016). Psikanaliz ve psikoterapi. Ankara: Bayt Yayın Hizmetleri.
- 28: Sarı SA, Ozatalay E. Konversiyon bozukluğu ile karışan tip II sitrulinemi olgusu. Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2017;30:364-367.
- 29: 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.
- 30: Noyan MA. Yapay bozukluklar. Anadolu Psikiyatri Derg. 2000;1(3):162-173.
- 31: Yates GP, Feldman MD. Factitious disorder: a systematic review of 455 cases in the professional literature. Gen Hosp Psychiatry. 2016;41:20-28.
- 32: Emiroglu FNI, Akay AP. Çocuk ve ergenlerde yapay bozukluklar. İzmir Tepecik Hast Derg. 2007;17(3):131-136.

Bölüm 27

ACİL SERVİSE CİNSEL TRAVMA NEDENİ İLE BAŞVURAN HASTAYA AKUT DÖNEMDE YAKLAŞIM

Rümeysa TAŞDELEN¹

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “kişinin rızası olmaksızın ya da rızasını bildiremeyeceği durumlarda herhangi bir cinsel hareket, girişim, ya da söz ile fiziksel, ruhsal ve sosyal zarara uğraması” şeklinde tanımlanan cinsel şiddet; tecavüzü, cinsel sataşmalar ve saldırıların tamamını, erişkin olmayan ya da engelli bireylerin cinsel istismarını, zorla düşük veya genital bölge muayeneleri gibi cinselliğe yönelik tıbbi işlemleri, kişilerin ticari amaçlarla cinsel olarak kötüye kullanılmasını kapsamaktadır (1). 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu’nun 6. bölümünde “Cinsel Dokunulmazlığa Karşı Suçlar” başlığı altında yer alan 102. maddede cinsel saldırı “cinsel davranışlarla bir kişinin vücut dokunulmazlığını ihlal etmek” olarak tanımlanmıştır. Bu kanuna göre vücut dokunulmazlığının ihlali, “vücuda organ ya da sair cismin girişi olmadan (basit cinsel saldırı)” ya da “vücuda cinsel organ veya sair bir cisim sokulmasıyla (nitelikli cinsel saldırı)” gerçekleşebilir (2).

Travma, kişinin ruhsal ve bedensel bütünlüğünü kaybetme tehdidiyle karşılaştığı olaylar için kullanılan bir kavramdır. DSM-V’de ruhsal travma ölümle, ağır yaralanmayla ya da cinsel saldırıyla doğrudan karşılaşma, tanık olma ya da bir yakınının başına geldiğini öğrenme şeklinde tanımlanmıştır (3). Travmalar kişilerin hayata verdikleri anlamın değişmesine, kendisini yalnız ve incinebilir hissetmelerine, ölümün gerçekliğini idrak etmelerine, umut etme, güvenme, kendini ve ötekileri sevmeye yeteneklerinin kesintiye uğramasına yol açarlar. Cinsel saldırılar fiziksel, psikolojik ve sosyal etkileri nedeni ile yaşanabilecek en ağır travmatik olaylardandır (3).

Cinsel saldırıya uğrayan kişiler olay sonrası hissettikleri utanç ve suçluluk

¹ Uzman Doktor, Psikiyatrist, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı, rumeysadurak@gmail.com

durumun hassasiyetine sahip ve özel olarak eğitilmiş sağlık personeliyle karşılaşabilmeleri, yeterli tıbbi bakıma ulaşabilmeleri, uygun tıbbi ve hukuki danışmanlık hizmeti alabilmeleri, sosyal destek mekanizmalarının ve güvenliklerinin sağlanabilmesi gereklidir. Tıbbi durumun değerlendirilmesi ve tedavisi yapılırken kişiler hukuki süreçler ile ilgili bilgilendirilmeli, talepleri doğrultusunda uygun şekilde adli rapor düzenlenmelidir. Ardından kişinin ruhsal ihtiyaçlarına göre kısa ve uzun vadeli tedavi sağlanmalıdır. Bu süreçte kilit rol oynayan, travmaya maruz kalan kişilerle ilgilenen sağlık personelinin etkili ve verimli çalışabilmesi için ikincil travmatizasyon ile ilgili bilgi sahibi olması ve gerekli desteği alabilmesi önemlidir.

Anahtar kelimeler: cinsel travma, acil servisi, travma sonra stres bozukluğu

KAYNAKLAR

1. World Health Organization (2002). World Report on Violence and Health. Geneva: WHO. http://www5.who.int/violence_injury_prevention/download.cfm?id=0000000582
2. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu. T.C. Resmi Gazete, 26.09.2004; sayı:25611
3. Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (Ertuğrul Köroğlu, Çev. Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
4. French, M. (1992). Kadınlara karşı savaş. (Beril Eyüboğlu, Çev. Ed.), İstanbul: Metis Yayınları.
5. World Health Organization. (2002). Sexual violence. In: World report on violence and health. Geneva, http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf.
6. World Health Organization (2004). Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva. from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628X.pdf>.
7. United Nations. Violence Against Women, (2000). <http://www.un.org/esa/gopher-data/conf/fwcw/pim/feature/2VIOL.TXT>
8. Randall M, Haskell L. Sexual violence in women's lives: Findings from the Women's Safety Project, a community-based survey. Violence Against Women, 1995, 1(1), 6-31.
9. Rape Crisis England & Wales Headline Statistics (2016-17). <https://rapecrisis.org.uk/statistics.php>
10. Türkiye Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması Raporu (2009) Erişim 13 T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. 2009 ve 2014; Ankara.
11. Temel M, Şişman FN. Kadına Yönelik Cinsel Saldırıların Hemşirelik Yaklaşımı. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2013, 4(2), 85-90.
12. Karbeyaz K, Gündüz T, Balcı Y. Cinsel suç mağdurlarının ruh sağlığı hakkında düzenlenen adli psikiyatrik raporlar ve bilirkişilik kurumları arası uzlaşma sorunu. Türk Psikiyatri Dergisi 2012, 23, 255-63.
13. Gölge ZB, Yavuz MF. Cinsel saldırı olgularının suç motivasyonuna göre sınıflandırılması. Adli Tıp Dergisi 2007, 21(1), 1-9.
14. Aker AT, Taycan O, Çelik F. (2019) Travma ve stresle ilişkili bozukluklar. Ankara : Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
15. Briere JN, Scott C. (2016) Travma Terapisinin İlkeleri Belirtiler Değerlendirme Ve Tedavi İçin Bir Kılavuz DSM-5 İçin Güncellenmiş (Betül Dilan GENÇ, Çev. Ed.). İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları.
16. Dağ Karataş R. (2016). Cinsel Saldırı Mağdurlarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve İlişkili Faktörler. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Eskişehir.
17. Karakaya I, Coşkun A, Ağaoğlu B. Cinsel istismara maruz kaldığı bildirilen olguların ruhsal

- değerlendirme sonuçları. Adli Tıp Bülteni 2006, 11(2), 53-58.
18. Herbert C(2007) Travma Sonrası Psikolojik Tepkileri Anlamak Travmaya Uğrayanlar ve Aileleri için Rehber.(4. Baskı)(H. Alp Karaosmanoğlu, Çev. Ed.), İstanbul: Psikonet Yayınları.
 19. Bilgiç S. (2011) Travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu ile uyum bozukluğunun klinik açıdan karşılaştırılması. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.
 20. Tükel R, Alkın T.(2006) Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
 21. Taft CT, Resick PA, Watkins LE, An investigation of posttraumatic stress disorder and depressive symptomatology among female victims of interpersonal trauma. J Fam Violence 2009,24,407-415.
 22. Sundquist, K, Johansson, L. M, Demarinis, V. Posttraumatic stress disorder and psychiatric comorbidity: Symptoms in a random sample of female bosnian refugees. Eur Psychiatry 2005. 20, 158-64.
 23. Van Berlo W, Ersink B. Problems with sexuality after sexual assault. Annual Review Of Sex Research 2000. 11, 235-58.
 24. Abrahams N, Jewkes R. Barriers to post exposure prophylaxis (PEP) completion after rape: A South African qualitative study. Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care 2010, 12, 471-84.
 25. Sareen J,Cox BJ, Stein MB Physical and mental comorbidity, disability and suicidal behaviour associated with posttraumatic stress disorders in a large community sample. Psychosom Med 2007. 69, 242-8.
 26. Herman, J.L. (2016). Travma ve İyileşme. (4. Baskı). İstanbul: Literatür Yayınları
 27. Dünya Sağlık Örgütü (2011). Psikolojik İlk Yardım: Saha Çalışanları İçin Rehber. (Ö. Erdur-Baker Çev. Ed.,2014). Ankara: Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği. <http://www.pdr.org.tr/userfiles/Psikolojik-ilkyardim.pdf>
 28. Gispén F, Wu Aw. Psychological first aid: CPR for mental health crises in health care. Journal of Patient Safety and Risk Management 2018, 1-3.
 29. Gölge ZB, Yavuz MF, Korkut S. Yetişkin kadın mağdurlarda cinsel saldırı sonrası görülen ruhsal ve sosyal sorunlar. Adli Tıp Bülteni 2013, 18(3), 82-91.
 30. Barutçu N, Yavuz MF, Çetin G. Cinsel saldırı sonrası mağdurların karşılaştığı sorunlar. Adli Tıp Bülteni 1999, 4, 41-53.
 31. Yavuz MF, Gölge ZB, Zorlu E. (2010), Forensic reports in sexual assault cases. 7th Annual Meeting of Balkan Academy of Forensic Sciences (BAFS), 3-6 Temmuz 2010, Tirana, Albania, (p. 30).
 32. Tecavüze Maruz Kalanlara Klinik Yaklaşım ve Bakım Mülteciler ve kendi ülkelerinde yerinden edilmiş kişilere yönelik protokoller geliştirilmesi Gözden geçirilmiş baskı, UNFPA, 2018.
 33. TENTS-The European Network for Traumatic Stress. (2016). Afetler ve büyük olaylardan sonra psikososyal bakım için TENTS rehberleri.
 34. Saruç S, Aslantürk H. Kadına Yönelik Cinsel Saldırı Sonrası Müdahalede Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları. TJFMPC 2018, 12(2), 136-147. DOI: 10.21763/tjfmpe.432550
 35. Eskin M, Öztürk CŞ, Şakiroğlu M, Cinsel Şiddet Olgularına Psikolojik Yaklaşım Ve Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Foren Med-Special Topics 2016, 2(2), 47-55
 36. Spates CR, Koch E, Cusack K, (2009). Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies. New York: Guilford Press.
 37. Follette V, Rozek JI (2018). Travmaya yönelik bilişsel davranışçı terapiler (Emrah Kardere, Fatih Yavuz Çev. Ed.) İstanbul:Litera yayıncılık
 38. Shapiro F. (2007) EMDR and Case Conceptualization from an Adaptive Information Processing Perspective. New York: Wiley.
 39. Tanır Y, Kılıç BG. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Farmakolojik Tedavi Yaklaşımları Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics 2016, 2(3), 59-63.
 40. Palabıykoğlu R, Cesur G (2013) Yaşam sürecinde kriz ve krize müdahale. Ankara: Türk Psikologlar Derneği.
 41. Kahil A, Palabıykoğlu NR. İkincil Travmatik Stres. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2018, 10(1), 59-70.

Bölüm 28

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞUN TANINMASI VE TEDAVİ YÖNETİMİ

Celaleddin TURGUT¹

GİRİŞ

Obsesyon ve kompulsiyonlar insanlık tarihi boyunca bilinen, çeşitli din kitaplarında da benzer davranışların işaret edildiği belirtilerdir. Obsesyon ve kompulsiyonlar, Shakespeare'in Macbeth adlı eserinde işlenmiştir. Lady Macbeth, neden olduğu ölüm sonrası ellerinin pis olduğunu sürekli düşünmeye ve sık sık ellerini yıkamaya başlar. Yaşadığı sıkıntıyı "Arabistan'ın bütün kokulu sabunları getirilse bu elin kirleri temizlenemez" şeklinde ifade eder (1). Esquirol, 1938'de Obsesif kompulsif bozukluğu (OKB) depresyon ya da melankoliden ayrı bir klinik sendrom olarak tanımlamıştır (2). OKB, tekrarlayan obsesyonlar (takıntı) ve/veya kompulsiyonların (zorlantı) görüldüğü, genellikle yavaş ve sinsi başlangıç gösteren, süregelen ya da epizodik seyirli olan, kişinin işlevselliğini belirgin olarak bozan ruhsal bir bozukluktur. OKB yaygınlığı sık olan ve tedavisiz geçen sürenin uzun olduğu bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Belirtilerin çeşitliliği ve eşlik eden tanılarının sıklığı, klinisyenlerin hastalığı tanımlarını zorlaştırmaktadır.

Bu kitap bölümünde birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışmakta olan klinisyenlere OKB'nin tanıtılması ve tedavi iş birliğindeki rollerinin tanımlanması amaçlanmaktadır.

1-TANIM

Obsesyon, bireyin zihnine aniden gelen, bireyin çabasıyla uzaklaştıramadığı, yoğun sıkıntı veren ve yineleyici karakterde olan düşünce, imge ya da dürtülerdir. Bireyler bu düşünceleri anlamsız bulsalar da düşünmekten kendilerini alıkoyamazlar. Takıntılar çoğunlukla bireyin ahlak anlayışına, inanç ve düşünce sistemiy-

¹ Doktor Öğretim Üyesi Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı
celaleddinturgut@gmail.com

terapötik ilişkiyi güçlendirebilir. Ayrıca bilgilendirme hastanın olası yan etkilere hazırlıklı olması açısından da önemlidir. Yan etkiler hastanın tedavi uyumunu bozabilir bundan dolayı tedavi sürecinde yan etkilerin takibi unutulmamalıdır. Yanıt alınan dozda en az 12-24 ay tedavi sürdürülmelidir. Tedavi direnciyle karşılaşıldığında hasta psikiyatri bölümüne sevk süreci başlatılmalıdır.

SONUÇ

Aile, ikiz ve ilişkilendirme çalışmaları, OKB'nin ailesel olduğu ve genetik etkenlerin obsesif ve kompulsif belirtilerinin ortaya çıkmasında rol oynadığını göstermektedir. Toplumda yaygınlığı %3 civarındadır. OKB hastaların yalnızca %36'sı ilk başvuruda psikiyatri hekimlerine başvurmaktadır. Tedavisiz geçen süre artıktıkça tedavi yanıtı azalmaktadır. SSRİ'lar iyi tolere edebilen ve bağımlılık potansiyeli olmayan ilaçlar olarak OKB tedavisinde öne çıkmaktadır. Hastaların yaklaşık %60'ı SSRİ tedavisine yanıt vermektedir. Bu nedenle birinci basamakta tedavi direnci ve eş tanısı olmayan OKB hastalarına vakit kaybetmeden tedavi başlanmalıdır. OKB'nin kronikleşen bir hastalık olduğu ve erken tedavinin remisyon oranlarını etkilediği göz önünde bulundurulduğunda birinci basamak hekimlerinin bu hastalığı tanınması, tedavilerini düzenlemesi ve gerektiğinde sevkini sağlaması önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Öztürk O., Uluşahin A. (2016). Ruh sağlığı ve bozuklukları. (14. baskı). Ankara: BAYT Ltd şti
2. Munro A, Stewart M. Body dysmorphic disorder and the DSM-IV: the demise of dysmorphophobia. Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie. 1991;36(2):91-6.
3. Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSM-5. (Ertuğrul Köroğlu, Çev. Ed.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği
4. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, et al. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. Molecular psychiatry. 2010;15(1):53.
5. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of general psychiatry. 2005;62(6):617-27.
6. Geller DA. Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. Psychiatric Clinics. 2006;29(2):353-70.
7. Weisman M, Bland R, Canino G, et al. The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. Journal of clinical Psychiatry. 1994;55(3 Suppl.):5-10.
8. Adam Y, Meinschmidt G, Gloster AT, et al. Obsessive-compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2012;47(3):339-49.
9. Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, et al. Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. American Journal of Psychiatry. 2006;163(11):1978-85.
10. Tükel R, Polat A, Özdemir Ö, et al. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. Comprehensive Psychiatry. 2002;43(3):204-9.
11. Sharma E, Thennarasu K, Reddy Y. Long-term outcome of obsessive-compulsive disorder in adults: a meta-analysis. 2014.

12. Özten E, Karamustafalıoğlu KO. Obsesif Kompulsif Bozukluk. Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics. 2018;9(3):157-63.
13. Eisen JL, Sibrava NJ, Boisseau CL, et al. Five-year course of obsessive-compulsive disorder: predictors of remission and relapse. The Journal of clinical psychiatry. 2013;74(3):233.
14. Stein DJ, Costa DL, Lochner C, et al. Obsessive-compulsive disorder. Nature reviews Disease primers. 2019;5(1):52-.
15. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario MC, et al. Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. American Journal of Psychiatry. 2008;165(12):1532-42.
16. Kestenbaum T. Obsessive-compulsive disorder in dermatology. , 32, 2. 2013;32(2):83-7.
17. Grant JE. Clinical practice: Obsessive-compulsive disorder. The New England journal of medicine. 2014;371(7):646-53.
18. Foa EB, Kozak MJ. DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. The American journal of psychiatry. 1995.
19. Richter PM, Ramos RT. Obsessive-compulsive disorder. CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology. 2018;24(3):828-44.
20. Tükel R. Obsesif Kompulsif Bozukluk (2018). Obsesif Kompulsif Bozukluk. K. Oğuz Karamustafalıoğlu (Ed.). Temel ve Klinik Psikiyatri içinde (s.379-404). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri
21. Lewis-Fernandez R, Hinton DE, Laria AJ, et al. Culture and the anxiety disorders: recommendations for DSM-V. Depression and anxiety. 2010;27(2):212-29.
22. Torres AR, Ramos-Cerqueira A, Ferrão YA, et al. Suicidality in obsessive-compulsive disorder: prevalence and relation to symptom dimensions and comorbid conditions. The Journal of clinical psychiatry. 2011;72(1):17-26; quiz 119-20.
23. Greeven J, van Balkom AJ, van Rood YR, et al. The boundary between hypochondriasis and obsessive-compulsive disorder: a cross-sectional study from the Netherlands. Journal of Clinical Psychiatry. 2006;67:8.
24. Bokor G, Anderson PD. Obsessive-compulsive disorder. Journal of pharmacy practice. 2014;27(2):116-30.
25. Bernstein GA, Victor AM, Pipal AJ, et al. Comparison of clinical characteristics of pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections and childhood obsessive-compulsive disorder. Journal of child and adolescent psychopharmacology. 2010;20(4):333-40.
26. Saxena S, Rauch SL. Functional neuroimaging and the neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. Psychiatric Clinics of North America. 2000;23(3):563-86.
27. Piras F, Piras F, Caltagirone C, et al. Brain circuitries of obsessive compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis of diffusion tensor imaging studies. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2013;37(10):2856-77.
28. Pauls DL, Abramovitch A, Rauch SL, et al. Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. Nature Reviews Neuroscience. 2014;15(6):410.
29. Menzies L, Achard S, Chamberlain SR, et al. Neurocognitive endophenotypes of obsessive-compulsive disorder. Brain. 2007;130(12):3223-36.
30. van Grootheest DS, Cath DC, Beekman AT, et al. Twin studies on obsessive-compulsive disorder: a review. Twin Research and Human Genetics. 2005;8(5):450-8.
31. Davis LK, Yu D, Keenan CL, et al. Partitioning the heritability of Tourette syndrome and obsessive compulsive disorder reveals differences in genetic architecture. PLoS genetics. 2013;9(10):e1003864.
32. Kohn R, Saxena S, Levav I, et al. The treatment gap in mental health care. Bulletin of the World health Organization. 2004;82:858-66.
33. Hollander E, Stein DJ, Kwon JH, et al. Psychosocial function and economic costs of obsessive-compulsive disorder. CNS spectrums. 1997;2(10):16-25.
34. García-Soriano G, Rufer M, Delsignore A, et al. Factors associated with non-treatment or delayed treatment seeking in OCD sufferers: a review of the literature. Psychiatry Research. 2014;220(1-2):1-10.

