

Kış / Winter 2017
Cilt / Volume 7
Sayı / Issue 4

Psikiyatride Güncel yılda dört kez (Mart, Haziran, Eylül ve Aralık) yayımlanan yaygın süreli bilimsel yayındır.
Four issues published annually: March, June, September, December

TPD adına Sahibi ve Sorumlu Müdürü / Published by Psychiatric Association of Turkey
E. Timuçin Oral

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Publishing Manager
Ömer Aydemir

Genel Yayın Yönetmenleri / Editors-in-Chief
Mustafa Sercan, Simavi Vahip

Yayın Yönetmenleri / Editors
Artuner Devenci, Kürşat Altınbaş

Yardımcı Yayın Yönetmenleri / Associate Editors
Aylin Ertekin Yazıcı, Medine Güleç Yazıcı, Pınar Çetinaş Aydın, Sedat Batmaz, Özlem Kuman Tunçel, Damla İşman Haznedaroğlu

Danışma Kurulu / Advisory Board

Berna Binnur Akdede, *İzmir*
Asena Akdemir, *Konya*
Gökay Aksaray, *Eskişehir*
Nihat Alpay, *İstanbul*
Vesile Altınyazar, *Aydın*
Mustafa Arı, *Hatay*
Nuray Atasoy, *Zonguldak*
İnci Meltem Atay, *Isparta*
Murat Atmaca, *Elazığ*
Nazan Aydın, *İstanbul*
Ahmet Ayer, *Manisa*
Bahadır Bakım, *Çanakkale*
Salih Battal, *Ankara*
Lütfullah Beşiroğlu, *İzmir*
Hakan Coşkunol, *İzmir*
Macit Çalışkan, *İstanbul*
Ali Çayköylü, *Ankara*
Abdülkadir Çevik, *Ankara*
Serhat Çitak, *İstanbul*
Sultan Doğan, *Tekirdağ*

Alaattin Duran, *İstanbul*
Hülya Ensari, *Bolu*
Nezih Eradamlar, *İstanbul*
Murat Erkıran, *İstanbul*
Şahap Nurettin Erkoç, *İstanbul*
Atilla Erol, *Adapazarı*
Ertuğrul Eşel, *Kayseri*
Ekrem Cüneyt Evren, *İstanbul*
Erol Göka, *Ankara*
Aziz Mehmet Gökbakan, *Tokat*
Ayşe Gökçen Gönen, *Samsun*
Ali İrfan Gül, *Yozgat*
Çiçek Hocaoğlu, *Rize*
Mehmet Cem İlnem, *İstanbul*
Cem İncesu, *İstanbul*
İbrahim Fatih Karababa, *Şanlı Urfa*
Figen Karadağ, *İstanbul*
Filiz Karadağ, *Denizli*
Taha Karaman, *Antalya*
Nesrin Karamustafaloğlu, *İstanbul*

Tunay Karlıdere, *Balıkesir*
Nazmiye Kaya, *Konya*
Selçuk Kırılı, *Bursa*
İsmet Kırpınar, *İstanbul*
Yüksel Kıvrak, *Kars*
Orhan Murat Koçak, *Kırkkale*
Nesim Kuğu, *Sivas*
Erhan Kurt, *İstanbul*
Aslı Kuruoğlu, *Ankara*
Ayşe Fulya Maner, *İstanbul*
Mustafa Namlı, *Elazığ*
Elif Oral, *Erzurum*
F. Özlem Orhan, *Kahraman Maraş*
Sibel Örsel, *Ankara*
Ömer Özbulut, *Afyon*
Osman Özdemir, *Van*
Şakir Özen, *İstanbul*
Evrım Özkorumak, *Trabzon*
Erol Özmen, *Manisa*
Nahit Özmenler, *Ankara*

Ahmet Öztürk, *Kütahya*
İbrahim Ömer Saatçioğlu, *İstanbul*
Kemal Sayar, *İstanbul*
Aytekin Sır, *Diyarbakır*
Mustafa Solmaz, *İstanbul*
Ahmet Rifat Şahin, *Samsun*
Lut Tamam, *Adana*
Ramazan Tangur, *Adana*
Nilgün Taşkıntuna, *Ankara*
Nesrin Tomruk, *İstanbul*
Ümit Tural, *Kocaeli*
Ahmet Türkcan, *İstanbul*
Alp Üçok, *İstanbul*
Ahmet Ünal, *Gaziantep*
Süheyla Ünal, *Malatya*
Erdal Vardar, *Edirne*
Elif Anıl Yağcıoğlu, *Ankara*
Kemal Yazıcı, *Mersin*
Ece Yazla, *Çorum*

"Danışma Kurulu Türkiye'de psikiyatri eğitimi veren kurumların yöneticilerinden oluşan TPD Eğitim Üst Kurulu üyelerinden oluşur ve yılda bir kez yenilenir."

