

Editör

Fisun AKDENİZ

1984-1990 yılları arası Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olduktan sonra 1990-1991'de Buca SSK Hastanesi'nde İç hastalıkları asistanlığı ve 1991-1996 yılları arasında Ege Üniversitesi'nde Psikiyatri asistanlığı yapmıştır. 1999'da Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nde konuk araştırmacı olarak görev yapmıştır. 2003'de Hollanda Maastricht Üniversitesi'nden Duygulanım Sinirbilimi yüksek lisansını tamamlamıştır. Mayıs 2004'te doçent ve Ocak 2011'de psikiyatri profesörü ünvanı almıştır. Şubat 2015'de Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden emekli olup özel çalışmaya başlamıştır. Depresyon, bipolar bozukluk ve kadın ruh sağlığı konusunda İngilizce ve Türkçe yayınlanmış elliye yakın makale, iki kitap, sekiz kitap bölümü ve bir kitap editörlüğü vardır. Yurtiçi ve yurtdışında bipolar bozukluk, depresyon, kadın ruh sağlığı konusunda konferanslar vermektedir.

Aile Hekimleri için Psikiyatri

© 2017 Türkiye Psikiyatri Derneği

Tanıtım için yapılacak alıntılar dışında Türkiye Psikiyatri Derneği'nin izni olmaksızın hiçbir yolla çoğaltılamaz.

ISBN: 978-605-65673-5-3

TPD Yayınları

1. baskı | 2017

Baskı Adedi: 5000

Editör: Fisun Akdeniz

Son Okuma: Ekin Sönmez, Tolga Binbay, Hatice Özdemir, Taner Yılmaz,
Ömer Aydemir (TPD Yayıncılık Kurulu)



Yayın Hizmetleri

BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.

Ziya Gökalp Cad. 30/31, 06420 Kızılay, Ankara

Tel: (0.312) 431 30 62

www.bayt.com.tr

Baskı

Miki Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti.

Matbaacılar Sanayi Sitesi

560. Sk. No: 27, Yenimahalle / Ankara

Tel: (0.312) 395 21 28

Baskı Tarihi

Nisan 2017

Aile Hekimleri için Psikiyatri

Editör

Fisun AKDENİZ



TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ
YAYINLARI

YAZARLAR

Timuçin Oral, Prof. Dr., İstanbul Ticaret Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Emekli Öğretim Üyesi, İstanbul

Ebru Aldemir, Öğr. Gör., Uzm. Dr., Ege Üniversitesi Ege Üniversitesi Madde Bağımlılığı, Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü, İzmir

Haldun Soygür, Doç. Dr., Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa

Ömer Aydemir, Prof. Dr., Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa

Işıl Vahip, Prof. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı emekli öğretim üyesi, İzmir

Simavi Vahip, Prof. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Ejder Akgün Yıldırım, Doç. Dr., Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Peykan Gökalp, Prof. Dr., Serbest Hekim, İstanbul

Şebnem Pırıldar, Prof. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

A. Tamer Aker, Prof. Dr., İstanbul Bilgi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Travma ve Afet Çalışmaları Uygulamalı Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

Esra Işık, Uzm. Dr., Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Travma ve Afet Çalışmaları Birimi, Kocaeli

Ayşin Noyan, Prof. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Şükrü Uğuz, Prof. Dr., Çağ Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, Mersin

Mahmut Onur Karaytuğ, Uzm. Dr., İslahiye Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniği, Gaziantep

Cüneyt Evren, Doç. Dr., Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Özlem Kuman, Öğr. Gör. Uzm. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Cem İncesu, Prof. Dr., Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Fisun Akdeniz, Prof. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı emekli öğretim üyesi, İzmir

Fulya Maner, Doç. Dr., Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Türkay Demir, Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı emekli öğretim üyesi, İstanbul