35. NICE (2006). Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. (25/08/2019 tarihinde <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31> adresinden ulaşılmıştır)
36. Fineberg NA, Reghunandan S, Brown A, et al. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder: evidence-based treatment and beyond. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2013;47(2):121-41.
37. Albert U, Barbaro F, Bramante S, et al. Duration of untreated illness and response to SRI treatment in Obsessive-Compulsive Disorder. *European Psychiatry*. 2019;58:19-26.
38. Uğuz F, Karababa F, Aşkın R. Obsesif kompulsif bozukluk için yardım aramada ilk başvuru yerlerinin değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*. 2007;17(1):29-33.
39. Koran LM, Simpson HB. Guideline watch (March 2013): practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013.
40. Koran LM, Hanna GL, Hollander E, et al. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2007;164(7 Suppl):5-53.
41. Bloch MH, McGuire J, Landeros-Weisenberger A, et al. Meta-analysis of the dose-response relationship of SSRI in obsessive-compulsive disorder. *Molecular psychiatry*. 2010;15(8):850.
42. Pittenger C, Kelmendi B, Bloch M, et al. Clinical treatment of obsessive compulsive disorder. *Psychiatry (Edmont (Pa : Township))*. 2005;2(11):34-43.
43. Ravizza L, Maina G, Bogetto F, et al. Long Term Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *CNS Drugs*. 1998;10(4):247-55.
44. Pallanti S, Hollander E, Bienstock C, et al. Treatment non-response in OCD: methodological issues and operational definitions. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2002;5(2):181-91.
45. Skapinakis P, Caldwell DM, Hollingworth W, et al. Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(8):730-9.
46. Hirschtritt ME, Bloch MH, Mathews CA. Obsessive-compulsive disorder: advances in diagnosis and treatment. *Jama*. 2017;317(13):1358-67.
47. Lopez-Ibor Jr J, Saiz J, Cottraux J, et al. Double-blind comparison of fluoxetine versus clomipramine in the treatment of obsessive compulsive disorder. *European Neuropsychopharmacology*. 1996;6(2):111-8.
48. Zohar J, Judge R, Investigators OPS. Paroxetine versus clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 1996;169(4):468-74.
49. Pittenger C, Bloch MH. Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics*. 2014;37(3):375-91.
50. Öst L-G, Riise EN, Wergeland GJ, et al. Cognitive behavioral and pharmacological treatments of OCD in children: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*. 2016;43:58-69.
51. Öst L-G, Havnen A, Hansen B, et al. Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. *Clinical Psychology Review*. 2015;40:156-69.
52. Gava I, Barbui C, Aguglia E, et al. Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007(2).
53. Abramowitz JS, Taylor S, McKay D. Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*. 2009;374(9688):491-9.
54. Huppert JD, Franklin ME. Cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: an update. *Current Psychiatry Reports*. 2005;7(4):268-73.

Bölüm 29

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE YEME BOZUKLUKLARI

Nevlin ÖZKAN DEMİR¹

GİRİŞ

Yeme bozuklukları; anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve tıkınırcasına yeme bozukluğu gibi ruhsal hastalıkları içeren bir tanı grubudur. Genellikle ergenlik ve genç erişkinlik dönemindeki kadınları etkilemektedir (1). Yeme bozuklukları psikiyatrik belirtiler ve sosyal problemlerin yanı sıra ciddi tıbbi sorunlara da neden olabilmektedir. Yeme bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı kadınlar için %8,4 erkekler için %2,2 olarak tespit edilmiş, nokta yaygınlığı kadınlar için %5,7, erkekler için %2,2 olarak raporlanmıştır. Yeme bozukluğu tanısı alanların 2000’li yılların başına göre artış gösterdiği belirlenmiştir (2).

Yapılan araştırmalar, yeme bozukluğu hastalarının birçoğunun yeme bozukluklarına yönelik spesifik ve kanıta dayalı bir tedavi yöntemi almamış olduklarını göstermektedir (3,4). Bu durum, yeme bozukluklarına yönelik genel bir taramanın yapılmıyor olması ve hastanın bilgi eksikliği, kişisel tutumu ve tedaviye yönelik isteksizliği gibi birçok faktöre bağlanabilir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin bu hastaları tanımaları, değerlendirmeleri ve gerekiyorsa ilgili branşlara sevk etmeleri hastaların gecikmeden gerekli tedavileri almaları açısından oldukça önemlidir. Yeme bozukluklarının tedavisinde genellikle multi disiplinler bir yaklaşım uygulanması önerilmektedir. Hastalar psikiyatri hekimi, beslenme uzmanı gerekirse iç hastalıkları, kadın doğum hastalıkları gibi uzmanlık dalları ile iş birliği içerisinde takip edilmelidir. Ailenin de tedavi sürecine katılımının sağlanması önemlidir (5). Bu ekte birinci basamak tedavide görev yapan aile hekimlerinin rolü tedavi ekibi arasındaki koordinasyonu sağlamak, hastanın tıbbi durumunu, vücut ağırlığını, beslenme durumunu ve tıbbi komplikasyonlarını değerlendirmek olmalıdır. Em-

¹ Uzm.Dr, Edirne Sultan I. Murat Devlet Hastanesi, nevlin_ozkan@hotmail.com

E. Tıkınırcasına yemeye, bulimiya nervozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz telafi edici davranışlar eşlik etmez ve tıkınırcasına yeme, yalnızca bulimiya nervozaya da anoreksiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmaz.

DSM-5'e göre, BN şiddeti aşağıda yer alan şekilde sınıflandırılır. (7)

Ağır olmayan: haftada 1-3 kez tıkınırcasına yeme.

Orta derecede: haftada 4-7 kez tıkınırcasına yeme.

Ağır: haftada 8-13 kez tıkınırcasına yeme.

Aşırı düzeyde: haftada 14 ya da daha çok kez tıkınırcasına yeme.

3b. TY'de tedavi hedefleri:

Tıkınırcasına yeme ataklarını azaltarak, hastaların sağlıklı bir yeme alışkanlığı kazanması sağlanmalıdır. Bu yolla obez ve kilolu hastaların kilo kaybı ile sağlıklı BMI değerlerine kavuşması ve bunu sürdürmesi hedeflenmelidir. Hastalarda obezite ile ilişkili olabilecek diyabet, hiperlipidemi, hipertansiyon gibi tıbbi sorunların tespiti ve tedavisi yapılmalıdır. Psikiyatrik eş tanılar değerlendirilmeli ve varsa tedavi edilmelidir (5).

Bu hedeflere ulaşmak amacı ile bilişsel davranışçı terapi, kendine yardım grupları ve ilaç tedavisinden faydalanılabilir. Kullanılan farmakolojik tedaviler antidepressanlar (SSRI'lar), antiepileptikler (topiramet) ve obezite ilaçlarıdır (sibutramin). Bilişsel davranışçı terapinin tek başına psikofarmakolojik tedaviden üstün olduğu gösterilmiş, BDT ve psikofarmakolojik ilaç kombinasyonunun ise tek başına BDT'ye göre daha etkili olduğu gözlenmiştir (17,25).

Anahtar Kelimeler: yeme bozukluğu, anoreksiya nervoz, bulimia nervoz, tıkınırcasına yeme bozukluğu, Pika, Geri Çıkarma Bozukluğu, Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu

KAYNAKLAR

1. Fairburn G, Harrison P. Eating disorder. Lancet 2003;361:407-16.
2. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, et al. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. Am J Clin Nutr. 2019;110(5):1402-1413.
3. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Biol Psychiatry. 2013;73:904-914.
4. Micali N, Martini MG, Thomas JJ, et al. Lifetime and 12-month prevalence of eating disorders amongst women in mid-life: a population-based study of diagnoses and risk factors. BMC Med. 2017; 15:12
5. Sangvai D, Eating disorders in the primary care setting. Prim Care. 2016;43(2):301-12.
6. Williams PM, Goodie J, Motsinger CD. Treating eating disorders in primary care. Am Fam Physician, 2008;77:187-97.
7. Amerikan Psikiyatri Birliği (2014) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabından, çev. Yay. Yön. Köroğlu E, Ankara:Hekim-

- ler Yayın Birliği.
8. Harrington B, Jimmerson M. Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am Fam Physician*; 2015, 91(1):46–52
 9. Aydemir Ö, Köksal B, Sapmaz Ş et al. Reliability and validity of Turkish form of SCOFF Eating Disorders Scale. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2015; 16(Supplement 1): 31-35
 10. Makino M, Tsuboi K, Dennerstein L. Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries. *Med Gen Med.* 2004; 27; 6(3):49
 11. Currin L, Schmidt U, Treasure J et al. Time trends in eating disorder incidence. *Br J Psychiatry.* 2005;186:132-5.
 12. Fairburn CG, Brownell KD. (2002) *Eating Disorders and Obesity*, second edition, New York, London. The Guilford Press.
 13. Katzman D. Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: a review of the literature. *Int J Eat Disord.* 2005;37(suppl):s22–59.
 14. Walsh JME, Wheat ME, Freund K. Detection, evaluation and treatment of eating disorders. *J Gen Intern Med.* 2000;15:577–90.
 15. Veronese N, Solmi M, Rizza W. Vitamin D status in anorexia nervosa: A meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2015;48(7):803-13.
 16. Örsel SE, Erol A. (2013). Yeme bozukluklarında klinik seyir ve sonlanım. Aklın T. (Ed), *Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı* (s. 139-146). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları
 17. Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry 11. Basım (Bozkurt A. Çev. Ed.) Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri, s509-522.
 18. Yücel B. (2013). Anoreksiya nervosada yataklı servis tedavisi. Aklın T. (Ed), *Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı* (s. 139-146). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları
 19. Hudson J, Hirpi E, Pope HG et al. The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry.* 2007;61:348-58
 20. Mitchell JE, Crow S. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry.* 2006; 19(4):438–43
 21. Lewandowski LM, Geding TA, Anthony JL et al. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatment studies for bulimia. *Clin Psychol Rev.* 1997;17(7):703- 18.
 22. Romano SJ, Halmi KA, Sarkar NP et al. A placebo-controlled study of fluoxetine in continued treatment of bulimia nervosa after successful acute fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry.* 2002;159(1):96-102.
 23. Vardar E, Erzen M. Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. *Türk Psikiyatri Derg.* 2011; 22:205-212.
 24. Fairburn C, Doll HA, Welch SL, et al. Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55(5):425–32.
 25. Iacovino JM, Gredysa DM, Altman M et al. Psychological treatments for binge eating disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2012; 14:432-446.

Bölüm 30

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE CİNSEL İŞLEV BOZULUKLARI

Sertaç ZENGİL¹

GİRİŞ

Cinsellik yaşamın doğal ve sağlıklı bir parçası olduğu halde bizler cinsellik konusunda öğrenmeyi yüreklendirmeyen bir kültür ve eğitim sisteminden geliyoruz. Dolayısıyla cinsel sorunların konuşulmasının zor olduğu bir toplumda yaşıyoruz. Bu durum elbette hekim hasta ilişkisine de yansımaktadır. Kişiler cinsel sorunlarını hekimlere açmakta da genel olarak zorlanmaktadırlar. Aile hekimliği hastaların sorunlarına biyopsikososyal yönden yaklaşımları ve ilişkinin sürekliliği açısından çok değerli bir konuma sahiptir. Bu nedenle cinsel işlev bozukluklarının saptanması açısından önemli bir işlevi bulunmaktadır. Çoğu hekim hastanın kendisi ifade etmedikçe cinsel işlevleri hakkında sorgulamaktan kaçınmaktadır. Bu yetersiz değerlendirme cinsel işlev bozukluklarının tanı ve tedavisinde yetersizliğe yol açmaktadır. Cinsel işlev bozuklukları yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkilerinden dolayı aslında oldukça önemli bir halk sağlığı sorunudur. Her iki cinsiyeti de kapsayacak şekilde ele alırsak her 3 kişiden birinin hayatının bir döneminde en az bir kez cinsel işlev bozukluğu yaşadığını söyleyebiliriz. Yaygınlığına rağmen cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin tıbbi tedavi amacı ile başvurma oranları çok düşüktür ve yaygınlığı bu kadar yüksek olan bir sorunun erken tanınması ve tedavisinde birinci basamak sağlık kurumlarında görev yapan aile hekimlerinin rolü çok önemlidir. Aile hekimleri cinsel öykü alma tekniğini, cinsel işlev bozukluklarını, etyoloji ve ayırıcı tanısını bilmeli, temel danışmanlık vasıtası ile cinsel sorunlara yardımcı olabilmeli, tedavisini üstlenemeyeceği bir cinsel işlev bozukluğu söz konusu ise başvuran kişiyi ve partnerini bilgilendirmeli ve ilgili branş uzmanına yönlendirmelidir.

¹ Psikiyatri uzmanı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, sertaczengil@hotmail.com

Cinsel işlev bozuklukları toplumda sık rastlanan, birçok kronik hastalık ve tedavide kullanılan ilaçlar ile ilişkili olabilen ve yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkilerinden dolayı aslında oldukça önemli bir halk sağlığı sorunudur. Birinci basamak sağlık kurumları cinsel işlev bozukluklarının tespit edilmesinde çok değerli bir konuma sahiptir. Bu nedenle birinci basamakta görev yapan hekimlerin cinsel sağlık ve cinsel işlev bozuklukları hakkında bilgi sahibi olmaları çok önemlidir. Cinsel işlev bozukluklarının tespiti ve tedavisinde aile hekimlerine cinsel öykü alma, cinsel sağlık konusunda danışmanlık verme, danışan kişileri doğru yönlendirme konularında önemli görevler düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak sağlık hizmetleri, cinsel işlev bozuklukları, cinsel sağlık

KAYNAKLAR

1. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi. Bilgilendirme Dosyası-1. Cinsel Yaşam Ve Sorunları. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği; Ed. Şahin D, Şimşek F, Seyisoğlu H. 2006. (14.08.2019 tarihinde http://www.cetad.org.tr/doc/bilgilendirme_dosyasi_1.pdf adresinden ulaşılmıştır)
2. Yıldırım EA. Sağlıklı ve doyumlu cinsel yaşam, cinsel haklar ve etik: Danışmanlıktan cinsel terapiye psikiyatristin rolü ve sınırları. Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim/Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi 2014;4(4)307-16.
3. İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. Klinik Psikiyatri 2004;3:3-13.
4. Atan A, Yeşil S, Polat F. Testosteron replasmanı ve kardiyovasküler yan etkileri . Androl Bul. 2017;19(4):127-30.
5. Oliver JL, Kavoussi PK, Smith RP, et al. The role of regulatory proteins and S-nitrosylation of endothelial nitric oxide synthase in the human clitoris: implications for female sexual function. J Sex Med 2014;11(8):1927-35.
6. APA. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM 5). Washington, DC, American Psychiatric Association.
7. Ege E, Akın B, Yaralı Arslan S, et al. Sağlıklı kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve risk faktörleri. TUBAV Bilim Dergisi 2010;3:137-44.
8. Oksuz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. J Urol. 2006;175(2):654-8.
9. 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.
10. Cayan S, Akbay E, Bozlu M, et al. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. Urol Int. 2004;72(1):52-7.
11. Şahin D. Kadın cinsel işlev bozuklukları. Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim / Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi 2014;4(4)339-46.
12. Ackard DM, Kearney-Cooke A, Peterson CB. Effect of body image and self-image on women's sexual behaviors. Int J Eat Disord 2000;28:422-9.
13. Berman L, Berman J, Miles M, et al. Powell JA. Genital self-image as a component of sexual health: Relationship between genital self-image, female sexual function, and quality of life measures. J Sex Marital Ther. 2003;29(1):11-21.
14. Witting K, Santtila P, Rijdsdijk F, et al. Correlated genetic and non-shared environmental influences account for the co-morbidity between female sexual dysfunctions. Psychol Med. 2009;39:115-27.
15. Meston CM, Gorzalka BB. Differential effects of sympathetic activation on sexual arousal in

