

Psikiyatri

KLİNİK OLGU ÇÖZÜMLERİ

Psikiyatri

KLİNİK OLGU ÇÖZÜMLERİ

Peter Byrne

MA, MB, MRCPsych

Consultant Liason Psychiatrist

Newham University Hospital

London

Nicola Byrne

MBChB, BSc, MSc, MRCPsych

Consultant Liason Psychiatrist

Lambeth Adult Mental Health

The Maudsley Hospital

London

Çeviri Editörleri

Prof. Dr. Lut Tamam

Yrd. Doç. Dr. Sunay Fırat

Prof. Dr. Şükrü Uğuz



WILEY-BLACKWELL

A Jhon Wiley & Sons, Ltd., Publication



**AKADEMİSYEN
KITABEVİ**



AKADEMİSYEN
KITABEVI

© Copyright 2015

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 çoğaltılmaz, basılamaz, dağıtılamaz. Tablo, şekil ve grafikler izin alınmadan, ticari amaçlı kullanılamaz. Bu kitap T.C. Kültür Bakanlığı bandrolü ile satılmaktadır.

ISBN **Yayın Koordinatörü**

978-605-9942-29-4

Yasin DİLMEN

Kitap Adı

Psikiyatri Klinik Olgu Çözümleri

Sayfa ve Kapak Tasarımı

Akademisyen Dizgi Ünitesi

Çeviri Editörleri

Prof. Dr. Lut Tamam

Yrd. Doç. Dr. Sunay Fırat

Prof. Dr. Şükrü Uğuz

Yayıncı Sertifika No: 47518

Baskı ve Cilt

Vadi Matbaacılık

DOI

10.37609/akya.2945

GENEL DAĞITIM

Akademisyen Kitabevi A.Ş.

Halk Sokak 5 / A

Yenişehir / Ankara

Tel: 0312 431 16 33

siparis@akademisyen.com

www.akademisyen.com

İçindekiler

Önsöz, vii

Bu kitap nasıl kullanılmalı, x

Çevirenler, xi

Çeviri editörlerinin önsözü, xiii

Bölüm 1 Temeller, 1

Hastaya yaklaşım, 1

Ruh sağlığı tedavileri, 12

Bölüm 2 Olgular, 36

Olgu 1 Süper markette yere yığılan 20 yaşındaki öğrenci, 36

Olgu 2 Tanrı tarafından cezalandırılacağından korkan 47 yaşındaki kadın, 44

Olgu 3 Ailesinin hakkında evden tahliye emri çıkarttığı okulunu yarıda bırakan 18 yaşındaki genç, 52

Olgu 4 18 Yaşındaki işsiz aşçılık kursiyeri, 59

Olgu 5 Bakımevinde aniden fenalaşan 78 yaşındaki kadın, 66

Olgu 6 Antisosyal davranışları olan 72 yaşındaki kadın, 74

Olgu 7 Depresyonu gittikçe kötüleşen 64 yaşındaki emekli öğretmen, 81

Olgu 8 Kollarını kesen 17 yaşındaki erkek hasta, 88

Olgu 9 Okuldan atılacak duruma gelen yıkıcı davranış sorunları olan 9 yaşındaki çocuk, 96

Olgu 10 Her gün yeni bir belirti gösteren 48 yaşındaki güvenlik görevlisi, 104

Olgu 11 Havaalanında tutuklanan 28 yaşındaki adam, 111

Olgu 12 Sıkıntılı 24 yaşındaki yeni anne, 119

Olgu 13 Gizemli davranan pnömonili 15 yaşındaki sınıf başkanı kız, 128

Olgu 14 26 yaşında şehirde yaşayan başarılı bir iş adamında uykusuzluk sorunu, 135

Olgu 15 15 yaşındaki çocuğun bakıcı annesine saldırmaması, 143

Olgu 16 Hamile olduğunu iddia eden 42 yaşındaki kadın, 150

- Olgu 17** 66 yaşındaki Parkinson hastası pratisyen hekim için endişelenen karısı, 157
- Olgu 18** Sağlıklı orta yaşlı bir adamda tam bellek kaybı, 164
- Olgu 19** Pratisyen doktorunu baskı altına alan 32 yaşındaki kadın, 171
- Olgu 20** 21 yaşındaki tehlikeli tıp fakóltesi öğrencisi, 182
- Olgu 21** Depresif duygudurumu ve özkıyım düşünceleri olan
24 yaşındaki hukuk sekreteri, 188
- Olgu 22** Farklı türde nöbetleri olan 41 yaşındaki epilepsi hastası kadın, 195

Bölüm 3 Öz değerlendirme, 203

oktan Seçmeli Sorular (SS), 203

Eşleştirmeli Sorular (EşS), 207

Kendini Ölme Soruları (KÖS), 211

Cevaplar, 214

Tanıya göre olguların indeksi, 223

İndeks, 224

Önsöz

Psikiyatri, klinik dallar içerisinde en üst düzey olandır. Tıbbın başka hiçbir dalı, empatik dinleme yeteneğine bu kadar dayanmaz ve bir hastanın öyküsünü, biyolojik, psikolojik ve de sosyolojik teorileri birleştirerek, uyumlu etyolojik bir formülasyonla çözümleme yoluna gitmez.

Kendinize psikiyatrist demek istiyorsanız ya da , öylesine okuyor da olsanız bu çalışma hayatınızın temellerini (hastalık ve güçlükler gösterilen tepkileri, fiziksel sağlık ve ruh sağlığı arasındaki ilişkileri anlama, zor hastalar ve onların yakınları ile çalışma, beklenmeyen durumlarda sakinliğinizi koruma vs.) oluşturmada altın bir fırsattır.

Bu kitap boyunca, klinik muhakemenizi ve temel yeterliliğinizi; sınavları, bir doktor olarak ilk yıllarınızda işyerinizdeki değerlendirmeleri ve daha fazlasını geçecek bir standarta çıkarmak üzere geliştirmeye odaklanılmıştır.

1.bölüm psikiyatrik değerlendirme konularında rehberdir ve çeşitli tedavi seçeneklerini tanıtır. 2. Bölüm, çeşitli ruhsal bozuklukları içeren olgu çalışmalarından oluşmaktadır ve 3. bölüm kişisel değerlendirme içindir. Sonuçta, klinik yargılama tecrübelerle ortaya çıkar ve ne kadar çok hasta ile karşılaşırsanız, o kadar çok beceri kazanırsınız. Bazı klinik ikilem ve çıkmazların kitaplarda bulabileceğiniz doğru cevapları yoktur. Tıbbi profesyonellik, ortak etik çerçevemizle çalışmaya dayalıdır (Kutu A); bir durumun doğru ve yanlışları ne zaman anlaşılabilir ise, atacağınız adımı belirlemek için bu ilk prensiplere geri dönmeniz size yardımcı olabilir. Olgu çalışmalardan en iyi şekilde yararlanmak için sorumlu doktor olarak durup tüm soruları cevaplayın. Olgular basit olandan karmaşık olana doğru çeşitlilik göstermektedir. Sayfa 223'de tanıya göre olguların bir dizini verilmiştir, yeniden gözden geçirmek için ya da hakem denetimi ve eğitim için bir olgu seçmek istiyorsanız kullanabilirsiniz.

Tüm olgular karşılaştığımız hastaların ve durumların bir benzeri olup hiçbirinin herhangi bir gerçek kişiyle ilişkisi yoktur. Tanılarda, Dünya Sağlık

Kutu A Bir doktorun görevleri

Hastalar, doktorlarına yaşamları ve de sağlıkları ile ilgili her konuda güvenebilmelidirler. (Genel tıbbi danışma: www.gmc-uk.org) Bu güveni haklı çıkarmak için, insan hayatına saygı göstermelisiniz ve:

- Hastanızın bakımını öncelikli hedefiniz haline getirmelisiniz
- Hastaların ve toplumun sağlığını korumalı ve iyileştirmelisiniz.
- Uygulama ve bakım için iyi bir standart sağlamalısınız
- Mesleki bilgilerinizi ve becerilerinizi sürekli güncellemelisiniz.
- Yeterliliğinizin sınırlarının farkında olup bu sınırlar içinde çalışmalısınız.
- İş arkadaşlarınızla, hastanın çıkarlarına en iyi hizmet eden şekilde birlikte çalışmalısınız.
- Hastalarınızı birey olarak ve onların haysiyetlerine saygı göstererek tedavi etmelisiniz
- Hastalarınızı kibar ve düşünceli şekilde tedavi etmelisiniz.
- Hastalarınızın gizlilik haklarına saygı göstermelisiniz.
- Hastalarınızla işbirliği içinde çalışmalısınız.
- Hastalarınızı dinlemeli, onların endişelerine ve seçimlerine yanıt vermelisiniz.
- Hastalarınıza, istedikleri veya ihtiyaç duydukları bilgileri, onların anlayacağı şekilde vermelisiniz.
- Hastaların, tedavi ve bakımları konusunda sizinle birlikte karar verme hakkına saygı duymalısınız.
- Hastalarınızı, sağlıklarını korumaları ve iyileştirmeleri konusunda kendilerini geliştirmeleri için desteklemelisiniz.
- Dürüst ve açık olmalı, birlik içinde hareket etmelisiniz.
- Sizin veya bir iş arkadaşınızın hastaları riske attığına inanmanız için geçerli bir nedeniniz var ise, gecikmeden bu konuda harekete geçmelisiniz.
- Hastalarınıza veya iş arkadaşlarınıza karşı hiç bir zaman ayrıcalıklı muamele yapmamalısınız.
- Hiçbir zaman hastalarınızın size güvenini veya toplumun mesleğinize olan güvenini suistimal etmemelisiniz.

Profesyonel çalışmanızdan bizzat siz sorumlusunuz ve kararlarınızın ve de eylemlerinizin doğruluğunu ispat etmek için her zaman hazırlıklı olmalısınız.

Örgütü'nün (WHO) Uluslararası Hastalık Sınıflaması (ICD-10) kullanılmıştır. Burada kullanılan terimler, kişileri değil bozuklukları tanımlamak için kullanılır.

mıştır: borderline kişilik bozuklukları veya şizofrenisi olan insanlar 'borderline'lar" veya "şizofrenler" değildirler. Tanılar kimlik tanımlamaz ve ruh sağlığı alanında dikkatli bir şekilde kullanılmaları gerekir.

Hem bize öğreten ve beraber çalıştığımız uzmanlar hem de hastalarımızın cömertliğiyle çok şey öğrenecek kadar şanslıydık. Hiçbirimiz bir şeyi kendimiz tecrübe edene kadar, onun neye benzediğini tamamen anlayamayız. Faydalı bulduğumuz ilk elden anlatılan ruhsal hastalıklar ilave okuma kısmında listelenmiştir. Bunlara sınavları geçmek için ihtiyacınız olmayacak fakat bunlar klinik deneyimlerinizi ve okumalarınızı ruhsal hastalıkları ve sonuçlarının gerçekliği ile dengelemek için okumaya değer kitaplardır.

Peter ve Nicole Byrne
2008

İlave okuma için

Sunbathing in the Rain: A Cheerful Book about Depression. (Yağmurda Güneş Banyosu: Depresyonla ilgili coşku dolu bir kitap) Gwyneth Lewis (2007) HarperCollins. Kitabın yazarı bir şairdir ve şiddetli bir depresyon atağı deneyimi psikolojik çöküş noktasına nasıl ulaştığının esrarlarını araştırması olarak anlatılmıştır. Depresyon hakkındaki varsayımları basitçe bir problem olarak yeniden değerlendirir ve bunun kendisi için anlamıyla hayatının değişmesi gerektiğine dair bir sinyal olma potansiyelini araştırır. İçine dalıp gidebileceğiniz kısa bölümlerle, depresif insanlarla ilgilenen kişilerle ve şu aralar kendilerini depresyonda hisseden ve uzun metinleri okumaya dayanamayan insanlara konuşur.

An Unquiet Mind (Durulmayan bir Kafa*): Kay Redfield Jamison (1995) Vintage. Bir psikiyatri klasiği, yazar bipolar duygudurum bozukluğu deneyimlerini anlatan saygıdeğer bir Amerikan psikiyatri profesörüdür. Kişisel ve bilimsel yönler arasındaki sık kesişme noktalarıyla hem profesyoneller hem de hastalar tarafından çokça okunan bir kitaptır.

Smashed: Growing Up a Drunk Girl. (Hayata tutunmak, Bir genç kızın gerçek hikayesi*): Koren Zailckas (2005) Ebury Press, Londra. Genç bir kızın, yetişkinlik dönemine geçişte sosyal anksiyete ve rahatsızlık veren duygularından kaçınmak için alkol kullanımına dair deneyimlerini anlatır. Bu tür bir eğilimi olmayan insanlar için hayret verici

görünebilen, bazı insanların çok düşük dozlarla bile bir maddeye ne kadar kuvvetli alışabildiğini gösteren, kendi bağımlı olma yatkınlığının geçmişe dönük olmakla birlikte çok iyi bir anlatımını verir. Madde bağımlılığının yakın ilişkilerine verdiği ikincil zararlar ve sarhoş olduğu zamanlardaki fiziksel ve cinsel savunmasızlığının çarpıcı betimlemeleri alkolle bağlı amnezinin korkunç boşluğu ile daha da karmaşıklaşır.

Drinking: A Love Story (İçmek: Bir Aşk Hikayesi): Caroline Knapp (1999) Quartet Books, Londra. Adisiz Alkolikler Derneğinden (AA) yardım istemeye devam eden, saygın bir orta sınıf geçmişi olan çok faal bir gazetecinin perspektifinden alkol bağımlılığını anlatan bir öykü. Sosyal olarak kabuğundan çıkmak veya stresini azaltıp rahatlamak isteyenler için ve zararlı ve zararsız içmenin arasındaki sınırın her zaman belirgin olmadığı kişileri kışkırtacak bir okuma.

Beyond Crazy: Journeys Through Mental Illness (Çılgınlığım ötesi: Ruh hastalıklarına yolculuklar): Julia Nunes and Scott Simmie (2002) McClelland ve Stewart, Toronto. Başarılı iki Kanadalı gazeteci tarafından derlenmiş, ruh sağlığı bozukluklarının tüm çeşitlerinin sunulduğu, farklı stillerde ve bir çok perspektiften yazılmış, fakat çok net açıklamalar ve faydalı tavsiyelerle biten bir kitaptır. Neredeyse her hikaye mantıksal olarak acı dolu, gerçek deneyimlerden yola çıkarak anlama ve iyileşmeyi teşvik eden evrensellikleri keşfederek ilerler.

Speaking Our Minds: An Anthology (Aklımızdakileri söylemek: Antoloji): Jim Read ve Jill Reynolds (1996) MacMillan, Londra. Ruhsal bunalımlar yaşamış ve farklı tedavi şekilleri görmüş çok çeşitli görüşten ve özgeçmişten 50'den fazla bireyin yazılarının derlendiği bir antoloji. Yaşadıkları zorlukların doğasını, yazarların akıl sağlığı hizmetlerinden neleri faydalı bulduğunu ve (çoğu zaman) neleri faydalı bulmadığını anlama konusunda çok yarar sağlayacak bir kitap.

Is That Me? My Life With Schizophrenia (Bu ben miyim? Şizofreni ile Hayatım): Anthony Scott (2002) A.&A. Farmer, Dublin. Şizofreni ile noktalanmış bir hayatın son derece kişisel öyküsü. Dürüst ve direkt bir tarzla yazılmış bir eserdir, yazar aldığı yol boyunca kendisine yardımcı olan insanlara karşı çok cömerttir ve tamamen iyileşmesinin önündeki engelleri aksettirmektedir.

Born on a Blue Day (Mavi bir günde doğmuştu)*: Daniel Tammet (2006) Hodder. Asperger sendromu olan bir adamın gerçeği nasıl deneyimlediğine dair, renkler ve sözlerle ilişkisinden süzülmiş eşsiz bir öykü. Olağandışı şekilde, dahiyane matematiksel yeteneklerinin doğasını açıklamayı ve kendisi ile çevresinde gelişenler arasındaki birbirini anlayamama durumunu tarif etmeyi başarıyor. Bu ayrıca kendi sınırlarını aşabilmiş kişilerin etkiyici bir öyküsüdür.

Stuart: A life Backwards (Stuart: geriye doğru bir yaşam): Alexander Masters (2005) Fourth Estate, London. Tam bir biyografi olan bu eser, Stuart'ın sosyal alt sınıfta kaotik, evsiz, kişilik bozukluklu ve yer yer şiddet dolu madde kullanıcısı pozisyonundan başlayan, geriye doğru işlenen bir yaşam öyküsüdür. Yazar Stuart'ın bakım görevlilerinden biridir ve Stuart'ın geçmişinin belirgin şekilde aksine, (pek çok doktor gibi) görece avantajlı ve güvenlik içindeki bir arkaplandan gelmektedir. Bu kitap aynı zamanda onun da Stuart'la sık sık karşılıklı kızgınlık ve öfke ile karakterize edilen

ilişkisinin de anlatımıdır. Stuart'ın davranışı başta şaşırtıcı gelir, ancak zamanla onun geçmişine doğru gittiğimiz zaman mantıklı görünmeye başlar. Dönüşümlü olarak eğlenceli ve ürkütücü bu hikaye refleks olarak bu tip “zor” bir hastayı reddetme tepkisine bir meydan okumadır.

Telling is Risky Business: Mental Health Consumers Confront Stigma. (Anlatmak riskli bir iştir: Ruh sağlığı bozuklukları olanlar stigma ile karşı karşıya): Otto Wahl (1999) Rutgers University Press, New Brunswick. Bu, ruh sağlığı bozuklukları sebebiyle diğerleri tarafından yanlış anlaşılan ve dışlanan insanların deneyimlerinin toplandığı bir katalogdur. Damgalamanın ilk elden öykülerine dikkat çeken eser, olumsuz basmakalıpların istisnalara değil de, “o insanlar” kuralına karşı ayırıcılık yapmak için batı kültürünün her yönünü nasıl istila ettiğini göstermektedir.

* (Çev. Notu) Türkçe çevirisi mevcut olan kitapların çeviride kullanılan isimleri yazılmıştır.

Bu kitap nasıl kullanılmalı

Klinik olgu çözümleri (KOÇ) kitapları klinik deneyimlerinizi tamamlayıcı ve gözden geçirmeleriniz sırasında belleğinizi tazelemeye yardımcı olarak dikkatlice tasarlanmıştır. Her kitap üç kısma bölünür: Bölüm 1, Temel bilgiler; Bölüm 2, Olgular; ve Bölüm 3, Kendini değerlendirme.

Bölüm 1 öykü, muayene ve en iyi kanıtlara dayanan anahtar tedaviyi özetler. Bölüm 2 hastanede görmeyi bekleyebileceğiniz ve sınavlarda karşılaşacağınız birçok klinik sunumu içerir, soru ve yanıtlarla size olgularda rehberlik eder. Olaylar ortaya serildikçe test sonuçları gibi yeni bilgiler ortaya çıkar ve her olgu anahtar noktaları açıklayan kullanışlı bir olgu özetiyle sonuçlanır. Bölüm 3 güçlü klinik odakları olan farklı

soru şekilleriyle (ÇSS, EŞS, KÖS) öğrendiklerinizi test etmenize imkan tanır.

İster bir grubun parçası olarak ister bireysel okuma olsun, KOÇ kitabınızı kullanmaktan hoşlanacağımızı umarız. Eğer seriyi nasıl geliştireceğimize dair önerileriniz varsa lütfen “medstudentuk@oxon.blackwellpublishing.com“ adresinden bize bildirin.

Yasal Uyarı

KOÇ hastaları gerçek hayatı yansıtabilecek şekilde kendi belirttikleri belirtiler ve endişeler ile dizayn edildi. Lütfen bütün hasta isimlerinin tamamen uydurma olduğunu, ölü ya da yaşayan herhangi biri ile benzerlik varsa bunun tesadüf olduğunu dikkate alın.



Çevirenler

Prof. Dr. Lut Tamam

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana

Prof. Dr. Şükrü Uğuz

Çağ Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi
Psikoloji Bölümü/Mersin

Yrd. Doç. Dr. Sunay Fırat

Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksek
Okulu Hemşirelik Bölümü/Adana

Uzm. Dr. Ali Taşdemir

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana

Dr. Necla Keskin

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana

Dr. Volkan Gelegen

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana

Dr. Mehmet Emin Demirkol

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana

Dr. Onur Karaytuğ

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana

Dr. Zeynep Namlı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana

Dr. Betül Demirel Döngel

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana

Dr. Yusuf Kocal

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana

Dr. İpek Süzer

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk
Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Adana

Dr. Gamze Yapça

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk
Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Adana

Çeviri editörlerinin önsözü

Psikiyatri Klinik Olgu Çözümleri kitabı ile olgulara yaklaşımı, tanı, ayırıcı tanı, olgu inceleme ve tedavi ilkelerinin tartışıldığı değerli bir çalışmadır. Psikiyatri ve ilişkili bilimlerde çalışan hekimler dahil tüm profesyoneller için hastaya yaklaşımının ve tedavinin anahtar noktalarının çok iyi özetlendiği bu eserin okuyuculara faydalı olmasını diliyoruz. Elinizdeki kitap ayrıca stajyer doktorların staj sınavlarına ve diğer sınavlarına hazırlanmada yardımcı olacağını düşünüyoruz. Sınavlardaki olgu soruların çözümünde bu kitabın ilgililere önemli katkı sağlayacağına inanıyoruz.

Bu kitabın Türkçe'ye çevirisinde, uygun ve tam yerleşmiş karşılığı olmayan bazı tıbbi terimler

aynen kullanılmış ya da İngilizce terimler parantez içerisinde gösterilmiştir.

Psikiyatri Klinik Olgu Çözümleri kitabının dilimize çevrilmesi için gerekli izinin alınmasında ve hekimlere kazandırılmasında gayret gösteren Nobel Tıp Kitabevi'ne teşekkür ederiz.

Bu eserin çevirisinin gerçekleşmesinde büyük emeği geçen Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı araştırma görevlilerine katkılarından dolayı minnettarız.

Prof. Dr. Lut Tamam
Yrd. Doç. Dr. Sunay Fırat
Prof. Dr. Şükrü Uğuz

Hastaya Yaklaşım

Psikiyatrik öyküler karmaşıktır. Güçlük, sıklıkla hastaların kendilerini iyi biçimde ifade edebilme yetilerinin en düşük olduğu anlarda, sınırlı bir zaman içerisinde çok sayıda alanı kapsamanın gerekmesinden kaynaklanmaktadır.

Bu bölüm 'ne' sorusunu değerlendirme ile başlar: **öykü, ruhsal durum muayenesi (RDM), fizik muayene ve formülasyon.** Verileri düzenleme ve gruplama açısından farklı görüşme programları ile karşılacaksınız-size en uygun olanı saptayın ve onunla devam edin. Bizim tercih ettiğimiz versiyonu burada özetliyoruz. Bu bölümün ikinci kısmı görüşme yapma sürecine veya bir başka deyişle 'nasıl' sorusuna odaklıdır.

Öykü

Öykü alma karanlık bir odada bir meşaleyi yakmaya benzetilmiştir. Başlangıçta aradığınızı bulabilmek için sistemli bir yaklaşım kullanmanız gerekir, içgüdüsel olarak dikkatinizi nereye odaklayacağınızı anlayana kadar öyküyü yapılandırmak için belirlenmiş bir çerçeve kullanılmalıdır (Tablo 1). Ayrıntılı bir değerlendirme bir saat kadar almakla birlikte süre hastaya göre değişir. Örneğin acilde kriz durumundaki bir erişkinle görüşürken başvuru yakınmalarına, varsa madde kötüye kullanımının rolüne, tıbbi ve psikiyatrik öyküye, hastanın o anki durumuyla ilişkili olabilecek sosyal koşullarına ve risk belirteçlerine odaklanılır. Bunun aksine bir ergenin ayaktan randevu ile başvurduğu bir görüşmedeki değerlendirmesi, ayrıntılı aile, bireysel ve gelişimsel öykü alınan, ebeveynlerden ve mümkünse aile hekimi ve okuldan da bilgi talep edilen zaman isteyen bir süreçtir.

Tablo 1'de öykünün içeriği ayrıntılı biçimde sunulmuştur. Sözel ya da yazılı olarak öykü sunulurken olgu, **özgeçmiş** bilgileri özgül bir çerçeve içinde (hasta kimdir, onunla ne zaman, nerede ve neden görüşünüz) sunulur kısaca tanıtılır.

Başvuru yakınması/başvuru yakınmasının öyküsünde teknik dil kullanılması yerine hastanın kendi ifadeleri ile sorunu tarif etme biçimine yer verilmelidir (kendimi hissediyorum' gibi). Bu teknik terimlere

daha sonra RDM'de yer verilir ('duygulanımı çöktü' gibi). Çerçeve tüm tıbbi hastalıkların öyküsü belirtilerin başlangıcı, gidişi ve diğer sorunlarla ilişkileri açısından ele alınır. Hastanın bildirdiklerini başkalarının bildirdikleri ile karşılaştırınız. *İlişkili negatif bulgular* daha sonra ayırıcı tanıya yardımcı olacak işaretler olarak kaydedilir (örneğin şizofreni birincil sorunsu bipolar bozukluğu dışlayan duygudurum belirtilerinin yokluğu not edilir).

