

**KONSÜLTASYON VE
LİYEZON PSİKİYATRİSİ
SEMPOZYUMU**

EDİTÖR: DR. ÖĞR. ÜYESİ GAMZE GÜRCAN

Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi Sempozyumu, 11-12 Ocak 2025, TOBB ETÜ, Ankara.

TOBB ETÜ Yayınları
TOBB ETÜ Tıp Fakültesi Yayınları No: 16

Editör: Dr. Öğr. Üyesi Gamze Gürcan
Kapak Tasarım: Bilge Özüçetin

© 2024 TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi. Bütün hakları saklıdır.

TOBB ETÜ Yayınları
Sertifika no: 41804
TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi, Söğütözü Caddesi No: 43
Söğütözü 06560 Ankara/Türkiye
www.etu.edu.tr

Baskı: TEKSES OFSET Matbaacılık Yayıncılık Org. San. ve Tic. Ltd. Şti.
Sertifika no: 44186
Kazım Karabekir Cad. Kültür İş Hanı No.7/11 Zemin Kat. İskitler / Ankara
Phone: +90 312 341 66 19

TOBB ETÜ Kütüphanesi Yayın Öncesi Katalog Verileri

Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi Sempozyumu (2025 : Ankara, Turkey)

Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi Sempozyumu, 11-12 Ocak 2025,
Ankara / editör **Gamze Gürcan**.
Ankara : TOBB ETÜ Yayınları, 2024.
110 sayfa ; 24 cm
ISBN: 978-975-9116-47-7 (karton kapak)
ISBN: 978-975-9116-48-4 (e-kitap)

1.Psychiatry (mesh) 2. Psychosomatic Medicine (mesh) 2. Consultation-liaison psychiatry (lcsh) I. Gürcan, Gamze.

RC455.2.C65 (LCCN) WM 90 (NLM) 616.89 (DDC)

Yayının içeriğinden bilimsel, etik, yasal ve dil kullanımı açılarından yazarı sorumludur.

Kitabın elektronik sürümü <https://www.etu.edu.tr/tr/sayfa/tobb-etu-yayinlari> adresli TOBB ETÜ Yayınları web sayfasında ve <https://gcris.etu.edu.tr/> adresli Akademik Arşivimizde sunulmaktadır.

TOBB ETÜ PSİKİYATRİ TOPLULUĞU

TOBB ETÜ TEPT

KONSÜLTASYON

VE

LİYEZON

PSİKİYATRİSİ

11-12 OCAK 2025

KLP SEMPOZYUMU

SEMPOZYUMU

TOBB ETÜ SOSYAL TESİSLER

11-12 Ocak 2025

Bilimsel programa
ulaşmak için



TOBB ETÜ
Psikiyatri



klpsempozyum2025
tobbetu.psikiyatri



klpsempozyum2025@gmail.com
tobbetu.psikiyatri@gmail.com

TOBB ETÜ PSİKİYATRİ TOPLULUĞU

SEMPOZYUM BAŞKANI: DR. ÖĞR. ÜYESİ GAMZE GÜRCAN

SEMPOZYUM SEKRETERİ: DOÇ. DR. DURSUN HAKAN DELİBAŞ

DÜZENLEME KURULU

DANIŞMAN: PROF. DR. NEJAT AKAR

TOBB ETÜ PSİKİYATRİ TOPLULUĞU (TEPT):

BİLGE ÖZÜÇETİN

LATİFE BÜŞRA ÇOKASLAN

ZEKİ BORAN UÇAR

SİNAN ULAŞ DENİZ

ZAHİDE YAĞMUR SERMIKLİ

ADEM BERK ÇAKMAK

MERVE OKUR

FEYZANUR ALATAŞ

ŞEYMA ÇÖLOĞLU

ECE EMİRHAN

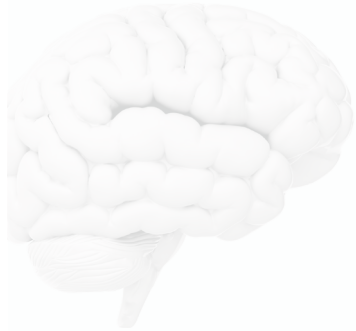


BİLİMSEL PROGRAM

		CUMARTESİ 11 OCAK 2025	
09.00 - 09.15	AÇILIŞ İstiklal Marşı ve Saygı Duruşu Açılış Konuşması Nejat Akar		OTURUM BAŞKANLARI
	KLP UYGULAMALARI		
09.15 - 10.30	Dünyada ve Türkiye'de Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi Can Cimilli		Hakan Kumbasar
	KLP Uygulamalarında Hasta Muayenesi ve Ölçek Kullanımı Ömer Aydemir		
	Somatoform Bozukluklar İsmet Kirpınar		
10.30 - 10.45	KAHVE ARASI		
10.45 - 12.00	PSİKO-ONKOLOJİ		Özen Önen Sertöz
	Psiko-onkoloji ve Hastayla İletişim Dilek Hamurcu		
	Ankara Psiko-onkoloji Derneği Zeynep Kotan		
	Onkolog Gözüyle Kötü Haber Verme Fatih Yıldız		
12.00 - 13.00	ÖĞLE YEMEĞİ		
13.00 - 14.30	SİSTEMLER-ÖZEL ALANLAR I		Berker Duman
	Transplantasyon Psikiyatrisi Berker Duman		
	Nöro-psikiyatri İrem Yıldız		
	Gastrintestinal Sistem Hastalıkları Özlem Kuman Tunçel		
	Kardiyovasküler Hastalıklar Dursun Hakan Delibaş		
14.30 - 14.45	KAHVE ARASI		
14.45 - 16.15	SİSTEMLER-ÖZEL ALANLAR II		Çiçek Hocoğlu
	HIV ve Psikiyatri Ömer Yanartaş		
	Geriatrik Popülasyonda KLP Özlem Erden Aki		
	Gebelik ve Doğum Sonrası Psikiyatrik Sorunlar Çağatay Karşıdağ		
	Pandemide KLP, COVID-19 ve Etkileri Şenol Turan		
16.15 - 16.30	KAHVE ARASI		
16.30 - 18.00	SİSTEMLER-ÖZEL ALANLAR III		Hayriye Elbi
	Obezite ve Bariatrik Cerrahi Yasemin Koçyiğit		
	Ağrı ve Psikiyatri Yarkin Özenli		
	Hasta Yakını İle İlişkiler ve Bakım Veren Yükü Şükür Alperen Korkmaz		
	KLP Uygulamalarında Etik Sorunlar Gamze Gürcan		



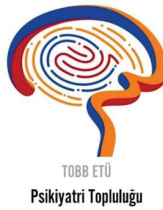
PAZAR 12 OCAK 2025		OTURUM BAŞKANLARI
PSIKODERMATOLOJİ		
08.30 - 09.45	Psikodermatolojinin Tarihçesi, Zihin-Beden İlişkisi Behçet Coşar	Vesile Şentürk Cankorur
	Psikodermatolojik Hastalıklara Klinik Yaklaşım İrem Ekmekci Ertek	
	Psikodermatolojik Hastalıklarda Dermatoloji Perspektifi Esra Adışen	
09.45 - 10.00	KAHVE ARASI	
TEDAVİLER		
10.00 - 11.30	KLP Uygulamalarında Psikotrop Kullanımı Filiz İzci	M. Kazım Yazıcı
	KLP Uygulamalarında Bilişsel Davranışçı Terapi Hakan Türkçapar	
	KLP Uygulamalarında Grup Terapileri Berker Duman	
	Sağlığın Korunmasında Destekleyici Yöntemler Esin Erdoğan	
11.30 - 11.45	KAHVE ARASI	
KLP'NİN GELECEĞİ ÇALIŞTAYI		
11.45 - 12.30	KLP'nin Yan Dal Uzmanlık Alanı Olarak Tanımlanması Süreci ve KLP Yayınlarının Planlanması Berker Duman Dursun Hakan Delibaş	Hakan Kumbasar
12.30 - 12.45	Müzik Dinletisi	
12.45 - 13.00	Kapanış	TEPT



KLP SEMPOZYUMU



TOBB ETÜ PSİKİYATRİ TOPLULUĞU (TEPT)



İÇİNDEKİLER

Önyazı

Prof. Dr. Nejat Akar 11

Doç. Dr. Dursun Hakan Delibaş 13

Dr. Öğr. Üyesi Gamze Gürcan 15

Dünyada ve Türkiye’de Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi

Prof. Dr. Can Cimilli 17

KLP Uygulamalarında Hasta Muayenesi ve Ölçek Kullanımı

Prof. Dr. Ömer Aydemir 21

Somatoform Bozukluklar

Prof. Dr. İsmet Kırpınar 25

Psiko-onkoloji ve Hastayla İletişim

Doç. Dr. Dilek Hamurcu 29

Ankara Psiko-onkoloji Derneği

Doç. Dr. Zeynep Kotan 31

Transplantasyon Psikiyatrisi

Doç. Dr. Berker Duman 37

Nöro-psikiyatri

Doç. Dr. İrem Yıldız 39

Gastriontestinal Sistem Hastalıkları

Doç. Dr. Özlem Kuman Tunçel 41

Kardiyovasküler Hastalıklar

Doç. Dr. Dursun Hakan Delibaş 43

HIV ve Psikiyatri

Doç. Dr. Ömer Yanartaş 45

Geriatrik Popülasyonda KLP

Prof. Dr. Özlem Erden Aki 47

Gebelik ve Doğum Sonrası Psikiyatrik Sorunlar

Prof. Dr. Çağatay Karşıdağ 49

Pandemide KLP, COVID-19 ve Etkileri

Prof. Dr. Şenol Turan 51

Obezite ve Bariatrik Cerrahi

Uzm. Dr. Yasemin Koçyiğit 53

Ağrı ve Psikiyatri

Prof. Dr. Yarkın Özenli 55

Hasta Yakını ile İlişkiler ve Bakım Veren Yükü	
Dr. Öğr. Üyesi Şükrü Alperen Korkmaz.....	59
KLP Uygulamalarında Etik Sorunlar	
Dr. Öğr. Üyesi Gamze Gürcan	63
Psikodermatolojinin Tarihçesi, Zihin Beden İlişkisi	
Prof. Dr. Behçet Coşar	67
Psikodermatolojik Hastalıklara Klinik Yaklaşım	
Doç. Dr. İrem Ekmekci Ertek	73
Psikodermatolojik Hastalıklarda Dermatoloji Perspektifi	
Prof. Dr. Esra Adışen.....	75
KLP Uygulamalarında Psikotrop Kullanımı	
Prof. Dr. Filiz İzci.....	77
KLP Uygulamalarında Bilişsel Davranışçı Terapi	
Prof. Dr. Hakan Türkçapar	79
KLP Uygulamalarında Grup Terapileri	
Doç. Dr. Berker Duman	81
Sağlığın Korunmasında Destekleyici Yöntemler	
Doç. Dr. Esin Erdoğan.....	83
Ankara Tıp Fakültesi KLP Bilim Dalı Kurulma Süreci	
Prof. Dr. Hakan Kumbasar, Prof. Dr. Atilla Soykan.....	87
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı	
Prof. Dr. Behçet Coşar	89
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Birimi	
Doç. Dr. M.İrem Yıldız, Doç. Dr. Elçin Özçelik Eroğlu	93
T.C. S.B İzmir Şehir Hastanesi Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Uygulamaları ve Planlananlar	
Doç. Dr. Esin Erdoğan.....	97
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Hizmetlerinde İletişim Yüksek Lisans Programı	
Prof. Dr. Erol Özmen, Prof. Dr. Erol Ozan	99
Kötü Haber Verme ve Sonrası	
Gamze Gürcan, Abdullah Aydoğmuş, Ayşe İpek Kalan.....	103
Psikiyatriye Farklı Kliniklerden Konsültasyon ile Gelen Hastaların Anksiyete, Depresyon ve Somatosensoryal Amplifikasyonu	
Yarkin Özenli, Emre Çavuşoğlu, Cengiz Cengizis, Banu Kara.....	107



TOBB ETÜ Tıp Fakültesi olarak “Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi” Sempozyumu’na ev sahipliği yapıyor olmaktan mutluluk duyuyorum.

Değerli konuşmacılar ve katılımcıların katkılarıyla, konsültasyon ve liyezon psikiyatrisi alanında, kişiye bütüncül bakışı destekleyen bilgilerin paylaşılacağı verimli ve keyifli bir sempozyum olmasını umuyorum.

Başta sempozyumu düzenlemeyi üstlenen TOBB ETÜ Psikiyatri Topluluğu olmak üzere emeği geçen ve katkıda bulunan tüm konuşmacılara teşekkür ederim.

Prof. Dr. Nejat Akar
TOBB ETÜ Tıp Fakültesi Dekanı



Değerli Meslektaşlarım,

Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi alanında, bilgi ve deneyimlerin paylaşılmasının yanı sıra bilimsel üretkenliğin desteklenmesi ve bu alana gönül veren meslektaşlarımızın bir araya gelmesi amacıyla düzenlediğimiz “Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi Sempozyumu 2025”in özet bildiriler kitabını sizlere sunmanın mutluluğunu yaşıyoruz.

11-12 Ocak 2025 tarihlerinde TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı ve TOBB ETÜ Psikiyatri Topluluğu iş birliğiyle, Türkiye Psikiyatri Derneği'nin kıymetli desteğiyle gerçekleştirdiğimiz bu sempozyum, Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi alanına dair güncel bilgi ve deneyimleri paylaşmayı, multidisipliner bir bakış açısını güçlendirmeyi ve bu alandaki bilimsel ilerlemeye katkı sağlamayı hedeflemektedir.

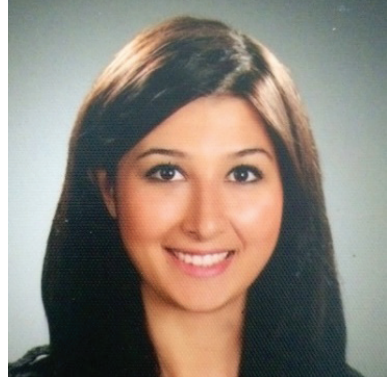
Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi, yalnızca psikiyatrik bakımın değil, bütüncül hasta yönetiminin önemli bir bileşeni olarak modern tıpta giderek artan bir öneme sahiptir. Bu sempozyum, bu alanın daha geniş bir perspektifte ele alınması, bilimsel verilerle desteklenmesi ve meslektaşlarımız arasında etkileşim ve iş birliğinin teşvik edilmesi için önemli bir platform sunmaktadır.

Elinizde bulunan bu kitapçıkta, sempozyum sırasında sunulan bildirilerin özetleri yer almakta olup, güncel bilgi ve deneyimlerin bir yansımasını temsil etmektedir. Bu çalışmalar, Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi alanında çalışan bilim insanlarının ve sağlık profesyonellerinin katkılarıyla şekillenmiştir.

Sempozyumun gerçekleştirilmesine emek veren tüm düzenleme kurulu üyelerine, katkı sunan değerli konuşmacılarımıza ve siz kıymetli katılımcılarımıza şükranlarımı sunarım. Bu sempozyumun, Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi alanındaki bilimsel çabaların ve multidisipliner iş birliğinin artarak devam etmesine katkı sağlamasını temenni ederim.

Saygılarımla,

Doç. Dr. Dursun Hakan Delibaş
Türkiye Psikiyatri Derneği Konsültasyon ve
Liyezon Psikiyatrisi Çalışma Birimi Koordinatörü
KLP Sempozyumu 2025 Sekreteri



Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Sempozyumu 11-12 Ocak 2025 tarihinde değerli hocalarımız ve öğrencilerimizin desteği ile TOBB ETÜ Tıp Fakültesi ev sahipliğinde gerçekleşmektedir. Akademisyenlik yoluma ışık tutan dekanımız Prof. Dr. Nejat Akar ve dekan yardımcımız Prof. Dr. P. Elif Ekmekçi'ye, işbirliği ve yardımları için sempozyum sekreteri Doç. Dr. Dursun Hakan DELİBAŞ'a, gelecekle ilgili umutlarımı hep taze tutan biricik öğrencilerime, TOBB ETÜ Psikiyatri Topluluğu'na, desteğini esirgemeyen Prof. Dr. Hakan Kumbasar ve Prof. Dr. Ömer Aydemir başta olmak üzere konuşmacı ve oturum başkanı olarak katkı sunan saygıdeğer hocalarımıza çok teşekkür ederim.

Sempozyum Başkanı
Dr. Öğr. Üyesi Gamze GÜRCAN
TOBB ETÜ Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Dünyada ve Türkiye’de Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi

Prof. Dr. Can CİMİLLİ

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Psikiyatrinin genel tıbbi durumlara eşlik eden psikiyatrik sorunlar alanında özelleşmiş olan yan dalı konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP) olarak adlandırılmaktadır. KLP, konsültasyon psikiyatrisi ve liyezon psikiyatrisi adlı iki ayrı çalışma biçiminin bütünleştirilmesi sonucunda oluşturulmuş bir kavramdır. Konsültasyon psikiyatrisi hastanın tedavisini üstlenen bilim dalının talep etmesi üzerine hastanın psikiyatri tarafından değerlendirilmesini içerir. Liyezon psikiyatrisinde ise psikiyatri hekimi tedavi ekibinin bir parçası olarak işlev görür. Genel tıp ortamında psikiyatrik koruyucu hekimlik olarak nitelendirilebilir (Cimilli 2015).

KLP’nin kökeni Batı tıbbındaki zihin-beden bütünleşmesine dayanır. 20. yüzyılın ilk yarısında yapılan çalışmalar beden ve ruh sağlığının birbirlerini karşılıklı olarak etkilediğini göstermiştir. Farklı kökten gelen psikiyatrinin tıp eğitimine katılması ABD’de 1867 yılında, Türkiye’de 1898 yılında gerçekleşmiştir. Bir genel hastanede psikiyatri servisi ilk kez 1902 yılında New York’ta açılmıştır. Liyezon psikiyatrisi terimi ilk kez 1939 yılında ABD’de Billings tarafından kullanılmıştır (Lipowski 1996).

1940’lar tüm dünyada psikosomatik hastalık kavramının yaygınlaştığı yıllar olmuştur. Bu kavram bazı bedensel hastalıkların psikolojik nedenlerden kaynaklandığı ön kabulüne dayanmaktadır (Kaplan 2005). Flanders Dunbar ve Franz Alexander gibi psikanalistler 1940’lı ve 1950’li yıllarda belirli fiziksel hastalıklara yol açan kişilik tiplerini ve psişik çatışmaları tanımlamışlardır. Bu ön kabule dayanarak dünyada psikosomatik servisleri açılmış, burada hastalara uzun dönemli psikodinamik tedaviler uygulanmaya başlamıştır. Hatta Almanca konuşulan ülkelerde günümüzde de varlığını sürdüren “psikosomatik ve psikoterapi” adlı bir uzmanlık dalı kurulmuştur. Kanıtı dayanmayan psikosomatik hastalık kavramı zaman içinde terk edilmiştir.

Bunun yerini DSM-5'te "diğer tıbbi durumları etkileyen psikolojik etmenler", ICD-11'de ise "başka yerde sınıflandırılan hastalıkları etkileyen psikolojik ve davranışsal etmenler" kategorileri almıştır (American Psychiatric Association 2013).

KLP kavramı ABD'den dünyaya yayılmıştır. KLP'nin ilk temel kitapları 1968-1975 döneminde ABD'de yayınlanmış, ilk KLP dergisi olan *Psychiatry in Medicine* 1970'te yayınlanmaya başlamıştır (Lipowski 1996). Bunu *Psychosomatic Medicine*, *Psychosomatics*, *General Hospital Psychiatry* gibi diğer dergiler izlemiştir. Yayınların varlığı araştırmaların artmasını sağlamış, fellowship ve rotasyon programları oluşturulmuştur. KLP'nin 2003 yılında ABD'de bir yan dal olarak kabul edilmesi *Academy of Psychosomatic Medicine*'in çabaları sonucunda gerçekleşmiş, bunun sonucunda yan dalın adı "Psikosomatik Tıp" olmuştur. Bu adlandırma tüm literatürde değişikliklere yol açmış, multidisipliner bir çalışma alanının psikiyatrinin tekeli altına alınmasına neden olmuştur. Buradaki uygunsuzluğu fark eden akademi 2018 yılında yan dalın adını yeniden KLP olarak değiştirmiş, kendi adını da "Academy of Consultation-Liaison Psychiatry" olarak değiştirmiştir (*Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*).

Türkiye'de 1960 yılından itibaren daha çok yurt dışında eğitim almış öğretim üyeleri psikosomatik kavramı ile ilgilenmeye başlamışlardır. Bu dönemde psikodinamik yaklaşım ön planda olmuştur. İlk KLP birimi 1989 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde Prof. Dr. Sedat Özkan tarafından kurulmuştur. Bunu Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki birimler izlemiş, daha sonra başka eğitim kurumlarında da yaygınlaşmıştır. İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı 1990'dan itibaren KLP Sempozyumları geleneğini başlatmış, Avrupa KLP ve Psikosomatik Kongresi 2005 yılında Türkiye'de yapılmıştır. Bir diğer gelişme, alanın 1997'de YÖK tarafından psikiyatri anabilim dalına bağlı bir bilim dalı olarak tescil edilmesi olmuştur. İlk bilim dalı İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinde kurulmuştur. Bunu izleyerek Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Ankara Tıp Fakültesi ve Ege Tıp Fakültesinde bilim dalları kurulmuştur (Cimilli 2015). Bir alanın gelişebilmesi için en önemli etken insan kaynaklarının bu alanda seferber edilmesidir. Çok sayıda

öğretim üyesinin bu alanda görevlendirildiği İstanbul Tıp Fakültesi, Ege Tıp Fakültesi, Ankara Tıp Fakültesi gibi klinikler alanın Türkiye’de gelişmesinde önemli rol oynamışlardır. Bir alanda çok sayıda uzman yetişmesi için alanın yan dal olarak tescil edilmesi gerekir. Bu süreç Sağlık Bakanlığı Tıpta Uzmanlık Kurulu’nun yetkisindedir. Yan dal kurulması süreci bugüne dek çeşitli nedenlerle gerçekleşmemiştir. Uzun bir aradan sonra bugün bu sempozyumda bir araya gelen uzmanlar olarak öncelikli hedefimizin bunun gerçekleşmesi için elimizden gelen çabayı göstermek olduğunu düşünüyorum.

Kaynaklar:

- Academy of Consultation-Liaison Psychiatry. ACLP Name. <https://www.clpsychiatry.org/about-aclp/aclp-name/> (erişim tarihi: 10.11.2024)
- American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Beşinci Baskı, Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- Cimilli C (2015) Türkiye Psikiyatri Derneği Açık Eğitim Destek Programı: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Tıp. <https://tpdegitim.psikiyatri.org.tr/ModuleVideo.aspx?presentation=171> (erişim tarihi: 10.11.2024)
- Kaplan HL (2005) History of psychosomatic medicine. Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. Baskı, Cilt 2, Sadock BJ, Sadock VA (Ed), Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, s. 2105-2112.
- Lipowski ZJ (1996) History of consultation liaison psychiatry. Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry, Rundell JR, Wise MG (Ed), Washington DC, American Psychiatric Press Inc, s. 2-11

KLP Uygulamalarında Hasta Muayenesi ve Ölçek Kullanımı

Prof. Dr. Ömer AYDEMİR

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Psikiyatrik tanı sistemleri psikiyatrik bozuklukların tanı koydurucu ölçütlerini belirledikten sonra dışlama amacıyla diğer tıbbi hastalıkları ve bunlar için kullanılan ilaç/maddeleri de değerlendirmeye sokar. Gündelik psikiyatri uygulamasında bu işlem sıradan gibi görünse bile, konsültasyon-liyezon psikiyatrisi (KLP) uygulamasında sürecin ana merkezini oluşturur. KLP uygulamasında tanısız değerlendirme süreci bozukluğun saptanması ve tanı konulması açısından zorlayıcıdır. Psikiyatrik bozuklukların ölçütlerinin ne şekilde uygulanacağı, hastanın hangi bakış açısıyla nasıl değerlendirileceği merak konusudur. Özellikle tıbbi hastalığı olanlarda depresyonun değerlendirilmesinden yola çıkılarak, KLP uygulamalarında psikiyatrik tanı süreci için model oluşturulmaya çalışılmıştır. Bu modele göre (1) kapsayıcı yaklaşım, (2) etiyolojik dışlayıcı yaklaşım ve (3) yerine koyma yaklaşımı değerlendirme sürecinde alternatif oluşturmaktadır. Kapsayıcı yaklaşımda hastada bulunan belirtilerin tümünü depresyon tanısı için dikkate alıp ölçütlere açısından kullanmak önerilen yöntemdir. Etiyolojik dışlayıcı yaklaşımda ise hastada depresyon ölçütleriyle ilişkili tüm belirtiler liste halinde belirlenip, bu belirtilerden ortaya çıkış itibarıyla tıbbi hastalığa atfedilebilecek olanlar dışlanarak depresyon tanısı için kullanılmaz. Yerine koyma yaklaşımında dışlayıcı yaklaşımdaki gibi tıbbi hastalıkla ilişkili olabilecek belirtiler ayırt edilip dışlanır ancak o belirtilerin yerlerine tıbbi hastalıkla ilişkili olamayacak başka belirtiler eklenir.