- sexually dysfunctional and functional women. *J Abnorm Psychol* 1996;105:582-91.
16. Kelly MP, Strassberg DS, Kircher JR. Attitudinal and experiential correlates of anorgasmia. *Arch Sex Behav* 1990;19:165-77.
 17. Komisaruk BR, Whipple B, Crawford A, et al. Kalnin A, Mosier K. Brain activation during aginocervical selfstimulation and orgasm in women with complete spinal cord, injury: fMRI evidence of mediation by the vagus nerves. *Brain Res* 2004;1024:77-88.
 18. Lew-Starowicz M, Gellert R. The sexuality and quality of life of hemodialyzed patients-ASED multicenter study. *J Sex Med* 2009;6:1062-71.
 19. Zorzon M, Zivadinov R, Bosco A, et al. Moretti R, Bonfigli L, Morassi P, Iona LG, Cazzato G. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: A case-control study. I. Frequency and comparison of groups. *Mult Scler* 1999;5:418-27.
 20. Diemont WL, Vrugink PA, Meuleman EJ, Doesburg WH, Lemmens WA, Berden JH. Sexual dysfunction after renal replacement therapy. *Am J Kidney Dis* 2000;35:845-51.
 21. Berman JR, Berman L, Goldstein I. Female sexual dysfunction: Incidence, pathophysiology, evaluation, and treatment options. *Urology* 1999;54:385-91.
 22. Montejo-Gonzalez AL, Llorca G, Izquierdo JA, et al. Bousono M, Calcedo A, Carrasco JL, Ciudad J, Daniel E, De LA Gandara J, Derecho J, Franco M, Gomez MJ, Macias JA, Martin T, Perez V, Sanchez JM, Sanchez S, Vicens E. SSRI-induced sexual dysfunction: Fluoxetine, paroxetine, sertraline, and fluvoxamine in a prospective, multicenter, and descriptive clinical study of 344 patients. *J Sex Marital Ther.* 1997;23:176-94.
 23. Sungur MZ. Evaluation of couples referred to a sexual dysfunction unit and prognostic factors in sexual and marital therapy. *Sexual and Marital Therapy*, 1994;9(3):251-65.
 24. Yıldırım EA, Akyüz F, Hacıoğlu M, et al. Cinsel işlev bozuklukları Kliniğine Başvuran Olgularda Başvuru Yakınması ile Klinik Tanı Arasındaki ilişki. *Noropsikiatri Arsivi*. 2011;48:24-30
 25. Tuğrul C, Kabakçı E. Vaginismus and its correlates. *Sex Marital Ther.* 1997;12(1):23-34
 26. Seyed HS. Vaginismus: A Review of literature and recent updated treatments. *International Journal of Medical Reviews*. 2014;1(3):97-100.
 27. Yetkin N. (2001). Vajinismus. Yetkin, N., İncesu, C. (Ed.), *Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf-lar Serisi içinde* 88-91. İstanbul: Roche Müstahzarları.
 28. Sadock VA. (2007). *Comprehensive Textbook of psychiatry*. (Aydın H, Bozkurt A Çev. Ed.) Ankara: Güneş Kitabevi.
 29. Biswas A, Ratnam SS. Vaginismus and outcome of treatment. *Ann Acad Med Singapore* 1995; 24:755-758.
 30. Ward E, Ogden E. Experiencing vaginismus-sufferers' beliefs about causes and effects. *J Sex Marital Ther* 1994; 9:33-45.
 31. Yargıç İ, Kayır A. Vajinismus: Bir Grup Psikoterapisi Sunumu. *Düşünen Adam*; 1996,9(1): 31-4.
 32. Taştan K, Işık M. Vajinismus Tedavisinde Hipnoterapi: Bir Olgu Sunumu. *Ankara Med J*. 2015;15(1):35-7.
 33. Güleç G, Eşsizoglu A. Erkekler; sık rastlanan cinsel sorunlar ve işlev bozuklukları. *Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim / Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi*. 2014;4(4):347-61.
 34. Doğan S. Cinsel işlev bozuklukları, depresyon ve antidepresanlar. *Journal of Mood Disorders*. 2011;1(2):81-6.
 35. Moreira ED, Dale BG, Alfredo N, et al. Sexual problems and helpseeking behaviour in adults in the United Kingdom and Continental Europe. *BJU Int*. 2008;101:1005-11.
 36. Gereklioğlu Ç, Başhan İ, Akpınar E. Erkek Cinsel İşlev Bozukluklarında Aile Hekimliği Yaklaşımı. *Marmara Medical Journal* 2010;23(2):308-315.
 37. Kennedy SH, Rizvi H. Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants. *J Clin Psychopharmacol*. 2009;29(2):157-64.
 38. Yılmaz E, Zeytinci İE, Sarı S, et al. Çilli AS, Kucur R. Konya İl Merkezi'nde Yaşayan Evli Nüfusta Cinsel Sorunların Araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2010;21(2):126-34.
 39. Giuliano F, Clément P. Physiology of ejaculation: emphasis on serotonergic control. *Eur Urol*. 2005;48:408-17.
 40. Serefoglu EC, Saitz TR. New insights on premature ejaculation: a review of definition, classifi-

- cation, prevalence and treatment. *Asian Journal of Andrology*. 2012;14:822-29.
41. Brackett NL, Ferrell SM, Aballa TC, et al. An analysis of 653 trials of penile vibratory stimulation in men with spinal cord injury. *J Urol*. 1998;159:1931-4.
 42. Sonksen J, Ohl DA. Penile vibratory stimulation and electroejaculation in the treatment of ejaculatory dysfunction. *Int J Androl*. 2002;25:324-332.
 43. Güneş M, Akçalı H, Dede O, et al. Bulut M, Demir S, Atlı A, Sır A. Prematür Ejakülasyon Olgularında Cinsel Mitlere İnanma Düzeyi *Dicle Med J*. 2016; 43 (2): 319-328.
 44. Xia JD, Han YF, Pan F, et al. Clinical characteristics and penile afferent neuronal function in patients with primary delayed ejaculation. *Andrology*. 2013;1:787-92.
 45. Kaplan HS. Cinsel Terapi El Kitabı. Ck yayınları:01. Ankara, Ck yayınevi, 2010.
 46. NIH consensus development panel on impotence. *JAMA*. 1993;270:83-90.
 47. Akkus E, Kadioğlu A, Esen A, et al. (Turkish Erectile Dysfunction Prevalence Study Group). Prevalence and correlates of erectile dysfunction in Turkey: A Population Based Study. *Eur Urol*. 2002;41:125-33.
 48. Gürbüz Tükel A. Erektile Disfonksiyon Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics. 2009;2(4):28-33.
 49. Kayıkçı MA. Erektile Disfonksiyona Genel Bir Bakış: Epidemiyoloji ve Etiyoloji. *Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics*. 2013;6(2):7-11
 50. Rosen CR. Erektile işlev bozukluğu tıbbi ve psikolojik aklaşımaların entegrasyonu. Leiblum SR (ed). Cinsel Terapi İlkeleri ve Uygulamaları. Bolat F, Gül AH (Çev). Kısa C. (çev ed) Ck yayınları:6 Ck yayınevi, 2013:297-330.
 51. Lue TF. Erectile dysfunction. *N Engl J Med*. 2000;342:1802-13.
 52. McMahon CG. Treatment of erectile dysfunction with chronic dosing of tadalafil. *Eur Urol*. 2006;50:215-17.
 53. Vignozzi L, Filippi S, Morelli A, et al. Effect of chronic tadalafil administration on penile hypoxia induced by cavernous neurotomy in the rat. *J Sex Med*. 2006;3:419-31.
 54. Wespes E, Amar E, Hatzichristou D, et al. Montorsi F, Pryor J, Vardi Y. EAU Guidelines on erectile dysfunction: an update. *Eur Urol*. 2006;49:806-15.
 55. Başar K Yüksel Ş. Çocukluktan yetişkinliğe cinsiyet kimliği ile ilgili sorunlar: uygun değerlendirme ve izlem. *Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim / Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi*. 2014;4(4):389-404.
 56. Özsungur B. Cinsel Kimlik Gelişimi ve Cinsel Kimlik Bozukluğunda
 57. Değişkenler: Gözden Geçirme. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2010;17(3):163-74.
 58. Adelson LS. Practice Parameter on Gay, Lesbian, or Bisexual Sexual Orientation, Gender Non-conformity, and Gender Discordance in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2012;51(9):957-74.
 59. Wallien MS. Psychosexual Outcome of Gender-Dysphoric Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2008; 47(12):1413-23.

Bölüm 31

BİRİNCİ BASAMAKTA ANTİDEPRESAN KULLANIMLARI

Onur GÖKÇEN¹

GİRİŞ

Ruh sağlığı bozuklukları gerek sıklığı, gerekse neden olduğu sosyoekonomik kayıplar nedeniyle önemli halk sağlığı sorunları arasındadır. Bu bozukluklardan müzdarip kişiler, dünyanın birçok yerinde olduğu gibi ülkemizde de birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanmaktadır. Ulaşım kolaylığı, maliyet düşüklüğü, etkinliği ve kurulan hasta hekim ilişkisinin devamlılığı açısından birinci basamak sağlık hizmetleri bu bozuklukların tedavi ve rehabilitasyonunda önemlidir. Depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk ve travma ile ilişkili bozukluklar gibi bir çok bozuklukta bir tedavi seçeneği olarak antidepresanlar kullanılmaktadır. Bu ilaçların birinci basamakta doğru ve etkin kullanımı bu bozuklukların tedavi başarısını artıracak, neden oldukları sosyoekonomik kayıpları ve tedavi maliyetleri azaltacaktır.

1.RUH SAĞLIĞI BOZUKLUKLARININ BİRİNCİ BASAMAKTA ÖNEMİ

Ruh sağlığı bozuklukları önemli halk sağlığı sorunlarından. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tahminlerince Avrupa'da 2015 yılında ruhsal bozuklukların yaygınlığı 110 milyon kişidir ve genel popülasyonun yaklaşık %12'sine denk gelmektedir. En sık görülenlerin 44,3 milyon kişi ile depresyon ve 37,3 milyon kişi ile anksiyete bozuklukları olduğu bildirilmiştir (1). 2010 yılında yapılan Global Hastalık Yüku (Global Burden of Disease-GBD) çalışmasında Yetiyitimine Uyarlanmış Yaşam Yılı (YUYU, Disability Adjusted Life Year-DALY) ölçümlerine göre dünyada toplam yetiyitiminin %7,4'ü ruh sağlığı ve madde kullanım bozuklukları nedeni olmaktadır. Bu gruptaki hastalıkların yol açtığı yetiyitimi yılının %24,5'ini majör

¹ Ruh Sağlığı Hastalıkları Uzmanı, T.C. Sağlık Bakanlığı Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi, onurgokcen29@gmail.com

alımı yapmaz. Depresyon ve uyku ile ilgili belirtilerde olumlu sonuçlar verdiği bildirilmiştir. Karaciğer transaminazlarında geçici yükselik yapabilir. Karaciğer bozukluklarında başlanmamalıdır (6, 27).

2.2.4. Birinci Basamak Antidepresan Kullanımında İzlem

Antidepresan başlanan hastalar özellikle tedavinin ilk evrelerinde yakın izlenmelidir (34, 52, 56). Antidepresan seçiminde ek bedensel hastalıklara, kullanılan diğer ilaçlara dikkat edildiği gibi, ilacın devamında da bu durumlar açısından dikkatli olunmalıdır. Özellikle depresyon, uyku bozuklukları ve anksiyete bozukluklarında günlük yaşam aktivitelerini düzenleyici öneriler verilmeli, imkan varsa bilişsel davranışçı terapi ilaç dışı tedavi yaklaşımlarına yönlendirilmelidir (11).

İlaçların etkili doz ve sürede kullanılması gerektiği bilgisi verilmeli, ilaç uyumunu bozabilecek, cinsel yan etkiler, kilo alımı gibi durumlar izlenmelidir.

Tedavinin her evresinde intihar riski sorgulanmalıdır.

Birinci basamak izlemde bazı durumlar varsa psikiyatrist bulunan bir üst merkeze yönlendirmek gerekir.

- Antidepresan tedavi sırasında mani/hipomani belirtileri saptanırsa
- Daha önce olmayan psikotik belirtiler saptanırsa
- Hasta gebe ve emziriyor ise (sertralinin diğer antidepresanlara göre plasentadan daha az geçtiği bildirilse de gebelik sırasında antidepresan kullanımının riskleri vardır. Psikiyatri ve kadın doğum izlemine ihtiyaç duyulabilir)
- Kendine zarar verme/intihar durumu varsa
- Etkili doz ve süre kullanıma rağmen tedavi yanıtı yoksa
- Eşlik eden fiziksel hastalıklar ek tedaviler gerektiriyorsa hasta psikiyatrist bulunan bir üst merkeze yönlendirilmelidir.

SONUÇ

Ruh sağlığı hizmeti bir ekip çalışması içerisinde yürütülmelidir. Aile hekimi ve birinci basamağın diğer kısımlarında hizmet veren pratisyen hekimler bu ekibin önemli bir parçasıdır (57). Birinci basamak hekimlerince antidepresanların kullanımlarının, etki ve yan etki profillerinin bilinmesi, depresyon ve diğer ruh sağlığı bozukluklarının doğru yönetilmesini sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: birinci basamak, antidepresan, ruh sağlığı

KAYNAKLAR

1. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/404851/MNH_FactSheet_ENG.pdf?ua=1. (Erişim tarihi:07.10.2019)
2. Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L, et al. The global burden of mental, neurological and

- substance use disorders: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. *PloS one*. 2015;10(2):e0116820.
3. Vos T, Barber RM, Bell B, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*. 2015;386(9995):743-800.
 4. Vos T, Allen C, Arora M, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*. 2016;388(10053):1545-602.
 5. Erol N, Kiliç C, Ulusoy M, et al. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. 1998.
 6. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 13. Baskı, Ankara. Nobel Tıp Kitapevleri. 2015.
 7. <https://shgmarge.saglik.gov.tr/TR,49854/turkiye-ruh-sagligi-profilii---2-arastirmasi-devam-etmektedir.html>
 8. Breslow AS, Tran NM, Lu FQ, et al. Depression Treatment Expenditures for Adults in the USA: a Systematic Review. *Current psychiatry reports*. 2019;21(10):105.
 9. Collins PY, Patel V, Joestl SS, et al. Grand challenges in global mental health. *Nature*. 2011;475(7354):27.
 10. Esponda GM, Hartman S, Qureshi O, et al. Barriers and facilitators of mental health programmes in primary care in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*. 2019.
 11. Yalçın BM, Öztürk O. Birinci Basamakta Depresyon Tedavisine Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*. 2017;8(1):29-37.
 12. Chibanda D. Programmes that bring mental health services to primary care populations in the international setting. *International Review of Psychiatry*. 2018;30(6):170-81.
 13. Ansseau M, Dierick M, Buntinx F, et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of affective disorders*. 2004;78(1):49-55.
 14. Üstün TB, Sartorius N. Mental illness in general health care: an international study: John Wiley & Sons; 1995.
 15. Williamson PS, Yates WR. The initial presentation of depression in family practice and psychiatric outpatients. *General hospital psychiatry*. 1989;11(3):188-93.
 16. Cooper-Patrick L, Crum RM, Ford DE. Characteristics of patients with major depression who received care in general medical and specialty mental health settings. *Medical care*. 1994;15-24.
 17. Schwenk TL, Coyne JC, Fechner-Bates S. Differences between detected and undetected patients in primary care and depressed psychiatric patients. *General hospital psychiatry*. 1996;18(6):407-15.
 18. Simon GE, VonKorff M. Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. *Archives of family medicine*. 1995;4(2):99-105.
 19. Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, et al. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR* D: implications for clinical practice. *American journal of Psychiatry*. 2006;163(1):28-40.
 20. Gaynes BN, Rush AJ, Trivedi MH, et al. Major depression symptoms in primary care and psychiatric care settings: a cross-sectional analysis. *The Annals of Family Medicine*. 2007;5(2):126-34.
 21. Kennedy SH. A review of antidepressant therapy in primary care: current practices and future directions. *The primary care companion for CNS disorders*. 2013;15(2).
 22. Pratt LA, Brody DJ, Gu Q. Antidepressant Use among Persons Aged 12 and Over: United States, 2011–2014. *NCHS Data Brief*. Number 283. National Center for Health Statistics. 2017.
 23. Iacobucci G. NHS prescribed record number of antidepressants last year. *BMJ*. 2019;364:l1508.
 24. Takayanagi Y, Spira AP, Bienvenu OJ et al. Antidepressant use and lifetime history of mental disorders in a community sample: results from the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Study. *The Journal of clinical psychiatry*. 2015;76(1):40.
 25. Mojtabai R, Olfson M. Proportion of antidepressants prescribed without a psychiatric diagnosis is growing. *Health Affairs*. 2011;30(8):1434-42.

26. Jureidini J, Tonkin A. Overuse of antidepressant drugs for the treatment of depression. *CNS drugs*. 2006;20(8):623-32.
27. Taylor DM, Barnes TR, Young AH. The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry: John Wiley & Sons; 2018.
28. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *Jama*. 2010;303(1):47-53.
29. Linde K, Kriston L, Rucker G, et al. Efficacy and acceptability of pharmacological treatments for depressive disorders in primary care: systematic review and network meta-analysis. *The Annals of Family Medicine*. 2015;13(1):69-79.
30. Geddes JR, Carney SM, Davies C, et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *The Lancet*. 2003;361(9358):653-61.
31. Glue P, Donovan MR, Kolluri S, et al. Meta-analysis of relapse prevention antidepressant trials in depressive disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2010;44(8):697-705.
32. Bauer M, Pfennig A, Severus E, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. *The world journal of biological psychiatry*. 2013;14(5):334-85.
33. <https://www.nice.org.uk/guidance/GID-CGWAVE0725/documents/short-version-of-draft-guideline> (Erişim tarihi:07.10.2019)
34. Gökçen O, Özer S, Şen ZD. Major Depresyon Hastalarında Yaşam Boyu Hipomanik Belirtiler ve Aktivasyon Sendromu İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2019;30(1).
35. van Geffen EC, Gardarsdottir H, van Hulten R, et al. Initiation of antidepressant therapy: do patients follow the GP's prescription? *Br J Gen Pract*. 2009;59(559):81-7.
36. Lichtigfeld FJ, Gillman MA. Antidepressants are not drugs of abuse or dependence. *Postgraduate medical journal*. 1998;74(875):529-32.
37. Segal ZV, Pearson JL, Thase ME. Challenges in preventing relapse in major depression: report of a National Institute of Mental Health Workshop on state of the science of relapse prevention in major depression. *Journal of affective disorders*. 2003;77(2):97-108.
38. Baldessarini RJ, Tondo L, Ghiani C, et al. Illness risk following rapid versus gradual discontinuation of antidepressants. *American Journal of Psychiatry*. 2010;167(8):934-41.
39. Taylor D, Stewart S, Connolly A. Antidepressant withdrawal symptoms—telephone calls to a national medication helpline. *Journal of affective disorders*. 2006;95(1-3):129-33.
40. Hammad TA, Laughren T, Racoosin J. Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Archives of general psychiatry*. 2006;63(3):332-9.
41. Stone M, Laughren T, Jones ML, et al. Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *Bmj*. 2009;339:b2880.
42. Paykel E, Ramana R, Cooper Z, et al. Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychological medicine*. 1995;25(6):1171-80.
43. Judd LL, Paulus MJ, Schettler PJ, et al. Does incomplete recovery from first lifetime major depressive episode herald a chronic course of illness? *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(9):1501-4.
44. Nierenberg AA, Wright EC. Evolution of remission as the new standard in the treatment of depression. *The Journal of clinical psychiatry*. 1999;60:7-11.
45. Nierenberg A, Husain M, Trivedi M, et al. Residual symptoms after remission of major depressive disorder with citalopram and risk of relapse: a STAR* D report. *Psychological medicine*. 2010;40(1):41-50.
46. Sapin C, Fantino B, Nowicki M-L, et al. Usefulness of EQ-5D in assessing health status in primary care patients with major depressive disorder. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2004;2(1):20.
47. Stahl SM, Stahl SM. Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications: Cambridge university press; 2013.

48. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *The lancet*. 2009;373(9665):746-58.
49. Fineberg NA, Reghunandanan S, Brown A, et al. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder: evidence-based treatment and beyond. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2013;47(2):121-41.
50. Waring WS. Clinical use of antidepressant therapy and associated cardiovascular risk. *Drug, healthcare and patient safety*. 2012;4:93.
51. Michelson D, Amsterdam JD, Quitkin FM, et al. Changes in weight during a 1-year trial of fluoxetine. *American Journal of Psychiatry*. 1999;156(8):1170-6.
52. Culpepper L, Davidson JR, Dietrich AJ, et al.. Suicidality as a possible side effect of antidepressant treatment. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*. 2004;6(2):79.
53. Daveney J, Panagioti M, Waheed W, et al. Unrecognized bipolar disorder in patients with depression managed in primary care: A systematic review and meta-analysis. *General hospital psychiatry*. 2019.
54. Skop BP, Brown TM. Potential vascular and bleeding complications of treatment with selective serotonin reuptake inhibitors. *Psychosomatics*. 1996;37(1):12-6.
55. de Abajo FJ, Garcia-Rodriguez LA. Risk of upper gastrointestinal tract bleeding associated with selective serotonin reuptake inhibitors and venlafaxine therapy: interaction with nonsteroidal anti-inflammatory drugs and effect of acid-suppressing agents. *Archives of General Psychiatry*. 2008;65(7):795-803.
56. Egger C, Muehlbacher M, Nickel M, et al. A review on hyponatremia associated with SSRIs, reboxetine and venlafaxine. *International journal of psychiatry in clinical practice*. 2006;10(1):17-26.
57. <http://www.psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/7/ruh-sagligi-sorunlari-olanlar-once-kime-basvur-mali>. (Erişim tarihi:07.10.2019)

Bölüm 32

AFETLERDE PSİKİYATRİK İLK YARDIM

Ayşegül TAŞDELEN KUL¹

GİRİŞ

Afetler, normal yaşamı kesintiye uğratan, maddi ve manevi büyük kayıplar doğuran, etkilenen toplumun kendi imkanlarıyla üstesinden gelemeyeceği, beklenmedik travmatik olaylardır. Deprem, sel gibi doğa olayları, kazalar, patlamalar, savaşlar, terör saldırıları gibi pek çok şekilde olabilir. Ölüm, yaralanma, beslenme ve barınma sorunları, ulaşım güçlükleri, sağlık hizmetlerinde aksaklıklar, altyapı sorunları, ekonomik kayıplar gibi çok yönlü kötü sonuçları vardır (1, 2).

Afetlerin kişi için ruhsal travma oluşturma olasılığı bulunur. Kişide aşırı korku, dehşet, çaresizlik hissi oluşturan, kişinin yaşamsal bütünlüğünü tehdit eden, çoğu kez olağandışı ve beklenmedik olayların yol açtığı etkiler ruhsal travma olarak adlandırılır (3). Afetin travmatik etkilerini azaltmak ve travma ile oluşabilecek psikiyatrik hastalıkları engellemek için afet sonrası diğer yardım müdahalelerine ek olarak psikiyatrik ve psikososyal ilk yardım müdahalelerini bilmek ve uygulamak önemlidir. Bu amaç doğrultusunda öncelikle afetlerden sonra sık görülen olağan tepkiler, sürecin gidişatı ve ilişkili psikiyatrik hastalıklar hakkında bilgi sahibi olunması gereklidir (4, 5).

AFETLERİN PSİKOSOSYAL ETKİLERİ

Afetler herkesi aynı şekilde etkilemez; etkileri afetin türüne, şiddetine, afetzedenin sosyokültürel ve ekonomik durumuna, etkilenme boyutuna ve benzeri birçok etmene bağlı olarak değişir. Hayatta kalma endişesi, temel ihtiyaçlara yönelik endişeler, yakın kaybı, sağlığın kaybı veya iş kaybı gibi ekonomik kayıplar nedeniyle üzüntü, yas, kaygı, korku, huzursuzluk, sinirlilik, uyku bozuklukları, kişiler arası ilişkilerde bozulma, içe kapanma gibi durumlar çok sık görülmekte ve psikiyatrik

¹ Psikiyatri Uzmanı, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi aysegultasdelenkul@gmail.com

Afet sonrası 6 aydan sonra afetzedeler büyük oranda günlük hayatlarına dönmüşlerdir. Felaketin uzun vadeli olumsuz sonuçları görülebilmektedir. Akut fazda olduğu gibi normal tepkiler göz önünde bulundurulmalıdır. Bunlar arasında psikiyatrik hastalık ölçütlerini karşılamayan bulgular, acı verici anılar, afetin tekrarlaması korkusu, sağ kalma suçluluğu, manevi anlam bulma çabaları şeklindeki tepkiler sayılabilir. Afetten etkilenen kişiler daha yapılandırılmış koşullar altında (hastane gibi) izlenir. Bu aşamadaki temel hedefler ölçütlere uygun psikiyatrik değerlendirmenin sağlanarak, sendromların belirlenmesi ve uygun tedavi ve sevklerin yapılmasıdır. Alkol ve madde kullanımı belirlenmelidir (2, 5, 6, 9). TSSB oldukça belirgin sıkıntı ortaya çıkartan bir psikiyatrik patolojidir ve kişiler arası ilişkilerde, sosyal yaşam ve iş yaşamıyla ilgili işlevsellikte önemli bozulmaya yol açar. Devam eden travma sonrası stres bozukluğu semptomları, mesleki ve sosyal işlevsellikte bozulmalar atlanmamalıdır. TSSB hastalarının tanı, tedavi ve rehabilitasyonuna bu aşamada devam edilmelidir (3, 10).

TSSB de tedavinin amaçları belirtilerin azaltılması ve uyuma yönelik işlevselliğin geliştirilmesi, normal hayata dönüşün sağlanmasıdır. TSSB de antidepresanlar, adrenerjik blokörler, duyu durum düzenleyicileri, benzodiazepinler gibi ilaç tedavileri kullanılabilirle birlikte travma terapisi konusunda uzmanlaşan kişilerce yapılan farklı psikoterapiler tedavide önemli yer tutar (2, 3).

SONUÇ

Afet sonrasında oluşan ruhsal tepkilerin çoğu hafif ve geçici olmakla birlikte, afetler, şiddetli olumsuz sonuçlar doğuran tepkilere, uzun vadede psikiyatrik hastalıkların oluşmasına veya kötüleşmesine yol açabilecek ruhsal travmalardır. Afet sonrası erken dönemde başlatılan, gerektiği sürece devam ettirilen müdahaleler ile normal travma yanıtının süresi kısaltılabilir, TSSB başta olmak üzere pek çok psikiyatrik hastalığın gelişmesi veya kötüleşmesi önlenabilir, semptomları azaltılabilir, işlevselliğin artırılması, gerçek manada normal hayata dönüş sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: afet, psikiyatrik, ilk yardım

KAYNAKLAR

1. Aker AT (2012) Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Travmaya Yaklaşım (1. Baskı) Ankara: TPD Yayınları
2. Robert J. Ursano RJ, Fullerton CS, Weisaeth L, et al, (2007) Textbook of Disaster Psychiatry NY: Cambridge University Press
3. Türkiye Psikiyatri Derneği Ruhsal Travma ve Afet Psikiyatrisi Çalışma Birimi (2019). Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar. (1. Baskı). Ankara: TPD Yayınları
4. Türkiye Psikiyatri Derneği Ruhsal Travma ve Afet Psikiyatrisi Çalışma Birimi (2014). Van-Erciş 2011 Depremleri, TPD Etkinlikleri ve Deneyimleri. (1. Baskı). Ankara: TPD Yayınları.
5. Norwood AE, Ursano RJ, Fullerton CS. Disaster psychiatry: principles and practice. Psychiatr Q. 2000 Fall;71(3):207-26.

6. Garakani A, Hirschowitz J, Katz CL. General disaster psychiatry *Psychiatr Clin North Am*. 2004 Sep;27(3):391-406.
7. Raphael B, Ma H. Mass catastrophe and disaster psychiatry. *Mol Psychiatry*. 2011 Mar;16(3):247-51. doi: 10.1038/mp.2010.68.
8. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth ed.). Arlington, VA: APA Publishing
9. Uğurlu M, BAKım B, Güveli M, et al. Afet Yaşantıları, Afet Psikiyatrisi ve Bingöl Depremi Sonrası Ruhsal Müdahale Programı. *Düşünen Adam*. 2003;16(4):203-210.
10. Farooqui M, Quadri SA, Suriya SS, et al. Posttraumatic stress disorder: a serious post-earthquake complication. *Trends Psychiatry Psychother*. 2017 Apr-Jun;39(2):135-143.

Bölüm 33

TRAVMA VE İLİŞKİLİ RUHSAL BOZUKLUKLAR

İbrahim GÜNDOĞMUŞ¹
Mehmet Sinan AYDIN²

GİRİŞ

Süreğen yaşam içerisinde her birey olumsuz yaşam olayları ile karşılaşabilmektedir. Fakat bireyin olağan başa çıkma mekanizmalarının boyutlarını aşan olumsuz yaşantılar, ruhsal yapı üzerinde özel etkiler bıraktığında bu tür deneyimleri ruhsal travma olarak tanımlayabiliriz (1, 2). Diğer bir ifadeyle bireyin olağan yaşamının dengesini koruma ve uyum sağlama süreçlerini etkileyen gerçek veya algılanan olağandışı yaşam olaylarıdır (3, 4). Ruhsal travma olarak adlandırılan bu olağandışı yaşam olayları; sel, deprem, fırtına gibi doğal olaylar olmasının yanı sıra hastalık, kaza, şiddet, tecavüz, işkence, ani ölüm, yaralanma, patlama, yangın, savaş gibi insan eliyle olan olayları da kapsamaktadır (5, 6). Burada önemli olan bir olayın travmatik olarak kabul görmesi için kesin kriterlerin olmadığı bilinmesidir (7). Yani olayın travma olarak nitelik kazanması kişiye göre değişmektedir. Olayın aniden yaşanması, kontrol edilememesi, şiddetli olması, başa çıkma mekanizmalarının yetersiz kalması, çaresizlik ve korku oluşturmaları gibi özellikler travma olarak değerlendirilmesi riskini artırmaktadır (8, 9).

Yaşanan olayı, sıradan olmaktan ayıran en önemli özelliğinin kişinin gelecek ve dünya bağlamında temel düşünce, duygu, yargı ve kabullerini sarsan olaylar olduğu söylenebilir. Ayrıca insanoğlunun fiziksel ve ruhsal gelişim evresi olarak kabul gören 18 yaş altında ruhsal travmalar çocukluk çağı travmaları olarak kabul görmektedir ve ayrıca önem arz etmektedir (10).

¹ Araştırma Görevlisi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, dibrabim06@gmail.com

² Uzman Doktor, Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, m.sinan.aydin@hotmail.com

kalmış kişilerde hastalık gelişmesini engellemek için erken müdahale önemlidir. Bu nedenle travma maruziyeti bulunan ve TSSB gelişmiş hastaların psikiyatri uzmanına yönlendirilmesi, bu süre zarfında iyi bir psikososyal destek sağlanması yerinde olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Travma sonrası stres bozukluğu, travma, ruhsal, akut stres bozukluğu.

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. Archives of general psychiatry 2002;59:139-45.
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. Archives of general psychiatry 2000;57:953-9.
3. Harvey MR. An ecological view of psychological trauma and trauma recovery. Journal of traumatic 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. Agaibi CE, Wilson JP. Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. Trauma, Violence, & Abuse 2005;6:195-216.
6. Çoban DA, Gündoğmuş İ. Comparison of posttraumatic stress disorder symptom profile according to sexual and non-sexual trauma types. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2019;20.
7. Calhoun LG, Tedeschi RG. Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide. New York: Routledge; 1999.
8. Coddington RD. The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children: II. A study of a normal population. Journal of psychosomatic research 1972;16:7-18.
9. Van der Kolk BA. Adolescent vulnerability to posttraumatic stress disorder. J Psychiatry 1985;48:365-70.
10. Gündüz A, Yaşar AB, Gündoğmuş İ, Konuk E. Adverse Childhood Events Turkish Form: validity and reliability study. Anatolian Journal of Psychiatry 2018;19:68-75.
11. Bolu A, Balıkcı A, Erdem M, et al. Cortical Excitability and Aggressive Behavior in Post-Traumatic Stress Disorder. Nöro Psikiyatri Arşivi 2015;52:73-8.
12. Gündoğmuş İ, İspir M, Bakkal O, et al. Trauma-Induced Dissociation and Psychosis: A Case Report. Bosphorus Medical Journal 2017;4:164-6.
13. Benjet C, Bromet E, Karam E et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. Psychological medicine 2016;46:327-43.
14. 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.
15. Breslau N. The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. J Trauma, Violence, Abuse 2009;10:198-210.
16. Javidi H, Yadollahie M. Post-traumatic stress disorder. J Int J Occup Environ Med 2012;3:2-9.
17. Frans Ö, Rimmö PA, Åberg L, et al. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. J Acta Psychiatrica Scandinavica 2005;111:291-0.
18. Johnson H, Thompson AJCpr. The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review. 2008;28:36-47.
19. Pennebaker JW, Susman JR. Disclosure of traumas and psychosomatic processes. J Social science medicine 1988;26:327-32.
20. White KP, Carette S, Harth M, et al. Trauma and fibromyalgia: is there an association and what

- does it mean? Seminars in arthritis and rheumatism 2000;29:200-16.
21. Mueser KT, Rosenberg SD, Goodman LA, et al. Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model. J Schizophrenia research 2002;53:123-43.
 22. Read J, van Os J, Morrison AP, et al. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. J Acta Psychiatrica Scandinavica 2005;112:330-50.
 23. Alvarez MJ, Roura P, Osés A, et al. Prevalence and clinical impact of childhood trauma in patients with severe mental disorders. J Nerv Ment Dis 2011;199:156-61.
 24. 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;26:1394-401.
 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, Cloitre M, van Ommeren M, Jones LM, 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. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014.
 29. Sadock B, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences. Philadelphia: Walters Kluwer; 2015.
 30. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of general psychiatry 1995;52:1048-60.
 31. Breslau N, Davis GC, Andreski P, et al. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. Archives of general psychiatry 1991;48:216-22.
 32. Tural U, Aker T, Onder E, et al. 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.
 33. Mason JW, Giller EL, Kosten TR, et al. Urinary free-cortisol levels in posttraumatic stress disorder patients. Journal of Nervous and Mental Disease 1986;174:145-9.
 34. Özgen F, Aydın H. Travma sonrası stres bozukluğu. Klinik Psikiyatri 1999;1:34-41.
 35. Geyran P. Psikolojik travma ve sonuçları: tarihsel arka plan ve güncel kavramlar üzerine gözden geçirme. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 2000;8:9-12.
 36. Sungur MZ. İkincil travma ve sosyal destek. Klinik Psikiyatri 1999;2:105-8.
 37. Aker AT, Okan T, Feyza Ç. Travma ve stresle ilişkili bozukluklar. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları; 2019.
 38. Annagür BB, Savaş HA. Depresyonda ekhastalık, ekhastalık olarak depresyon: Türkiye'de yapılmış çalışmaların gözden geçirilmesi. Journal of Mood Disorders 2011;1:87-94.
 39. Gradus JL, Qin P, Lincoln AK et al. Posttraumatic stress disorder and completed suicide. American journal of epidemiology 2010;171:721-7.
 40. Stewart SH, Pihl RO, Conrod PJ, Dongier M. Functional associations among trauma, PTSD, and substance-related disorders. Addictive behaviors 1998;23:797-812.
 41. Kılıç N, Şimşek N. Psikolojik ilk yardım ve hemşirelik. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2018;9:212-8.
 42. Black DW, Andreasen NC. Introductory textbook of psychiatry. Washington: American Psychiatric Pub; 2014.
 43. Brymer M, Layne C, Jacobs A et al. Psychological first aid field operations guide. National Child Traumatic Stress Network 2006.
 44. Demircioğlu M, Şeker Z, Aker AT. Psikolojik İlk Yardım: Amaçları, Uygulanışı, Hassas Gruplar ve Uyulması Gereken Etik Kurallar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar;11:351-62.

45. Kukuoğlu A. Doğal Afetler Sonrası Yaşanan Travmalar ve Örnek Bir Psikoeğitim Programı. *Afet ve Risk Dergisi* 2018;1:39-52.
46. Demirsoy N. Gevşeme Egzersizleri. *Türkiye Klinikleri Physical Medicine Rehabilitation-Special Topics* 2019;12:40-6.
47. Önder E, Tural Ü. Travma sonrası stres bozukluğunda tedavi kılavuzu. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları; 2004.
48. Hsley S, Sheikh T, Kim KY, et al. ECT therapy in PTSD. *American Journal of Psychiatry* 1999;156:494a-5.
49. Oznur 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.
50. 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.
51. 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;13:539-88.
52. Hoskins M, Pearce J, Bethell A, et al. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 2015;206:93-100.
53. Friedman MJ, Bernardy NC. Considering future pharmacotherapy for PTSD. *Neuroscience letters* 2017;649:181-5.
54. Han C, Pae C-U, Wang S-M, et al. The potential role of atypical antipsychotics for the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of psychiatric research* 2014;56:72-81.
55. Kirkpatrick HA, Heller GM. Post-traumatic stress disorder: theory and treatment update. *The International Journal of Psychiatry in Medicine* 2014;47:337-46.
56. 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;5:126-44.
57. 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. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2007;38:317-28.
58. Öztanrıöver S, Yaşar AB, Gündoğmuş İ, et al. Psikotik bozukluk hastalarında Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme Terapisinin hastalık belirtilerine ve hastaların işlevselliklerine etkisi: Olgu serisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2019;20.
59. Güler Ö, Altınbaş K, Selvi Y, et al. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitapevleri; 2019.

Bölüm 34

TOPLUM RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİ

Neslihan SEVİL¹

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık; “hastalık ya da sakatlığın olmaması, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali” dir. Ruh sağlığı ise ‘...bireyin kendi yetilerinin farkına vardığı, hayatın normal stresiyle baş edebildiği, üretken ve verimli bir şekilde çalışabildiği ve yaşadığı topluma katkıda bulunabildiği bir esenlik hali’ olarak tanımlanmaktadır (1). Kendisi, çevresi ile etkileşim halinde olan, kurduğu ilişkilerden doyum alan ve bunları yaparken yaşadığı toplumun kültürel, sosyal, ekonomik normlarına uyum sağlayabilen birey sosyal yönden sağlıklı olarak kabul edilir (2). Bunlar arasında denge bozulduğunda ruhsal bozukluklar ortaya çıkar.

Toplum ruh sağlığı terimi; bireyi ve etkileşimde bulunduğu çevreyi koruyan, tedavi eden, rehabilite eden tüm ruh sağlığı hizmetleri olarak tanımlanır (3). Dünyada toplum ruh sağlığı hizmetleri; hastane temelli model, toplum temelli model ve hastane-toplum psikiyatrisi modelinde denge modeli olarak üç bölümde sunulmaktadır (4).

Bu kitap bölümünde birinci basamak hekimlerine toplum ruh sağlığı hizmetlerinin tanıtılması amaçlanmıştır.