Aile öyküsünde hastalığa karşı biyolojik (örneğin genetik) duyarlılığın yanında katkıda bulunan yaşantıları da (örneğin kayıplar ve işlevsel olmayan ilişkiler) incelenir. **Kişisel** öyküde gelişimsel sorunlara dair kanıtlar aranır (normal gelişim tablo 2'de özetlenmiştir), hastanın büyüdüğü aile ortamı hakkında fikir edinilir ve ilişki kurma ve yaşamlarına yön verebilme yetileri değerlendirilir (okulda, meslek yaşamında). **Sosyal durumlar** güncel işlevsellik düzeyinin ve bunu destekleyen sosyal ağı göstergesidir.

Madde kötüye kullanımı öykünün tüm alanlarını ilgilendirebilir ancak tüm önemli verileri açıklığa kavuşturabilmek amacıyla kendi başına ayrıca değerlendirilmesi gerekir (kutu 1'de alkol için bir değerlendirme örneği yer almaktadır).

Tıbbi öykü başlığı altında epilepsi ya da kafa travması öyküsü özellikle sorgulanmalıdır. Kadın hastalara obstetrik öyküleri (gebelik sayısı, düşükler, gebelik sonlandırılması gibi), yaşlı hastalara da vasküler risk faktörlerine ilişkin sorular sorulmalıdır.

Psikiyatrik özgeçmişte tekrarlayan, yineleyen bir bozukluk olduğunu gösteriyorsa hastanın görece sağlıklı olduğu dönemlerde nelerin neden daha iyi gittiğini irdelenmek gerekir.

Her tür **adli** öykü sosyal alışkanlıklar (dipsomanik alkol alımı gibi), dürtü kontrolü ve pişmanlık duyma/kurbanaya karşı empatik olma kapasitesi gibi **hastalık öncesi (premorbid) kişilik** özellikleri ile bağlantılı olabilir. Burada adli bir ceza uygulanmamış şiddet davranışlarına da yer verilmelidir: geçmişteki şiddet gelecekteki şiddetin en iyi belirteçidir.

Ruh sağlığında tedavileri

Çekirdek müdahaleler

Ruh sağlığında tedavi uygulamaları biyolojik (tipik, ilaç tedavisi ve elektrokonvulsif tedavi [EKT]), psikolojik (psikoterapi) ve sosyal (maddi destek, mesleki müdahaleler) müdahaleler olarak ayrılır. Tedavilerin bu alanlardan birine tam olarak uyduğu kabul edilmektedir ancak çoğu tedavi (örn. Bilişsel davranışçı terapi [BDT] ve grup terapisi) hem psikolojik hem de sosyal müdahalelerdir. Bizim yaklaşımımızda dokuz temel müdahale (Tablo 4) sunulduktan sonra diğer 17 seçenek (Tablo 5) listelenmiştir. İki çekirdek müdahale, değerlendirme ve evde tedavi/ev ziyareti, biyopsikosozyal müdahale örnekleridir. Hiçbir tedavi tek başına ya da tedavi alan kişiyle uygun görüşme yapılmaksızın uygulandığında tam olarak amacına ulaşmayacaktır. Uyum bilgilendirilmiş hasta ve esnek doktor arasındaki iki yollu bir süreçtir. Bu hastaların ilaçlarını düzenli almasını (tedavi uyumunu) arttıracak en iyi yoldur.

Değerlendirme için A (assessment)

Değerlendirmeniz boyunca, olayları zamanlarıyla birlikte, belirtisiz durumlardan belirtilere doğru, belirtilerin şiddet göstergeleri ile sıralamanız yeterli olmayacaktır. Bunları, kişinin durumu (ilişkiler, iş, ev, yaşam tarzı) ve *tetikleyici durumlar* (sayfa 8) ile birlikte ele almanız gerekmektedir. Hastanın tedavilere uyumdaki zorlukları görmeye başladığı yüksek kalitede bir değerlendirme, kendi başına tedavi edicidir.

ANAHTAR NOKTA

Hippokrat yemininde ilk söz "Önce zarar verme"dir. Müdahale etmek için acele etmeden önce dur ve düşün, belki de baskı altında yapılan bir şey, hiçbir şeydir. Tedavinin olası yararları ve olumsuz sonuçlarını dengele.

Davranışçı terapi için B (behavioral therapy)

Ruhsal bozukluklar genel olarak düşünce, duyu ve davranış anomalileri olarak tanımlanabilir. Düşünce

bozuklukları (konfüzyon, yabancılarla ilgili paranoid inanışlar) ve duygusal rahatsızlıkların (çökkün duygudurum, anksiyete nöbetleri) değişmez bir şekilde anormal davranışlar olarak ortaya çıktığı bilinmektedir. Bu durum tersten düşünülürse davranışlar düşünce ve duygudurumu etkilerler. Yararı olmayan davranışların (geri çekilme, saldırganlık) belirlenmesi, hastaların yaşamlarını güçleştiren (belirti ve sonuç olarak) bir şekilde davranmaya devam etmenin bedelini değerlendirmede hastaya yol gösterecektir. Bir yarar zarar analizi, şimdi ile değişiklikler başlatılırsa olabilecekleri karşılaştırır. Kutu 4'te, en yaygın davranışsal müdahale olan, anksiyeteyi özellikle panik nöbetlerini azaltmada kullanılan, yavaş nefes alma egzersizi anlatılmıştır. Davranış analizleri karmaşıktır; bağımlılık davranışı olanlara ve (Tablo 31, sayfa 105) işyerinde her yeni görev için gönüllü olanlara değil yeni insanlardan kaçınmanın belirtilerine süreklilik kazandıracığı sosyal fobisi olanlara (sayfa 59) önerilmelidir. Standart davranışsal yaklaşım, ABC'leri (Tablo 4) hasta ile değerlendirmektir. Öncül durumlar ile sonuçların her biri, çoğu rahatsızlığa neden olan düşünce ve duyguların karma bir listesini verecektir.

Kutu 4 Davranışsal teknikler: yavaş nefes alma egzersizi

Yavaş nefes alma egzersizi eğitimi ani anksiyete nöbetlerini azaltma programının bir parçasıdır.

- *Dur*, otur ve bir şeye yaslan
- Nefesini tut ve 10'a kadar yavaşça say: kendi kendine 'bir-yüz, iki-iki yüz' demeye çalış
- 10'a kadar sayınca, yavaşça nefes ver, 'nefes verme' ya da 'yavaş nefesler'i düşün
- Sonra, 3 saniyede nefes al: 'içeri-iki-üç'
- Şimdi, 5 saniyede nefes ver: 'dışarı-iki-üç'
- 1 dakikanın sonunda (7 nefes alışı veriş), nefesini 10'a kadar yavaşça sayacak kadar tut.

- Travmatik imgenin görselleştirilmesi
- Olumsuz durumun yeniden yaşantılanması
- Başını sabit tutarak yüzünden 12 inç uzaklıkta, iki yönlü, soldan sağa ve geriye 10-20 kez hareket eden terapistin parmağını gözleriyle takip etmesi
- Terapistin saniyede iki kez ileri geri hareket eden parmağını takip etme
- İmgenin etkilerini yansıtmayı durdurmak (ortak bir ölçek üzerinde numaralarla derecelendirme). EMDR sırasında farklı ve daha travmatik bir bellek kendiliğinden ortaya çıkıyorsa, bu yukarıdaki gibi çözümlenir ve EMDR bu imge için tekrar edilir.
- İmgeye olumsuz yanıtın yoğunluğu azaldığında, olumlu alternatif inanış imge ile eşleştirilir.

Son basamak davranışsal kurama göre önceki uyarının yeniden koşullanması--bellek/imgeyi rahatsız eden düşünceler/olumsuz duygular ile eşleştiren yanıt, yeni bir koşullanma yanıtı ile imgeyi olumlu (en azından olumsuz olmayan) bir duruma bağlar. EMDR'nin TSSB'yi tedavi etmede etkin olduğu gösterilmiştir--aşamalı maruz bırakma ya da sistemik duyarsızlaştırma gibi daha çok kullanılan davranışsal tekniklerden daha etkindir. Tek EMDR seansının 3 ay yarar sağladığı gösterilmiş olsa da 6 -8 seans önerilmektedir ve bunlar diğer BDT teknikleri ve destekleyici müdahalelerle birlikte uygulanmalıdır. Kılavuzlar EMDR kullanımını ilaçtan daha etkin ve güvenilir olarak öneriyorlar (www.nice.org.uk).

Alternatif tedavilerin Z listesi için Z (Z list of alternative therapies)

BKüçük bir hasta grubu tarafından sıklıkla talep edilen, plasebodan daha etkin oldukları kanıtlanmamış, bir dizi tedavi vardır. Ruh sağlığı sorunlarının her zaman her yerde olması nedeniyle bitkisel ilaçlar ve homeopatinin (sağlıklı insanda hastalık benzeri belirtiler oluşturan tedaviler ile tedavi olma) mümkün olduğunca onay verilmemiş olsa da önerilmesi şartıdır değildir. St. John's bitkisi ve balık yağı (D'ye bakınız) bazılarının etkinliğine dair az sayıda kanıt bulunmuştur ancak hiç biri kendi başına tedavi edici değildir. Ara sıra uzun süreli ruhsal bozukluğu olan hastalar (örn. tedaviye dirençli depresyon, kronik yorgunluk sendromu) belirtilerini metal zehirlenmesine ya da alerjiye bağlayabilirler. Olguya gerekiyorsa klasik toksikoloji ve alerji testleri yapılmalı ancak bazen sonuçun negatif olduğunu kanıtlamak zordur. Zorlukların arttığı durumlarda zehirlenme ya da alerjinin onaylanmamış 'ilaçlar' ile oluştuğu varsayılır.

Genellikle alternatif tedavilere 'Ne zarar verebilirler' sorusuyla yaklaşılmalıdır. Çoğu gerçekten zararsızdır (reiki, aromaterapi) ve bir çoğu değerli gevşeme yöntemleri (yoga, meditasyon, t'ai chi) olarak tanınırlar, nadiren ruh sağlığında bozulmaya yol açarlar ve fiziksel sağlığı ve iyilik halini destekledikleri bilinmektedir. Bu Freud'un uygulamayı bıraktığı, hipnoz yapan kişi tarafından uyku benzeri trans durumunun ortaya çıkarıldığı hipnoz için söz konusu değildir. Hipnotik durumun önerilmesindeki artış disosiyasyonu (Kutu 28, sayfa 169), psikozda relapsı ya da hastayı sıkıntıya ve diğerleriyle çatışmaya sokan yeni 'belleklerin' gelişimini tetikleyebilir. Ruh sağlığının uç durumlarında, abreaksiyon, yeniden doğuş ve birinin zihnini açmak için amfetaminlerin kullanımı gibi çok sayıda ve güvenilmez tedaviler vardır. Hipnoz bazı sağlık kurumlarında anksiyete bozuklukları ve bazı işlevsel tıbbi hastalıklarda (örn. irritabl barsak sendromu) ancak sadece BDT ve sıkı gözetimi de içeren kapsamlı tedavi programlarının bir parçası olarak savunulmaktadır. Cerrahi işlemler ve bazı kronik ağrı durumlarında ağrıyı azalttığına dair orta kanıt düzeyine sahiptir.

ICD-10 mevsimsel affektif bozukluk için ayrı bir kategori belirlemedi ancak bu tanı Amerika Psikiyatri Birliği tarafından onaylanmıştır. Işık terapisinin çökkün duygudurumu düzeltmek için kullanımı az sayıda randomize çalışmayla desteklenmiştir. Yararları azdır ancak tedavi pahalıdır--hem ekonomik olarak hem de ışık kutusuna maruziyete izin verilmesi gereken süre anlamında--ve yan etkileri vardır. Işık terapisi alan kişilerin %10'undan fazlasında baş ağrısı ve bulantı görülür ve daha küçük bir kesim sinirlilik ya da gevşeyememe bildirmiştir. Z listesi tedavileri için en iyi uygulama hastanızla açık bir şekilde tartışmak ve kendilerine zarar vermeme koşuluyla tercihlerine saygı duymaktır.

Kaynaklar

- McLoughlin, D.M., Mogg, A., Eranti, S., *et al.* (2007) The clinical effectiveness and cost of repetitive transcranial magnetic stimulation versus electroconvulsive therapy in severe depression: a multi-centre pragmatic randomized controlled trial and economic analysis. *Health Technology Assessment* 11 (24).
- Passard, A., Attal, N., Benadhira, R., *et al.* (2007) Effects of unilateral repetitive transcranial magnetic stimulation of the motor cortex on chronic widespread pain in fibromyalgia. *Brain* 130, 2661–2670.

- Penedo, F.J. & Dahl, J.R. (2005) Exercise and well-being: a review of the mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinions in Psychiatry* **18**, 189–193.
- Rosenbaum, J.F., Arana, G.W., Hyman, S.E., Labatte, L.A. & Fava, M. (2005) *Handbook of Psychiatric Drug Therapy*. Lippincott Williams and Williams, Philadelphia.
- Shapiro, F. (1989) Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress* **22**, 199–223.
- Taylor, D., Paton, C. & Kerwin, R. (2007) *Maudsley Prescribing Guidelines*, 9th edn. Informa Healthcare, London.
- Tyrer, P. & Bajaj, P. (2005) Nidotherapy: making the environment do the therapeutic work. *Advances in Psychiatric Treatment* **11**, 232–238.

İleri Okuma

- Gabbard, G. (1994) *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. American Psychiatric Press, Washington DC.
- Gelder, M.G., Lopez-Ibor, J.J. & Andreasen, N.C. (2006) *New Oxford Textbook of Psychiatry*, Vols I and II. Oxford University Press, Oxford.
- Sims, A. (1997) *Symptoms in the Mind*, 2nd revised edn. Saunders, London.
- World Health Organization (1992) *ICD-10 International Classification of Disease, 10th edn. Classification of Mental and Behavioural Disorders*. WHO, Geneva.
- Ruhsal bozuklukların çoğu için burada tartışılan konsensus tedavi kılavuzları www.nice.org.uk adresinde bulunmaktadır. Özetleri mükemmel olup, tedavi için en son kanıtları vermek üzere sıklıkla yenilenmektedir.

Olgu 1

Süper markette yere yığılan 20 yaşındaki öğrenci

Yirmi yaşında bir öğrenci olan İsmail süpermarkette yere yığılmıştır. Bu sırada bilincini kaybetmemiştir. Kendisini aniden sanki kötü bir şey olacakmış gibi keyifsiz hissettiğini, daha sonra terlediğini, düzenli nefes alamadığını ve yere yığılınca kalp çarpıntısının başladığını belirtmiştir. İsmaili acil serviste görüyorsunuz.

Öykü alırken, hangi sistemleri ve ilişkili belirtileri değerlendirmeye gerek duyarsınız?

Hiyerarşik yaklaşıma göre organik patolojiler psikiyatrik sorunlardan önce ele alınmalıdır.

- 1 Kardiyovasküler:** Göğüs ağrısı, nefes darlığı, çarpıntı, senkop, ödem
- 2 Nörolojik:** Senkop, nöbet, baş ağrısı, tremor, halsizlik, ağrı, görsel ve duyuşsal belirtiler
- 3 Endokrin:** Kilo kaybı/artışı, susuzluk, poliüri, terleme, letarji
- 4 Psikiyatrik:** Temel olarak, duygudurum ve anksiyete belirtileri ele alınır: Bu olay olmadan hemen önce ne düşünüyordu? Endişe verici düşüncelerini ve fiziksel belirtilerini sıralayın. Önceki haftalarda duygudurumunda veya anksiyete düzeyinde değişiklik saptayabildiniz mi?

Bu durumu bu yaş grubunda hangi fiziksel rahatsızlıklar açıklayabilir?

- 1 Kardiyovasküler:** İskemik kalp hastalıklarının bu yaş grubunda görülmesi pek olası değildir. Kardiyomyopati, (özellikle hipertrofik obstrüktif kardiyomyopati), aritmiler, anemi ve vazovagal ataklar düşünülebilir.
- 2 Nöroloji:** Epilepsi, migren, enfeksiyon (lokal ve sistemik), kanamalar özellikle subaraknoid kanama ve nadiren karotid sinüs sendromu olabilir. Geçici iskemik atak ve diğer serebrovasküler olaylar bu yaş grubunda nadir olarak görülür.
- 3 Endokrin:** Hipoglisemi, hipertiroidi ve Addison hastalığı olabilir. Tüm olasılıkları değerlendirmek

açısından oldukça nadir görülen iki hastalık olan feokromositoma ve insülinoma da göz önünde bulundurulmalıdır.

ANAHTAR NOKTA

Bir olguyu psikiyatrik bakış açısı ile ele alırken (psikiyatrik bir ders kitabında veya psikiyatrik bir değerlendirme sırasında) öncelikle organik nedenleri dışlamalısınız. Aksi takdirde tedavi edilebilir fiziksel bir patolojiyi kaçırabilirsiniz ve bu ciddi sonuçlara sebep olabilir.

İsmail'in Fiziki Muayenesi normaldir.

Tanı koymanıza yardımcı olacak için hangi fiziksel incelemeleri istersiniz? Bu incelemelerin hangi durumları dışladığını belirtiniz

- Tam kan sayımı: anemi, enfeksiyon, polisitemiyi nadir dışlamak için istenir.
- Üre ve elektrolitler: Dehidratasyon, renal hasar, elektrolit dengesizliğini dışlamak için istenir.
- Glukoz: hipoglisemik atağı dışlamak için istenir.
- Elektrokardiyografi (EKG), Ritm ve ileti anomalilerini ve kardiyomyopatiyi dışlamak için istenir.
- Yasal (benzodiazepinler, sedatifler) ve yasadışı maddeler için (ekstazi, amfetaminler, esrar, kokain, opiyatlar) idrarda madde ve ilaç taraması.
- Endikasyon varsa kalsiyum, tiroid ve kortizol düzeyi istenir.
- Anksiyete belirtilerinden bağımsız ve/veya bu belirtilerle orantısız dispne ve göğüs ağrısı varsa 24 saatlik EKG düşünün isteyin ve kardiyoloğa danışın.

Burada CO₂ düzeyi (hiperventilasyon sendromunda düşüktür) ölçmek için kan gazı bakmak, anksiyöz bir hasta için acı verici ve gereksizdir.

İsmail'in fiziki incelemeleri normaldir ancak yine de anksiyöz görünmektedir. Son 9 ay boyunca benzer pek çok atak yaşamıştır.

Kaynaklar

- Gabbard, G. (1994) *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. American Psychiatric Press, Washington D.C.
- Means-Christensen, A.J., Sherbourne, C.D., Roy-Byrne, P.P., Craske, M.G. & Stein, M.B. (2006) Using five questions to screen for five common mental disorders in primary care: diagnostic accuracy of the Anxiety and Depression Detector. *General Hospital Psychiatry* 28, 108–118.
- Williams, C. & Garland, A. (2002) A cognitive behavioural assessment model for use in everyday practice. *Advances in Psychiatric Treatment* 8, 172–179.

İleri Okuma

- Fava, G.A. (1995) Long-term effects of behavioural treatment for panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Psychiatry* 166, 87–92.
- Furukawa, T.A., Watanabe, N. & Churchill, R. (2006) Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review. *British Journal of Psychiatry* 188, 305–312.
- Milrod, B., Busch, F.N., Leon, A.C., Shapiro, T., Aronson, A., Roiphe, J., et al. (2000) Open trial of psychodynamic psychotherapy for panic disorder: a pilot study. *American Journal of Psychiatry* 157, 1878–1880.

Olgu 2

Tanrı tarafından cezalandırılacağından korkan 47 yaşındaki kadın

Nijeryalı bir kadın olan Rebecca, kilisedeki rahibine sonsuza dek lanetleneyeceği ile ilişkili korkularından bahsetmiştir. Rahip ise kadının, tanrının kendisini cezalandıracağına yönelik düşüncelerinin "takıntılı" olduğunu düşünerek; yaşadığı kilo kaybı ve uykusuz görünümü ile ilgili endişelerini dile getirir. Kadına bir doktorla görüşmesini önerir. Rebecca sizinle görüşmeye geldiğinde, keyifsiz görünmektedir ve yalnızca rahibin önerisi nedeniyle orada bulunduğunu belirtmektedir. Konuşmanız boyunca, elinde eskimiş bir 'İncil'in sayfalarını çevirerek sizle konuşmaya devam eder.

Bu veriler ışığında Rebecca'nın öyküsünü alırken psikiyatrik belirti grubundan hangi üçünü öncelikle ele alırdınız ve bunları araştırmak için nasıl bir yol izlerdiniz?

1 Duygudurum belirtileri: Rebecca şu an nasıl hissediyor?

Rebecca'nın mevcut kaygılarından başlayın ve daha sonra duygudurumunu sistematik olarak araştırmaya odaklanın. Neden ve ne zaman böyle hissetmeye başladı? Açık uçlu sorularla başlayarak (Örn: Son zamanlarda nasılsın? Şu anda yolunda gitmeyen bir şey var mı? Son zamanlarda başına kötü bir şey geldi mi?) son zamanlarda yaşadığı olaylar çerçevesinde kişinin duygudurumuna yönelik özgül sorular ile devam edilmelidir.

Eğer çökkün bir duygudurumu varsa, gün içerisindeki değişiklikler belirlenmelidir.

Günlük duygudurum dalgalanmaları: Duygudurumu sabahları çok kötü fakat günün geri kalanında biraz daha mı iyi? Bu durum hastanın depresyon tanısı almasını güçlü bir şekilde desteklemektedir.

Tablo 13' te yer alan 10 belirti duygudurumun değerlendirilmesi açısından önemlidir. Bu belirtilerin şu anda var olup olmadığını belirleyin ve sürelerini kaydedin.

ANAHTAR NOKTA

Duygudurum değerlendirmesi doğal olarak subjektiftir. Hastalardan duygusal durumlarını her zamanki ile karşılaştırmalarını isteyin. (Örn: 1 en kötü 10 en iyi duygudurumu ifade etmelidir.) Normal şartlarda birçoğumuzun duygudurumunun bu ölçekte genel olarak 7 -10 aralığında olduğunu belirtin. Hastaların depresif atağını bir çizelge haline getirin. (son ay içinde 4/10, bugün ise 2/10 olarak) Bu aynı zamanda tedaviyi başlatırken kullanışlı bir izlem materyali olacaktır.

2 Psikotik belirtiler: Bu dini kaygıların doğası nedir? Bunun gibi inanışların sanrısıl bir doğası olup olmadığının belirlenmesine yönelik anahtar soruların; kişinin bu inanışlarının nasıl başladığını, bu inanışlarının kesinliği ve kültürel özelliklerini değerlendiriyor olması gerekmektedir.

Endişelerini dile getiren kişi Rebecca'nın rahibi de olsa bu kişi Ona göre farklı bir kültürel altyapıya sahip olabilir. Bu anlamda hastanın bu inanışlarının kültürel altyapısı veya karakter özellikleri ile uyumlu olup olmadığına karar vermek için mümkünse partneri, kardeşi ya da ailesi ile konuşulmalıdır.

Eğer kişinin sanrısıl inanışları olduğu düşünülüyorsa, diğer sanrısıl inanışlarını ve psikotik belirtilerini araştırmak gerekecektir.

ANAHTAR NOKTA

Eğer bu durum hastanın inançları ve kültürel geçmişine göre alışılmışın dışındaysa toplumsal ve bireysel anlamda nelerin normal kabul edildiği netleştirilmelidir. Bu anlamda aile ve arkadaşlar ile görüşmek ideal bir başlangıç olacaktır.

3 Obsesyonel belirtiler: Rebecca Tanrı tarafından cezalandırılma düşüncesi ile neden bu kadar meşgul olmaktadır? Rahibi Rebecca'yı 'takıntılı' olarak tanımladı ancak bu tanımın Rebecca'nın sıkıntısını fenomenolojik olarak doğru ifade edip etmediğini bilmiyoruz. Bizim öncelikle bu zorlayıcı düşüncelerin niteliğini belirlememiz gerekiyor.

talarınız BDT'nin 'burada ve şimdi' yaklaşımından hoşlanmayabilir ve diğer terapileri tercih edebilirler. Tedavi seçenekleri zaman içinde değişiklik gösterebilir.

- Depresyonu kronik tıbbi bir hastalık olarak tanımlamak en iyisidir. Çünkü bu rahatsızlığın 2020'ye kadar, dünya genelinde işlevsellik kaybının en yaygın ikinci nedeni olacağı tahmin edilmektedir.

Bunlara paralel olarak, olumlu yaklaşımlar bu

kişilerde depresyonu önleyen etkenleri ortaya çıkarmaktadır. (örn; esnek olabilmek, başa çıkma becerileri, sosyal ilişkilerin kullanımı, dini inançlar, yaşam tarzı, strese karşı rahatlama becerisi) Bu öğelerde meydana gelen bozulmalar, depresyonu ortaya çıkarmaktadır. Eğer bu faktörler geliştirilirse, depresyon dönemi, daha kısa sürede ve daha az şiddetli atlatılacaktır.

Kaynaklar

- Tyrer, P. & Bajaj, P. (2005) Nidotherapy: making the environment do the therapeutic work. *Advances in Psychiatric Treatment* **11**, 232-238.
- Williams, C. (2001) Use of written cognitive-behavioural therapy self-help materials to treat depression. *Advances in Psychiatric Treatment* **7**, 233-240.

İleri okuma

- Mynors-Wallis, L. (2001) Problem solving treatment in general psychiatric practice. *Advances in Psychiatric Treatment* **7**, 417-425.
- Mynors-Wallis, L., Gath, D.H., Day, A. & Baker, F. (2006) Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication and combined treatment for major depression in primary care. *BMJ* **306**, 26-30.