Yazışma adresi / Corresponding address

Türkiye Psikiyatri Derneği
Tunus Cad. 59/5
Kavaklıdere, Ankara
Tel. 0312 468 74 97
www.psikiyatri.org.tr

e-posta:
soaydemir@yahoo.com

Grafik Tasarım ve Yayın Hizmetleri / Publishing Services

BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.
Ziya Gökalp Cd. 30/31, 06420 Kızılay, Ankara
Tel : 0 312 431 3062
Faks : 0 312 431 3602
e-posta : info@bayt.com.tr

Baskı / Printing

Miki Matbaacılık Ltd. Şti.
Matbaacılar Sanayi Sitesi 1516/1 Sk. No: 27
Yenimahalle, Ankara
Tel : 0 312 395 2128
Faks : 0 312 395 2349

ISSN 2146-331X

Baskı Tarihi: Temmuz 2018

yazarlara bilgi

Yazıların İçerdiği Alt Bölümler ve Özellikleri

- **Başlık**
- **Yazar(lar)**
- **Yazar(lar)ın kısa özgeçmişi** (Her yazar için 50 kelime)
- **İletişim:** Yazar(lar)ın tercih ettiği iletişim adresi/e-posta adresi
- **Anahtar sözcükler:** Index Medicus'a göre belirlenmiş en az 3 en çok 6 anahtar sözcük
- **Türkçe Özet** (200-250 kelime)
- **İngilizce Özet** (250-300 kelime)
- **Yazı:** Her yazı en az 8, en çok 12 sayfadan oluşur. Yazıların belirtilen sayfa sayıları **kaynaklar, tablolar ve şekiller hariç** tutularak ve **tek aralıkla** yazılmış biçime göre verilmiştir. Yazıların 12 font büyüklüğünde ve **Times New Roman** fontunda kaleme alınması gerekmektedir.
- **Olgu sunumu:** Her yazının sonunda konu ile ilgili bir olgu sunumuna yer verilmesi beklenmektedir. İşlenen konuyu iyi bir şekilde örnekleleyen bir olgu, tek aralık ve A4 boyutunda bir sayfaya sığacak şekilde yazılmalıdır. Gerçek hasta örneklerinde hasta kimliğinin anlaşılmasını sağlayacak önlemler özenle alınmalıdır.
- **Tablolar, şekiller ve resimler:** Yazılarda okumayı, anlaşılmasını ve sonuçta eğitimi kolaylaştıracak tablo ve şekillerin her biri en sonda ayrı sayfalarda verilmeli ve metin içinde girecekleri yerler belirtilmelidir.
- **Alıntı pencerelerine metinden cümle önerileri:** Her yazının içinde 5-8 alıntı penceresi oluşturulacak ve bu pencerelerde yazının içinden bazı cümleler/çok kısa paragraflar okuyucunun konuya ilgisini çekmek üzere bu pencerelerde ayrıca verilecektir. Bu nedenle yazarların bu doğrultuda yapacakları öneriler konuk yayın yönetmenleri ile yayın yönetmenlerine yardımcı olacaktır. Bu alıntı pencerelerine alınacak cümle ya da cümlelere ilişkin önerilerin yazarlar tarafından ayrı bir sayfada sunulması beklenmektedir.
- **Kaynaklar:** Kaynak gösterimi ve Kaynak Künyesi Yazım Kuralları örnekleri için aşağıdaki "Kaynak Yazım Kuralları" bölümüne bakınız.

Kaynak Yazım Kuralları

Metin içinde kaynak gösterimi

- Kaynak gösteriminde Vancouver Stili kullanılacaktır.
- Kaynaklar metin içerisinde çıkış sırasına göre numaralandırılacaktır.
- Metin içinde numaralar üstsimge niteliğinde yazılacaktır. Örnek:¹.

Kaynaklar listesinde kaynak künyesi yazım kuralları

- Kullanılan kaynakların listesi yazının bitiminde "Kaynaklar" başlığı altında verilir.
- Kaynak künyesi yazımında Vancouver Stili kullanılır.
- Kaynaklar metin içinde çıkış sırası dikkate alınarak

numaralanır. Kaynaklar Listesinde numaralar yuvarlak parantez içinde verilir. Örnek: (1)

- Kaynak Listesinde tüm yazarların adları yer almaktadır.
- En sık kullanılan kaynak türleri olan "dergide yayımlanmış makale, kitap, editörlü kitap bölümü, yayımlanmamış tez, toplantıda sunulan bildiri ya da poster, dergide makale (elektronik), kitap (elektronik)" gibi kaynakların verilme biçimine ilişkin kurallar ve örnekler aşağıda verilmiştir. Bu örnekler dışında yer alan kaynak türlerine ilişkin yazım kuralları için Vancouver Yazım Stilinin daha ayrıntılı yer aldığı kaynaklara başvurulabilir.

Dergide makale (basılmış)

- Yazar(lar).
- Dergide basılmış makalenin adı.
- Derginin adı (*italik*)
- Yayın yılı;
- Cilt numarası (Sayı);
- Makalenin sayfa numaraları.

Örnek: Oral ET, Vahip S. Bipolar depression: an overview. *IDrugs* 2004; 7(9): 846-50.

Kitap

- Yazar(lar).
- Kitap adı (*italik yazılmalıdır*).
- Seri başlığı ve numarası (eğer bir serinin parçası ise)
- Kaçınıcı baskı olduğu (eğer ilk baskı değilse).
- Yayımlandığı/basıldığı yer (eğer birden fazla yer varsa ilk belirtilen yer adını kullanın)
- Yayıncı;
- Yayın yılı.