HASTANE TEMELLİ MODEL

Dünyada ruh sağlığı hastalarının tedavisinde kullanılan en eski ve geleneksel olan modeldir. 19. yüzyılda Avrupa’da şehir dışında yerleşen, yüksek duvarlı büyük hastaneler yapılmıştır. Günümüzde “deli hastanesi” veya “tımarhane” diye bilinen “Asylum” denilen depo hastaneleri 1500-2000 yatak kapasitesine sahiptir (5). Bu

¹ Uzm. Dr. Neslihan Sevil, Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, dr.neslihankemal@hotmail.com

duğu sonucuna varılmıştır (12). Ruhsal sağlık hizmetlerini sunabilmek ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarını tespit edebilmek için hastalıktan etkilenen kişi sayısının tespit edilmesi gerekir. Bu amaçla ruhsal hastalıkların yaygınlığını araştıran daha fazla epidemiyolojik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

SONUÇ

Türkiye’de, Avrupa ülkelerinde olduğu gibi bir ruh sağlığı yasası bulunmamaktadır. Ruhsal hastalıkların sosyal, ekonomik ve hukuki boyutları göz önüne alınarak, damgalamaya karşı hastaların haklarını koruyacak bir ruh sağlığı yasası çıkarılmalıdır.

Hastaneden topluma uzanan ruh sağlığı hizmetlerinin en önemli kolu olan toplum ruh sağlığı merkezleri yaygınlaştırılmalı ve işlevsellikleri artırılmaya çalışılmalıdır. Bu bağlamda diğer ülkelerdeki toplum temelli model daha kapsamlı bir şekilde analiz edilmelidir. Günümüzde hastanelerde yatarak tedavi görmüş ya da polikliniklerde takip edilen hastaların TRSM’lere yönlendirildiği denge modeli devam ettirilmektedir. Çoğu ülkede ise koruyucu hizmetler daha ön plandadır. TRSM’lerin koruyucu ve ruhsal iyileştirim anlamında çalışmalarını artırması beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Toplum ruh sağlığı, ruhsal hastalıklar, rehabilitasyon, damgalama

KAYNAKLAR

1. WHO The World Health Report: 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization.
2. Erci B. 2009. Halk Sağlığı Hemşireliği. (1. Baskı). Amasya: Göktuğ Yayıncılık.
3. Thomas R, Insel, MD. Arch Gen Psychiatry. 2009; 66(2):128-133.
4. Songur C, Saylavcı E, Kıran Ş. Avrupa’da ve Türkiye’de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Karşılaştırılması Olarak İncelenmesi, Social Sciences Studies Journal 2017;3(4):276-89.
5. Alataş G, Karaoğlu A, Arslan M, Yanık M. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. Nöropsikiyatri Arşivi 2009;46:25-9.
6. Ritter, L. A. Shirley, M. L. (2012). Community Mental Health. USA: Jones & Bartlett Learning.
7. Toplum ruh sağlığı merkezleri hakkında yönerge, Ankara 2011.
8. Yanık, M. (2007). Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirmeler ve Öneriler: Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi. Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar, (Ekim Özel Sayı), p.1-80.
9. Bilge A, Çam O, Engin E. 2013. Toplum Ruh Sağlığı,—Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı“. (1. Baskı). İstanbul Tıp Kitabevi, Kayhan Matbaa, s.889-900.
10. Bilge A, Mermer G, Çam O, Çetinkaya A, Erdoğan E, Uçkuyu N. Türkiye’deki Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin 2013-2015 yıllarının profili. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016;2:1-5.
11. Thornicroft G, Tansella M. Balancing Community-based and Hospital-based Mental Health Care. World Psychiatry 2002;2:84-90.
12. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı / 2011-2023, Ankara 2011.

13. WHO. Mental Health Atlas. Geneva: World Health Organization. 2011.
14. Wiersma ve ark., 1998 evaluation of 15 candidate genes for dilated cardiomyopathy in the newfoundland dog.
15. Arieti S. 2008. Bir Şizofreni Anlamak: Aile ve Arkadaşlar İçin Rehber, Eti A, Çev. İstanbul: Doruk Yayınları;
16. Carson VB, Arnold EN (1996) Mental Health Nursing The Nurse - Patient Journey. W.B. Saunders Company: Philadelphia.
17. Bilge A. Toplum ruh sağlığı. Çam O, Engin E, editörler. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2014. p.894-6.
18. Erkoç ve ark (2011) Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 29-34.
19. Boyle S. United Kingdom (England): Health system review. Health Systems in Transition 2011;13(1):21-44.
20. Ulaş H. 2008. Türkiye Psikiyatri Derneği ve Basın Bülteni: Ekonomik Kriz ve Ruh Sağlığı. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni;11(3):35-8.
21. Killaspy H. From the asylum to community care: learning from experience. Br Med Bull 2006;79-80:245-58.
22. Ulaş H (2008) Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye'de Psikiyatrik Hizmetler, Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni; 11(2), 2-12.
23. Munk-Jørgensen P (1999) Has deinstitutionalization gone too far? EurArch Psychiatry Clin Neurosci; 249 :136-143.
24. Direk N. 2008. Avusturalya ve Japonya'nın Ruh Sağlığı Sistemlerine Kısa Bir Bakış. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni. 11(2):19-21.
25. Saruç S, Kaya Kılıç A. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastaların Sosyal Profili ve Merkezde Verilen Hizmetler. Toplum ve Sosyal Hizmet 2015;26:53-71.
26. Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası, Ankara 2006.
27. Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi, www.eob.kku.edu.tr/duyuru-2 Rusihak BM Sozlesmesi. pdf. Retrieved: Oct. 14, 2015.
28. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge, Ankara 2011.
29. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri için Çalışma Rehberi.
30. Yıldız M. Bireyden Topluma Ruh Sağlığı. Işık Sayıl ed. İstanbul, Erler Matbaacılık, 2003; s:151-164.
31. Drake RE, Bellack AS. 2005. Schizophrenia and Other Psychotic Disorders. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Edition, vol:I-12.13,p. 1475-1488.
32. Carpenter WT, Thaker GK. 2002. Schizophrenia: Management.ACP Medicine Online.
33. Ensari H, Gültekin BK, Karaman D, Koç A, Beşkardeş AF. Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hizmetlerinin Şizofreni Hastalarındaki Yaşam Kalitesi, Yeti Yitimi, Genel ve Sosyal İşlevsellik Üzerine Etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2013; 14:108-14.
34. Küey L. 2010. Dünyada ve Türkiye'de Psikiyatrik Epidemiyolojinin Tarihsel Gelişimi Üzerine Kısa Bir Derleme. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni. Cilt 13, Sayı 1. 6-11.
35. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004. T.C Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Ankara, Türkiye, 2006. http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_hastalik_yuku_calismasi.pdf

Bölüm 35

PSİKIYATRİK HASTALIKLARA YÖNELİK DAMGALAMA

Handan NEZE¹

GİRİŞ

Damga (Stigma) “yara, iz, işaret” sözlük anlamında olmakla beraber, geçmişte ve günümüzde “kara leke, yüz kızartıcı işaret ve normal dışı olmak” anlamında kullanılmaktadır (1). Kelimenin kullanımı orta çağda suçluların toplumdaki farklı, tanınır olmalarını sağlamak ve suçlarının göstergesi olması için kızgın demirle dağlanmalarından bu yana olumsuz anlamı ile devam etmektedir. Damgalanan kişiye damgalama ile utanılacak bir özellik yüklenmiş olur (1).

Damgalama (stigmatizasyon) ise toplumun “normal” saydığı ölçülerin dışında kalması nedeniyle kişinin toplumca değersizleştirilmesi ve genel olarak kötülenmesi olarak tanımlanır. Son yıllarda damgalama ruhsal hastalıkların toplumsal etkileri nedeni ile daha çok ilgi odağı olmaya başlamıştır. Damgalamanın hastalık üzerindeki olumsuz sonuçları sadece hastanın kendisini değil, ailesini ve toplumu da etkilemektedir (1).

Damgalama tüm insanlık tarihi boyunca en çok ruhsal hastalığı olan kişiler için yapılmıştır. Davranışları, konuşmaları, giyim kuşamları ve düşünceleri anlaşılamayan kişiler önyargılı bir tutum ile zararlı ve tehlikeli olarak görülmüşlerdir (2). Özellikle orta çağda olmak üzere tüm tarih boyunca ruhsal rahatsızlığı olan kişiler doğaüstü güçlere ya da şeytani özelliklere sahip tehlikeli insanlar olarak tanımlanmış ve bunların sonucunda da toplumdan izole edilmiş ve cezalandırılmışlardır (1).

Bu kitap bölümünün amacı ruhsal hastalıklarda damgalamayı tanımlamak ve olası olumsuz sonuçları ve bu sonuçların önlenmesi için gerekli müdahalelerden bahsetmektir.

¹ yazar bilgisi eksik

denle damgalamayı önleme çalışmaları son derece önemlidir. Toplum genelinde bilgilendirme yapılması, medyanın damgalayıcı etkilerinin azaltılması, hastalar ile toplum arasındaki temasın artırılması damga karşıtı müdahaleler de ele alınmalıdır. Damgalama ile mücadele hastalığın tedavisi kadar önemli ve etkilidir, hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini artırır.

Anahtar Kelimeler: Damgalama, ruhsal hastalıklar, stigmatizasyon.

KAYNAKLAR

1. Taşkın EO. Damgalama, ayrımcılık ve ruhsal hastalık. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 2004; 12(Ek 3):5-12.
2. Özyiğit EŞ, Savaş HA, Ersoy MA. Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye ilişkin tutumları. *Yeni Symposium* 2004; 42:105-112.
3. Corrigan P. The impact of Stigma on severe mental illness. *Cogn Behavior Prat.* 1998; 5:201-22.
4. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Ann Rev Sociol* 2001; 27:363-385.
5. Goffman E. *Stigma: Notes on the management of the spoiled identity* 1963. New York: Prentice-Hall.
6. Link BG & Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology* 2001. 27:363-385.
7. Jones EE, Farina A, Hastorf AH. *Social stigma: The psychology of market relationship*. New York: Freeman; 1984.
8. Lundberg B, Hansson L, Wentz E. Sociodemographic and clinical factors related to devaluation/discrimination and rejection experiences among users of mental health services. *Social Psychiatry Psychiatrists Epidemiology*. 2007; 42:295-300
9. Corrigan PW, Riverside LP, Lundin RK. There strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*. 2001; 27(2):187-195.
10. Crandall CS & Moriarty D. Physical illness stigma and social rejection. *British Journal of Social Psychology*. 1995; 34:67-83.
11. Yıldız M, Özten E, Işık S. Şizofreni hastaları, hasta yakınları ve major depresif bozukluk hastalarında kendini damgalama. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2012; 13:1-7.
12. Bağ B, Ekinci M. Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi* 2005; 3:107-27.
13. Çam MO, Bilge A, Engin E. Muhtarlara verilen ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele eğitimin etkinliğinin araştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2014; 5:129-136.
14. Bilge A, Çam O. Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele. *Preventive Medicine Bulletin* 2010; 9:71-78.
15. Ersoy, MA, Varan, A. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği Türkçe Formu'nun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 2007; 18:163-171.
16. Raingrubner B. Client and provider perspectives regarding the stigma of and nonstigmatizing interventions for depression. *Arch Psychiatr Nurs* 2002; 16:201-204.
17. Brian K. Ahmedani. Mental health stigma: Society, individuals and the profession. *J Soc Work Values Ethics* 2011; 8(2):4-1-4-16.
18. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 2002; 1:6-20.
19. Ruch N, Angmeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: Concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry* 2005; 20:529-539.
20. Taşkın O. *Stigma: Ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama* 2007. İzmir: Turkuaz bilişim&bilgisayar&yayıncılık.
21. Baysal GÖD. Damgalanma ve ruh sağlığı. *Archives Medical Review Journal* 2013; 22(2):239-251.
22. Angmeyer MC, Schulze B, Dietrich S. Courtesy stigma-a focus group of relatives of schizoph-

- renia Patients. Soc Psychiatry Psychology Epidemiol 2003; 38:593-602.
23. Yüksel GE, Taşkın EO. Türkiye'de hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgileri. Anadolu Psikiyatri Derg 2005; 6:113-121.
 24. Bostancı N. Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik stigma ve bunun azaltılmasına yönelik uygulamalar. Düşünen Adam: THE Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2005 ;18:32-38.
 25. Corrigan PW, River LP, Lundin RK. Stigmatizing attributions about mental illness. J Community Psychol 2000; 28:91-102.
 26. Üçok A, Polat A, Sattorius N. Attitudes of psychiatrists toward patients with schizophrenia. Psychiatr Clin Neurosci 2004; 58:89-91.
 27. Mann CE, Himelein MJ. Factors associated with stigmatization of persons with mental illness. Psychiatr Serv 2005; 56:544-550.
 28. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. American Psychological Association. 2004; 59:614-25.
 29. Kessler R, Demler O, Frank R. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. New England Journal of Medicine. 2005 352;2515-2533.
 30. Tel H, Pınar ŞE. Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2012;3(2):61-66.
 31. World Health Organization. World Health Report (2002). [http:// www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf)
 32. Druss B, Bradford D, Rosenheck R. Mental disorders and quality cardiovascular procedur after myocardial infarction. JAMA: Journal of the American Medical Association. 2000 ;283:506-511.
 33. Clement S, Schauman O, Graham T. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. Psychological Medicine. 2015 ;45:11-27.
 34. Yanos PT, Lysaker PH, Rose D. Internalized stigma as a bariyer to improvement in vocational functioning among problem with schizophrenia-spektrum disorders. Psychiatry Res 2010;178-211.
 35. Tsang HW, Fung KM, Chung RC. Self-stigma and states of Change as predictors of treatment adherence of individuals with schizophrenia. Psychiatry Res 2010 ;180:10.
 36. Üstündağ ME, Kesebir S. İki uçlu bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma: klinik özellikler, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum ile ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2013;24.
 37. Üçok A. Psikiyatrik bozukluklara ilişkin damganın psikoterapiye etkisi. XI. Anadolu Psikiyatri Günleri Kongre Tam Metin Kitabı; 2002 s.172-9.
 38. Üçok A. Diğer insanlar damgalar. Peki ya biz? Zihin sağlığı çalışanlarının şizofreni hastalarına karşı tutumları. Nöropsikiyatri Arşivi 2007; 44:108-116.
 39. Wahl OF, Harman CR. Familyviews of stigma. Schizophr Bull 1989; 15:131-139.
 40. Lee S, Lee MTY, Chiu MYL. Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong. Br J Psychiatry 2005; 186:153-157.
 41. Dickerson FB, Origoni AE, Ringel NB. Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. Schizophr Bull 2002; 28:413-155.
 42. Arıkan B, Bademli K, Duman ZÇ. Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları: Son 10 Yılmaz" Türkiye'de Yapılan Çalışmalar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011;3(2):214-231.
 43. Aker S. Samsun ilinde aile hekimlerinin şizofreni hastalarına karşı tutumları ve hekimlik uygulamaları (Doktora Tezi). Samsun, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 2008.
 44. Taşkın EO, Şen FS, Aydemir Ö. Türkiye'de kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumları. Türk Psikiyatri Derg 2002 ;13:205-214.
 45. Corrigan PW& Penn DL. Lessons form social psychology on discrediting psychiatric stigma. American Psychologist 1999;54:765-776.
 46. Özer Ü, Varlık C, Çeri V. Değişim bizden başlar: sağlık çalışanlarında ruhsal hastalıklara yö-

- nelik tutumlar ve damgalayıcı dilin kullanımı. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Science*. 2017;30:224-232.
47. Özmen E, Taşkın EO, Özmen D. Hangi etiket daha damgalayıcı: Ruhsal hastalık mı? Akıl hastalığı mı? *Türk Psikiyatri Derg* 2004;15:47-55.
 48. Shattell MM. Stigmatizing language with unintended meanings: “persons with mental illness” or “mentally ill persons”? *Issues Ment Health Nurs* 2009; 30:199.
 49. Sailard EK. Ruhsal hastalara yönelik damgalamaya ilişkin psikiyatrist görüşleri ve öneriler. *Türk Psikiyatri Derg* 2010;21:14-24.

Bölüm 36

YAS SÜRECİNE KLİNİK YAKLAŞIM

Murat Serkan YILDIRIM¹

GİRİŞ

Sevilen kişinin kaybı, bireyin yaşamında karşılaşılabileceği en stresli olaylardan biridir. Kayıp sonrası ortaya çıkan günlük aktivitelere karşı ilginin azalması, özlem ve hasret duyguları içinde sürekli kaybedilen kişiyi düşünüp durma, işlevsellikte bozulma gibi ruhsal ve fizyolojik belirtilerle karakterize akut yas tepkisi; kişiden kişiye, yaşanan kayba, kültüre göre büyük değişkenlik gösterebilir. Doğal bir süreç olan akut yas tepkisi, her ne kadar son derece acı verici olup, duygusal ve somatik stresle beraber kişinin günlük hayatını ve işlevselliğini olumsuz etkilese de ruhsal bir bozukluk olarak değerlendirilmez ve çoğu zaman tedavi gerektirmeden zaman içerisinde çözülür. 60 yaşını geçmiş yetişkinlerde yas, olağan, alışılmış bir deneyimdir (1). DSM-4'te ayrı bir tanı kategorisinde değerlendirilmeyen yas reaksiyonu, depresif bozukluklar için ayırıcı tanıda yer almakta; DSM-5'te ise, ileri çalışmalar için durumlar bölümünde, Süregiden Karmaşık Yas Bozukluğu" başlığı altında bulunmaktadır (2,3).

Yas reaksiyonu günümüzde ölüm ve ayrılık karşısında verilen özgün bir tepki gibi algılansa da bireyin herhangi bir kayıp ve ani değişim karşısında ortaya çıkan uyum sağlama çabası olarak da tanımlanabilir. Bu konuda çoğu zaman aynı durumu ifade etmek için birbirinin yerine de kullanılan, ancak her biri farklı bir kavram ve duruma karşılık gelen, kayıp yaşama (bereavement), matem (mourning), yas (grief) gibi adlandırmalar bulunmaktadır. Kavram olarak bunlara tek tek bakacak olursak:

Kayıp yaşama (bereavement): Somut olarak bir kayıp yaşama durumudur. Bireysel veya duygusal bir tepkiyi değil, objektif bir durum olarak kayıp yaşamış olma halini ifade eder.

¹ Psikiyatrist, SBÜ Okmeydanı EAH, muratserkany@gmail.com

ve rebound anksiyeteye neden olabileceği göz önünde bulundurularak rutin-
de çok sınırlı vakalar dışında tercih edilmemelidir.

- Antidepresanların akut ve komplike yasta yararları üzerine somut veri bulunmamaktadır. Yas sürecinde ortaya çıkan veya alevlenen major depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları veya travma sonrası stres bozukluğu saptandığında kullanılabilir.
- Komplike yasta psikoterapi, öncelikli terapi modalitesidir. 16 haftalık Komplike Yas Tedavisi, diğer terapi modalitelerine göre daha etkili bulunmuştur. Antidepresanlar ise, eşlik eden depresif belirtileri azaltırken, yas belirtilerinde değişiklik yapmamaktadırlar.
- Ani ölüm, travmatik ölüm ve ani bebek ölümü sonrasında, aileye ölenle vedalaşabilme, duygularını yaşama imkanı sağlanmalı, yaşanan süreçle ilgili detaylı bilgi verilmeli, ilerleyen zamanlarda iletişim sürdürülmelidir.
- Ölüm haberi vermek, birçok sağlık çalışanının sık karşılaştığı ancak her seferinde zorlanma ve kaçınmaların yaşandığı bir durumdur. Bu konuda önerilen basamaklı algoritmaların öğrenilmesi, olası durumlara hazırlıklı olmak açısından yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Yas, kayıp, komplike yas, beklenti yası, ani ölüm, ani bebek ölümü, ölüm haberi vermek.