Olgu 3

Ailesinin hakkında evden tahliye emri çıkarttığı okulunu yarıda bırakan 18 yaşındaki genç

Robbie, işletme bölümüne çok başarılı notlar alarak girmişti. 16 yaşına kadar birçok alandaki başarıları ile beraber, sınıfının hep en iyisi olmuştu ancak şu an 18 yaşında, ayda iki kez okula gidiyor ve üniversitede bocalıyor. Kendinden beklenenin aksine, yeni arkadaşlıklar edinemiyor ve hatta eski arkadaşlarıyla da iletişimini kaybetmiştir. Ailesi onu artık göremediklerini, Robbie'nin tüm gün uyduğunu, geceleri ise odasında zaman zaman bağırarak ya da gülererek çırpındığını söylüyor. Robbie'nin 17 yaşındaki erkek kardeşi artık onunla hiç konuşmuyor. Annesi tüm bu olan bitene bir son vermek için Robbie'nin başka bir eve yerleşmesi ya da yardım alması gerektiğine karar vermiş ve bu kararı Robbie ile paylaşmıştır. Annesi, Robbie'yi size getirmiştir, fakat Robbie hayatındaki her şeyin yolunda olduğunu söylemektedir. Kirli kıyafetler giymişti; uzun süredir banyo yapmadığı ve traş olmadığı anlaşılıyordu.

Psikiyatrik belirtileri sorgulamadan önce Robbie'ye nasıl yaklaşırsınız?

Önyargılı olmayın. Robbie'nin geceleri olan tuhaf davranışları sizi düşündürülebilir, fakat ortada birçok psikiyatri dışı olasılık bulunurken, ona bir tanı koymak konusunda acele etmeyin. Öncelikle Robbie'nin konuşmak istediği konulara yönelik anahtarları belirleyin, daha sonra ise; üniversite gibi daha nötral bir konu ile başlayarak annesinin kaygıları ve aralarında herhangi bir anlaşmazlık olup olmadığına yönelerek devam edin .

Ona, hayatında neler olup bittiğini anlamak isteğinizi açıklayın. Üniversitede yaşadığı sıkıntıların orada karşılaştığı durumlar (Zorbalık, ilişkiler, konuların seçimi, tarihler, sınavlar) ya da kendisi ile ilişkili etkenler (aileye karşı öfke, protesto, tıbbi hastalık, psikolojik problemler) ile ilgili olup olmadığını netleştirmeye çalışın. Örneğin, okula gitmesini engelleyen bir şey ya da birinin olup olmadığını konuşun. İşletme bölümünde okumak onun seçimi miydi? Okula karşı ilgisini neden kaybetti?

Ebeveynleri ve erkek kardeşi ile olan ilişkisini sorgulayın: Robbie'nin ailedeki yeri nedir? Evdeki her bir üye ile ilişkisi nasıldır? Ebeveynleri ile anlaşmazlıklar, herhangi bir hastalık, kardeşler arası rekabet, finansal sorunlar ya da yakın zamanda ortaya çıkan başka bir stres etkeninin olup olmadığını belir-

leyin. Ailesi ile hangi konularda tartıştıklarını sorun. Annesi ile arasındaki sıkıntılar, babası ile olan sıkıntılarından farklı mıdır? (Yukarıdaki kayıtlara göre, annesi onun evden gitmesini isteyen biridir.) Neden annesinin kendisinin evi terketmesini istediğini düşünüyor?

ANAHTAR NOKTA

Kişisel, sosyal ve aile öyküsünün erken alınması psikiyatri dışı tanıları destekleyebilir. Aynı zamanda, bu ayrıntılar, psikiyatrik koşullar göz önünde bulundurulduğu takdirde, hazırlayıcı, tetikleyici ve sürdüren faktörleri de ortaya koyabilir.

Robbie ailesi ve okuduğu üniversite ile ilgili oldukça az bilgi vermiştir. Herhangi bir yorum yapmaktan kaçınmış; sizin doğrudan sorularınıza oldukça kısa ve ayrıntı içermeyen cevaplar vermiştir.

Bu durumda, hangi özgül psikiyatrik belirtileri araştıracaksınız?

Duygudurum belirtileri

Bir ergen ya da yetişkin, arkadaşlarına/ailesine ve derslerine/işine olan ilgisini kaybetmiş ise, bu durum için en bilinen açıklama depresyondur, dolayısıyla öncelikle bunu göz önünde bulundurun. Öncelikle genel sorular sormakla başlayın: "Nasıl hissediyorsun?" gibi. Sonrasında ise daha özgül sorularla devam edin. (Tablo 13).

Psikotik belirtiler

Halüsinasyonlar ve sanrılar. Açık sorular:

Özellikle; sanrı ve varsanılar. Açık uçlu sorular:

- Son dönemlerde olağandışı bir şeyle karşılaşmış mı?
- İnsanların kendisine yönelik tepkilerinde herhangi bir değişiklik var mı?
- Zaman zaman başkaları sanki onunla dalga geçiyor mu gibi hissediyor mu?
- Herhangi bir psikolojik sıkıntısı olduğunu düşünüyor mu?

Robbie, gece odasında yalnız iken, kendisi hakkında konuşan sesler duyduğunu doğrulamıştır.

Tablo 17 Şizofrenide iyi ve kötü sonlanımla ilişkilendirilen faktörler.

Faktör Kişi	İyi prognoz Kadın	Kötü prognoz Erkek
Hastalık başlangıcı	Normal premorbid kişilik Yüksek premorbid zeka	Zayıf premorbid uyum Düşük premorbid zeka
Aile	Geç yaşta başlaması: normal kişilik gelişimi Tetikleyici faktör ve kısa hastalık süresi	Genç yaşta başlaması Tetikleyici faktör yok, yavaş başlangıç
Komorbidite	Ailede psikoz öyküsünün olmaması Aile desteğinin iyi olması	Ailede psikoz öyküsü Yetersiz aile desteği
Hastalık yanıtı	Madde kötüye kullanımı yok Afektif belirtiler var	Devam eden madde kullanımı Afektif belirtiler yok
Kendine zarar verme	Tedaviye iyi yanıt İlaç kullanımını kabul ediyor İçgörüsü iyi	Tedaviye yetersiz yanıt İlaç tedavisini red ediyor Zayıf içgörüsü
	Kendine zarar verme düşüncesi yok	Hastalığın erken dönemlerinde özkıyım düşünceleri belirgin

OLGU İNCELEMESİ

Robbie, önceki olgulara göre çok daha az gelişme kaydetmiştir. Aileden alınan öykü, çekirdek yanıtları almak açısından yeterli değildi.

Şizofreni yaygınlığı kadın ve erkekte aynı olmakla birlikte, yaklaşık %1'dir. Erkeklerde ergenliğin ortalarında ve geç ergenlikte ortaya çıkarken, kadınlarda daha ileriki yaşlarda görülmektedir.

Belirtiler dayanılmaz hale gelmedikçe (Kutu 9) hastanın yerine yakınları tedavis sürecini incelemeyi başlatır. Robbie'nin durumu tedavi edilmemiş paranoyalar, negatif belirtiler, çevreden uzaklaşma, içgörüsünün olmayışı, tedaviyi reddi ve esrar kullanımını ile giden tipik bir psikoz öyküsüdür. Robbie, madde taraması için idrar örneği vermeyi reddetmiştir. Eğer tarama testi pozitifse ancak hasta tarafından

reddediliyorsa bu durum tedavi uyumu ve prognoz açısından olumsuz bir yordayıcı olarak kabul edilir.

Daha sonar tartışılacak olan, ruh sağlığı kanununa göre acil değerlendirme gerekliliğinin ortadan kalkması evde tedaviye alınması iyi sonuçlar vermiştir. Zorunlu tedavi, tedaviye yetersiz katılım ile ilişkilendirilmektedir.

İlaç tedavisine hızlı yanıt alınması, maddenin eden olduğu psikoz tanısını düşündürülebilir- esrar kullanımını bırakan olguların tedavi sonrası iyilik hallerinin süreceği varsayılır. Burada şizofreni daha olası bir tanıdır şöyle ki esrar altta yatan hastalığı ortaya çıkarmıştır.

Robbie'nin hastalığı tekrar etmemiş olsaydı bile; hasta psikoz erken müdahale ekibinin takibinde kalmalı ve tam kapsamlı bir tedavi almalıydı (sf 57).

İleri okuma

Byrne, P. (2007) managing the acute psychotic episode. *BMJ* 334, 686-692.

Spencer, E., Birchwood, M & McGovern, D, (2001) Management of first episode psychosis. *Advances in Psychiatric Treatment* 7, 133-140.

18 yaşındaki açsılık kursiyeri Jenny, ev arkadaşları tarafından getirildi. Yaklaşık 2 ay önce iş yerindeki bazı değişiklikler yapılması sonrasında bazı günler akşam işe gitmemeye başlamış, son birkaç gündür insanlardan tamamen uzaklaşmış. Size, insanların kendisine bakmalarından hoşlanmadığı için insanların arasına karışmak istemediğini anlatmaktadır.

Tanı koymak için, hangi temel tanısal kategorileri araştırmaya başlarsınız?

Psikiyatrik bozukluklar hiyerarşisini temel alarak düşünce algoritmanızı oluşturun. (Şeki 11, s.7).

Burada, organik bir hastalık olasılığı düşük görünmektedir ancak tüm olgularda olduğu gibi – böyle bir olasılık yönünden sistematik bir değerlendirme yapılmazdır. Eğlence sektöründe erişimin kolay olması ve geç saatlere kadar çalışılıyor olması nedeniyle, madde ve alkol kullanımını da göz önünde bulundurmanız gerekmektedir. (Ör: Restoranlar, barlar, kulüpler, tiyatrolar).

Burada önde gelen iki psikiyatrik kategori duygudurum ve psikotik bozukluklardır:

- İlk önce psikotik bozukluk olasılığı gözden geçirilmelidir. Jenny'nin, dış görünüşüyle ilgili aşırı değer verilmiş düşünce (sanrısız olmayan dismorfofobi/ beden dismorfik bozukluğu) şeklinde ya da sanrısız yoğunlukta (Ör: sanrısız dismorfofobi) olan patolojik inanışları olabilir. Bu inanışlarının şeklini ve içeriğini değerlendirmeniz gerekecektir. (Kutu 3, s. 10)
- Yakın zamanda iş yerinde meydana gelen değişiklikler ya da diğer stres faktörleri depresif bir atığa zemin hazırlamış olabilir. Çökkün duygudurum içerisinde insanların kendisini nasıl gördükleriyle ilgili aşırı (olumsuz) uğraşları olabilir. Bu nedenle depresif belirtileri gözden geçiriniz. (Tablo 13, s. 45) Bu detaylar manik veya hipomanik bir atığa işaret ediyor gibi görünmemektedir.

Bunlardan sonra anksiyete bozukluğu olasılığını dikkate alın. Jenny'nin davranışları yeni oluşmuş ve fobik gibi görünmektedir. Bu da araştırılması gereken yeni bir alan oluşturmaktadır. Dış görünüşüne yönelik aşırı uğraşlarını mevcut kilosuna ile birlikte, kilo alma ile ilgili endişelerini ve diyet kısıtlaması gibi belirtileri sorgulayarak değerlendirin.

Yukarıdaki kategoriler için herhangi bir kanıt yoksa, kişilik özellikleri ile olasılıkları ele alın. Belirli kişilik özellikleri (Ör: anksiyöz, çekingen ya da paranoide gibi) kişilik bozukluğu tanısını destekleyebilir. Bu özelliklerin çok küçük yaşlardan itibaren en azından ergenlik döneminden bu yana mevcut olması gerekir ve aile öyküsünün alınması esastır

Jenny fiziksel olarak iyi görünmektedir, madde kullanmamaktadır ve depresif bozukluğu varmış gibi durmamaktadır. Kilosuyla ilgili sanrısız bir inanış veya aşırı bir uğraşısı olduğuna ilişkin bir kanıt bulunmamaktadır. Bu problem başlamadan önce sıradan bir hayatı ve normal ilişkileri varmış gibi görünmektedir. Son zamanlarda restoranın mutfak bölümü restorana gelen misafirlerin mutfak personelinin çalışmalarını gözlemleyebilmeleri için yeniden düzenlenmiştir. Jenny çalışırken kendini sürekli gergin hissetmektedir ve yabancıların kendisine bakmasından hoşlanmamaktadır. Ancak bunun nedenini açıklayamamaktadır. İş arkadaşları bakışlara aldırılmamasını söyleyerek güvenini tazelemeye çalışsa da Jenny yapmadığını söylemektedir.

Bu yakınması ile ilgili ne gibi sorular soracaksınız?

- Jenny'nin onlara ne kadar inandığını özellikle belirterek, hem psişik hem de somatik anksiyete belirtilerini (Şekil 2, s37) araştırın. Bu atığa kadar olan anksiyete belirtilerini detaylı olarak sorgulayın. Daha önce panik atak geçirmiş mi? Diğer anksiyete bozukluklarını ve yakın zamanda bir travma yaşayıp yaşamadığını araştırın. (Tablo12, s. 39) Fobisini pekiştiren fizyolojik belirtileri belirleyin: Yüzde kızarma, titreme, terleme, hızlı nefes alma vb.
- Uyarana maruz kalma (mutfak) ve belirtileri arasındaki ilişkileri saptayın. İşten ayrıldığında belirtilerde bir azalma olmuş mu?
- Jenny ne gibi davranışsal tepkiler geliştirmiştir? Jenny bu zorluklarla 2 aydır uğraşmakta ve şimdilik sıkıntısını azaltmak için kaçınma (koruyucu davranış) veya alkol kullanımı gibi (uyuma yönelik olmayan-maladaptif) stratejiler geliştirmiştir.
- Bu fobi diğer durumlar için genellenmiş midir? Eğer

cesaretlendirin: çoğu işveren eğitilmiş, güvenilir bir çalışanın geri dönüşünü içtenlikle karşılar ve onu kazanmak için esnek olacaktır.

Jenny'nin olası prognozu nedir?

Alkolü bırakması halinde kısa dönemdeki (6 ay) prognozu çok iyidir. Çalışmaların çoğunda hastaların sosyal anksiyete skorlarında, olumsuz değerlendirmelere yönelik korkularında ve anksiyete belirtilerinde önemli ölçüde gerileme (ortalama %50) ile birlikte sosyal işlevsellikte artış bildirilmektedir.

Jenny kaygılı bir premorbid kişiliğe sahip değildir, herhangi bir duygudurum belirtisi göstermemek-

tedir ve hastalık süresi kısadır. Bunlar iyi prognoz göstergesidir.

Yalnızca SSRI tedavisi ile devam etmek bir noktadan sonra (6 ay) ek yarar sağlamamaktadır, ve sonrasında hastalığın tekrar etme olasılığı artmaktadır.

Burada uzun dönem sonuçları kaygıya neden olabilir. Tedaviye cevap verse bile, ileriki hayatında artmış depresyon ve kendine zarar verme riskini taşıyacağı ile ilişkili kanıtlar vardır. Hastanın ve onun pratisyen hekiminin bu risklerin farkında olmasını sağlamak buna benzer durumların erken teşhisi ve tedavisi yönünden faydalı olacaktır.

OLGU İNCELEMESİ

Batı toplumlarında depresyondan sonra en yaygın ikinci psikiyatrik bozukluk %22 yaşam boyu yaygınlığı ile alkol kullanımı ve sosyal anksiyete birlikteliğidir. Sosyal anksiyete bu yaygınlığına rağmen sıklıkla abartılı bir normal utangaçlık hali olarak değerlendirilmekte ve önemsenmemektedir. Tedavi edilmediğinde ciddi morbidite ve komorbidite nedenidir. Ön tanı hastanın neyi olmadığını (depresyon, psikoz) belirlenmesi ile davranışları ve belirtileri arasındaki ilişkinin araştırılması üzerine dayandırılır (Şekil 3).

Tanı süreci her hasta için bireyselleştirilmesi gereken dinamik bir süreçtir. Hazırlayıcı ve sürdüren etkenlerin belirlenmesi klinisyenin döngüye birçok noktadan müdahale etmesine izin verir:

- ODD'lar için bilişsel terapi
- Somatik belirtileri azaltmak için Psiko-eğitim
- Güvenlik/kaçınma davranışlarını ortadan kaldırmak için

davranışsal tedbirler

- Alkol bırakma sürecinde destek
- Spor yapma ve kafein kullanımını azaltma vb. gibi yaşam tarzı değişiklikleri
- Sosyal ilişkileri artırma
- İş ya da eğitim hayatına kademeli dönüş

Belirtilerin ortaya çıkması ile birlikte erken dönemde yapılan kapsamlı bir değerlendirme (buradaki gibi) müdahaleler için net bir yönlendirme sağlayacaktır. Doktorların yoğun çalıştığı gerçek dünyada, hasta bir kognitif terapist, alkol danışmanına, mesleki terapist ya da pratisyen doktoruna yönlendirilmiş olabilir- hastanın yönetimi tek bir profesyonel tarafından yapılamamış olur. Bu formülasyonun onun bakım sürecine dahil olan tüm insanlarla paylaşılması hastanın daha hızlı iyileşmesini ve işine beklenenden çok daha erken dönmesini sağlamaktadır (Şekil 3).

İleri okuma

Lingford-Hughes, A., Potokar, J. & Nutt, D. (2002) Treating anxiety complicated by substance misuse. *Advances in Psychiatric Treatment* **8**, 107-116.

Stein, M.B., Fuetsch, M., Müller, N., Höfler, M., Lieb, R. & Wittchen, H.U. (2001) Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry* **58**, 251-256.

Tangen Haug, T., Blomhoff, S., Hellstrom, K., Holme, I., Humble, M., Madsbu, H.P., *et al.* (2003) Exposure therapy and sertraline in social phobia: 1-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* **182**, 312-318.

Veale, D. (2003) Treatment of social phobia. *Advances in Psychiatric Treatment* **9**, 258-264.

Olgu 5

Bakımevinde aniden fenalaşan 78 yaşındaki kadın

Mary, bakımını sağlayan kızı, ailesi ile birlikte iki haftalık bir tatile gidince bakımevine yerleşmiştir. Bakımevine yerleşmeden önce geçirdiği başarısız bir kalça protezi ameliyatı sonrası yürüme gücünü olsa da akşamları arkadaşları ile konserlere gitmekten ve briç oynamaktan keyif almaktadır. Psikiyatrik hastalık öyküsü yoktur. Bakım evindeki ikinci gününden sonra geceleri daha da artan ajitasyonları başlamıştır. Yemeyi ve içmeyi reddetmektedir. Nerede olduğunu bilmemekte ve eve gitmek istemektedir. Bakımevi personelinin bir şeyler çalmak üzere odasına girdiğini iddia etmektedir. Onu değerlendirmek üzere çağırılan psikiyatrist sizsiniz.

İlk düşünceleriniz nelerdir?

Tanısal hiyerarşinin ilk kategorisine odaklanın (Şekil 1, s. 7). Şu ana kadar anlatılanlar daha önce sağlıklı olan yaşlı bir kadında deliryum (akut konfüzyon) düşündürmektedir.

Bilinç bozukluğu; deliryumdan, uykuya meyilli olma (dikkatini odaklayamama, uyarılara yetersiz yanıt), stupor (yanıt için güçlü uyarılar gerektirir) ve sonuçta komaya uzanan bir süreçtir. Bu olguda, hastada bilinç bulanıklığı var ise Glasgow Koma Skalası (GKS) ile bunu derecelendirmeli ve hemen bir hekim ile bağlantıya geçmelisiniz.

Gece olan ajitasyonlar “gün batımı” fenomenini (kişinin görsel olarak çevresine yönelimini sağlayan ışık azalmıştır ve/veya uyku-uyanıklık döngüsünde bozulmayı yansıtıyor olabilir.

Olgunun hırsızlık iddialarının (ki muhtemelen yanlış) sizi bakımevi personelinden eksiksiz bir

ANAHTAR NOKTA

Deliryum tıbbi bir acil durumdur - organik nedenlerin olduğu olduğu genel hastane koşullarında sık görülür. Beynin normal işlevi ölümcül olabilen fiziksel bir süreç (ya da süreçler) nedeniyle bozulmuştur.

öykü almaktan alıkoymasına izin vermeyin. Yanılıyormu yoksa sanrıları mı var?) Aile hekimi ile yapacağınız bir telefon görüşmesi size çok değerli bilgiler sağlayacaktır. En azından özgeçmişine (psikiyatrik

hastalığı olmadığını biliyoruz), aldığı ilaçlara (ya da alması gereken ilaçlara) ve alkol kullanımına dair bilgilere gereksiniminiz var.

ANAHTAR NOKTA

Deliryum olgularının %40'ında kullanılmakta olan her sınıftan reçeteli ilacın bu tablonun gelişiminde önemli bir rol oynadığı gösterilmiştir.

Değerlendirmenizde olgunun uyanık olduğunu, sorulara yanıt verdiğini ancak konfüze olduğunu saptadınız. GKS skoru 13/15.

Deliryum tanısını desteklemek üzere hangi ruhsal durum muayene bulgularının olmasını beklersiniz?

- **Bilinç bozukluğu:** Yönelim bozukluğu ve konsantrasyon kaybı ile birlikte. Dalgalı seyir gösteren bilinç durumu deliryumun temel belirtisidir.
- **Görünüm ve davranış:** Psikomotor etkinlik artmış (ajitasyon) ya da azalmış (hipoaktif) olabilir. Bu da geceleri daha belirgin olmakla birlikte dalgalı seyir gösterir.
- **Duygudurum:** yaygın görülenler, sinirli, şaşkın ve kaygılı duygulanımdır.
- **Düşünce içeriği:** karmaşık, kısa süreli, iyi yapılandırılmamış düşünceler biçimindedir. Sanrılar yaygın olarak görülen, sıklıkla geçicidir ve anlaşılması kolaydır (karmaşık ya da acayip değildir).
- **Algı bozukluğu:** varsanılar, kısa sürelidir.
- **Hırsızlık ile ilgili suçlamaları sanrısız nitelikte, yanlış yorumlamalar (bilincinin bulanık olduğu akşam saatlerinde personel odasına daha çok girip çıkıyor)** ya da görsel varsanılar ile ilişkili olabilir.
- **Biliş:** Tüm bellek tipleri bozulmuştur.
- **Mary'nin içgörüsü kısmen korunmuş** ise şaşırmanın – “Dün gece neden olduğum sorunun farkındayım. Kendimde değildim” – dalgalı seyir gösterse de deliryum sırasında içgörü yoktur.

OLGU İNCELEMESİ

Bu olguda erken dönemde, çok sayıda birbiri ile etkileşen sorunu olan yaşlı bir hastada kapasite sorunu öne çıkmıştır. Sonrasında, yaşlı kişilerin ilaca duyarlılıkları ve genç bir bakım verenin girişimi sorun olmuştur. Deliryum tanısı koymak kolay iken (değişken bilinç durumu ile birlikte mental durumun akut olarak kötüleşmesi), nedenleri her zaman aşikâr olmayabilir. Burada alınan dikkatli bir öykü ve yapılan muayene sonucunda olası bir neden olarak akciğer enfeksiyonu saptanmıştır. Bakımevinde kalmasını önermiş olsaydınız, risk almış olacaktınız: diğer patolojileri atlamanız (başarısız kalça operasyonu osteomyelite neden olmuş olabilir; Tablo 20) ve alt solunum yolu enfeksiyonunun antibiyotiklere yanıt vermesi gerekecekti. Deliryumda her zaman tek bir basit neden olmaz ve çoğu hasta hastalığa neden olan etmenler tanımlanmadan hastaneden çıkar. Deliryumun önemli bir mortalitesi vardır: – 12 ayda %10 – ve sadece bu bile tüm olguların ayrıntılı değerlendirilmesi ve sonrasında da gerekirse sekinin sağlanmasının mortalitesi yüksektir. Biyolojik etiyojije rağmen, pek çok sosyal önlem bu hastalara yardımcı olabilir (Kutu 10) ve psikiyatrik ilaçların ancak sınırlı

bir rolü vardır. Genel bir hastaneye yatırıldıktan sonra, kapasitesi olmaması nedeniyle tedavisi ile ilgili değerli bir görüş sundunuz:

- İlaç konusunda dikkat edilmesi üzerinde durdunuz
- MMDD kullanarak, kısa ve uzun dönem tedaviye yardımcı oldunuz
- Bu olguda her şeyi doğru yaptınız ama iç hastalıkları hekimi, genel hastane hemşireleri ve sonra da Mary'nin kızı ile çatışmanız gerekti.
- Eleştiriler ile çabuk ve doğrudan yüzleştiniz. Bu herkesin yararına idi: hastanızın, kızının, meslektaşlarınızın ve özellikle de sizin.

Buradaki yaklaşımınızın savunulması kolaydı, ancak eğer Mary için hiçbir şey yapmasaydınız ya da onu bir psikiyatri kliniğine yatırsaydınız öyle olmayacaktı. Tablolar her zaman bu kadar açık ve net olmaz ve deliryum subakut bir başlangıç gösterebilir. Son olarak, ki bu durum psikiyatri dışı alanlara hitap eder, deliryumu “yaşlılarda” görülen bir durum olarak görmeyin: çocuklar deliryuma (Tablo 20) erişkinlerden çok daha fazla yatkındır.

Kaynaklar

- Department of Health. (2005) *Mental Capacity Act*. Stationary Office, London. www.dh.gov.uk/en/social-care/deliveringadultsocialcare/mentalcapacity/MentalCapacityAct2005/
- Folstein, M.F. et al. (1975) Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal Psychiatric Research* **12**, 189-198.
- Wise, M.G. & Trzepacz, P. (1994) Delirium. In Rundell, J.R. & Wise, M.G. (eds.) *Textbook of Consultation Liaison Psychiatry*. American Psychiatric Press, Washington D.C.

