

ÖN HEKİMLERE YÖNELİK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UYGULAMA REHBERİ

Doç Dr. Hülya ERTEKİN

ARTİKEL AKADEMİ: 346

Sağlık Bilimleri Temel Alanı

Ön Hekimlere Yönelik Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uygulama Rehberi

Doç Dr. Hülya ERTEKİN
Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

ISBN 978-625-6627-85-7

Birinci Basım Nisan - 2025

Kapak: Artikel Akademi

Ofset Hazırlık: Artikel Akademi

Baskı ve Cilt: Baskı ve Cilt: Uzunist Dijital Matbaa Anonim Şirketi
Akçaburgaz Mah.1584.Sk.No:21 / Esenyurt

Matbaa Sertifika No: 68922

Artikel Akademi bir Karadeniz Kitap Ltd. Şti. markasıdır.

©Karadeniz Kitap - 2025

Akademik etik kurallara
bağlı kalınarak yapılacak olan alıntılar ve tanıtım maksadıyla yapılacak
olan kısa alıntılar dışında, yazılı izni alınmadan, tümünün veya bir
kısımının elektronik, mekanik ya da fotokopi yoluyla, basımı, yayımı,
kopyalanması, çoğaltımı veya dağıtımı yapılamaz.

KARADENİZ KİTAP LTD. ŞTİ.
Koşuyolu Mah. Mehmet Akfan Sok. No:67/3 Kadıköy-İstanbul
Tel: 0 216 428 06 54 // 0530 076 94 90

Yayıncı Sertifika No: 19708
mail: info@artikelakademi.com
www.artikelakademi.com

ÖN HEKİMLERE YÖNELİK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UYGULAMA REHBERİ

Doç Dr. Hülya ERTEKİN

artikol
akademi

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	7
1.PSİKİYATRİK GÖRÜŞME VE RUHSAL DURUM MUAYENESİ ...	9
2.DEPRESYON VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR	17
3. BİPOLAR BOZUKLUK	25
4. ŞİZOFRENİ	31
5. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI.....	35
6. PSİKOFARMAKOLOJİK TEDAVİLER VE YAN ETKİLERİ.....	43
7. DUYGUDURUM DÜZENLEYİCİ İLAÇLAR.....	47
8. ANTİPSİKOTİKLER	53
9. ALKOL-MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI	57
10. ACİL PSİKİYATRİK DURUMLAR	63

ÖNSÖZ

Bu rehber, tıp fakültesi eğitiminin son aşamasında olan ön hekimlere yönelik olarak hazırlanmış olup, sık karşılaşılan ruh hastalıklarının tanınması ve temel yönetimi konularında pratik bilgiler sunmayı amaçlamaktadır.

Ön hekimlerin ruh sağlığı ve hastalıkları konusundaki uygulama alanlarında yaşadıkları zorlukların cevapları bu kitapta yer almaktadır.

Ruh sağlığı hizmetlerinin toplum temelli bir yaklaşımla geliştirilmesi, yalnızca uzman psikiyatristlerin değil, tüm hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının temel sorumluluklarındandır. Bu doğrultuda, yakın zamanda sahada çalışmaya adım atacak olan ön hekimlerin ruh sağlığı konusunda donanımlarını artırarak hastalarına daha etkin bir destek sağlayabilmelerini amaçlayan bu rehberin faydalı olmasını umuyorum.

Doç. Dr. Hülya ERTEKİN

PSİKİYATRİK GÖRÜŞME-RUHSAL DURUM MUAYENESİ

Psikiyatrik görüşme, ruhsal durumun değerlendirilmesi, bireyin gelişimsel, sosyal ve güncel sorunlarının anlaşılması ve hasta-hekim ilişkisinin kurulmasının temel unsurudur. Uygun sürede; önyargısız, sahici bir ilgiyle dinlemek, soruların açık uçlu, yansız, yüksüz olması, hasta şikayetlerinin kendi ifadeleriyle kayıt edilmesi esastır.

Ruhsal durum muayenesi, hastanın genel görünümü ve davranışları, bilinç düzeyi ve dikkati, motor ve konuşma etkinliği, duygu durumu, düşünce ve algısı, tutum ve içgörüsü, son olarak daha yüksek bilişsel yetenekleri hakkındaki değerlendirmeleri içerir.

GENEL GÖRÜNÜM

Hastanın genel görünümü; görüşmeye geliş biçimi, davranışları, duruşu, konuşması, özbakımı, çevreye ilgisi, jest, mimik ve göz teması ve bedenindeki izler ile değerlendirilir.

KONUŞMA VE MOTOR AKTİVİTE

Konuşmanın düzeni, miktarı, konuşma biçimi, ses tonu, konuşurken göz teması kurup kurmadığı, anlatım şekli (ayrıntılar, konu dışı sapmalar vb.) değerlendirilir.

Niceliksel bozukluk: Ses tonunun yüksek veya düşük olması, konuşma miktarının azalmış veya artmış olması niceliksel özellikleridir.

Niteliksel bozukluk: Konuşmanın dizartrik, dağınık olması, konuşma tikleri, kekemelik, pelteklik, küfürlü sözcükler içermesi niteliksel özellikleridir. Konuşma tikleri, kekemelik, dağınıklık, dizartri, disfazi, pelteklik, çocuksuluk, küfürlü konuşma.

Motor Aktivite: Hareketlerde yavaşlama, hızlanma veya huzursuzluk halini ifade eder.

DUYGULANIM (AFEKT)-DUYGUDURUM (MOOD)

Duyguların dışı vurumu duygulanım, daha uzun süreli genel duygusal yapı ise duygudurum (mood) için kullanılan terimlerdir.

Duygulanım muayene esnasında hekimin hastanın dışı vuran duygularını öznel olarak değerlendirdiği bir bulgudur.

Duygudurum ise hastaya sorulan sorular ve öyküden elde edilen bulgularla anlaşılabilir. Örneğin”Son günlerde kendinizi nasıl hissediyordunuz?”gibi bir soruyla duygudurum değerlendirilebilir.

BİLİŞSEL YETİLER

BİLİNÇ

Bilinç, uyanıkken kendinin ve çevrenin farkında olma, uyanıklık durumudur. Bilinç düzeyi, hem beyin sapı hem de kortikal bileşenlere bağlıdır. Tam uyanıklık tam bilinçlilik, koma ise tam bilinçsizlik halidir.

Psikiyatrik muayene sırasında hastalar genellikle tam bilinçlilik halindedir. Deliryum, madde intoksikasyonu veya yoksunluk durumlarında bilinç bozukluklarından sözedilebilir.

Bilinç Bozuklukları

Bilinç ve yönelim bozukluğu genelde organik nedenlerle olur ve tam bir fizik ve nörolojik muayene gerektirir.

YÖNELİM (ORYANTASYON)

Hastanın kişi, yer ve zamanla ilgili bilgileri tanımlayabilme yetisidir.

BELLEK (HAFIZA)

Bellek, kişinin yakın ve uzak geçmişteki deneyimlerini, öğrendiklerini, zihninde saklama, doğru olarak yeniden aklına getirme, anımsayabilme yetisidir. Belleğin kayıt, depolama ve geri çağırma işlevleri vardır.

Bellek muayenesi yaparken;

Duyusal ve anlık bellek: Hastaya birbirinden bağımsız üç ayrı kelime söylenir ve bunutekrarlaması beklenir. Örneğin “masa, bayrak, elbise” kelimeleri söylenir. Yakın geçmiş belleği: Söylenen 3 kelimeyi 4-5 dk sonra tekrarlaması istenir. Son birkaç gündür yaptıkları doğrulanabilecekse sorulabilir (yanında refakatçisi olan hastalar için). “Dün akşam ne yemiştiniz? Yanınızda kimler vardı, neler yaptınız?” gibi sorular sorulabilir.

Uzak geçmiş belleği: Aylar, yıllar önce olmuş olaylar, tarihler, anılar sorulabilir. Yine hasta yakınları tarafından doğrulanabilecek veya herkesin bildiği geçmiş olaylar sorulmalıdır.

DİKKAT

Belli bir konu veya nesneye odaklanabilme ve bu durumu sürdürebilme yeteneğidir. Dikkat muayenesinde, hastanın eğitim durumuna göre; haftanın günlerini geriye doğru saydırmak, bir kelime verip kelimenin harflerini geriye doğru saydırmak, 100’den geriye 7’şer çıkarma işlemi yapmasını istemek sağlanabilir.

ALGILAMA (İDRAK)

Duyu organları aracılığıyla gelen iç ve dış uyaranların beyine iletilmesi, değerlendirilmesi ve tanınması algılama olarak tanımlanır. Bu süreçlerdeki bozukluklar algı bozukluklarıdır.

Yanılsama (illüzyon): Gerçek bir nesnenin ya da uyarının doğru algılanmayıp yanlış yorumlanmasıdır. Normal kişilerde de olabilir. Deliryumdaki hastanın serum kablosunu yılanı benzetmesi, duvardaki karartıyı böcek olarak yorumlaması gibi.

Varsanı (halüsinasyon): Olmayan bir uyarın ya da nesnenin var gibi algılanmasıdır. İşitsel, görsel, tat ve dokunsal (taktıl) varsanılar mevcuttur. “kimsenin görmediği, sadece sizin gördüğünüz görüntüler oldu mu?” “kimsenin duymadığı sadece sizin duyduğunuz sesler oldu mu” cevap evetse “nasıl görüntüler gördünüz, nasıl sesler duydunuz” gibi ayrıntılı sorularla durum netleştirilmelidir.