KAYNAKLAR

1. Shear MK, Ghesquiere A, Glickman K. Bereavement and Complicated Grief. Curr Psychiatry Rep. 2013; 15(11)
2. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Dördüncü Baskı (DSM-IV). Köroğlu E (Çeviri editörü), Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1998, 944.
3. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci Baskı (DSM-5). Köroğlu E (Çeviri editörü), Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2014;1094-1098.
4. Shear MK, Reynolds III CF, Simon NM. Grief and bereavement in adults: Clinical features. Waltham , MA, Uptodate (Erişim: 12.08.2019).
5. Peteet JR, Maytal G, Rokni H. Unimaginable loss: contingent suicidal ideation in family members of oncology patients. Psychosomatics 2010; 51:166.
6. Emanuel EJ, Fairclough DL, Wolfe P, Emanuel LL. Talking with terminally ill patients and their caregivers about death, dying, and bereavement: is it stressful? Is it helpful? Arch Intern Med 2004; 164:1999.
7. Middleton W, Raphael B, Burnett P, Martinek N. A longitudinal study comparing bereavement phenomena in recently bereaved spouses, adult children and parents. Aust N Z J Psychiatry 1998; 32:235.
8. Engel GL. Is grief a disease? A challenge for medical research. Psychosom Med. 1961;23:18-22.
9. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. 1944. Am J Psychiatry. 1994;151(6 Suppl):155-60.
10. Öncü B. (2017). Normal Yas Tepkisi. Erguvan Tuğba Özel Kızıl (Ed.), Yürekten Kırk Mum içinde (s. 9-29). İstanbul: Pinhan Yayıncılık.
11. Kübler-Ross E. (1997), Ölüm ve Ölmek Üzerine. (Banu Büyükkal, Çev. Ed.). İstanbul, Boyner Holding Yayınları.

12. Volkan V, Zıntl E. (2017). 1.Baskı. Ankara: Pusula Yayınevi.
13. Li J, Precht DH, Mortensen PB, Olsen J. Mortality in parents after death of a child in Denmark: a nationwide follow-up study. *Lancet* 2003;361:363.
14. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. *Lancet* 2007;370:1960.
15. Kersting A, Brähler E., Heide Glaesmer H. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders* 131 (2011) 339–343.
16. Dell'Osso L, Carmassi C, Rucci P. et al. Complicated Grief and Suicidality: The Impact of Subthreshold Mood Symptoms. *CNS Spectr.* 2011 Jan;16(1):1-6.
17. Keyes KM, Pratt C, Galea S, et al. The burden of loss: unexpected death of a loved one and psychiatric disorders across the life course in a national study. *Am J Psychiatry* 2014; 171:864.
18. Li J, Laursen TM, Precht DH, et al. Hospitalization for mental illness among parents after the death of a child. *N Engl J Med* 2005; 352:1190.
19. Byrne GJ, Raphael B, Arnold E. Alcohol consumption and psychological distress in recently widowed older men. *Aust N Z J Psychiatry* 1999; 33:740.
20. Stroebe, W., Schut, H., 2001. Risk factors in bereavement outcome: a methodological and empirical review. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*, pp. 349–371.
21. Stahl ST, Schulz R. Changes in routine health behaviors following late-life bereavement: a systematic review. *J Behav Med* 2014; 37:736.
22. Rostila M, Saarela J, Kawachi I. The forgotten griever: a nationwide follow-up study of mortality subsequent to the death of a sibling. *Am J Epidemiol* 2012; 176:338.
23. Hart CL, Hole DJ, Lawlor DA, et al. Effect of conjugal bereavement on mortality of the bereaved spouse in participants of the Renfrew/Paisley Study. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61:455.
24. Mostofsky E, Maclure M, Sherwood JB, et al. Risk of acute myocardial infarction after the death of a significant person in one's life: the Determinants of Myocardial Infarction Onset Study. *Circulation.* 2012; 125:491–496.
25. Prigerson HG, Frank E, Kasl SV, et al. Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *Am J Psychiatry.* 1995; 152:22–30.
26. Shah SM, Carey IM, Harris T, et al. The effect of unexpected bereavement on mortality in older couples. *Am J Public Health* 2013; 103:1140.
27. Cacciatore J, Thieleman K. (2012): Pharmacological Treatment Following Traumatic Bereavement: A Case Series, *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, 17:6, 557-579.
28. Malhi GS, Adams D, Porter R. et al. (2009). Clinical practice recommendations for depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119, 8–26.
29. Atagün Mİ, Yıldırım MS, Canbek Ö. Elektrokonvulzif Tedavi: Bir Güncelleme. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2012;4(3):350-370
30. Cooper J, Carty J and Creamer M. (2005). Pharmacotherapy for Posttraumatic Stress Disorder: Empirical Review and Clinical Recommendations. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(8), 674–682.
31. Warner J, Metcalfe C, King M. Evaluating the use of benzodiazepines following recent bereavement. *Br J Psychiatry* 2001; 178:36.
32. Davidson JR. Use of benzodiazepines in social anxiety disorder, generalized anxiety disorder, and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004; 65:29–33.
33. Bui E, Nadal-Vicens M, Simon NM. Pharmacological approaches to the treatment of complicated grief: rationale and a brief review of the literature. *Dialogues in Clinical Neuroscience - Vol 14 . No. 2 . 2012.*
34. Prigerson HG, Jacobs SC. Perspectives on care at the close of life. Caring for bereaved patients: "all the doctors just suddenly go". *JAMA* 2001; 286:1369.
35. World Health Organization. WHO Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress. Geneva, 2013. http://www.who.int/mental_health/resources/emergencies/

- en/ (Erişim tarihi: 17.08.2019).
36. Simon NM. Treating complicated grief. JAMA 2013; 310:416.---Näppä U, Lundgren AB, Axelsson B. The effect of bereavement groups on grief, anxiety, and depression - a controlled, prospective intervention study. BMC Palliat Care 2016; 15:58.
 37. Özer Ü, Yıldırım EA. Komplike Yas ve Komplike Yas Tedavisi. Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2015;28:281-282.
 38. Boelen PA, de Keijser J, van den Hout MA. et al. Treatment of complicated grief: a comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. J Consult Clin Psychol. 2007; 75:277-284.
 39. Acierno R, Rheingold A, Amstadter A, et al. Behavioral activation and therapeutic exposure for bereavement in older adults. Am J Hosp Palliat Care. 2012; 29:13-25.
 40. Asukai N, Tsuruta N, Saito A. Pilot study on traumatic grief treatment program for Japanese women bereaved by violent death. J Trauma Stress. 2011; 24:470-473.
 41. Zygmunt M, Prigerson HG, Houck PR, et al. A post hoc comparison of paroxetine and nortriptyline for symptoms of traumatic grief. J Clin Psychiatry. 1998;59:241-245.
 42. Pasternak RE, Reynolds CF 3rd, Schlernitzauer M, et al. Acute open-trial nortriptyline therapy of bereavement-related depression in late life. J Clin Psychiatry. 1991; 52:307-310.
 43. Garstang J, Griffiths F, Sidebotham P. What do bereaved parents want from professionals after the sudden death of their child: a systematic review of the literature. BMC Pediatrics 2014 14:269.
 44. Stastny PF, Keens TG, Alkon A. Supporting SIDS families: The public health nurse SIDS home visit. Public Health Nurs 2016; 33:242 - 248.
 45. Wittouck C, Van Autreve S, Portzky G, et al. CBT-based psychoeducational intervention for suicide survivors: a cluster randomized controlled study. Crisis 2014; 35:193.
 46. Hobgood C, Mathew D, Woodyard DJ, et al. Death in the field: teaching paramedics to deliver effective death notifications using the education intervention: GRIEV_ING. Prehosp Emerg Care 2013; 17:501 - 510.

Bölüm 37

AİLE İÇİ ŞİDDET VE RUHSAL YANSIMALARI

Feyza ÇELİK¹

Aile içi şiddetin geçmişten bugüne toplumun önemli bir kesimini etkilediği bilinmekle birlikte son yıllarda medyada yer alan ve toplum vicdanını derinden etkileyen haberler bu konunun önemini bir kez daha göz önüne sermektedir. Bu yazının hazırlanma sürecinde eşi tarafından çocuğunun gözü önünde öldürülen “E.B” cinayeti ne yazık ki bunun en canlı örneğidir.

Aile içi şiddet, Birleşmiş Milletler (BM) tarafından ‘özel yaşamda genellikle cinsel ilişki ya da kan bağı ile bağlı bireyler arasında vuku bulan bir şiddet türü’ olarak tanımlanmaktadır (1, 2). Aile içi şiddet denildiğinde akla ilk olarak kadına yönelik şiddet gelmekle birlikte aile içi şiddetten etkilenen bireyler kadınlar ile sınırlı değildir. Çocuklar, yaşlılar, engelli aile üyeleri ve erkeklerin de aile içi şiddete maruz kaldığının unutulmaması gerekmektedir.

Aile içi şiddet türleri takip etmeyi, psikolojik, sözel, fiziksel, cinsel ve ekonomik şiddeti, ihmal ve istismarı ve Münchausen by Proxy’i içermektedir (3) (Ayrıntılı tanımlar için Tablo 1’e bakınız).

Aile içi şiddet önemli bir toplum sağlığı sorunu olup multidisipliner ve bütüncül bir yaklaşım gerektirmektedir. Sağlık çalışanlarının rolü aile içi şiddete maruz kalan kişileri değerlendirme, tedavi etme ve yönlendirmedir. Bununla birlikte halen, aile içi şiddet mağduru olan kadınların sadece üçte biri bu durumu sağlık çalışanları ile gönüllü olarak paylaşmaktadır (4). 2014 yılında yapılan Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet araştırması ise şiddete maruz kalan kadınların %89’unun hiçbir kuruma başvurmadığını göstermiştir (5). Bu nedenle sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddetin öngörücülerini, belirti ve bulgularını tanımaları ve müdahale etmeleri şiddet mağduru kişilerin şiddet sarmalından uzaklaştırılması, tedavi ve rehabilite edilebilmesi için en önemli basamağı oluşturmaktadır.

¹ Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

KAYNAKLAR

1. United Nations General Assembly Resolution adopted by the General Assembly. 58/147. Elimination of domestic violence against women. (10.09.2019 tarihinde <http://www.worldlii.org/int/other/UNGARsn/2003/185.pdf> adresinden ulaşılmıştır).
2. T.C Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü “Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı 2007-2010” (01.10.2019 tarihinde <https://ailevecalisma.gov.tr/uploads/ksgm/uploads/pages/kadina-yonelik-siddetle-mucadele-ulusal-eylem-planı/kadina-yonelik-aile-ici-siddetle-mucadele-ulusal-eylem-planini-2007-2010-gormek-icin-tiklayiniz.pdf> adresinden ulaşılmıştır).
3. Huecker MR, Smock W. (2019) Kentucky Domestic Violence NCBI Bookshelf. A service of the National Library of Medicine, National Institutes of Health StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
4. Coker AL, Smith PH, McKeown RE et. al. Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual and psychological battering. Am J Public Health. 2000;90: 553-559.
5. T.C Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2015) Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2014 Ankara. (02.10.2019 tarihinde <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/KKSA-TRAna-RaporKitap26Mart.pdf> adresinden ulaşılmıştır).
6. Mayor S. Who report shows public health impact of violence. British Medical Journal. 2002;325:731-733.
7. World Health Organization (2002) World Report on Violence and Health. Geneva.
8. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD et. al. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health. 2017;5:e147-56.
9. Keskinoglu P, Giray H, Pıçakçıfe M ve ark. Yaşlıda fiziksel, finansal örselenme ve ihmal edilme. Türk Geriatri Dergisi. 2004;7(2):57-61.
10. World Health Organization (2014) Global Status Report on Violence Prevention 2014 (03.10.2019 tarihinde https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/ adresinden ulaşılmıştır.)
11. Unicef (2010) Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Rapor (04.10.2019 tarihinde <http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf> adresinden ulaşılmıştır).
12. Ellsberg M, Heise L, Pena R et. al. Researching violence against women, methodological and ethical considerations. Stud Fam Plann. 2001;32:1-16.
13. World Health Organization. Child Maltreatment (20.09.2019 tarihinde <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> adresinden ulaşılmıştır).
14. Bayat M, Evgin D. Çocuğa Yönelik Şiddet. Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics. 2015;1(2):30-36.
15. World Health Organization (2017) Violence against women. (15.09.2019 tarihinde <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women> adresinden ulaşılmıştır).
16. Yeşil P, Taşçı S, Öztunç G. Yaşlı İstismarı ve İhmali. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2016;6 (2):128-134.
17. Kıssal A, Beşer A. Yaşlı istismar ve ihmalinin değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull. 2009;8(4):357-64.
18. Sayan A, Durat G. Yaşlı istismarı ve ihmali: önleyici girişimler. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004;7(3):97-106.
19. Yıldırım KY. Yaşlı istismarı ve önlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2005;21(1):167-74.
20. Sackett LA, Saunders DG. (1999). The impact of different forms of psychological abuse on battered women. Violence Vict. 1999;14(1):105-17.
21. Campbell JC, Kub J, Belknap RA et. al. Predictors of depression in battered women. Violence Against Women. 1997;3(3):271-293.

22. T.C Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2016) Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesi, Sağlık Çalışanları Kılavuzu 2016 Ankara (21.09.2019 tarihinde http://www.ceidizleme.org/ekutuphaneresim/dosya/573_1.pdf adresinden ulaşılmıştır).
23. Aker T. A. (2012) Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Travmaya Yaklaşım. Ankara. Uzerler Matbaacılık. s. 40
24. Öztürk O, Uluşahin N. A. (2018) Örselenme ya da Zorlanma Etkisine Bağlı Bozukluklar. Ruh Sağlığı Bozuklukları. 15. Baskı. Ankara. Bayt Ltd. Şti. s. 384
25. T.C Resmi Gazete. TCK 280. madde. (30.09.2019 tarihinde <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/10/20041012.htm> adresinden ulaşılmıştır).
26. Bakırcı K. İstanbul Sözleşmesi .Ankara Barosu Dergisi. 2015;4:133-204.
27. Strauss H, Cerulli C, McNutt LA et. al. Intimate partner violence and functional health status:associations with severity, danger, and self-advocacy behaviors. Journal of Women's health. 2009; 18:625–631.
28. World Health Organization (2013) Global and Regional Estimates of Violence Against Woman: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. (30.09.2019 tarihinde [https:// apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1) adresinden ulaşılmıştır).
29. Mechanic MG, Weaver TL, Resick PA. Mental health consequences of intimate partner abuse: a multidimensional assessment of four different forms of abuse. Violence Against Women. 2008;14:634–654.
30. Fergusson DM, Horwood J, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and Psychiatric Disorder in Young Adulthood: II. Psychiatric Outcomes of Childhood Sexual Abuse. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1996;34:1365-1374.
31. Wisner CL, Gilmer TP, Saltzman LE. Intimate Partner Violence Against Women: Do Victims Cost Health Plans More? Journal of Family Practice. 1999;48:439-443.
32. Gerber MR, Wittenberg E et. al. Intimate partner violence exposure and change in women's physical symptoms over time. Journal of General Internal Medicine. 2007;23:64–69.
33. Humphreys J, Cooper BA, Miaskowski C. Differences in depression, posttraumatic stress disorder, and lifetime trauma exposure in formerly abused women with mild versus moderate to severe chronic pain. Journal of Interpersonal Violence. 2010; 25:2316–2338.
34. Cattaneo LB, DeLoveh HL, Zweig JM. Sexual assault within intimate partner violence: impact on helpseeking in a national sample. Journal of Prevention & Intervention in the Community. 2008;36:137–153.
35. Gündüz N, Polat A, Erzincan E, et. al. Psychiatric comorbidity and childhood trauma in fibromyalgia syndrome. Turk J Phys Med Rehab. 2018;64(2):91-99.
36. American Psychiatric Association (2013) Trauma and Stressor Related Disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington, VA. s:265-291.
37. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. The Lancet. 2002;359(13):1331-1336.
38. Neroien AI, Schei B. Partner violence and health: results from the first national study on violence against women in Norway. Scand J Public Health. 2008;36:161–8.
39. Symes L, Maddoux J, McFarlane, J et. al. Physical and sexual intimate partner violence, women's health and children's behavioural functioning: entry analysis of a seven-year prospective study. John Wiley & Sons Ltd Journal of Clinical Nursing. 2014;23(19-20):2909-2918. doi: 10.1111/jocn.12542
40. Gündüz N, Erzincan E, Polat A. The Relationship of Intimate Partner Violence With Psychiatric Disorders and Severity of Pain Among Female Patients With Fibromyalgia. Arch Rheumatol. 2019;34(3):245-252.
41. Kumar A, Nizamie SH, Srivastava NK. Violence against women and mental health. Mental Health & Prevention. 2013;1: 4-10.
42. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta- analysis. Journal of Family Violence. 1999;14 (2):99-132.

43. Cascardi M, O'Leary KD, Schlee KA. Co-occurrence and correlates of PTSD and major depression in physically abused women. *Journal of Family Violence*. 1999;14 (3): 227-249.
44. Stark E, Flitcraft A. (1996) *Women at risk: Domestic Violence and Women's Health*. London. SAGE publications.
45. Beck JC, Van der Kolk BA. Reports of Childhood incest and Current Behavior of Chronically Hospitalized Psychotic Women. *American Journal of Psychiatry*. 1987;144:1474-1476.
46. Darves-Bornoz JM, Lampèrière T, Degiovanni A et. al. Sexual Victimization in Women with Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1995;30:78-84.
47. Follingstad DR, Brennan AF, Hause ES et. al. Factors moderating physical and psychological symptoms of battered women. *Journal of Family Violence*. 1991;6 (1):81-96.
48. Aguilar RJ, Nightingale NN. The impact of specific battering experiences on the self esteem of abused women. *Journal of Family Violence*. 1994;9(1):35-45.
49. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *The Lancet*. 2002;359:1232-1237.
50. Kemp A, Rawlings EI, Green BL. PTSD in battered women: a shelter sample. *Journal of Traumatic Stress*. 1991;4 (1):137-148.
51. Türk Tabipler Birliği Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu. (2017) Acil Servislerde Kadına Yönelik Şiddetin Tanı-Tedavi ve Yönlendirmesi. (23.09.2019 tarihinde <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kadinaysiddet.pdf> adresinden ulaşılmıştır).
52. Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı (2019) Şiddete Uğradığınızda... (23.09.2019 tarihinde <https://www.morcati.org.tr/tr/8-mor-cati-kadin-siginagi-vakfi/3-siddete-ugradiginizda> adresinden ulaşılmıştır).