Örnek: Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression*. İkinci Baskı. New York: Oxford University Press; 2007.

Editörlü kitapta bölüm

- Bölüm yazar(lar)ı.
- Bölüm başlığı.
- Editör (isimden sonra daima (ed.) yazınız)
- Kitap adı (*italik*).
- Seri adı/başlığı ve sayısı (eğer bir serinin parçası ise)
- Kaçınıcı baskı olduğu.
- Yayın yeri;
- Yayıncı;
- Yayın yılı.
- Sayfa numaraları.

Örnek: Jefferson JW, Greist JH. Lithium. Sadock BJ, Sadock VA (eds). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7. Baskı. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. 2377-90.

Yayımlanmamış tez

- Yazar.
- Tez adı (*italik yazılmalıdır*)
- (Uzmanlık Tezi) ibaresi.
- Kişinin uzmanlık eğitimi aldığı kurum adı.
- Tez kabul yılı.

Örnek: Sercan M. *Depresif Bozukluklarda Bedensel Belirtilerin Önemi*. (Yayımlanmamış uzmanlık tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı; 1987.

Toplantıda sunulan bildiri ya da poster

- Yazar(lar).

- Bildiri adı.
- Kongre adı (*italik yazılmalıdır*)
- Kongre tarihi,
- Kongrenin yapıldığı yer.

Örnek: Sercan M, Ger C, Oncu F, Bilici R, Ural C. Immigration and Violence by Mentally Disordered Offenders. *World Psychiatric Association International Congress*, July 12 -16 2006, İstanbul.

Çevrimiçi kaynak gösterimi

Dergide Makale (Elektronik): Çevrimiçi makale, basılı olan ile aynı ise basılı olan kaynak gösterilmelidir. Farklılık varsa çevrimiçi olan kullanılır. Eğer dergi makalesinin bir DOI (digital object identifier) numarası varsa URL adresi yerine onu kullanınız. DOI makalenin çevrimiçi her zaman bulunmasını sağlayan ve yayıncı tarafından sağlanan geçici bir ayırt edici kimlik bilgisidir.

- Yazar(lar).
- Dergide basılmış makalenin adı.
- Derginin adı (*italik*)
- [Çevrimiçi]
- Yayın yılı;
- Cilt numarası;
- (Sayı)
- Makalenin sayfa numaraları.
- Ulaşılabilirliği adres: URL ya da DOI
- [Erişim tarihi]

Örnekler:

(1) Arrami M, Garner H. A tale of two citation. *Nature* (Online)2008;451(7177):397-399. Ulaşılabilirliği adres: <http://www.nature.com/nature/journal/v451/n7177/full/451397a.html> [Erişim tarihi 20 Ocak 2008].

(2) Wang F, Maidment G, Missenden J, Tozer R. The novel use of phase change materials in refrigeration plant. Part1: Experimental investigations. *Applied Thermal Engineering*. [Çevrimiçi] 2007;27(17-18): 2893-2901. Ulaşılabilirliği adres: doi:10.1016/j.applthermaleng.2005.06.011. [Erişim tarihi 14 Temmuz 2008].

Kitap (elektronik)

- Yazar(lar)/Editör (editör ise isimden sonra (ed.) yazınız)
- Başlık (*italik olmalıdır*)
- Seri adı/başlığı ve sayısı (eğer bir serinin parçası ise)
- Kaçınıcı baskı olduğu (eğer birinci baskı değilse) [e-kitap]
- Yayımlandığı/basıldığı yer (eğer birden fazla yer varsa ilk belirtilen yer adını kullanın)
- Yayıncı
- Yayın yılı
- Ulaşılabilirliği adres: URL
- [erişim tarihi]

Örnek: Simons NE, Menzies B, Matthews M. A Short Course in Soil and Rock Slope Engineering. A Short Course in Soil and Rock Slope Engineering. [Çevrimiçi] London: Thomas Telford Publishing; 2001. Edinilebilirliği adres: [Erişim 18 temmuz 2008].

önsöz

Kış 2017

Değerli meslektaşlarım,

Bir psikiyatristin en geniş uygulama alanı polikliniklerdir ama burada yapılan “iş” görece basit gibi görünür. Oysa hastanın sorumluluğunu tek başına üstlenmeyi ve belli bir zaman dilimini iyi kullanmayı gerektirdiğinden, itiraf edelim ki poliklinik zaman zaman kendimizi en yalnız hissettiğimiz ve en çok zorluk çektiğimiz yerdir. Yüksek düzeyde beceri gerektiren poliklinik ortamı, ne yazık ki ülkemiz koşullarında, en yüksek düzeyde beceriye sahip bir hekim için bile tamamen doyurucu sonuçların alınabileceği bir yer olmaktan uzaktır. Tartışmanın bu kısmını başka platformlarda sürdürme görevimizi unutmaksızın, şimdi dikkatimizi bu sayıya yoğunlaştıralım.