İleri okuma

- Brown, T.M & Boyle, M.F. (2002) ABC of psychological medicine – delirium. *British Medical Journal* **325**, 644-647.
- Leentjens, A.F.G. & van der Mast, R.C. (2005). Delirium in elderly patients: an update. *Current Opinions in Psychiatry* **18**, 325-330.
- Meagher, D., et al. (1996) The use of environmental strategies and psychotropic medication in the management of delirium. *British Journal of Psychiatry* **168**, 512-515.

Olgu 6

Antisosyal davranışları olan 72 yaşındaki kadın

Konut edindirme birimi belediye lojmanlarında kalan 72 yaşında bir kadın olan Rose'u sevk etmek üzere Geriatrik Psikiyatri ekibi ile irtibata geçmiştir. Kira borcu nedeniyle tahliye davası açmışlar ve antisosyal davranışları ile ilgili komşularından şikayet almışlardır. Dairesinden ortak kullanım alanlarına kıyafetlerini ve kişisel eşyalarını attığı görülmüş, bununla birlikte komşu daireleri genelev işletmekle suçlayarak defalarca polisi aramıştır.

Bu bilgiler ışığında hangi ayırıcı tanıları düşünürsünüz?

- **Nöropsikiyatrik komplikasyonu olan fiziksel hastalıklar:** Davranış bozukluğu olarak ortaya çıkan deliryum dahil herhangi bir akut fiziksel hastalık
- **Demans:** Bilişsel bozulma sonucu ortaya çıkan davranış bozukluğu
- **Psikotik bozukluk:** Yeni başlayan ya da önceden var olan hastalığın akut alevlenmesi.
- Antisosyal kişilik bozukluğu bulunduğu dair çok az bulgu mevcuttur.

Bu aşamada tanı koymak için neye ihtiyaç duyarsınız?

- Konut edindirme birimi size daha fazla bilgi verebilir mi?
- Aile hekimiyle görüşebilir misiniz?
- Rose'un bilinen herhangi bir fiziksel hastalığı var mı?
- Rose'un bilinen psikiyatrik bir hastalık öyküsü var mı?
- Tamamlayıcı bir öykü bulabilir misiniz? (örn. Rose'un ailesi veya komşularıyla görüşme)
- Rose bir psikiyatristle görüşmeyi kabul eder mi?

Yerel ruh sağlığı hastaneleri Rose'un geçmiş başvuru öyküsü olmadığını doğruladı. Konut edindirme birimi şart koşulan 2 haftalık tahliye süresi dışında başka bir bilgi veremedi. Aile hekiminin kim olduğunu bulamadınız ve ailesi ile iletişim kurmak için gerekli bilgilere ulaşamadınız.

Nasıl yol katedebilirsiniz?

Kendi ekibinizden bir meslektaşınızla ev ziyareti. Ev ziyaretleri güvenlik nedeniyle (hastaların ve sizin) genellikle çiftler halinde yapılır.

Bu öykü kötüleşen bir durumu düşündürmektedir ve Rose evinden tahliye edilme riski karşı karşıyadır, bu nedenle ne olduğunu anlamanız bir açıdan acil bir durumdur.

Bir apartmanın üçüncü katında olan Rose'un evini ziyaret ettiniz. Kapının dışında eski dergiler, kırılmış televizyonu ve bir yığın giysisi vardır. Rose kapıyı açmaz ancak içeriden onun sesini duyarsınız.

Rose'un kapısının önündesiniz ve şimdi ne yapabilirsiniz?

- Daha fazla bilgi alıp alamayacağınızı görmek için komşularıyla görüşebilirsiniz.
- Rose'un kapısına iletişim bilgilerinizle kim olduğunuzu açıklayan bir not bırakabilirsiniz.

Komşularından birinin kapısını çalarsınız ve kapı açılır. Kimliğinizi onlara gösterip ve ziyaretinizin sebebini açıklarsınız. Rose'un komşusu size, yıllardır Rose'un yan evde, kendi halinde yaşadığını anlatır. Son 6 aydır, Rose duvarlara vurmakta ve, küfür etmektedir, yanından geçerken birkaç kez komşusuna 'fahişe' demiştir. Komşusu Rose'un çıldırdığını ve birilerinin bir şeyler yapması gerektiğini söyler.

Komşusuna başka neler sorabilirsiniz?

Rose'un ailesinin veya aile hekiminin iletişim bilgilerini bilip bilmediğini sormak önemlidir.

Komşuda Rose'un kızının numarası bulunmaktadır. Kızı Irene, Rose'u sıklıkla ziyaret etmektedir fakat birkaç aydır ziyarete gelmemiştir. İrene telefonda size annesinin kendisini tacizle suçlaması nedeniyle aylar öncesinde

Kaynaklar

Byrne, P. (2007) Managing the acute psychotic episode. *BMJ* **334**, 686-692.

İleri okuma

Karim, S. & Byrne, E.J. (2005) Treatment of psychosis in an elderly person. *Advances in Psychiatric Treatment* **11**, 286-296.

Picchioni, M.M. & Murray, R.M. (2007) Schizophrenia. *BMJ* **335**, 91-95.

Schultz, S.K., Ho, B. & Andreasen, N.C. (2000) Clinical features characterizing young-onset and intermediate-onset schizophrenia. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* **12**, 502-505

Olgu 7

Depresyonu gittikçe kötüleşen 64 yaşındaki emekli öğretmen

64 yaşında, 4 çocuk annesi Sajida eşinin 2 yıl önce eşini kaybettiğinden beri yalnız yaşamaktadır. Pratisyen doktoru Dr. Taylor, 6 ay önce uykusuzluk ve işsizlik yakınmalarıyla başvurduğunda Sajida'ya seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) başlamıştır. Sajida tedaviye cevap vermemiş ve 3 ay sonra bir psikiyatristin önerisiyle venlafaksin kullanmaya başlamıştır. Ailesi, Dr. Taylor'la yakın zamanda irtibat kurar ve Sajida'nın depresyonunun kötüleştiğini ve yataktan çıkamadığını belirterek bir ev ziyareti talebinde bulunur. Dr. Taylor, Sajida'yı üst kattaki yatakta 'ölmek için yalnız bırakılmayı' dilerken bulur. Yapılan muayenede Sajida'nın soluk, taşikardik (nabız 112 atım/dakika, zayıf ve filliform), kan basıncı 110/70 mmHg; ayakta ölçülen kan basıncı 70/40 mmHg bulunur. Dr. Taylor ambulans çağırır fakat Sajida hastaneye gitmek istemediğini söyler.

Siz nöbetçi psikiyatristsiniz ve Dr Taylor Sajida'nın evinden sizi Ruh Sağlığı Yasası çerçevesinde acil bir değerlendirme yapmanız için arıyor. Dr Taylor'a ne tavsiye edersiniz?

Durumuna bakılırsa, sebebi ne olursa olsun, Sajida fiziksel olarak kötü bir durumdadır ve acil tıbbi de-
ğerlendirmeye ihtiyaç duyduğu açıktır.

Şu ana kadar bildikleriniz göz önünde bulundurulunca, Sajida'nın tıbbi tedaviyi kabul etme ya da reddetme kararı vermek için kapasitesi (hukuki ehliyeti) var gibi görünmemektedir. Dr. Taylor'ın Sajida hakkında karar vermesi gerekmektedir. Dr. Taylor'la Sajida'nın kapasitesini nasıl değerlendireceğine dair görüşebilirsiniz (Kutu 12, Tablo 21, s.70).

Dr. Taylor Sajida'nın tedaviyi reddetme kapasitesine sahip olmadığını doğrular ve Sajida'nın dile getirdiği isteğine rağmen (ölmek için yalnız bırakılma) tedavi olmasının kendi yararına olduğuna karar verir.

Ne tavsiye edersiniz?

Sajida, Ruh Sağlığı Yasası değil, Mental Kapasite Yasası çerçevesinde acil tıbbi tedavi için hemen hastaneye getirilmelidir (Olgu 5'te olduğu gibi).

Herhangi bir test için kapasite yetersizliğinin kanıtlarının yanı sıra gerçekleştirilen tüm eylemler kayıt altına alınmalıdır.

ANAHTAR NOKTA

Mental Kapasitesi Yasası 2005, kapasitesi yetersiz kişileri korur. Prensipleri (i) aksi kanıtlanana kadar kapasitenin olduğu varsayılır, (ii) karar verme yetisi en iyi şekilde kullanılmalıdır, (iii) kişilerin mantıklı olmayan kararlar verme hakkı vardır, kapasiteyi belirleyen karar değil, karar verme sürecidir, (iv) kapasitesi olmayan kişiler için alınan kararlar, onların yararına olmalıdır. (v) en az kısıtlayıcı olan seçenekler kabul ettirilmelidir.

Sajida fiziksel monitorizasyon ve intravenöz sıvı tedavisi için bir iç hastalıkları servisine yatırılır. Üre ve elektrolitleri anormal değerlerde ve sınırdaki hipotiroidi saptanmıştır. Klinikte izlemi sırasında, Sajida'yı ve özellikle serotonin ve noradrenalin geri alım inhibitörü (SNRI) venlafaksine devam edilip edilmeyeceğini değerlendirmeniz istenmektedir.

Antidepresan tedavisiyle ilgili öneriniz nedir?

Hipotiroidizm depresyonu tetiklemiş ve/veya daha karmaşık hale getirmiş olabilir. Bu yüzden tedavi edilmelidir. Venlafaksine gelince, ilaç işe yaramamış ya da Sajida ilacı almamış olabilir. Venlafaksinın bazı bireylerde kan basıncı yüksekliğine neden olduğu bilinmektedir (Tablo 7) ancak bu durum Sajida'nın fiziksel sorunlarına nedeni olmuş olamaz. Sajida şimdilik bu ilaca devam etmelidir.

Sajida'nın bilgisayarlı beyin tomografisinde (BT) herhangi bir özellik saptanmamıştır ve elektrolit dengesizliği düzeltilmiştir. Servis tıbbi ekibi, taburculuk için fiziksel olarak uygun olduğunu belirtmektedir. Sajida'yla bir psikiyatri servisine yatması için görüşüyorsunuz, ancak kendisi ölüme terk edilmesi için tekrar ısrar ederek psikiyatri servisine yatmayı reddediyor.

OLGU İNCELEMESİ

Aile hekiminin azami çabasına rağmen (erken tanı ve tedavi, acil bir şekilde uzmana yönlendirme ve bu durumun ikinci sıra bir antidepressan ilaç başlanmasıyla sonuçlanması, ilaç tedavilerine yanıtını değerlendirmek için izleme, ilk başvuruda tiroid taraması yapma) Sajida, hayatı tehdit edecek şiddette, psikotik özelliklerin eşlik ettiği bir depresyona yakalanmıştır. Hastaneye yatış ve bir dizi uygun tedavi hastaların iyileşeceğini garanti etmez. Birçok psikiyatrik müdahale, karşılıklı fikir alışverişinde bulunma ile ilgilidir ya da öyle olmalıdır:

- Kapasite hakkındaki öneri Dr. Taylor'un hastaneye yatış kararını desteklemiştir.
- Tıbbi ekibin taburculuk kararı, sizin müdahalelerinizin başlamasına olanak tanımıştır.
- Ruh Sağlığı Yasası değerlendirmeleri meslektaşlarımızla açık müzakereyi kapsamaktadır.
- Sajida ile ilgili klinik özelliklerin incelenmesi, hemşire izlem düzeyleri konusunun kararlaştırılmasını sağlamıştır.
- Sajida'nın tedavisi hakkında hem onunla ve hem çocuklarıyla açık müzakereler yapılmıştır.
- Sajida iyileştikten sonra EKT'yi sonlandırma konu-

sunda sizinle fikir alışverişinde bulunmuştur.

- Sajida'nın servisteki özkıyım girişimini takiben herkesle (hasta, akrabalar, diğer hastalar, servis çalışanları) konuştunuz.

Fiziksel ve ruhsal durumu değiştiğinde özkıyım düşünceleri de değişmiştir. Bu tür olguların her zaman geç anlaşılma olasılığı vardır ancak buradan çıkarılması gereken ders, yüksek riskli olgularda, özkıyımın en azından günlük olarak değerlendirilmesi gerektiğidir. Sajida için özkıyımdan koruyucu iki etken; kadın olması ve erişkin çocuklarının varlığıdır. Sajida'nın tamamlanmış özkıyım için risk faktörleri:

- Geçmiş özkıyım girişimi öyküsü- ayrıca çökkün duygudurumla doğrudan ilişkilidir.
- İleri yaş
- Dul olmak
- Şimdiki ağır depresyon
- Tolere edilemeyen belirtiler: suçluluk duygusu, zehirlenme sanrıları
- Şimdiki tıbbi hastalık
- Dış çevreyi değiştirememek: tutuklular herhangi ayrı bir grup arasında en yüksek özkıyım oranlarına sahiptir.

İleri okuma

- Baldwin R & Wild R (2004) Management of depression in later life. *Advances in Psychiatric Treatment* 10, 24-30.
- Bellhouse J, Holland A, Clare I & Gunn M (2001) Decision-making capacity in adults: assessment in clinical practice. *Advances in Psychiatric Treatment* 7, 294-301.

- Ottosson J & Fink M (2004) *Ethics in Electroconvulsive Therapy*. Brenner-Routledge, New York.
- Porter R, Linsley K & Ferrier N (2001) Treatment of severe depression: non-pharmacological aspects. *Advances in Psychiatric Treatment* 7, 117-124.

Olgu 8

Kollarını kesen 17 yaşındaki erkek hasta

Tony, bir gece annesi tarafından acil servise getirilmiştir. Daha öncesinden psikiyatrik rahatsızlığı olmamıştır, ancak 2 yıldır dermatoloji tarafından izlenmektedir. Tony, psöriazis hastasıdır. Önceki gece, annesi Tony'nin gömlek kollarında kan lekesi fark etmiştir. Kollarında sıyrıklar olduğunu ve yeni kesilerden kan geldiğini söylemektedir. Siz bu durumda bu kişiyi değerlendirmek için çağrılan nöbetçi psikiyatristsiniz.

İlk düşünceleriniz nelerdir?

Bu olgudaki en olası açıklama kasıtlı kendine zarar verme davranışdır (KZVD). Annesinin, kollarında eski yara izleri ve yeni kesikler olduğunu belirtmesi, kendini kesiyor olduğunu reddetmesini güçleştirir. Ama kişinin neden bunu yapıyor olduğunu–yargılamadan–anlamak için kişiyle iyi bir ilişki kurmanız gerekmektedir.

Daha az olası nedenler:

- Psöriasis, bu lezyonları tırnaklarıyla kazıyacak kadar kaşıntıya neden oluyor olabilir, veya
- Kişiye başka biri kişi zarar vermektedir. Bu duruma, sağlıklı olmayan ilişkiler (paylaşılmış garip inançlar, kültürel internet sitelerinin kullanımı ya da bir intihar paketi ile yakından ilişkili) veya istismar olgularında (akran zorbalığı, gasp) rastlanabilir. Açık uçlu soruları takip eden ve durumu açıklığa kavuşturan (kapalı uçlu) sorular ve kolların muayene edilmesi ile, bu kesilerin sebebi ne karar verilebilecektir.

ANAHTAR NOKTA

KZVD, kişinin kendini kasıtlı olarak yaraladığı, ölümcül olmayan bir eylem olarak tanımlanır (örn. Kendini kesme veya reçete edilen doz üzerinde ilaç alımı).

Acil servis sorumlu hemşiresi kişiyi değerlendirmeye geldiğiniz için size minnettardır, ancak uygun odaları olmadığından, kişinin bulunduğu küçük bölmede hızlıca değerlendirilmesini istemektedir.

Sizin tepkiniz nedir?

Nazik olun. Herhangi biri, herhangi bir ortamda hızlı bir psikiyatrik değerlendirme ile yanlış tanı konabilir,

önemli psikopatolojileri kaçırabilir veya yanlış sonuçlara varabilir.

Ulusal Sağlık ve Klinik Uzmanlık Enstitüsü (NICE) tarafından bu konuyla ilgili olarak bir kılavuz yayınlanmıştır (www.nice.org.uk): 'Kendine zarar vermiş bir kişi tedavi için beklemek durumundaysa, bir görevliyle düzenli temasa geçirilmeli, ve şahıs güvenli, destekleyici ve rahatsızlık vermeyen bir yere alınmalıdır.' Acil servis birimleri bununla ilgili ulusal düzeyde bir sözleşme imzalamışlardır. Kişi, şimdiki kadar güvenli bir çevrede gözetilmiştir, bu nedenle sorumlu hemşireye teşekkür etmelisiniz. Kapsamlı bir psikososyal değerlendirme yapabilmek için, özel, güvenli ve emniyetli bir odaya ihtiyacınız vardır.

Tony'nin annesi üzgündür. Tony'nin kimseye güvenmediğini, sır vermediğini, hastaneden ayrılmak için yalan söyleyeceğini belirtir. Annesi Tony'yi manipülasyon yapmakla suçlar ve görüşmeye katılmak için ısrar eder. Tony ise, güvenlik görevlilerinden annesinin hastaneden uzaklaştırılmasını istemektedir.

Bu durumda ne yapacaksınız?

Çok nazik olun. KVZD'yi anlayabilmek zordur - kendine zarar veren insanların sıklıkla neden yaptıkları ile ilgili akılları karışıktır. Davranışları ailesine ve arkadaşlarına aptalca, kışkırtıcı, hatta manipülatif görünebilir. Kendine zarar verme davranışı başkalarına acı çektirmeyi amaçlayan planlı bir girişim gibi görünse bile, asla 'manipülatif' benzeri terimler kullanmayın.

Sinirlenen sadece ebeveynler değildir. Acil çalışanları bu kişileri, dikkati 'gerçek hasta'dan uzaklaştıran, istenilmeyen kişiler olarak değerlendirebilir; ruh sağlığı profesyonelleri de benzer tutumda olabilirler. Annesine, neden üzgün olduğunu anladığınızı, ama önceliğinizin Tony'nin neden kendine zarar verdiğini anlamak ve gelecekteki kendini kesme ya da daha ciddi zarar verici davranışları önlemek için görüşmek olduğunu açıklayın.

İlk değerlendirmenizde başbaşa olmanız gerekir. Tony 17 yaşında olduğundan dolayı onunla özel

OLGU İNCELEMESİ

KZVD'nın, yaşam boyu görülme sıklığı % 5 civarındadır. Gençlerde hastane başvurularının en sık sebebi olmakla beraber çoğu yaş aralığında kadınlarda erkeklerden daha fazla görülür. KZVD olgularının % 90'dan fazlasında aşırı doz ilaç alımı görülür ancak bazıları hem kendine zarar verir, hem de aşırı dozda ilaç alır. KZVD olan hastaların sıkıntılarını ifade etmede (KZVD *neden* yaptıklarını açıklama) ve duygularını yönetmede zorluk yaşadıkları bilinmektedir. Bu kişileri, 'manipülatif' olarak yargılamak yardımcı olmamaktadır. Kendine zarar vermeye neden olabilecek altta yatan mekanizmayı belirlemeniz gerekir.

Bunlar sizin ve onların üzerindeki bir çok dış baskı nedeniyle zorlu görüşmelerdir; açık uçlu sorulara uzun zaman ayırmak değerlendirmeyi

güvenli kılar. Krizin hızlıca çözülmesi, gençlerdeki dürtüsel intihar eylemlerini 'hafife alabileceğimiz' anlamına gelmemektedir. Bu kişiler eve gidebilmek için sorunlarını küçümseyebilirler, bu hastaların iletişimlerinin zayıf oldukları bilinmektedir. Tony'nin hikayesinin bir başlangıcı, ortası ve bir sonu vardır, ama bu, kendini yaralama olgularının büyük bir kısmı için nadiren görülen bir durumdur (Bu hassas hasta grubunu düzenli olarak değerlendiriyorsanız, ileri okuma için önerilere bakınız).

KZVD olan hastaların *ihtiyaçlarını* belirlemek için değerlendirin. Bunların bir çoğu aynı zamanda *risk faktörleridir* (Tablo 25). Bunlar müdahalelerin en olası hedefleridir. Her değerlendirme de, her müdahale planı ve her sonuç gibi farklıdır.

Kaynaklar

Gabbard G. (1994) *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*: American Psychiatric Press Washington DC.

İleri okuma

- Broadhurst M. & Gill P. (2007) Repeated self injury from a liaison psychiatry perspective: *Advances in Psychiatric Treatment* 13, 228-235.
- Fagin L. (2006) Repeated self-injury: perspectives from general psychiatry: *Advances in Psychiatric Treatment* 12, 193-201.

- Gunnell, D. & Lewis, G. (2005) Studying suicide from a life course perspective: implications for prevention. *British Journal of Psychiatry* 187, 206-208.
- Johnson, A., Cooper, J., Webb, R. & Kapur, N. (2006) Individual- and area-level predictors of self-harm repetition. *British Journal of Psychiatry* 189, 416-421.
- Ng, C.H. & Schweitzer, I. (2003) The association between depression and isotretinoin use in acne. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 37, 78-84.

Olgu 9

Okuldan atılacak duruma gelen yıkıcı davranış sorunları olan 9 yaşındaki çocuk

Bir çocuk psikiyatri kliniğinde acil olguları değerlendirmek üzere bulunmaktasınız. Bir aile hekimi, sizi kendi takibinde olan 9 yaşındaki Miguel için arar. Miguel, daha önce iki kez okuldan uzaklaştırılmıştır - İlkinde kavga etme ve ikincisinde ise hırsızlık. Ailesi onu üç aydır 'ev hapsinde' tutmaktadır. En son kriz ise sınıftaki evcil hayvanlara eziyet etmesi sonrasında okuldan uzaklaştırılmasıyla başlar

Ayrırcı tanınız nedir? Olası ve olası olmayan tanıları listeleyin Olası tanıları

1 *Davranım Bozukluğu* (DB) sürekli ve kalıcı olarak antisosyal, saldırgan veya küstah davranışlarla seyreden bir bozukluktur. Miguel'in davranışlarında üç ayrı atak ve farklı kural ihlalleri tanımlanmıştır, ve siz bu davranışları dış uyaranlara cevap ya da talihsizlik (örn: çalma yüzünden yanlışlıkla suçlanmış olması) olmadığını, bilerek yapılmış davranışlar olduğunu saptamalısınız. Bu durum sıklıkla diğer hastalıklarla birlikte görülür (Aşağıya bakınız). Diğer antisosyal davranış örnekleri, mala zarar verme, yangın çıkarma, yalan söyleme, okuldan ve evden kaçmadır. DB aile bağlamında sınırlı kalabilir ve kişi yeniden toplumsallaşabilir (akranlarıyla iyi ilişkiler kurma) ya da yeterince toplumsallaşmayabilir (akranlarla zayıf ilişkiler).

2 *Duygusal Bozukluk* burada daha az olası görülmektedir: yukarıda tanımlanan davranışların hiç biri kaygılı bir çocuğun "yardım çağrısı" olmadıkça genel olarak bu yaşta görülmez. Eğer duygusal bozukluğu olan bir çocuk okula oradaki olaylar (akran zorbalığı) ya da ayrılık anksiyetesi nedeniyle gitmekten korkuyorsa, bu okuldan kaçma yerine okul korkusudur. Eğer Miguel'de ek olarak korku davranışı ile ilgili anksiyete belirtileri bulunuyorsa, doğru tanı karma tip davranım ve duygusal bozukluk olmalıdır. Karma bozukluklar, duygusal bozukluklardansa davranım bozuklukları gibi ortaya çıkma ve gelişme eğilimindedirler.

3 *Hiperaktivitenin eşlik etmediği Dikkat Eksikliği Bozukluğu* (DEB): Bilinen ya da bilinmeyen patolojiler için nihai ortak yolak olarak görülmektedir. Bozulmuş dikkatin bir bir çok nöropsikiyatrik sebebi vardır: Öğrenme güçlüğü, kafa travması, frontal lob hasarı, psikoz, depresyon ve şiddetli anksiyete. DEB kalıtım-çevre etkileşimi ile birlikte güçlü bir genetik bileşene

sahiptir. (örn: telaşlı, kaotik, dikkatsiz ebeveynlerin benzer davranışlara sahip çocuklar yetiştirmeleri). Dikkatteki bozulmanın; çocuğun dinlenmiş ve aşırı baskı altında olmadığı durumlarda, farklı zaman dilimlerinde ve birden fazla görevde bulunması gereklidir. Bu davranışlar bir çok ortamda görülmelidir: eğer sadece okul ya da evde görülüyorsa bu durum DEB olmayabilir.

4 *Hiperaktivitenin eşlik ettiği dikkat eksikliği bozukluğu* (DEHB) tanısı için uygun zamanlarda sakin duramama ve huzursuzluk gibi ek belirtilerin bulunması gereklidir. Bu çocuklar yerinde duramaz, kıpır kıpır, söz keser, aşırı gürültü yapar, aşırı konuşur ve kendilerini tehlikeye atma konusunda kayıtsızdırlar. Ancak olası başka bir teşhis konusunda dikkatli olun; dikkatsiz davranışlar süregelen bir stres faktörüne tepki olarak ortaya çıkabilirler. DEHB'de sürekli gözlenen davranışlarının gözden kaçması pek olası değildir ancak tanı koyulmadan önce gelişim geriliğinin diğer sebeplerinin dışlanması gerekmektedir.