Işın Baral Kulaksızoğlu, Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

İÇİNDEKİLER

Acil Psikiyatri	1
E. Timuçin Oral	
Akılci Psikiyatrik İlaç Kullanım İlkeleri.....	9
Ebru Aldemir	
Şizofreni	17
Haldun Soygür	
Depresyon	39
Ömer Aydemir	
İntihar Davranışı ve İntihar Davranışında İlk Yardım.....	59
Ebru Aldemir	
Kayıp ve Yas.....	67
Işıl Vahip	
Bipolar Bozukluklar.....	73
Simavi Vahip	
Birinci Basamakta Anksiyeteye Yaklaşım	91
Ejder Akgün Yıldırım, Peykan G. Gökalgp	
Panik Bozukluğu	105
Şebnem Pırıldar	
Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Travmaya Yaklaşım	119
A.Tamer Aker, Esra Işık	
Bedensel Hastalığı Olanlarda Ruhsal Bozukluklar	151
M. Aysin Noyan	
Somatik Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar	173
Şükrü Uğuz, Mahmut Onur Karaytuğ	
Alkol Kullanım Bozukluğunda Tanı ve Tedavi	187
Cüneyt Evren	
Uyku Bozuklukları	209
Şebnem Pırıldar, Özlem Kuman	

Cinsel Bozukluklar	215
Cem Incesu	
Yeme Bozuklukları	227
Fisun Akdeniz, Fulya Maner	
Çocuk ve Ergenlerde Psikiyatrik Bozukluklar	239
Türkay Demir	
Gebelik ve Emzirme Döneminde Psikotrop İlaç Kullanma İlkeleri	265
Fisun Akdeniz	
Demanslar ve Yaşlılık Psikiyatrisi	271
Işın Baral Kulaksızoğlu	
Psikiyatride İlaç Etkileşimleri	279
Özlem Kuman	
Psikotrop İlaçlar	285
Özlem Kuman	

Değerli hekimler,

Aile Hekimleri için Psikiyatri kitabının 2. baskısının editörlüğü önerildiği zaman heyecanlandım. Güncellenmenin basılmasının Dünya Sağlık Örgütü'nün depresyona yönelik önyargıları kırmak için başlattığı "Let's Talk" kampanyasının başladığı günlere rastlamış olması da anlamlı olduğunu düşünüyorum.

Türkiye Psikiyatri Derneği'nin verilerine göre her 7 kişiden birinde ruhsal bozukluk tanısı vardır. Bu kişilerin büyük çoğunluğunun ruh sağlığı ve hastalıkları hekimleri dışındaki hekimlere başvurabildiği düşünülünce özellikle sık görülen ve yetiyetimine yol açan ruhsal bozuklukların tanınması ve ilk başvuru yerinde mümkünse tedavi edilmesi ya da yönlendirilmesi bu kitabın önemini vurgulamaktadır. İkinci baskıda özellikle son yıllarda daha ön plana çıkan anksiyete ve travmaya bağlı ruhsal durumlar daha kapsamlı olarak ele alınmıştır ve bu yeni bilgilerin tüm hekimler için yakınması olan kişileri yönlendirmek için kılavuz olacağını düşünüyorum.

Bu kitabın güncellenmesinde katkısı olan tüm meslektaşlarıma çok teşekkür ediyorum.

Fisun Akdeniz

Acil Psikiyatri

E. Timuçin Oral

“Aceleyi yavaş yapınız”