Diğer yandan herhangi bir tanı koymayı gerektirmeyen davranış veya duygulanım sorunları klinik açıdan öneme sahiptir ve hastanın tedavisini ve izlenmesini yürüten ilgili klinik tarafından belki de psikiyatrik tanıya göre çok daha işe yarar. Bu nedenle “formel” tanı koymanın yanı sıra hastalardaki psikolojik özellikleri formüle edip davranış örüntüsü bağlamında

değerlendiren “hastalık davranışı” örüntüleri de ihmal edilmemelidir. Aslında temel psikiyatrik bir tanı saptamak ve buna uygun tedavi düzenlemek kadar, klinisyenin KLP’den beklentisi, hasta – hekim ilişkisi ve hasta davranışı çerçevesinde hastanın davranışlarını formüle etmek ve öngörmektir. Klinik ortamda “araştırma ölçütleri” gözlem, düşünce ve yargı yerine geçmez. Ayrıca kronik bir tıbbi hastalığa yönelik ortaya çıkan uyum süreci de zaman zaman bir ruhsal bozukluk gibi değerlendirilebilir. KLP’de psikiyatrik tanı koyarken ve psikolojik değerlendirme yaparken hastayı biyopsikososyal bir bütünlük içinde değerlendirmek, psikiyatrik yönden tanı almayacak düzeyde olan psikiyatrik sorunları (anksiyete, depresyon, kendilik değerinde düşme, hipokondriyazis, demoralizasyon gibi) fark edebilmek, psikiyatrik bozuklukları veya belirtileri dışlama ölçütleri yönünden değil de kapsama ölçütleri çerçevesinde göz önüne almak (yani tanı dışlamak için bulunmayan belirtilere odaklanma stratejisini gütmemek ama onun yerine tanı koymak için varolan belirtileri kullanmak), hastalığı ve psikososyal sonuçlarını, yarattığı yeti yitimini bir bütün halinde değerlendirmek gereklidir.

Konsültasyon – Liyezon Psikiyatrisinde özellikle klinisyenlerin doğru ve uygun belirtileri seçip değerlendirerek tanıya gitmeleri düşük oranda olduğu için, çeşitli ölçeklerin kullanımı tanı sürecine kolaylaştırmak ve sadeleştirmek açısından önerilmektedir. Ayrıca yardımcı sağlık personelini ekibin içinde tutmak ve değerlendirmenin bir parçası haline getirmek için de ölçekler işe yaramaktadır. Tabii ki bu alanda araştırmaları arttırma gereksinimi de geçerli ve güvenilir ölçme yöntemleri ve araçlarını sisteme katmaktadır. Ayrıca iyi eğitilmiş klinisyenlerin uyguladıkları ölçeklerle psikiyatrik tanı kesinliği arttığı gibi, istenen psikiyatri konsültasyonu oranlarında da isabet oranı yükselmektedir. Sonuç olarak gündelik KLP uygulamasında ölçeklerin vazgeçilmez bir yeri bulunmaktadır. Anksiyete ve depresyon için en yaygın kullanılan ölçek Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği’dir ve özellikle bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonun değerlendirilmesi için geliştirilmiştir. Genel Sağlık Anketi ise genel psikopatoloji düzeyini saptamak için geliştirilmiştir. Birinci basamakta tarama amaçlı kullanılmaktaysa da, KLP uygulamalarında da yararlı olabilmektedir. Deliryum Derecelendirme Ölçeği klinik ortamlarda deliryumun saptanması ve izlenmesi için kullanışlı bir değerlendirme aracıdır. Ayrıca KLP uygulamalarında hastaların bakış

açısıyla hastalık yaşantılarını değerlendirmek de önemlidir ve yaşam kalitesi ölçekleri bu alanda çok kullanışlıdır. Daha geniş tanımıyla hasta tarafından bildirilen sonlanım ölçekleri (patient-reported outcome, PRO) KLP uygulamalarında hem araştırma hem de hasta formülasyonu açısından yararlı araçlardır.

Somatoform Bozukluklar

Prof. Dr. İsmet KIRPINAR

Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Bilinen herhangi bir medikal hastalık tanısı ile bağlantısı kurulamayan, yani muayene ve tetkikler sonucu organik bir nedenle açıklanamayan hasta yakınmaları için psikiyatri dışı genel tıpta; tıbbi olarak açıklanamayan (fiziksel) semptomlar, fonksiyonel (işlevsel) somatik (fiziksel) semptomlar veya sendromlar, psikojenik durumlar, idiyopatik semptomlar gibi terimler kullanılmaktadır.

Genel tıp hastalıkları ile açıklanamayan belirti ve bulguları içeren durumlar için psikiyatrik tanı ve sınıflandırma sistemlerinde ise Somatoform Bozukluklar (DSM-5: Somatik Belirti Bozuklukları) kategorisindeki ya da biraz bağlantılı başka tanılar (nevrasteni, konversiyon, disosiyatif bozukluklar) kullanılmaktadır.

Somatoform Bozukluklar tanıları birincil basamak veya diğer uzmanlık dallarınca ya hiç kullanılmamakta veya yanlış kullanılmaktadır. Bu yüzden DSM veya ICD tanı ölçütlerine göre yapılandırılmış ölçeklerle tanı konmuş Somatoform Bozukluklar tanıları genel tıbbi popülasyon kayıtlarında çok ender görülmektedir. ABD'nin Virjinya eyaletinde tıbbi yardım arayışında olan 1.2 milyon kişinin tıbbi kayıtlarının incelendiği bir çalışmada "somatoform bozukluklar" ana tanı kategorisindeki sekiz temel psikiyatrik tanının bu hasta popülasyonunun sadece %1-5'ini kapsadığı sonucuna varılmıştır (Levenson 2011). Oysa birinci basamak hekimlerine başvurularda medikal olarak açıklanamayan durumların sıklığının %15-30 üzerinde olduğu bildirilmektedir.

Somatoform bozukluk tanıları yerine tıbbi uzmanlık dalları ya depresyon, anksiyete gibi özgül olmayan tanılar veya fibromiyalji ya da huzursuz barsak sendromu gibi kendi isimlendirmelerini kullanmaktadırlar. Bu sonuncu tanılar genellikle Fonksiyonel Somatik Sendrom ana başlığı altında toplanmaktadırlar. "*Fonksiyonel somatik sendrom*" terimi; yeterli tıbbi değerlendirmeler sonucunda yapı veya fonksiyonların hastalığa özgü

(disease-specific), açıkça gösterilebilir anormalliklerinden çok semptomlar, yakınmalar ve yeti kayıpları ile belirgin çeşitli bağlantılı sendromları ifade eder (Barsky ve Borus 1999). Huzursuz (irritabl) barsak sendromu, non-ülser dispepsi, kronik pelvik ağrı, fibromiyalji, atipik veya non-kardiyak göğüs ağrısı, hiperventilasyon sendromu, kronik (postviral) halsizlik sendromu, gerilim tipi baş ağrısı, temporomandibular eklem disfonksiyonu, atipik yüz ağrısı v üzerine multipl kimyasal duyarlılık bu sendromlardan bazılarıdır. Bu sendromların her biri yüksek yaygınlık oranları göstermektedir. Danimarka'da yapılan bir çalışma yaklaşık 10 bin kişilik bir popülasyonun %16.3'ünün en az 1 FSS tanı ölçütlerini karşıladığını bildirmektedir (Petersen ve ark. 2020).

Çok sayıda çalışma, TOAB'le seyreden ve Fonksiyonel Somatik Sendrom çatısı altında birleşen hastalıkların birçok bakımdan örtüştüğünü göstermektedir. Örneğin, huzursuz barsak sendromu tanısı alan hastaların çoğu kronik pelvik ağrı veya fibromiyalji ölçütlerini de karşılamaktadır veya bunun tersi de geçerlidir. Bir çalışmada 58 fibromiyalji, 54 kronik yorgunluk, 43 huzursuz bağırsak sendromu ile 129 kardiyak olmayan göğüs ağrılı toplamda 284 FSS'li hastanın belirtileri yarı yapılandırılmış klinik görüşme ile incelenmiş ve söz konusu grupların belirtiler açısından birbiriyle uyuma oranı % 95 olarak tespit edilmiştir (Fink ve Schröder 2010). Bu hastalıklarda görülen belirtilerden o hastalık için çekirdek veya tanı koydurucu olduğu kabul edilenler bile örtüşmektedir. Aaron ve Buchwald (2001), FSS tanısı konmuş hastalarla yapılmış 53 çalışmayı gözen geçirdikleri yazılarında; Kronik Bitkinlik Sendromlu hastaların %35-70'inin aynı zamanda Fibromiyalji, %58-92'sinin IBS ve %53-67'sinin Multiple kimyasal duyarlılık tanılarını aldığını gösterdiler. Aynı şekilde Fibromiyalji tanısı alan hastaların da %75'i temporomandibüler bozukluk, %32-80'i IBS ve %55'i Multiple kimyasal duyarlılık tanısı almıştı.

Semptomlar ve tanısal ölçütlerdeki bu örtüşme, tanıların özelleşmiş kliniklerden alınan küçük, temsil edici niteliği düşük örneklerde ve uzlaşma ile geliştirilmiş olmasına bağlı olabilir. Hasta, mevcut belirtileri nedeniyle özelleşmiş bir servise gönderildiğinde çeşitli FSS'ler tıbbi uzmanlaşmanın bir artefaktı olarak karşımıza çıkıyor olabilir. Örneğin Fibromiyalji tanısı romatoloji kliniklerinde geliştirilmiştir.

Bedensel yakınmalara ek olarak ortaya çıkan en karakteristik özellikler, kadın cinsiyet baskınlığı) ile anksiyete ve depresyonla önemli ölçüde örtüşme göstermesidir. Anksiyete ve depresyon, organik olarak açıklanabilen hastalıklara göre anlamlı olarak fazladır ve bazı çalışmalarda %70 gibi oranlar kaydedilmektedir. Şimdiki veya geçmiş psikiyatrik öykü, çocukluk çağı travmaları, doktor-hasta ilişkisinin zorluğu gibi tipik özellikler somatoform bozukluklarda da görülen ortak özelliklerdir

Fonksiyonel somatik sendromlarda tedavi yöntemi, özel bazı ilaçlar dışında tercih edilen tedaviler ve tedavilere alınan cevaplar büyük benzerlikler gösterir. Psikiyatrik tedaviler, FSS idaresinde birinci dereceden sıklıkla kullanılan tedavilerdir. Başta SSRI'lar olmak üzere antidepresanların etkili olduğu gösterilmiştir. Ancak daha çok psikoterapiler ve özellikle Bilişsel Davranışçı Terapi üzerinde durulmaktadır.

Fonksiyonel somatik sendromlarla ilgili çalışmaların çoğu yüksek psikiyatrik komorbiditeye işaret etmekte, bazı yazarlar bu bozuklukların psikiyatrik durumlar olarak ele alınması gerektiğini öne sürmektedirler. Aslında bu durumların ruhsal bozukluk mu yoksa fiziksel hastalık mı kabul edilmesi gerektiği tartışması, beden-zihin düalizminin bir yansımasıdır. Psikosomatik bir düzlemde biyomedikal, organ yönelimli ve bilişsel-kişilerarası yaklaşımlar arasında kurulacak bir denge en uygun yol kabul edilmelidir. Fonksiyonel somatik sendromların psikiyatrik tanı ve sınıflama sistemlerine eklenmesi ise ayrıca tartışılması gereken bir konudur.

Kaynaklar:

- Aaron LA, Buchwald D (2001) A review of the evidence for overlap among unexplained clinical conditions. 1;134:868-81.
- Barsky AJ, Borus JF (1999) Functional somatic syndromes. Ann Intern Med 130: 910-921.
- Fink P, Schröder A (2010) One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. Journal of Psychosomatic Research 68(5): 415-426.
- Levenson JL (2011) The somatoform disorders: 6 characters in search of an author. Psychiatric Clinics of North America 34, 515-524.
- Petersen MW, Schröder A, Jorgensen T, Ornbol E, Dantoft TM, Eliassen M, Carstensen TW, Eplöv LF, Fink P (2020) Prevalence of functional somatic syndromes and

bodily distress syndrome in the Danish population: the DanFunD study. *Scand J Public Health* 48(5):567-576.

Psiko-Onkoloji ve Hastayla İletişim

Doç. Dr. Hayriye Dilek Hamurcu

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji
Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği*

Son 40 yılda kanser tedavilerinde değişiklik olsa da, hastaların emosyonları değişmemektedir. Kanser gibi yaşamı tehdit eden bir hastalık deneyimi, kişide duygusal, tıbbi, sosyal, manevi ve varoluşsal gereksinimleri gündeme getirmektedir (Holland ve Wiesel 2017). Kanser tanısıyla başlayan ve tedavisiyle devam eden süreç hastada belirgin sıkıntıya neden olmakta, hastanın beden imajında, psikolojik durumunda, gündelik hayatının işleyişinde, ilişkilerinde, kişisel ve sosyal rollerinde değişimler yaratarak destek gereksinimini artırmaktadır (Holland ve Wiesel 2015, Hamurcu 2021, Hamurcu 2022). Kanser bağlamında emosyonel distres, umutsuzluk, bağımlılık, kontrol kaybı, belirsizlik, gelecekle ilgili endişeler, başkalarına yük olma endişesi ve saygınlık kaybı gibi çok çeşitli duyguları içerebilir (Chochinov ve Campbell-Enns 2015). Kanserle yolculuğu daha tolere edilebilir hale getirmekte **psiko-onkolojinin katkıları** önem taşımaktadır (Holland ve Wiesel 2017). Psiko-onkoloji, kanser hastaları ve yakınlarının, onkoloji sağlık çalışanlarının, tanı konulma aşamasından itibaren, tüm tedavi süreci boyunca yaşayabilecekleri psikolojik, psikiyatrik, varoluşsal, manevi, sosyal ve etik sorunlarını tespit etmeye ve gidermeye çalışan, multidisipliner çalışmayı gerektiren bir tıp dalıdır (Bağ B 2012, Holland ve Wiesel 2015). Günümüzde kaliteli kanser bakımı, hastaların psikososyal ihtiyaçlarının rutin kanser bakımına entegre edilmesini gerektirmektedir (Holland ve Wiesel 2017). Bu anlamda, sağlık çalışanı ile hasta arasında kurulan iletişim büyük önem taşısa da iletişim becerilerinin öğrenilmesine yaklaşım genellikle daha az titiz ve hatta kayıtsız bir şekilde ele alınmaktadır. Bu alanda kanıta dayalı eğitimler yetersiz kalmakta, bu da klinisyenleri sezgiye, deneme-yanılma yöntemlerine ve en şanslı olanlar için örnek alınabilecek bir hasta başı yaklaşımına sahip rol modellere bağımlı bırakmaktadır. Zayıf iletişim becerilerinin, hasta acısını artırabileceği ve optimal tıbbi sonuçları

engellenebileceği konusunda hiçbir şüphe yoktur. Etkili iletişim kuramamak, güveni zedeleyebilir, hastaların hassas bilgileri paylaşmaktan kaçınmasına neden olabilir ve bakım hedeflerinin netleştirilmesini zorlaştırabilir. Bu durum, tıbbi hataların artma ihtimali, hasta ve aile memnuniyetsizliği ve hatta hukuki sorunlar gibi olumsuz sonuçlara yol açabilir. Dolayısıyla, iletişim ve iletişim becerilerinin eğitimi, daha fazla önem verilmesi gereken bir alan olup ciddi ve sistematik bir incelemeyi hak etmektedir (Chochinov ve Campbell-Enns 2015).

Kaynaklar:

- Bağ B. (2012) Psycho-Oncology, Psychosocial Problems and Measurement Methods. Current Approaches in Psychiatry 4: 449-64.
- Chochinov HM, Campbell-Enns (2015). Chapter 54: Healthcare Provider Communication, The Model of Optimal Therapeutic Effectiveness. Psycho-Oncology. 3rd ed., Holland JC, Breitbart WS, Butow PN, Jacobsen PB, Loscalzo MJ, Mc-Corkle R (Eds), New York: Oxford University Press, p.437-42.
- Hamurcu HD (2021). Meme kanseri hastalarında grup psikoterapisi uygulamaları. Psiko-onkoloji-Kanserli Hastaya Psikososyal Bakış. 1. Baskı. Çayköylü A, editör. Ankara: Türkiye Klinikleri, p.34-40.
- Hamurcu HD (2022). Bölüm 5: Psiko-onkoloji neden önemlidir? Psiko-onkoloji alanında kanser hasta ve yakınlarına öneriler. Sağlık profesyonellerinden kanserle yaşam rehberi, 1. Baskı. Gamze Akbulut, editör. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., p. 167-204.
- Holland JC, Wiesel TW (2015). Introduction: History of Psycho-Oncology. Psycho-Oncology. 3rd ed., Holland JC, Breitbart WS, Butow PN, Jacobsen PB, Loscalzo MJ, Mc-Corkle R (Eds), New York: Oxford University Press, p.xxv-xxxv.
- Holland, J.C., Wiesel, T.W. (2017). Principles Of Psycho-Oncology. Holland-Frei Cancer Medicine, Ninth Edition, R.C. Bast, C.M. Croce, W.N. Hait, W.K. Hong, D.W. Kufe, M. Piccart-Gebhart, R.E. Pollock, R.R. Weichselbaum, H. Wang, J.F. Holland (Eds), Johnwiley & Sons, Inc., p.531-6. Doi: 10.1002/9781119000822.Hfcm048.

Ankara Psikoönkoloji Derneği

Doç. Dr. Zeynep KOTAN

Serbest Hekim, Ankara

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan tam bir iyilik halidir (WHO 2019). Konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP) bu bütüncül sağlık anlayışını hayata geçiren disiplinlerden biridir. Psikoönkoloji, KLP'nin kanser hastalığı özelindeki bir uygulama alanı olarak düşünülebilir. Günümüzde kanser tanı ve tedavisinin büyük gelişmeler kaydetmesiyle birlikte kanserli hastalardaki ruhsal hastalıkları tanıma ve tedavi etme daha çok ilgi görmüş ve psikoönkoloji disiplini doğmuştur. Psikoönkoloji, kanserli hastalardaki ruhsal hastalıkların fenomenolojisi, önlenmesi ve tedavisi ile psikolojik faktörlerin kanserin başlangıç ve gidişindeki rolüyle ilgilenir (Sertöz ve Mete, 2006).

Günümüzde birçok kanser merkezi ve programı, hastayı biyopsikososyal bir varlık olarak ele alma gerekliliğinin giderek daha fazla farkına varmaktadır. Kanser hastalarının karşılaştığı zorluklar fiziksel ve psikososyal açıdan oldukça karmaşıktır. Büyük ölçekli araştırmalar, kanser hastalarının hastalık süreci boyunca, hayatta kalma dönemi de dahil olmak üzere, karşılaştıkları karmaşık duygusal yükü defalarca ortaya koymuştur. Ancak bu bulgulara rağmen, psikososyal hassasiyetlerin tanınması ve yönetilmesinin önemi ne yazık ki yeterince fark edilememiş ve ihtiyaç duyanların yalnızca azınlığına tedavi sunulabilmiştir. En büyük sıkıntıyı ise hizmete yeterince erişemeyen gruplar yaşamaktadır (Dunn ve ark. 2021). Psikososyal bakım, palyatif bakım alanında bir öncelik olarak kabul edilmiş olsa da, düşük ve orta gelirli ülkelerde psikososyal müdahalelerin tüm kanser sürecine entegrasyonu sınırlı kalmaktadır (Grassi ve Watson 2012). Hastaların ve ailelerin psikososyal ihtiyaçlarının karşılanması ve psikososyal sorunların tedavi kararları, tedaviye uyum, yaşam kalitesi ve hayatta kalma üzerinde olumsuz etkiler yaratmasını önlemek için uygun kanıt dayalı psikososyal bakım gereklidir.

Uluslararası Psiko-onkoloji Dernekleri Federasyonu tarafından yapılan 26 derneğin katıldığı bir çalışmada psiko-onkolojide başedilmesi gereken temel problemler şöyle belirlenmiştir: Kaynak ve finansman eksikliği, ulusal sağlık sistemi ile ilgili sorunlar, psiko-onkoloji alanında yayınlanan rehberlerin her ülkede uygulanmasında zorlukların yaşanması, psiko-onkolojinin (bakanlık düzeyinde) bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmemesi, küçük kasabalarda veya kırsal ve uzak bölgelerdeki kanser hastaları ve aileleri için psikososyal onkoloji hizmetlerinin eksikliği (psiko-onkoloji çoğunlukla uzmanlaşmış kanser merkezlerinde veya üniversite merkezlerinde aktiftir), bazı etnik azınlıkların bulunduğu çok ırklı ve çok kültürlü ülkelerde psiko-onkolojinin kendi dillerinde ve kültürlerinde sunulmasıyla ilgili problemler, psiko-onkolojide eğitim almış ruh sağlığı profesyonellerinin az sayıda olması ve ruh sağlığı sorunları hakkında stigma (Grassi ve Fujisawa 2016). Düşük ve orta gelirli ülkelerde, sağlık hizmetleri kaynak sorunları ve kültürel nedenlerden dolayı kanser teşhisinin iletilmesi hâlâ kaçınılan ya da ertelenen bir durum olabilmektedir (Shahidi 2010). Düşük ve orta gelirli ülkelerde psiko-onkoloji bakımını geliştirmedeki önemli bir zorluk da, yüksek gelirli sağlık sistemlerinde geliştirilen eğitim programlarını paylaşma ve bu programları, psikososyal bakım sunma kapasitesinin sınırlı olduğu bu ülkelere uyarlama istekliliğinde yatmaktadır. Birçok psikososyal programın kültürel faktörleri dikkate alacak şekilde değiştirilmesi gerekebilse de kanıt dayalı temel yöntemler uyarlanabilir ve böylece düşük ve orta gelirli ülkelerde maliyetli araştırma programlarının önüne geçilebilir (Quaseem ve ark. 2012).

Türkiye’de psiko-onkoloji, son yıllarda giderek daha fazla tanınan ve önemsenen bir alan haline gelmiştir, ancak hala geliştirilmesi gereken birçok yön bulunmaktadır. Kanser tedavisinde biyolojik ve fiziksel yaklaşımlar ön planda olmasına rağmen, psikososyal destek ve psiko-onkoloji uygulamaları genellikle daha az yaygındır (Yıldırım ve ark. 2018). Türkiye’nin de yer aldığı 29 ülkede psikososyal hizmetlere erişimin incelendiği bir çalışmaya göre psikososyal onkolojinin son on yılda büyüdüğü, ancak özellikle gelişmekte olan ülkelere, ya yerleşik olmadığı, tam olarak kurulmamış olduğu veya onkolojik bakımın ayrılmaz bir parçası olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Grassi ve Watson 2012).

Onkolojideki tüm sağlık hizmeti sağlayıcıları için (cerrahlar, onkologlar, radyoterapistler, aile hekimleri ve hemşireler dahil) psiko-onkolojiye dair temel bilgi ve beceri eğitimini kapsayan bir çekirdek müfredat gereklidir. Bu müfredat, kanser tedavi süreci boyunca hastaların yaşadığı deneyimleri bilmeyi, yetişkin ve pediatrik popülasyonlara kanser teşhisi ve prognozunun nasıl iletileceğini, psikososyal stres taramasının nasıl yapılacağını ve psikososyal desteğe ihtiyacı olan hastaların uygun şekilde yönetilmesi ve yönlendirilmesi gibi konuları içermelidir. Onkoloji alanında çalışan hemşireler, psikiyatristler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları ve gönüllü toplum destekçileri için ise psiko-onkoloji konusunda daha fazla uzmanlaşmış eğitimler gereklidir (Dunn ve ark. 2021). Kanser tedavisine çok seviyeli bir psikososyal yaklaşımın entegrasyonu, kanserin temel psikolojik boyutlarını en iyi şekilde ele almak için önemli olacaktır. Bu boyutlar Holland tarafından psikososyal boyut (hastalığın her aşamasında hastaların, ailelerinin ve bakımverenlerin duygusal yanıtları) ve psikobiyolojik boyut (kanserin mortalite ve morbiditesini etkileyebilecek psikolojik, sosyal ve davranışsal faktörler) olarak tanımlanmıştır (Holland 2018). Ruh sağlığı göz önüne alınmadan, psikososyal onkolojiye özel bir yatırım yapmadan kanser bakımını organize etmek mümkün değildir.