Hipnagogik (uykuya dalarken) ve hipnapompik (uykudan uyanırken) varsanıların tanısallığı yoktur.

Derealizasyon (gerçek dışılık): Çevrenin yabancılaşması, değişmiş olarak algılanmasıdır.

Depersonalizasyon (yabancılaşmışlık): Kişinin kendine yabancılaşması, sanki kendisini dışardan izliyormuş gibi hissetmesi halidir.

DİL YETİSİ

Anlama, tekrarlama, adlandırma, okuma ve yazma yetilerini değerlendime sonucunda dil yetisi anlaşılmış olur.

SOYUT DÜŞÜNME YETİSİ

Demans, şizofreni, zeka geriliği gibi durumlarda soyutlama yetisi bozulabilir. Hastaya bir atasözünü yorumlaması, benzer özellikli iki nesnenin ortak ya da farklı noktalarını bulması istenebilir.

YARGILAMA (MUHAKEME)

Olayların neden-sonuç ilişkisini kurabilmek, doğru yanlışı ayırt etme gücüne sahip olmak, bireysel ve sosyal değer yargılarını ayırt edebilme ve davranabilme yetisine yargılama denir. Şizofreni, demans gibi hastalıklarda bozulur, bir kişide hezeyan olması yargılamanın bozulduğunun göstergesidir.

GERÇEĞİ DEĞERLENDİRME YETİSİ (Reality testing)

Bireyin zihninde olan iç gerçekliklerle, dışarda olup bitenlerle dış gerçek arasında ayırım yapabilmesi; düşünce, davranış, olay, hayal ve gerçek ayırımını yapabilmesidir. Gerçeği değerlendirmenin bozulduğu en önemli durum şizofrenidir.

Tutum ve içgörü

Hastanın tutumu, muayene eden kişiye ve çevresindekilere karşı davranış biçimini ifade eder.

Hastalığını kabul edip etmemesi durumu da hastalığına karşı tutumunu içgörüsünü ifade eder.

DÜŞÜNCE

Düşünce bireyin dış uyarın sonucu zihninde sembollerin oluşmasıdır. Birbiriyle bağlantılı, düzenli bir akış içinde, amaca yönelik ve gerçeğe uygundur.

SANRI (HEZEYAN)

Bireyin zekâsı ve kültürel özellikleriyle açıklanamayan, dış gerçekliğin hatalı yorumuna bağlı olup aksine delillerle/mantıklı açıklamalarla sarsılmayan yanlış, değiştirilemeyen inanışlardır. Psikozun temel belirtisi olan bir düşünce bozukluğu olarak karşımıza çıkar.

SANRI TÜRLERİ

Büyüklik (grandiöz), yeteneklilik hezeyanları: Özel birtakım güçlerinin olduğu, ünlü bir sanatçı, evliya, mehdi ya da peygamber gibi önemli biri olduğu...

Kötülük görme (perseküsyon) sanrıları: En sık görülen sanrılardandır, kendinin ya da bir yakınının saldırıya uğrayacağı, zarar verilmek istendiği yönünde hezeyanlardır. “beni izliyorlar, çocuğumu zehirleyecekler” gibi.

Kıskançlık sanrısı (Othello sendromu): Somut bir kanıt olmaksızın partnerin sadakatsiz olduğuna dair inançtır. Bu bireyler partnerlerinin giyimi, bir eşyası, camdan bakışı, tebessümü, yürüyüşü, öksürmesi, oturması/kalkması, ağlaması/gülmesi gibi her tür eylemi inançlarının bir deliliymiş gibi değerlendirebilirler.

Alınganlık (referans) sanrıları: Örn.»radyo ve televizyondan bana laf atıyorlar”, “öksürerek ya da far yakıp söndürerek veya aralarında konuşurken eşcinsel olduğumu ima ediyorlar” gibi..

Etkilenme sanrıları: “Kafamın içine bir cihaz konmuş, bana istediklerini yaptırıyorlar” “TV-radyo ya da lazer ışınlarıyla davranışlarıma yön veriyorlar” gibi.

Etkileme sanrıları: “Düşünce yoluyla, özel güçlerle başkalarını yönetiyorum” vb.

Kontrol edilme sanrıları: “Düşüncelerim kontrol ediliyor/ çalınıyor/ okunuyor/yayınlanıyor”

Erotomanik sanrı: Şöhretli, zengin ya da etkili bir insanın kendisine aşık olduğu inancı.

Küçüklük sanrıları: “Hiçbir işe yaramam, değersizim, tedavi edilmeye değmem”.

“Nihilistik sanrılar: “Ben yokum, ölmüşüm, kalbim, midem çürümüş, erimiş, yok olmuş”.

Somatik sanrılar: Vücudunun hastalandığına/değiştğine inanır. «Bende kanser, AİDS var”.

SAPLANTI (TAKINTI, OBSESYON)

Belirgin sıkıntı ve kaygıya sebep olan, istemsiz gelen, yineleyici ve sürekli düşüncü, dürtü veya hayaller olarak tanımlanmaktadır. Kişi bu düşüncelerden rahatsız olduğu için onları baskılamaya, etkisizleştirmeye çalışır, bunların mantıksız ve saçma olduğunun bilincindedir.

“Kafanızdan atamadığınız, mantıklı olmasa da, sürekli olarak sizi rahatsız eden düşünceleriniz oluyor mu?” gibi sorularla anlaşılabilir.

DAVRANIŞ

Kişinin sergilediği tüm davranışları, sözel ve sözsüz iletişimi, dışa vuran aktiviteyi ifade eder.

UYKU-İŞTAH-CİNSEL İŞLEVLER

Uyku, iştah ve cinsel işlevler bedensel iyilik halinin bir göstergesi olmakla beraber birçok ruhsal hastalığın primer belirtisi olduğundan mutlaka değerlendirilmelidir.

ZEKA

Kişinin soyut düşünme yeteneği, bilgi birikimi, sözcük hazinesi, olayları değerlendirme ve yargılama yeteneği, okul, aile ve iş performansı zeka düzeyi hakkında bilgi verir. Objektif zeka testleri mevcuttur. Klinik değerlendirme sayesinde zeka düzeyi hakkında bir izlenim elde edilir. İşlevsellik ve yargılama zeka düzeyini belirlemede önemli parametrelerdir. Hafif, orta ve ağır zeka geriliği terimleri kullanılır.

DEPRESYON VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Depresyon bireyin duygu, düşünce ve davranışlarını etkileyen, çökkün duygudurumla karakterize, değersizlik, benlik saygısında azalma, karamsarlık, yetersizlik, benlik saygısında azalmayla beraber fizyolojik işlevlerde bozulmalarla karakterize yaygın bir hastalıktır. Kadınlar bu hastalıktan daha fazla etkilenmektedir. Majör depresif bozukluğun 12 aylık prevalansı ile ilgili farklı oranlar bildirilmekle birlikte yaygınlığı ortalama %6'dır.

DSM-5 Tanı ölçütleri

- A. Aşağıdaki semptomlardan beşi (veya daha fazlası) iki haftalık dönem içerisinde mevcuttur ve önceki işlevselliğe göre bir değişikliği temsil etmektedir; semptomlardan en az biri ya (1) depresif ruh hali ya da (2) ilgi ya da zevk kaybıdır.
- 1) Neredeyse her gün, günün büyük bölümünde, ya öznel bildirimlerle (örn. kendini üzgün, boş, umutsuz hissetme) ya da başkaları tarafından yapılan gözlemlerle (örn. ağlamaklı görünme) belirlenen depresif ruh hali.
 - 2) Neredeyse her gün, günün büyük bölümünde, etkinliklerin tümüne ya da hemen tümüne karşı ilgide ya da bunlardan alınan zevkte belirgin azalma
 - 3) Diyet yapmadığınızda belirgin kilo kaybı veya kilo alımı (örneğin, bir ayda vücut ağırlığının %5'inden fazla bir değişiklik) veya neredeyse her gün iştahta azalma veya artış.
 - 4) Neredeyse her gün uykusuzluk veya aşırı uyku.
 - 5) Neredeyse her gün psikomotor ajitasyon veya yavaşlama (yalnızca öznel huzursuzluk veya yavaşlama duyguları değil, başkaları tarafından

da gözlemlenebilir).

- 6) Neredeyse her gün yorgunluk veya enerji kaybı.
- 7) Neredeyse her gün değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (bunlar sanırsal düzeyde olabilir) (sadece kendini suçlama ya da hasta olduğu için suçluluk duygusu değil).
- 8) Neredeyse her gün düşünme veya konsantre olma yeteneğinde azalma veya kararsızlık (ya kendi öznel anlatımına göre ya da başkaları tarafından gözlemlendiğine göre).
- 9) Tekrarlayan ölüm düşünceleri (sadece ölüm korkusu değil), belirli bir plan olmadan tekrarlayan intihar düşüncesi veya intihar girişimi ya da intihar etmek için özel bir plan.

B. Semptomlar klinik olarak belirgin bir sıkıntıya ya da sosyal, mesleki ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine ya da başka bir tıbbi duruma bağlanamaz.

D. Majör depresif dönemin ortaya çıkışı şizoafektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanırsal bozukluk veya diğer tanımlanmış ve tanımlanmamış şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman manik ya da hipomanik bir dönem yoktur. Uyku bozukluğu, başka bir uyku-uyanıklık bozukluğu (örn. narkolepsi, solunumla ilişkili bir uyku bozukluğu, yirmi dört saatlik düzenle ilgili bir uyku-uyanıklık bozukluğu, bir parasomni) ile daha iyi açıklanamaz ve yalnızca başka bir uyku-uyanıklık bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır (1).