Olası olmayan tanıları

1 Her üç davranış da (kavga etmek, çalmak ve eziyet etmek) frontal lob sendromu disinhibisyonuna işaret edebilir. Bu sendromun diğer belirtilerini (duygudurum ve kişilik değişimleri, yeni başlayan öfke krizleri, girişkenlik ve sosyalleşmede azalma) ve bu yaşta özgü genel sebepleri (örn: birincil beyin tümörleri, yer kaplayan lezyonlar, kafa travması) gözlemlemelisiniz.. Dikkatli bir anamnez ve Aile Hekimine danışma ile bu durumu ve diğer *organik patoloji* olasılıklarını dışlamalısınız.

2 Bu "lunapark treni (roller coaster)" benzeri belirtiler *madde kötüye kullanımının* neden olduğu disinhibisyon ve intoksikasyonun bir parçası olabilir. Yaşadığı bölgeye (kent/kırsal) ve sosyoekonomik düzeye göre ulaşabileceği maddelerin türleri değişim gösterecektir. Uçucu maddeler (yapıştırıcı), uyarıcılar (öksürük şurubu karışımları), esrar ve benzodiyazepinler göz önünde bulundurulmalıdır.

3 *Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu* (KOKGB): Sıklığı zirve noktasına 9-10 yaşlarında ulaşır. Davranışlar küstahça, asi ve/veya kıskırtıcıdır, ancak saldırgan veya şiddet içerikli değildir. Karşıt gelme bozukluğu

İleri okuma

- Biederman, J., Swanson, J.M., Wigal, S.B., Kratochvil, C.J., Boeller, S.W., Kollins, S., et al. (2005) Efficacy and safety of modafinil film-coated tablets in children and adolescents with attention-deficit/ hyperactivity disorder: results of a randomized, double blind, placebo controlled, flexible-dose study. *Pediatrics* **116**, E777-784.
- Coghill, D. (2003) Current issues in child and adolescent psychopharmacology. Part 1: Attention deficit hyperactivity and affective disorders. *Advances in Psychiatric Treatment* **9**, 86-94.
- Kramer, T. & Garralda, M.E. (2000) Child and adolescent problems in primary care. *Advances in Psychiatric Treatment* **6**, 287-294.
- Lask, B., Taylor, S. & Nunn, K. (2003) *Practical Child Psychiatry: The Clinicians' Guide*. BMJ Books, Londra.

Olgu 10 Her gün yeni bir belirti gösteren 48 yaşındaki güvenlik görevlisi

Stephen şehir içindeki eski evlerinde yalnız yaşayan annesinin yardım çağrısı üzerine gece vardiyasından dönmüş. Komşuları çöplerini annesinin kapısına dökmüşler ve annesini sözlü olarak taciz etmeleri üzerine kavga çıkmış ve Stephen kendisini tekmeleyen iki adam tarafından yere serilmiştir. Stephen'in erkek kardeşi ambulans çağırır.

Stephen'in beyin tomografisi normaldir ve o akşam daha geç saatlerde beyin sarsıntısı tanısı ile hastaneye yatırılmıştır. Stephen sürekli nerede olduğunu sormakta ve uyuyamamaktadır. Karısı yanındadır ve hemşirelere kocasını sakinleştirmeleri için baskı yapmaktadır.

Öneriniz nedir?

- Varolan belirsizlik durumunda yatıştırıcı ilaç tedavisi uygulamak tehlikeli olabilir. Ailesinin ve hemşirelerin desteği de varken, uykusuz bir gece geçirmek bile nörolojik belirtileri baskılamaktan çok daha iyi sonuç verecektir. Bu durumu eşine açıklayın ve onun desteğini sağlamaya çalışın.
- Hemşire gözetimindeki tek kişilik bir odada yeterli ışık ve yönelimini sağlayacak önlemler alınarak kalmasını önerin (Kutu 10, s. 70). Kendini güvende hissetmesi için, hastanenin isminin, doktorlarının adının, gün ve tarihin yazılı olduğu bir levhayı hatırlama ihtiyacı duyduğu her zaman ulaşabileceği bir yere için koyunuz. Eşi ve hemşire ile basit bir öykü üzerinde anlaşmaya varın: Birkaç adam tarafından saldırıya uğradığı, bayıldığı ve bu yüzden hastanede olduğu bilgisini verin.
- Onu deliryuma sokacak (Tablo 20, s. 69): geçmiş tıbbi öyküsü, kullanmakta olduğu ilaçlar, alkol veya madde kötüye kullanımı, araya giren enfeksiyon gibi etkenler (Tablo 20, s. 69) hakkında düşünün. Daha önce aynı durum yaşanmış mı? Hastaneyle ilgili kötü deneyimleri var mı? Tedavi yönetimi planlamanızı bunlara göre belirleyin.
- Eğer hasta yatışmıyorsa, ağrılarını kesmeyi yeniden gözden geçirin ve birebir hemşire gözetimini düşünün. Güvenli ve sessiz çevre koşullarında bir süre yakın gözlem gerektiren durumlar için bu mükemmel bir seçenektir.

Sonraki gün Stephen kahvaltısını eşine fırlatır ve hastaneden ayrılmaya çalışır.

Hangi bilgiyi toplayacaksınız?

- Öyküsünü tekrar alın. Olayların sıralamasını onun anlatımına göre düzenleyin. Son hatırladığı şey neydi? Bir kafa travması geçirmişti ve onun retrograd amnezi (kafa travmasından önceki döneme ait bellek kaybı) mi ve /veya anterograd amnezi (kafa travmasından sonraki döneme ait bellek kaybı) mi yaşadığı konusunu netleştirmeniz gerekiyor. Bayıldığını düşünüyor mu (bilinç kaybı oldu mu)? Gece çalışırken alkol kullanımını çok olası olmasa da bu durumu araştırın.
- Tüm ilaçlarını kontrol edin.
- Başkalarından işinizi kolaylaştıracak öyküler alın. Stephen'in erkek kardeşi Stephen'a yapılan saldırı sırasında orada bulunuyor olabilir. Herhangi bir serebral irritasyon bulgusu (nöbet) veya fokal bulgular (tek taraflı güç kaybı, konuşma da bozulma, görme kusuru) var mı? Stephen ne zaman ve bu durum dalgalı bir seyir göstermiş mi? Kafa travması ve şu anki durumu arasında net bir zaman aralığı var mıydı? Paramedikler ne gördü? Endişe yaratan belirtiler, şiddetli baş ağrısı, fokal bulgular ve uykuya meyildir. Ayrıca annesinin komşularıyla irtibat kurmanız ve onların da size olaylar hakkında yararlı bilgiler vermesi mümkündür.

Bu aşamada hangi bulgular organik bir patoloji olasılığına karşı sizi uyacaktır?

Kafa içi kanamalardan subdural kanama (SDK) burada en olası ihtimaldir. SDK olgularının yarısından fazlasında, bazen kanamadan haftalar öncesinde olan, bilinen bir travma öyküsü vardır. Subdural kanamalar belirti vermeden ortaya çıkar fakat kişilik değişiklikleri subdural kanamanın işareti olabilir, ekstradural kanama bu olguda daha az olasıdır çünkü daha erken belirti verir. Kafatası kırığının kanamaya yol açtığı en yaygın bölge şakaklarda, gözlerin hemen arkasında yanlara doğru olan bölgedir. Genellikle bilinç kaybı ve pupil dilatasyonu hızlıca gerçekleşir. Acil nörocerrahi ile kafatasına Burr delikleri açılarak kafa içi basıncı azaltılır.

OLGU İNCELEMESİ

Stephen'ın fiziksel yaraları psikolojik tepkilerinden daha anlaşılır ve basit düzeydeydi. Bu durum bazen eşinin inançlarının da etkisiyle personelin Stephen'a karşı olan davranışlarını da etkiledi. Her yeni belirtiyle birlikte hiyerarşik bir yaklaşım benimsemek işe yaradı (Şekil 1, s. 7). Akut bir stres tepkisi nedeniyle gelişen (Stephen'ın her nöbetinde değerlendirmesini yapabildiğiniz üzere) TSSB'nin prevalansı %1'dir. TSSB'nin 3 önemli bileşeni:

- 1 Aşırı uyarılmışlık hali
- 2 İntruziv durum

3 Kaçınma ve uyuşmanın eşlik ettiği yaygın anksiyete (Tablo32)

Bir çok disiplinin oluşturduğu fakat sizin koordine ettiğiniz stratejiler, (yararsızdan çok daha kötü) bir çok oldukça kötü veya yararsız bilgi alma müdahalelerinden daha iyi bir koruma oluşturmanızı sağladı. TSSB için "acil çözümler" yoktur: Diğer psikiyatrik durumlardan daha fazla tedavi müdahalesi gerektirir (Tablo 4 ve 5, s.13 ve 14). Bu bozuklukta sıklıkla görülen yasal süreçler ise belirtilerin sürmesine ve tedavi planınızla ilgili bazı çıkar çatışmalarının yaşanmasına neden olabilir.

Kaynak

Gabbard, G. (1994) *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. American Psychiatric Press, Washington DC

İleri okuma

Wessely, S. & Deahl, M. (2003) Psychological debriefing

is a waste of time. *British Journal of Psychiatry of* **183**, 12-14.

Yehuda, R. (2002) Current concepts: post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine* **346**,108-114.

Olgu 11

Havaalanında tutuklanan 28 yaşındaki adam

Polis eşliğinde acil servise gelen 28 yaşında, bekar bir erkek olan Alex'i değerlendirmeniz için çağrıldınız. Hastanın başarısızlıkla sonuçlanan uçağa biletsiz binme girişimi sonrası yaşanan kavga sırasında bir güvenlik görevlisini bıçakladığı iddia edilmektedir. Check-in yaptırmak için kuyrukta tek başına beklediği sırada "dolandırıcılardan intikam alacağım" diye bağırmıştır.

Onu değerlendirmeden önce ek olarak hangi bilgileri edinmeniz faydalı olurdu?

- *Akrabalar*, eş, aile hekimi, polisler ya da görgü tanıklarından tamamlayıcı bilgilerin alınması
- Daha önce herhangi bir ruh sağlığı kliniğine başvuru yapıp yapmadığına yönelik bilgiler
- Polislerden görüşme sonrasında nasıl bir yol izleyecekleri ile ilgili alınacak bilgiler
- Fizik muayene ve tetkik sonuçları: kavga sırasında yaralanmış olabilir ya da belirtilerini açıklayacak organik bir neden olabilir. (Tablo 16)
- Alınan bilgiler, psikotik belirtilere işaret etmektedir. Bu yüzden idrarda ilaç taraması bu aşamada faydalı olacaktır.

Alex, sizle görüşmeyi kabul etmiştir ancak sizin polis adına çalıştığınızdan endişelenmektedir. Havaalanındaki olay sebebiyle kendisini hapse atacaklarını söylemektedir. Ayrıca size iki genç polis memurunun sahte bıyık taktıklarını ve bunun sebebinin belli olduğunu ifade etmektedir.

Alex'e gizlilik konusunda tam bir güvence verebilir misiniz?

Hayır, veremezsiniz. Eğer Alex size kendini ya da diğerlerini riske atabilecek bir bilgi verirse harekete geçmek zorunda kalırsınız. Bu bilgi kendine zarar vermeyi düşünme ("yakalanacağımı hiç düşünmezdim, kendimi öldüreceğim.") ya da diğerlerine yapılan tehditler ("babam bunu ayarlamak için önceden burayı aramış olmalı. Buradan bir kurtulursam ona dersini vereceğim.") şeklinde olabilir. Alex'e, eğer ciddi bir risk görürseniz bu durumu diğer sağlık personelleriyle paylaşmanız gerektiğini de anlatmalısınız.

Bu bilgileri paylaşmak tamamen kendisine kalmıştır. Ona sadece değerlendirme yapması gereken bir doktor olduğunuzu açıklayın ve şunları belirtin:

- Size verdiği bilgileri eğer kendisini ya da başkalarını riske atmıyorsa gizli tutacağınızı
- İddia edilen durumlarla ilgili polisten bir görüşme yapmasını isteyeceğinizi
- Polisle yapılacak görüşmeler sırasında yanında bir avukatın bulunabileceğini
- Alex'in de rızasını alarak bulduğunuz şeylerle ilgili avukatına bir rapor sunacağınızı, eğer ileriki dönemlerde başkaları (örneğin mahkeme) sizden bir rapor isterse, bu durumda Alex ile yeniden görüşüp bu konuda iznini alacağınızı, eğer avukat verdiğiniz raporun Alex ile ilgili ön yargılar içerdiğini düşünürse bunu mahkeme ile paylaşmayabileceğini söyleyin.

ANAHTAR NOKTA

Eğer bir hasta, belirli bir kişiye zarar verme düşüncesini sizle paylaşıyorsa; bu durumda gizlilik ilkesini bir kenara bırakarak polisi ya da tehlike altında olan kişiyi bilgilendirmekle yükümlüünüz. Benzer bir durum nedeniyle Kaliforniya Mahkemesi Tarasoff Deklarasyonu'nu yayınlamıştır. Hastasının (sonraki) kurbanına yönelik tehditini gerekli kuruma bildirmeyen bir psikoterapist mahkeme tarafından görevini ihmalinden suçlu bulunmuştur.

Alex değerlendirmenize tam uyum sağlamıştır. Alex ilk kez bir psikiyatrist tarafından değerlendirilmektedir. Görüşmeniz sırasında muhtemelen 5-7 aydır süren psikotik belirtiler saptadınız:

- İkinci ve üçüncü şahıs iştisel varsanılar
- İzlendiği ile ilgili sanrılar
- Düşünce etkilenmesi sanrıları: Düşünce sokulması ya da düşüncelerinin yayınlanması
- "Oyuncular" ya da "dolandırıcılar" ın kendisini izlemek için görevlendirildiğiyle ilgili paranoid sanrılar
- Sanrılarının içeriğinde "üniformalı robotlar" dediği polisler ve güvenlik görevlileri vardır.
- Aşırı uyarılmış bir haldedir ve 'bazı kişilerin' kendisinde yarattığı sıkıntılardan bahsederken huzursuzluğu daha da artmıştır.
- Alex herhangi bir duygudurum bozukluğu belirtisi

tığınız değerlendirme, onam konuları, gizlilik ve risk belirgindi ve Alex'in tedavisi içinde bulunduğu ülkenin kanunlarına göre düzenlendi. Nerede çalışıyor olursanız olun bunların farkında olmanız ve yasal uygulamalardaki son gelişmelerden haberdar olmanız gerekmektedir: Herhangi bir şüpheye düşerseniz durun ve sorun.

Alex havaalanındaki saldırısından önce ve daha sonra hastanede yatarken sanrısız düşüncelerini saklamıştır. Bu olguda örneklenmemiş olsa da daha önce cinayet olgularıyla karşılaşmış

meslektaşlarınıza, adli meslektaşlarınıza ve çalıştığınız yerdeki avukatlara danışabilirsiniz. Sizin bu vakadaki rolünüz Alex'in ruhsal durumunu değerlendirip tedavi etmek, hukuk danışmanına ve mahkemeye öneriler vermek ve Alex'in diğerlerine verebileceği zararın risklerini değerlendirmektir. Alex'in durumunda gördüğümüz gibi hasta en sorunlu adli programlardan taburcu edilip genel psikiyatri kliniğine gönderilecektir. Onun yeni psikiyatristi siz olabilirsiniz.

İleri okuma

Frampton A. (2005) Reporting of gunshot wounds by doctors in emergency departments: a duty or a right? Some legal and ethical issues surrounding breaking patient confidentiality. *Emergency Medicine Journal* 22, 84-86.

Monaghan J. (1996) Violence prediction: the past twenty years and the next twenty years. *Criminal Justice and Behavior* 13, 107-120.

Stone J.H., Roberts M., O'Grady J., Taylor A.V. & O'Shea K. (2000) *Faulk's Basic Forensic Psychiatry*. Blackwell Science, London.

Olgu 12 Sıkıntılı 24 yaşındaki yeni anne

Margaret'ı 3 gün önce henüz ismini koymadığı ilk erkek çocuğu doğduğundan beri yatıştırmak mümkün olmamıştır. Çocuk yarım damak ve dudak ile doğmuştur (700 canlı doğumdan birinde rastlanır) ve bu sezaryenden önce fark edilememiştir. Margaret doğumundan beri neredeyse hiç durmadan ağlamaktadır. Bebek şekil bozukluğuna rağmen özel bir biberonla iyi beslenmektedir fakat Margaret henüz bu işte aktif bir rol almamıştır.

Margaret'in öyküsünde, olası teşhis ile ilgili diğer faktörler (şu anki şikayetleri dışında) nelerdir? Bunların nasıl bir ilgisi olduğunu belirtiniz.

Tıbbi ve kişisel öykü

- *Depresyon ya da bir başka psikiyatrik rahatsızlık öyküsü:* depresyon, gelecek depresyon nöbetlerinin de habercisidir; psikoz öyküsü olan kadınların yarısından fazlası, çocuk doğurduktan sonra bir yıl içerisinde psikiyatrik belirtiler geliştirir.
- *Antenatal (doğum öncesi) depresyon,* postnatal (doğum sonrası) depresyonun sıklıkla öncülüdür.
- *Tıbbi öykü:* bazı tıbbi rahatsızlıklar (ör. diabet, hipertansiyon, kardiyak rahatsızlıklar) hem hamilelikte hem de doğumda komplikasyona yol açar.
- *Ailede psikiyatrik rahatsızlık ve intihar öyküsü:* belirli bir psikiyatrik tanıyı desteklemekte her zaman yararlıdır.
- *Ailede konjenital anomali öyküsü:* bu faktörler konjenital anomali riskinde artış ile bağlantılıdır fakat Margaret'in çocuğunun şekil bozukluğuna kendisinin sebep olmuş olabileceği ile ilgili algısı da dikkatlice araştırılmalıdır. Ailedeki ya da diğer tanıdıklardaki konjenital anomaliler ile ilgili deneyimleri sorulmalıdır; konjenital anomalilere bazı ailelerde çok rastlanır ve prematüre ölen bebekler biliyor olabilir.
- *Destekler:* eş, aile ve arkadaşlar, barınma, ekonomik durum- bunlar hem ruhsal hastalığına sebep olan hem de hastalığın nihai sonuçlarını belirleyen önemli faktörlerdir.

Hamilelik ve Doğum

- *Planlı ya da plansız hamilelik:* başka sebepler olsa da, plansız hamilelikte ruh sağlığıyla ilgili daha fazla sorun ortaya çıkabilir.
- *Hamile kalmada zorluk, infertilite tedavisi* (genellikle daha yaşlı kadınlarda rastlanır): zorlama/değerli hamilelikler doğası gereği, her iki ebeveynde de, bazen geniş ailede de, daha fazla kaygı yaratır.
- *Daha önceki hamilelikler:* bu annenin ilk çocuğu olmasına rağmen, anne daha önce hamile kalmış olabilir. Düşükler ve kürtajlar hakkında soru sorun.
- *Hamilelik döneminde yaşanan tıbbi komplikasyonlar*
- *Gebe kalma ve hamilelik döneminde ve şimdi kullanılan ilaçlar:* teratojenik ilaçlar listesini bilin- psikiyatride en sık kullanılanlar, lityum, karbamazepin, sodyum valproat, monoamin oksidaz inhibitörleri ve benzodiazepinlerdir. Yeteri kadar reçete yazma deneyimi olmadığı için "yeni" psikotropik ajanların hepsine dikkatle yaklaşılmalıdır. Genel olarak, hamilelikte trisiklik antidepressanlar seçici serotonin geri alım inhibitörlerinden (SSGİ) daha güvenlidir fakat her ikisi de yeni doğanlarda geri çekilme sendromu yaratabilir. Hamileliğin son dönemlerinde en zararlı ilaç benzodiazepinlerdir.
- *Gebe kalma ya da hamilelik döneminde alkol ya da madde kötüye kullanımı:* fetal alkol sendromu az rastlanan bir olay olmasına rağmen (her 2000 canlı doğumda 1), ölümcül ciddi bozukluklarla sonuçlanabilir. İlaç kullanımı (reçeteli, yasal ya da yasadışı), annede başa çıkmayacağı kadar yoğun suçluluk duygusuna sebep olabilir.
- *Doğumun detayları:* süresi, müdahaleler, sezaryenin endikasyonları – bunlar annenin zihninde kalır. Anne bu olaylardan olumsuz etkilenmiş olabilir, ya da doğum anında 'yeterince denemediği' için suçluluk hissediyor olabilir.
- *Sezaryenin detayları/ komplikasyonları:* post partum psikozların üçte birinin organik sebepleri vardır: enfeksiyonlar, emboli, metabolik rahatsızlıklar gibi.

Further reading

- Chandra P.S. & Ranjan S. (2007) Psychosomatics and gynaecology - a neglected field? *Current Opinions in Psychiatry* 20, 168-173.
- Eberhard-Gran M., Eskild A., Samuelsen S.O. & Tambs K. (2007) A short matrix-version of the Edinburgh Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 116,195-200.
- Paykel E.S. & Jenkins R. (eds) (1994) *Prevention in Psychiatry*. Gaskell, London.

Olgu 13 Pnömonili 15 yaşındaki sınıf başkanı kız, gizemli davranmaya başlar

Sharon, dört kız kardeşten ikincisi, 15 yaşında bir öğrencidir. Sharon'un astım tedavisini yürüten Dr. Conor 2 hafta önce başlayan nefes alamama, öksürük ve pürülan balgam yakınmaları nedeniyle antibiyotik tedavisine başlamıştır. Ancak Sharon antibiyotiklere yanıt vermemiş ve 3 gün önce çekilen akciğer grafisinde sağ orta lobda pnömoni saptanmıştır. Dr. Conor hemen ikinci kür oral antibiyotik tedavisine başlamış, ve ek olarak psikiyatrik değerlendirme yapılmasını istemiştir. Sharon tedavisine uymakta, ancak bilgilerini çalışanlarla paylaşmamaktadır. Özellikle yemekten sonra olmak üzere sık sık odasından 'kaybolmakta', bu davranışı kendisine sorulduğça ağlamakta ve hatta daha az bilgi paylaşır hale gelmektedir.

Nöbetçi psikiyatristsiniz ve Dr. Conor ne olduğunu bilmek istediğini söylemektedir. Sharon'la ilgili neleri incelersiniz?

Sharon'un sebebi her ne olursa olsun tedaviye yanıt vermeyen pnömonisi vardır, ve ek olarak bazı psikolojik sorunlar yaşıyor olabilir. Değerlendirmeye başlamadan önce ailesinin onayını almanız gerekmektedir. Onların sizin değerlendirmenizi otomatik olarak hoş karşılayacağını veya size neden yönlendirildiğinin açıklandığını varsayamazsınız. Her iki ebeveynle de görüşün. İstisnai durumlarda (aile yoksa veya acil durumlarda) sözel olarak telefonda izin alabilirsiniz, ancak sizden kıdemli bir meslektaşınızın telefon görüşmesine tanık olması ve telefondaki kişinin onayladığını doğrulamasını sağlamanız daha uygun olacaktır.

ANAHTAR NOKTA

Bir çocuğun (16 yaş altındaki çocuklar) açıkça tanımlanmış acil bir durumu olmadıkça, ebeveyn veya velisinin rızası alınmadan herhangi bir fiziksel ya da zihinsel muayene dahil tedavi edilmesi, yasal açıdan bir sorun oluşturabilir. Ebeveynler birbirinden ayrışsa veya anlaşmazlık varsa, her ikisinden ayrı ayrı yazılı onam almak uygun olacaktır.

Sharon'a hassasiyetle yaklaşmalısınız. Onu görme-ye, bölümün onunla en az çatışabilecek bir çalışını ile birlikte gitmelisiniz. Sharon'a 'Birisi seninle bir şeyler konuşmak için gelecek.' demek dışında sizin kim olduğunuzun söylenmeyebileceğini unutmayın. Liyazon psikiyatristlerinin bir çoğu bu gibi durumlarda, tereddütle kendilerini hastanenin psikolojik sorunlar konusunda uzmanlaşmış doktoru olarak tanıtabilirler. Genç insanlar için bile 'psikiyatri' kelimesi olumsuz çağrışımlara sebep olabilir. Burada ortaya çıkan tanı olasılıkları şöyledir:

- **Psikiyatrik tanı yoktur:** Sharon, ikinci antibiyotik tedavisi altındadır ve birinci kuşak ajanlara göre daha kötü tolere ediyor olabilir. Örneğin Eritromisin –Bu ilacın bulantıya sebep olduğu bilinmektedir ve yemek zamanları verilmektedir. Sharon'un yaşı genç olduğundan bu onun muhtemelen hastaneye ilk yatışıdır. Çalışanlara verilen tabletlerin kendisini rahatsız ettiğini söylemekte zorlanıyor olabilir.
- **Uyum bozukluğu:** Mevcut enfeksiyonuna, hastanede yatmasına veya aile ve arkadaşlarından ayrılmasına bağlı olabilir.
- **Akut stres bozukluğu:** aile/okul/arkadaşlar/hastaneye yatırılma gibi olaylarla ilgili olabilir.
- **Bir psikotik bozukluğun habercisi (Kutu 14,sf. 113):** Sharon kadınlarda ilk atak psikotik bozukluğun sık görüldüğü yaş dönemine göre biraz genç olsa da muğlak durumlarda veya hastanın kendisinden, çevresindekilerin belirtilerden yakındığı durumlarda düşünmek gerekir. Garip davranışları ve çalışanlara güvenmemesi psikotik bir belirti veya "psikoza geçişin" bir parçası olabilir.
- Tuhaf davranışların yemek zamanlarında olması nedeniyle **yeme bozukluğu** tanısı düşünülebilir.
- Daha düşük bir ihtimal olsa da **diğer tanılar** da mümkündür: Bir **duygudurum bozukluğu** (depresyon ve maninin belirtileri için Tablo 13, s.45' e bakınız.), diğ**er anksiyete bozuklukları** (Tablo 12, s.39), deliryum (nadir, ancak bu yaş grubunda olasıdır; Tablo 19, s.68) ve madde kötüye kullanımı. Sharon'un sınıf başkanı

Onlara ne tavsiye edersiniz?