Hepimiz biliyoruz ki, poliklinik koşullarında birçok tanı kategorisinde daha hızlı ve kolay bir yöntem olarak çoğu kez ilaç sağaltımı tercih edilmektedir. Ancak, durumun psikolojik ve toplumsal bileşenini değerlendirmeden uygulanan tedavilerden alınan sonuçların doyurucu olmadığı da bir gerçektir. Böylesi durumlarda, kronikleşen sendromlar kaçınılmaz olmaktadır. Psikiyatristlerin biyopsikosozyal yaklaşımı tümüyle görmezden geldiğini varsaymak haksızlık olur. Birçok genç meslektaşımızın psikoterapi eğitimleri almak için arayış içinde olduğunu ve bir kısmının özveriyle bazı eğitimleri sürdürdüğünü görmek işin sevindirici yanı. Oturup okumadan, günlerce, gecelerce kuramsal kısmını (tekniklerin kuramı dahil) çalışmadan, süpervizyonlar almadan kısa yoldan terapist olmak tabii ki olası değil. Ama öğrendiklerini, öğreneceklerini uygulamak için uygun koşulların varlığı ya da yokluğu da insanın hevesini bir o kadar etkiler. Buradan yola çıkarak, uygulanabilir olanın somut olarak ortaya konması ve görünür kılınması önem kazanmaktadır.

Yukarıda söze dökmeye çalıştıklarımı göz önüne alınca, Psikiyatride Güncel’in bu sayısı hazırlanmadan önce bir karar vermek gerekti: Ele alınacak konu “Poliklinik Koşullarında Psikoterapi(ler)” olsun mu? Gönül isterdi ki, bunun yanıtı, sevinçle ve büyük harflerle “EVET” olsun. Ama yanıt “hayır” da değil. Çünkü kanımca, bir işin doğrusunu, kalitelisini öğrenmek ve unutmamak, tam olarak uygulama olanağı bulamamak da zor günlerden geçerken yapılması gerekenlerin başında gelir. Dolayısıyla, böyle bir başlık atmak da anlamlı olurdu. Öte yandan, doğrudan psikoterapilerle ilgili bazı yayınlar, bazı eğitimler sürüyor. Bu durumda, mevcut koşullarda, ister sistemli bir psikoterapi eğitimi almış isterse almamış olsun, elinden gelenin en iyisini yapmaya çalışan meslektaşlarımız başta olmak üzere, herkesin bu sayıyı zevkle okumasını ve okuduklarını donanımı elverdiğince günlük mesleki uygulamasına katmasını hedefledik ve *Poliklinik Koşullarında Psikoterapötik Yaklaşım* şeklindeki başlık öne çıktı.

Bu sayıda, ilk olarak biyopsikosozyal yaklaşıma ilişkin, hastalarınızdan çok şey bulacağınızı tahmin ettiğim yazı yer alıyor. Ardından, diğer tüm terapilerin kökünü oluşturan ve tüm dünyada kendini kanıtlamış olan iki ana kurama dayalı yaklaşımların, yani psikanalitik ve bilişsel davranışçı yaklaşımların poliklinik ortamına nasıl girebildiğini anlatan iki yazı ve yine psikanalitik okulun ürünlerinden olan destekleyici psikoterapiyi ele alan bir yazı okuyacaksınız. Daha sonra psikososyal becerileri en çok gerektiren, aynı zamanda sıklıkla karşılaşılan bazı özgül durumları konu edinen yazıları bulacaksınız. Bunlar cinsel sorunlar, örselenmeler, kanser ve ailede şiddet ile sınırlı tutuldu. Diğer bazı durumlar başka yayınlarda yer aldığı için, başka bazıları ise herşeyi tek bir dergi sayısına sığdırmak mümkün olmadığı için dışarıda kaldı.

Bu sayıya katkıda bulunan yazarlar, ele aldıkları alanda yalnızca bilgi değil, aynı zamanda deneyim sahibi olan meslektaşlarımızdır. Her bir yazı onların kendi süzgecinden geçerek ortaya çıkmış özgün yazılardır. Hepsine değerli emekleri için teşekkür ederim.

Dr. Işıl Vahip
Konuk yayın yönetmeni

İçindekiler

Kış 2017

Bu Sayının Konusu:

Poliklinik Koşullarında Psikoterapötik Yaklaşım

- | | |
|---|-----|
| ■ Önsöz | III |
| ■ Biyopsikososyal anlayış ve poliklinik koşullarında psikoterapötik yaklaşım <i>E. Cem Atbaşoğlu</i> | 287 |
| ■ Psikanalitik yönelim hastane ve poliklinik hizmetlerine nasıl yansır? “Onbeş dakikada psikanaliz mi yapacağız?” <i>Peykan G. Gökalg</i> | 297 |
| ■ Poliklinik koşullarında bilişsel davranış terapileri uygulamaları <i>Şükrü Uğuz</i> | 307 |
| ■ Poliklinik uygulamalarında destekleyici psikoterapi <i>Altan Eşsizoğlu, Cem Kaptanoğlu</i> | 316 |
| ■ Cinsel sorunu olan hastaya ve/veya çiftlere poliklinikte psikoterapötik yaklaşım <i>Yusuf Özay Özdemir</i> | 325 |
| ■ Örselenmiş hastaya poliklinik koşullarında yaklaşım <i>Zerrin Oğlağı</i> | 338 |
| ■ Kanserli hastaya ve yakınına poliklinikte psikoterapötik yaklaşım <i>Özen Önen Sertöz</i> | 347 |
| ■ Ailesinde şiddet gören kadına poliklinikte yaklaşım: Kullanışlı bir yöntem önerisi olarak destekleyici psikoterapi <i>Özge Doğanavşargil Baysal</i> | 356 |

Biyopsikososyal anlayış ve poliklinik koşullarında psikoterapötik yaklaşım

E. Cem Atbaşoğlu

Özgeçmiş: E. Cem Atbaşoğlu, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda görev yapmış, 2016 yılında emekli olmuştur. Halen serbest hekim olarak çalışmaktadır. Başlıca ilgi alanları, nöropsikiyatri, genetik etioloji ve psikiyatride tanı ve sınıflandırma sistemleridir.