UYGULAMAYA YÖNELİK ÖNEMLİ ALANLAR

Tanı koyma aşamasında hastanın şikayetleri yol gösterici olsa da tanı kriterlerine yönelik kritik soruların mutlaka sorulması gerekir.

Hastalar değerlendirilirken tıbbi hastalıkları, alkol-madde-sigara kullanımı, aile öyküsü, intihar risk faktörleri mutlaka gözden geçirilmelidir.

Bu sorular;

1. Kendinizi gün boyu mutsuz, üzgün, eskiden zevk alabildiğiniz şeylere karşı ilgisiz, zevk alamaz gibi hissediyor musunuz?
2. Geleceğe baktığınızda umutsuz hissettiğiniz oluyor mu?
3. Kendinizi değersiz, başarısız, çaresiz hissettiğiniz oluyor mu?
4. Son zamanlarda yorgun, bitkin, önceki halinize göre daha enerjisiz hissediyormusunuz?
5. Önceki halinize göre daha çabuk sinirlendiğiniz oldu mu? Normalden daha fazla tepki veriyor musunuz?
6. Uykunuzda, iştahınızda ve cinsel hayatınızda bir değişiklik oldu mu?

Cevap evetse nasıl bir değişiklik oldu?

7. Ölsemde kurtulsam gibi düşünceleriniz oluyor mu?

Cevap evetse “Kendinizi öldürmeyi düşündünüz mü?”

Cevap evetse “Kendinizi öldürmeyle ilgili bir planınız oldu mu? Ve “Kendinizi öldürmeyle ilgili bir girişiminiz oldu mu?”

*****İntiharla ilgili soruların mutlaka ayrıntılı olarak sorulması, bu soruların geçmişle ilgili girişimler konusunda da ayrıntılı olarak değerlendirilmesi gerekir.**

8. Yaşadığınız bu sorun ve şikayetler aile/iş veya okul/sosyal hayatınızı nasıl etkiledi?

Depresyon tanısı konulan hastaların bipolar bozukluk açısından değerlendirilmesi gerekir, mani-hipomani dönemlerinin olup olmadığı mutlaka sorgulanmalıdır. “**Bu halinizin tersine, çevrenizdeki insanların dahi fark ettiği, çok konuştuğunuz, kendinizi aşırı mutlu veya coşkulu hissettiğiniz, enerjinizin çok arttığı, yerinizde duramadığınız, normalde yapamayacağınız aktivitelerde bulunduğunuz (aşırı para harcama, kontrolsüz cinsel davranışlar gibi.), çok az uyumanıza rağmen hiç yorulmadığınız en az birkaç gün süren zamanlar oldu mu?**

Cevap evetse “bu dönemi daha ayrıntılı anlatır mısınız”; “bu dönemde aile/iş veya okul/sosyal hayatınız nasıl etkilendi?” şeklinde durumun hipomani veya manik dönemle ilişkili bir atak dönemi olup olmadığı incelenmelidir. Hastaların bir kısmı bu tür dönemler yaşadıklarını ifade edebilir. Ancak genellikle yaşadım diye ifade ettikleri dönem 1-2 günü geçmez ve hipomani veya mani kriterlerini tamamıyla karşılamaz. Ancak her depresyon hastasının bipolar bozukluk yönünden risk altında olduğu unutulmamalıdır.

Tanıyla Yönelik Ölçekler:

1. Beck depresyon ölçeği (Self bildirimine yönelik bir ölçektir).
2. Hastane anksiyete depresyon ölçeği (özellikle psikiyatri servisi dışındaki servislerde yatarak tedavi gören hastalarda uygulama ve yorumlama kolaylığı sağlayan bir ölçektir).
3. Hamilton depresyon ölçeği (klinikisyen uygular)

Postpartum depresyon

Postpartum dönem kadınların ruhsal ve bedensel açıdan etkilendikleri özel bir dönemdir. Bu dönemde tüm kadınların ruhsal açıdan değerlendirilmesi büyük önem taşır. Başta Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Aile Hekimi uzmanları olmak üzere, tüm hekimlerin bu konuda bilgi ve beceri sahibi olması gerekir. Bu bağlamda ön hekimlik Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uygulamalarında atlanmaması gereken bir dönemdir. Bu hastalığın tedavisi hem anne hem bebeğin ruhsal ve bedensel bütünlüğü bakımından oldukça önemlidir.

Postpartum hüzün	Postpartum depresyon
2.gün-2 hafta arasında görülür	2 hafta-1 yıl içinde görülebilir
Sebepsiz ağlama krizleri, duygularda ani değişiklikler	Suçluluk, değersizlik, umutsuzluk veya çaresizlik duyguları
Sebepsiz hüzünlü hissetme	İlgi istek kaybı
Baş ağrısı, konsantrasyon güçlüğü	Uyku, iştah değişiklikleri, konsantrasyon güçlüğü, enerji kaybı
Dış etkenlere karşı aşırı hassasiyet, çabuk sinirlenme	Bebekle bağ kuramama, bebeğe veya kendine zarar verme düşünceleri
Tedavi gerektirmez	Mutlaka tedavi edilmelidir

Tanıyla yönelik ölçekler

1. Edinburg postpartum depresyon ölçeği

Perimenopozal depresyon

Kadınların yaşamlarında önemli hormonal değişikliklerin etkisiyle ortaya çıkan bedensel ve ruhsal değişikliklerin ortaya çıktığı perimenopozal dönemde depresyon oldukça sık görülen bir hastalıktır. Bu dönemde bedensel semptomlarla ruhsal şikayetlerin ayrımının yapılması, depresyon tanısı alan hastaların tedavi edilmesi kritik önem taşır.

Bu dönemde depresyon ayırıcı tanısını yapabilmek zor olabilir. Bu döneme özgü çeşitli semptomlar menopozal sürecin doğal belirtisi olabilir. Bu dönemde ortaya çıkan fizyolojik değişikliklere sekonder uyku, iştah değişiklikleri, duygusal instabilite, çabuk yorulma gibi belirtiler depresyonda da sıklıkla karşımıza çıkar. Depresyon tanısı için özellikle ruhsal semptomlara odaklanmak önerilmektedir.

Perimenopoz ve Menopoza özgü semptomlar	Depresyona özgü semptomlar
Vazomotor semptomlar	Anhedoni
İdrar kaçırma, vajinal kuruluk gibi ürogenital semptomlar	Ölüm düşünceleri
	Karamsarlık, umutsuzluk, değersizlik düşünceleri

Tanıya yönelik ölçekler

1. Perimenopozal depresyon ölçeği
2. Menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği

Geriatrik depresyon

Günümüzde beklenen yaşam süresinin uzamasıyla birlikte yaşlılığa bağlı bedensel sorunların yanı sıra psiko-sosyal açıdan birçok sorun ortaya çıkmaktadır. Ruhsal sorunların başında geriyatrik depresyon gelmektedir. İleri yaştaki bireylerde depresyon etyolojisinde kronik tıbbi hastalıklar, çok sayıda ilaç kullanımı, ilaç etkileşimleri ve ilaçların yan etkileri, sosyal açıdan ortaya çıkan sorunlar, eş kaybı, yalnızlık, sosyal izolasyon, maddi sorunlar yer almaktadır.

Geriatrik hastalarda depresyon her zaman görünür olmayabilir. Geriyatrik hastalarda depresyonda; nörovejetatif bulgular, somatik aşırı uğraşlar, ajitasyon, unutkanlık, enerji kaybı, konsantrasyon zorluğu, uyku sorunları (özellikle erken uyanma ve uykunun sıkça bölünmesi), ağrı, iştah azlığı, kilo kaybı, hipokondriyak yakınmalar, intihar düşünceleri, ilgi kaybı-isteksizlik ve uykusuzluğun majör depresyonu olan yaşlılarda belirleyici semptomlar olduğunu göstermektedir.

Bu yaş grubunda bir diğer sorun bilişsel etkilenmenin derecesini belirlemek, demans ayırıcı tanısının dikkatle yapılmasıdır. Depresyon tedavisi sonrası düzelmeyen bilişsel sorunlar demans açısından önemli bir risk faktörüdür. Bu tip durumlarda demans tanısının tekrar gözden geçirilmesi gerekir. Bununla birlikte her iki bozukluğun birlikte olabileceği de unutulmamalıdır.

Geriatrik hastalarda yas dönemi bazen depresyon olarak

algılanabilmektedir. 2 aydan uzun süren yas belirtileri depresyon gibi tedavi edilebilir.

Sonuç olarak yaşlılık dönemi çok sayıda faktörün birlikte değerlendirilmesi gereken karmaşık bir süreçtir. Bu dönemde yapılacak ruhsal sorunlara yönelik tedavi ve destek girişimleri yaşlılar bedensel hastalıklarına bağlı zorlukların iyileşmesinde ve yaşam kalitelerinin artmasında olumlu etkiler yaratır.

Tanıya yönelik ölçekler

1. Geriyatrik depresyon ölçeği
2. Mini-mental test

BİPOLAR BOZUKLUK

Bipolar bozukluk 1 (BB-1) ve 2 olmak üzere DSM tanı sınıflandırma sisteminde sınıflandırılmıştır. BB-1’de yaşam boyu en az 1 manik dönem olması tanı için gereklidir. BB-2’de ise 1 hipomanik, 1 major depresif dönem tanı konulmasını sağlar.