Tüm bu bilgilerin ışığında ülkemizde psiko-onkoloji alanındaki uygulamaların sayısı artmış olsa da gerek toplumsal farkındalık, gerekse onkoloji alanında çalışan ekiplerin bu konudaki bilgi ve donanımlarında eksiklikler olduğunu fark ederek bu alana katkı sağlamak isteyen bir avuç gönüllü olarak 2022 Eylül'de Ankara Psiko-onkoloji Derneği'ni kurduk. Derneğimizin kurulmasındaki ana amaç yurdumuzda çeşitli devlet ve özel sağlık kuruluşlarında onkoloji alanında çalışan ya da çalışmaya istekli hekim, hemşire, psikolog, sosyal çalışmacı, diyetisyen ve fizyoterapist gibi sağlık çalışanlarını sosyal ve bilimsel bir çatı altında toplayarak onları psiko-onkoloji (kanser psikolojisi) alanında bilgilendirmek; bu alandaki eğitim ve gelişimlerini desteklemektir. Ayrıca kanser tanısı almış, tedavi sürecinde olan ya da tedavisi tamamlanan ve kontrol sürecinde olan kanser hastalarına ve bu hastaların yakınlarına yönelik eğitimler (konferans, sempozyum, kongre, sunum, psikodrama, vb.) düzenlemek, psikiyatrik ve psikolojik destek olanakları sağlamak isteğindediriz. Toplumunu kanserde

yaşanan psikolojik sorunlar ve psikolojik desteğin önemi hakkında bilinçlendirici, bilgilendirici, aydınlatıcı ve uyarıcı faaliyetlerde bulunmak bir diğer amacımız. Ülkemizde onkoloji alanında çalışan diğer kuruluşlar, dernekler ve vakıflarla iş birliği ve iletişim içerisinde bulunarak ulusal ve uluslararası standardizasyon ve sertifikasyonu sağlamaktan yanayız. Bu temel amaçlarımızı ve tüzüğümüzde belirtilen diğer amaçlarımızı gerçekleştirmek için derneğimiz bünyesinde alt birimler kurarak ilerlemek istiyoruz. Henüz çok taze bir oluşum olarak belki şu ana kadar yapabildiklerimiz sınırlı ancak bizimle çalışmak ve işbirliği yapmak isteyen gönüllüler arttıkça gün geçtikçe sınırları aşabilme dileğindedyiz.

Kaynaklar:

- Dunn J, Henry M, Watson M (2021) Emerging International Directions for Psychosocial Care: Perspectives from Asia and Low-Middle-Income Countries. Psycho-oncology, Breitbart W, Butow P, Jacobsen P, Lam W, Lazenby M, Loscalzo M (Eds.). (2021),Oxford University Press, s. 804.
- Dunn J, Henry M, Watson M (2021) Emerging International Directions for Psychosocial Care: Perspectives from Asia and Low-Middle-Income Countries. Psycho-oncology, Breitbart W, Butow P, Jacobsen P, Lam W, Lazenby M, Loscalzo M (Eds.). (2021),Oxford University Press, s. 815.
- Grassi L, Watson M. Psychosocial care in cancer: an overview of psychosocial programmes and national cancer plans of countries within the International Federation of Psycho- Oncology Societies. Psycho-Oncology 2012;21(10):1027–33.
- Grassi L, Fujisawa D, Odyio P, Asuzu C, Ashley L, Bultz B, et al. Disparities in psychosocial cancer care: a report from the International Federation of Psycho-oncology Societies. Psychooncology 2016;25(10):1127-36.
- Holland JC. Psycho- oncology: overview, obstacles and opportunities. Psycho-Oncology 2018;27:1364–1376.)
- Kocaman Yıldırım N, Özkan M, Terakye G, Özkan S. Psiko-onkoloji/Psikososyal Onkoloji Hizmetinin Gelişimi. Kocaman Yıldırım N, editör. Psiko-onkoloji. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p.1-8.
- Sertöz ÖÖ, Mete HE (2006). Psiko-onkoloji. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences, 2(47), 14-22.
- Shahidi J. Not telling the truth: circumstances leading to conceal ment of diagnosis and prognosis from cancer patients. European Journal of Cancer Care

2010;19:589-93.

Qaseem A, Forland F, Macbeth F, Ollenschlager G, Phillips S, van der Wees P.

Guidelines International Network: toward international standards for clinical practice guidelines. *Annals of Internal Medicine* 2012;156(7):525-31.

World Health Organization. Constitution. 2019. Retrieved October 2, 2019, from <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>)

Transplantasyon Psikiyatrisi

Doç. Dr. Berker DUMAN

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, KLP Bilim Dalı

Organ nakli uygulamaları ilk kez 1950’li yıllarda başlamışsa da, 1980’lere kadar nadir yapılan tıbbi uygulamalar arasında yer almıştır. Takiben özellikle immünsüpresif tedavilerin gelişmesiyle ilerleme göstermiş ve günümüzde çoğu merkezde yapılabilen rutin uygulamalar arasına girmiştir. Öte yandan, organ nakli bekleyen hasta sayısının çok, organ bağışlarının az olması nedeniyle nakil için en uygun adayların saptanmasına yönelik yoğun bir çaba harcanmaktadır. Böbrek ve karaciğer nakillerinde canlı vericiden nakiller de önemli bir seçenek haline gelmiştir (Surman ve Prager 2010).

Organ nakil ekiplerinde yer alan transplant psikiyatristlerinin ve KLP ekiplerinin çok yönlü görevleri vardır. Hasta seçimi, verici değerlendirme, nakil öncesindeki psikolojik süreçlerin ele alınması, nakil öncesi ve sonrasında psikiyatrik belirtilerin ve hastalıkların yönetimi bunlar arasında sayılabilir. Hasta seçim ölçütleri, merkezler arasında bazı farklılıklar gösterse de psikiyatrik açıdan en sık tanımlanan kontrendikasyonlar arasında; demans, orta-ağır entelektüel yetersizlikler, aktif psikoz tablosu, aktif alkol/madde kullanım sorunları, ağır depresyon belirtileri, çok sayıda intihar girişiminin bulunması, tedavi uyumunu etkileyecek ağır kişilik bozuklukları sayılabilir. Hasta seçiminde standart psikiyatrik değerlendirmenin yanı sıra psikolojik değerlendirme ve standart kendi bildirim ölçeklerinden yararlanılabilir. Nakil için uygunluk kararı organ nakil konseyinde verilen bir ekip kararı olduğundan, hasta seçiminde olası riskler her yönüyle ele alınmalıdır.

Nakil öncesinde, organ nakil adayı bekleme listesine giren hastalar için psikolojik yönden de oldukça stresli bir dönemdir. Bu dönemde yoğun anksiyete, uzayan bekleme süreleri, kendi yaşamları üzerindeki kontrol hissini kaybolması gibi zorlayıcı durumlar söz konusu olabilir (Kalra ve Desousa 2011).

Nakil sonrasında, ilk günlerde organ yetmezliğine bağlı belirtilerde azalma olacağından, nöropsikiyatrik yönden olumlu değişimler gözlenebilir. Buna

karşın, yine bu dönemde deliryum tablosu söz konusu olabilir. Deliryum en sık; operasyon komplikasyonları, ilaç toksisitesi, ilaç-ilaç etkileşimleri, metabolik ya da nörolojik komplikasyonlar, enfeksiyon, alkol/madde yoksunluğu, vitamin eksiklikleri, endokrin ve hematolojik bozukluklar sonucunda ortaya çıkabilir. İlerleyen dönemde uyku bozuklukları, anksiyete ve depresyon en sık bildirilen psikiyatrik rahatsızlıklardır (Surman ve ark. 2009).

Canlı vericinin değerlendirilmesinde, standart psikiyatrik değerlendirme ile birlikte; bağışın nedenleri, verici/alıcı arasındaki ilişki, süreç hakkındaki bilgi düzeyi, motivasyon, baskı/ maddi çıkar varlığı, sosyal destek sistemleri, stresle başa çıkma mekanizmaları, ekonomik konular gibi psikososyal özellikler de çok iyi ele alınmalıdır. Canlı verici adaylarının seçiminde, az sayıda ölçek mevcuttur. Bu bağlamda Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan 'Canlı Verici Değerlendirme Ölçeği' yararlı olabilir (Duman ve ark. 2018).

Kaynaklar:

- Duman B, Herdi O, Sayar-Akaslan D ve ark. (2020) Live Donor Assessment Tool: a Turkish Validity and Reliability Study. *Turk J Gastroenterol.* 31 (12): 917-922.
- Duman B, Kumbasar H (2019) Transplantasyon psikiyatrisi. *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi.* Elbi H, Cimilli C, Önen Sertöz Ö, Karşıdağ Ç, Sözeri Varma G (Ed) Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları s. 257-266.
- Kalra G, Desousa A (2011) Psychiatric aspects of organ transplantation. *Int J Organ Transplant Med* 2:9-19.
- Surman OS, Prager LM (2010) Organ Failure and Transplantation. *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry.* Stern TA, Fricchione GL, Cassem NH, Jellinek MS, Rosenbaum JF (Ed) Philadelphia, PA, Saunders Elsevier, s. 337-351.

Nöropsikiyatri

Doçent Dr. M. İrem YILDIZ

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı (KLP Birimi) Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi alanında nöropsikiyatrik belirtilerle seyreden hastalıklar giderek daha fazla yer tutmaktadır. Nöropsikiyatri beyin/zihin ilişkisinin daha iyi anlaşılmasını sağlamak üzere tüm dünyada giderek kabul gören, büyüyen ve kapsamı genişleyen bir akademik ve klinik çalışma alanıdır. Birincil psikiyatrik hastalıkların yanı sıra bilişsel bozukluklar, duyu ve davranış sorunları ile seyreden nörolojik hastalıklar ile ilişkili beyin devrelerinin aydınlatılmasını hedefler. Temel amaç ise bu bozukluklar ile yaşayan bireylerin tanı ve tedavi süreçlerinin daha etkin bir biçimde yürütülmesinin sağlanmasıdır.

Nöropsikiyatri duyu, düşünce ve davranışlarla ilgili hastalık belirtilerini, nörobiyolojik etkenler ile sosyal, psikolojik etkenlerin etkileşimiyle ortaya çıkan, psikiyatri ve nöroloji disiplinlerinin klinik uygulama ve araştırma alanlarının kesişim kümesinde bulunan durumlar olarak ele almaktadır. Beden-zihin ikiliğini de ortadan kaldıran bu anlayış nörobiyoloji, nöropsikoloji, davranış nörolojisi alanlarını bir araya getirerek otizm, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve Tourette bozukluğu gibi hastalıkları ele alabilmek için işlevsel olabildiği gibi nörolojik belirtilerin ruhsal ve davranışsal belirtilerle bir arada seyrettiği tüm durumlar için de işlerliğe sahiptir.

Nöroloji ve Psikiyatri disiplinleri uzun süredir aralarında yeterli işbirliği olmaksızın spesifik belirtileri tanısı ve tedavisiyle ilgilenmektedirler. Nöroloji motor ve duyu işlevlere odaklanırken, psikiyatri davranış, ruhsal durum, düşünce ve duygulanımla ilgilidir. Merkeze doğru ilerleyen nöropsikiyatri alanı/anlayışı iki disiplinin kesişiminde bulunan algı, bellek, uyanıklık ve dikkat, dil ve konuşma, zeka, biliş ve motivasyon gibi işlevlerin bozukluğu ile ilgilenir.

Nörolojik hastalıklarla ilişkili psikiyatrik bozukluklar/belirtilere yaklaşımla ilgili klinik uygulamaların konsültasyon liyezon psikiyatrisi uygulamalarında nörologlarla işbirliği içinde sürdürülmesi ruhsal ve davranışsal belirtilerin ön planda olduğu ya da başlangıç belirtisi olduğu durumlarda ilgili hastalığın tanısının erken dönemde konuşmasını ve tedavinin etkin bir biçimde planlanmasını ve yürütülmesini sağlayacaktır. Klinik uygulamalar yanında hastalıkların fizyopatolojisi ve tedavileriyle ilgili bilimsel araştırmaların da ilgili disiplinlerin işbirliği ile sürdürülmesi de gerekmektedir. Nöropsikiyatrik Hastalıklar beyin hasarı, nörodejeneratif hastalıklar, hareket bozuklukları, merkezi sinir sisteminin otoimmün hastalıkları epilepsi, toksik-metabolojik ensefalopatiler, nörogelişimsel bozuklukları ve fonksiyonel nörolojik bozuklukları kapsamaktadır. Nörolojik hastalıklara verilen ruhsal tepkiler de nöropsikiyatrinin çalışma alanı içinde yer alır ve ilgili branşların işbirliğini gerektirir.

Kaynaklar:

- Sachdev PS, Mohan A. Neuropsychiatry: where are we and where do we go from here? *Mens Sana Monogr.* 2013 Jan;11:4-15.
- Trapp NT, Martyna MR, Siddiqi SH, Bajestan SN. The Neuropsychiatric Approach to the Assessment of Patients in Neurology. *Semin Neurol.* 2022 Apr;4:88-106.
- Peters ME, Roy D, Lyketsos CG. Complimentary Subspecialties: Consultation-Liaison Psychiatry and Neuropsychiatry. *J Acad Consult Liaison Psychiatry.* 2022 Mar-Apr;63:107-109.

Gastrointestinal Sistem Hastalıkları

Doç. Dr. Özlem KUMAN TUNÇEL

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, KLP Bilim Dalı

Gastroenteroloji ve psikiyatrinin kesişiminde “Bağırsak-Beyin Etkileşimi Bozuklukları” (Fonksiyonel Gastrointestinal Bozukluklar-FGB) yer almaktadır. Çevresel, psikolojik ve biyolojik etkenlerin birbirleriyle karşılıklı etkileşimi sonucunda FGB’ler ortaya çıkmakta ve süregelenleşmektedir. Bu nedenler FGB’lerin tedavisinde de tüm bu faktörlerin göz önünde bulundurulması dolayısıyla da psikiyatristlerin tedavi ekibinde yer alması gerekmektedir. FGB’ler biyopsikososyal model içinde değerlendirildiğinde çocukluk dönemindeki çevre - ebeveyn davranışları ve inançları, sosyal destek, sosyal öğrenme, kültür, maruz kalınan ihmal ve istismar durumu, yaşanan travmalar, geçirilen infeksiyonlar, felaketeleştirme gibi psikolojik faktörler, santral sinir sisteminin yapısal ve işlevsel durumu, bağırsak geçirgenliği, motilite, bağırsak florası ve inflamasyon gibi pek çok faktör birbiri ile etkileşmektedir. Genetik ve çevresel faktörler hem psikiyatrik durum üzerine hem de bağırsak fizyolojisi üzerine etkilidir. Psikiyatrik durum ile bağırsak fizyolojisi arasında da otonomik sinir sistemi ve hipotalamo-pituitar-adrenal aks aracılığıyla iki yönlü ilişki mevcuttur. Bu kompleks ilişki sonucunda FGB’lerin semptom içeriğini ve şiddetini içerek klinik görünümü ortaya çıkmaktadır. Hastaların tanı sürecinin geciktirilmemesi tedavi sürecini kolaylaştıracaktır. Bunu gerçekleştirebilmesi için hastanın tekrarlayan gereksiz tetkiklerden uzak tutulması, tanı ile ilgili müphem hastanın daha çok kafasının karışmasına neden olacak, anksiyetesini arttıracak ifadelerden uzak durarak tanısının açıklanması gereklidir. İlgili branşlardan hastaların psikiyatri hekimlerine uygun bir şekilde yönlendirilmesi ve sonrasında kurulan terapötik işbirliği tedavinin temelini oluşturmaktadır. Diğer branşlardaki hekimlerin “senin hiçbir şeyin yok”, “uyduruyorsun” “senin bizimle işin yok, psikiyatrye git” gibi sözleri hastaların hastalığını daha da pekiştiren doktor doktor gezmelerine ve psikiyatrye gelmeden psikiyatri bölümü ile ilişkiye olumsuz bir başlangıç

yapmasına neden olmaktadır. İlk görüşmede hastaya belirtilerinin gerçek olduğunu kabul ettiğimizi hissettirmek ve yaşadığı zorlukları anladığımıza yönelik geribildirim vermek önemlidir.

Hastalar ile güvenli terapötik ilişki kurulduktan sonra psikososyal değerlendirme derinleştirilmelidir. Zaman içinde hasta bedensel belirtilerle psikososyal etkenler arasındaki ilişkiyi kurmaya teşvik edilmelidir. Hastaların tedavisinde bilişsel davranışçı yöntemler ile birlikte farmakoterapi kullanılabilir. Felaketleştirme, gastrointestinal anksiyete, hipervijilans ve durum ile uygunsuz davranışların saptanması görüşmeler sırasında çalışılması gereken konu başlıklarındandır.

Kaynaklar:

- Feingold JH, Drossman DA. Deconstructing stigma as a barrier to treating DGBI: Lessons for clinicians. *Neurogastroenterol Motil.* 2021;33(2):e14080.
- Van Oudenhove L, Crowell MD, Drossman DA ve ark. (2016) Biopsychosocial Aspects of Functional Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology* 150:1355–1367

Kardiyolojik Hastalıklarda KLP Uygulamaları

Doç. Dr. Dursun Hakan DELİBAŞ

Serbest Hekim, İzmir

Kardiyolojik hastalıklar, günümüzde dünya genelinde önemli bir sağlık sorunu oluşturmaktadır. Bu hastalıkların tedavisi, genellikle farmakolojik ve cerrahi yaklaşımlar üzerine yoğunlaşmakla birlikte, hastaların psikolojik durumları da tedavi sürecinin önemli bir parçasıdır (Fritzsche 2017). Psikiyatri, kardiyoloji ile entegrasyon sağlanarak hastaların tedavi süreçlerine destek olabilir. Bu sunumda, Kardiyolojik Hastalıklarda Konsültasyon Liyezon Psikiyatri (KLP) uygulamalarının önemine ve bu alandaki güncel gelişmelere odaklanılacaktır.

Kardiyolojik hastalıklar, sadece fizyolojik değil, aynı zamanda psikolojik açıdan da önemli etkiler yaratmaktadır. Depresyon, anksiyete, stres ve uyku bozuklukları gibi psikolojik semptomlar, kardiyolojik hastaların tedavi süreçlerinde sıklıkla karşılaşılan durumlardır (Xie ve ark. 2018). Bu bağlamda, KLP uygulamaları, hastaların psikolojik durumlarını yönetmek, tedaviye uyumlarını artırmak ve tedavi sürecinin etkinliğini güçlendirmek için önemli bir rol oynamaktadır.

Sunumda, KLP'nin kardiyolojik hastalıklarla birlikte nasıl entegre edilebileceği üzerinde durulacaktır. Kardiyologlar ve psikiyatristler arasındaki işbirliği, hastaların hem fiziksel hem de psikolojik iyileşme süreçlerini optimize etmektedir. KLP'nin terapötik yaklaşımları, kardiyolojik tedaviye entegre ederek hastaların yaşam kalitelerini artırmaktadır (Lebedeva ve ark. 2017).

KLP uygulamalarının bir diğer önemli yönü, dijital sağlık araçları ve teknolojilerinin kullanımına olanak tanımasıdır. Son yıllarda, kardiyolojik hastalıkların tedavisinde dijital platformlar üzerinden sunulan psikolojik destek, tedavi süreçlerinin etkinliğini artırmıştır. Online terapiler ve mobil uygulamalar, hastaların psikolojik iyileşme süreçlerini izlemek ve yönetmek adına önemli bir araç haline gelmiştir.

Ayrıca, sunumda kardiyolojik hastaların tedavisinde KLP uygulamalarının potansiyelini daha da artırabilmek adına yeni araştırma alanlarına ve entegrasyon stratejilerine de değinilecektir. KLP, sadece kardiyolojik tedaviye uyum sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda hastaların yaşam kalitesini iyileştirerek uzun dönemli sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkilemektedir.

Sonuç olarak, kardiyolojik hastalıkların tedavisinde psikiyatri ve kardiyoloji alanlarının işbirliği, tedavi süreçlerinde yeni bir yaklaşım sunmaktadır. KLP uygulamaları, hastaların hem fiziksel hem de psikolojik iyileşmesini sağlayarak sağlık hizmetlerinin daha bütüncül bir şekilde sunulmasına katkıda bulunmaktadır.

Kaynaklar:

- Fritzsche, K. (2017). Psychosomatic liaison service in cardiology. *Heart and Mind*, 1, 65 - 70. https://doi.org/10.4103/hm.hm_17_17.
- Lebedeva, V., Pavlova, O., & Yurovskaya, E. (2017). To the question of the role of consultation liaison psychiatry in diagnostics of psychosomatic disorders. *European Psychiatry*, 41, S315 - S316. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.02.227>.
- Xie, Z., Zheng, M., & Shi, X. (2018). Consultation-liaison psychiatry service to the patients from cardiovascular department in a tertiary general hospital in 2016. , 51, 163-168. <https://doi.org/10.3760/CMA.J.ISSN.1006-7884.2018.03.002>.

HIV ve Psikiyatri

Doç Dr. Ömer YANARTAŞ

*Marmara Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Konsültasyon Liyazon
Psikiyatrisi*

HIV (Human Immunodeficiency Virus), küresel ölçekte önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir ve günümüze kadar yaklaşık 42,3 milyon kişinin yaşamını yitirmesine neden olmuştur (Anonymous, 2024). Gelişmiş Antiretroviral Tedavi (ART) stratejileri sayesinde HIV enfeksiyonu, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir duruma evrilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2025 yılına kadar HIV tanısı almış bireylerin %95'inin teşhis edilmesini, teşhis edilen bireylerin %95'ine ART başlanmasını ve ART uygulanan bireylerin %95'inde viral yükün baskılanmasını hedeflemektedir (Anonymous, 2024). Bu hedeflerin gerçekleştirilmesi, HIV ile ilişkili morbidite ve mortalite oranlarının azaltılması açısından kritik öneme sahiptir.

HIV enfeksiyonuna sahip bireylerde yalnızca fiziksel sağlık değil, aynı zamanda psikososyal sağlık da büyük ölçüde etkilenmektedir. HIV tanısı almış bireyler, damgalanma, ayrımcılık, sosyal izolasyon ve aile içi çatışmalar gibi çeşitli psikososyal sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Bununla birlikte, HIV enfeksiyonu, majör depresif bozukluk, demoralizasyon sendromu, deliryum, HIV ilişkili nörobilişsel bozukluklar (hafif bilişsel bozukluk, demans), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozuklukları gibi birçok psikiyatrik bozuklukla ilişkilendirilmektedir. HIV'in, subkortikal beyin bölgelerinde doğrudan hasara yol açarak nörobiyolojik mekanizmalar üzerinden depresyon gelişimine zemin hazırladığı bildirilmektedir (Swinkels et al., 2024). Ayrıca, efavirenz gibi antiretroviral ilaçların kullanımının intihar davranışı riskini artırabileceğine dair kanıtlar bulunmaktadır (Baz et al., 2016).

Psikiyatrik bozuklukların HIV enfeksiyonunun klinik seyri üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Örneğin, HIV tanısı ile birlikte majör depresif bozukluk eş tanısı alan bireylerde tedaviye uyumsuzluk, tıbbi randevuların

aksatılması ve sağlık çalışanlarıyla etkili bir terapötik ilişki kuramama gibi sorunlar sıklıkla gözlemlenmektedir. Bu durumlar, HIV enfeksiyonunun ilerlemesine, bulaşma riskinin artmasına, yaşam kalitesinin azalmasına ve mortalite oranlarının yükselmesine neden olabilmektedir. Bununla birlikte, depresyon eş tanısının etkin bir şekilde yönetilmesi, bu olumsuz etkilerin büyük ölçüde azaltılmasını sağlayabilmektedir (Baz et al., 2016).

HIV ilişkili nörobilişsel bozukluklarda ise yürütücü işlevler, bellek, dikkat, işlem hızı ve çok yönlülük gibi bilişsel alanlar olumsuz etkilenebilmektedir. Ancak, modern ART protokollerinin uygulanmasıyla, AIDS ile ilişkili demans ve mani gibi ağır psikiyatrik tablolara artık nadiren rastlanmaktadır (Swinkels et al., 2024).

Sunumun amacı, HIV/AIDS ile ilişkili olarak sık gözlemlenen psikososyal ve psikiyatrik sorunları tanımlamak, bu sorunların hastalığın seyri üzerindeki etkilerini ortaya koymak ve HIV ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki iki yönlü karmaşık etkileşimi irdelemektir. Ayrıca, HIV ile ilişkili psikiyatrik bozukluklara yönelik güncel tedavi yaklaşımlarını tartışarak alandaki bilgi birikimine katkı sunmayı hedeflenmektedir.

Kaynaklar:

- Baz, F., Yanartas, O., Senkal, Z., Gündüz, A., & Topcuoglu, V. (2016). Suicidal Behaviours During Efavirenz Treatment in HIV Positive Patients. *Psychiatry and Behavioral Sciences*, 6(1), 45.
- HIV and AIDS. (2024, July 22). Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Swinkels, H. M., Justiz Vaillant, A. A., Nguyen, A. D., & Gulick, P. G. (2024). HIV and AIDS [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. PMID: 30521281.