Oğuz Arkonaç

Giriş

Psikiyatrik acil “duygu, düşünce ve davranış alanlarının bir ya da birkaçında ortaya çıkan belirtiler, hasta veya diğer insanlar için tehdit oluşturduğunda ve acil psikiyatrik yardım gerektirdiğinde oluşan durum” şeklinde tanımlanabilir. Genel acilde hastaların %2-15’i psikiyatrik belirtiliyle başvurumaktadırlar. Acile gelen psikiyatrik hasta ise alışılmış olanın dışında düşünme veya davranış, kendine veya etrafına zarar verme olasılığı olan, çoğunlukla kendi isteği dışında getirilmiş bulunan hasta demektir. Süreç genellikle hızlıdır, sorun karmaşık ve çoğu kez de çok ciddidir. Tıpkı bilinci kapalı kimsesiz hastalardakine benzer biçimde bilgi yetersizliği söz konusudur; çabuk değerlendirme gereksinimi vardır ve hekimden mutlak sonuç alması beklenmektedir. Psikiyatrik rahatsızlığı olan hastaların periyodik olarak ortaya çıkabilen acil tabloları ve bunlara müdahaleler, yeni veya yineleyen hastalık dönemleri, kendini yaralama davranışları, psikiyatrik hastalığı olmasa da anksiyeteli, dürtüsel, yardımcı reddeden, sağlık personeline karşı düşmanca tutum gösterebilecek kişiler acilde sorun oluşturabilmektedir. Bütün bunların yanında psikiyatrik hastalığı olan hastaların %24-50’sinin ek bir tıbbi hastalığı da bulunmaktadır. Psikiyatrik hastalığı olup da bundan kaynaklanan nedenlerle acile gelmemiş hastaların da bazen “zaten psikiyatrik bir hastalığı var” diye damgalanmaları sonucu acil bedensel hastalıklarının gözden kaçırılabilme olasılığı bulunmaktadır ve bu önemli bir malpraktis oluşturabilmektedir. Öte yandan, psikiyatrik bulgu ile seyreden hastaların hemen tamamında aslında yeterli bir nörolojik değerlendirme gerektiği de unutulmamalıdır. Örneğin, beyinde yer kaplayan oluşumların hemen yarısında ilk semptom psikiyatrik olabilmekte ve lezyon frontal lobda ise bu oran %80’in de üzerine çıkmaktadır.

Acil Serviste Ortam ve Tutum

Öncelikle çalışanların “sakin” bir tutumu olması gerekir. Tutum bazen içerikten daha önemli olabilir. Bekleme süresi kısaltılmalı ve hasta güvenli bir yerde görülmelidir. Sakin kalmak ve kontrollü olmak önemlidir çünkü öfke hastanın saldırganlığını artıran bir etmendir. Teknik ve bürokratik

işlemler kolay olmalı, mutlaka bir takım halinde çalışılmalıdır. Hasta ile uyarının az olduğu kapalı, sakin bir ortamda görüşülmeli, kapı açık bırakılmalıdır. Hekim hasta ile arasında mutlaka mesafe bırakmalı, çevrede kesici ya da ağır nesnelere bulundurmamalıdır. Eğitilmiş bir personelin varlığı işleri çok kolaylaştıracaktır. Sık psikiyatrik acille karşılaşılacak genel muayene ve tedavi ortamlarında da tıpkı psikiyatri kliniklerinin acil servislerindeki gibi diğer çalışanları uyarabilecek zil, sözlü kod ya da sinyal bulunmalıdır. Hasta ile tartışmamalı, açıkça reddetmemelidir. Ellerin hep açıkta ve görünür kalması önemlidir. Tehdit etmeden açık konuşmak çok yararlıdır. Bu durumda hastaya ondan gelen tehdit sürerse yardım isteneceği de açıkça belirtilmelidir. Hasta buna rağmen bazı tehditkar davranışlar sergilerse odadan çıkmalı ve gerekiyorsa güvenlik görevlisi çağırılmalıdır. Bütün bunlar olurken, diğer hastaların ve çalışanların güvenliği sağlanmalıdır. Psikiyatrik hastalığı olan bir hasta kaçarsa asla peşinden koşmamalı, silah çıkaran hastanın elindeki silah (ya da silah yerine geçebilecek her türlü eşya) asla ele geçirilmeye çalışılmamalıdır. Yatış gerekiyorsa bunun gerekçeleri hastaya ve yakınlarına açıkça anlatılmalı, çevreye ve kendisine zarar verebilme riski belirtilmelidir. Yasal sorumluluktan bahsedilmeli ve tek başına ya da güvenlik görevlisi eşliğinde güç kullanarak yatırabilme seçenekleri de anlatılmalıdır. Eğer gerekiyorsa güvenlik görevlisinin hastaya refakat gerekçesi anlatılmalı ve hastanın mutlaka üzeri aranmalıdır. Yine saldırgan davranışa neden olabilecek etmenlerden birinin acil serviste tedavinin reddi ya da bir psikiyatri servisine zorla götürülme olduğu unutulmamalıdır. Bazı hastalar ise yatış kararı verilmediğinde kendilerini reddedilmiş hissedebilirler; bu durumda empatik, ancak yine de sınır koyucu olunmalı, hastanın bütün sorunlarının acil serviste çözülemeyeceği anlatılmalıdır.