BB-1 tanısını koymak, BB-2’ye göre kısmen daha kolaydır. Manik dönem olması tanıyı kolaylaştırmaktadır. BB-2’ de ise majör depresif dönemler hastalığın önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Hipomani dönemlerini tespit etmek zor olabilmektedir.

Hipomani ve mani dönemini tespit etmek için;

- *Depresyon halinizin tersine, çevrenizdeki insanların dahi fark ettiği, çok konuştuğunuz,*
- *Kendinizi aşırı mutlu veya coşkulu hissettiğiniz,*
- *Enerjinizin çok arttığı, yerinizde duramadığınız,*
- *Normalde yapamayacağınız aktivitelerde bulunduğunuz (aşırı para harcama, kontrolsüz cinsel davranışlar gibi..),*
- *Çok az uyumanıza rağmen hiç yorulmadığınız en az birkaç gün süren zamanlar oldu mu?*
- *Cevap evetse “bu dönemi daha ayrıntılı anlatır mısınız”; “bu dönemde aile/iş veya okul/sosyal hayatınız nasıl etkilendi?” şeklinde sorular sorulabilir.*

DSM-5 Mani Dönemi Ölçütleri

A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az bir hafta süreyle (ya da hastaneye yatmayı gerektirmişse herhangi bir süre), neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) belirgin bir derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
2. Uyku gereksiniminde azalma (örn. yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik).
7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. Aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).

C. Duygudurum bozukluğu, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağırdır ya da psikoz özellikleri vardır.

D. Bu dönem, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: Antidepresan tedavi (örn. ilaç tedavisi, elektrokonvülsif terapi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyoloji ile ilgili etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir mani dönemi, bir mani dönemi için, dolayısıyla ikiüçlü I bozukluğu tanısı için yeterli bir kanıttır.

Not: A-D tanı ölçütleri bir mani dönemini oluşturur. BB-1 bozukluğu tanısı konabilmesi için yaşam boyu en az bir mani dönemi geçirilmiş olması gerekir.

DSM-5 Hipomani Dönemi Ölçütleri

A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az dört ardışık gün süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) sürmüştür, bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişik ve belirgin derecede olmuştur:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
2. Uyku gereksiniminde azalma (örn. yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.

6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik).

7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. Aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).

C. Bu dönem, kişinin belirtisiz olduğu zamanlarda olduğundan çok daha değişik, işlevsellikte belirgin bir değişikliğin görüldüğü bir dönemdir.

D. Duygudurum ve işlevsellikte olan değişiklik başkalarınca gözlenebilir.

E. Bu dönem, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağır değildir. Psikoz özellikleri varsa, söz konusu dönem, tanım olarak, mani dönemidir.

F. Bu dönem, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: Antidepresan tedavi (örn. ilaç tedavisi, elektrokonvülsif terapi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyoloji ile ilgili etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir hipomani dönemi, bir hipomani dönemi tanısı için yeterli bir kanıttır. Ancak bir ya da iki belirti (özellikle antidepresan kullanımından sonra ortaya çıkan çabuk kızmada artış, sinirlilik ya da kışkırtma belirtileri) bir hipomani dönemi tanısı için ne yeterli sayılmalı, ne de ikiüçlü bozukluğa yatkınlığın bir göstergesi olarak görülmelidir.

Not: A-F tanı ölçütleri bir hipomani dönemini oluşturur. BB-1 bozukluğunda hipomani dönemleri sık görülür, ancak BB-1 bozukluğu tanısı konabilmesi için hipomani dönemlerinin olması gerekli değildir.

Tanıya Yönelik Ölçekler

1. Hipomani soru listesi
2. Duygudurum bozukluğu anketi
3. Young mani değerlendirme ölçeği
4. Beck depresyon ölçeği
5. Hamilton depresyon ölçeği

Depresyon ve İlişkili Bozukluklar Ön Hekim Uygulama Yönergesi

1. İlk atak majör depresyon tanısı konulan hasta görüşmesi uygulaması
2. Postpartum depresyon bakımından değerlendirme ölçekleri ile tarama uygulaması
3. Perimenopozal dönem bakımından değerlendirme ölçekleri ile tarama uygulaması
4. Geriyatrik depresyon tarama ve hasta görüşmesi, değerlendirme ölçekleri ile tarama uygulaması
5. Major depresyon tanısı ile takip ve tedavi edilmekte olan hastayı mani ve hipomani bakımından değerlendirme ve tarama ölçekleri uygulaması

ŞİZOFRENİ

Şizofreni bireyin başta düşünce ve algı olmak üzere, duygu, davranış ve yargılamasını etkileyen, işlevsellikte ve yaşam kalitesinde bozulmayla seyreden kronik bir ruhsal hastalıktır. Kadın ve erkek cinsiyette görülme oranı benzerdir. Yaşam boyu yaygınlık oranı yaklaşık %1 kadardır.

Şizofrenide görülen düşünce bozukluğu olan sanrılar; dış gerçeklikle ilgili yanlış çıkarımlara dayanan ve aksi yöndeki açık kanıtlara karşılık değiştirilemeyen inanışlardır. En sık perseküsyon ve referans sanrıları saptanır.

Algı bozukluklarından uyaran olmadan algılamanın olması olarak tanımlanan halüsinasyonlardan; işitsel ve görsel halüsinasyon en sık görülen algı bozukluklarıdır.

Negatif belirtiler normalde olması gereken işlevlerin azalması veya olmamasıdır. Konuşmanın azalması, toplumsal aktivitelere katılımı azalma, düşünce içeriğinin fakirleşmesi, duygulanımın küntleşmesi bu belirtiler arasındadır.

Dezorganize düşünme ve davranışlar şizofreni kliniğinde ortaya çıkan diğer bulgulardır. Düşüncelerdeki dağınıklık, tekdüzelik, mantıksal ve dilbilgisel hatalar dezorganize konuşmaya örnek olabilir. Dezorganize davranış ise; belirsiz el, yüz hareketleri, saçma davranışlar ve katatoni ile ilişkili belirtilerle karakterize olabilir.

DSM-5 Tanı Ölçütleri

A. Aşağıdaki 5 belirtiden en az 2 tanesinin (en az biri 1., 2. ya da 3. Madde olmak kaydıyla) bulunması gerekir ve her biri bir aylık sürenin önemli bir kesiminde (tedavi edildiyse daha kısa bir süre olabilir) yer alır.

1. Sanrılar
2. Varsanılar
3. Dağınık konuşma (konudan sık sık sapma, anlaşılmaz konuşma vb.)
4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni
5. Negatif belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışamama).

B. Bu bozukluk başladığından beri geçen zamanın önemli bir kısmında iş, kişilerarası ilişkiler, kendine bakım gibi alanlardan en az birinde işlevsellik düzeyi bu bozukluk başlamadan önceki düzeyin belirgin olarak altındadır.

C. Bulgular en az 6 aydır vardır. Bu 6 aylık sürenin en az 1 aylık kısmında A tanı ölçütleri sağlanır.

D. Şizoafektif bozukluk, psikozla giden depresyon bozukluğu ve bipolar bozukluk tanıları dışlanır.

E. Bu bozukluk bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

F. Otizm spektrum bozukluğu ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa; belirgin sanrılar ya da varsanılar en az bir aylık bir süreyle varsa ayrıca şizofreni tanısı da konulur (1).

Uygulamaya Yönelik Önemli Durumlar

- Şizofreni tanısıyla takip edilen hastaların kronik tıbbi hastalıkları atlanmamalıdır. Bu hastalar bedensel şikayetlerini ifade etmekte zorluk çekebilirler.
- Bu hastalarda metabolik sorunlar başta olmak üzere (obezite, diabetes mellitus, hiperlipidemi, hipertansiyon), kalp hastalıkları, solunumsal hastalıklar, enfeksiyonlar normal popülasyondan çok daha sıktır.

- Bu hastaların bedensel hastalıklarının yakından takibi ve tedavisi atlanmamalıdır.
- Yoğun sigara kullanımı birçok sorunu beraberinde getirmektedir.
- Kullandıkları ilaçların yan etkilerine bağlı gelişen komplikasyonlar atlanmamalıdır.

Tanıya yönelik ölçekler

1. Şizofrenide kısa değerlendirme ölçeği
2. Pozitif ve negatif sendrom ölçeği

Şizofreni Ön Hekim Uygulama Yönergesi

1. Şizofreni tanısı almış bir hasta ile psikiyatrik görüşme uygulaması
2. Psikiyatri polikliniğine ilk defa başvuran hastada psikotik bulguları değerlendirme ve şizofrenide kısa değerlendirme ölçeği ile belirtilerin taranması uygulaması

ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Anksiyete bozuklukları DSM-5 tanı sınıflandırmasında Yaygın Anksiyete bozukluğu, Panik bozukluk, Agorafobi, Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Anksiyete Bozukluğu), Özgül Fobi, Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, Seçici Konuşmazlık olmak üzere sınıflandırılmıştır. Maddenin yol açtığı, tanımlanmış ve tanımlanmamış anksiyete bozuklukları da ayrı başlıklar olarak mevcuttur.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalarda motor gerginliğe eşlik eden süregelen bir kaygı ve endişe hali hakimdir. Kişi bu kaygıyla başa çıkmakta ve kontrol etmekte güçlük çeker. Genellikle kendilerini sinirli ve gergin olarak tanımlarlar.