İletişim: Filistin Caddesi, 24/4, Ankara

e-posta: atbasoglu@gmail.com

ÖZET

Engel'in biyopsikososyal (BPS) model tanımını, sağlıkla ilgili her kararda ve girişimde, her üç türden etmenin, her zaman, hemen hemen eşit derecede etkili olduğu ilkesine dayalıdır. Psikoterapötik yaklaşım, başlı başına bir sağaltım yöntemi olan psikoterapiden farklı olarak, hasta – hekim ilişkisinde tanı değerlendirmesinden başlayarak mevcut olması gereken bir bilgi, beceri ve tutum kümesine işaret eder. Bu özelliğiyle, bütüncül BPS modele uygun bir tanı ve sağaltım sürecinin vazgeçilmez bir bileşenidir. Poliklinikte psikiyatri uygulamasının kendine özgü olanakları ve güçlükleri vardır. Başlıca güçlüklerden biri olan zaman kısıtlılığı, sağaltımın tanımlı psikoterapi yöntemlerinden birine dayalı olmasına çoğu zaman engeldir. Psikoterapötik yaklaşım, tanı değerlendirmesinde etkin ve eşduyumlu dinlemeyi, görüşme tekniklerine hakimiyeti, izlem ve sağaltım sürecinde düzenleme gerektiğinde bunu fark edebilecek düzeyde klinik sezgiye sahip olmayı kapsar. Bunlar sadece kuramsal bilgiyi değil, aynı zamanda bilgiyi iyi kullanabilecek deneyime sahip olmayı gerektiren beceri ve tutumlardır. Bu makalede, poliklinik koşullarında BPS anlayışa uygun psikoterapötik bir yaklaşımı sürdürülebilmek için gerekli olan klinik bilgi, beceri ve tutumlar özetlenmekte, sık rastlanan hatalar ve pratik öneriler olgu örnekleriyle aktarılmaktadır.

Anahtar sözcükler: Hasta hekim ilişkisi, poliklinik, psikiyatri, psikoterapi

ABSTRACT

Biopsychosocial model and psychotherapeutic approach in outpatient treatment settings

The biopsychosocial (BPS) model, as defined by Engel, is based on the principle that every health-related task involves biological, psychological, and social dimensions in every single case, and their contribution to the clinical presentation is always almost equivalent. A therapeutic element in the physician – patient relationship is therefore indispensable in the holistic BPS model. Unlike psychotherapy, which is relevant only to treatment, a psychotherapeutic approach includes a group of attributes which includes clinical skills, experience, and attitudes that operate beginning with the initial diagnostic assessment. Outpatient psychiatry in the general hospital setting has its convenient aspects, compared to other contexts such as private practice or community mental health centers. However, the challenges usually outnumber the opportunities, not the least of which is the time constraint. This is one of the conditions where the physician's psychotherapeutic skills and the biopsychosocial approach prove most helpful. This article will outline the clinical knowledge, skills and attitudes that are needed to establish and maintain a proper management of outpatient cases. Recommendations and common mistakes will be presented with the help of case vignettes.

Key words: Outpatients, psychiatry, physician patient relationships, psychotherapy

Psikoterapi, duygusal ıstırapı dindirmek için, belirli bir yönteme bağlı olarak sürdürülen insan ilişkisi aracılığıyla, davranış, duygu ve düşüncede kalıcı değişiklikler oluşturmayı hedefler¹. Biyopsikososyal (BPS) model, Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-III (DSM-III)'te² çok eksenli tanı sisteminin ve buna uygun sağaltım yaklaşımının dayanağı olarak yüreklendirildiğinden beri, psikiyatri uygulamasının tümü, hatta genel tıp için optimum sayılagelmektedir. Temel ilkesi, tanıda ve sağaltımda hastanın beden işlevlerini, öznel yaşantılarını, kişilik özelliklerini, toplumsal çevresini, özgeçmiş ve soygeçmişini birlikte ele almak, patolojideki klasik hastalık modeliyle değil bütüncül bir bakışla çalışmaktır. Bu yaklaşımdan ilk söz edilişi 1960'lardadır³. Daha iyi tanınması ve benimsenmesinde etkili olan eser, Engel'in 1977'de *Science*'ta yayımlanan makalesidir⁴: "Sağlıkla ilgili her işte biyolojik, psikolojik ve sosyal özelliklere eşit derecede önem verilmeli; hiçbir hastalık, hasta, rahatsızlık tek boyuta indirgenmemelidir. Her üç boyut her zaman, her olguda, birbirine yakın önem derecesine sahiptir."

