

Bir Üniversite Hastanesinde Psikiyatrik Konsültasyon Hastalarında Fiziksel Hastalığın Doğasına Göre Psikiyatrik Tanıların Değerlendirilmesi *

Dr. Mustafa Yıldız¹, Dr. A. Vahap Boztepe¹

Değişik kliniklerde yatarak tedavi gören ve psikiyatrik yardım istenen 57 hasta, demografik özellikler, fiziksel hastalığın doğası, psikiyatrik tanı dağılımı, psikiyatrik hastalık öyküsü ve tedaviye uyum yönünden incelendi. Hastaların %31.5'i akut, %24.5'i kronik bir fiziksel hastalık, ve %21.0'ı da tümör nedeniyle yatmaktaydı. %87.7'sinin daha önce herhangi bir psikiyatrik tedavi görmediği saptandı ve %91.2'sinin ailesinde de psikiyatrik hastalık öyküsü tanımlanmadı. Hastaların %40.3'ü depressif bozukluk, %17.5'i somatoform bozukluk, %12.2'si uyum bozukluğu, %12.2'si deliryum, %8.7'si anksiyete bozukluğu tanısı aldı. Hastaların %87.7'si taburcu olduktan sonra psikiyatrik tedaviye devam etmedi. Fiziksel hastalığın süreci (kronik) ve şiddeti (kanser) arttıkça depresyon görülme oranının da arttığı saptanmıştır. [Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 1997;4(4):399-402]

Anahtar Kelimeler: Psikiyatrik hastalık, fiziksel hastalık, konsültasyon, tedaviye uyum

Psychiatric diagnosis in respect to the nature of the medical illness in the psychiatric consultation patients in a university hospital

It was investigated 57 in-patients who have been referred to psychiatric consultation in respect to sociodemographic properties, the nature of medical illness, psychiatric diagnosis, the history of psychiatric disorder, and the compliance of psychiatric therapy. 31.5% of the patients had an acute medical illness, 24.5% had a cronical medical illness, and 21.0% had a tumor. 87.7% of the patients had not been taken psychiatric treatment and the history of psychiatric illness was not established in 91.2% of their families. Depressive disorder in 40.3%, somatoform disorder in 17.5%, adjustment disorder in 12.2%, delirium in 12.2%, and anxiety disorder in 8.7% of the patients were diagnosed. The rate of the patients who discontinued the therapy after the discharge was 87.7%. It was found that the rate of depression is increasing while medical illness' progression and severity increase. [Journal of Turgut Özal Medical Center 1997;4(4):399-402]

Key Words: Psychiatric disorder, medical illness, consultation, compliance

Psikiyatrik ve fiziksel hastalıklar genel hastane pratiğinde sıklıkla birlikte görülmektedir. Bu birliktelik, fiziksel hastalığın nedenleri olarak

psikolojik etmenler, fiziksel semptomlarla giden psikiyatrik bozukluk, fiziksel hastalığın psikiyatrik sonuçları, psikiyatrik ve fiziksel bozuklukların

* Bu çalışma 32. Ulusal Psikiyatri Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur

¹ İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Malatya

tesadüfen birarada olması şeklinde karşımıza çıkabilir. Yatan hastaların yaklaşık dörtte birinde psikiyatrik bozukluk beklenir. Psikiyatrik bozukluklar yaş grubu ve kliniklerin özelliklerine göre de değişiklik gösterir. Klinik uygulamalarda psikopatolojiyi etkileyen fiziksel bir patoloji saptanamayabildiği gibi, fiziksel hastalıklara eşlik eden psikiyatrik bozukluklar da atlanabilmektedir. Psikiyatri dışı kliniklerde yatan hastalarda görülen psikiyatrik bozukluklar, şiddetine göre fiziksel hastalığın durumunu ve hastanın genel prognozunu da doğal olarak etkiler. Örneğin, özkiyim riski artabilir, fiziksel hastalığın iyileşmesi gecikebilir, tıbbi tedaviye uyum sorunu yaşanabilir, tıbbi servislerin uygunsuz kullanımlarına neden olabilir, ve yaşam kalitesi bozulabilir. Tıbbi yardım arayışında olan insanların önemli bir kısmında (%40-60) psikososyal bir sorun saptamak mümkün olabilmektedir (1,2).

Her fiziksel hastalık kişi için bir kriz anlamı taşır. Basit bir sıkıntıdan, kayıp-yas tepkisine, narsistik bütünlüğün tehdit edildiği duygusuna dek tepkiler uyandırabilir. Ayrılık endişesi, gelecek endişesi, ölüm korkusu, bağımsızlığın kaybedileceği korkusu, vücudun, organların zedeleneceği, kaybedileceği kaygısı, pişmanlık-suçluluk duygusu gibi değişik tepkiler, hastanın duygudurumunu, zihinsel işlevlerini, psikobiyolojik dengesini, vücut imajını ve sosyal alanlarını etkiler. Eski çatışma ve çözülmemiş sorunlar açığa çıkabilir. Fiziksel hastalığa karşı geliştirilen davranışsal tepkiler hastanın kişilik yapısı, genetik yüklülüğü, ailesel hastalık öyküsü, geçmiş olduğu hastalıklar, kullandığı ilaçlar, aile ve kültürel ortamından öğrendiği tepki modelleri ile belirlenir (3).

Çeşitli fiziksel hastalıklar nedeniyle yatan hastalarda görülen psikiyatrik bozukluklar tanı ve tedavileri açısından diğer hekimler için olduğu kadar psikiyatristler için de önemli bir sorun alanıdır.