Motor gerginlik kendisini bedensel şikayetlerle gösterir, bunlar baş ağrıları, yaygın vücut ağrıları, gastrointestinal sistemle ilgili yakınmalar olabilir. Bu hastalarda gerilim tipi baş ağrıları, fibromiyalji sendromu, irritabl bağırsak sendromu, kronik yorgunluk sendromu gibi hastalıkların yaygınlığı oldukça fazladır. Bu sebeplerle bu hastaların tıbbi alanlarda başvuruları oldukça sıktır.

DSM 5 tanı ölçütleri

- A. En az 6 aylık bir sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.

B. Kişi kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.

C. Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü ya da daha çoğu eşlik eder.

1. Huzursuzluk ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma.
2. Kolay yorulma.
3. Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihnin boşalması.
4. Kolay kızma (irritabilite).
5. Kas gerginliği.
6. Uyku bozukluğu (Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen bir uyku uyuma).

D. Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda işlevsellikte azalmaya neden olur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (panik bozuklukta panik atakları olacağına ilişkin kaygı, toplumsal kaygı bozukluğunda olumsuz değerlendirilme, obsesif kompulsif bozuklukta buluşma ya da diğer obsesyonlar, ayrılık kaygısı bozukluğunda bağlandığı kişilerden ayrılık, travma sonrası stres bozukluğunda travmatik olayların anımsatıcıları, anoreksiya nervozada kilo alma, bedensel belirti bozukluğunda bedensel yakınmalar, beden algısı bozukluğunda algılanan görünüm kusurları, hastalık kaygısı bozukluğunda önemli bir hastalığı olma, ya da şizofreni ya da sanrılı bozuklukta sanrısız inançların içeriği).

Uygulamaya Yönelik Önemli Durumlar

- Yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalar yoğun stres ve gerginliğe bağlı bedensel hastalıklara oldukça yatkındır.
- Özellikle 35 yaş ve üzeri hastalarda tıbbi komorbid durumlar çok sıktır. Bu bireyler genellikle psikiyatri dışı hekimlere başvururlar.
- Stresle başetme teknikleri, gevşeme ve nefes egzersizleri, sağlıklı boş zaman aktiviteleri, yürüyüş, spor aktiviteleri konusunda bilgilendirmeleri önemli bir tedavi aşamasıdır.
- Sigara, alkol gibi alışkanlıklarının değerlendirilmesi, bırakma konusunda desteklenmeleri gerekir.

Panik Bozukluk

Panik bozukluk beklenmedik panik ataklar, atakların ortaya çıkacağı ile ilgili beklenti anksiyetesi ve kaçınma davranışlarıyla karakterize bir anksiyete bozukluğudur. Hastalar beklenmedik panik ataklarla sıklıkla acil servislere başvururlar. Bununla birlikte beklenti anksiyetesi ve kaçınma davranışları işlevsellik ve yaşam kalitesini azaltan önemli semptomlardır. Beklenti anksiyetesi hastanın sürekli bedensel belirtilerine odaklanmasına, yalnız kalamamasına, bedensel aktivitelerini azaltmasına, nabız sayma, tansiyon ölçme gibi davranışlarının artmasına sebep olur.

Panik ataklar 10-40 dk arasında süren, belirgin sıkıntıya yol açan semptomlar kümesidir. Bu sırada hasta öleceğini, kalp krizi geçireceğini veya delireceğini düşünme gibi olumsuz bilişsel çarpıtmalara sahiptir.

Kaçınma davranışları bireyin sosyal izolasyonuna, toplu taşıma araçları, toplu mekanlar (AVM, market, okul vb.) gibi alanlardan uzaklaşmasına sebep olabilir.

Agorafobi ayrı bir anksiyete bozukluğu olmakla birlikte, sıklıkla panik bozuklukla birlikte bulunur. Toplu taşıma alanları, açık toplu yerler, kapalı toplu alanlar, sırada bekleme veya evde yalnız kalma gibi etkinliklerde işlevselliği etkileyecek düzeyde belirgin kaygı ve sıkıntı yaşama halidir.

DSM 5 Tanı ölçütleri

A. Yineleyen beklenmedik panik atakları. Bir panik atağı, dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada aşağıdaki belirtilerden en az dördünün ortaya çıktığı, yoğun bir korku ya da içsel sıkıntının bastırdığı bir durumdur:

1. Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması
2. Terleme
3. Titreme ya da sarsılma
4. Nefesin daraldığı ya da boğuluyor gibi hissetme
5. Nefesin tıkanıldığı duyumu
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma
7. Bulantı ya da karın ağrısı
8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma hissi
9. Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması hissi
10. Uyuşmalar
11. Gerçek dışılık ya da kendine yabancılaşma hissi
12. Denetimini yitirme ya da “çıldırma” korkusu
13. Ölüm korkusu

B. Ataklardan en az birinden sonra, aşağıdakilerden biri ya da her ikisi de en az bir ay süreyle olur:

1. Başka panik atakların olacağı ya da bunların olası sonuçlarıyla (örn. Kalp krizi geçirme, “çıldırma”) ilgili olarak sürekli bir kaygı duyma
2. Ataklarla ilgili olarak, uyum bozukluğuyla giden davranış değişiklikleri (örn. Spor yapmaktan ya da tanıdık olmayan durumlardan kaçınmagibi panik atak geçirmekten kaçınmak için tasarlanmış davranışlar) gösterme.

C. Bu bozukluk bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Uygulamaya Yönelik Önemli Durumlar

- Panik bozukluk tanısının netleşmesi zaman alabilir. Bu süreçte hastalar çok sayıda hekime başvururlar. Hastaların psikiyatriste yönlendirilmeleri en kısa zamanda sağlanmalıdır.
- Bedensel hastalıklar ekarte edildikten sonra psikiyatrik tedavinin başlaması hastalığın kronikleşmesine engel olması bakımından önemlidir.

Panik Atak Acil Servis Müdahale

Panik atak belirtileriyle başvuran hastanın öncelikle durumunun panik atak olduğunun netleştirilmesi gerekir. Bunun için panik atak benzeri belirtilere yol açan tıbbi durumların ekarte edilmesi gerekir. Başta miyokard infarktüsü olmak üzere kardiyak, metabolik ve solunumsal nedenler dışlanmalıdır. Bununla birlikte hasta alkol madde kullanımı bakımından ayrıntılı değerlendirilmeli. Alkol-madde yoksunluğu veya intoksikasyonu ekarte edilmelidir.

Durumun panik olduğu netleştikten sonra;

1. Hastaya panik atak tanımlanmalı, panik atak oluş mekanizması, herhangi bir tıbbi komplikasyona sebep olmayacağı anlatılmalıdır.
2. Atak sırasında tamamen bedensel semptomlarına odaklanan hastanın, dikkatinin farklı alanlara çevirilmesi sağlanmalıdır (Bulunduğumuz odadaki objeleri sayarmısını? Dün akşam neler yapmıştınız? Bugün yediklerinizi sayarmısınız? Gibi yönergelerle bedensel odaklanma azaltılmaya çalışılır).
3. Nefes ve gevşeme egzersizleri uygulanabilir.

4. Anksiyete belirtilerinde gerileme olmadığı takdirde benzodiazepin grubundaki ilaçlar uygulanabilir (Alprozolam 0,5 -1 mg, Lorazepam 1-2,5 mg dozlarında uygulanabilir).

Toplumsal Kaygı Bozukluğu

Toplumsal kaygı bozukluğu, bireyin bir veya birden fazla sosyal ortamda performans durumuyla ilişkili yoğun korku ve kaygı hissetmesidir. Bu hastalığa sahip hastalar insanlar tarafından sürekli izlendiği, sosyal ortamlarda rezil olacakları ve utanılacak davranışlar sergileyecekleri, olumsuz olarak değerlendirilecekleri ile ilgili olumsuz bilişlere sahiptirler.

Bu sebeplerle toplumsal aktivitelerden kaçınırlar, Toplum içinde konuşma yapma, yemek yeme, sunum yapma gibi birçok etkinlikten kaçınırlar. Bu tür aktiviteleri gerçekleştirmek durumunda kaldıklarında anksiyete atakları ve panik atak geçirebilirler. Genellikle toplumsal aktivitelerden kaçınarak hastalıklarını kontrol altına almaya çalışırlar.

DSM 5 Tanı ölçütleri

- A. Kişinin, başkalarınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması. (Karşılıklı konuşma, tanımadık insanlarla karşılaşma, yemek yerken gözlenme, başkalarının önünde konuşma yapma gibi)
- B. Kişi, olumsuz olarak değerlendirilecek bir biçimde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar.
- C. Söz konusu toplumsal durumlar, neredeyse her zaman korku ya da kaygı doğurur.
- D. Söz konusu toplumsal durumlardan kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile bunlara katlanılır.

- E. Duyulan korku ya da kaygı, söz konusu toplumsal ortamda çekinilecek duruma göre ve toplumsal kültürel bağlamda orantısızdır.
- F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.
- G. Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- H. Korku, kaygı ya da kaçınma, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun etkilerine bağlanamaz.
- I. Korku, kaygı ya da kaçınma, panik bozukluğu, beden algısı bozukluğu ya da otizm açılımı kapsamında bozukluk gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.
- J. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa korku, kaygı ya da kaçınma bu durumla açıkça ilişkisizdir ya da aşırı bir düzeydedir.

Uygulamaya Yönelik Önemli Durumlar

1. Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarındaki önemli sorunlardan biri alkol madde kullanım bozukluklarının komorbid durumlar olmasıdır.
2. Hastalar anksiyeteleriyle başedebilmek için alkol madde kullanımına yönelebilirler. Bu komorbid durum atlanmamalıdır, gerekli müdahaleler yapıp psikiyatriste yönlendirilmelidirler.