Bölüm 38

DEMANS LI HASTAYA YAKLAŞIM

Seda TÜRKİLİ¹

GİRİŞ

Latince bir kelime olup “kişinin zihninin dışında olması” anlamına gelen demans terimi, kişinin bilinç durumunda bir değişiklik olmadan ortaya çıkan, bellek fonksiyonları, yürütücü işlevler, dil ve konuşma, soyut düşünme ve yargılama, hesaplama, motor bir defisit olmamasına rağmen motor beceri gerektiren işlerde önceden kazanılan düzeye göre gerileme gibi bilişsel fonksiyonların birçok alanını etkileyen, yavaş başlangıçlı, sinsi seyirli bir hastalıktır. Bu tablo, düşük entelektüel kapasite veya mental retardasyon gibi bir durumla daha iyi açıklanamaz çünkü bu gibi tablolar yaşamın çok daha erken dönemlerinde ortaya çıkar ve progresif bir gerileme göstermezler. Oysa demans, kişinin edindiği bilişsel düzeyde ilerleyici bir şekilde kaybın yaşanmasını ifade etmektedir. (1). Hastalık ilerledikçe eklenen yeni belirtiler ve artan yeti yitimi, kişinin sosyal, mesleki ve gündelik yaşamında sorunlar çıkarmaya başlar. Daha ileri evrelerde ağır bellek kusurları, problem çözme, soyut düşünme, yargılama gibi yetilerde bozulma ve eşlik eden çeşitli nöropsikiyatrik belirtiler kişinin gündelik yaşamsal faaliyetlerini yardımsız yapmasına engel olur, çeşitli güvenlik sorunları tabloya eklenir ve hastalar bir bakımverene bağımlı hale gelirler.

Epidemiyoloji

DSM-5'te “Yeğin Nörobilişsel Bozukluk” olarak adlandırılan demans bazı istisnai durumlar dışında bir ileri yaş hastalığıdır. Yavaş ve sinsi başlayan doğası nedeni ile her zaman başlangıç yaşını doğru tespit etmek mümkün olamamaktadır(2).

Yaşlanan nüfusla birlikte demans prevalansı artmaktadır. Farklı nüfus gruplarında demans prevalansları 65 yaş üstünde %5, 85 yaş üstünde %20-40, ayaktan

¹ Öğr. Gör. Dr. ,Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri ABD., sedadeg@gmail.com

veya başkasına zarar verme, finansal kaynaklarını idare edememe, maddi istismara uğrama veya maddi konularda yakınlarını mağdur duruma düşürme gibi konularda sorunlar yaşayabilmektedir.

Ayrıca bu kişilerin ehliyetli araç kullanma, oy verme, vasiyet hazırlama, evlenme gibi kişinin karar verme ve ayırt etme yetisinin tam olmasının gerektiği durumlarda demansın yasal boyutu karşımıza çıkmaktadır. Bu gibi durumlarda, her bir hasta, mevcut nöropsikiyatrik durumu, hastalığının derecesi ve tıbbi komorbiditeleri ile bir bütün olarak ele alınmalı, ilgili uzman veya tam teşekküllü sağlık kurul raporu ile hasta ve duruma özel karar verilmelidir. Gerekğinde bu hastalara yasal danışman veya kayyum atanabileceği gibi, hasta tamamen vesayet altına da alınabilir.

SONUÇ

Gerek ülkemizde gerekse dünyada yaşlı nüfus her geçen gün artmaktadır ve buna paralel olarak yaşlılıkta sık görülen hastalıklar toplumu daha fazla etkilemektedir. Bu hastalıkların en önemlilerinden biri de demans sendromlarıdır. Demans yalnızca hastanın kendisini etkileyen bir durum olmayıp, ailesi ve bakımverenlerini de gerek maddi gerekse manevi yönden önemli ölçüde etkileyen, sadece tıbbi yönden değil, sosyal yönden de pek çok problemi beraberinde getiren bir sendromdur. Görülme sıklığı ve ölüm oranları, bakım maliyetleri ile bakıcılara ve topluma genel etkileri açısından önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Tüm dünyada demansın birincil nedeni olan Alzheimer hastalığının henüz kesin bir tedavi yöntemi yoktur.

Halen demansa yönelik kullanılan tedavilerde amaç, bazı belirtilerin şiddetini azaltmak ve ilerleyişi yavaşlatmaktan öteye gidememektedir. Günümüz sağlık sistemi uygulamaları, yaşlıların mümkün olduğunca bağımsız ve toplum içinde yaşamalarına öncelik vermeyi hedeflemektedir. Bu nedenle yeni tedavi seçenekleri, bakım modelleri ve sosyal destek sistemlerinin geliştirilmesine ihtiyaç vardır ve bu konuda çalışmalar sürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Demans, Alzheimer, Yaşlılık

KAYNAKLAR

1. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. (2016). Kaplan&Sadock Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. (Ali BOZKURT, Çev. Ed.). İstanbul, Güneş Tıp Kitabevleri
2. Green RC (1995) Alzheimers disease and other dementing disorders in adults. Clinical Neurology, RJ Joynt (Ed), Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers, s.2-3, 16-21
3. Prince M, Bryce R, Albanese E, et al. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. Alzheimers Dement 2013;9:63
4. Guvit H, Emre M, Tinaz S, Bilgic B, Hanagasi H, Sahin H, et al. The prevalence of dementia in

- an urban Turkish population. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 2008;23(1):67-76
5. Keskinoglu P, Giray H, Picakciefe M et al. The prevalence and risk factors of dementia in the elderly population in a low socio-economic region of Izmir, Turkey. *Arch Gerontol Geriatr* 2006;43(1):93-100
 6. Arslantaş D, Ozbabalik D, Metintaş S et al. Prevalence of dementia and associated risk factors in Middle Anatolia, Turkey. *J Clin Neurosci* 2009; 16(11):1455-9
 7. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, et al. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet* 2017; 390:2673.
 8. Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. (Ertuğrul KÖROĞLU, Çev. Ed.). İstanbul, HYB
 9. Cummings JL, Frank JC, Cherry D et al. Guidelines for managing Alzheimer's disease: part II. Treatment. *Am Fam Phys cian* 2002;65(12):2525-34
 10. Ismail Z, Rajji TK, Shulman KI. Brief cognitive screening instruments: an update. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010;25(2):111-20
 11. Lyketsos CG, Steinberg M, Tschanz JT, et al. Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *Am J Psychiatry*. 2000;157:708-714
 12. Finkel SI. Behavioral and psychological symptoms of dementia: a current focus for clinicians, researchers, and caregivers. *J Clin Psychiatry*. 2001;62:3-6
 13. Lyketsos CG, Lopez O, Jones B, et al. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the Cardiovascular Health Study. *JAMA*. 2002;288:1475-1483
 14. Devshi R, Shaw S, Elliot-King J et al. Prevalence of behavioral and psychological symptoms of dementia in individuals with learning disabilities. *Diagnostics Basel*. 2015;5(4):564-76
 15. Small DH, Cappai R. Alois Alzheimer and Alzheimer's disease: a centennial perspective. *J Neurochem* 2006;99(3):708-10
 16. Antonsdottir IM, Smith J, Keltz M, Porsteinsson AP. Advancements in the treatment of agitation in Alzheimer's disease. *Expert Opin Pharmacother*. 2015;16(11):1649-56. <https://doi.org/10.1517/14656566.2015.1059422>
 17. Çınar N. Alzheimer hastalığında epidemiyoloji ve klinik bulgular. *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics* 2012;5:1-6
 18. Grossman M. Frontotemporal dementia: a review. *J Int Neuropsychol Soc* 2002;8(4):566-83.
 19. Mesulam MM. Primary progressive aphasia: differentiation from Alzheimer's disease. *Ann Neurol* 1987;22(4):533-4
 20. Pohjasvaara T, Mantyla R, Salonen O. How complex interactions of ischemic brain infarcts, white matter lesions, and atrophy relate to post-stroke dementia. *Arch Neurol* 2000;57:1295-1300.
 21. Desmond DW, Moroney JT, Paik MC et al. Frequency and clinical determinants of dementia after ischemic stroke. *Neurology* 2000;54:1124-1131.
 22. Pohjasvaara T, Erkinjuntti T, Vataja R et al. Dementia three months after stroke. Baseline frequency and effect of different definitions of dementia in the Helsinki Stroke Aging Memory Study (SAM) cohort. *Stroke* 1997;28: 785-792
 23. Barba R, Martínez-Espinosa S, Rodríguez-García E et al. Poststroke dementia. Clinical features and risk factors. *Stroke* 2000;31:1494-1501.
 24. Moroney JT, Bagiella E, Desmond DW et al. Risk factors for incident dementia after stroke. Role of hypoxic and ischemic disorders. *Stroke* 1996;27: 1283-1289
 25. Karamustafalıoğlu O. (2018). Temel ve Klinik Psikiyatri. 1. Basım. İstanbul. Güneş tıp kitabevi
 26. Oliveria AM, Radanovic M, Homem de Mello PC et al. Nonpharmacological Interventions to Reduce Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review. *BioMed Research International* (2015), Article ID 218980, (1-9) <https://doi.org/10.1155/2015/218980>
 27. Wang XP, Ding HL. Alzheimer's disease: epidemiology, genetics and beyond. *Neurosci Bull* 2008;24(2):105-9
 28. Corbett A, Burns A, Ballard C. Don't use antipsychotics routinely to treat agitation and aggression in people with dementia. *BMJ* 2014; 349:g6420.

29. Reus VI, Fochtmann LJ, Eyler AE, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients With Dementia. *Am J Psychiatry* 2016; 173:543.
30. Antipsychotic drugs for dementia: a balancing act. *Lancet Neurol* 2009; 8:125.
31. Declercq T, Petrovic M, Azermay M, et al. Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; :CD007726.
32. Wilkins JM, Forester BP. Update on SSRI treatment for neuropsychiatric symptoms of dementia. *Curr Psychiatry Rep.* 2016;18(2):1–7
33. Wang J, Yu JT, Wang HF, et al. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2015; 86:101.
34. Trinh NH, Hoblyn J, Mohanty S, Yaffe K. Efficacy of cholinesterase inhibitors in the treatment of neuropsychiatric symptoms and functional impairment in Alzheimer disease: a meta-analysis. *JAMA* 2003; 289:210.
35. Gitlin LN, Kales HC, Lyketsos CG. Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia. *JAMA* 2012; 308:2020.

Bölüm 39

ENDOKRİNOLOJİK HASTALIKLAR VE PSİKİYATRİ

Erdoğdu AKÇA¹

GİRİŞ

Psikiyatrik hastalıkların sebeplerinin önemli bir kısmını endokrinolojik patolojiler oluşturmaktadır. Hormonal değişikliklerin ruhsal bozukluklarla olan yakını ilişkisi psikiyatri tarihinde araştırmacıların ilgi odağında olmuştur. Kraepelin “demantia precox” ‘un temel patolojisinin endokrinolojik değişikliklere bağlı olduğunu düşünmüştür. “Miksödematöz delilik” tanımıyla miksödemin daha önceki tanımlarına başka bir boyut katan Richard Ashar, hormonal bir bozukluğun organik zeminde baskın bir psikiyatrik görüntüsünün de olabileceğini sandığı-mızdan çok daha önce tartışmaya açmıştır. Psikiyatrik belirtilerin etyolojik incelemelerinde yüksek oranda endokrinolojik hastalıkların varlığına rastlandığı bilgisi eski tarihli çalışmalara dayanmaktadır⁽¹⁾. Birçok psikiyatrik hastalığın da, özellikle hipotalamus-hipofiz-adrenal bez (HHA) eksenini üzerinden başta görül-meyen hormonal değişikliklere yol açarak endokrinolojik belirtilere sebep olduğu bilinmektedir⁽²⁾. Beyin ve endokrin sistemlerin bu iki yönlü ilişkisinde aydınlatı-lamayan yerler olmakla birlikte; ortaya konulan bulgular, ruhsal bozukluklar ve hormonal bozuklukların herhangi birinde, iki sistemi de içine alan bir formülas-yon çerçevesinde kapsamlı bir inceleme yapmaya yönlendirmektedir. Diğer yan-dan hormonal tedavilerin geniş bir yelpazede ortaya çıkan psikiyatrik yan etkileri, psikoendokrinoloji kavramını başka bir açıdan önemli hale getirmektedir.

Psikobiyolojik perspektiften ele alındığında, insan davranışı ve nörohormonal etkileşiminde önemli bir kavşak olarak karşımıza çıkan “stres”, ruhsal bozukluklar için asıl risk faktörünü oluşturmaktadır. Özellikle yaşamın erken dönemlerinde maruz kalınan stresin, majör depresif bozukluk gibi birçok ruhsal bozukluğa yat-kınlık oluşturmada, işlevlerinde bozulma görülen glikokortikoid reseptörlerin

¹ Uzm.Dr. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi erdogduakca@gmail.com

rini ve retardasyonunu sadece psikiyatri ekseninde değerlendirmeye sebep olarak bir adrenal yetmezlik tablosunun tanısını geciktirebilir. Bu açıdan bakıldığında tüm klinisyenlerin terapötik stratejilerini geliştirirken bütüncül yaklaşma gerekliliği, endokrinolojik hastalıklarda uzun vadede yol açabileceği olumsuz sonuçlar yönüyle ayrıca önem kazanmaktadır.

KAYNAKLAR

- 1: Hall RCW. Physical Illness Presenting as Psychiatric Disease. *Arch Gen Psychiatry*. 1978;35(11):1315. doi:10.1001/archpsyc.1978.01770350041003
- 2: Baumeister D, Lightman SL, Pariante CM. The Interface of Stress and the HPA Axis in Behavioural Phenotypes of Mental Illness. In: ; 2014:13-24. doi:10.1007/7854_2014_304
- 3: Cattaneo A, Riva MA. Stress-induced mechanisms in mental illness: A role for glucocorticoid signalling. *J Steroid Biochem Mol Biol*. 2016;160:169-174. doi:10.1016/j.jsbmb.2015.07.021
- 4: Chan O, Inouye K, Riddell MC, Vranic M, Matthews SG. Diabetes and the hypothalamo-pituitary-adrenal (HPA) axis. *Minerva Endocrinol*. 2003;28(2):87-102. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12717340>. Accessed August 20, 2019.
- 5: Holt RIG, Mitchell AJ. Diabetes mellitus and severe mental illness: mechanisms and clinical implications. *Nat Rev Endocrinol*. 2015;11(2):79-89. doi:10.1038/nrendo.2014.203
- 6: McEvoy JP, Meyer JM, Goff DC, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: Baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. *Schizophr Res*. 2005;80(1):19-32. doi:10.1016/j.schres.2005.07.014
- 7: Ösby U, Olsson E, Edman G, Hilding A, Eriksson S V., Östenson CG. Psychotic disorder is an independent risk factor for increased fasting glucose and waist circumference. *Nord J Psychiatry*. 2014;68(4):251-258. doi:10.3109/08039488.2013.797022
- 8: Klimek P, Kautzky-Willer A, Chmiel A, Schiller-Frühwirth I, Thurner S. Quantification of Diabetes Comorbidity Risks across Life Using Nation-Wide Big Claims Data. Iakoucheva LM, ed. *PLOS Comput Biol*. 2015;11(4):e1004125. doi:10.1371/journal.pcbi.1004125
- 9: Nuevo R, Chatterji S, Fraguas D, et al. Increased risk of diabetes mellitus among persons with psychotic symptoms: results from the WHO World Health Survey. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(12):1592-1599. doi:10.4088/JCP.10m06801
- 10: Perry BL, McIntosh G, Weich S, Singh S, Rees K. The association between first-episode psychosis and abnormal glycaemic control: systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(11):1049-1058. doi:10.1016/S2215-0366(16)30262-0
- 11: Correll CU, Robinson DG, Schooler NR, et al. Cardiometabolic Risk in Patients With First-Episode Schizophrenia Spectrum Disorders. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(12):1350. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.1314
- 12: Dipasquale S, Pariante CM, Dazzan P, Aguglia E, McGuire P, Mondelli V. The dietary pattern of patients with schizophrenia: A systematic review. *J Psychiatr Res*. 2013;47(2):197-207. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.10.005
- 13: Correll CU, Detraux J, De Lepeleire J, De Hert M. Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder. *World Psychiatry*. 2015;14(2):119-136. doi:10.1002/wps.20204
- 14: Guenette MD, Hahn M, Cohn TA, Teo C, Remington GJ. Atypical antipsychotics and diabetic ketoacidosis: a review. *Psychopharmacology (Berl)*. 2013;226(1):1-12. doi:10.1007/s00213-013-2982-3
- 15: Henderson DC, Cagliero E, Copeland PM, et al. *The Journal of Clinical Psychiatry*. Vol 68. [Physicians Postgraduate Press]; 2007. <https://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2007/v68n04/v68n0407.aspx>. Accessed August 22, 2019.