Geniş anlamda anoreksik hastaların üçte biri tamamen iyileşir, üçte birinde kısmi sonuç alınır, üçte birinde ise önemli derecede iyileşme olmaz. Son iki grup, anoreksik hastaların tümünde %18 olarak bildirilen mortalite oranına (tüm nedenlerle) katkıda bulunmaktadır. Sharon hastalığının sınırında tedaviye kabul edilmiştir ve iyimser olmak için bir kaç neden vardır. Ancak ortalama iyileşme zamanı 5 yıldır ve tamamen iyileşme olsa da geç komplikasyonlar (Tablo 40) bildirilmiştir.

ANAHTAR NOKTA

Anoreksik birçok kişi ayaktan tedavi edilebilir ama tedavi kısa dönemli değildir (minimum altı ay) ve hem fiziksel, hem de ruhsal sağlık izlemine kapsalıdır

İleri Okuma

Harrison, E, C& Barraclough, B.(1988) Excess mortality of mental disorders. *British Journal of Psychiatry* 173,11-53

National Institute for Clinical Excellence(NICE). (2004) Eating disorders-core intervention in the treatment and management of anorexia nervosa ,bulimia and related eating disorder.National Institute for Clinical Excellence Clinical Guideline 9(www.nice.org.uk)

VAKA İNCELEMESİ

Batılı genç kadınların %3- 5'inde yeme bozukluğu görülmektedir. ABD'nde üniversiteye giden kadınlar arasında öz bildirim ile yapılan anketlerde, son bir yıl içinde %20'ye varan oranlarda en az bir kere tıknırcasına yeme ve kusma atağı bildirilmiştir. Bu sıklığa ve yüksek mortalite riskine karşın çok azı tıbbi destek veya ilişkili fiziksel komplikasyon nedeniyle başvurur. Bu olguda olduğu gibi hastalar, aileler veya sağlık çalışanlarının direnciyle karşılaşabilirsiniz.

Anoreksiya, blumiya göre daha az sıklıkta görülür (% 0.3). Daha sık komorbidite ve sağlık hizmetlerinden yoksunluk ile karakterizedir: bazı çalışmalar sonucun tedavinin kabul edilmesi ya da edilmemesinden bağımsız olduğunu bildirmektedir. Bu hastaların etkili ve güvenli tedavi edilmesi, tıbbi bilginizi, meslektaşlarınızla ilişkilerinizi ve çoklu psikolojik terapileri bütünleştirme yetinizi test edecektir. En iyi kanıtlar, BDT, psikoeğitim ve aile terapisini üzerinde yoğunlaşmaktadır.

Palmer,B (2006) Come the revoution :revisiting the manegenet of anorexia nervosa.*Advances in Psychiatric Treatment* 12,5-12

Wilson,GT.& Shafran,R.(2005) Eating disorders guidelines from NICE. *Lancet* 365,79-81

Olgu 14 26 yaşındaki başarılı city man? uykusuzluk sorunu

Nick, 26 yaşında işletme mezunu ve borsa işinde çalışmaktadır. Hafta içi çalışma günlerinde 10 saat çalışmakta, sıklıkla cumartesi günleri de ofise gitmekte ve Pazar günleri evde çalışmaktadır. Son 3 aydır uykuya dalmakta zorluk yaşamakta, gece uykusu 3 saatten daha fazla sürmemektedir. Hatta son zamanlarda daha da azalmıştır. İki farklı pratisyen hekime gittiğini ve alışlagelmiş her tedaviyi denediklerini ama hala uyuyamadığını söylemektedir.

Acil serviste bankanın tatil olduğu bir Pazar sabahıdır. Sizden onu görmeniz istenmiştir. Bölüm çok meşguldür ve bir meslektaşınız onu hızlı bir görüşme ile değerlendirmenizi ve bir haftalık bir şeylerle destek vermenizi istemektedir.

Nick ile ilgili neleri araştırırsınız?

ANAHTAR NOKTA

Ruh sağlığı problemi olan kişilerde böyle hızlı bir ilk değerlendirme yoktur. Hastaya bu şekilde açık elden ilaç reçete etme yöntemiyle yaklaşmak yanlış tanı koymaya ve ciddi bozuklukları gözden kaçırmaya neden olur.

Uyku sorununu netleştirme ile başlayın:

- Bu yeni bir problem mi?
- Uyku problemi son zamanlarda mı değişti?
- Uykusuzluk tek bir dönemi olabilir ya da başlangıç uykusu problemi (uykuya dalma güçlüğü), orta uykusu problemi (uykuya dalma ve uyanma arasında uykunun bozuk olması yada uyuyamama), ve geç uykusu problemi (sabah erken uyanma, SEU) dönemlerinin birleşimi olabilir.
- Uykusu problemi ilerleyici midir ve eğer öyleyse durumu neler kötüleştirilmektedir?

ANAHTAR NOKTA

Kronik uykusu problemi 1 aydan uzun süren, kalitesiz uykusu uyuma yada göreceli olarak uykusuzluktur. İnsanlar yaşlandıkça uykuya daha az gereksinim duyarlar: bazı yaşlılara 4 saatlik gece uykusu yeterlidir.

Genel pratisyenin tedavisiyle ilişkili olarak “tüm alışlagelmiş tedaviden” neyi kastetmektedir öğrenin. Yaşam stilini kontrol etmeye başlayın. Zaten iş yetiştirmek için aşırı çalıştığını tanımlamıştır, bilgisayar ekranı başında gecenin geç saatlerine kadar çalışma belki de uykusuzluğuna katkıda bulunan en önemli etkidir. (Tablo 6, s.16) Onun yardım arayışı güçlü bir çabucak düzelme arzusu olabilir. Devreye soktuğu kendi kendine yardım önlemlerinden başlayarak evde ve yaşam stilinde değişimleri, yasal (reçeteli ödünç alınan) ve yasal olmayan ilaçlara kadar olan konuları netleştirin.

Olası tanıları nelerdir?

Uykusu bozukluklarının tıbbi nedenleri: Uykusu bozan solunum (horlama, obezite, gece hırıltısı ve öksürük), kabuslar (özellikle β blokerler olmak üzere ilaç tedavisinin yan etkisi olarak), tiroid bozukluğu semptomları, miyoklonus ve /veya geceleri huzursuz bacak sendromunu soruşturun. Eğer bu nedenler olası gözüküyorsa uykusu probleminin bunlar ya da diğer tıbbi nedenlerinin göstergesi olabilecek anormal davranışlar için hastanın partneri ile konuşun. Onlar aynı zamanda olası psikolojik belirtileri de saptayabilirler.

Anksiyete bozuklukları: Diğer anksiyete belirtilerini dikkatlice araştırın. (tablo 12, s.39) Bazı göstergeler belirli bir anksiyete bozukluğuna işaret edebilir. (tablo 11, s. 38)

Çökkün duygudurum ve mani belirtilerini sorgulayın (tablo 13, s.45). SEU (sabahları erken uyanma) sadece depresyona özgü değildir ancak diğer çökkün duygudurum belirtileri ile birlikte olduğunda depresyon tanısını destekler. SEU hem bir belirtidir hem de depresyon gelişimi için bir risk faktörüdür: Tedavi edilmesi depresyonu önler. SEU'yu ortaya çıkarmak için açık uçlu sorular sorun. Sürekli olarak kişinin alışlagelmiş olduğu kalkma zamanından önce uyanmasını ve tekrar uykuya dalmamasını içerir. Kişinin genel bir uyanma zamanı belirlemesine gereksinimi vardır. Bu kişinin yaşamının değişik dönemleri ve zaman içerisinde değişiklik gösterecektir. Vardiyalı olarak çalışanlarda yada uzun uçuşlar yapanlarda SEU tanısını koymak yerinde olamayacaktır.

Diğer birçok psikiyatrik bozukluk ve uykusu problemi birliktelik gösterir. Yaşam boyunca olabilecek du-

eylemlerini cezalandırmak asla sizin rolünüz olmamalıdır. Bağımlılığın her aşamasında madde semptomlarını psikiyatrik semptomlardan ayırmak zordur ama bunu denemeniz önemlidir. Bir hekim olarak becerilerinizi bağımlılığın ters sonuçlarını güvenle tedavi etmek (hastanız ve geniş anlamda toplum için) ve bir psikiyatrist olarak bağımlılığın kökteki nedenleri ve sürdürücülerini ne zaman ve nasıl tedavi edeceğinize dair en iyi yargılarınızı

uygulamak için kombine etmeniz gerekmektedir. Bunun bir parçası onların “değişimin hangi aşamasında” olduklarını saptamanız (tablo 43) ve hastanızı onlar için en iyi terapiye bağlamanızdır (kutu 17). Alkol ve madde kötüye kullanımı olan kişilerle her karşılaştığınızda “FRAMES” metodunu kullanın. Biz Nick’in 1 haftalık öyküsünün ötesini vermedik ve o muhtemelen ayık kalmasını uzun süre sürdürebilmek için çoklu girişimler gerektirecektir.

Kaynaklar

Prochaska, J. & DiClementi, C. (1984) Stages in the modification of problem behaviors. In Hersen, M., Eisler, R. & Miller, P. (eds) *Progress in Behavior Modification*, Vol. 28. Sycamore Publishing, Sycamore, IL.

İleri Okuma

Bien, T. H. (1993) Motivasyonel interviewing with alcoholic outpatient. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* **21**, 347-356.

Coid, J., Yang, M., Roberts, A., Ullrich, S., Moran, P., Bebbington, P., et al. (2006) Violence and Psychiatric morbidity in the national household population of

Britain: public health implications. *British Journal of Psychiatry* **189**, 12-19.

Crome, I. B., Bloor, R. & Thom, B. (2006) Screening for substance misuse: whose job is it? *Advances in Psychiatric Treatment* **12**, 375-383.

Kupfer, D. J. & Reynolds, C. F. (1997) Management of insomnia. *New England Journal of Medicine* **336**, 341-346

Swadi, H. (2000) Substance misuse in adolescents. *Advances in Psychiatric Treatment* **6**, 2001-210

Olgu 15

15 yaşındaki çocuğun bakıcı annesine saldırmaması

15 yaşındaki Joe, 5 gün önce, bir öfke nöbeti geçirdi ve kendisine yaklaşık bir seneden beri bakan ve esas ilgilenen kişi olan Jodi'ye saldırdı. Jodi, eşi tarafından, morarmış gözler ve yüzünde sıyrıklar ile acile getirildi. Yapılan muayenesi sonrası taburcu edildi: Direkt görüntüleme veya başka bir tetkik istenmedi. Joe ise acilde muayene edilmedi, tüm öğleden sonrasını sessiz geçirdiğini belirten sosyal hizmet görevlisi tarafından evde ilgilenildi.

Sizden, bu hastayla görüşmeniz talep ediliyor. Bakıcı annesine yönelik şu aşamada öncelik oluşturmadığını, fakat bu davranışın tekrar edip etmeme olasılığının değerlendirilmesi isteniyor.

Joe ile hangi konular hakkında konuşursunuz?

Joe'nun vasisinin kim olduğuna açıklık getirmelisiniz. Bu kişi, Joe'nun bakıcı annesi, veya sosyal hizmet görevlisi – ya da üçüncü bilinmeyen bir kişi olabilir. Joe ile görüşmeden önce, vasisinden, tercihen yazılı olarak, iznini almak zorundasınız.

Velisi olan, sosyal hizmet görevlisi, size iznini telefonda sözel olarak belirtiyor, onay kağıdını faksla yollayacağını belirtiyor. 11 sene önce annesi vefat ettiğinden beri, Joe'nun velayetini kendisinin aldığını söylüyor, ve aile yanına yerleştirilmesinin onun için iyi olduğunu düşünüyor. Onay faksları gelene dek beklemelisiniz.

Burada amaçlarınız nelerdir?

Buradaki önceliğiniz, Joe'nun güvenini kazanmaktır. Her ne sebeple olursa olsun, evde işler kontrolden çıkmış olabilir ve bunu kendisinin açıklaması gerekmektedir.

- Jodi ile aralarında geçen tartışmanın tüm seyrini dinlemeniz gerekir.
- Bu olaydan sonra kendini nasıl hissetmişti?
- Kendi bakış açısından, evdeki halini anlamaya çalışın.
- Bu ilk öfkelenişi miydi?
- Evde, bakıcı anne – babası ve kendisi dışında kimler yaşıyor?
- Çocukluğunda ruhsal bir hastalığı şüphelendirecek bir bulgu var mı? (Olgu 9)
- Çoklu eksen tanısı koymada yardımcı olabilecek başka faktörler var mı? (Tablo 30, s.101)

Joe size bakıcı babası Paddy tarafından getirildi. Olay anında evde olmuş olmayı dileyen Paddy, Joe'ya kızgın olmadığını, ancak bunun tekrar olmasını engelleyebilmek adına kendisine yardımcı olunmasını istediğini belirtti. Joe, bakıcı babası kendisini tanıdığından beri, öfke patlamaları geçirmeye eğilimli bir kişiydi. Bakıcı babasına göre Joe, "olayları "kendi açısından anlatma" konusunda çok yetenekliydi. Babası, görüşme sırasında konuşulanları duyabilmek adına görüşmede kalmayı talep etti.

Ne yaparsanız?

Joe'dan tüm öyküyü dinleyebilmek, ve onun bakış açısını anlayabilmek için – doğru anlatmıyor olsa bile – Joe ile yalnız görüşmeniz daha uygundur. Öyküyü Jodi ve Paddy ile daha sonra görüşerek destekleyebilirsiniz. Ebeveynlerin fikirlerinin her zaman dinleneceğini kendilerine belirtmelisiniz. Ayrıca, sosyal hizmet görevlisi ile de görüşmelisiniz, çünkü onun daha önceki değerlendirmeler ve müdahaleler hakkında daha çok bilgisinin olması muhtemeldir. Joe, multidisipliner olgu toplantısında bir olgu olarak sunulmalıdır. Buradan çıkacak fikirler, Joe'nun nasıl biri olduğu ve benzer problemlerin nasıl çözüldüğü hakkında bilgi verebilir. Bu noktada, siz herkesi çağırarak bir toplantı düzenlemeli, ve işlerin nasıl kontrolden çıktığı konusunda değerlendirme yapmalısınız.

Joe, 5 gün önce, kendisine izin verilmediğini bilmesine rağmen, video oyunu oynadığını belirtti. Jodi ve Paddy, oyunu kapatmalarını istediğinde ise onlara aldırma. Jodi, oyunun fişi çektiğinde ise, onun yüzünü tirmaladı. Böyle bir olay daha önceden hiç başlarına gelmemiştir, çünkü Jodi ve Paddy ile beraber olmaktan her zaman mutlu olmuştu ve onlardan ayrılmayı düşünmezdi. Bu olay sırasında da dudakları kesilmişti ve kollarında çürükler vardı. Joe bunların futbol oynarken meydana geldiğini söyledi.

Düşünceleriniz nelerdir?

Olayların size aktarılışında bir çelişki olduğunu anlattınız. Paddy olay sırasında evde olmadığını belirtirken, Joe tersini iddia ediyordu. Kavga ederken, ergenlerin çoğu bakım verene karşı en azından duygu karmaşası yaşayabilir. Buna ek olarak, bir çocuğun, "daha önceden hiç" gibi az ve öz bir ifade kullanana-

ANAHTAR NOKTA

İyi tanıdığınız hastalarda, alanındaki tek uzman gibi davranmak doğru olmayabilir. Hastanız, durumu bilmeyen ve bağımsız davranabilecek bir uzmanın hazırladığı rapordan daha çok yarar görebilir.

Joe, tüm suçlarından dolayı mahkum edildi, ancak toplum hizmeti yapılan adli servisine devam etme şartıyla hapse gönderilmedi. 1 ay sonra, servise gitmeyi bıraktı. Kapalı devre televizyonda, bir baba ve kızına saldırısı kaydedildi. Polis, olay yerine geldiğinde adamın yüzünde çok sayıda kesik vardı, ve kafasına tekme atılmıştı. 6 yaşındaki kızı komaya girmişti. Bu duruşmada, Joe'ya yardım etmek için sarfettiğiniz çaba dolayısıyla takdir edildiniz. Bu saldırısı için herhangi bir sebep göstermedi, ve gittikçe artan şiddet içeren davranışlarının ciddiyetini yansıtabilmesi için tutuklanma ve eğitim kararı verildi.

Kutu 19 Disosyal Kişilik Bozukluğu Tanı ölçütleri (ICD-10)

Herhangi bir kişilik bozukluğu tanısı koymadan önce Kutu 13'teki (s. 89) açıklamalara bakın. Disosyal kişilik bozukluğu, aşağıda tanımlanan süregelen duygu ve davranışlarla karakterizedir:

- Başkalarının duygularına karşı umursamazlık, ve kayıtsız kalma.
- Sosyal normlar, kurallar ve yükümlülüklerle karşı süregelen sorumsuzluk ve saygısızlık.
- İlişkileri başlatma konusunda güçlük çekmemesine rağmen, sürdürme yeteneğinin olmaması.
- Engellenmeye tolerans gösterememe, agresyon eşliğinin şiddet dahil düşük olması.
- İşlediği suçlardan veya tecrübelerden ders çıkarmama, özellikle de cezalandırmaktan. (öz. Hapse gitme.)
- Diğerlerini suçlamaya eğilim, veya kendisini toplumla çatışmaya sürükleyen davranışlarını akla büründürme (mantıksallaştırma) çabası içine girmesi.

OLGU İNCELEMESİ

Herkesi yardımcı olamazsınız. Antisosyal kişilik bozukluğunda (Kutu 19) bu tür bir bozukluktur. Beklenildiği gibi, öykü sırasındaki her noktada tedavi edilebilen rahatsızlıkları düşündünüz: eğer elinizde sadece çekiciniz varsa, çividen başka bir şey göremezsiniz (Mark Twain). Görüşmeleriniz, onun davranışlarını azaltmakta başarılı olmamakla birlikte, engelleme konusunda da olumlu bir gelişme kaydedememiştir. Psikopat, başkasının hislerine saygı duymadan bir amaç için uğraşı verir. Joe'nun insanlarla az iletişim kurması ve empati yoksunluğu, onun çocukluğundaki sevgi bağının eksikliğini yansıtıyor olabilir. Onun duygularını anlamak için gösterilen çabalar ve

davranışlarının diğerlerini nasıl etkilediği kısmen işe yarayış olabilir, ya da onları görmezden gelmeyi seçmiş olabilir. Önleme ile ilgili bazı stratejiler, (Tablo 37) annesinin ölümünden sonra Joe'ya yardım etmiş olabilir, ancak daha sonra güvenli bir ilişki kuramadığından pek yararlı olmamıştır. İdeal müdahale, annesi kanser olmadan önce, tek ebeveyn iken başlamalıydı ve kanser süresince ve sonrasında, ölümünden sonra planlanan bakım verenlere geçişi boyunca devam etmeliydi. Erken evredeyken yapılacak yardımların sadece bir kısmı bile Joe'nun sonraki davranışlarının kontrol altına alınmasını sağlayabilirdi ve sağladığı değişimle harcanan kaynaklar boşa gitmeyebilirdi.

Kaynaklar

- Forth, A.E. Kasson, D.S. & Hare R.D. (2004) *The Hare Psychopathy Checklist: Youth Version (PCL-YV) Rating Guide*. Multi Health Systems, Toronto, Ontario.
- Lask, B., Taylor, S. & Nann K. (2003) *Practical Child Psychiatry: The Clinicians Guide* BMJ Books, London.
- Smith, D.H. & Blackwood, D.H.R. (2004). Depression in young adults *Advances in Psychiatric Treatment* **10**, 4-12.

İleri okuma

- Dolan, M. (2004) Psychopathic personality in young people *Advances in Psychiatric Treatment* **10**, 466-473.
- Gerthardt, S. (2004) Original sin: how babies who are treated harshly may not develop empathy for others. In *Why Love Matters: How Affection Shapes a Baby's Brain*. Routledge, East Sussex.

Olgu 16 Hamile olduğunu iddia eden 42 yaşındaki kadın

Louise, 42 yaşında kadın hasta psikiyatri servisine kabul edilmiştir. Bu sabah randevu kaydı olmadığı halde pratisyen hekim ofisine gelmiş ve hamile olduğu için bir doktora görünmek istediğini belirtmiştir. Resepsiyondaki çalışanlar kendisine beklemesi gerektiğini söylemişlerdir. Buna tepki olarak Louise onlara bağırmağa başlamıştır. Çalışanlardan biri onun yanına yaklaşmaya başladığı zaman çığlık atmış ve kendi kollarını kanayana dek tırmalamıştır. Polis çağırılmıştır. Louise acile götürülmüş ve burada yatıştırıcı bir ilaç (diazepam) verilmiştir. Bu onu bir parça sakinleştirmiştir. Bir psikiyatri hemşiresi onu görmüş ama son olaylar hakkında bir bilgi alamamıştır. Acilde de birkaç kez bağırma şeklinde öfke patlaması yaşamıştır. Louise testin negatif çıkmasına rağmen kendisinin hamile olduğunu iddia etmektedir. Ayrıca "sesler duyuyor musun?" sorusuna da "evet" cevabını vermiştir. İşitsel varsanıları ve hamileliğe dair sanrılar nedeniyle şizofreni ön tanısı koyulmuştur.

Louise onu göreceğiniz psikiyatri servisine yatmayı kabul etmiştir.

İlk düşünceleriniz nelerdir?

Louise şu ana kadar tanıştığı insanlar ile anlaşmakta ve onlara olan tepkisine hakim olmakta zorluk çekmiştir. Çok az insan kayıt yaptırmadan cerrahların olduğu ofise gelip bir doktor tarafından görülmeyi talep eder ve bunun hemen mümkün olmayacağı söylenince bu tarz katastrofik bir tepki verir. Acil serviste olduğu zaman kendi hakkında çok fazla bilgi verememiş ve bu yüzden de duygularını kontrol edemeyen biri gibi görünmeye devam etmiştir.

Bu durumun, Louise'in benzer zorluklar sergilediği ilk olay olması çok mümkün değildir. Eğer Louise kapsamlı bir öykü veremez ise, size kimin onun hakkında daha çok bilgi verebileceğini ve o kişiyle nasıl iletişime geçeceğinizi bulmayı öncelik haline getirin.

Bu noktada şizofreni tanısı koymak çok aceleci bir davranış olur. Louise kendisinin hamile olduğunu söylüyor. Bunun bir sanrı olduğu konusunda emin olabilir miyiz? Louise'in hamilelik gibi yanlış yorumladığı başka fiziksel problemler de olabilir mi?

Louise kollarını tırmaladı ve onları kanattı. Bu kasti yapılan bir kendine zarar verici davranışı mıdır (Olgu 8)? Özkıyım riski var mıdır?

Louise uzun bir gün geçirdi. Onunla şimdiden birkaç kez görüşme yapıldı ve bu en iyi durumda bile yorucudur. Kendisini açıkça sorguluyor bulmasının ne kadar zor olduğunu göz önüne alarak bugün neyin elde edilmesi gerektiği ve neyin yanına kadar bekleyebileceği belirlenmelidir. Eğer mümkünse, ona temel sorular ile yaklaşmadan önce psikiyatri kliniğine önce yerleşmesine ve bir şeyler yiyip içmesine izin vermelidir.

Louise onu kollarından tutarak götürmeye çalışan hemşireye ani ve sert bir çıkışta bulunmuştur. Hemşire yaralanmamıştır ama Louise huzursuz olmuştur. Onu görmeye gittiğinizde onu görüşme odasını denetlerken ve yüksek sesle hamile olduğunu haykırır ve kollarını tırmalamaya devam ederken buldunuz.

Bu noktada öncelikleriniz nelerdir?

- Louise'e kendisinin güvende olduğuna dair güvence vermek ve onu sakinleştirmek
- Fiziksel olarak iyi olup olmadığını netleştirmek
- Kendine daha ileri bir seviyede zarar verip veremeyeceği riskini, özkıyım riskini veya başkalarına zarar verme olasılığını belirlemek
- Daha fazla bilgi için kiminle iletişime geçebileceğini keşfetmek

Nasıl ilerleyeceksiniz?

- Görüşmenizi yanınızda bir hemşire meslektaşınızla birlikte yapın.
- Odanın alarm sistemini tanıyın
- Diğer çalışanları, size karşı agresif olabilecek bir hasta ile görüşme yapacağınıza dair bilgilendirin
- Yardım gerekebilecek durumlar için görüşme odasının kapısını açık bırakabilir ve hemşirelerin yakında kalmasını isteyebilirsiniz.
- Kendinizi isminizi ve pozisyonunuzu belirterek tanıtın ve neden geldiğinizi açıklayın.
- Bazı hastalar üzerinde resminizin olduğu bir kimlik kartı görerek rahatlar. Hastalar sormadan önce bunu giymek ve göstermek daha iyidir.
- Sakin ve ölçülü bir şekilde konuşun.
- Onun güvende ve hastanede olduğuna ve sizin ona yardım etmek için orada bulunduğunuza dair güvence verin.