Tanımda Kullanılan Ölçekler

1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Şiddet Ölçeği

2. Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği
3. Liebowitz Sosyal Anksiyete Değerlendirme Ölçeği
4. Beck Anksiyete Ölçeği
5. Hamilton Anksiyete Ölçeği
6. Durumluluk Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI Form TX-1 ve 2)

Anksiyete Bozuklukları İçin Ön Hekim Uygulama Yönergesi

1. Anksiyete bozukluğu tanısı almış bir hasta ile psikiyatrik görüşme uygulaması
2. Acil servise panik atak semptomlarıyla başvuran hastanın değerlendirmesi uygulaması
3. Acil serviste panik atak tanısı alan hastanın tedavi uygulaması
4. Anksiyete bozukluğu tanısı almış hastalara yardımcı ölçeklerin uygulanması

PSİKOFARMAKOLOJİK TEDAVİLER VE YAN ETKİLERİ

Bu bölümde ruhsal hastalıkların tedavisinde en sık kullanılan farmakolojik tedavilerin kullanım alanları, uygulama şekilleri, akut ve kronik yan etkileri ele alınacaktır.

1. Antidepresan grubu ilaçlardan Serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI)
2. Duygudurum dengeleyici ilaçlar Lityum ve Valproik asit
3. Atipik Antipsikotikler
4. Benzodiazepinler

SEROTONİN GERİ ALIM İNHİBİTÖRLERİ

SSRI'lar başta majör depresyon olmak üzere, anksiyete bozuklukları, travma ve ilişkili bozukluklar, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar, yeme bozuklukları gibi birçok ruhsal hastalığın tedavisinde kullanılmaktadır.

1. Sertralin
2. Sitalopram
3. Essitalopram
4. Fluoksetin
5. Fluvoksamin
6. Paroksetin

Bu grupta yer alan ilaçların akut yan etkileri ve tedavi etkinliğinin hemen başlamaması hastaların ilaçları erken dönemde bırakmalarına sebep olmaktadır. Bu sebeplerle tedaviye başlarken, hastaların bu yan etkiler konusunda ve tedavi süreci konusunda bilgilendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Sık rastlanan yan etkiler:

- Baş ağrısı
- Mide bulantısı, iştahsızlık (akut dönemde)
- Uyumada güçlük veya gün içerisinde uyku hali, esneme
- Baş dönmesi
- İshal veya kabızlık
- Ağız kuruluğu
- Kas ağrısı (grip benzeri semptomlar)
- Cinsel isteksizlik
- Anksiyete belirtileri
- Sinirlilik

Tüm bu yan etkilerin tedavinin 2-3. haftasına kadar devam edebileceği, sonrasında tedaviden cevap alınabileceği hastaya mutlaka anlatılmalıdır. Bununla birlikte hastanın kullandığı diğer ilaçlar, alkol-madde kullanımı mutlaka sorgulanmalı gerekli uyarılarda bulunulmalıdır. İlaç etkileşimleri mutlaka gerekli durumlarda kontrol edilmelidir.

Serotonin Sendromu

Serotonerjik etkili bir ilacın tedavi edici dozda veya suisid amacıyla aşırı miktarda alınmasından ya da serotonerjik etkili iki ilacın farmakolojik etkileşiminden kaynaklanan ve ölümcül olabilen istenmeyen bir ilaç reaksiyonudur.

Belirtileri; 3 ana alanda gözlenir;

1. Mental semptomlar; Bilinçte bozulma, artmış duygulanım, uykusuzluk, koma, huzursuzluk
2. Otonomik hiperaktivite; ateş, terleme, taşikardi, takipne, diyare, dilate pupiller, hiper/hipotansiyon
3. Nöromusküler anormallikler; tremor, rijidite, hiperrefleksi, akatizi

Tedavide serotonerjik ajanların kesilmesi ve destekleyici tedaviler uygulanması yer alır, hayatı tehdit edici durumlarda yoğun bakım koşullarında hastanın takibi önerilmektedir.

DUYGUDURUM DÜZENLEYİCİ İLAÇLAR

Başta bipolar bozukluk olmak üzere, duygudurum bozukluklarının tedavisinde en sık kullanılan ilaçlar Lityum ve Valproik asiddir. Karbamazepin, okskarbamazepin, lamotrijin gibi duygudurum düzenleyiciler ilk sırada tercih edilen ajanlar değildir.

Lityum ve Valproik asidin doz aşımına bağlı ortaya çıkan etkileri; acil psikiyatrik durumlar arasında yer alır.

LİTYUM

Lityum kullanan hastaların yan etkiler bakımından her muayenede sorgulanması, toksikasyon riskini azaltabilir. Belli aralıklarla psikiyatri uzmanları tarafından lityum kan düzeyi takip edilir. Kan düzeyi 0,6-0,8 mEq/l aralığında tutulmaya çalışılır. 2 ve üzeri toksikasyon açısından oldukça risklidir. Ancak bazı vakalarda tedavi edici doz aralığında dahi toksikasyon belirtilerine rastlanabilir. Bu açıdan dikkatli olunmalıdır.

Lityumun yan etkileri;

1. Metabolik yan etkileri

- Kilo alımı
- Hipotiroidi
- Hiperparatiroidi, hiperkalsemi
- Poliüri, polidipsi
- Sinüs bradikardisi, QT uzaması, T dalgası değişiklikleri olabilir. Özellikle intoksikasyon durumunda kardiyak yan etkilere dikkat edilmelidir.

2. Bilişsel ve nörolojik yan etkiler

- Hafıza ile ilgili sorunlar
- Apraksi
- Kelime bulma zorlukları
- Tremor lityumun en sık yan etkisidir

Bunların dışında nadir görülen cilt yan etkileri hastalar için rahatsız edici olabilir.

Lityum İntoksikasyonu

Akut ve kronik zehirlenme durumları söz konusu olabilir. Akut zehirlenme suicid amaçlı, yanlışlıkla yüksek dozda alınmasıyla olabilir. Kronik zehirlenme ise lityum atılımı veya metabolizasyonunun bozulması sonucu ortaya çıkabilir.

Lityum zehirlenmesine bağlı gastrointestinal sistem belirtileri;

- iştahsızlık,
- ağız kuruluğu,
- ağızda metalik tat, bulantı,
- kusma, ishal bazen de kabızlık
- Nörolojik belirtiler zehirlenmenin 1. ve 4. günleri arasında gelişir

Lityum beyin dokusu tarafından daha geç alınmakta ve daha geç bırakılmaktadır.

- tremor,
- bilinç bulanıklığı,
- dizartri
- ataksidir
- anizokori, bakış kısıtlılıkları ve nistagmus

- kas güçsüzlüğü, fasikülasyonlar ve koreatetozlar bildirilmiştir
- ekstrapiramidal sistem bulguları ve parkinsonizm sık görülen diğer belirtilerdir
- bellek bozuklukları
- deliryum

3. Kardiyak yan etkiler

- ST çökmesi veya yükselmesi
- QT uzaması
- bradiaritmiler olmak üzere, atriyoventriküler tam blok dahil her tür aritmi

4. Böbrek Yan etkileri

- Akut böbrek yetmezliği
- İntersitisyel nefrit

Tedavi

Tedavide lityumun kesilmesi, sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması, lityum emilimini azaltıp atılımını arttıracak tedaviler uygulanmalı.

VALPROİK ASİD

Valproik aside bağlı yan etkilerin takibi değerlendirilmesi ön hekim ruh sağlığı uygulamalarında önemlidir. Yan etkilerin değerlendirilip gerektiğinde sevk edilmesi gerekmektedir. Valproik asid kan düzeyi takibi gerektiren bir ilaçtır. Tedavi edici kan düzeyini aştığı takdirde başta nörolojik yan etkiler olmak üzere metabolik ve kardiyak çeşitli sorunlarla karşılaşılabilir. Karaciğerden metabolize olduğundan ilaç yan etkilerine dikkat edilmelidir.

1. Gastrik yan etkiler

- Karın ağrısı
- İshal
- Hazımsızlık
- Dişeti rahatsızlığı
- Bulantı
- Kusma
- Kabızlık
- Ağız kuruluğu
- Dışkı tutamama
- Şişkinlik
- Gastralji
- Gastroenterit
- Pankreatit

2. Nörolojik yan etkiler

- Baş dönmesi
- Baş ağrısı
- Titreme
- Anormal yürüyüş
- Kasılma
- Koordinasyonsuzluk
- Gelişmiş refleksler
- Hafıza bozukluğu
- Diskinezi

3. Kardiyovasküler yan etkiler

- Ödem
- Hipertansiyon

- Hipotansiyon
- Taşikardi
- Periferik ödem

4. Dermatolojik

- Saç dökülmesi
- Kuru cilt
- Döküntü
- Kaşıntı
- Sebore

5. Genitoüriner yan etkiler

- Adet görmeme
- Sistit
- Dismenore
- Dizüri
- İdrar kaçırma
- İdrara çıkma sıklığının artması
- Vajinit

İntoksikasyon durumunda başta karaciğer olmak üzere tüm yan etkilerle ilgili dikkatli olunmalı ilaç kesilmeli, destekleyici tedaviler uygulanmalıdır.