Geriatrik Popülasyonda KLP

Prof. Dr. Özlem ERDEN AKİ

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Yaşlılık dönemi, genellikle 65 yaş üzerini kapsadığı varsayılan bir dönemdir. Uzayan yaşam süresi ve artan yaşlı nüfusla birlikte, konsültasyon ve liyezon uygulamalarında yaşlı bireylere daha sık rastlanmaktadır. İlerleyen yaşla bedensel hastalık riski artmakta, sıklıkla yaşlı hastalara tedavi düzenlenmesi gerekmektedir. Yaşlılığın kendine has özellikleri nedeniyle yaşlı bireylere yaklaşımda dikkat edilmesi gereken farklı hususlar mevcuttur. Yaşın ilerlemesi ile birlikte bedensel ve zihinsel işlevlerde yaşa özgü değişiklikler görülmektedir. Bu nedenle ileri yaşlarda bedensel hastalıkların semptomatolojisi, bunların zihinsel işlevlere etkisi, psikiyatrik hastalıkların görünümü, hastalıkların etkisi ve seyri değişebilmektedir. İlerleyen yaşla birlikte ortaya çıkan bedensel hastalıklarda, hastalığın getirdiği stres ve yükler nedeniyle psikiyatrik belirtiler hastalığa sıklıkla eşlik etmekte, tanının gecikmesine yol açmakta, prognozu kötüleştirmektedir. Yine eşlik eden psikiyatrik sorunlar kişilerin tedaviye uyumunu bozabilmekte ve tedavi seçimini etkilemektedir. Bu etkenlerin yanısıra geriatrik popülasyonda tedavi seçeneklerini değerlendirirken tedavinin organ ve sistemlere etkisi, ilaç etkileşimleri, yan etkilerin şiddeti gibi konular daha fazla önem kazanmaktadır.

Psikiyatrik hastalıkların belli başlı ortaya çıkış ve ilk başlangıç paternleri vardır, örneğin şizofreni genellikle genç erişkinlikte başlar, benzer şekilde pek çok psikiyatrik hastalık tipik olarak erken yaşlarda başlar, ya gidış özelliklerine göre ileri yaşlara taşınır veya remisyona girer. Tipik olarak erken yaşlarda başladığı bilinen bir psikiyatrik hastalığın, ilk kez ileri yaşta ortaya çıkması atipik bir durum olarak kabul edilir. Bu durumda öncelikle bu rahatsızlığın ikincil bir durum olup olmadığının araştırılması gerekmektedir. Yine yaşlılıkta pek çok psikiyatrik belirti, bir başka bedensel ya da psikiyatrik rahatsızlığın bir bileşeni ya da ilk belirtisi olarak ortaya çıkabilir. Örneğin ilk kez ileri yaşta ortaya çıkan psikotik belirtiler deliryum tablosunun bir

bileşeni olabilir, ilk defa yaşlılıkta görülen depresyon, vasküler nedenlere bağlı bir bilişsel bozukluğun habercisi olabilir.

Yaşlılık dönemiyle ilgili farklı bir durum da psikiyatrik hastalıkların bedensel hastalık gibi belirti vermesi ve psikiyatrik rahatsızlığın tanısının atlanmasıdır. Somatik yakınmalarla, fizyolojik belirtilerle başvuran bir yaşlı bireyde, diğer belirtiler sorgulanmazsa, tüm bu belirtilerin nedeni olabilecek depresyon kolaylıkla gözden kaçabilir ve tedavisiz kalır, yakınmalarına yönelik pek çok tetkik ve tedavi yöntemi uygulanması ile bireyler bunların olumsuz etkilerine maruz kalıp maddi ve manevi kayba uğrayabilir.

Sonuç olarak, geriatrik alanda çalışırken, yaşlı bireylerde bedensel hastalıkların ve psikiyatrik hastalıkların farklı semptomatolojileri, her iki kümenin ortak kesişim noktaları, yaşlı bireydeki fizyolojik değişimler, çoklu hastalık, çoklu ilaç kullanımı ve ilaç etkileşimleri iyi bilinmeli, farklı tanı kriterlerinin geçerli olabileceği unutulmamalı ve daima kapsamlı değerlendirme yapılmalıdır.

Kaynaklar:

- Blazer DG, Steffens DC, Busse EW (Eds.). The American Psychiatric Publishing Textbook of Geriatric Psychiatry, (3rd ed). Arlington: American Psychiatric Publishing Inc., 2004.
- Sadavoy J, Jarvik LE, Grossberg GE, Meyers BS. (Eds.). Comprehensive Textbook of Geriatric Psychiatry (3rd ed.). New York: American Association for Geriatric Psychiatry, 2004.
- T. C. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı Tedavi Rehberi, Ankara, 2010.

Gebelik ve Doğum Sonrası Psikiyatrik Sorunlar

Prof. Dr. Çağatay KARŞIDAĞ

İstanbul Gedik Üniversitesi, Acıbadem Sağlık Grubu

Gebelik ve doğum sonrası ruhsal bozuklukların birçok neden bağlı olarak tanı ve tedavisinde güçlükler mevcuttur. Anneye verilen önem arttıkça, perinatal psikiyatrik bozuklukların yönetimindeki güçlükler azaltılabilecektir. Gebelikte en sıkıntılı dönem, bebeğin yaşamsal organlarının gelişimi dönemi olan ilk trimesterdir. İlk 2 hafta ya hep ya hiç dönemidir, ilk 8 hafta organogenez dönemi olarak tanımlanır, ilk üç ay böylece en önemli dönemdir. Nispeten daha az sıkıntılı geçen ikinci üç aydan sonraki doğuma yakın dönem ise bebeğin hayata geçiş, adaptasyona hazırlık dönemi olması nedeniyle yine dikkatli olunması gerekmektedir.

Doğum sonrası ruhsal bozukluk riski kimi yayınlarda farklılık gösterse de % 75 – 80'lere varan oranlarda kadını etkileyebilmektedir. Doğum sonrası hüznün ilk 2 haftada görülebilen, yakın takip dışında tedavi gerektirmeyebilecek bir dönemdir. Doğum sonrası depresyon % 10-15 oranında görülmektedir. İyi yönetilemediği takdirde ciddi sorunlara (işlevsellik kaybı, suisid, infantisid, homisid riski) yol açabilir. Doğum sonrası psikotik bozukluklar binde 1 gibi çok daha nadir görülebilir. Ancak yol açtığı tıbbi ve hukuki sorunlar nedeniyle yakından izlenmesi gerekmektedir.

Her dönemin tedavisinde farklılıklar gözlense de hiçbir kararın tamamen risksiz olmadığı bilinmelidir. Ancak anne sağlığı yönünden bakıldığında gereğinde medikal tedavilerden asla kaçınılmamalıdır. Bunun yanında gebelik öncesi, gebelik dönemi, kısa ve uzun dönemde doğum sonrası sıkı takip, yakın aile ve sosyal destek, uygun terapi yöntemleri uygulanabilmektedir.

Pandemide KLP, COVID-19 ve Etkileri

Prof. Dr. Şenol TURAN

*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,
Psikiyatri Anabilim Dalı, KLP Bilim Dalı*

Çin'in Hubei eyaletinin başkenti Wuhan'da 2019 yılının Aralık ayında, koronavirüs ailesinden yeni bir virüsün salgın yaptığı rapor edilmiştir. Şubat 2020'de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bu yeni koronavirüsün adını "COVID-19" olarak duyurmuş ve Mart 2020'de bu virüsün neden olduğu hastalığı "pandemi" olarak ilan etmiştir. DSÖ, Ekim 2024 itibarıyla dünya genelinde 776 milyondan fazla doğrulanmış vaka ve 7 milyondan fazla ölüm olduğunu bildirmiştir.

COVID-19'un öncelikle akciğerlerde hastalık oluşturduğu bilinse de, beyin, kalp, böbrekler, deri ve gastrointestinal organlar gibi diğer organları da etkilediği bilinmektedir. Merkezi sinir sisteminin (MSS) etkilenmesine bağlı olarak ortaya çıkan nöropsikiyatrik belirtilerin, tüm vakalar düşünüldüğünde %22,5 oranında görüldüğü tahmin edilmektedir. Nöropsikiyatrik belirtiler virüsün beyin üzerindeki doğrudan etkileri, virüse yönelik gelişen dolaylı bağışıklık tepkileri veya uygulanan tıbbi tedaviler nedeniyle ortaya çıkabilir. Bunun yanında aniden ortaya çıkan salgın hastalıkların insan davranışlarında ve psikolojik durumları üzerinde çeşitli olumsuz etkiler oluşturabileceği bilinmektedir. Tanı konmuş olmak, tanı şüphesinin bulunması, hasta olan kişilerle yakın temaslı olmak, kişinin hastalığı ailesine ve/veya arkadaşlarına bulaştırma korkusu, yakınların kaybı, izolasyon veya karantina sonucu gelişen kısıtlılık hali, ekonomik sorunlar gibi durumlar ortaya çıkan stres tepkisi yoluyla çeşitli psikiyatrik problemlere zemin hazırlayabilir.

COVID-19 nedeniyle hastaneye yatırılan hastalarda, hem hastalığın MSS üzerindeki etkileri hem de hastalığın neden olduğu psikososyal sorunlar sonucunda çeşitli psikiyatrik bozuklukların geliştiği söylenebilir. Yatan hastaların yaklaşık %10'undan psikiyatri konsültasyonu istenmektedir. Psikiyatri konsültasyonları sonrasında en sık konulan tanının deliryum olduğu ve deliryum gelişmesinin COVID-19'un seyrini olumsuz yönde

etkilediği gösterilmiştir. Öte yandan, COVID-19 servislerinde yatan hastalarda uyum bozukluğu, depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu ve uyku bozuklukları gibi diğer psikiyatrik bozuklukların da yaygın olduğu ve bu bozuklukların varlığının COVID-19'un daha ağır seyretmesine yol açtığı gösterilmiştir. COVID-19 nedeniyle yatan hastaların, hastalıktan kaynaklanan nöropsikiyatrik belirtiler açısından sık değerlendirilmesi gerektiği, konsültasyon-liyezon psikiyatrisi hizmetlerinin COVID-19 pandemisiyle mücadeleye önemli katkılar sunduğu bilinmelidir.

Kaynaklar:

- Banerjee D (2020) The COVID-19 outbreak: crucial role the psychiatrists can play. *Asian J Psychiatry* 50: 102014.
- Nalleballe K, Reddy Onteddu S, Sharma R ve ark. (2020) Spectrum of neuropsychiatric manifestations in COVID-19. *Brain Behav Immun* 88: 71–4.
- Rogers JP, Chesney E, Oliver D ve ark. (2020) Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* 7: 611–27.
- Schaefer R, Stein B, Meinschmidt G ve ark. (2023) COVID-19-related consultation-liaison (CL) mental health services in general hospitals: A perspective from Europe and beyond. *J Psychosom Res* 167:111183.
- Turan Ş, Poyraz BÇ, Aksoy Poyraz C ve ark. (2021) Characteristics and outcomes of COVID-19 inpatients who underwent psychiatric consultations. *Asian J Psychiatry* 57: 102563.
- Wang T, Du Z, Zhu F ve ark. (2020) Comorbidities and multi-organ injuries in the treatment of COVID-19. *Lancet (London, England)* 395 (10228): e52.
- World Health Organization (2024) COVID-19 Epidemiological Update. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>

Obezite ve Bariatrik Cerrahi

Uzm. Dr. Yasemin KOÇYİĞİT

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Etlik Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği

Obezite, vücut yağ kitlesinin artması veya anormal dağılımı sonucu oluşan metabolik, genetik, sosyo-kültürel ve davranışsal etkenlerin etkileşimi ile gelişen multifaktöriyel kronik bir hastalıktır. Obezite tedavi edilmediğinde önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir ve beraberinde getirdiği sağlık problemleri tüm dünyada hızla artmaktadır. Obezite bir dizi tıbbi sorunla ilişkili olduğundan, uzun vadeli kilo kaybı zor olabilir. Obezitenin tedavisi, hedefe yönelik çok boyutlu bir yaklaşım gerektirir ve bireye özgü, gerçekçi hedeflerin ve yaşam tarzı değişikliği programının düzenlenmesi gerekir (Troisi,2022). Obezitenin tedavisinde beslenmenin düzenlenmesi, fiziksel aktivitenin artırılması, yaşam tarzı değişiklikleri (davranışçı terapi, bilişsel yeniden yapılanmayı da içeren müdahaleler) yanısıra farmakoterapi (yaşam tarzı değişikliğine rağmen $BKI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ olan hastalarda veya komorbid hastalıklar ile birlikte $BKI \geq 27 \text{ kg/m}^2$ olan hastalarda (yaşam tarzı değişikliğine ek olarak) önerilebilir. Obezitenin tedavisinde cerrahi yöntemler ise $BKI \geq 40 \text{ kg/m}^2$ kilo verme için motivasyonu olmasına rağmen yaşam tarzı değişikliklerine ek olarak ilaçlı veya ilaçsız yeterli kilo veremeyenlere ya da $BKI 35-39,9 \text{ kg/m}^2$ olup obezite ile ilişkili komplikasyonları bulunan, kilo verme için motivasyonu olmasına rağmen davranış tedavilerine ek olarak ilaçlı veya ilaçsız yeterli kilo veremeyen hastalara önerilebilir (Marek ve ark.2016; Sockalingam ve ark.2020).

Son yıllarda yapılan çok sayıda çalışma obezite cerrahisinin morbid obezite için en iyi tedavi seçeneklerinden biri olduğunu göstermektedir. Bariatrik cerrahi; birçok çalışmada diyet, yaşam tarzı değişiklikleri veya farmakoterapiye göre daha iyi sürdürülebilir kilo kaybı sonuçları göstermiştir (Sockalingam ve ark.2020). Bu yöntem diğer cerrahi yöntemlerden farklı olarak etkileri yaşam boyu olan bir süreci kapsar. Cerrahi sonrasında oldukça kısıtlayıcı, uzun vadeli davranış değişiklikleri gerektirir. Bu açıdan preoperatif değerlendirme sürecinde ayrıntılı psikososyal değerlendirme,

ameliyat sonrası kilo kaybı ve tedavinin sürdürülebilirliğini sağlamak açısından önemlidir (Troisi,2020). Obezite cerrahisi talebi olan adayların değerlendirme sürecinde tıbbi bir dosya incelemesi, kapsamlı bir klinik görüşme, psikometrik testler, ayrıntılı psikiyatrik değerlendirme, ameliyatla ilgili risk ve faydaların dikkatli bir şekilde değerlendirilmesini amaçlayan multidisipliner bir yaklaşımın parçası olmalı ve aynı zamanda eğitim ve planlama için bir fırsat olarak da hizmet etmelidir (Troisi,2022).

Bariatrik cerrahideki psikiyatrik değerlendirmenin bir amacı da hastaların onam verme sürecinin değerlendirilmesidir. Hastaların ameliyata dair beklentileri, ameliyat için gerekçeleri, neyi kabul ettiklerini kapsamlı bir şekilde anlaşılması gerekir. Değerlendiren klinisyen hastanın şunları iyi anlayıp anlamadığını belirlemelidir: (1) ameliyat ile ilgili prosedür/prosedürün olası riskleri ve komplikasyonları; (2) diyet, egzersiz, takip, destek grubu katılımı vb. dahil olmak üzere ameliyattan sonra hastadan beklenenler. Hastalar bu faktörler hakkında temel ve net bir anlayış gösteremezlerse, ek değerlendirme ya da bilgilendirme için cerraha ve/veya diyetisyene geri yönlendirilirler. Hastanın kavrama düzeyinin değerlendirildiği ve hasta belirtilen içeriğe hakim olana kadar eğitimin sürdürüldüğü hedefe yönelik bir eğitim yaklaşımı özellikle sağlık okuryazarlığı sınırlı olan kişilere yardımcı olabilir (Troisi,2020).

Kaynaklar:

- Marek R, Heinberg L, Lavery M, Rish J, Ashton K. A Review of Psychological Assessment Instruments for Use in Bariatric Surgery Evaluations. *Psychological Assessment*. 2016.28. 10.1037/pas0000286.
- Sockalingam S, Leung SE, Wnuk S, Cassin SE, Yanofsky R, Hawa R. Psychiatric Management of Bariatric Surgery Patients: A Review of Psychopharmacological and Psychological Treatments and Their Impact on Postoperative Mental Health and Weight Outcomes. *Psychosomatics* 2020; 61: 498- 507 .
- Troisi A. *Bariatric Psychology and Psychiatry*. Chan, Switzerland: Springer Nature, 2020.
- Troisi A. Emergence of bariatric psychiatry as a new subspecialty. *World J Psychiatry*. 2022 Jan 19;12(1):108-116.

Ağrı ve Psikiyatri

Prof. Dr. Yarkın ÖZENLİ

Özel Pedamed Psikiyatri Tıp Merkezi

Ağrı gerçek ya da olası bir doku hasarıyla ilgili insanın deneyimleri ile hoş olmayan bir duygu olarak tanımlanır. Vücudumuzu uyarmak için sinyaller üreten sinir sistemimizin hayati fonksiyonlarından. Bu bakımdan “ağrı bir korunma mekanizması” olarak tanımlanmaktadır. Ağrı sınıflamaları çeşitli biçimlerde yapılabilir. Nörofizyolojik mekanizmasına göre; Nosiseptif, somatik, visseral, nöropatik ve psikosomatik olarak ayrılırken süreye göre; Akut ve Kronik ayrımı yapılmaktadır. Akut ağrı bir hastalık değil bir belirtidir. Post operatif müdahale sonrası akut ağrı, akut ağrıya en iyi örnektir. Akut ağrılar ani oluşan düşük şiddetteki travmadan yoğun darbelere kadar uzanır. Kronik ağrı ise akut ağrıdan farklı bir yapıda olup son yıllarda bir hastalık olarak değerlendirilerek, bir sendrom haline gelmiştir. Kronik ağrıya bağlı olarak hareketliliğin azalması, halsizlik, bitkinlik, huzursuzlukta artış, iştahsızlık, kilo kaybı, kabızlık, cinsel istek ve aktivitede azalma gibi belirtiler ortaya çıkabilir (Erdine 2012). Kronik ağrıyla devam eden hastalıklar periferik, santral ve mix kaynaklı olabilir. Periferik kronik ağrıya en sık örnekler osteoartrit ve kanser ağrıları gösterilebilir. Santral kronik ağrıya ise önde gelen örnek hastalık Fibromiyalji Sendromudur. (Gür 2008)

Nörofizyolojik mekanizmasına göre Nöropatik ağrı, periferik ya da santral sinir sisteminin herhangi bir bölgesinde hasara ve işlev bozukluğuna bağlı olarak ortaya çıkan ağrıdır. Nöropatik ağrının sebebi sıklıkla bilinmez. Açıklanamayan birçok ağrılı hastalık örn: fiziksel semptomlarla ilişkili affektif spektrum bozuklukları, fibromiyalji ve irritabl barsak sendromu gibi fonksiyonel somatik sendromlar belirgin santral nöropatik aktiviteyle olan ağrılı sendromlara örneklerdir.

Psikosomatik ağrı hastanın psikiyatrik ya da psikososyal sorunlarının ağrı biçiminde ifadesidir. Psikiyatri sınıflama sistemlerinde ağrının ön planda olduğu somatik belirtili bozukluklar, duygudurum bozuklukları ve Anksiyete

bozukluklarına bağlı santral duyarlılaşma sayılabilir. Bu hastalıklarda ağrıyı aşırı algılama söz konusudur.

Akut ağrı tedavisinde farmakolojik ajanlar yaklaşık % 75 nonfarmakolojik uygulamalar % 25 oranında kullanılır. Ağrının farmakolojik tedavisinde nonopioid, opioid ve adjuvan tedaviler söz konusudur. Farmakolojik olmayan tedaviler ise invaziv (Nöroksial İnfüzyon, sinir blokları, noroliz, kordotomi, miyotomi vb.), invaziv olmayan (Fiziksel terapi, meşkuliyet terapisi, manuel terapi, su terapisi, biofeedback, relaksasyon terapi, bilişsel davranışçı terapi, diğer psikoterapiler vb.) tedavilerdir (Löfgren ve Norrbrink 2009, Snodgras 2011).

Kronik ağrıda psikiyatri ve psikoloji yaklaşımları Psikososyal rehabilitasyon olarak ele alınır. Psikososyal rehabilitasyonun ise bilgi verme ve eğitim, Ruhsal yaklaşımlar (psiko farmakoterapi, Psikoterapiler), Sosyal yaklaşımlar başlıca alt alanlarıdır. Ağrılı hastalarda psikososyal girişimlerin başında bilgi verme ve psikoeğitim gelir. Ağrı hastalarında eğitim içeren grup terapisi ile olumlu sonuçlar elde edilmiş ve özellikle uyum bozukluğu, depresyon, anksiyete bozukluklarında fayda sağlanmıştır. Bilgi verme ve eğitim oldukça pratik ve ekonomiktir. Davranışçı terapinin ise kronik ağrılı hastalarda sık olarak kullanılan yöntemleri gevşeme egzersizleri, biofeedback, olumlu pekiştirme, model almaktır. Davranışçı yöntemler uyumu bozan hastalık ve tedaviyi engelleyen (sigara, hareketsiz yaşam vb) davranışların tedavi edilmesinde faydalıdır. Günümüzde kronik ağrıda Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) en geçerli seçenek olarak gösterilmektedir. BDT ağrı hastasının otonomi kazanmasını, zorluklar ve ağrıyla baş edebilmesini, amaçlarına tekrar dönebilmesini, ağrıya bağlı maluliyetlerinin azalmasını ve yaşam kalitesinin yükselmesini amaçlar. Psikolojik yaklaşımların hastada kendini idare, davranış ve bilişsel açılardan değişiklik yaptığı ayrıca ağrı yaşantısı ile bilişsel başa çıkma, ağrı ile iç içe girmiş davranış örüntülerini azaltmada sadece mental düzelme değil katastrofi gibi negatif düşünceleri azalttığı için hastalığın gidişinde olumlu rolü olduğu düşünülmektedir (Roditi 2011). Son yıllarda özellikle uzman terapistlere ulaşması zor olan kronik ağrılı hastaların tedavisi için tamamlayıcı internet tabanlı BDT yapılmaktadır. (Buhrman 2011).

Ağrılı hastada antidepresan ilaçlar uzun yıllardır kullanılmaktadır. Trisiksiklik ajanlar düşük dozda ve uzun süreli kullanılır. Özellikle nöropatik ağrıda İngiltere'de en sık kullanılan psikoterapötik ajan amitriptilindir (Cooper 2017, Farrar ve ark. 2024). Nöropatik ağrıda genel yaklaşım sırasıyla Trisiklik antidepresanlar, Serotonin ve noradrenalin gerilim önleyicileri (SNRI), Seçici serotonin gerilim önleyicileri (SSRI), antiepileptik (Karbamezapin, Topiramet Gabapentin, Pregabalin), daha sonraki aşamada opioid ve non-opioid ilaçlar, girişimsel tedaviler, son olarak cerrahi tedavilerdir. SNRI'ların ağrıyı belirgin azalttığı, uyku, halsizlik, depresyonda yaşam kalitesi yükseltici etkisi olduğu SSRI'ların ağrı, depresyon yaşam kalitesi üzerine daha etkili fakat uyku üzerine olumsuz etkili olduğu gösterilmiştir (Obata 2017).

Ağrıda sosyal yaklaşımda öncelikle hastanın sosyal destek ağının belirlenmesi gerekir. Sosyal destek ağı, kronik ağrılı hastada ailesi, arkadaşları veya toplum olabilir. Hastada ağrı, yorgunluk, aktivite intoleransı, immobilité nedeniyle sosyal izolasyon olabilir. Hasta ve ailesinin gereksinimlerinin karşılanması ve mümkün olduğunca sosyal destek/yardım alması; hastalık süresince bireylerin tükenmişlik yaşamalarını önlemede önem taşımaktadır.

Bütün bu bilgiler doğrultusunda, ağrılı hastaların psikiyatrik tedavinin içinde bulunduğu multi-disipliner bir yaklaşıma ihtiyaç gösterdiği düşünülmektedir.

Kaynaklar:

- Buhrman M, Nilsson-Ihrfeldt E, Jannert M (2011) Guided internet-based cognitive behavioural treatment for chronic back pain reduces pain catastrophizing: a randomized controlled trial. *J Rehabil Med*, 43: 500-5.
- Cooper A, Abbass A. Zed J ve ark. (2017) Implementing a psychotherapy service for medically unexplained symptoms in a primary care setting. *Journal of Clinical Medicine* 6, 109-141.
- Erdine S (2012) Ağrının Kitabı. İstanbul Özkaracan Matbaacılık, s:49-95.
- Farrar TJ, Locke KT, Clemens QJ ve ark. (2024) Widespread pain phenotypes impact treatment efficacy results in randomized clinical trials for interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *PAIN* 00,1-12.
- Gür A (2008) Fibromiyaljide Etiyopatogenez. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 54 (Özel Sayı 1) 4-11.
- Löfgren M, Norrbrink C (2009) Pain relief in women with fibromyalgia: a cross-

over study of superficial warmth stimulation and transcutaneous electrical nerve stimulation. *J Rehabil*, 41: 557-562.