Acil serviste ilk dikkat edilmesi gereken durum “tehlikelilik”dir. Saldırganlık, içsel gerginlik hissi ile ilgili aşırı fiziksel ve bilişsel aktivite sonucu oluşur. Genellikle özgül değildir, tüm tanımlara eşlik edebilir. Hastalar genellikle zarar verici hareket öncesinde bunun işaretlerini verirler. Yine de, “eli kulağında” bir şiddet davranışının hemen her zaman belirti vermeyeceği unutulmamalıdır. Şiddet davranışının öncesinde çoğunlukla bir psikomotor ajitasyon vardır.

Hastanın ajite hali yarım saat, bir saat kadar sürebilir ve bunu fiziksel şiddet izler. Bu sırada hastanın “volta attığı”, bazen elini yumruk yapıp dolaştığı veya ellerini birbirine vurduğu görülebilir. Sesi yükselir, küfredir, müstehcen konuşabilir, tehditkardır. Davranışlardaki ani değişiklikler, öncesinde madde intoksikasyonunun varlığı, içerde güneş gözlüğü kullanımı ön uyarılar olarak değerlendirilmelidir. Öte yandan, şiddet içeren sözleri daima ciddiye almak ve sorgulamak gerekir.

Hangi psikiyatrik bozukluklarda saldırganlık ve tehlikelilik olur?

- Alkol ve uyuşturucu madde ile ilişkili bozukluklar
- Zeka geriliğindeki taşkınlıklar
- Şizofreninin akut alevlenme dönemi
- Bipolar bozukluğun irritable manik dönemi içinde
- Bazı parafililer
- Kişilik bozuklukları (Antisosyal, Borderline)

Şiddetin en önemli ön belirleyicileri nelerdir?

- Erkek olmak
- Genç olmak
- Daha önceki şiddet ya da suç öyküsü bulunması
- Alkol-madde kullanıyor olmak
- Aktif psikiyatrik belirtilerin varlığı
- Tedaviye uyumsuzluk öyküsü olması
- Yetersiz içgörü

Şiddet davranışının bir semptom olduğu unutulmamalı, saldırganlık bir belirti olarak ele alınmalıdır. Bu nedenle herhangi bir tıbbi belirtide olduğu gibi hastadan ve/veya yakınlarından şiddet öyküsü alınmalı, şu andaki ve geçmişteki dürtüsel davranışları, şiddet tehditleri ayrıntılı sorgulanmalıdır. Tıpkı baş ağrısı gibi şiddet davranışının da başlangıcı, süresi, sıklığı, ayrıca da anlamı ve amacı sorgulanmalıdır. Hekim tehlikeli davranışın sebebini anlamalıdır. Birer örnek vermemiz gerekirse, şizofrenide emir veren işitsel varsanılar, kötülük görme sanrıları ve dezorganize davranışlar; manide dürtüsellik, büyüklük sanrısına itiraz edilmesi; alkol ve madde kullanımında intoksikasyon ya da yoksunluk içinde olmak (deliryum) veya maddenin elde edilmesiyle ilişkili saldırganlık gibi duruma özgü özellikler olabileceği unutulmamalıdır. Böyle bir durumdaki hasta ile ilişkide güven vermek, ondan yana tavır takınmak, açık konuşmak çok önemli olacaktır. İyi bir öngörü ve yansız yaklaşım yararlı olur fakat, kimi zaman çaresizlik duygusunun yeterince empatik olabilmeyi zorlaştırdığı görülür. Acil serviste psikiyatrik belirtilerle yer alan hastalarla ilişkilerinde en önemli unsurlardan birisi de hekimlerin kendi karşıt aktarımlarının farkında olmaları, yani hastalık belirtileri karşısında ne hissettiklerini kendilerine sormalarıdır. Bunun hekimin kendi çaresizlik ve öfke duygusunu kontrol etmesinde özellikle yararı olacaktır. Hekim kendi öznel duygularının farkında olabilirse, bunun görevini engellemesine de izin vermeyecektir.