Poliklinikte psikoterapiyi konu alan bu bölüm öncelikle psikiyatri hekimlerine yöneliktir; yazı boyunca, psikoterapiyi uygulayan kişiden hekim, gereksinim duyardan hasta anlaşılmalıdır. Uygulayan için hekim, psikoterapist, terapist, gereksinim duyan için ise hasta, danışan, başvuran sözcükleri bağlama göre birbirlerinin yerine kullanılmaktadır.

Önce poliklinik koşullarında psikoterapinin ayrı bir başlıkta ele alınmasının gerekçesini belirtmek gerekir. Bu koşulları başka koşullardan farklı kılan nedir? Söz konusu psikoterapi olduğunda, genel hastane ortamı hangi özellikleriyle muayenehaneden, toplum ruh sağlığı merkezinden ya da özel psikoterapi merkezinden ayrılır?

“ İlk değerlendirmede olgu formülasyonuna uzun zaman ayırmak, daha sonra karşılaşılabilecek olan sağaltıma yanıtızlık, kronik hoşnutsuzluk, sağaltımı bırakma gibi tepkileri önleyebilir. ”

“ ...endikasyon yokken ilaç önermek, gereken ilacı başlamamak kadar büyük bir mesleki hatadır. ”

- Sağaltım genel hastane işleyişinin bir parçasıdır. Hekimin diğer dallardaki meslektaşlarıyla aynı koşullarda çalışması beklenmektedir. Tabii olduğu yönetsel düzenlemeler, yükümlülük ve yetkilerinin kapsamı, çalışma ortamının olanakları ve sınırlılıkları, diğer dallardakinden farksızdır.
- İçinde bulunduğu meslek kültüründe, hekimliğe ait özellikler terapistliğe ait olanlara ağır basmaktadır. Kültür, meslek topluluğunun etik sorulara yaklaşımını, çözüm getirilecek olan sorunların öncelik sırasını, özetle değer seçimlerini içerir. Mesleki kimlik kişinin hangi alanlarda yetkin olduğunu, yetkin hissettiğini, yani hem nesnel hem öznel anlamda yetkileri ve sorumlulukları biçimlendirir. Bunun yanısıra bir ölçüde işin yöntemi üzerinde, yani değer seçimlerinden bağımsız düşünülebilecek olan tekniği üzerinde etkisi vardır. Örnek: Altmışlı yıllarda psikiyatri neredeyse psikanalizle eş anlamlıydı.
- Girişimde bulunulan belirtilerin, tanıların çeşidi, özelleşmiş bir yataklı koğuşa veya psikoterapi merkezine göre daha fazla olacaktır.

Olanaklar, kısıtlılıklar: Psikoterapötik yaklaşımın, genel hastane işleyişinin içinde yer almaktan kaynaklanan farkı öncelikle zaman darlığıdır. Söz gelişi, krize müdahale, tanımlı kısa psikoterapiler gibi uygulamalarda sürecin bütünü birkaç oturum kadar kısa bile olabilir⁵. Ancak her bir oturum, bugünkü koşullarda hastaya ayrılacak poliklinik süresinden hemen her zaman daha uzun olacaktır.

Hekim kimliği, terapist kimliği: Poliklinikteki psikiyatrist, mesleki kimliğine bulunduğu yerden, psikiyatrinin içinden baktığında kendisini terapistten çok hekim olarak tanımlayacaktır. Meslek kültürünün ve mesleki kimliğin, hastanın öznel yaşantısını ele alma biçimi üzerinde etkisi olduğunu belirtmiştik. Öte yandan, psikiyatriye dışardan bakıldığında, tıp dalları arasındaki yeri kestirilmeye çalışıldığında, yalnızca benzer değil farklı yanları da görülür. Bunun bir nedeni, psikiyatrinin tanı ve girişim yöntemlerinin başında karşılıklı konuşmanın gelmesi ve insan ilişkisinin

“ Zaman baskısı altında çalışmanın diğer bir olumsuz sonucu, geçerli bir tanı koyma telaşıyla başvurunu aslında olduğundan daha ağır algılamak veya yanlış anlamak olabilir. ”

başlı başına bir yöntem olarak süreçteki varlığıdır. Psikiyatrist belirtilerin hepsini değilse de çoğunu, öznel yaşantıyı anlamlandırmaya çalışarak tanımak (seçmek, teşhis etmek) zorundadır⁶. Dahası, zihin – beden ayrımının bir yanılığdan ibaret olduğu görüşü davranış bilimlerinde ve psikiyatride gitgide yerleşmiş olsa da, bu ayrım kadim bir sorunsaldır⁷. İkilik, psikiyatri uygulamasında, özellikle son 20-30 yıldır, kaçınılacak bir bakış açısını ve tutumu imler hale gelmiştir ama silinip gitmiş değildir. Bu soruya özel önem atfeden, ikiliği yanılığdan ibaret olarak gören psikiyatristin, zihin – beden, ruh – beden, organik – ruhsal gibi ayrımların kabul görmesine şaşırıldığını, bunun böyle olmadığını duyurmaya çalışıldığını görüyoruz. Zihin – beden ikiliği bu yazının odak noktası değildir; burada bundan söz etmemizin nedeni, genel hastanedeki psikiyatri hekiminin başka hekimlerden farklı bir iş yaptığı algısının, bir tür ayrıkılık yaşantısının hem kendisinde hem diğer hekimlerde mevcut olduğunu hatırlatmaktır. Bu yaşantı, psikiyatristin çalışma biçimini çeşitli biçimlerde etkileyebilir. Günümüzde en çok karşılaştığımız, tepkisel bir tutumdur; BPS modelin içinde biyolojik olana özel önem atfetme eğilimidir⁸. Bu tutum, tanı yöntemini de müdahaleyi de etkileyebilir.