Obata H. (2017) Analgesic mechanisms of antidepressants for neuropathic pain. *Int J Mol Sci*, 18: 2483.

Snodgrass J (2011) Effective occupational therapy interventions in the rehabilitation of individuals with work-related low back injuries and illnesses: a systematic review. *Am J Occup Ther*, 65: 37-43.

Roditi D, Robinson ME (2011) The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychol Res Behav Manag*, 4: 41-9.

Snodgrass J (2011) Effective occupational therapy interventions in the rehabilitation of individuals with work-related low back injuries and illnesses: a systematic review. *Am J Occup Ther*, 65: 37-4.

Hasta Yakını ile İlişkiler ve Bakım Veren Yükü

Dr. Öğr. Üyesi Şükrü Alperen KORKMAZ

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Tıbbi sağlık sorunları nedeniyle tedavi gören hastaların ruh sağlığı ihtiyaçlarını ele alan ve multidisipliner bir alan olan konsültasyon-liyezon psikiyatrisi, hastalar, aile üyeleri ve bakım verenler arasındaki ilişkileri ön planda tutar. Bu yaklaşım, tedavi sürecinde hem hastalar hem de bakım verenler üzerindeki psikososyal yükün farkına varılmasını, gerekli desteklerin sağlanmasını ve gerekli müdahalelerin uygulanmasını vurgular. Hastane ortamında sağlanan psikiyatrik destek, hem hastalar hem de hasta yakınları için tedaviye uyumu artırmada ve tıbbi hastalıkların ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri azaltmada önemli bir rol oynamaktadır.

Kronik tıbbi hastalığı olan bireyler, tanı ve tedavi süreçlerinde yalnızca fiziksel değil aynı zamanda psikolojik ve sosyal desteğe de ihtiyaç duyabilirler. Tıbbi hastalık dönemleri yalnızca hastaları değil, aynı zamanda yakınlarını da etkileyen karmaşık ve stresli süreçlerdir. Tedavi sürecinde fiziksel ve duygusal desteğe en çok ihtiyaç duyulduğu anlarda, hasta-hasta yakını ilişkisi hem psikolojik iyilik halini koruma hem de tedavi uyumunu artırma noktasında belirleyici olabilir. Bu bağlamda hasta-hasta yakınının sağlıklı ilişkisi, tedavi sürecinin iyileştirici gücü olarak katkıda bulunabilir. Aile üyeleri veya diğer yakınlar tarafından sağlanan güçlü destek, hastanın yaşadığı stres seviyesini azaltabilir, moralini yükseltebilir ve tedaviye bağlılığını artırabilir. Bununla birlikte, aile desteğinin olmadığı durumlarda hastaların iyileşme sürecinde ruhsal belirtilerin (örneğin, anksiyete ve depresyon) daha fazla gözlemlendiği bilinmektedir. Hastalık sürecinde yakın çevrenin empatik ve destekleyici tutumu, hastanın tedavi uyumunu ve yaşam kalitesini artırmada belirleyici bir faktör olduğu düşünülmektedir. Tüm bunlara karşılık, hastalığın getirdiği stres, korku, çaresizlik hissi ve belirsizlik, hasta-hasta yakını ilişkilerinde gerginliklere yol açabilir. Aile içindeki stres faktörlerinin artması, hastanın moral seviyesinin yanı sıra psikolojik dayanıklılığı üzerine de olumsuz etkileri ortaya çıkabilir. Bu gibi durumlarda, konsültasyon-liyezon

psikiyatrisi ekibinin devreye girerek hasta ve hastanın yakınlarına duygusal destek sağlanması, gerekli psikoeğitimleri sunulması ve ilişkisel çatışmaları hafifletmeye yönelik müdahalelerde bulunulması faydalı olabilir.

Bakım verme süreci, özellikle hastanın ihtiyaçlarının süreklilik arz etmesi durumunda oldukça zorlu olabilir. Bakım verenler, hastalık sürecinde fiziksel bakım sağlama, moral destek olma, problem çözme ve karar verme, yakınlarına bilgi verme ve bazen de ekonomik destek sağlama gibi çok yönlü yüklerle karşı karşıya kalırlar. Bu durum, bakım verenin kendi hayatını ikinci plana atmasına neden olabilir ve tükenmişlik sendromu, depresyon, kaygı bozuklukları, özkıyım düşünceleri ve uyku bozuklukları gibi ruhsal sorunları tetikleyebilir. Ayrıca bakım verenlerin bu süreçte sosyal çevrelerinden uzaklaşmalarına, yalnızlık duygusu ve finansal zorluklar yaşamalarına, sosyal destek sistemlerinden mahrum kalmalarına ve sosyal izolasyona neden olabilir. Bakım veren yükünün ağır olduğu durumlarda, bu bireylerde yorgunluk, fiziksel ve/veya ruhsal hastaların ortaya çıkması ve iş kaybı gibi sonuçlar da sıklıkla görülmektedir. Konsültasyon-liyezon psikiyatristleri, bakım verenlerin bu yükte başa çıkmalarına yardımcı olabilecek psikososyal desteği sağlamakta kritik bir rol üstlenir.

Hasta ve bakım veren ilişkilerinin güçlendirilmesi ve bakım veren yükünün azaltılması amacıyla çeşitli müdahaleler uygulanabilir. Psikoeğitim, bu bağlamda temel bir girişim olarak öne çıkar. Psikoeğitim sayesinde bakım verenler hastalık süreci, tedavi yöntemleri ve hastanın yaşayabileceği ruhsal değişiklikler hakkında bilgi sahibi olur. Bu bilgi birikimi, kaygı ve belirsizlik gibi olumsuz duyguları azaltır. Ayrıca bakım verenin hastanın tepkilerini daha iyi anlamasına, destekleyici bir rol üstlenmesine yardımcı olur. Psikoeğitimle bakım veren yükünde azalma, öz-yeterliliğin artması, hazırlıklı olma, baş etme becerilerinde ve yaşam kalitesinde artışın olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Örneğin, kapsamlı sağlık güçlendirme destek sistemi (kısaca CHESS), hastalarla yakınlık kurma, duyguları tartışma ve problem çözme tekniklerini öğreten, bakım verenlere duygusal destek sağlayan müdahaleler olarak faydalı olabilir. Bunların yanı sıra bireysel terapiler, bakım verenin kendi duygusal yükünü ele alması ve ruhsal iyilik halini koruması için önemlidir. Terapilerde, bakım verenin ihtiyaçlarına göre özelleştirilmiş yaklaşımlar kullanılır. Bunun yanı sıra, grup terapileri

de etkili bir destek sağlar; burada bakım verenler, benzer süreçlerden geçen diğer bireylerle deneyimlerini paylaşarak yalnızlık duygusunu azaltabilir, destekleyici bir sosyal çevre edinir. Bakım verenlere ayrıca ruh sağlığını desteklemek adına meditasyon, gevşeme teknikleri ve stres yönetimi becerilerini geliştirmelerine yönelik eğitimlerin sunulmasının da bazı yararları olabilir.

Sonuç olarak, konsültasyon-liyezon psikiyatrisi çerçevesinde hasta ve yakınları arasındaki ilişkilerin güçlendirilmesi ve bakım veren yükünün hafifletilmesi, tedavi sürecinin daha sürdürülebilir ve etkili olmasına katkı sağlar. Hasta- hasta yakını ilişkisinin sağlıklı bir zeminde kurulması, hastanın tedaviye uyumunu artırırken bakım verenin de ruh sağlığını korumada önemli bir rol oynar. Bu sürecin başarısında multidisipliner bir yaklaşımla destek sağlanması, hem hastaların hem de yakınlarının ruhsal iyilik halini koruyarak tedavi süreçlerinin daha verimli ve etkili olmasına katkıda bulunur.

Kaynaklar

- Bevans M, Sternberg EM (2012) Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *JAMA* 307(4): 398-403. doi:10.1001/jama.2012.29
- Firth P (2006) Patients and their families. *Recent Results Cancer Res* 168: 61-71. doi:10.1007/3-540-30758-3_6
- Stenberg U, Ruland CM, Miaskowski C (2010) Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psychooncology* 19(10): 1013-1025. doi:10.1002/pon.1670

KLP Uygulamalarında Etik Sorunlar

Dr. Öğr. Üyesi Gamze GÜRCAN

TOBB ETÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Psikiyatri diğer tıp alanlarına kıyasla bir dönem tıbbın gelişiminden uzak kalsa da 20. yüzyılın ortalarından sonra büyük gelişme kaydetmiş, genetik, teknoloji, görüntüleme, farmakoloji alanındaki ilerlemeler ruhsal hastalıkları daha anlaşılır kılmış, tedavilerindeki gelişme ve değişimler psikiyatri alanındaki etik yaklaşımlarının gelişmesini sağlamıştır. Psikiyatri ve etik arasındaki ilişki, psikiyatrist-hasta ilişkisi, tedavi süreci, araştırma faaliyetleri, mesleki uygulamalar, toplumsal konular gibi farklı alanlarda kendini göstermektedir. Psikiyatride etik ilkeleri belirleme çalışmalarında tıbbi etik ilkeleri esas alınmakla birlikte, psikiyatrinin kendine has özellikleri nedeniyle psikiyatri etiğini diğer alanlardan ayırmaktadır. Psikiyatrik etik sorunları sınıflandırmada etik sorunları analiz etmek için kullanılan bazı modeller tanımlanmıştır: dört ilke yaklaşımı, erdem etiği yaklaşımı, değerler temelli uygulama yaklaşımı. Dört ilke yaklaşımında tıp etiğinin belirlenen dört temel ilkesi: yarar sağlama ilkesi, zarar vermeme ilkesi, özerkliğe saygı ilkesi ve adalet ilkesidir. Etik ikilemler, etik ilkelerin birbiriyle çatıştığı durumlardır, etik bir değerlendirme yapılarak olası seçeneklerden birisine karar verilmelidir.

Psikiyatrinin, ruh sağlığı hizmetlerinin benzersiz doğası nedeniyle diğer branşlardan farklı etik sorunları bulunmaktadır:

- Hastaların savunmasız ve dezavantajlı durumları ve kritik ihtiyaçları
- Hastalıkların karar verme kapasitesini bozması
- Gizlilik ve mahremiyetin önemi
- Hastanın yararını gözetme ile gizlilik ya da hastanın özerkliğine saygı arasındaki ikilemler
- Hasta hekim ilişkisinin farklı özellikleri (sınır sorunları, mahremiyet).

Konsültasyon ve liyezon psikiyatrisi uygulamalarında sık karşılaşılan etik sorunlar bulunmaktadır. Hastanın yararını sağlama ile gizliliğin

sağlanması, mahremiyetin korunması arasında ikilemler oluşabilir. Hastanın mahremiyetinin korunması acil servis ve diğer servislerde konsültasyon hizmeti verilirken güçleşebilmektedir. Diğer servislerden hasta danışıldığında hastanın psikiyatrik muayenesi yatak başında yapılmak zorunda kalınabilir. Hastanın fiziksel sağlığı izin veriyorsa psikiyatrik muayenenin ayrı bir odada yapılması düşünülebilir ya da odadan diğer hasta ve hasta yakınlarının çıkarılması talep edilebilir. Hasta ile ilgili diğer hekimlere, sağlık personeline bilgi aktarımı sırasında özenli olmak gerekmektedir. Bilgi aktarımının gerektiği durumlarda kişilere, kurumlara ya da adli makamlara gerektiği kadar bilgi paylaşılması uygun olacaktır. Bu bilgi paylaşımı sırasında hastanın ruhsal hastalığı nedeniyle karar verme kapasitesinin azaldığı durumlarda dahi, hastaya bilgilendirme yapılmalı ve onayını almak için çaba gösterilmelidir.

KLP uygulamalarında hastanın yararını sağlama ile özerkliğe saygı ilkesi arasında ikilemler oluşabilir. Yararını Sağlama- özerkliğın korunması arasındaki ikilemler: zorunlu tedavi, zorunlu yatış, tespit ve tecrit durumlarıdır. Hastanın karar verme kapasitesinin yetersiz olduğu durumlarda hastadan bilgilendirilmiş onam alınamayabilir. Zorunlu/ istemsiz tedavi yatış kararı verilmesi gerekebilir. Psikiyatri hastalarının karar verme kapasitesi değerlendirilirken; ya hep ya hiç şeklinde bir sonuca varılması, sürecin kararlaştırılmasında dahil olabileceği konularda hastaya fikrinin sorulmaması, hastanın karar verme yeterliliği olmadığı için tedavi süreci ve etkileriyle ilgili bilgilendirme yapılmasının gerek olmadığı düşünülmesi gibi yanlış uygulamaların önlenmesi gerekmektedir.

Hasta hekim ilişkisinin sınırlarının zedelenmesi iki ana grupta görülmektedir: sınır ihlali ve sınır aşımı. Sınır ihlali yarar sağlama ve zarar vermeme ilkelerinin ihlali ile sonuçlanır, kendi yararının hastanın yararından daha önde tutulmasıdır. Sınır aşımı ise iyi bir terapötik ilişkinin kurulması için olması gereken ilişkiden ve iletişimden uzaklaşılmasıdır. KLP uygulamalarında çevresel koşulların istenildiği gibi sağlanamaması, yoğun çalışma saatleri, hukuki ve mesleki kaygılar iyi bir terapötik ilişkinin kurulması güçleştirerek hasta hekim ilişkisini zedeleyebilir.

Dört temel ilkeden adalet ilkesi tıbbi kaynakların kişilerin gereksinimlerine göre eşit dağıtılması, tıbbi kaynakların kişilere nasıl dağıtılacağıın yanı sıra

hangi tıp hizmetlerine aktarılacağına belirlenmesi gibi konuları kapsar. Psikiyatri hizmetleri içinde KLP uygulamalarına gerekli önemin verilmesi ve kaynakların sağlanması uygulamaların yeterliliğini ve etkinliğini artıracaktır. Etik ilkelere uygun yaklaşımlar psikiyatriyle ilgili toplumun güveninin kazanılmasını, tıbbın bir dalı olarak psikiyatrinin saygınlığının korunmasını ve psikiyatrik uygulamaların etkinliğinin artırılmasını sağlamaktadır.

Kaynaklar:

- Adshead G., Cave J. (2020) An introduction to clinical ethics in psychiatry. *BJPsych Advances* 27(1):20-25.
- Beauchamp TL. Methods and principles in biomedical ethics. *J Med Ethics*. 2003;29(5):269-274. doi:10.1136/jme.29.5.269
- Ethical Dilemma in Psychiatry, Real Cases Scenario (2024). P. Elif Ekmekçi, Springer
- The Principles of Medical Ethics With Annotations Especially Applicable to Psychiatry. American Psychiatric Association. 2013 Edition

Psikodermatolojinin Tarihçesi, Zihin Beden İlişkisi

Prof. Dr. Behçet COŞAR

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Deri bedenın en büyük organı olup, çevre ve birey arasındaki sosyal, psikolojik ve metabolik ilişkide işlev gören bir organ olduğundan deri hastalıklarının psikososyal ve psikiyatrik birlikteliği şaşırtıcı değildir (Gupta MA, 2013). Psikodermatoloji; aslında görünüşte birbiri ile ilişkisi çok uzak gibi görünen iki tıbbi branşın – dermatoloji ve psikiyatri- nasıl bir biri ile ilişkili olabileceğinin önemli bir göstergesidir (Metelitsa A, 2004).

Psikodermatolojinin eski bir tarihi olmasına karşın geçmişi uzun değildir. Tarihte deri-ruhsal durum ilişkisinden bahsedildiği görülmeğe ise de bir kliniklerarası disiplin olarak ele alınmaya başlanması 20. yüzyılın ortalarından sonra başlayabilmiştir.

Çok eski çağlarda Hipokrat (İ.Ö. 460 – 377) yazılarında stresin deri üzerindeki etkisinden bahsetmiş ve strese karşı tepki olarak saçlarını yolan olgulardan bahsetmiştir. Yine vücuttaki sıvıların dengesinin bozulması sonucu dört farklı kişilik tipi tanımlanmıştır. Öte yandan Aristoteles (İ.Ö. 384 – 322) ruh ve bedenın birbirinden ayrı ele alınamayacağını vurgulamıştır. Yine Galen beden ruh etkileşimini vurgulamıştır (França K ve ark., 2013).

1857 de İngiliz dermatolog ve cerrah William James Erasmus Wilson “Derinin Hastalıkları” adlı kitabında deri nörozlarından bahsetmiştir. Bu kitapta stresle ilişkilendirdiği deri lezyonlarından bahsetmiştir (Koo JY, Pham CT, 1992). Hipokrat bahsetmiş olmasına rağmen trikotillomani ancak yıllar sonra 1889 yılında Fransız dermatolog Hallopeau Francois Henri tarafından tanımlanmıştır (França K ve ark., 2013).

Psikodermatoloji alanındaki en önemli hastalıklardan biri olan Delüzyonel Parazitöz'dan ilk bahseden kişi 1799 yılında İngiliz Dermatolog Robert Willandır. 1801 yılında bu tanı Johann Heinrich Jordens tarafından yine ele alınmıştır. 1894'de ise Thibierge Georges ise “akrofobi” olarak adlandırdığı detaylı olgusunu sunmuştur. 1938 yılında bu tablonun sadece böcekten korkmakla ilgili basit bir durum olmadığını vurgulayan Karl Axel Ekblom

bu tabloya “dermatozoic delizyon” adını vermiştir. “Ekbom Sendromu” halen günümüzde kullanılan bir tanıdır. 1946 yılında ise Wilson ve Miller “delüzyonel parazitoz” terimini literatüre geçirmişlerdir (França K ve ark., 2013). 1886 yılında İtalyan Enriquer Morselli tarafından tanımlanan Beden Dismorfik Bozukluğu o dönemde “dismorfofobi” olarak adlandırılmıştır. Daha sonra Freud da beden dismorfisi olan bir olgu tanımlamıştır (França K ve ark., 2013). DSM V tanı ölçütleri Beden Dismorfik Bozukluğu’nu Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında ele almaktadır.

1891’de Fransız dermatologlar Brocq ve Jacquet deriye psikosomatik yaklaşım konusundaki ilk bilimsel yaklaşımı gösteren bilim adamlarıdır. Bu iki bilim adamı kronik ekzemanın bir formu için “nörodermit” terimini kullanmışlardır. 1925 yılında Joseph Klauder deri hastalıklarının ortaya çıkmasında psikoterapinin öneminden bahsetmiştir (Wittkower E, Russel B, 1953; Obermayer ME, 1955). Deri ile ruhsal olgular arasındaki ilişkinin aydınlatılması psikosomatik kuramın önemli bir bileşenidir. (Di Prima ve ark., 1989). 1925 yılında Philadelphia’da dermatolog Joseph Klauder psikosomatik ilişkiler üzerine “belirli bir deri hastalığının psikolojik evresinin tedavide gözardı edilmemesi” konulu bir metin ele almıştır. Ancak 1927 yılında bu görüş WT Sacks tarafından nadir görülen bir durum olarak eleştirildi. Psikodermatoloji Whitlock tarafından” Deri Hastalığının Psikofizyolojik Yönleri” adlı monograflarının yayınlanmasıyla 1970-80’lerde yeniden gündeme gelmeye başlamıştır (<http://psychopharmacology.us/page-1823653>).

Deri bir “dışavurum organı” olarak değerlendirilir ve kendimizle dış dünya arasındaki ilk temas noktası olarak ele alınır. Bu iletişimi sağlayan önemli bir organ olan deri patolojileri bireyin hem ruhsal durumu, hem ailesi üzerinde çeşitli etkilere neden olmaktadır.

Dermatolojik Hastalıkların Psikolojik Etkileri:

Olumsuz Beden İmgesi: Kişilerarası ilişkilerde bozulma, kendine güvende azalma, sosyal geri çekilme ile sonuçlanabilmektedir. Daha ileri dönemlerde sosyal fobi, anksiyete, depresyon hatta intihar düşünceleri de ortaya çıkabilmektedir (Ashwanikumar BP, Das S, Punnoose VP ve ark. 2018; Jafferany M, 2007).

Baş etme ve Uyum Sorunları: Dermatolojik hastalığı olan bireyler kişisel, sosyal, psikolojik ve fiziksel streslerle baş etmek durumundadırlar. Diğer kişiler tarafından yapılan olumsuz eleştiriler de bu utanç, kaçınma ve sosyal izolasyon belirtilerinin artmasına neden olurken hastalığa uyumun bozulmasına yol açmaktadır (Korabel H, Grabski B, Dudek D ve ark., 2013).

Deri ile ruh arasındaki ilişkiyi açıklayan farklı görüşler de vardır.

- Ingram, derinin zihnin bir uzantısı olduğunu, bu nedenle huy ve kişiliğin değerlendirmesinde ele alınması gereken önemli bir organ olduğundan bahsetmiştir (Ingram, 1933).
- Epidermis ve sinir sistemi aynı embriyolojik kökene sahip olup ektodermden gelişmektedirler. Epidermis insanı dış dünyadan ayıran ve dış dünyaya karşı kişinin vitrini olan bir tabakadır. Bu nedenle deri, bireysel varoluşumuzda çok özel bir yere sahiptir ve sinir sisteminin “dışa çevrili” bölümü olarak tanımlanabilir (Bodemer W ve Ross JL, 2001).
- Önemli libidinal işlevi olan bir organdır: dokunma, okşamanın yanısıra ağrı ve acıyı da algılar. Duygusal durumun “aynası” olarak kabul edilir. Sözsüz iletişime aracılık eden, açığa vurulmamış duyguların yaşatıldığı bir yataktır. Deri önemli bir erojen bölgedir ve dokunma, ısı ve ağrı da erojen haz kaynaklarıdır. Bebeklik çağından itibaren annenin dokunması, okşaması gibi erotik ödüllendirmenin de kaynağıdır. Eğer deriyi olağan biçimde kullanma güdüsü bastırılmış ise, deriyi uyarıcı ve ona karşıt olan yineleyici eğilimler derideki değişimler aracılığıyla beden üzerinden bir anlatım bulabilir.
- Fizyolojik açıdan en önemli emosyonel anlatım organlarından biridir (tüylerin diken diken olması, korkudan sararma, utançtan kızarma vb). Emosyonel strese deri kadar çabuk tepki gösteren hemen hemen herhangi başka bir organ yoktur. Ayrıca utanma, kızgınlık gibi bazı emosyonel durumlarımızı istemsiz olarak dışarıya iletmediği için deri bir kaygı kaynağı da olabilir. (Eller JJ, 1974). Deri; duyguları açıkça ifade etme, kişinin kendilik imajı ve özgüvenini sağlama ile bebeklikten yetişkinliğe doğru seyreden sosyalleşme sürecinde önemli rol oynar (Domonkos 1971, Koblenzer 1983).
- Doğumdan itibaren derinin bağlanmada çok önemli bir işlevi vardır

ve yaşam boyu iletişimde çok önemli rolü olan bir organdır. Gelişimsel faktörler derinin bir iletişim organı olarak rolünü etkilemektedir. Örneğin; ergenlik döneminde derideki şekil değişiklikleri akneler ya da farklı kültürler ait derideki renk ya da şekil farklılıkları sosyal durum, çekicilik vb durumlarda önemli rol oynamaktadır. Özellikle görünür deri patolojileri söz konusu olduğunda intihar girişimleri, dışa vuruk davranışlar gibi davranış değişiklikleri ortaya çıkabilmektedir (Gupta MA, 2013)

- Yine görünür deri patolojilerinin varlığında sosyal etiketlenme de söz konusudur. Bu durum sosyal izolasyon, sıkıntı, anksiyete, depresyonla sonuçlanabilir. Öte yandan şekil bozukluğu ve görüntü bozukluğuna neden olabilen bir deri lezyonu ile birlikte yaşamak zorunda olmak stresle ilişkili dermatolojik tabloların alevlenmesinde neden olabilmektedir (Gupta MA, 2013).
- Deri, duyguların dışavurum organı ve kaygının dışarı boşalım yeridir. (Niemeier V ve ark., 2000).
- Psikodinamik açıdan benliğin organik örtüsü, en dış sınırır. İnsan bedeninin dünya ile temasını sağlayan kısımdır.
- Psikosomatik kurama göre; kişinin bütünlüğü temelinde endişe ve yaralanma oluşturan herhangi bir çatışma durumu, bedensel bir hastalığa dönüşebilmektedir. Deri hastalıkları konusunda Cazzullo'nun işaret etmekte olduğu gibi, "bir çatışma durumundan bir "yüzeyselleştirme düzeneği"nin fitili ateşlenmektedir. (Di Prima ve ark., 1989) Cormia da benzer biçimde, psikodermatolojik hastalığı olan kişilerin yaşamlarındaki zor durumların üstesinden gelemediklerini ve bu zorlanmanın yarattığı gerginlik, stres sonucunda otonom mekanizmaların kullanılmasının deri hastalıklarına yol açabileceğini ifade etmiştir. (Fruensgaard K ve ark., 1978)

Dermatoloji kliniklerine başvuran hastalarla yapılan çalışmalar bu hastalarda Psikiyatrik bozukluk görülme sıklığının %40 – 70 oranında değiştiğini göstermektedir. Deri lezyonları bir ruhsal bozukluğun belirtisi olabilir. Deri lezyonları kişinin ruhsal durumunu etkilemektedir. Ruhsal durum deri lezyonlarını başlatabilir ya da alevlendirebilir. Hem organik hem de ruhsal durumun birbiri ile etkileşimi sonucu deri lezyonları ortaya

çıkabilir. Deri hastalıklarının tedavisinde kullanılan ilaçlar psikiyatrik bozukluklara, psikiyatrik bozuklukların tedavisinde kullanılan ilaçlar ise deri hastalıklarına neden olabilir.