Kişilik Bozuklukları Acil Başvuruda Sorun Oluşturur

Kişilik bozukluğu olan hastalar psikososyal kriz nedeniyle acil servise başvuranların çoğunluğunu oluştururlar ve tedavileri de daha güçtür. Diğer tıbbi nedenlerle başvurup belli kişilik bozukluğu özelliklerine sahip hastaların sorunları da diğerlerine kıyasla daha belirsizdir. Bu tür hastalar aşırı talepkar/aşırı bağımlı olabilirler (daha uzun görüşme istekleri bulunabilir) ve tedavi ekibini manipüle etme eğilimleri nedeniyle ekipte karmaşık duygular yaratırlar. Dürtü denetimleri zayıftır; genellikle duygusal olarak da instabilirdirler. Bu durum acil koşullarında tedavi ekibi ile hastalar arasında çatışmalar çıkmasına neden olabilir. Bazı araştırmalar, bu grup hastaların acil psikiyatriye başvuranların %25'ini oluşturduğunu bildirmektedir. Genel acillere başvurunun da bu sayıya yakın olması beklenebilir. Bu grubun daha çok 31-50 yaş arası kadın hastalar olduğu, ek psikiyatrik tanı alma ve madde kullanımlarının sık görüldüğü dikkat çekmektedir. Sosyal destek sistemleri genelde zayıf olup, %90'ını acil servise tek başlarına gelirler. Hastaneye yatış sayıları fazladır. Hostil ve şüpheli oldukları, kolayca işbirliğine girmedikleri gözlenir. Bu grup içinde en çok sorun oluşturanlar “sınırdaki (borderline) kişilik bozukluğu” olan hastalardır. Çoğunlukla, kriz olarak tanımladıkları gerçek veya “algısal” terk edilme nedeniyle intihar düşüncesi, davranışı ya da kendini yaralama (self-mutilasyonlar) ile acil servise gelirler. Bazen (geçmişte psikotik öyküleri olmamasına karşın) psikoz benzeri semptomlar veya disosiyatif özellikler, artmış impulsivite, yoğun öfke ya da homisid düşünceleri taşıdıklarına da tanık olunabilir. Diğer önemli grubu oluşturan antisosyal kişilik bozukluğu hastaları ise doğru bilgi vermeyebilirler. Bu hastaların zayıf dürtü denetimleri ve düşük engellenme eşikleri hızlı ve kararlı bir yaklaşım gerektirir; çünkü genellikle “hem suçlu hem güçlü bir tutum takındıkları” gözlenebilir. Koşulları kendi istedikleri gibi belirlemek isterler ve beklemeye tahammülleri yoktur. Eğer bu tür hastalar kendiliğinden başvurmuşsa bir ikincil kazancı olup olmadığı araştırılmalıdır (ör. madde/yatıştırıcı ilaç talebi, adli çıkar, askerlik durumu vb). Acil servisin en sık ziyaretçisi olan üçüncü grup kişilik bozukluklarını da histriyonik hastalar oluştururlar. Daha çok konversif bayılmalar veya “sinir krizleri” ile başvuran bu hasta grubuna genellikle kalabalık bir hasta yakını grubu da eşlik eder. Bu hastalara herhangi bir girişimde bulunulmadan önce, birlikte oldukları gruptan ayrılarak bir hemşire veya hastabakıcı refakatinde yalnız kalmalarının sağlanması muayene ve tedaviyi kolaylaştıracaktır. Yine de “konversiyonu atlamanın ayıp olmadığı” unutulmamalı, olası diğer tıbbi hastalık sebepleri mutlaka dışlanmalıdır. Hastaya belirtilerinin gerçek bir hastalığa ait olmadığını söylemek belirtilerinin daha da kötüleşmesine neden olabilir.