- 16: Cohen D, Batstra MR, Gispén-de Wied CC. Immunological characteristics of diabetes in schizophrenia. *Diabetologia*. 2005;48(9):1941-1942. doi:10.1007/s00125-005-1879-z
- 17: Hallford P, Clair DS, Halley L, Mustard C, Wei J. A study of type-1 diabetes associated autoantibodies in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2016;176(2-3):186-190. doi:10.1016/J.SCHRES.2016.07.020
- 18: Bora E, Akdede BB, Alptekin K. The relationship between cognitive impairment in schizophrenia and metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2017;47(6):1030-1040. doi:10.1017/S0033291716003366
- 19: van Welie H, Derks EM, Verweij KH, de Valk HW, Kahn RS, Cahn W. The prevalence of diabetes mellitus is increased in relatives of patients with a non-affective psychotic disorder. *Schizophr Res*. 2013;143(2-3):354-357. doi:10.1016/J.SCHRES.2012.11.011
- 20: Rajkumar AP, Horsdal HT, Wimberley T, et al. Endogenous and Antipsychotic-Related Risks for Diabetes Mellitus in Young People With Schizophrenia: A Danish Population-Based Cohort Study. *Am J Psychiatry*. 2017;174(7):686-694. doi:10.1176/appi.ajp.2016.16040442
- 21: Hansen T, Ingason A, Djurovic S, et al. At-Risk Variant in TCF7L2 for Type II Diabetes Increases Risk of Schizophrenia. *Biol Psychiatry*. 2011;70(1):59-63. doi:10.1016/j.biopsych.2011.01.031
- 22: Irvin MR, Wiener HW, Perry RP, Savage RM, Go RCP. Genetic risk factors for type 2 diabetes with pharmacologic intervention in African-American patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Schizophr Res*. 2009;114(1-3):50-56. doi:10.1016/J.SCHRES.2009.07.008
- 23: Gorczynski P, Firth J, Stubbs B, Rosenbaum S, Vancampfort D. Are people with schizophrenia adherent to diabetes medication? A comparative meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2017;250:17-24. doi:10.1016/J.PSYCHRES.2017.01.049
- 24: Vancampfort D, Mitchell AJ, De Hert M, et al. TYPE 2 DIABETES IN PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER: A META-ANALYSIS OF PREVALENCE ESTIMATES AND PREDICTORS. *Depress Anxiety*. 2015;32(10):763-773. doi:10.1002/da.22387
- 25: Kahl KG, Schweiger U, Correll C, et al. Depression, anxiety disorders, and metabolic syndrome in a population at risk for type 2 diabetes mellitus. *Brain Behav*. 2015;5(3):n/a-n/a. doi:10.1002/brb3.306
- 26: Vancampfort D, Correll CU, Galling B, et al. Diabetes mellitus in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and large scale meta-analysis. *World Psychiatry*. 2016;15(2):166-174. doi:10.1002/wps.20309
- 27: Ehrmann D, Kulzer B, Haak T, Hermanns N. Longitudinal relationship of diabetes-related distress and depressive symptoms: analysing incidence and persistence. *Diabet Med*. 2015;32(10):1264-1271. doi:10.1111/dme.12861
- 28: Fisher L, Skaff MM, Mullan JT, et al. Clinical Depression Versus Distress Among Patients With Type 2 Diabetes: Not just a question of semantics. *Diabetes Care*. 2007;30(3):542-548. doi:10.2337/dc06-1614
- 29: Carter J, Swardfager W. Mood and metabolism: Anhedonia as a clinical target in Type 2 diabetes. *Psychoneuroendocrinology*. 2016;69:123-132. doi:10.1016/j.psyneuen.2016.04.002
- 30: Hartwig FP, Bowden J, Loret de Mola C, Tovo-Rodrigues L, Davey Smith G, Horta BL. Body mass index and psychiatric disorders: a Mendelian randomization study. *Sci Rep*. 2016;6(1):32730. doi:10.1038/srep32730
- 31: Lawlor DA, Harbord RM, Tybjaerg-Hansen A, et al. Using genetic loci to understand the relationship between adiposity and psychological distress: a Mendelian Randomization study in the Copenhagen General Population Study of 53 221 adults. *J Intern Med*. 2011;269(5):525-537. doi:10.1111/j.1365-2796.2011.02343.x
- 32: Rotella F, Mannucci E. Diabetes mellitus as a risk factor for depression. A meta-analysis of longitudinal studies. *Diabetes Res Clin Pract*. 2013;99(2):98-104. doi:10.1016/j.diabres.2012.11.022
- 33: Fisher L, Hessler DM, Polonsky WH, Mullan J. When Is Diabetes Distress Clinically Meaningful?: Establishing cut points for the Diabetes Distress Scale. *Diabetes Care*. 2012;35(2):259-264. doi:10.2337/dc11-1572
- 34: van Winkel R, De Hert M, Van Eyck D, et al. Prevalence of diabetes and the metabolic synd-

- rome in a sample of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2008;10(2):342-348. doi:10.1111/j.1399-5618.2007.00520.x
- 35: Regenold WT, Thapar RK, Marano C, Gavirneni S, Kondapavuluru P V. Increased prevalence of type 2 diabetes mellitus among psychiatric inpatients with bipolar I affective and schizo-affective disorders independent of psychotropic drug use. *J Affect Disord.* 2002;70(1):19-26. doi:10.1016/S0165-0327(01)00456-6
- 36: Cappuccio FP, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep Duration and All-Cause Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Studies. *Sleep.* 2010;33(5):585-592. doi:10.1093/sleep/33.5.585
- 37: Mansur RB, Rizzo LB, Santos CM, et al. Impaired glucose metabolism moderates the course of illness in bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2016;195:57-62. doi:10.1016/j.jad.2016.02.002
- 38: Calkin C V., Ruzickova M, Uher R, et al. Insulin resistance and outcome in bipolar disorder. *Br J Psychiatry.* 2015;206(1):52-57. doi:10.1192/bjp.bp.114.152850
- 39: Hajek T, Calkin C, Blagdon R, Slaney C, Alda M. Type 2 Diabetes Mellitus: A Potentially Modifiable Risk Factor for Neurochemical Brain Changes in Bipolar Disorders. *Biol Psychiatry.* 2015;77(3):295-303. doi:10.1016/j.biopsych.2013.11.007
- 40: Hajek T, Calkin C, Blagdon R, Slaney C, Uher R, Alda M. Insulin resistance, diabetes mellitus, and brain structure in bipolar disorders. *Neuropsychopharmacology.* 2014;39(12):2910-2918. doi:10.1038/npp.2014.148
- 41: Davidoff F, Gill J. Myxedema madness: psychosis as an early manifestation of hypothyroidism. *Conn Med.* 1977;41(10):618-621. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/913091>. Accessed August 26, 2019.
- 42: Pomeranze J, King EJ. Psychosis as first sign of thyroid dysfunction. *Geriatrics.* 1966;21(6):211-212. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5936575>. Accessed August 26, 2019.
- 43: Sato T, Imura E, Murata A, Igarashi N. Thyroid hormone-catecholamine interrelationship during cold acclimation in rats Compensatory role of catecholamine for altered thyroid states. *Acta Endocrinol (Copenh).* 1986;113(4):536-542. doi:10.1530/acta.0.1130536
- 44: Ord WM. On Myxœdema, a term proposed to be applied to an essential condition in the "Cretinoid" Affection occasionally observed in Middle-aged Women. *Med Chir Trans.* 1878;61:57-78.5. doi:10.1177/095952877806100107
- 45: Hall RC. Psychiatric effects of thyroid hormone disturbance. *Psychosomatics.* 1983;24(1):7-11, 15-18. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6338551>. Accessed August 26, 2019.
- 46: Davis AT. Psychotic states associated with disorders of thyroid function. *Int J Psychiatry Med.* 1989;19(1):47-56. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2722405>. Accessed August 26, 2019.
- 47: Sharif K, Tiosano S, Watad A, et al. The link between schizophrenia and hypothyroidism: a population-based study. *Immunol Res.* 2018;66(6):663-667. doi:10.1007/s12026-018-9030-7
- 48: Lehrmann JA, Jain S. Myxedema psychosis with grade II hypothyroidism. *Gen Hosp Psychiatry.* 2002;24(4):275-277. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12100840>. Accessed August 27, 2019.
- 49: Ordas DM, Labbate LA. Routine screening of thyroid function in patients hospitalized for major depression or dysthymia? *Ann Clin Psychiatry.* 1995;7(4):161-165. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8721889>. Accessed August 27, 2019.
- 50: Nemeroff CB, Simon JS, Haggerty JJ, Evans DL. Antithyroid antibodies in depressed patients. *Am J Psychiatry.* 1985;142(7):840-843. doi:10.1176/ajp.142.7.840
- 51: Dayan CM, Panicker V. Hypothyroidism and Depression. *Eur Thyroid J.* 2013;2(3):168-179. doi:10.1159/000353777
- 52: Howland RH. Thyroid dysfunction in refractory depression: implications for pathophysiology and treatment. *J Clin Psychiatry.* 1993;54(2):47-54. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8444820>. Accessed August 27, 2019.
- 53: Joffe RT, Levitt AJ. Major depression and subclinical (grade 2) hypothyroidism. *Psychoneuroendocrinology.* 17(2-3):215-221. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1438646>. Accessed August 27, 2019.

- 54: Cole DP, Thase ME, Mallinger AG, et al. Slower Treatment Response in Bipolar Depression Predicted by Lower Pretreatment Thyroid Function. *Am J Psychiatry*. 2002;159(1):116-121. doi:10.1176/appi.ajp.159.1.116
- 55: Cowdry RW, Wehr TA, Zis AP, Goodwin FK. Thyroid Abnormalities Associated With Rapid-Cycling Bipolar Illness. *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40(4):414. doi:10.1001/archpsyc.1983.01790040068010
- 56: Walshaw PD, Gyulai L, Bauer M, et al. Adjunctive thyroid hormone treatment in rapid cycling bipolar disorder: A double-blind placebo-controlled trial of levothyroxine (L-T4) and triiodothyronine (T3). *Bipolar Disord*. 2018;20(7):594-603. doi:10.1111/bdi.12657
- 57: Dugbartey AT. Neurocognitive Aspects of Hypothyroidism. *Arch Intern Med*. 1998;158(13):1413. doi:10.1001/archinte.158.13.1413
- 58: Haggerty JJ, Evans DL, Prange AJ. Organic brain syndrome associated with marginal hypothyroidism. *Am J Psychiatry*. 1986;143(6):785-786. doi:10.1176/ajp.143.6.785
- 59: Clarnette RM, Patterson CJ. Hypothyroidism: does treatment cure dementia? *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 7(1):23-27. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8192826>. Accessed August 28, 2019.
- 60: Thomsen AF, Kvist TK, Andersen PK, Kessing L V. Increased risk of affective disorder following hospitalisation with hyperthyroidism - A register-based study. *Eur J Endocrinol*. 2005;152(4):535-543. doi:10.1530/eje.1.01894
- 61: Engum A, Bjoro T, Mykletun A, Dahl AA. An association between depression, anxiety and thyroid function - a clinical fact or an artefact? *Acta Psychiatr Scand*. 2002;106(1):27-34. doi:10.1034/j.1600-0447.2002.01250.x
- 62: Sauvage M-F, Marquet P, Rousseau A, Raby C, Buxeraud J, Lachâtre G. Relationship between Psychotropic Drugs and Thyroid Function: A Review. *Toxicol Appl Pharmacol*. 1998;149(2):127-135. doi:10.1006/taap.1998.8367
- 63: Thomsen AF, Kessing L V. Increased risk of hyperthyroidism among patients hospitalized with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2005;7(4):351-357. doi:10.1111/j.1399-5618.2005.00205.x
- 64: Brandt F, Thvilum M, Almind D, et al. Hyperthyroidism and psychiatric morbidity: Evidence from a Danish nationwide register study. *Eur J Endocrinol*. 2014;170(2):341-348. doi:10.1530/EJE-13-0708
- 65: Chakrabarti S. Thyroid functions and bipolar affective disorder. *J Thyroid Res*. 2011;2011:306367. doi:10.4061/2011/306367
- 66: Trzepacz PT, McCue M, Klein I, Levey GS, Greenhouse J. A psychiatric and neuropsychological study of patients with untreated Graves' disease. *Gen Hosp Psychiatry*. 1988;10(1):49-55. doi:10.1016/0163-8343(88)90084-9
- 67: Demet MM, Özmen B, Deveci A, Boyvada S, Adıgüzel H, Aydemir Ö. Depression and Anxiety in Hyperthyroidism. *Arch Med Res*. 2002;33(6):552-556. doi:10.1016/S0188-4409(02)00410-1
- 68: Mowla A, Reza Kalantarhormozi M, Khazraee S. Dose the Clinical Characteristics of Patients with Anxiety due to Hyperthyroidism Differ from Patients with Generalized Anxiety Disorder? A Comparative Study. 2017;11(1):4812. doi:10.5812/ijpbs.4812
- 69: Nath J, Sagar R. Late-onset bipolar disorder due to hyperthyroidism. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;104(1):72-75. doi:10.1034/j.1600-0447.2001.00303.x
- 70: Hu L-Y, Shen C-C, Hu Y-W, et al. Hyperthyroidism and Risk for Bipolar Disorders: A Nationwide Population-Based Study. Kato T, ed. *PLoS One*. 2013;8(8):e73057. doi:10.1371/journal.pone.0073057
- 71: Rao MG, Rohilla J, Varambally S, Raveendranathan D, Venkatasubramanian G, Gangadhar BN. Hyperthyroidism presenting as mixed affective state: a case report. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012;34(6):703.e13-703.e14. doi:10.1016/J.GENHOSPPSYCH.2012.03.008
- 72: Brownlie B, Rae A, Walshe J, Wells J. Psychoses associated with thyrotoxicosis - "thyrotoxic psychosis." A report of 18 cases, with statistical analysis of incidence. *Eur J Endocrinol*. May 2000;438-444. doi:10.1530/eje.0.1420438
- 73: Bunevicius R, Prange AJ. Psychiatric Manifestations of Graves' Hyperthyroidism. *CNS Drugs*. 2006;20(11):897-909. doi:10.2165/00023210-200620110-00003

- 74: David AS, Lishman WA(2009). Organik Psikiyatri :Nöropsikiyatri Ders Kitabı.4. Baskı (A.Elif Anıl Yağcıoğlu, Çev. Ed.) Ankara: Pelikan Yayıncılık Ltd Şt.
- 75: Hoffman WH, Chodoroff G, Piggott LR. Haloperidol and thyroid storm. *Am J Psychiatry*. 1978;135(4):484-486. doi:10.1176/ajp.135.4.484
- 76: Golub D, Rodack V. Antipsychotics in Hyperthyroid-Related Psychosis: Case Report and Systematic Review. *Neuroendocrinol Lett*. 2018;39(1):65-74. www.nel.edu. Accessed August 30, 2019.
- 77: Bao A-M, Swaab DF. Corticotropin-Releasing Hormone and Arginine Vasopressin in Depression. In: *Vitamins and Hormones*. Vol 82. ; 2010:339-365. doi:10.1016/S0083-6729(10)82018-7
- 78: Aas M, Dazzan P, Mondelli V, et al. Abnormal cortisol awakening response predicts worse cognitive function in patients with first-episode psychosis. *Psychol Med*. 2011;41(3):463-476. doi:10.1017/S0033291710001170
- 79: THOMSEN A, KVIST T, ANDERSEN P, KESSING L. The risk of affective disorders in patients with adrenocortical insufficiency. *Psychoneuroendocrinology*. 2006;31(5):614-622. doi:10.1016/j.psyneuen.2006.01.003
- 80: Lovas K, Loge JH, Husebye ES. Subjective health status in Norwegian patients with Addison's disease*. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2002;56(5):581-588. doi:10.1046/j.1365-2265.2002.01466.x
- 81: Heald AH, Walther A, Davis JRE, et al. No Difference in Mood and Quality of Life in DHEA-S Deficient Adults with Addison's Disease vs. Type 2 Diabetes Patients with Normal DHEA-S Levels: Implications for Management of These Conditions. *Front Psychol*. 2017;8:764. doi:10.3389/fpsyg.2017.00764
- 82: CHELLADURAI K. A RARE CASE OF RECURRENT PSYCHOSIS IN ADDISON'S DISEASE. *Univ J Med Med Spec*. 2017;3(5). <http://14.139.191.179/index.php/medicine/article/view/4860>. Accessed August 31, 2019.
- 83: Farah J de L, Lauand CV, Chequi L, et al. Severe psychotic disorder as the main manifestation of adrenal insufficiency. *Case Rep Psychiatry*. 2015;2015:512430. doi:10.1155/2015/512430
- 84: Wiegand C, Soyka M. Paranoid hallucinatory psychosis in Addison disease. *Nervenarzt*. 1990;61(5):312-314. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2359470>. Accessed August 31, 2019.
- 85: Sonino N, Fava GA. Psychiatric Disorders Associated with Cushing's Syndrome. *CNS Drugs*. 2001;15(5):361-373. doi:10.2165/00023210-200115050-00003
- 86: Sonino N, Fava GA, Raffi AR, Boscaro M, Fallo F. Clinical Correlates of Major Depression in Cushing's Disease. *Psychopathology*. 1998;31(6):302-306. doi:10.1159/000029054
- 87: Loosen P, Chambliss B, DeBold C, Shelton R, Orth D. Psychiatric Phenomenology in Cushing's Disease. *Pharmacopsychiatry*. 1992;25(04):192-198. doi:10.1055/s-2007-1014405
- 88: Hudson JI, Hudson MS, Griffing GT, Melby JC, Pope HG. Phenomenology and family history of affective disorder in Cushing's disease. *Am J Psychiatry*. 1987;144(7):951-953. doi:10.1176/ajp.144.7.951
- 89: Gnjidiae Z, Karloviae D, Buljan D, Malenica M, Kovak-mufiae A, Kostanjsak L. Cushing Hastalarında Nörocerrahi Öncesi ve Sonrasında Görülen Psikiyatrik Bozukluklar •. *Türk Psikiyatr Derg*. 2011;22(1):35-39. <http://www.turkpsikiyatri.com/PDF/C22S1/035-039.pdf>. Accessed August 31, 2019.
- 90: Kelly WF. Psychiatric aspects of Cushing's syndrome. *QJM*. 1996;89(7):543-552. doi:10.1093/qjmed/89.7.543
- 91: Haskett RF. Diagnostic categorization of psychiatric disturbance in Cushing's syndrome. *Am J Psychiatry*. 1985;142(8):911-916. doi:10.1176/ajp.142.8.911
- 92: Fujii Y, Mizoguchi Y, Masuoka J, et al. Cushing's Syndrome and Psychosis. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2018;20(5). doi:10.4088/PCC.18br02279
- 93: Starkman MN, Scheingart DE, Schork MA. Correlation of bedside cognitive and neuropsychological tests inpatients with Cushing's syndrome. *Psychosomatics*. 1986;27(7):508-511. doi:10.1016/S0033-3182(86)72657-1
- 94: SIDDQUI D, QURESHI D, ZAHARANI D. Psychotropic induced Hyponatremia- A Review article. *Psychiatry Behav Sci*. 2019;(0):1. doi:10.5455/PBS.20180324094723

- 95: Spigset O, Hedenmalm K. Hyponatraemia and the Syndrome of Inappropriate Antidiuretic Hormone Secretion (SIADH) Induced by Psychotropic Drugs. *Drug Saf.* 1995;12(3):209-225. doi:10.2165/00002018-199512030-00006
- 96: Movig KLL, Leufkens HGM, Lenderink AW, et al. Association between antidepressant drug use and hyponatraemia: a case-control study. *Br J Clin Pharmacol.* 2002;53(4):363-369. doi:10.1046/j.1365-2125.2002.01550.x
- 97: Letmaier M, Painold A, Holl AK, et al. Hyponatraemia during psychopharmacological treatment: results of a drug surveillance programme. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2012;15(06):739-748. doi:10.1017/S1461145711001192
- 98: Jacob S, Spinier SA. Hyponatremia Associated with Selective Serotonin-Reuptake Inhibitors in Older Adults. *Ann Pharmacother.* 2006;40(9):1618-1622. doi:10.1345/aph.1G293
- 99: Kate N, Grover S, Kumar S, Modi M. Bupropion-induced hyponatremia. *Gen Hosp Psychiatry.* 2013;35(6):681.e11-681.e12. doi:10.1016/j.genhosppsych.2013.04.020
- 100: Ladino M, Guardiola VD, Paniagua M. Mirtazapine-induced hyponatremia in an elderly hospice patient. *J Palliat Med.* 2006;9(2):258-260. doi:10.1089/jpm.2006.9.258
- 101: Mewasingh L, Aylett S, Kirkham F, Stanhope R. Hyponatraemia associated with lamotrigine in cranial diabetes insipidus. *Lancet (London, England).* 2000;356(9230):656. doi:10.1016/S0140-6736(00)02613-1
- 102: Taylor D, Paton C, Kapur S. (2017) *Maudsley Psikiyatride Reçeteleme Rehberi*. 12.Baskı. (Alp Üçok, Çev.Ed.). İstanbul: EMA Tıp Kitabevi Yayıncılık.