Kaynaklar:

- Ashwanikumar BP, Das S, Punnoose VP et al. Interphase between skin, psyche and society: a narrative review *Indian Journal of Social Psychiatry* 2018, 99-104.
- Bodemer W, Ross JL. Psychodermatology. *The Medical Journal* 2001; 43(5):online. Available from World Wide Web. <http://www.medpharm.co.za/safp/2001/june_01/psycho.html>
- Di Prima TM, De Pasquale R, Gilotta SMG, Cravotta A. Approccio preliminare sulla componente psichica in dermopazienti *G Ital Dermatol Venereol* 1989, 124:147-150.
- Domonkos AN (1971) Pruritus, Cutaneous Neuroses and Neurocutaneous Dermatoses. *Andrew's Disease of the Skin*, 6th ed. Philadelphia, WB Saunders C., s.61-76.
- Eller JJ. Skin disorder and the psyche. *Cutis* 1974, 13:395-416.
- França K, Chacon A, Ledon J, Savas J, Nouri K. Psychodermatology: a trip through history. *An Bras Dermatol* 2013; 88(5):842 – 843.
- Fruensgaard K, Hjørtshj A, Nielsen H. Neurotic excoriations. *Int J Dermatol* 1978, 17:761-767.
- Garg A, Chren MM, Sands LP, Matsui MS, Marenus KD, Feingold KR, Elias PM. Psychological stress perturbs epidermal permeability barrier homeostasis. Implications for the pathogenesis of stress-associated skin disorders. *Arch Dermatol* 2001;137:53-9.
- Gupta MA. Commentary:psychodermatology. *Clin in Dertatol* 2013, 31:1-2.
- Gupta MA. Somatization Disorders in Dermatology *International Review of Psychiatry*, Feb 2006; 18(1): 41-7.
- Ingram JT. The personality of the skin. *Lancet* 1933, 1:889.
- Jafferany M, Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders. *Prim Care Companion. J Clin Psychiatry* 2007; 9:203-2013
- Koblenzer CS. Psychosomatic concepts in dermatology. *Arch Dermatol* 1983, 119:501-512.
- Koo JY, Pham CT. Psychodermatology: Practical guidelines on pharmacotherapy. *Arch Dermatol* 1992;126:381-8.
- Korabel H, Grabski B, Dudek D, Jaworek A, Gierowski JK, Kiejna A, et al. Stress coping mechanisms in patirnts with chronic dermatoses. *Archives of Psychiatry*

and Psychotherapy 2013; 3:33-40.

Metelitsa A. Itchy brain or unbalanced skin: a historical perspective of psychodermatology. Proceedings of th 13th Annual History of Medicine Days, March 2004; 54 – 57.

Niemeier V, Kupfer J, Gieler U. Observations during an itch-inducing lecture. Dermatol Psychosom 2000, 1(1):15-18.

Obermayer ME. 1955. Psychocutaneous Medicine. Illinois: Charles C Thomas.

Wittkower E, Russel B. 1953. Emotional factors in skin disease. London:Cassel

Psikodermatolojik Hastalıklarda Klinik Yaklaşım

Doç. Dr. İrem EKMEKCİ ERTEK

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Psikodermatolojik bozukluklar, primer psikiyatrik olup deri belirtileriyle seyreden hastalıklar (delüzyonel parazitoz, trikotillomani vb), primer dermatolojik olup psikiyatrik bozukluklara yol açan hastalıklar (alopesi areata, vitiligo vb), psikofizyolojik/ stresle oluşan ya da artan hastalıklar (psöriyazis, akne vb) ve karışık olmak üzere dört ana kategoride incelenmektedir. Dermatolojik lezyonların psikiyatrik belirtileri hasta tarafından genellikle ihmal edilir ya da reddedilir. Bu hastalar şikayetlerini dermatolojik olduğu fikrini çok bağlı kalır ve dermatolojiyi hekimlerinin yönlendirmesine rağmen psikiyatriye başvuru konusunda çekimser davranırlar. Bu nedenle bu hastalara multidisipliner bir anlayışla bu alanda spesifik bilgi ve deneyimli klinisyenlerin ekip olarak çalışması önemlidir.

Psikodermatolojik hastalıkların tedavisinde psikofarmakolojik tedaviler, psikososyal tedaviler, bilişsel davranışçı terapi gibi yöntemler etkili olmaktadır. Hem tipik hem de atipik antipsikotik ilaçlar delüzyonel parazitoz, dermatitis artefakta, psikojenik ekskoriyasyon ve trikotillomani gibi bozukluklarda tek başına ya da güçlendirme tedavisi olarak kullanılabilirler. Psikojenik ekskoriyasyon ve pruritusta SSRI'ların etkili olduğu gösterilmiştir. Trisiklik antidepresan olan klomipramin trikotillomanide SSRIlardan daha etkili olduğu bildirilmektedir. Duygudurum düzenleyici ilaçlardan lityum ve lamotrijin deri yolma bozukluğu ve trikotillomanide kullanılabilirler.

Psikososyal tedaviler kapsamında eğitim, gevşeme teknikleri, psiko-rehabilitasyon uygulamaları psöriyazis gibi kronik ve yaşam kalitesini azaltan hastalıklarda tıbbi belirtilerin neden olduğu psikolojik, sosyal sorunlarla başa çıkma, ve tıbbi hastalığın tedavisine uyumu artırma gibi konularda önemli rol oynar.

Psikodermatoloji hastalıklarının tedavisinde kullanılan psikoterapi yöntemleri Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), içgörü odaklı terapi, aile terapisi ve destekleyici psikoterapidir. Psikodermatolojide en etkili yöntemlerden

olan BDT’de kullanılan teknikler stres yönetimi teknikleri, anksiyete ile başa çıkma teknikleri (sistemik desensitizasyon, maruz bırakma vb), sanrılara yönelik teknikler (sokratik sorgulama), depresyona yönelik teknikler (aktivite planlama), alışkanlığı tersine çevirme eğitimi, gevşeme egzersizleri, ve nefes egzersizleri olarak sıralanabilir.

Kaynaklar:

- Brown, G. E., Malakouti, M., Sorenson, E., Gupta, R., & Koo, J. Y. (2015). Psychodermatology. *Clinical Challenges in the Biopsychosocial Interface*, 34, 123-134.
- Harth, W., Gieler, U., Kusnir, D., & Tausk, F. A. (2008). *Clinical management in psychodermatology*. Springer Science & Business Media.
- Psikodermatoloji, Behçet Coşar, Editör, Nobel Yayınevi, Ankara, ss.266-271, 2021

Psikodermatolojik Hastalıklarda Dermatoloji Perspektifi

Prof. Dr. Esra ADIŞEN

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı

Psikodermatoloji, bir dermatolog perspektifinden bakıldığında, deri sağlığını etkileyen faktörlerin yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda psikolojik olduğunu anlamayı gerektiren önemli bir yaklaşımdır. Deri, vücudun en büyük organı ve dış dünyayla doğrudan temas noktası olduğu için, bireyin duygusal ve psikolojik durumunu yansıtan bir aynadır. Dermatologlar, hastalarının sadece deri lezyonlarını değil, aynı zamanda bu lezyonların altında yatan psikolojik kökenlerini de göz önünde bulundurmalıdır. Stres, depresyon, kaygı gibi faktörler psoriasis, dermatit ve ürtiker gibi deri hastalıklarının hem ortaya çıkışında hem de şiddetlenmesinde önemli rol oynayabilir.

Psikodermatolojide, deri hastalıkları ve psikolojik faktörler arasındaki ilişkiyi anlamak için çeşitli sınıflamalar yapılmıştır. Bu sınıflamalar üç ana kategoriye ayrılır:

- 1. Psikofizyolojik Hastalıklar:** Bu grupta yer alan hastalıklar, psikolojik stresin deri üzerinde doğrudan etkili olduğu durumlardır. Örneğin, stres, psoriasis, dermatit ve ürtiker gibi deri hastalıklarını tetikleyebilir veya şiddetlendirebilir.
- 2. Primer Psikiyatrik Bozukluklara Bağlı Deri Belirtileri:** Bu sınıflamada deride görülen belirtiler, birincil olarak psikiyatrik bir rahatsızlığın sonucudur. Bunlar obsesif-kompulsif bozukluk, trikotillomani, parazitoz sanrıları gibi çeşitli deri değişikliklerinin gelişimine neden olan psikiyatrik durumlardır.
- 3. Deri Hastalıklarına Bağlı İkincil Psikiyatrik Bozukluklar:** Bu grupta, kronik deri hastalıklarının hastalarda yarattığı psikolojik etkiler yer alır. Örneğin, vitiligo, alopesi veya akne gibi deri rahatsızlıkları, bireyde

depresyon, kaygı veya sosyal izolasyon gibi psikiyatrik sorunlara yol açabilir.

Bu uluslararası sınıflandırmalar, dermatoloji ve psikopatolojinin temel prensiplerini göz önünde bulundurarak, dermatologlar ve psikiyatristler için ortak bir dille, psikodermatolojik bozuklukları, basit ve pratik bir sınıflandırma yoluyla sistemleştirmeyi amaçlamışlardır. Psikodermatolojik bozuklukların terapötik yaklaşımı, dermatolog, psikiyatrist ve psikolog dahil olmak üzere multidisipliner olmalıdır. Çoğu zaman dermatolojik tedavilerin yanı sıra bilişsel psikoterapi, psikoterapötik stres ve kaygı yönetimi teknikleri ve psikotropik ilaçlar tedavi sürecinde fayda sağlamaktadır. Sonuç olarak, dermatologlar, tedavi sürecinde hem deri lezyonlarını iyileştirmeye hem de hastanın psikolojik durumunu anlamaya ve desteklemeye odaklanmalıdır. Bu bütüncül yaklaşım hem fiziksel hem de duygusal iyilik halini hedefleyen etkili bir tedavi süreci sağlar.

KLP Uygulamalarında Psikotrop İlaç Kullanımı

Prof. Dr. Filiz İZCİ

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı.
Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (KLP) uygulamalarında sıklıkla psikotrop başlanan hasta grubunun büyük bir kısmı 65 yaş üzeri hastalardır. Tıbbi birimler arasında farklılıklar olmasına rağmen çoğunlukla benzodiazepinler, Z grubu ilaçlar, antidepresanlar ve antipsikotik ilaçlar reçete edilmektedir. Özellikle cerrahi bölümlerde, potansiyel olarak uygunsuz psikotropik ilaçlarla tedavi edilen yüksek oranda hasta tespit edilmiştir. Genel olarak, ≥ 65 yaşındaki hastaların psikotropik ilaçlarla tedavi edilen oranı Geriatri Bölümü'nde en yüksektir. Bunun birkaç nedeni olduğu düşünülmektedir (Inken ve ark.2017). 1. Birçok hasta depresyon, kronik ağrı, uykusuzluk, ayrıca gündüz veya gece ajitasyon, halüsinasyonlar ve sanrılar gibi multimorbiditeden muzdariptir. 2. Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği gibi, antidepresanlar analjezik ilaçlarla birlikte tedavi güçlendirmesinde adjuvan olarak kullanılmaktadır. Genellikle, tedavinin başlatılması için birden fazla endikasyon mevcuttur, örneğin, mirtazapini seçme nedenleri olarak depresyon, uyku bozukluğu ve kilo kaybı gelmektedir. Bu nedenle, mevcut çalışmalarda bir antidepresanın reçetelenmesi için endikasyonu değerlendirmeye yönelik hiçbir girişimde bulunulmadığı gözlenmiştir. 3. Bazen, antidepresan ve antipsikotikler yerine uyku indüksiyonu için benzodiazepinlerin ve Z ilaçları kullanılabilir. 4. Geriatrik hastaların ortalama hastanede kalış süresi, diğer bölümlerdeki ortalama kalış süresinden daha uzundur (Dahili Tıp Bölümü ve cerrahi bölümlerde 7 güne karşı 23 gün). Bunun bir nedeni, geriatriklerde psikotropik ilaçla tedaviyi gerektiren semptomlar geliştirme şansının artmış olması olabilir. Alternatif olarak, psikotropik ilaçlara ihtiyaç duyan hastaların iyileşmek için psikotropik ilaca ihtiyaç duymayan hastalara göre daha uzun hastanede kalmaları gerekmektedir. Mevcut bir çalışmada hastanede kalış süresi, psikotropik ilaç alan hastalarda psikotropik ilaç almayanlara göre daha uzun saptanmıştır

(Gustafsson ve ark. 2016, Inken ve ark. 2017). Aynı şekilde huzurevindeki hastalar ve demans hastalarında da özellikle psikotropik ilaç kullanımı fazladır, bunların arasında yüksek oranda antipskotikler gelmektedir. Bu grup hastalarda antipskotikler yaşam süresini kısaltıcı etki göstermektedir (Aparasu ve ark.2012, Maust ve ark.2015, Schneeweiss ve ark.2017). Bakım ünitelerinde yaşayan kişileri inceleyen yakın tarihli bir İsveç araştırmasında, 2007'de %25,4'ünün antipsikotik ilaçlar, %35,5'inin ise anksiyolitik, hipnotik veya yatıştırıcı ilaçlar aldığı bildirilmiştir (Gustafsson ve ark. 2016).

Psikotrop kullanımı diğer tıbbi birimlerde psikiyatrik eş tanı ve psikiyatrik semptomlar için kullanılması gereken ilaçlar olmakla birlikte, klinik yan etkileri, çoklu ilaç kullanımı, ilaç-ilaç etkileşimi, olası kardiyak-solunumsal ölümcül yan etkiler nedeniyle dikkatli doz ve sürede multidisiplinler ile ortak bir şekilde tedaviye eklenmesi gereken ilaç gruplarıdır. Bu nedenle KLP uygulamalarının genel hastane içinde yer alması gereken birimlerden biri olması tedavi ve prognoz açısından önemlidir.

Kaynaklar:

- Aparasu RR, Chatterjee S, Mehta S ve ark. (2012) Chen H. Risk of death in dual-eligible nursing home residents using typical or atypical antipsychotic agents. *Med Care* 50:961–9.
- Gustafsson M, Isaksson U, Karlsson S ve ark. (2016). Behavioral and psychological symptoms and psychotropic drugs among people with cognitive impairment in nursing homes in 2007 and 2013. *Eur J Clin Pharmacol* 72:987–94.
- Inken A, Katie S, Wolfgang H ve ark. (2017) High prevalence of prescription of psychotropic drugs for older patients in a general hospital. *BMC Pharmacol Toxicol* 4;18(1):76.
- Maust DT, Kim HM, Seyfried LS ve ark. (2015). Antipsychotics, other psychotropics, and the risk of death in patients with dementia: number needed to harm. *JAMA Psychiat* 72:438–45.
- Schneeweiss S, Setoguchi S, Brookhart A ve ark. (2007). Dormuth C, Wang PS. Risk of death associated with the use of conventional versus atypical antipsychotic drugs among elderly patients. *CMAJ* 176:627–32.

Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisinde Bilişsel Davranışçı Terapi Uygulamaları

Prof. Dr. M. Hakan TÜRKCAPAR

Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi

BDT, bir çok farklı psikiyatrik hastalık için kullanılmak üzere yapılandırıldığı gibi bedensel hastalığı olan hastalarda da kullanılmak üzere düzenlenebilir (Yates ve Bowers 2000). Tıbbi sorunlar için BDT, bedensel hastalığa karşı verilen duygusal ve davranışsal tepkilere algı ve bilişlerin aracılık ettiği varsayımına dayanmaktadır. BDT’de kritik olan bir kişiye ne olduğu/olacağı değil, onun ne olduğu/olacağı konusundaki algı, yorum ve analizleri yani bilişleridir. Hastaların uyum bozucu veya işlevsiz inançlarını ve uygun olmayan belki de sorunları sürdüren başa çıkma yöntemlerini hedeflemek bazen mevcut sorunun hızlı bir şekilde çözülmesine yol açabilir. Pek çok durumda hastalığa ilişkin uyumsuz bozucu işlevsiz inançlar, hastalığa olan tepkinin biçimlenmesinde hastalığın gerçek ciddiyetine kıyasla daha etkili olabilir (Sensky 2004). Bilişsel davranışçı terapi, bedensel hastalığı olan ve/veya hastanede yatan hastalarda yaygın olan depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik semptomları olan hastalara uygulandığında bilişsel anlamda uyumsuz/işlevsiz değerlendirmelerini; davranışsal olarak da etkili olmayan başa çıkma yöntemlerinin değiştirilmesini hedeflemektedir.

Bilişsel davranışçı psikoterapide ön şart iyi terapötik ilişkidir bu da iyi bir dinleme, anlama ve empati becerisiyle mümkündür. Teknik müdahaleler ancak iyi terapötik ilişki zemininde sürdürülebilir. Dolayısıyla ilk adım, hastanın kişisel hastalık öyküsünü duyarlı bir şekilde dinlemektir. Hastanın hastalığa ve hastaneye yatışına, neyin neden olduğuna ilişkin kişisel bakış açısını anlamak, yani düşünce düzeyinde onun iç dünyasını anlamak başlı başına önemli bir müdahaledir. Bireyin çaresizlik, korku, umutsuzluk ve kaygı duygularını anlamak, empatik tepki vermek bunları normalleştirmeye yardımcı olmak, önemli psikoterapötik müdahalelerdir. Hasta, psikiyatristin kendisini anladığı hissini yaşadığında, psikiyatristin hastanın uyumsuz/

işlevsiz inançlarını ve başa çıkma yöntemlerini, daha uyumlu ve muhtemelen doğru alternatifler lehine araştırması, ortaya çıkarması ve değiştirmesi daha kolay hale gelir.

Depresyonda, Beck' in bilişsel üçlü olarak tanımladığı; ("*hayatım berbat durumda*"-dünyayı olumsuz görme; "*hepsi benim hatam*": kendini olumsuz görme; "*bu hiç düzelmeyecek*" geleceği olumsuz görme) şeklinde olumsuz otomatik düşünceler ön plandadır (Beck ve ark. 1979). Anksiyete, tepkileri ise tehlikenin gerçekte olandan daha fazla algılanması ve kişinin bu gerçek veya algılanan tehlike/tehditle veya gelecekteki olası tehdit/tehlike konusundaki belirsizlikle baş etme becerisini küçük görmesiyle açıklanır (Beck ve Emery 1986). Bu anlamda bedensel hastalardaki kaygıyla ilişkili tipik bilişler; "*ameliyat olmaya dayanamam*"; "*çıldırıyorum*" ya da "*öleceğim*"; "*sadece biliyorum*"; "*hastalıkla baş edemiyorum*" şeklinde olabilir.

Bedensel haslığı olan hastalarda kullanılan başlıca BDT yöntemleri, duygudurum günlüklerinin ve düşünce kayıtlarının kullanımını içerir. Bu, hastaneye yatırılan bir hastadan saatlik olarak ruh halini derecelendirmesini, gün içindeki ruh halini izlemesini ve değişimleri not etmelerini içerir. Bu tür değişiklikler, işlevsiz/uyumsuz bilişler için tetikleyici durumlarda (hastanede yatış sırasında mevcut ağrılı tıbbi işlemler veya diğer streslerle başa çıkmada zorluk yaşadığı durumlarda) ortaya çıkabilir. BDT ile hastalara depresyonda bilişsel üçlü veya anksiyetenin bilişsel özellikleri gibi tekrarlanan yanlı tutumlarla ilgili düşüncelerini incelemeleri ve kendilerini ve durumlarını görmenin daha gerçekçi, daha uyumlu yollarını aramaları öğretilir. BDT'nin, davranışçı müdahaleler ile de uyum sağlamaya dönük başa çıkma yöntemlerinin kullanılması ve hasta için gerekli görülen yeni başa çıkma becerileri veya iletişim becerilerinin geliştirilmesi teşvik edilebilir.

Kaynaklar:

- Beck AT, Rush J, Shaw B ve ark. (1979) Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press.
- Beck A, Emery G (1986) Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective. New York: Basic Books.
- Sensky T (2004) Cognitive therapy with medical patients. In:Wright J, editor. American Psychiatric Association Press review of psychiatry, Washington (DC): American Psychiatric Publishing, s. 83-121.
- Yates WR, Bowers WA (2000) Cognitive therapy for the medical-psychiatric patient. In: Stoudemire A, Fogel BS, Greenberg D (ed), Psychiatric care of the medical patient. 2. Baskı, New York: Oxford University Press, s. 51-60.

KLP Uygulamalarında Grup Psikoterapileri

Doç. Dr. Berker DUMAN

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, KLP Bilim Dalı

Grup psikoterapileri, genel psikiyatri pratiği içerisinde önemli yeri olan bir terapi yaklaşımıdır. Literatürde, KLP pratiğinde de olumlu etkilerinin olduğu genel tıbbi hastalığı olan kişilerle yapılan araştırmalarda gösterilmiştir. Grup psikoterapisi uygulamaları, farklı kuramsal yaklaşımlara göre değişen şekillerde uygulanmaktadır. Bu sunumda, Irvin Yalom tarafından geliştirilen etkileşimsel grup psikoterapisi uygulamaları hakkında ağırlıklı olarak paylaşım yapılacaktır. Yalom tarafından ilkeleri tanımlanan etkileşimsel grup psikoterapisi, kuramsal olarak varoluşsal yaklaşımdan köken alır. Yalom, grup psikoterapisinin etkili olmasında rol oynayan 11 ilke arasında şu faktörleri tanımlamıştır; umut aşılama, evrensellik, bilgi aktarımı, özgecilik, birincil aile grubunun onarıcı yinelenişi, sosyalleştirici tekniklerin geliştirilmesi, taklit etme davranışı, kişiler arası öğrenme, grup bağlılığı, katarsis ve varoluşsal etmenler.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri kliniğinde de grup terapileri önemli bir yer tutmaktadır ve 1970’li yıllardan itibaren rutin olarak yürütülmektedir. Ayrıca, kliniğimizde multidisipliner grup psikoterapi uygulamaları da başarıyla uygulanmıştır. Bunlar arasında; meme kanseri tanılı hastalar ile onkolojide, genel cerrahide kolorektal kanser tanılı hastalarda, KBB kliniği ses hastalıkları ünitesinde, nefroloji kliniği hemodiyaliz hastalarında, romatolojide biyolojik tedavi alan ankilozan spondilit tanılı hastalar gibi çok sayıda grup psikoterapisi uygulaması sayılabilir. Benzer şekilde; KLP uygulamalarında somatik belirtili bozukluklar, fonksiyonel nörolojik belirtili bozukluklar ve psikosomatik hastalıkları olan hastalarda yürütülen grup psikoterapilerinde de hastaların belirtilerinde ve yaşam kalitelerinde iyileşmeler olduğunu literatüre benzer şekilde sıklıkla gözlemlemekteyiz.

Kaynaklar:

Duman B, Ayaz T, Kumbasar H (2016) KLP Bilim Dalı Klinik Çalışmalarında Grup Psikoterapileri Uygulamaları. Şentürk Cankorur V (Ed) Ankara Üniversitesi Yayınları, Ankara, sf. 93-98.

Kösters M, Burlingame GM, Nachtigall C, Strauss B (2006) A Meta-Analytic Review of the Effectiveness of Inpatient Group Psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice* 10, 2: 146-163.

Yalom I (1998) Kısa Süreli Grup Psikoterapileri: İlkeler ve Teknikler. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.

Yalom I (2002) Grup Psikoterapisinin Teori ve Pratiği. Kabalcı Yayınevi, İstanbul.

Sağlığın Korunmasında Destekleyici Yöntemler

Doç. Dr. Esin ERDOĞAN

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı
İzmir Şehir Hastanesi, Psikiyatri Klinikleri, Türkiye*

Sağlık, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörleri içeren bir kavramdır ve toplumsal, kültürel, ekonomik yapılarla şekillenir. Geçtiğimiz yüzyılda, sağlık anlayışı yalnızca hayatta kalma ve hastalıktan korunma odaklı iken, yaşam kalitesi ve esenlik hali gibi kavramların eklenmesiyle genişlemiştir. 1980'ler ve 1990'larda "sağlıkçılık" (healthism) ve birey odaklı sağlık politikaları popülerlik kazandı. Sağlık, bireylerin kendi sorumlulukları arasında yer alırken, sağlıklı yaşam tarzları, özellikle orta sınıfta yaygınlaştı, tamamlayıcı ve alternatif sağlık uygulamaları (TASU), biyomedikal sağlık sisteminin yetersiz kaldığı alanlarda tercih edilmeye başlandı.