Louise'nin herhangi bir ilaç değişimine – ihtiyacı olup olmadığı konusunda emin olmadığınız için çok ikna olmadınız.

Louise'yi klinikte tutmalı mısınız?

Hayır. Onun kliniğe kabul edilmesine neden olan anlık kriz çözülmüştür. Louise'in destek paketi yerindedir ve yakından takip edilmektedir. Klinikte kalması onun stresini daha fazla arttıracaktır. Öğrenme

bozukluğu alanında uzman olan bir psikiyatriste gitmektedir. Onlar, onun ruhsal durumunu gözden geçirip, uzun süreli ilaç kullanımına bağlı kararlar verebilirler. Prolaktin düzeyinin sonuçları birkaç gün içinde çıkacaktır ve ancak o zaman onun geciken adetiyle ilişkili olarak risperidon dozu gözden geçirilebilir. Çıkışı sırasında, onlara Louise'nin başvurusu muayenez bulgularınız ve tetkikleriniz dahil kapsamlı bir bilgi sunmanız gerekir.

OLGU İNCELEMESİ

Öğrenme bozukluğu olan kişilerin yarısından fazlasının, hayatları boyunca sürekli bir psikiyatrik rahatsızlığı olacaktır. Sonradan anlamakla birlikte, Louise'nin tedavisindeki kilit nokta, bir olaylar dizisi sonucu, onun ÖB'sinin kanıtının bulunmasıdır. Çatışmalar olaylarla başa çıkmak yerine, olaylara tepki göstermişlerdir. Buna ek olan zorluklar şu şekildedir:

- Ailesinin olmaması (yönetimdeki potansiyel eşler)
- Pratisyen hekimden gelen bilgilerin olmaması (geçmiş tedavileri netleştirmek: ilaçlarını biliyoruz ama endikasyonunu bilmiyoruz.)
- Onu en iyi bilen kamu psikiyatri hemşiresinin ayrılışı
- Saldırgan davranışları ve onların nasıl yönetileceği
- Tipik başvuru şekline benzemeyen kendine zarar verme (Olgu 8)

ÖB olan hastaların yönetimindeki bazı ilkeler şu şekildedir:

- Onu agresif, sanrılı olan ve ilaca ihtiyaç duyan biri olarak karakterize etmek yanlıştır – kollarını tırmalamasının kasıtlı kendine zarar verme davranışı olarak yanlış anlaşılacağı gibi.
- Bu olguda söylenmemesine rağmen, çok eklenli tanılar genellikle bu hastalarda yardımcı olur (Tablo 30, s. 101).
- ÖB olan hastaları tanımak yanlış anlaşılmaları azaltır (ör: hamile olduğuna dair sanrısı olması)
- Buradaki temel konu onun yaygın iletişim zorluklarını anlamak ve hastanın entelektüel seviyesini yakalamak için iletişimi geliştirmektir.

İleri okuma

- Bradley E. & Lofchy J. (2005) Learning disability in the accident and emergency department. *Advances in Psychiatric Treatment* **11**, 45-57.
- Cooray S.E. & Bakalar A. (2005) Anxiety disorders in people with learning disability. *Advances in Psychiatric Treatment* **11**, 355-361.

- Fraser W. & Kerr M. (eds) (2003) *Seminars in the Psychiatry of Learning Disabilities* (2nd edn) Royal College of Psychiatrists.
- World Health Organization. (1980) *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. WHO. Geneva.

Olgu 17

66 yaşındaki Parkinson hastası pratisyen hekim için endişelenen karısı

Yakınlarda emekli olmuş 66 yaşındaki pratisyen hekim Daniel, doktoru Harvey tarafından ileri yaşlardaki yetişkinler için ayakta tedavi yapan bir ruh sağlığı kliniğine sevk edilir. Kendisine 3 ay önce bir nörolog tarafından Parkinson hastalığı teşhisi konmuştur ve tek şikayeti strestir. Daniel'in artık "kendisi" olmadığını söyleyen eşi Jill, Dr Harvey ile temasa geçmiştir. Dr Harvey onu daha önceki hekimlik hayatından tanıyordur ve de gerçekten psikiyatrik bir değerlendirmenin gerekli olup olmadığı konusunda emin değildir fakat Daniel'in durumuna kısaca, bir meslektaşına iyilik etme olarak bakmanızı istenmektedir.

İlk düşünceleriniz ne olur?

Bu, kesinlikle bu kadar özetle ve kısa geçilemeyecek bir durumdur. Eski bir hekim olan Daniel'in eski komundan gereğinden fazla etkilenmediğinize emin olmalı ve bu konuda çok dikkatli davranmalısınız. Doktorlar kötü hastalar yaratabilirler. Buna karşılık, kendi doktorlarının onları değerlendirmesi ve idare etmesi arasında bir uyuma vardır. Problemler, göz önünde olanları atlama bir doktor için profesyonel olarak hassas konular hakkında soru sormaya utanma (mesela madde kullanım bozuklukları) veya diğer doktorun haberdar olacağı düşünülerek açıklamayı becerememenin (mesela yakın zamandaki tedaviye ait gelişmeler) bir sonucu olarak ortaya çıkar.

ANAHTAR NOKTA

Eğer hastanız iyi tanınan veya ünlü biriye, (mesela çok iyi tanınan bir doktor) onun geçmişine, muayenesine ve de tedavisine olan standart yaklaşımınızı değiştirmedenize emin olun.

Muhtemelen, Daniel'in tanınmışlık derecesini yansıtan çok belirgin bir özgeçmiş bilgisi yok.

Eğer Daniel ruh sağlığı sorunları yaşıyorsa, burada 4 olasılık vardır (Kutu 2, s. 7):

- 1 Parkinson hastalığı, sonucunda organik bir psikiyatrik bozukluğa neden olan beyin bağlantılı bir değişikliğe sebebiyet veriyor olabilir.
- 2 Tedavisi, olumsuz psikiyatrik yan etkilere neden oluyor olabilir.
- 3 Yakın zamanda tanısı konulan Parkinson hastalığına ve kötüleşen fiziksel sağlığına uyum sağlama ko-

nusunda psikolojik sıkıntılar yaşıyor olabilir (başlıca uyum bozukluğu veya depresif bozukluklar).

4 Parkinson'dan bağımsız olarak ve Parkinson tanısından daha önce ruh sağlığı problemleri olan bir geçmişi olabilir veya bunlardan bağımsız başka bir problem olabilir.

Daniel görüşmeye katılıyor ama geçmişini anlatma konusunda isteksiz. Yakın zamanlarda olan olaylarla ilgili sorularınıza ve kendini nasıl hissettiğine dair sorduğunuz sorulara düşmanca bir tavır takındığı görülüyor. Size haliyle tanı konusunda strese girdiğini ama ruhsal olarak hiçbir zaman "psikiyatriste" gitmek zorunda kalacağını hayal etmemiş ve şimdi bir psikiyatristi görünmek zorunda olduğu için hiç de mutlu değil. Buraya gelmesindeki tek nedenin, şu an dışarda oturan eşinin ısrarları olduğunu itiraf ediyor.

ANAHTAR NOKTA

Hasta pozisyonuna girmiş doktorların, kendilerinin her zaman kontrol altında oldukları ve hiç bir zaman bu durumlara düşmeyecekleri fikrini benimsemiş olmaları çok muhtemeldir. Eski bir atasözü olan 'doktor kendi kendini iyileştirir' lafını kılavuz alarak, doktorlar diğer doktorlara çok geç başvururlar ve yardım kabul etmezler. Tüm sağlık uzmanları, onlara ihtiyacı olan diğer insanlara yardım ederek motive oldukları için aynı durum kendi başlarına geldiğinde rahatsız olabilirler.

Bu duruma nasıl yaklaşabilirsiniz?

Bir psikiyatriste görünmeyi aşağılayıcı buluyor gördüğü için, isteksizliğini doğrudan vurgulamak yerine, kendisine doğrulatmanız önemlidir. Sizi neden görmesi gerektiği gerçeğiyle onu yüzleştirmeniz onu daha çok utandıracak ve sizinle ileride bir bağ kurmasını engelleyip onu daha da yabancılaştıracaktır. Ona eşini kırmayıp sadece onun isteklerine olan saygısından ötürü sizi görmeye gelmesine çok memnun olduğunuzu belirtin.

ANAHTAR NOKTA

Ruh sağlığı konularında, doktorların diğer toplum bireylerinden daha az rahatsızlık hissetmesini beklemeyin.

%3'lük bir görülme sıklığına sahiptir. Bu durum dopamin antagonist hastalarında %7'leri bulmaktadır.

- Nöropsikiyatrik komplikasyonlar Parkinson hastalarının %50'sinde görülür ve hem hastalık sürecinin beyinde yarattığı direk etkiyi hem de tedavinin olası yan etkilerini yansıtabilir: deliryum, psikoz, demans, depresyon ve kompulsif davranışlar
- Daniel'in olgusunda demansa bütüncül disiplinler arası bir yaklaşım (Kutu 25) aileden gelecek olan bilgileri kapsamamaktadır. Bu bilgiler bize aile bireyleriyle

olan çatışmasını gösterecek ve büyük ihtimalle zor bir premorbid kişilik yapısını ortaya koyacaktı.

- Demansta sosyal tedavi önemlidir. Alzheimer demanı olan hastalarda sosyal tedavi yöntemi, MMSE ve yaşam kalitesinin gelişmesinde ACT'ler kadar etki göstermiştir. Uygulanması daha zahmetli (ulaşım, mesleki terapi, uygun şekilde eğitilmiş personel ve malzemeler) olabilir ancak ilaçla tedaviyle kıyaslandığında çok daha az yan etkileri bulunmaktadır.

Kaynaklar

Folstein, M.F. et al. (1975) Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal Psychiatric Research* **12**, 189-198.

İleri okuma

Douglas, S., James, I. & Ballard, C. (2004) Non pharmacological interventions in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment* **10**, 171-177.

Holden, M. & Kelly, C. (2002) Use of cholinesterase inhibitors in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment* **8**, 89-96.

Schneider, L.S., Tariot, P.N., Dagerman, K.S., Davis, S.M., Hsiao, J.K., Ismail, M.S., et al. (2006) Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. *New England Journal of Medicine* **355**, 1525-1538.

Wong, S.H. & Steiger M.J. (2007) Pathological gambling in Parkinson's disease. *BMJ* **334**, 810-811.

Olgu 18 Sağlıklı orta yaşlı bir adamda tam bellek kaybı

Londra’da bir acil servise belleğini yitirdiği için yardım isteyen bir adam gelir. Adamın takım elbisesi ve kravatıyla şık bir görüntüsü vardır, Manchester aksanıyla konuşmakta ve sersemlemiş görünmektedir. Personele adını, doğum tarihini veya nereli olduğunu söyleyemedi. Bugün erken saatlerde kendini yakınlardaki bir tren istasyonunun dışında bulmasından öncesini hatırlayamadığını söylüyor.

İlk düşünceleriniz nedir?

Bu ya organik ya da fonksiyonel (işlevsel) bir bozukluktur. Fiziksel dışlamak için, kafaya alınan darbe gibi akut beyin travması, enfeksiyon, inme veya epilepsi nöbeti geçirmediğini tespit etmeniz gerekir.

Fiziksel olarak sağlıklı bir adamda bu tablonun fonksiyonel temelli olması daha olasıdır. Tam otobiyografik bellek kaybı ile giden yoğun amnezinin, bilişsel olarak başka türlü yönlendirilmiş bir hastada, bari bir beyin patolojisi olmaması halinde organik bir sebeple meydana gelmesi alışıldık bir durum değildir.

Fiziksel olarak muayenesi acil serviste asistan bir doktor tarafından yapılıyor ve hiçbir belirti bulunmuyor. Psikiyatrik muayene için siz çağırılıyorsunuz.

Bu noktada ne yaparsınız?

Burada fiziksel patoloji dışlanmamıştır. Bilinmeyen organik hastalık sonuçlarını düşünerek, yapılan fiziksel muayenenin rutin kan testi, idrar ilaç taraması, kan alkol seviyesi ve beyin taraması (bilgisayarlı tomografi [BT] veya manyetik rezonans görüntüleme [MRI]), ve hatta belki de eğer endikeyse beyin aktivitesi (elektroensefalogram [EEG])’ni kapsamı konusunda ısrar etmek akıllıca olacaktır. Bu olguyu acil servisteki kıdemli meslektaşlarınızla ve eğer gerekirse nöbetçi nörologla tartışın.

ANAHTAR NOKTA

Psikiyatrik hastaların zihinsel yeterliliklerinde sorun varsa ya da içgörülerini yoksa ya da bozuklukları onları savunmasız kıldığında, onları desteklemeniz gerekir. Kural gereği eksik incelenmişlerdir ve fiziksel tedavi almaları daha az olasıdır. Tıbbi tedavilerinden memnun değilseniz itirazlarınızı en verimli yolla belirtiniz.

Hafif düzeyde bozuk karaciğer fonksiyonları dışında tetkikleri normaldi.

Görüşmede yaklaşımınız nasıl olurdu?

- Bellek kaybını, doğrudan agresif veya kuşkucu bir tavırla sorgulamaktan kaçının – bu, hastanın anksiyetesini ve uyarılmışlık düzeyini artıracığından ve dolayısıyla belleğin geri kazanımını zorlaştıracığından yardımcı olmayacaktır.
- Kibarca neleri hatırlayabildiğini; son hareketleri anıları veya size anlatabileceği kişisel ve psikiyatrik öyküsüne dair her ne varsa araştırın.
- Bilişsel teste özellikle dikkat ederek, sistematik olarak ruhsal durum muayenesini (RDM) yapın.

Kendini tren istasyonunun dışında bulmasında öncesine dair hiçbir şey hatırlamadığını söyleyerek devam eder. Sonra civardaki sokaklarda dolaşmıştır ve ‘güzel genç bir kadına hastanenin nerede olduğunu’ sorduktan sonra hastaneyi bulmuştur. Sizden özür diler ve fakat geçmişine dair hiçbir hikaye anlatamayacağını söyler. Bellek kaybı dışında RDM normaldir. Zamana ve yere yönelimi tamken, kişi yönelimi bozulmuştur; bunun dışında bilişsel testleri normaldi.

Bu noktada başka neleri kontrol edebilirsiniz?

- Üzerinde, kim olduğuna ya da son hareketlerine dair ipuçları verebilecek herhangi bir şey olup olmadığından emin olun.

OLGU İNCELEMESİ

Acil serviste psikiyatrist olarak bulunmak asla sıkıcı olamayacaktır: kapıdan kimin gireceğini bilemezsiniz. Organik bir hastalığın etrafı bir değerlendirilmesi konusunda ısrarcı olmanız, tekrarlanan muayeneleriniz Ganser sendromu özellikleri taşıyan disosiyatif fügenü açığa çıkarmıştır. Bu erkeklerde daha yaygındır ve bu olguda olduğu gibi sıklıkla diğer disosiyatif belirtiler ve sendromlarla örtüşür. Diğer olgulardan fazlası, ailesi anlaşılır sebeplerden ötürü, onu nasıl idare edeceğinize müdahale etmek için size baskı yapmıştır. Tek bir soru sordular: numara mı yapıyor? Akılcı olan yol neyin bilinçli neyin bilinçdışı olduğunu yargılamaktan kaçınmaktır: öncelik sosyal işlevleri iyileştirmek ve düzeldiğinde ortak müdahalelerle durumun yinelenmesini engelle-

meye çalışmaktır. Hastanın küçük düşmesine önleyerek, Olgular 10 ile aynı prensipleri takip ediniz.

Uzun süreli aile çatışmalarının içine çekilmekten kaçınmalısınız. Burada açıklanmadı ama uzamış hastane yatışları hem disosiyatif bozukluklarda hem de fypay bozuklukların (hasta olmaya yönelik içsel bir motivasyon) uzamasına yol açan bir faktör haline dönüşebilir. Yapay bozuklukların (hasta olmaya yönelik içsel bir motivasyon) uzamasına yol açan bir faktör haline dönüşebilir. Richard olgusunda güvenli olan seçenek, durumu açığa kavuşturmak ve destek olmak için onu hastaneye yatırmaktır. Eğer- ki bu büyük bir 'eğer' – Richard bir terapiye dahil olursa gelecekteki stres kaynaklarıyla başetme yolları geliştirebilir.

İleri okuma

Owens, C. & Dein, S. (2006) Conversion disorder: the modern hysteria. *Advances in Psychiatric Treatment* 12, 152–157.

Steinberg, M., Coons, P., Putnam, F.W., Loewenstein R.J., Simeon, D. & Hollander, E. (2000) Dissociative disorders. In Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (eds). Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7th edn. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Olgu 19

Pratisyen doktorunu baskı altına alan 32 yaşındaki kadın

Tara, 32 yaşında bir fen bilimleri mezunudur ve 4 yıldır işsizdir. Son 2 yılının çoğunda haftada ortalama 2 kez, pratisyen hekim meslektaşınız olan Dr. Ward'a başvurmuştur. Bu ziyaretlere ek olarak, yılda 12 kez dört hastanenin acil servislerine başvurmakta ve üç hastanenin polikliniklerinden düzenli olarak randevu alıp gitmektedir.

Siz, onun psikiyatrik tanısı hakkında fikir vermeyi veya onun tanılarına mümkün olduğunca psikolojik katkıda bulunması istenen bir danışman psikiyatristsiniz. Dr. Ward size, 2 yıldır listesinde bulunan Tara'nın, başvurularının bilgisayarındaki listesini, yaptığı tedavi ve uygulamaların listesi ile birlikte yolladı. (Tablo 46 ve 47). Dr. Ward, Tara'nın dosyasını 2 yıl önce başka bir yerel pratisyen hekim ile değiş-tokuş yaptığını söyledi - onun o zamanki başvuru paterni (örüntüsü) şu anki durumu ile benzemektedir. Dr. Ward, bütün psikiyatrik hastalarına harcadığı zamandan daha çok zamanı, Tara'ya harcadığını söylüyordu. Meslektaşlarıyla onu takas etmeyi denemiş ama Tara, yörede tıp camiasında çok tanınan bir kişi olduğundan, meslektaşları 10 başka bunalımcı hastayla bile onu takas etmeyi kabul etmemişlerdi. Son umudunuzun siz olduğunuzu söylüyor.

Nereden başlayacaksınız?

ANAHTAR NOKTA

Tecrübeli klinisyenlerin çoğu, hastalarındaki aşırı beklentilerin sonuçlarıyla başa çıkabilir "(Başka hiç kimse anlamaz, sen benim son umudumsun)." Aynı beceriler bir meslektaşınızın yüksek beklentileriyle baş edebilmek içinde gereklidir.

O, sık sık doktorlarına belirsiz belirtileri nedeniyle başvuran bunalımcı bir hastaydı; odaya girdiğinde doktorunun kalbi sıkışır, bunalırdı. Şimdiden, birçok doktorun samimi uğraşları, hastanın sağlık hizmeti almadaki talebini azaltmakla başarısız olmuştur – hatta artırmış bile olabilir.

Sizin, burada vaat edebileceğiniz şey sadece bir değerlendirme yapacağınızdı. Bazı psikolojik tedaviler hastalık davranışını değiştirebilse bile, iyileşme

garanti edemezsiniz. Bu hasta, tedavileri reddedebilir veya onları baltalayabilir.

Onu görmeden önce, doktorun gönderdiği özetten daha çok bilgiyi toplamanız gerekir. (Tablo 46 ve 47):

- Her bir tıbbi tanısını destekleyen fiziksel kanıtlar (Röntgen, laboratuvar ve direkt kanıt) nelerdir? Bu, başvurduğu hastanelerden ona ait raporları ve önceki pratisyen doktorlarından bilgiler edinilmesi anlamına gelir.
- Şu anda aktif halde olan hangi tıbbi durumları vardır?
- Şu anda herhangi bir yeni fiziksel problemi var mıdır?
- Bundan önce psikiyatrik bir değerlendirmesi var mıydı?

Dr. Wald'ın yardımıyla ve sizin sekreterinizin inatçı kararlılığıyla, Tara'nın başvuru bilgilerini kapsamlı olarak topladınız. Bunlar, tablo 48'de özetlenmiştir. Şimdi onun, astım ve egzema gibi iki kesin tıbbi durumu olduğundan eminsiniz ve yaşamını tehdit eden başka bir patolojisinin olmadığını biliyorsunuz.

Buradaki, olası psikiyatrik tanılar nelerdir?

1 *Depresif bozukluklar* tıbbi olarak (TAB) açıklanamayan belirtilerin en sık nedenidir. Büyük oranda tedavi edilebilen depresyon, hem TAB'm hem de somatik belirtileri alevlendiren komorbid bir durumun nedenidir (örneğin; ağrı eşliğini düşürür). Yeni başlayan TAB olan yetişkinlerde depresyon o kadar sıktır ki. (olguların %70'ine kadar) bu hasta grubunda belirtileri psikolojik yönden açıklamak çok kolay olmasa da bazı klinisyenler antidepresan tedaviye başlamayı uygun görürler.

ANAHTAR NOKTA

TAB tüm pratisyen doktor ziyaretlerinin en az % 20'sini oluşturur.

OLGU İNCELEMESİ

Tipik örneği somatizasyon bozukluğu olan somatoform bozukluklar diğer ağır süregen ruhsal hastalıklarla birçok ortak özelliği vardır:

- Karmaşık etyolojiler
- Çoğul psikiyatrik eşanılar
- Çoğul yineleme ve remisyonlarla giden kronik hastalık
- Sosyal işlevsellikte büyük kayıpların olması
- Kötü tedavi yanıtı
- Çoğul sağlık hizmeti kullanımları

Somatoform bozukluklar yaygındır ama tıp öğrencilerinin ve mezuniyet sonrası eğitimin büyük çoğunluğunun ‘gerçek’ hastalıkların tanımlanması ve ve tedavisine adanmış olmasından dolayı, doktorlar bu hastaları yönetirken hayal kırıklığı yaşarlar. Buna

ek olarak, saptanan fiziksel bozukluklar sıklıkla somatoform olanlarla (işlevsel) birarada bulunur. Bu durum bizim kaygımızı hastamızınkine ekler. Bu olguda, hastanın pratisyen hekiminin titiz belgelemesi, Tara’nın geçmişindeki genel tabloyu görmenize imkan vermiştir. Eğer sadece bir sisteme odaklanan bir doktorsan bu çok daha zor olacaktır. Bu olgu diğer somatoform bozukluklarla benzerliklerini ortaya koyarak KYS’yi de ele almıştır. Hastaların hasta olduklarını güçlü inanışları tedavi hizmetlerini yüksek oranda kullanmalarına yol açar. Eğer belirti →incelemeler → başarısız/olmayan tedaviler → daha çok memnuniyetsizlik → yeni belirti döngüleri kınılabilirse, bireysel psikoterapi ile yapılan yoğun psikiyatrik izlem bile diğer alternatiflerden belirgin ölçüde ucuz ve güvenli olacaktır.

Kaynaklar

Fukuda, K., Straus, S.E., Hickie, I., Sharpe, M.C., Dobbins, J.G., Komaroff, A. & the International Chronic Fatigue Study Group (1994) Chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. *Annals of Internal Medicine* **121**, 953–959.

İleri okuma

White, P.D. (2002) Commentary on ‘Physical or mental? A perspective on chronic fatigue syndrome’. *Advances in Psychiatric Treatment* **8**, 363–365.

Olgu 20 21 yaşındaki tehlikeli tıp fakültesi öğrencisi

Tıp Fakültesi Dekanı tıp öğreniminin 3. Yılında olan 21 yaşındaki Declan adlı öğrenciyi görmeni ister. Declan ilk kez 1 ay önce psikiyatri stajında hastaların tanılarını sorgulamaya ve hastaların önünde hocalara bağırıp, onları suçladığında dekanın dikkatini çekmişti. Danışmanı bu konuda Declan ile konuşmaya çalıştığında, ona küfredmiştir. Geçen ayki randevularına gelmemiştir. Bu yüzleşmeden önce bölüm toplantılarını sürekli ayağa kalkarak ve odada dolaşarak bölmüştür. Bunların bel ağrısı sonucu olduğunu söylemiştir.

Declan, senin onunla görüşme yapabilmen ve dekana, pratisyene hekimine rapor göndermen konusunda onam formunu imzaladı.

Görüşmeye nasıl başlayabilirsin?

- Ona gizlilik hakkından vazgeçtiğini ve dekana bir rapor yazabilmen için onu gördüğünü hatırlatın. Bu mahkemeye sunulan raporlar gibi diğer kaynaklardan elde edilen bilgilerle desteklenen detaylı bir sorgulama-yı gerektirir (Tablo 33, sf:114)
- Bundan önce kendisine psikiyatrik değerlendirme yapıldı mı?
- Onunla ilgili iddialar karşısında yaşadığı zorlukları nasıl görüyor?
- Herhangi bir psikolojik bulgusu var mı?

Buradaki olasılıklar neler?

- Organik hastalık her zaman bir olasılıktır. Bu kadar genç birinde sırt ağrısı sıra dışı bir durum, ve birincil ya da ikincil belirtilere bir tümör, duygudurum ya da psikotik semptomlara konfüzyona neden olmuş olabilir. (Tablo 20, sf:69) Daha ileri tıbbi bir değerlendirme gerekip gerekmediğine karar vermelisiniz.
- Diğer olgularda olduğu gibi, olgunun seni alkol ve madde kötüye kullanımını incelemekten alıkoymasına izin vermemelisiniz.
- Hassas hastalara karşı uygunsuz davranışları ve danışmanına sözlü tacizi ile sınırı aştı. Bunlar, duyu

durum ya da psikotik belirtiler ile ilgili yeni kaygılar uyandırıyor.