Kısıtlı, zor koşullarda zamana karşı çalışmak: Bu zorluk, özellikle psikoterapinin tek seçenek veya sağaltımın vazgeçilmez bir bileşeni olduğu durumlarda sorun oluşturur. Sık rastlanan hatalardan biri, psikoterapinin öncelikli olması gereken klinik tablolarda bu olanağı sunamamakla kalmayıp, endikasyonu yeterince değerlendirmeksizin ilaç tedavisi önermektir. Bundan kaçınmak, poliklinik uygulamasının güç olabilen, ama en temel ilkelerinden biridir. Özellikle kronik ilişki sorunları, aile disfonksiyonu, cinsel işlev bozuklukları gibi nedenlerle başvuran kişilerin ele alınmasında, hekimin öncelikle tablonun oluşumuna yönelik bir açıklama oluşturması, bunun için de etkin ve eşduyumla

OLGU 1

Onkoloji servisine non-Hodgkin lenfoma tanısıyla ikinci kez yatırılan 60 yaşındaki erkek hastanın, ikinci kemoterapiyi reddettiği için psikiyatri bölümüne değerlendirilmesi istendi. Hasta görüşmeye isteksizdi, sorulara kısa yanıtlar veriyordu. Daha önce psikiyatrye başvurusu olmadığı, tanıdan önceki işlev düzeyinin yüksek olduğu öğrenildi. Kendisi kemoterapiyi yan etkiler nedeniyle reddettiğini, üzgün olduğunu ama depresyonda olmadığını, kalan yaşam süresini iyi değerlendirmeyi istediğini bildirdi. Eşi hastanın kararına uymaktan yanaydı. Muayenede zihinsel işlevler sağlam, duygudurumu apatik, kraniyel manyetik rezonans görüntüleme bulguları olağandı. Hekim uykuda bölünme, iştahsızlık, apati ve işbirliğine yanaşmama belirtilerini dikkate alarak “majör depresif nöbet” tanısı koydu ve antidepressan ilaç sağaltımı önerdi. Hasta her iki sağaltımı da reddederek kendi isteğiyle taburcu oldu. Altı ay sonra süperior vena kava sendromu tanısıyla tekrar yatırıldığında, yeni belirtiler ortaya çıkmadan önceki ayları iyi değerlendirdiğini, huzurlu olduğunu, eskisine göre ölümden daha az korktuğunu bildirdi. Eşi bu bilgileri doğruladı.

dinlemeye dayalı anamnez ve değerlendirmeye zaman ayırması gerekir. Bu tür klinik görünümle başvuranlara daha uzun zaman ayırmak kazançlı bir yatırım gibi görülmelidir. Çünkü daha sonra karşılaşılabilecek olan sağaltıma yanıtızsızlık, kronik hoşnutsuzluk, sağaltımı bırakma gibi tepkileri önleyebilir. Dahası, endikasyon yokken ilaç önermek, gereken ilacı başlamak kadar büyük bir mesleki hatadır.

Zaman baskısı altında çalışmanın diğer bir olumsuz sonucu, geçerli bir tanı koyma telaşıyla, başvurunu aslında olduğundan daha ağır bir durum içinde algılamak veya yanlış anlamak olabilir. Kısıtlı koşullarda çalışırken, damgalamanın olumsuz etkisi de artar. Damgalama, tanılara veya hastalara olumsuz özellikler atfetme eğiliminden ibaret değildir; daha da önemli bir bileşeni, tanıların hepsinin geçerli doğal antiteler olduğu yanılığısı, bazı karakteristik ama özgül olmayan belirtileri tanımlar için birer etiket (stigma) olarak görme ve tanıda bu tür belirtilere fazladan güvenme eğilimidir⁹. Sözgeleş, hastanın poliklinik koşullarının kısıtlılığıyla ortaya çıkabilecek hoşnutsuzluğu, hekimi kişilik bozukluğu