Günümüzde sağlık alanında, biyolojik yaşlanmanın (bioaging) değerlendirilmesi, bireyin sağlık risklerini ve yaşlanma sürecini anlamada önemli bir yer tutmaktadır. Biyolojik yaşın, kronolojik yaştan daha iyi bir sağlık göstergesi olduğuna yönelik artan kanıtlar bulunmaktadır. Bu bağlamda PhenoAge ve BioAge, ölüm oranını ve genel sağlık risklerini kronolojik yaşa göre daha iyi tahmin edebilen biyobelirteçler olarak değerlendirilmektedir. Araştırmalar, yaşlı bireylerde biyolojik yaşın, kronolojik yaşın yanı sıra telomer uzunluğu (TL) ve epigenetik yaş (EpiAge) gibi biyobelirteçlerle de ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Levine et al., 2018). Hızlandırılmış BioAge, Parkinson hastalığı, diyabet ve böbrek hastalıkları gibi gelecekteki hastalıkların ortaya çıkışını tahmin edebilme potansiyeline sahiptir (Belsky et al., 2020). Hızlandırılmış yaşlanmanın, gelecekteki hastalık risklerini öngörme açısından önemli olduğu bildirilmiştir (Song et al., 2023). Bu belirteçlerin kullanımı, hastalığın erken evrelerde teşhis edilmesine ve koruyucu sağlık stratejilerinin geliştirilmesine olanak sağlayacaktır.

Epigenetik, genetik ifadelerin çevresel faktörler ve yaşam tarzıyla nasıl etkileşime geçtiğini inceleyen bir bilim dalıdır. Epigenetik değişimler, bireyin genetik profiline bağlı olarak çevresel etkilerden nasıl etkilendiğini gösterir

(Tobi et al., 2018). Bu tür değişimlerin haritalanması, psikiyatrik tedavilerin bireyselleştirilmesi için önemlidir. Erken dönem travmalar, kronik stres, beslenme ve çevresel etmenler gibi unsurlar, epigenetik değişimlere yol açarak depresyon, anksiyete ve diğer psikiyatrik bozuklukların gelişimine katkıda bulunabilir (Meaney, 2010). Epigenetik haritalama, bireyin çevresel etkilerle değişen genetik profilini analiz ederek, tedavi yaklaşımlarını daha bireyselleştirilmiş hale getirmeyi amaçlar.

Psikiyatrik bozuklukların, hızlandırılmış yaşlanma süreçleriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Kronik stres, depresyon ve şizofreni gibi durumlar, telomer kısalması, artmış inflamasyon ve oksidatif stres gibi biyolojik değişimlerle ilişkilendirilmiştir (Wolkowitz et al., 2011). Bu tür biyobelirteçlerin kullanımı, psikiyatrik hastalıkların erken teşhisi ve tedavisi açısından yeni fırsatlar sunabilir. Ancak PhenoAge ve BioAge gibi biyobelirteçlerin psikiyatri alanındaki kullanımı yeterince araştırılmamıştır ve hızlandırılmış yaşlanmanın psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi konusunda daha fazla bilgiye ihtiyaç duyulmaktadır.

Zihinsel sağlığı destekleyen tamamlayıcı yöntemler arasında gevşeme teknikleri, reiki, farkındalık temelli stres azaltma uygulamaları, Tai Chi ve Qigong gibi hareket temelli uygulamalar yer almaktadır. Bu uygulamaların, kortizol düzeylerini düşürdüğü ve beynin stresle ilgili bölgelerinde olumlu yapısal değişikliklere yol açtığı bildirilmiştir (Goyal et al., 2014). Yaşam tıbbı ise beslenme, uyku düzeni, stres yönetimi ve fiziksel aktivite gibi unsurlara odaklanır ve bireyin genel sağlık durumunu optimize eder. Örneğin, Akdeniz diyetinin antioksidan içeriği yüksek olması, inflamasyonu azaltarak depresif semptomları hafifletebilir (Sanchez-Villegas et al., 2009). Fiziksel aktivitenin artırılması, serotonin, dopamin ve endorfin düzeylerini artırarak mutluluk ve motivasyonu destekler (Ratey & Loehr, 2011). Stres yönetimi ve mindfulness gibi uygulamaların, epigenetik profiller üzerindeki etkilerini ve dolayısıyla bireyin sağlık durumunu inceleyen ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

Bireylerin sağlığı destekleyici yöntemlere artan ilgisi, bu uygulamaların standartlarının netleştirilmesine, kanıta dayalı tedavi protokollerinin hızlanmasına zemin hazırlayacaktır. Bu uygulamalarda hedef geleneksel ve modern tıbbı ait bilgi birikimini koruyucu tıbbi teşvik ederek uygun, etkin ve etkili sağlık hizmeti sunmak olmalıdır.

Kaynaklar

- Belsky, D. W., Caspi, A., et al. (2020). Quantification of biological aging in young adults. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117(26), 14948-14956.
- Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M. S., et al. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 357-368.
- Levine, M. E., Lu, A. T., Chen, B. H., et al. (2018). An epigenetic biomarker of aging for lifespan and healthspan. *Aging (Albany NY)*, 10(4), 573-591.
- Meaney, M. J. (2010). Epigenetics and the biological definition of gene \times environment interactions. *Child Development*, 81(1), 41-79.
- Sanchez-Villegas, A., Martinez-Gonzalez, M. A., et al. (2009). The role of diet in the prevention of depression. *Public Health Nutrition*, 12(4), 222-229.
- Song, Y., Liu, Y. S., Talarico, F., et al. (2023). Associations between differential aging and lifestyle, environment, current, and future health conditions: findings from Canadian Longitudinal Study on Aging. *Gerontology*, 69, 1394-1403.
- Tobi, E. W., Sliker, R. C., Luijk, R., Dekkers, K. F., Stein, A. D., Xu, K. M., ... & Heijmans, B. T. (2018). DNA methylation as a mediator of the association between prenatal adversity and risk factors for metabolic disease in adulthood. *Science advances*, 4(1), eaao4364.

Ankara Tıp Fakültesi KLP Bilim Dalı Kurulma Süreci

Prof. Dr. Hakan KUMBASAR¹, Prof. Dr. Atilla SOYKAN¹

*¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı,
Emekli Öğretim Üyesi*

Ankara Üniversitesi Tıp fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi süresince tüm araştırma görevlilerine yatan ve ayaktan konsültasyon hizmetleri ile liyezon faaliyetleri, 1990'lı yıllardan bugüne, psikiyatri anabilim dalı akademik kurulunda oy birliği ile alınan tıp fakültesinde fakülte kurulunda onaylanarak yürürlüğe giren karar sonucu 3 ay süre ile KLP bilim dalı rotasyonunu sorunsuz ve verimli olarak devam ettirmektedir. İbni Sina Hastanesi ve Cebeci Hastanesi'nde iki ayrı KLP biriminde (1400 yataklı tıp fakültesinde farklı branşların olduğu iki ayrı hastane olduğu için) KLP rotasyon eğitimleri tamamlanmaktadır. Tüm araştırma görevlileri bu eğitimi alarak uzman olmuşlardır. Araştırma görevlileri değerlendirme karnelerine başarı ve çalışma durumları işlenerek dekanlığa yıllardır bildirilmektedir. Asistan özlük dosyalarında da ayrıca bir kopyası saklanılmaktadır. Araştırma görevlilerinin karnelerine yıllardır işlenilmektedir. Halen uygulama günümüzde de devam etmektedir. Türkiye'de ilk 12 hasta yataklı Konsültasyon Liyezon Bilim Dalı yataklı klinik servisi 1990 yılından bugüne faaldir. Haftada iki gün grup psikoterapisi eğitimi ve uygulamaları da diğer rutin faaliyetler yanı sıra yapılagelmiştir. 1990 -2018 yıllarındaki Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi KLP alanındaki 28 yıllık faaliyetleri (<https://klp-bd.com>), Psikiyatri Anabilim Dalı Akademik Kurulu, Tıp Fakültesi Fakülte ve Yönetim Kurulları, Ankara Üniversite Senatosu ve yönetim kurullarının oy birliği ile verilmiş kararları içeren dosya, KLP yan dal uzmanlık alanının açılması için Sağlık Bakanlığı'na 2018 yılında teslim edilmiştir, ancak henüz yanıt alınamamıştır. Son dönemde KLP bilim dallarının akademik yapılanması, kurumsal kimliği ile ilgili gelişmeler memnuniyet vericidir.

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı

Prof. Dr. Behçet COŞAR

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Konsültasyon Liyezon Psikiyatri (KLP) alanına yönelik uygulamalar, 1985 yılında psikiyatri kliniğinin kurulması ile birlikte konsültasyon hizmetlerinin verilmesiyle başlamıştır. 2010 yılında Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı bünyesinde Yüksek Öğretim Kurumu'na yapılan başvuru sonrasında bilim dalı olmuştur ve faaliyetlerine devam etmektedir.

Psikiyatri Anabilim Dalı KLP Ünitesinin sürdürmekte olduğu görevleri;

1- Klinik Uygulamalar

KLP Ünitesi, Gazi Üniversitesi Hastanesi'nde ayaktan ve yatakta psikiyatrik konsültasyonlar yapar, hastaların takibi ve tedavisinde ilgili bölümlerle iş birliği sağlar. Ayrıca, hastane bünyesindeki Anabilim, Bilim Dalı ve Üniteleri ile sürekli iş birliği içinde çalışarak, yatan hastalar ve yakınlarına yerinde hizmet sunar. Dahili ve Cerrahi Tıp dallarında tedavi edilen, ancak psikiyatrik problemleri nedeniyle gözlem altında tutulması gereken hastaların Psikiyatri Kliniği yataklı servisinde yatırılarak tedavi edilmesini sağlar.

2- Eğitim-Öğretim Faaliyetleri

KLP Ünitesi, çalışan hekim ve sağlık çalışanlarına hasta-sağlık çalışanı ilişkilerini iyileştirmek için konferans, panel, seminer ve kurslar düzenler. Bu eğitimler tıbbi-psikososyal görüşmeyi, tanılamayı, değerlendirmeyi, tıbbi hastalığın yönetimini arttırır.

3- Araştırma Faaliyetleri

KLP Ünitesi, Fiziksel hastalıklarla psikopatoloji arasındaki ilişkiyi açıklayan ve girişimsel müdahalelerin etkinliğini ölçerek literatüre ve hasta bakım ve tedavisine katkı sunmayı hedefler. KLP'ye başvuran hasta

ve yakınlarına verilen tedavi hizmetlerinin kalitesini değerlendirmek, iyileştirmek ve yeni düzenlemeler yapmak için araştırmalar planlar.

4- KLP Hemşireliği

KLP hemşiresi, psikiyatri hemşireliğinde yüksek lisansını tamamlamış bir uzman hemşiredir ve genel hastanede yatan veya ayaktan takip edilen hastaların fiziksel ve psikososyal bakımları arasında köprü görevi görür. Konsültasyon istenen hastalar, psikiyatri asistanı tarafından muayene edilir ve öğretim üyesi tarafından değerlendirildikten sonra KLP hemşiresi, hastanın psikososyal değerlendirmesini ve takip görüşmelerini yapar. Klinik olarak hastaların yakın takibini ve psikososyal bakımını sağlar, servislerdeki hemşirelere rehberlik eder. Eğitim alanında hastalara, ailelerine ve hemşirelere yönelik programlar hazırlar, hemşirelere danışmanlık yapar. Araştırma rolünde, bilimsel çalışmalara katılır ve literatüre katkı sağlar.

5- Özel Alanlar

i- Psikodermatoloji: 1 Şubat 2023 tarihinde Dermatoloji Anabilim Dalı ile yapılan iş birliği sonucu KLP Bilim Dalı bünyesinde “Psikodermatoloji Ünitesi” kurulmuş ve her ay rotasyona gelen bir dermatoloji araştırma görevlisi ile birlikte psikodermatolojik hastaların değerlendirilmeleri ve ortak bilimsel girişimlerde bulunulmasına başlanmıştır.

ii- Algoloji: Kronik ağrı hastalarının multidisipliner yaklaşımla takip ve tedavisi yapılmaktadır. Algoloji Anabilim Dalı’ndan bilim dalımıza rotasyona gelen araştırma görevlisi ile birlikte hastalar değerlendirilir.

iii-Nöroloji: Nöroloji Anabilim Dalı ile inme hastalarının multidisipliner değerlendirilmesi için İnme Ünitesi ile işbirliği ve bilimsel çalışmalar yapılmaktadır.

iv - Genel Cerrahi: Genel Cerrahi, Endokrin ve Anestezi Anabilim Dallarını ile Obezite hastalarının cerrahi öncesi değerlendirilmesi, takibi ve grup terapileri yapılmaktadır. Haftalık konseylerde cerrahi- medikal tedavi kararları verilir ve yeme bozukluğu düşünülen hastaların bilişsel-davranışçı tekniklerle takibi yapılır.

v - Beyin Bilimleri: Nöroloji ve Beyin Cerrahi Anabilim Dalı ile Epileptik Cerrahi, Hareket Bozuklukları ve Derin Beyin Stimülasyonu hastalarının değerlendirilmesine yönelik konsey toplantıları, dirençli Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalarına yönelik psikocerrahi tedavileri planlanmaktadır.

vi- Psikoonkoloji: Onkoloji ve Hematoloji kliniklerinde yatarak ve ayaktan tedavi gören hastaların psikoterapi ve farmakoterapileri, rutin destekleyici görüşmeleri yapılır.

vii- Transplantasyon Psikiyatrisi: Nakil verici ve alıcı adaylarının psikiyatrik onam ve takip açısından değerlendirilmesi farklı psikiyatristlerce ekip çalışması içinde yapılır ve gerektiğinde nakil konseylerine katılım sağlanır.

viii: Acil Psikiyatri: Acil servise başvuran psikiyatri hastalarının stabilizasyonu, psikiyatrik belirtilerle başvuran hastaların ayırıcı tanısının yapılması kapsamında multidisipliner çalışılır ve gerektiğinde eğitim seminerleri ve vaka değerlendirmeleri kapsamında Acil Tıp Anabilim Dalı ile toplantılar düzenlenir.

ix- Üroloji: Penil protez ve sakral noromodulasyon işlemleri planlanan hastaların preop değerlendirilmesi

Psikodermatoloji Ünitesinin Çalışma Düzeni ve Hasta Sonuçları: Psikodermatoloji ünitesinde hastalar bir psikiyatrist ve bir dermatolog ile birlikte değerlendirilmektedir. Hastaların randevuları psikodermatoloji ünitesinde her haftanın salı günü, günde 8 hasta olacak şekilde psikiyatri bölüm sekreteri tarafından oluşturulmaktadır. Randevu gün ve saatinde polikliniğe gelen hastalar önce dermatolog tarafından değerlendirilerek tedavisi düzenlenmektedir. Daha sonra psikiyatrist tarafından değerlendirilerek gerek görüldüğünde hastaya medikal tedavi ve terapi uygulanmaktadır. Değerlendirilen hastalar aynı gün bölümün öğretim üyeleri ile süpervize edilmektedir. Kontrol görüşme planı hem dermatolog hem de psikiyatrist tarafından yine aynı gün planlanmaktadır.

Psikodermatoloji ünitesinde son üç ayda toplamda 73 hasta hizmet almıştır. Psikodermatoloji ünitesinden hizmet alan hastaların yaş ortalaması $48,26 \pm 16,15$ olup, yaş aralığı 19 ile 82 arasında değişmektedir. Hastaların cinsiyet dağılımında kadınlar (%69,9; n=51) erkeklerden (%30,1; n=22) daha fazladır. Medeni durumlarına bakıldığında hastaların %61,6'sı evli (n=45), %26'sı bekar (n=19), %6,8'i boşanmış (n=5) ve %5,5'i dul (n=4) olarak kaydedilmiştir.

Hastaların dermatolojik tanıları arasında en sık görülen durumlar %43,8 (n=32) ile dermatit ve %19,2 (n=14) ile nörodermatit (NE) olmuştur.

Psöriazis %11 (n=8) oranıyla üçüncü sırada yer alırken, diğer tanılar arasında hidradenitis suppurativa (HS), kronik ürtiker, akne vulgaris, büllöz pemfigoid, delüzyonel parazitoz, dermatitis artefakta, tırnak bozukluğu, liken simpleks kronikus, pemfigus foliaceus, trikotillomani ve vitiligo gibi nadir durumlar bulunmaktadır.

Psikiyatrik tanılar arasında en yaygın olanı %54,8 (n=40) ile F32.9 (majör depresif bozukluk, belirtilmemiş) olmuştur. Bunu %26 (n=19) ile F41.9 (anksiyete bozukluğu, belirtilmemiş) ve %17,8 (n=13) ile tanı almadan danışmanlık alanlar takip etmiştir.

Tedavi sonuçlarına bakıldığında, hastaların %34,2'si (n=25) belirgin fayda görmüş, %32,9'u (n=24) kısmi fayda bildirmiş ve %32,9'u (n=24) ya tedaviye başlamamış ya da verilen tedaviyi kullanmamıştır. Bu durum, hastaların tedaviye uyumunun ve etkili sonuç almanın önemini vurgulamaktadır.

Sonuç olarak konsültasyon liyezon psikiyatrisinin işlevsel olabilmesi, sağlık profesyonelleri arasında etkili iletişim ve iş birliğinin sağlanmasında yatar. Bu disiplin, psikiyatrik değerlendirme ve müdahalelerin, diğer tıbbi branşlarla entegrasyonunu mümkün kılarak multidisipliner bir yaklaşımın güçlenmesine katkıda bulunur. Psikiyatristler, dermatoloji, kardiyoloji, nöroloji, dahiliye gibi farklı branşlardan uzmanlarla birlikte çalışarak, hastanın psikolojik durumunu ve tıbbi hastalıklarını bir bütün olarak ele alır. Bu iş birliği, hastaların sadece fiziksel semptomlarını değil, aynı zamanda psikolojik ve duygusal ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurarak daha kapsamlı bir tedavi süreci sağlar. Ayrıca, konsültasyon liyezon psikiyatrisinin ekip çalışması, psikiyatri hemşireleri, psikologlar ve sosyal hizmet uzmanları gibi diğer sağlık profesyonellerinin katılımıyla genişler. Bu multidisipliner yapı, yalnızca fiziksel semptomlara odaklanmak yerine hastaların duygusal, sosyal ve ruhsal ihtiyaçlarını da karşılayan kapsamlı bir bakım sunar. Böylece, ekip çalışması hem hasta memnuniyetini artırır hem de sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve kalitesini yükseltir.

KLP Bilim Dalı Ekibi:

Prof. Dr. Behçet Coşar

Doç. Dr. İrem Ekmekçi Ertek

Uzm. KLP Hemş. Aycan Kayalar

3 psikiyatri araştırma görevlisi ve 1 dermatoloji araştırma görevlisi

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Birimi

Doç. Dr. M.İrem YILDIZ¹, Doç. Dr. Elçin ÖZÇELİK EROĞLU¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Hacettepe Üniversitesi Nörolojik Bilimler ve Psikiyatri Enstitüsü, Klinik Nörolojik Bilimler ve Psikiyatri Anabilim Dalı ile Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından 2010 yılından bu yana Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Yüksek Lisans Programı yürütülmektedir. Yüksek Lisans Programı'nın kurucuları Prof. Dr. M. Kazım Yazıcı ve Prof. Dr. Başaran Demir'dir. Prof. Dr. Başaran Demir halen programın yürütücülüğünü sürdürmektedir. Yüksek Lisans Programı kapsamında programa kabul edilen psikiyatri uzmanları kuramsal dersleri Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyeleri, başka üniversitelerden konuk olarak davet edilen öğretim üyeleri ve hastane KLP uygulamalarında birlikte çalışılan Kadın Hastalıkları ve Doğum, Nöroloji, Dermatoloji, Onkoloji, Hematoloji, Üroloji, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi, Kalp Damar Cerrahisi, Beyin Cerrahi ve Transplantasyon ile ilgili branşların öğretim üyelerinden almaktadır.

Üniversitemiz Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yürütülen konsültasyon hizmetleri, 15 yıldır Anabilim Dalı ile Nörolojik Bilimler ve Psikiyatri Enstitüsü işbirliği ile sürdürülen, psikiyatri eğitimini tamamlamış hekimlerin genel hastane hizmetleri içerisinde görülen psikiyatrik hastalıkların tanı-tedavi süreçleri hakkında ileri düzeyde uzmanlaşmalarını hedefleyen Türkiye'de ilk ve tek Konsültasyon Liyezon Yüksek Lisans Programı kapsamında kurulmuş olan Konsültasyon Liyezon Birimi tarafından yürütülmektedir. İlgili Yüksek Lisans Programı'nın ilk iki mezunu olan Doçent Dr. Elçin Özçelik Eroğlu ve Doç. Dr. M. İrem Yıldız, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı içindeki Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi Birimi'nin klinik uygulamalarını yürütürken birimde KLP rotasyonunu yapan uzmanlık öğrencileri, yüksek lisans programı

öğrencileri olan psikiyatri uzmanları ile birlikte çalışmaktadırlar. Birim öğretim üyeleri Hacettepe Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimini sürdüren öğrencilerle birimdeki rotasyonları sürecinde ve tüm uzmanlık eğitimi gören öğrencilerle anabilim dalı eğitim programında yer alan temel eğitim saatleri kapsamında kuramsal dersleri de yürütmektedir. KLP Birimi liyezon uygulamaları kapsamında, bölümümüze konsülte edilmiş, bedensel hastalıkları nedeniyle ilgili bölümlerinde yatarak ya da ayaktan tedavi gören hastaların tanı ve tedavi süreçlerini gözden geçirmek için yatak başı toplantılar düzenlemektedir. Birimimizde yürütülen KLP polikliniği KLP birimi öğretim üyeleri ve birimde KLP rotasyonunu sürdüren uzmanlık öğrencileri ile birlikte haftada bir yarım gün olmak üzere sürdürülmektedir. Poliklinikte ağırlıklı olarak böbrek ve karaciğer transplantasyonu sürecinde alıcı ve verici aday kişilerin değerlendirilmesi, bariatrik cerrahi, sakral nöromodülasyon, penil protez cerrahisi adaylarının, çeşitli birimlerce otoimmün hastalıklarla ilgili ilaçların başlanacağı hastaların tedavi öncesi ve sürecinde değerlendirilmesi ile ilgili klinik uygulamalar yürütülmektedir. Onkoloji Hastanesi'nde yatarak tedavi gören hastaların ruhsal yakınmaları ile ilgili konsültasyon liyezon uygulamaları hastanenin hemşirelik hizmetleri ve hastanede çalışan klinik psikolog ile işbirliği içinde yürütülmekte, taburculuk sonrasında gerektiğinde hastalar KLP polikliniğinde izlenmeye devam edilmektedir. Bu klinik uygulamaların yanı sıra birim öğretim üyeleri çeşitli branşlarla birlikte bedensel ve nöropsikiyatrik hastalıkların izlemi ve hastalıkların fizyopatolojisi ve tedavisiyle ilgili akademik çalışmaların yürütüldüğü programların bir üyesi olarak da çalışmaktadırlar. Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı ile yürütülen program kapsamında HIV pozitif olduğu saptanan tüm hastalar, HIV ile ilgili durumlarını öğrendikleri ve ilgili tedavinin planlandığı ilk günlerde rutin olarak bölümümüzde değerlendirilmekte, izlemde HIV ile ilişkili ruhsal durumlarla ilgili tedavi gereksinimleri olduğunda bölümümüze başvuruları teşvik edilmektedir. Nöroloji Anabilim Dalı ile birlikte nöropsikiyatrik belirtileri olan hastalıklarla ilgili çeşitli gruplar da birimiz öğretim üyelerinin katılımıyla sürdürülmektedir (Parkinson Hastalığı, Otoimmün Ensefalitler, Demiyelizan Hastalıklar, Fonksiyonel Nörolojik Bozukluklar vb).

Konsültasyon Liyezon Yüksek Lisans Programımızdan şimdiye kadar mezun olmuş psikiyatri uzmanları mezuniyet tarihi sırasıyla İrem Yıldız, Elçin Özçelik Eroğlu, Demet Sağlam Aykut, Yasemin Koçyiğit, Şükrü Alperen Korkmaz, Şule Bıçakçı Ay, Gamze Gürcan. Hali hazırda 3 yüksek lisans öğrencisi psikiyatri uzmanı da programda eğitimini sürdürmektedir (Hayrican Özden, Ayşe Gökçen Gündoğmuş, Nilgün Oktar Erdoğan).