- Birincil bir anksiyete bozukluğu (Tablo 11, s. 38) olası değil gibi gözüküyor. Huzursuz olabilir (Şekil 2, sf 37) ancak travma sonrası stres bozukluğu (PTSD; Tablo 32, sf.108) gibi ciddi bozukluklar için bile sıra dışı olan aşırı bir tavır sergilemiştir.
- Kişilik bozukluğu bulgusu olabilir, özellikle de disosyal KB (Kutu 19, sf: 149) Declan psikopat özellikleri taşıyor mu? (Kutu 18, sf: 148). Bazı psikiyatrik hastalar ya da bölüm toplantılarındaki tartışmalarla alevlenen paranoid özellikleri taşıyor olabilir.
- Bir diğer olasılık da (kötü niyetli) bir danışman psikiyatristi zorlaması nedeniyle bir ceza olarak haksız yere suçlanıyor olabilir. Dekan birden fazla olaya dâvanan, doğrulanmış bir olgu olduğunu teyit etmelidir.
- Daha düşük bir ihtimal ise belirtilerin istemli olarak üretilmesidir. Çalışmalarına zaman yaratabilmek veya sınav zamanı özel ilgi görmek için hastalık numarası yapıyor olabilir. Değerlendirmeniz dekanın vereceği bir disiplin uyarısından kaçması ya da cezasının hafifletilmesi gibi kazanca yönelik bir fırsat olabilir. Yapay bozukluk (doğrudan bir kazancın olmadığı) tıbbi ya da diğer sağlık personelleri arasında yaygın bir hastalık olarak raporlanmaktadır.

Declan takım elbiseli ama tek başcıklı spor ayakkabı ve buruşuk kirlili bir gömlek giymiş olarak 20 dakika geç gelir. Saçları uzun ve taranmamıştır. Huzursuz görünür ama oturur. Gözleri odada dolaşmaktadır ve kısa süreli göz kontağı kurar. Görüşmenin başında kısa bir cevap verir ve sessizleşir. "Benimle ya da kişiliğimle ilgili sizin söyleyebileceğiniz benim zaten bilmediğim bir şey yok. Ayrıca, benden duymayacağınız şeyleri zaten siz söyleyeceksiniz. Siz Dr. Hooper (dekanla temas kuran danışman) ve Prof. Brown (dekan) aynı paranın üç yüzüsünüz. (aynı yolun yolcususunuz) , Sadece aç gözlü stenocratlar. Budur kadar bitti"

Kutu 32 Bipolar bozuklukta yinelemenin belirlenmesinde erken uyarı işaretleri (prodrom) (Watkins 2003)

- Depresyonda yaygın prodromlar
- İnsanlara ve aktivitelere karşı azalmış ilgi
 - Üzgün ya da depresif (çökkün) hissetme
 - Uyku düzeninde bozulma
 - Yorgunluk
 - Motivasyon kaybı
 - Artmış kaygı
 - Konsantrasyon kaybı
 - Manide yaygın prodromlar
 - Uykuda/uyku gereksiniminde azalma
 - Amaca yönelik etkinliklerde artış
 - İrritabilite
 - Aşırı iyimserlik
 - Çok konuşma, sosyal ilişkilerde artış
 - Düşünce hızlanması (yarışan düşünceler)
 - Distraktibilite (dikkat dağınıklığı)

- Declan'ın üniversitede ruhsal durumunu izleyecek koruyucular konusunda izin vermesi gereklidir.. Bu atak sırasında kendisi de dahil olmak üzere kimse zarar görmedi ancak bir sonraki atakta bu kadar şanslı olmayabilir
- Psikiyatrik hastalığı- yinelemeyi önlemek için yapılacak belirgin bir planla birlikte- ilgili mercilere bildirilmelidir (Kutu 32).

Kaynaklar

Watkins E. (2003) Combining cognitive therapy with medication in bipolar disorder. *Advances in Psychiatric Treatment* 9, 110-116.

OLGU İNCELEMESİ

Buraya kadar çökkün duygudurum ve mutsuzlukla başvuran fakat tam olarak depresyon ölçütlerini karşılamayan (Tablo13, sayfa 45) bir grup depresif hastalık (Olgular 2,7,12; Şekil 6, sayfa 146) ve diğer birçok olgu gördük. Bu olguda mani bulaşıcı bir neşe ile değil irritabilite ile ortaya çıktı. Bu durum hasta (özkıyım girişimleri artmış olabilir) ve etrafındakiler için – bu olguda bir konsültan psikiyatrist ve siz- tolere edilmesi zor olabilir.

Declan'ın durumu alkol ve madde kötüye kullanımını -genelde kötüye kullanım sakinleşme ve uyuyabilmek amacıyla yapılır, maninin ağırlaşmasına ve belirtilerinin maskelenmesine yol açar-ile daha karmaşık hale gelmemişti. Sosyal işlevselliği bozulmasına rağmen Declan'ın yardım alması iki ay sürdü. Bipolar bozukluğa sahip bireyler tanı almadan yıllar geçirebilir. Bipolar bozukluk hastaları genelde psikiyatrik yardım önerilerini reddederler bu nedenle çoğu zaman zorunlu yatışa gereksinim duyulur, alışılagelmedik şekilde Declan hastaneye yatışı kabul etti. Tedavi yolculuğu daha yeni başlıyor, gelecekte çökkün ve yüksek duygudurum ataklarının ortaya çıkması yüksek ihtemeldir.

İleri okuma

- Frangou, S. (2005) Advancing the psychological treatment of bipolar disorder. *Advances in Psychiatric Treatment* 11, 28-37.
- Morriss, R. (2004) Early warning symptom intervention for patients with bipolar affective disorder. *Advances in Psychiatric Treatment* 10, 18-26.
- Smith D.J. & Ghaemi, S.N. (2006) Hypomania in clinical practice. *Advances in Psychiatric Treatment* 12, 110-120.

Olgu 21

Depresif duygudurumu ve özkıyım düşünceleri olan 24 yaşındaki hukuk sekreteri

Vicki aile doktoru Dr.Edwards tarafından acil değerlendirilme talebiyle toplum ruh sağlığı ekibinize yönlendirildi. Vicki işyerinde baskı altında olduğunu ve kafasının içinde aşırı doz ilaç almasını söyleyen sesler duyduğunu belirtiyordu.

Dr.Edwards'a sorulması gereken anahtar sorular nelerdir?

Vicki ne kadar kısa sürede görülmeli? Şu anda özkıyım için risk altında mı? Değerlendirme için acil servise başvurulmalı mı yoksa birkaç gün içinde sizin ekibiniz tarafından görülsün yeterli olur mu?

Verilen bilgiler hangi olası tanıları düşündürülebilir?

Tanısal hiyerarşiyi kullanın (Şekil 1, sayfa 7):

- **Organik hastalık:** 24 yaşında bu belirtilerle gelen biri için olası görünmüyor
- **Madde kullanımı:** İlaçlar akut ruhsal durum bozukluğunun yaygın bir sebebi
- **Psikoz:** Kafasının içinde sesler duymaktan yakınıyor
- **Affektif (Duygulanım):** Başvuru belirtileri özkıyıma eğilimli olmasıdır
- **Anksiyete bozukluğu:** Yaşadıkları, işyerindeki istenmeyen bir olaya verilen tepki mi?
- **Kişilik bozukluğu:** Stresle alevlenen, uzun süreli güçlükler mi yaşıyor?

Dr.Edwards Vicki'nin özkıyım riski için oldukça endişeli bu nedenle Vicki'yi bugün görmeyi istiyor. Vicki daha önce acil servise başvurduğunu ve yeterince ilgilenmediğini düşündüğü için acil servise gitmeyi reddediyor. Biraz ısrardan sonra ikna oluyorsunuz ve önemli bir randevunuzu iptal ederek Vicki'yi görmeyi kabul ediyorsunuz ancak randevuya gelmiyor. Ve iyi olup olmadığını öğrenmek için iletişim kuramıyorsunuz

Bu aşamada ne hissedebilirsiniz?

Sınırlanmış olabilirsiniz, Vicki'yi görmek için önemli bir toplantınızı iptal ettiniz ve henüz onu görmemeye rağmen Vicki'nin iyi olup olmadığı konusunda endişe duyuyorsunuz.

Ertesi sabah Dr.Edwards'ın iş arkadaşıyla konuştuğunuzda Vicki'nin gece yarısı doktoru cep telefonundan aradığını ve Vicki'nin sürekli dikkatleri üzerine çekme çabasından dolayı Dr.Edwards'ın rahatsız olduğunu öğreniyorsunuz. Ayrıca Vicki'nin hergün Dr.Edwards ile görüşme talebinde bulunduğunu, diğer doktorlarla işe yaramaz olduklarını söyleyerek görüşmeyi reddettiğini öğreniyorsunuz. Dr.Edwards'ın bir ay içinde babalık iznine ayrılacağı ve Vicki'nin bunun farkında olduğu belirtiliyor.

Vicki'nin sağlık çalışanlarıyla olan ilişkisini tanımlayın

Vicki sağlık çalışanlarından farklı tepkiler alıyor.Sadece Dr.Edwards'a bbağlanmış olduğu görünüyor ve ekibin geri kalanıyla görüşmeyi reddediyor.

Vicki, Dr. Edwards'ı gece yarısı cep telefonundan arıyor. Dr. Edwards, Vicki'yle sınırları belirleme konusunda güçlük mü çekiyor?

Vicki uzun süreli ve antidepresanlara yanıt vermeyen depresyon öyküsüne sahip. Son 2 yıl içinde kafasının içinde sesler duyduğunu belirttiği için birkaç kez antipsikotik reçete edilmiş. Bir danışmanla görüşmeleri olmuş ama kısa süre önce seanslar bitince özkıyıma eğilimi daha da artmış. Geçen yıl iki kez aşırı doz ilaç alma sebebiyle acil servise başvurmuş ancak her seferinde kendi isteğiyle taburcu edilmiş.

"Kronik depresif bozukluk" doğru tanı tanı gibi geliyor mu?

Henüz hastayı görmeden bunu söylemek çok erken olacaktır. (Şekil 6, sayfa 146). Depresyon gibi görünüyor ancak tüm öykünün bununla sınırlı olduğunu düşünmek mümkün olmayacaktır.

ANAHTAR NOKTA

Depresyon terimini kullanırken bu terimin hasta (ya da çalışanlar) tarafından bir hastalık olarak mı, ayrı bir belirti olarak mı ya da boşluk, yalnızlık, sıkıntı gibi rahatsız edici duygusal durumların hepsini kapsayan bir terim olarak mı kullanıldığının ayrımı yapılmalıdır

Hastaya uzun vadede tedaviyi sürdürecektir olan doktorun siz olduğunuzu söyleyin. Tanı ve tedaviyi düzenli olarak gözden geçirmek için fırsatınız olacağını belirtin.

Daha faydalı bir konuya odaklanın ve neden tekrar özkıyım eğiliminin arttığını anlamasına yardım etmeye çalışın. Ona alkol almanın zorlu duygusal deneyimlerini yönetmede (önlemede) yardımcı olmayan bir baş etme mekanizması olduğunu belirtin. Alkolün depresan bir madde olduğunu ve mevcut psikolojik yakınmalarına eklenince depresif yakınmalarının artacağını belirtin (Tablo 18, sayfa 12).

Vicki'ye terapiye devam etmek için terapistiyle tekrar görüşmesini önerin. Eğer yararlı olursa, bu görüşmede yer alabileceğinizi belirtin.

Bu kriz olumlu değişimler için fırsat olabilir. Vicki'ye insanların uyuma yönelik olmayan davranışları aracılığıyla kaçınmaya çalıştıkları acı veren gerçeklerle karşılaştıklarında daha depresif olmalarının olağan olduğunu belirtin.

Uzun dönem tedavisinin ilkelerinin belirlenmesi için şu an uygun zaman olabilir (Kutu 34).

ANAHTAR NOKTA

Doktorlar ve psikoterapistler de herkes gibi hayal kırıklığına uğratabilir (örneğin izine ayrılabilir ya da işlerini değiştirebilirle. Reddedilme, terk edilme korkusu BKB'si olan bireylerde daha önceki deneyimler hatırlanınca daha şiddetli olabilir. Önemli olan, hastaların daha önce yaşadıkları zarar verici ilişkilerin yerine terapötik ilişkide hastalara duygularını tanımlama ve anlama fırsatı verilmesidir.

Vicki ve diğer BKB'si olan bireyler için hangi psikoterapiler uygundur?

Genel danışmanlık bu olguda da görüldüğü gibi sıklıkla bu hastaları daha da kötüleştirebilir. Psikolojik tedaviler özelleştirilmeli ve hastanın yaşadığı sıkıntıları doğrudan hedefleyen tutarlı teorik çerçeveler içermelidir. Bu donanıma sahip olmak yıllar süren eğitim ve terapistin süpervizyon almasını gerektirir (Kutu 35).

OLGU İNCELEMESİ

Vicki çocukluk çağında yaşadığı istismar ve ihmalden dolayı BKB'nin uzun süreli özelliklerine sahipti. Birçok stres faktörüne aynı anda maruz kalmasından dolayı hukuk sekreteri olarak çalışırken işlevselliği bozuldu. Tedavi aşamasında sağlık ekibiyle yaşadığı sıkıntı altta yatan patolojik sorunlarını ortaya çıkardı.

BKB için tam tedavi edici (küratif) bir tedavi yöntemi ya da sadece tek bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır. Hastanın kendisi ve başkalarıyla olan ilişkilerinde yaşadığı zorluklarla başa çıkmasını arttıracak, destekleyici, tutarlı ve dürüst bir yaklaşımla olumlu değişiklikler gözlenebilir (Kutu 34). Böylelikle hasta kendi kapasitesini arttırabilir ve duygularını daha etkili biçimde yönetebilir.

16.olguda bir adamda psikopatik özellikler sunmamıza ve bu olguda bir kadında borderline özellikler sunmamıza rağmen bu bozuklukların cinsiyete özgün olduğunu düşünmeyin. Her iki özelliği de içeren durumlar aynı anda bir bireyde bulunabilir.

Kaynaklar

- Bateman A. & Fonagy P. (2004) *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment*. Oxford University Press
- Gabbard, G. (1994) *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. American Psychiatric Press, Washington DC
- Linehan, M. (1993) *Cognitive Behavioural Therapy for Borderline Personality Disorder*. Guilford Press, New York.
- Young, J.E., Klosko J.S. & Weishaar, M.E. (2003) *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Press New York.

İleri okuma

- Ryle, A. (1997) *Cognitive Analytic Therapy and Borderline Personality Disorder*. Wiley, Chichester.
- Ryle, A. & Kerr, I.B. (2002) *Introducing Cognitive Analytic Therapy*. Wiley, Chichester.

Farklı türde nöbetleri olan 41 yaşındaki epilepsi hastası kadın

Sally'nin klinik tanısı jeneralize epilepsidir. Çocukluğunda petit mal (abseans) nöbetleri olan hastanın bu nöbetleri 4 yıllık tedaviden sonra geçmiştir ancak geçen yıl tonik- klonik nöbetler yaşamaya başlamıştır. İlaç kullanmasına rağmen, 3 ay önce elektroensefalogram (EEG) ile doğrulandığı üzere her ay 2-5 jeneralize nöbet geçirmektedir. Bu durum onun araç kullanması engellemekte ve iki çocuklu çalışan bir anne olarak üzerinde baskı yaratmaktadır. Hastayı değerlendiren nöroloji asistanı hastada yeni "sayma ritüellerinin" olduğunu saptamıştır. Partneri " her hafta bir defa, bazen üç defa hastanın aniden öfkelenildiğini ve bağırıp çağırdığını belirtmiştir. Onun eşyaları parmağıyla gösterip saymasını durdurmaya çalıştığında sinirlendiğini

belirtmiştir. Asistan hastaya obsesif kompulsif bozukluğu için 20 mg fluoksetin reçete etmiştir ve sizinle 4 aylık bir tedaviden sonra sayma ritüelleri sıklıktan sonra iletişime geçmiştir.

Asistan Sally'e fluoksetin reçete etmekte hatalı mıdır?

Evet. Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) tek bir görüşmede ve yeterince olgu görmemiş olan kişiler tarafından konulması zor bir tanıdır. (Kutu 36). Sally'nin ritüelleri olabilir ama bu OKB'si olduğu anlamına gelmez. Aslında ritüeller birçok günde olma özelliğinden

Kutu 36 Obsesif kompulsif bozukluk (OKB): ICD-10 tanı ölçütleri ve fenomenoloji

OKB tanısı obsesyonel düşünceler ya da kompulsif davranışlara dayanarak koyulur. Her biri ya da her ikisi en az ardışık iki hafta boyunca çoğu günler bulunmalıdır. OKB ergenlikte ortaya çıkan ve yetişkin yaşamı boyunca devam eden ve yaşam boyu süren bir hastalıktır. Depresyon, anksiyete, ya da panik bozukluğun eşlik ettiği dönemlerde ya da kişi stres altındayken hastalığın aktif dönemleri olabilir (bunların hepsi akut olarak ortaya çıkmış OKB hastalarında çok sık görülür). OKB tanısı için sıkıntı yaratması ya da günlük yaşam olaylarını engellemesi gerekir.

- Obsesyonel düşünceler şu özelliklere sahip olmalıdır;
- Kişinin kendi düşünceleri olarak tanımlanmalı
- En az bir düşünceye (başlangıçta tüm obsesif düşüncelere) başarısız bir şekilde direnç gösterilmesi.
- Eylemi (ritüeli) gerçekleştirme düşüncesinin zevk vermemesi
- Düşünceler /imgeler/dürtüler yineleyici ve rahatsız edicidir.

Düşünceler ve ritüeller stereotiptiktir. Aynı düşünceler tekrar tekrar oluşur: bir çok durumda kaygı verici (gazı açık unuttum, mikroplar birilerini öldürecek), müstehcen (cinsel içerikli, tanrıya küfrete) ya da saçmadır (sayısal sıralama, düzen). Ritüeller de stereotiptiktir: hastayı asıl obsesyondan kurtaracak büyüsel olduğu düşünülen tek düze lardır. Kişi tekrar tekrar ocağı kontrol edecek, aşırı derecede temizlik yapacak, müstehcen ya da Tanrıya küfür niteliğindeki düşünceleri telafi etmek için belirli cümleler söyleyecek, kendi kendine ya da sesli bir şekilde sayı sayacak (her ikisi de eylem

niteliğindedir.) eşyaları yeniden düzenleyecektir. Ritüeller kötü bir sonucu tersine çevirmek için yapılan simgesel girişimlerdir: kişi yaptıklarının hiçbir şeyi engelleyemeyeceğini bilir ancak bunları yapmaktan kendini alıkoymaz. Davranışsal bir açıdan bakıldığında ritüeller gerçekleştirildikçe yapılanlar asıl rahatsız edici düşünceleri güçlendirir ve daha sık tekrarlamasına sebep olur.

Düşüncelerin ya da davranışların hoş olmayan yapısı, doğası ego distonik ya da egoya (benliğe) yabancı olarak tanımlanır. Bu iki ifade eş anlamlıdır, ve kişiler bunların asıl kendilerinden kaynaklandığını bilmelerine rağmen (bunlar düşünce etkileşim sanrısı ya da somatik pasivite sanrısı değildir) içeriklerinin kendi inanç ve kişilikleriyle uyumadığı anlamına gelir. Bunun en yaygın örnekleri çok erdemli birisinin müstehcen sözler söylemesi ya da dinine bağlı birinin Tanrıya küfretmesidir.

Eğer birileri bu kriterlere uymuyorsa o zaman anankastik (obsesyonel) kişilik bozukluğu olabilir:

- Kurullarla, detaylarla ve programlarla çok fazla meşgul olmak
- Esnek olamama, katılık ya da mükemmeliyetçi özellikler
- Aşırı sağduyu ya da bilgiçlik
- İsrarcı ve istenmeyen düşünceler. (Yukarıda ki kriterleri karşılamayan)

Anankastik kişilik bozukluğunda düşünce ve davranışlar egosintoniktir: rahatsız edici olarak değerlendirilmez (Örneğin, bir muhasebecinin titiz bir şekilde muhasebecilik yapmaktan zevk alması).

- Fiziksel hastalığı fonksiyonel hastalıktan mantıklı biçimde çatışma olmaksızın (olgu 19) bir şekilde ayırmayı diğer doktorların da desteğiyle öğrenme sürecine başladınız. Sally ile olan terapötik ilişkiniz ve sosyal bağlantılarıyla olan işbirliğinizde en önemli anahtar ilişki onun nöroloji ile olan ilişkinizdir.
- Şu anda var olmasa da, psikiyatrik bir eşitliği Sally'nin durumunda da görülebilir. Her türlü anksiyete (Olgu 1, 4 ve 10), depresyon (Olgu 2,7,8 ve 10), madde kullanımı (Olgu 4 ve 14) ve yeni fiziksel/psikolojik belirtileri (Olgu 10, 18 ve 19) ele alabilirsiniz.

Sally Nöroloji ve Psikiyatri poliklinikleri tarafından ayaktan hasta olarak tedavi edilmeyi kabul etmiştir. Yaptığınız açıklamada iki olası tanısı olabileceğini kabul etmiştir: 1- Jeneralize epilepsi - karbamazepin tedavisine kısmi yanıt verir ve 2- strese bağlı nöbetler (ajitasyon, sesler, sayı sayma) İkinci tanı epilepsi değildir ancak epilepsi gibi görünmektedir. Burada yapabileceğiniz şey diğer önlemlerle bu nöbetlerin sıklığını azaltmak için onu desteklemektir. Sally'nin anksiyetesi, duygudurum bozukluğu ve özkiyım eğilimi yoktur.

Başka riskler bulunmakta mıdır ve bunları nasıl ortaya çıkarabilirsiniz?

Evet. Sally'nin eşiyle beraber bakım sağladığı iki çocuğu vardır. Ona çocuklarının bakımı konusunda yalnız olmadığını söylemeniz gerekmektedir. Jeneralize ve EON'la çocuklarına zarar vermesi olası değildir ancak her ikisiyle de ilgilenmesi pek mümkün olmayacaktır. Bu yüzden küçük çocuklarıyla ilgilenmesinde yardım mutlaka olmalıdır. Araç kullanamamasıyla ilgili durumu kabul etmiştir ancak kendi güvenliğini başta tutmayı da mutlaka kabul etmelidir.

Son ve tartışmalı bir nokta olarak, istemli belirtilerinin ortaya çıkması devam etmektedir. Daha önce kaydedilen vakalarda taklit edilen çeşitli hastalığı olan ebeveynler belirtilerle yüzleştirildiğinde belirtilerin benzerini çocuklarında görmüşlerdir. (nadir görülen fakat garip bir hastalık olan Munchausen Sendromu). Bakım verenin yol açtığı Munchausen Sendromu, bu tanıya yasal sonuçları çok büyük olduğundan hemen hiçbir zaman hastanın dosyasında yer almaz. Eğer bu yönde herhangi bir endişeniz varsa, mutlaka belirtin.

OLGU İNCELEMESİ

En zor olgulardan birini de kurtarmış olduk. Psikotik belirtilerle epilepsi arasındaki ortak yönler fazlaca karmaşıktır. Sally'nin durumu OKB yanlış tanısıyla daha da karmaşık hale gelmiştir. (Obsesyonların en sonunda depresyon tanısını b,r belirtisi olduğunun saptandığı 2 numaralı olguya bakınız) Kişilik her türlü hastalığın tanısını etkiler. Daha önceki 21 olgu eğer farklı kişilik özelliklerine sahip olsaydı farklı şekillerde ortaya çıkabilirdi. (Tablo 52)

Sally'nin belirtileri jeneralize epilepsiye bir tepki olabilir. Ayırıcı tanı, olgunun ana kısmını oluşturmaktadır. Bu haftaları alabilir ve onunla ilgilenen tüm insanlardan dikkatli bir şekilde öykü alınmasını gerektirebilir. Birçok olguda EON'yi diğer epilepsi türlerinden ayırt edecek ikna edici bulgulara ulaşamamaktadır, bu nedenle bu hastalar hem psikiyatrist hem de nörologlar tarafında takip edilmeye devam etmektedirler. Bu tür belirsiz bir durumda, EON için gerekli olan hazırlayıcılar ve hastalığın gidişatı ile ilgili bulgular Sally'nin sonlanımı ile ilgili yorum yapmamızı sağlayacak düzeyde değildir. Yine de psikiyatrik hastalıklarla ve tedavileriyle ilgili bilgileriniz ışığında, Sally'nin sizin tedavinize cevap vermesini bekliyoruz.

Kaynaklar

Querques, J. & Stern, T.A. (2004) Approaches to Consultation Psychiatry: Assessment Strategies. In: Stern, T.A. et al. (eds) *Handbook of General Hospital Psychiatry*, 5th edn. Mosby, Philadelphia.

İleri okuma

Davidson, S.E. (2002) Principles of managing patients with personality disorders. *Advances in Psychiatric Treatment* 9, 1-9.

Nicholson, S.E., Mayberg, H.S., Pennell, P.B. & Nemeroff, C.B. (2006) Persistent auditory hallucinations that are unresponsive to antipsychotic drugs. *American Journal of Psychiatry* 163, 1153-1159.