ANTİPSİKOTİKLER

Günümüzde başta şizofreni olmak üzere psikozla giden diğer bozukluklar, bipolar bozukluk, duygudurum bozuklukları, majör depresyon, davranım bozuklukları gibi birçok hastalığın tedavisinde atipik antipsikotikler kullanılmaktadır. Bu ilaçların metabolik, endokrinolojik, nörolojik, kardiyak ve ürogenital yan etkilerinin takibi önemlidir. Yaygın ve acil müdahale gerektiren durumların uygulama alanları ön hekim ruh sağlığı eğitiminin önemli bir parçasıdır.

1. Ekstrapiramidal yan etkiler

- Distoni
- Akatizi
- Parkinsonizm; tremor, rijidite, bradikinezi
- Tardiv diskinezi
- Tardiv distoni ve akatizi
- **Nöroleptik malign sendrom; yüksek ateş, rijidite, otonom sinir sistemi disfonksiyonu ile karakterize acil müdahale gerektiren bir sendromdur. Antipsikotik kullanan hastalarda mutlaka akılda bulundurulmalıdır. Yoğun bakım koşullarında takip edilmesi, dantrolen, hidrasyon, elektrolit bozukluklarının takip ve tedavisi temel yaklaşımlardır.**

2. Hormonal yan etkiler; Hiperprolaktinemiye bağlı yan etkiler

- Galaktore
- Jinekomasti

- Adet düzensizliği
 - Cinsel işlev bozuklukları
3. Metabolik yan etkiler
- Kilo alımı
 - Diabetojenik etkiler
 - Hiperlipidemi
 - Abdominal yağlanma
 - Hipertansiyon
4. Karaciğer (KC) metabolizması yan etkileri
- KC fonksiyon testlerinde bozulma
 - Hiperbilirubinemi
 - Hepatit
5. Hemotolojik yan etkileri (başta Klorzapin olmak üzere diğer antipsikotiklerde de düşüğe olsa risk vardır)
- Nötropeni
 - Lökopeni
 - Lenfopeni
 - Agranülositoz
6. Diğer sık yan etkiler
- Ağız kuruluğu
 - Konstipasyon
 - Sedasyon
 - İdrar retansiyon

- Bilişsel fonksiyonlarda bozulma

Psikofarmakolojik Tedaviler İçin Ön Hekim Uygulama Yönergesi

1. SSRI başlanacak hastaya tedavi, yan etkiler ve etkinin başlama aşamalarının ayrıntılı olarak değerlendirme uygulaması
2. Serotonin sendromu belirtilerini tarama uygulaması
3. Lityum kullanan hastada yan etkileri değerlendirme uygulaması
4. Lityum intoksikasyonu belirtilerini tarama uygulaması
5. Valproik asit kullanan hastada yan etkileri değerlendirme uygulaması
6. Antipsikotik kullanan hastada yan etkileri değerlendirme uygulaması

ALKOL-MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI

Günümüzde alkol ve çok çeşitli maddelerin yaygın kullanımına bağlı birçok ruhsal hastalık ortaya çıkmaktadır. En sık kullanılan bağımlılık yapıcı maddeler; sigara, alkol, kannabinoidler (Esrar), opioidler (Eroin), sentetik kannabinoidler (bonzai, spice, jamaica) ve metamfetamindir. Bu maddelerin kullanımına bağlı bağımlılık sendromlarının yanı sıra kesilme belirtileriyle karakterize yoksunluk sendromları tedavi gerektiren durumlardır. Ayrıca bu maddelerin kullanımına sekonder gelişen duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve psikotik bozukluklar gibi birçok ruhsal sorunla karşılaşılmaktadır.

Bağımlılık sendromları DSM-5 Tanı Ölçütleri

On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden *en az ikisi* ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir madde kullanım örüntüsü (1):

1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak alkol/madde alınır
2. Alkol/madde kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da sonuç vermeyen çabalar vardır.
3. Alkol/madde elde etmek, alkol/madde kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Alkol/madde kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol/madde kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini

yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici alkol/madde kullanımı.

6. Alkol/madde etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşı alkol/madde kullanımını sürdürme
7. Alkol/madde kullanımından ötürü önemli bir takım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması
8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda alkol/madde kullanma
9. Büyük bir olasılıkla alkol/madde neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşı alkol /madde kullanımı
10. Tolerans
11. Yoksunluk

Alkol Yoksunluk Sendromu

Alkol kullanımının kesilmesinden veya azaltılmasında 6-36 saat sonra başlayan: titreme, terleme, taşikardi, uykusuzluk, bulantı veya kusma, illüzyonlar, geçici halüsinasyonlar (işitsel, görsel veya dokunsal), psikomotor ajitasyon, anksiyete veya nöbetler[ile karakterize bir sendromdur. Bu semptomlardan en az ikisinin olması tanı koydurucudur. Tanı koymak amacıyla mümkünse kan etanol düzeyi ve idrarda diğer maddelerin toksikolojik incelemeleri mümkünse yapılmalıdır. Ayrıca metabolik ve biyokimyasal parametrelerin değerlendirilmesi önem taşır (Hemogram, karaciğer fonksiyon testleri, kan şekeri, kan üre düzeyi, kreatinin ve elektrolit düzeyleri, tam idrar tahlili).

Tedavi benzodiazepinlerin ve elektrolit dengesizliği, dehidrasyon, hipoglisemi ve vitamin eksikliği (özellikle B grubu) düzeltilmesinden, eş tıbbi hastalıkların tedavisinden oluşur. AYS farmakolojik tedavisinde benzodiazepinler altın standarttır.

Alkol Yoksunluk Sendromu Tedavisi

- Hidrasyon sağlanmalıdır (Günde 5-6 litre sıvı tüketimi, iv yoldan % 0.9 NaCl sıvı takviyesi)
- B, C ve folik asit vitamini desteği (B1 vitamin desteği en önemlisi olup ülkemizde saf B1 preparatı bulunmamaktadır. Piyasada bulunan b vitamini kompleksinin 1 ampulünde B1 vitamin düzeyi 25 mg'dır, Bu ampulden 1x4, C vitamini içeren ampul 1x1, Folik asit tablet 5 mg şeklinde uygulanabilir).
- Merkezi Sinir Sisteminde aşırı duyarlılığın azaltılması amacı ile Diazepam ampul 10 mg/2ml 1x1- Diazepam uzun yarı ömürlü olduğundan dolayı tercih edilmekte olup lüzum halinde 6 saatte bir 20 mg'a kadar kullanılabilir.
- Hepatik hasar varlığı durumunda Diazepamla eşdeğer dozda Lorazepam kullanılmaktadır.

Alkol İntoksikasyon Sendromu ve tedavisi

Alınan alkol miktarına bağlı ruhsal uyarılmadan, koma ve ölüme giden çeşitli tablolarla karşılaşılabilir. Anormal fiziksel davranış ve konuşma gibi semptomlar görülebilir

- Tedavi semptomatik destekleyici niteliktedir.
- Hava yolu, bilinç durumu, kalp ve solunum fonksiyonlarının değerlendirilmesi ve nörolojik muayene yapılmalıdır.
- Hidrasyon, elektrolit dengesizliklerini Alkol ve hipoglisemiyi düzeltmek için intravenöz sıvı verilmesi önemlidir.
- Uzun süreli kusma hiponatremiye yol açabilir.
- Kusmaya bağlı aspirasyonu engellemek için lateral pozisyon verilmesi ve antiemetik tedavi yardımcı olabilir.

Opioid İntoksikasyonu ve Yoksunluğu

Eroin intoksikasyonu sonucu solunum depresyonuna bağlı ölüm ortaya çıkabilir. İntoksikasyon semptomları; küçülmüş (toplu iğne başı kadar) göz bebekleri, solunumun yavaşlaması, hipotermi, hipotansiyon ve kalp atım hızında azalma, koma ve ölüm görülebilmektedir. Yoksunluk belirtileri, başatmesi oldukça güç, acı verici bir tablo olup ciddi düzeyde rahatsızlık verir. En son eroin kullanımından 6-12 saat sonra başlar ve 26-72 saat içinde en şiddetli seviyeye ulaşır. Birçok kişide 7-10 gün içinde sonlanır. Belirtileri; esneme, göz ve burun akıntıları, terleme, bulantı, kusma ve ishal, kas ve kemik ağrıları, titremeler, nefes almada güçlük, göz bebeklerinde büyüme, şiddetli uykusuzluk gibi belirtiler bulunmaktadır.

İntoksikasyon tedavisinde hidrasyon ve opioid antagonisti olan Naloksan kullanılır.

Yoksunluk tedavisinde ise semptomatik tedavide ağrı kontrolünü sağlamada analjezikler, gastrointestinal semptomları gidermede spazmolitikler, antidiyareik ve antiemetik ilaçlar; uyku ile ilgili sorunlar ve ajitasyon gibi durumlarda sedatifler, hipnotikler kullanılabilir.

Yoksunluğun opiyat agonistleri ile tedavisi; metadon ve buprenorfin opiyat çekilmesinin tedavisi için kullanımına onay verilmiş ilaçlardır. Bunlardan sadece buprenorfin Türkiye’de bulunmaktadır.