T.C. S.B İzmir Şehir Hastanesi Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Uygulamaları ve Planlananlar

Doç. Dr. Esin ERDOĞAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

İzmir Şehir Hastanesi, Psikiyatri Klinikleri, Türkiye

İzmir Şehir Hastanesi Ekim 2023 tarihi itibarıyla sağlık hizmeti vermeye başlamış, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalının kurulmasıyla Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (KLP) alanında da kademeli olarak çalışmalar başlatılmıştır. Hastanenin toplam yatak kapasitesi 2.060 olup kampüs içinde çoğunluğu Onkoloji, Palyatif Bakım, Organ Nakli, Nöroloji, Kadın Doğum ve Jinekoloji, FTR, Genel Cerrahi, Dermatoloji vb branşlarından gelen günde ortalama 25 hastanın tanı ve tedavisinin düzenlendiği poliklinik hizmeti en az iki psikiyatri uzmanı ve asistan hekimler tarafından verilmektedir. Aynı zamanda tüm kliniklerden gün içerisinde tarafımıza danışılan yatan hastalara yerinde konsültasyonlar aynı gün içerisinde uygulanmakta, ilgili klinikle multidisipliner bir çalışma ile tedavi süreçleri planlanmaktadır.

Gelecek yıl için hedeflerimiz arasında, diğer kliniklerin eğitim programlarına katılım sağlayarak multidisipliner bir yaklaşımın güçlendirilmesi yer almaktadır. Bu kapsamda, acil servis, palyatif bakım, onkoloji, organ nakli, dermatoloji, nöroloji, algoloji, kadın hastalıkları gibi farklı kliniklerde eğitim faaliyetleri planlanmaktadır. Özellikle perinatal dönem ve ilişkili sorunlar açısından, ilgili branşların hekimleri ile hemşire ve ebe gruplarına yönelik özel eğitim faaliyetleri düzenlenecektir. Ek olarak, kronik tıbbi hastalıkları olan hasta gruplarıyla çalışan hekim ve hemşirelere yönelik kurslar şeklinde eğitim ve araştırma faaliyetleri yürütülmesi de önceliklerimiz arasındadır.

Tarafımıza konsültasyon ile danışılan hastaların çoğunluğunu, tıbbi hastalığa ikincil psikiyatrik hastalık tanısı alanların oluşturduğu görülmektedir. Tedavi süreci başlatılan bu hastaların tarafımızca özelleşmiş

bir KLP polikliniğinde takibi önem arz etmektedir. Bu hasta grupları arasında onkoloji, palyatif bakım, kronik ağrı, obezite, transplantasyon, perinatal dönem, cinsel kimlik disforisi, demans hastalarının özelleşmiş psikiyatrik dal polikliniğinde takibi multidisipliner yaklaşımın ve tedavi hizmetine ulaşımın devamlılığı açısından tarafımızca planlanmaktadır.

Psikiyatri ekibimizin, hastanenin farklı alanlarıyla iş birliğini artırarak ve sürekliliğini sağlayarak biyo-psiko-sosyal bütünlük yaklaşımını güçlendirme hedefi doğrultusunda çalışmalarını sürdürmesi planlanmaktadır. Bu doğrultuda, büyük hastane ünitelerinin barındıran Şehir Hastanesi'ndeki dahili ve cerrahi tıp bölümleri ile psikiyatri arasında köprü oluşturulması, hasta bakımında kapsamlı ve bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesine katkı sağlayacaktır.

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Hizmetlerinde İletişim Yüksek Lisans Programı

Prof. Dr. Erol ÖZMEN¹, Prof. Dr. Erol OZAN²

*¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı
emekli öğretim üyesi, Serbest Hekim, İzmir*

*²Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı
Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Birimi*

Türkiye Psikiyatri Derneği tarafından konsültasyon-liyezon psikiyatrisi “genel klinik tıp ve çeşitli uzmanlık alanları ile ruhsal ve psikososyal durumlar arası bağlantıları araştıran, fiziksel hastalıklara eşlik eden psikiyatrik bozukluk ve psikososyal sorunların tanısı, tedavisi ve izlenmesi ile uğraşan psikiyatri disiplindir” şeklinde tanımlanmaktadır. Bu amaca ulaşılmasında konsültasyon-liyezon psikiyatristleri ve konsültasyon-liyezon psikiyatrisi hemşirelerine düşen önemli görevlerden birisi de diğer sağlık çalışanlarının bu amaç çerçevesinde eğitilmesidir. Bu eğitimin içeriğinde belki de en can alıcı nokta özellikle hekim ve hemşireler olmak üzere sağlık çalışanlarına ruhsal sorunları olan hastaların tanılanmasını ve hastalarla terapötik bir iletişim kurulmasını sağlayan iletişim becerileri kazandırmaktır.

Sağlık çalışanlarına nitelikli ve terapötik iletişim becerileri kazandırmak amacıyla 2012 yılında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü bünyesinde Sağlık Hizmetlerinde İletişim Anabilim Dalı kuruldu. İzleyerek Anabilim Dalı bünyesinde tezli ve tezsiz uzaktan Sağlık Hizmetlerinde İletişim Yüksek Lisans Programları açıldı. Bugüne kadar tezli yüksek lisans programından 20, uzaktan tezsiz yüksek lisans programından 445 öğrenci mezun oldu. Yüksek lisans programları öğrencilerinin büyük bir kısmını hemşireler oluşturmaktadır. Öğrenciler arasında az sayıda hekim bulunmaktadır.

Uzaktan eğitim tezsiz yüksek lisans programında yer alan ve Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği,

Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ve İletişim Fakültesi öğretim üyeleri tarafından verilen dersler aşağıdaki gibidir:

- Sağlık Hizmetlerinde İletişimin Kuramsal Boyutları
- Davranışın Oluşumunu Etkileyen Psikolojik Etmenler
- Kişilik
- Eğitim ve Öğretim Yöntemleri
- Risk Grupları ve Yakınları ile İletişim
- Sağlıklı Tutum ve Davranış Geliştirme
- Sağlık Hizmetlerinde Sosyal Pazarlama
- Kurum İçi İletişim
- Zor Hasta ve Hasta Yakını ile İletişim
- Kitle İletişimi
- Bilimsel Araştırma Yöntemleri ve Yayın Etiği

Bu derslerde işlenen konu başlıkları ile ilgili bazı örnekler aşağıda sıralanmıştır:

- Kişilik yapılarının sağlık çalışanı – hasta iletişimine etkisi
- Kişilik bozuklukları ve iletişime etkisi
- Zor hasta ve hasta yakınları ile baş etme
- Öfkeli hasta ve hasta yakınları ile baş etme
- Anksiyeteli hasta ve hasta yakınları ile baş etme
- Depresyonlu hasta ve hasta yakınları ile baş etme
- Açıklanamayan bedensel yakınmaları olan hasta ile iletişim
- Uyumsuz hasta
- Üsteleyici hasta ile iletişim
- Kötü haberi vermek
- Kanserli hastayla iletişim
- Yaşlılık; yaşlı hastayla iletişim
- İnme hastası ve yakınlarıyla iletişim
- Bilişsel kusurları olan ve bunama hastası ile iletişim
- Zihinsel yetersizliği olan hastayla iletişim
- Otizm yelpazesi bozukluğu ve iletişim
- Şiddete eğilimli hasta ve hasta yakını ile iletişim
- Acil sağlık hizmetlerinde iletişim

Mezun öğrencilerin yazılı ve sözlü geribildirimleri yüksek lisans programının amacına

ulaştığını ve bu tür eğitimlerin motivasyonu yüksek sağlık çalışanlarına uzaktan verilebileceğini düşündürmüştür. Mezun öğrencilerin geribildirimlerine örnekler aşağıda sıralanmıştır.

- «Yüksek lisans programının uzaktan eğitim şeklinde olması nedeniyle fazla bir beklentim yoktu. Fakat dersler başlayınca tamamen farklı düşünmeye başladım. Ders içerikleri, insanın normal hayatında kullanabileceği bilgiler, yöntemler açısından zengindi.»
- «Bu bölümü seçtiğim için ve siz değerli hocalarımla tanıştığım için öncelikle kendimi çok şanslı hissediyorum. En başta genel kültür düzeyimin arttığını düşünüyorum. Bunun dışında empati duygumun gelişip, insanlara bakış açımın değiştiğini ve farkındalığının arttığının farkındayım. Her şey için çok teşekkürler.»
- «Bu bölümden çok fayda gördüm. Hem kişisel gelişimime hem de insan ilişkilerinde çok işime yaradı. Olaylara, insanlara bakış açımı genişletti. Günlük hayatımızda, iş yaşantımızda çok işimize yarayacağını düşünüyorum.»
- «... Kesinlikle olumlu olduğunu düşünüyorum. Öncelikle iletişim alanında kendimi geliştirdiğimi ve bilgilendiğimi düşünüyorum. Hastalıklara ve hastalara yaklaşımım değişti. Daha çok empati kurabiliyorum.»
- «... Kendime, hastalarım, hayatıma bakış açım; farkındalığım arttı. Bu kadar verimli olacağını düşünmemiştim. Tüm dersleri zevkle dinledim. Hocalarımız çok emek verip bilgileri nakış gibi işlediler. Her şey için teşekkürler»
- «Programa başladığımda uzaktan eğitimi hafife almışım. Uzaktan olmasının daha basit olacağını düşünmüştüm. Dersler başlayınca ders dinlemenin bana kattıklarını ve derslerin nasıl eğlenceli geçtiğini fark edince tüm derslere canlı olarak katıldım. Dersler kişisel ve mesleki hayatıma çok şey kattı.»

Kaynaklar :

Türkiye Psikiyatri Derneği (2020) Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi yan dalı hakkında görüş. 21.11.2024 tarihinde <https://psikiyatri.org.tr/2270/konsultasyon-liyezon-psikiyatrisi-yan-dali-hakkinda-gorusadresindenindirildi>.

Kötü Haber Verme ve Sonrası

Gamze GÜRCAN¹, Abdullah AYDOĞMUŞ², Ayşe İpek KALAN³
TOBB ETÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı¹, TOBB ETÜ Tıp Fakültesi²
T.C. Sağlık Bakanlığı Konya Şehir Hastanesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı³

Kötü haber sonuçları beklenenden daha olumsuz olan, bireyin şu anki yaşamını ve geleceğe bakışını olumsuz etkileyen ve büyük ölçüde değiştiren, ümit etme duygusunu yok eden, fiziksel ve ruhsal iyilik halini bozan, haberi alan kişide uzun süre devam eden bilişsel, davranışsal veya duygusal bir zorlanmayla sonuçlanan her türlü bilgiyi kapsamaktadır. Herkes için kötü olabilecek haberler olduğu gibi, kötü haber algısı kişiden kişiye ve zamana göre değişebilir. Neyin “kötü haber” olduğu, bireyin inançlarına ve algılarına bağlıdır. Örneğin, hastanede yatan bir hasta, daha önce teşhisin kanser olduğuna inandığı için parazitik kist teşhisi ile rahatlayabilir. Öte yandan başka bir kişi için, hastalığın getireceği yükler nedeniyle, diyabet teşhisi tedirgin edici bir haber olarak görülebilir.

Kötü haber hasta ve hasta yakınları için örseleyicidir. Uygun şekilde verilmediğinde, kötü haberi alan üzerinde daha da örseleyici etkiler yaparak hastanın tedaviye uyumunu, hekime ve tedaviye olan güvenini, hasta hekim ilişkisini, iyileşme sürecini olumsuz etkileyebilir. Kötü haberi alan kişide umutsuzluk ve çaresizlik duyguları tetiklenir. Kötü haberi alan kişi şok olma, korku, mutsuzluk, pişmanlık, hissizlik, anlamsızlık gibi tepkiler verebilir.

Elizabeth Kubler Ross'a göre, kötü haber alan bireyler çeşitli psikolojik evrelerde geçer.

1.İnkâr- Bu dönemde haberi kabullenmek istemez, gerçeği reddeder, ya da hata olduğunu düşünür.

2.Öfke – Öfke aşamasında kişi neden benim başıma geldi diye düşünür. Bazen öfke sadece çevresindekilere değil kendine de yönelir.

3.Pazarlık- Durumu değiştirmek, iyi olduğu döneme dönme isteğidir. Hasta bu dönemde tedaviye uyum ve çaba gösterir.

4.Depresyon- Kişi kötü haberden dolayı depresyona girer. Bu evrede

hasta kayıplarını fark eder, kötü haberi almadan önceki yaşamının, sağlıklı halinin yasını tutar.

5.Kabullenme- Kişinin olan biteni kabullendiği aşamadır.

Kötü haberi, hastayı takip eden ve tanıyı koyan doktor tarafından verilmesinin uygun olduğu konusunda görüş birliği vardır. Hastanın tanı ve tedavisine eşlik eden birden fazla doktor varsa, kötü haber bu ekip tarafından birlikte verilir. Kötü haber verme ile ilgili birçok protokol geliştirilmiştir. Hastaya kötü haber vermek için en yaygın kullanılan model Baile ve arkadaşları tarafından geliştirilen SPIKES protokolüdür. Başlangıçta kanserli hastalar için geliştirilmiş olsa da, model farklı klinik durumlarda da uygulanabilir. SPIKES protokolü altı basamaklı bir algoritmadır:

1. S(setting up) Hazırlık: Hasta ile görüşme yapmadan önce hazırlık yapılmalıdır. Hastanın klinik bilgileri gözden geçirilmeli, doğru hasta ve doğru tanıdan emin olunmalıdır. Hastanın yanında birisinin bulunmasını isteyip istemediği sorulmalı, hastanın istediği bir yakını var ise görüşmeye dahil edilmelidir. Yakınının olması hem konuşulanların anlaşılması, hem de hastaya destek olunması bakımından önemlidir. Hekim hastaya hangi bilgileri vereceği konusunda planlama ve hazırlık yapılmalıdır. Görüşme yapılacak alan da uygun şekilde hazırlanmalı, hastanın sosyokültürel ve eğitim düzeyine göre sade, açık ve anlaşılır bir dil kullanılmalıdır.

2.P(perception) Hastanın algısı ve bakışı: Hastanın habere bakışını değerlendirmek için açık uçlu sorular sorularak, hastalıkla ilgili kaygıları, beklentileri, hastalığa yüklediği anlam anlaşılmalı, varsa yanlış anlaşılımlar düzeltilmelidir.

3.I(invitation) Hasta neyi, ne kadar bilmek istiyor: Bu aşamada hastanın bilginin tüm detaylarıyla yüzleşmeye ne kadar hazır olduğu değerlendirilir. Hastanın tanı ve hastalığın gidişyle ilgili ne kadar bilgi almak istediği, bu bilgiyi kimlerle paylaşmak istediği öğrenilmelidir.

4.K(knowledge) Bilgi verme: Hastaya bilgilendirme yapılırken öncelikle hastaya kötü haber verileceği belirtilmelidir. Bilgiyi vermeden önce hazırlayıcı bir giriş yapmak haberin şok etkisini azaltmaktadır. Bilgiler parça parça ve adım adım verilerek, hastanın anladığından emin olunarak anlatılmalıdır.

5.E(exploring/empathy) Empati yapma: Hasta kötü haber ile ağlama, donup kalma, bağırıp çağırma gibi duygusal tepkiler gösterir. Hastanın

duygusal durumu ile baş etmesini destekleyecek empatik, olumlu ve destekleyici bir tutum içinde olunmalıdır.

6. S(strategy/summary) Planlama: Süreç gözden geçirilir, hastanın soruları yanıtlanır, tetkik ve tedavi planı anlatılır. Hastaya gerçekçi olmayan umut verici bilgiler verilmemesi gerektiği gibi, umudunu kıracak söylemlerden de sakınılmalıdır.

KLP uygulamalarında kanser gibi ağır tedavi süreçleri olan, yaşamı tehdit eden, gidişin belirsiz olduğu tanılara sahip hastalarla sıklıkla karşılaşmaktadır. Bu hastaların destek ihtiyaçlarını belirlemeden ve destek kaynaklarına yönlendirmeden önce baş etme güçlerinin ve hastalığı yönetme becerilerinin takdir edilmesi önemli görünmektedir. Hastaları psikiyatrik destek kanallarına yönlendirirken, hastada baş edemiyorsunuz algısını oluşturmaktan önce özenli bir şekilde bu yönlendirmenin yapılması uygun olacaktır. Kötü haberi alan kişi beklediğimiz tepkileri vermeyebilir, bize göre uygun ya da olağan olmayan tepkileri vermemesi, yeterince üzülüyor oluşu, nedeni ile hastayı “olağan” tepkiler içine çekmeye çalışmakta ısrarcı olunmamalı, affekt hastanın affetiyle dengelenmelidir. Hasta bazen sürecin ne kadar zor olduğunu konuşmak isteyebilir, telaş ve aceleyle öneri ve tavsiyelere geçmeden önce hastanın sadece dinlenilmesi önemli görünmektedir. Hasta kemoterapi gibi ağır tedaviler alıyor ve bu tedavilerin yan etkileri nedeniyle güçlükler yaşıyor olabilir. El altında verilebilecek destek tedavileri için çekimser olunmamalı, antidepresan gibi etkisi geç başlayan ilaçların yanında hastanın ihtiyacına ve beklenen etkinin aciliyetine göre anksiyolitik ve hipnotikler, iştah düzenleyici ajanlar, olanzapin gibi antiemetik etkili ilaçlar reçetelenmelidir. Hastanın yakınları ve tedavi ekibiyle işbirliği içinde olunmalı ve bilgilendirme yapılmalıdır.

Kaynaklar:

- Arnold S, Koczwara B. Breaking bad news: learning through experience. *Journal of Clinical Oncology*. 2006;24(31):5098-100. 25.
- Baile W, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale E, Kudelka A. SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The oncologist*. 2000;5(4):302-11.
- Kübler-Ross E, Kessler D. On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss: Simon and Schuster; 2005.

Psikiyatriye Farklı Kliniklerden Konsültasyon ile Gelen Hastaların Anksiyete, Depresyon ve Somatosensoryal Amplifikasyonu

Yarkın ÖZENLİ¹, Emre ÇAVUŞOĞLU¹, Cengiz CENGİZİS²,

Banu KARA³

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D¹, Gastroenteroloji A. D³.

Manisa Ruh Sağlığı Hastanesi Psikiyatri²

GİRİŞ

Psikiyatrik konsültasyonlarda amaç sadece psikiyatrik tanı koymak değil fiziksel alan ile ruhsal alan arasındaki bağlantıyı ve etkileşimi ortaya çıkarmaktır. Psikiyatri polikliniklerine konsültasyon ile en çok başvurunun dahili bilimlerden olduğu bilinmektedir. Konsültasyonla psikiyatri polikliniğine gönderilen hastalarda anksiyete bozuklukları ve depresyon daha sık olduğu bildirilmiştir (Aydemir 1999). Ayrıca fiziksel hastalığın varlığı ile kişi dikkatini daha fazla vücuduna çevirir. Barsky 1992 de somatizasyon belirtileri üzerinde önemli olan somatosensoryel amplifikasyonu tanımlamıştır. Somatosensoryel amplifikasyonu olan fiziksel hastalığı olduğuna inanan hastaların somatik duyularına odaklanma eğilimleri olduğu ve somatik duyuları zararlı ve rahatsız edici olarak yaşadıklarını öne sürmektedir (Barsky ve ark. 1990). Bu çalışmada amaç psikiyatri polikliniğine farklı polikliniklerden gelen hastaların anksiyete, depresyon ve somatosensoryel amplifikasyon değerlerini ölçerek karşılaştırılmasıdır.

YÖNTEM

Çalışma grubu 169 konsültasyonla gelen hastadan oluşmuştur. Konsültasyonla gelen grubun 43 kişi nörolojiden konsültasyonla gelen (NKG),48 kişi gastroenterolojiden konsültasyonla gelen (GKG), 38 kişi kardiyolojiden konsültasyonla gelen (KKG) ve 40 kişi ise dahiliyeden konsültasyonla gelen (DKG) grup olarak gönderilmiştir. Kontrol grubu olarak 32 sağlıklı gönüllü çalışmaya alınmıştır. Çalışma kesitsel bir çalışma

olup etik kurul onayı alınmıştır. Çalışma grubu ve kontrol grubuna katılan kişiler yazılı onam vermişlerdir. Çalışma Adana Şehir Hastanesi ve Kozan Devlet Hastanesi Psikiyatri polikliniklerinde yürütülmüştür. Hasta grubuna demografik veri formu, Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) ölçeği ve Somato-Sensoryel a-Amplifikasyon (SSA) ölçeği verilmiştir. Kontrol grubuna HAD ölçeği dışındaki demografik veri formu ve SSA ölçeği verilmiştir.

HAD Ölçeği: Hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek için geliştirilmiş, dörtlü likert tipi bir ölçektir. Toplam 14 soru içermektedir. Formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği bulunmaktadır.

SSA Ölçeği: Bedensel duyumları abartma ölçeği, 10 maddeden oluşan, rahatsız edici bedensel duyumlara olan duyarlılığı ölçmek için kullanılan bir ölçektir. 1-5 likert tipi bir ölçektir. Yüksek puan abartılı algılamayı gösterir.

İstatistiksel analiz: Gruplarımız normal dağılıma sahip ve ikiden çok olduğundan verilerinin değerlendirilmesinde one-way ANOVA testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin analizinde ki-kare testi kullanılmıştır. Verilerin analizi SPSS 22.0 istatistiksel paket programı kullanılmıştır.

SONUÇLAR

Sosyodemografik verilerden cinsiyet, eğitim ve meslek açısından anlamlı istatistiksel fark pearson kare testi ile çıkmış olup gruplarımızın büyük çoğunluğunun kadın, düşük eğitim düzeyi olan ve mesleki açıdan işsiz ve ev hanımlarından oluşması farkı doğurmuştur (cinsiyet:kikare=22.25, p=0.000, eğitim kikare=25.82, p=0.011, meslek kikare=36.01, p=0.000). Yaş ve medeni durumlar açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır. Sırasıyla; (p>0.05) (kikare=8.38, p=0.387).

Konsültasyon grupların HAD-A ort±SD:NKG:11.44±4.63,GKG:12.14±3.16,KKG: 14.63±2.40* ve DKG:12.32±3.58 olarak bulunmuştur. Konsültasyon grupları arasında HAD-A değeri açısından one-way ANOVA testi ile anlamlı fark saptanmıştır (F=5.812, p=0.001). Gruplar arasında HAD depresyon testi için fark bulunmamıştır (p=0.792). Ancak tüm grupların ortalaması bu test için kesim noktası üzerinde olup (kesim noktası=7-8) yüksek olarak bulunmuştur.(Konsültasyon grupların HAD-D ort±SD: NGK:9.60±4.55,GKG:9.22±3.78, KKG:9.07±3.15 ve DGK:9.87±3.91 olarak bulunmuştur.

Konsültasyon gruplarının SSA Ölçeği ortalamaları NKG: 27.74±6.30, GKG:32.31±6.94*, KKG:28.42±6.94 ve DKG:28.90±6.17 olarak bulunmuştur. SSA ölçeği açısından tüm konsültasyon grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark bulunmuştur (sd eror=1.278, p=0.014). Tüm konsültasyon grupları ile kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (F=82.893, p=0.000).

TARTIŞMA

Çalışmamızda tüm konsültasyon gruplarının depresyon ortalaması testin kesim noktası üzerinde olduğu saptanmıştır. Bu sonuç aynı grup hastalarla yapılan çalışmalarla uyumludur (Korkmaz ve ark. 2017, Aydemir 1999). Çalışmamızda anksiyete değerleri arasında fark saptanmıştır. Fark KKG grubunun anksiyete ortalaması diğer gruplara oranla yüksek olarak bulunmasından kaynaklanmıştır. Literatürde kardiyolojik hastalarda anksiyetenin yüksek olarak bulunduğu belirlenmiş olup bu sonuçların çalışmamızla uyumlu olduğu gözlenmiştir (Korkmaz ve ark, Zincir BS ve ark).

Çalışmamızda somatosensoryel amplifikasyon değerleri açısından tüm konsültasyon grupları ile kontrol grubu arasında ve konsültasyon grupları arasında istatistiksel farka rastlanmıştır. Bu sonuç çeşitli hasta gruplarıyla yapılmış çalışmalarla uyumludur (Spano ve ark. 2021, Zincir ve ark. 2014). Sonuç olarak özellikle somatik abartılı algılamının beyindeki fonksiyonel ya da yapısal bir bozukluğa bağlı olup olmadığı bilinmemektedir. Bu konuda ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

- Aydemir Ö (1999) Psikiyatri Konsültasyonu El Kitabı. İstanbul, Matsan, s:17-46.
- Barsky AJ, Wyshak Gş, Klerman GL (1990) The Somatosensory Amplification Scale and its relationship to hypochondriasis. J Psychiatry Res 24: 323-34.
- Korkmaz H, Korkmaz S, Yıldız S ve ark (2017) Determination of health anxiety, anxiety, and somatosensory amplification levels in individuals with normal coronary angiography. Biomed Res Int 252:114-117.
- Spano VE, Tina V. Imbriglio TV ve ark. (2021) Increased somatosensory amplification is associated with decreased pressure pain thresholds at both trigeminal and extra-trigeminal locations in healthy individuals. 48:10-17.

Zincir SB, Sümbül M, Sümbül EA ve ark (2014) Evaluation of Alexithymia, Somatosensory Sensitivity, and Health Anxiety Levels in Patients with Noncardiac Chest Pain. Biomed Res Int 25:1-6.