“**Psikososyal etmenlerin önemi hekimlerce teslim edilmekle birlikte, poliklinik koşullarında olasılığı artan yanlış bir uygulama, bunların ilk elden tanısının ve girişim planının “uzmanlarına emanet edilmesi” dir.**”

tanılarına yönlendirebilir; kısa ve yetersiz bir değerlendirmeyle başlanan ilaç tedavisine yeterli yanıtın alınmaması, tedaviye “dirençli” niteliğinin başta konmuş olan tanıya eklenmesiyle sonuçlanabilir. Üstelik koşullar değişmediği sürece bu tanıların gözden geçirilme olasılığı düşük kalacak, “zor hastalar” a yeni bir bakış açısıyla yaklaşmak güçleşecektir. Bunun bir sonucu, gereksiz ilaç tedavileri ve çoklu ilaç kullanımının yaygınlaşması olabilir. Psikoterapötik girişim için özel önem taşıyan başka bir sonucu da, fazladan psikoterapi endikasyonu koymaktır. Sözgeleş, davranış belirtileri ağırlıklı olan bir kişinin özgeçmişi ayrıntısıyla değerlendirilmezse, yakınmaların hafif bir zihinsel gelişim bozukluğunun (zeka geriliğinin) dışavurumu olduğu fark edilmeyebilir; gereksiz veya yöntemi uygun olmayan psikoterapötik girişimlerle zaman kaybedilebilir, hasta örselenebilir.

OLGU 2

Otuz yaşında, ilkokul mezunu, evli, iki çocuklu, kadın hasta “depresyonda olduğu” yakınmasıyla psikiyatri polikliniğine başvurdu. Yakınmalarını ümitsiz aşka bağlıyordu. Geçen yıl birkaç ay süreyle dış tedavisini yürüten hekimine âşık olmuş ancak karşılık görmemişti. Duygudurumu ümitsiz ve çökkün olmakla birlikte klinik görünümde ağırlıklı olan, depresyondan ziyade aşkına karşılık bulabilmek için ne yapması gerektiği konusundaki ısrarlı talebiydi. Bunu, “bana bir yol gösterin” ifadesiyle tekrarlıyordu. Erotomanik bir düşüncesi yoktu. Hekim, bilişsel psikoterapide ilerleme kaydedilemeyeşinin nedenini danıştığında, başlıca nedenin düşünce yoksulluğu olduğu izlenimi edinildi. Yapılan bilişsel değerlendirmede, toplam IQ’nun 90 olduğu görüldü ve belirtilerin “sınırdaki zihinsel işlev” tanısıyla daha iyi açıklanabileceğine karar verildi.

Tanıda ve girişimde BPS model: Bu modelde ekip çalışmasının önemi sık vurgulanır. Tanıya ve sağaltıma katkıda bulunacak olan profesyonellerin hekimlerle sınırlı olmaması elbette arzu edilen, ideal sayılan bir çalışma biçimidir; olanaklar elverdiğince uygulanmalıdır. Bununla birlikte, özellikle zamanın dar olduğu poliklinik koşullarında bu anlayışın, BPS modelle ilgili bir yanlışlığı pekiştirebildiğini görüyoruz. Biyopsikososyal tanı ve girişimler, her bir bileşenin kendi uzmanınca teşhis ve tedavi edildiği bir liste olmamalıdır; hastayı bütüncül olarak değerlendirip girişim planı yapabilecek bir uzman gerektirir. Poliklinik koşullarında olasılığı artan yanlış bir uygulama şudur: Başvuranın yakınmasının, belirti ve bulguların tıbbi hastalık modelinde ele alınması, “hastalığa benzetilemeyen” yakınmaların ya önemsenmemesi ya da standart bir tanı çerçevesine yerleştirilmeye çalışılması, hekimin, psikososyal etmenlerin önemini teslim etmekle birlikte, bunların ilk elden tanısını ve girişim planını “uzmanlarına emanet etmesi”. Bu işleyişte, klinik görünümün açıklanmasında ve sağaltım planında biyolojik, psikolojik ve sosyal “belirtiler”, etmenler üst üste konarak, birbirlerine eklenecek ele alınmakta, etkileşimlerini dikkate alma olanağı kısıtlanmakta, deyiş yerindeyse, çarpımlarına değil toplamalarına bakılmaktadır.

Biyopsikososyal modelin hakkıyla uygulanmasını güçleştiren tek neden poliklinik koşullarının zorlaması değildir. Bunda tıp eğitiminin BPS modele uygun, kapsamlı bir müdahale için gerekli olan donanımı, bilgiyi, beceriyi ve tutumu kazandırmaya yeterli olmayışının da etkisi vardır. Hekimlik uzun süredir bütüncül bir yaklaşımdan ziyade özgül hastalık tanısına ve sağaltımına yöneliktir. Bu eğitimle biçimlenen hekim biyolojik kavramlarla düşünmeye, karar vermeye daha yatkındır. Kısacası, yeni mezun çoğu pratisyenin donanımı, sadece biyolojik bir modelin sınırları içinde çalışmaya olanak verecek niteliktedir.

Bu bağlamda, BPS modeli ayrıntısıyla ilk tanımlayanlardan olan Engel’in uzmanlık alanının psikosomatik hastalıklar oluşu şaşırtıcı değildir: Engel, ne BPS modele duyulan gereksinimin ne de bu modelin eksikliğinin hissedildiği koşulların, psikiyatride sınırlı olmadığına, genel dahiliyeden başladığına işaret eder⁸.

Yeterli donanımın psikiyatri eğitiminde kazanılacağını söylemek de güçtür. Biyopsikososyal modele kuramda elbet yer verilmektedir. Ancak, uzmanlık eğitiminde usta – çırak ilişkisinin yeri daha büyük olduğundan, kazanılan bilgi, beceri ve benimsenen tutum uygulama