Tanıda Kullanılabilecek Ölçekler

1. Alkol Kullanım Bozukluklarını Değerlendirme ölçeği (AUDIT)
2. Alkol için Klinik Enstitü Yoksunluk Değerlendirmesi (CIWA-Ar) (Genel olarak, hafif alkol yoksunluğu 8 veya daha düşük CIWA-Ar puanı olarak tanımlanır. CIWA-Ar skorunun 8-15 arasında olması orta derecede yoksunluk, 15’in üzerinde olması ise şiddetli yoksunluk anlamına gelir)
3. AUDIT-C,
4. Madde Kullanım Bozukluğu Tanıma testi
5. CAGE (KESİ)

Alkol- Madde Kullanım Bozuklukları İçin Ön Hekim Uygulama Yönergesi

1. Alkol yoksunluk sendromu belirtilerine sahip hastanın semptomlarını yardımcı ölçeklerle tarama ve şiddeti belirleme uygulaması
2. Alkol veya Madde kullanım bozukluğu olan hastayı değerlendirme görüşmesi uygulaması

ACİL PSİKİYATRİK DURUMLAR

İNTİHAR

Acil psikiyatrik durumlardan intihar mortaliteyle sonuçlanma ihtimali olduğundan önemli konulardan biridir. İntihar girişimi ile acil servise başvuran hastaların intihar risk faktörleri bakımından değerlendirilmesi gerekir. Her intihar girişimi bir sonraki girişim için bir risk faktörüdür. Bu bakımından acil müdahale ve yönlendirme tedavinin en önemli yapıtaşdır.

İntihar risk faktörleri

1. Erkek cinsiyet
2. 15-35 yaş aralığı
3. 65 yaş üstü
4. Bazı meslekler (sağlık çalışanları, çiftçiler)
5. Major depresyon, bipolar bozukluk, şizofreni, uyum bozukluğu, davranım bozuklukları, alkol madde kullanım bozuklukları
6. Kişilik bozuklukları (borderline kişilik bozukluğu)
7. Ailede intihar girişimi sonucu ölüm öyküsü
8. Sosyal destek azlığı
9. Ağır kronik tıbbi hastalık varlığı
- 10.LGBTİ birey olmak
- 11.Göç

12.Kontrol altına alınamayan ağrı

13.Geçmişte intihar girişimi

Uygulamada dikkat edilecek durumlar

- Acil serviste intihar girişimi ile başvuran hastanın öncelikle tıbbi bakımının kontrol altına alınması, diğer yandan ruhsal durumunun değerlendirilmesi gerekir.
- İntihar risk faktörleri bakımından riskli (birden fazla risk faktörü) ve halen intihar düşüncesi olan hastalar psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi altına alınmalıdır.
- Hastaya uygulanan tüm girişimler ve intihar konusunda elde edilen tüm bulgular, ruhsal durum muayenesi kayıt altına alınmalıdır. Halen intihar düşüncesi olmadığını belirten risk faktörü olmayan hastaların kayıtları da ayrıntılı bir biçimde tutulmalıdır.

AJİTASYON-SALDIRGANLIK

- Ajitasyon ve saldırganlık psikiyatrik hastaların en çekinilen belirtilerinden biridir. Bu tür hastaların hem kendine hem de çevrelerine zarar verme riskleri mevcuttur.
- Bu belirtilerle başvuran hastada öncelikle ajitasyon ve saldırganlığın etyolojisi tespit edilmelidir.
- Yapılan hatalardan biri bu durumun tek nedeninin psikiyatrik hastalıklar olduğu yanılgısıdır.
- Ajitasyon ve saldırganlık etyolojisinde bilinen ruhsal hastalığı olmayan bireylerde öncelikle tıbbi hastalıklar düşünülmelidir.
- Genç, ilk defa bu belirtilerle acile başvuran hastalarda öncelikle alkol-madde ilişkili durumlar ekarte edilmelidir.
- İleri yaş bireylerde ise genel tıbbi durumlar, ilaç yan etkileri veya

deliryum öncelikle dışlanmalıdır.

Tedavi

Öncelikle altta yatan duruma yönelik tedaviler uygulanmalıdır.

Ajitasyon kontrolünde en sık kullanılan ilaç haloperidolün intramüsküler uygulanmasıdır.

Acil Psikiyatrik durumlar İçin Ön Hekim Uygulama Yönergesi

1. İntihar girişimi ile başvuran hasta ile uygulama görüşmesi, intihar risk faktörlerinin değerlendirilmesi
2. Ajitasyon ve saldırganlık belirtisi ile başvuran hastanın ayırıcı tanısını yapabilme uygulaması

HASTA DEĞERLENDİRME FORMU ÖRNEĞİ

Hastanın Demografik bilgileri:.....

.....

.....

Başvuru Şikayetleri:.....

.....

.....

Hastalık öyküsü:.....

.....

.....

Geçmiş hastalık öyküsü:.....

.....

.....

Genel tıbbi durumu:.....

.....

.....

Alışkanlıkları: Alkol kullanımı, madde kullanımı, sigara kullanımı

Kullandığı ilaçlar:.....

.....

.....

Aile öyküsü:.....

.....

.....

Ruhsal durum muayenesi:

Duygudurum:

Duygulanım:

Düşünce içeriği:

Algı bozukluğu:

Bellek:

Yargılama:

Anhedoni:

Anerji:

Uyku:

İştah:

Psikomotor aktivite:

Suicid-homocid riski:

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ÖN HEKİM
DEĞERLENDİRME FORMU****Öğrenci Adı-Soyadı:****Okul No:****Grubu:****Staj Tarihi:**

	Yeterli	Geliştirmeli
Hasta ile görüşme-ruhsal durum muayenesi		
Depresyon tanı ölçeklerini uygulama		
Postpartum depresyon tarama ölçeği uygulama		
Perimenopozal depresyon tarama ölçeği uygulama		
Geriatrik depresyon tarama ölçeği uygulama		
Depresyon hastasında mani-hipomani bulguları tarama ölçeklerini uygulamak		
Demans öntanısı için mini-mental test uygulama		
Panik bozukluk		
Anksiyete bozukluğu hasta görüşmesi (poliklinik)		

Panik bozukluk acil servis müdahale uygulaması		
Şizofreni hastası görüşmesi (poliklinik)		
Alkol/madde kullanım bozukluğu hastasında yoksunluk belirtilerini tarama ölçeklerini uygulama		
Antidepresan başlanan hastayla bilgilendirme görüşmesi		
Antidepresan yan etkilerini tarama uygulaması		
Lityum yan etkilerini tarama uygulaması		
Valproik asid yan etkilerini tarama uygulaması		
Antipsikotiklerin yan etkilerini tarama uygulaması		
İntiharla başvuran hasta ile psikiyatrik görüşme		
Ajitasyon ve saldırganlık ile başvuran hastanın ayırıcı tanı görüşmesi		

KAYNAKLAR

- Köroğlu E& Güleç C(Eds.), Psikiyatri temel Kitabı (2nd ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2007.
- Parnas J, Sass LA, Zahavi D. Rediscovering psychopathology: the epistemology and phenomenology of the psychiatric object. *Schizophr Bull.* (2012) 39:270–7.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı, (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Beşinci Baskı ed. 2014: Hekimler Yayın Birliği.
- Cai H, Xie XM, Zhang Q, Cui X, Lin JX, Sim K, et al. Prevalence of Suicidality in Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Comparative Studies. *Front Psychiatry.* 2021;12:690130.
- Bobo, W.V., The Diagnosis and Management of Bipolar I and II Disorders: Clinical Practice Update. *Mayo Clinic Proceedings*, 2017. 92(10): p. 1532-1551.
- Oral, T. and B. İnce, Bipolar Bozuklukta Bedensel Hastalıklar: Nasıl tanırız? Nasıl tedavi ederiz?. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry*, 2017. 7(3): p. 186-198.
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/ Klinik Psikiyatri. 11. baskı. Bozkurt A, editör. Ankara: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2016.
- Gülpek D,. Yaygın anksiyete bozukluğunda güncel gelişmeler. *Psikiyatride*

Güncel, 2021; 11:2, 113-124.

De Jonge, P., Roest, AM., Lim, CC., Florescu, SE., Bromet, EJ., Stein, DJ. et al. Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Depress Anxiety*, 2016; 33:12,1155-1177.

Öztürk HM, Erberk Özen N. Sosyal anksiyete bozukluğunda yeni gelişmeler. *Psikiyatride Güncel*, 2021; 11:2, 137-146.

Karamustafalıoğlu O. Temel ve Klinik Psikiyatri. Güneş Kitabevi, Ankara, 2018.

Erdoğan S. Atipik Antipsikotik İlaçların Hematolojik Yan Etkileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. Eylül 2009;1(3):255-279.

Tomar Bozkurt H, Erbasan V, Eğilmez Ü, Şen B, Aydın M, Altınbaş K. Lityuma Tedavi Yanıtının Klinik, Biyolojik ve Genetik Yordayıcıları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. December 2018;10(4):405-426.

Yılmaz S, Buzlu S. Antipsikotik Kullanan Hastalarda İlaç Yan Etkileri ve İlaç Uyumu. *Florence Nightingale Journal of Nursing*. September 2012;20(2):93-103.

Kesebir S, Üstündağ MF, Kavzoğlu SÖ. Lityum Zehirlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. Eylül 2011;3(3).

Stahl SM, Stahl's Temel Psikofarmakoloji, İstanbul Tıp Kitabevi, Çeviri Editörü: Dilbaz N, İstanbul Kitabevi, İstanbul, 2024

Ertekin H, Olgu temelli psikiyatrik tanı ve tedavi rehberi, Karadeniz Kitap, İstanbul, 2024.

Curry A, Malas N, Mroczkowski M, Hong V, Nordstrom K, Terrell C. Updates in the Assessment and Management of Agitation. *Focus (Madison)* [Internet]. 2023

Jan;21(1):35–45.