Bu çalışmada fiziksel hastalığın doğası ile psikiyatrik tanı arasındaki ilişki, konsültasyon hastalarındaki psikiyatrik tanı dağılımı, ailelerinde psikiyatrik öykü, daha önceden psikiyatrik yardım alıp almadıkları, konsültasyon hastalarının takip tedavilerine uyum durumları araştırıldı ve ülkemizdeki diğer çalışmalarla karşılaştırıldı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmada, o tarihlerde 100 yataklı bir hastane olarak hizmet veren İnönü Üniversitesi Araştırma ve

Uygulama Hastanesinde 4/12/1995-11/6/1996 tarihleri arasında çeşitli kliniklerde yatarak tedavi gören hastalardan psikiyatri konsültasyonu istenen 57 hasta incelendi. Konsültasyon hastaları bir uzman ve bir asistan hekimle birlikte değerlendirildi. Psikiyatrik tanı DSM-IV (4) ölçütlerine göre klinik görüşme ile konuldu. Fiziksel hastalıklar, akut ve kronik olanlar, tümörler, tanısı araştırılan ve fizik tanı almayanlar olarak gruplandı. Akut fiziksel hastalıklar için son bir ay içerisinde ortaya çıkan (örn. disk hernisi, travma, akut böbrek yetmezliği vd.), kronik olanlar (örn. parapleji, kısa barsak sendromu, diyabetes mellitus, kronik böbrek yetmezliği vd.) için ise daha uzun süredir varolan hastalıklar gruba dahil edildi. Hastaların daha önce psikiyatrik tedavi görüp görmedikleri ve ailelerinde psikiyatrik bozukluk olup olmadığı hasta ve yakınlarından alınan bilgiler çerçevesinde değerlendirildi. Hastalar hastanede yattıkları süre içerisinde günlük vizitler yapıldı. Taburculuktan sonra da kontrol tedavileri sürdürüldü.

BULGULAR

Konsültasyon istenen 57 hastanın demografik özellikleri, daha önce psikiyatrik tedavi görüp görmedikleri, ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü ve taburculuktan sonraki en az iki aylık bir izleme döneminde kontrol tedavisine uyum durumları Tablo 1'de, hastaların fiziksel tanı grupları ve psikiyatrik tanı dağılımları Tablo 2'de, psikiyatrik tanı grupları-komorbid durumlar da birlikte değerlendirilerek Tablo 3'te gösterilmiştir.

Yalnızca 1 hastada konulan tanı ve hastalık grubu ise şöyledir:

Akut hastalık grubunda: GTDB Uyku bz, Somatizasyon bz, Demans, Ağrı bz + Major Depressif bz.

Kronik hastalık grubunda: Şizofreni, Fizik Durumu Etkileyen Psikolojik Etmenler.

Tümör grubunda: Karma Anksiyete Depressif bz, Madde Kesilme Sendromu.

Araştırılan hastalık grubunda: Major Depressif bz + Konversiyon bz, Distimik bz, Cinsel İşlev bz.

Psikiyatrik tanı almayan hasta sayısı ise 4'tür (%7.01).

Tablo 1. 57 konsültasyon hastasının demografik özellikleri ve tedaviye uyum oranları

Erkek	n: 25 (%43.86)	Yaş ortalaması 47.43
Bayan	n: 32 (%56.14)	Yaş ortalaması 41.72
Eğitim düzeyi	5 yıl ve daha az: %66.66	6 yıl ve daha fazla: %33.33
Mesleki dağılım	Ev hanımı %35.9, emekli %17.54, çiftçi %15.79, öğrenci %10.53, serbest %8.77, memur %7.02, işçi %5.26	
Psikiyatrik tedavi öyküsü	Görmemiş: %87.72	Görmüş: %12.28
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok: %91.23	Var: %8.77
Tedaviye devam durumu	Devam etmedi: %87.72	Düzensiz devam: %7.02 Düzenli devam: %5.26

TARTIŞMA

Psikiyatrik bozukluğun, özellikle yaşamı tehdit eden akut hastalıklar ve yineleyen ilerleyici fiziksel durumlarda ortaya çıkma olasılığı yüksektir. Kronik hastalıklarda, ağrı, kusma, nefes zorluğu gibi sıkıntı doğuran semptomlarla, hoş olmayan tedavi yöntemleriyle ve yeti yitimiyle birlikte olduğunda psikiyatrik bozukluk oranı da artar (1). Fiziksel hastalıkta gelişen ruhsal tepkilerde, fiziksel hastalığın özellikleri, hastanın ruhsal özellikleri ve psiko-sosyal çevrenin özellikleri temel eksenleri oluşturur. Kronik fiziksel hastalıklar, uzun dönemli stres etkisi ile beyinde çeşitli nörotransmitterlerde ve nöron içi sinyal sistemlerinde değişmelere neden olarak kişiyi depresyona yatkın hale getirmektedir (2). Kronik fiziksel hastalığın, özellikle kanserlerin kişinin kendisine saygısının azalmasına, karamsarlığa, ümitsizliğe neden olması depresyon için önemlidir.

Hasta grubumuzda Genel Tıbbi Duruma Bağlı (GTDB) Depressif Bozukluk yüksek oranda (%19.29) saptanmıştır. Uyum bozukluğu, deliryum ve major depressif bozukluk sıralamayı izlemiştir. GTDB psikiyatrik bozukluklar toplu olarak düşünüldüğünde,

Tablo 2. Konsültasyon hastalarında fiziksel hastalıkların doğası ve psikiyatrik tanı dağılımları (sıklık sırasıyla)

Psikiyatrik tanı	Akut hast. (n:19)	Kronik hast. (n:14)	Tümör (n:12)	Araştırılıyor (n:7)	Tanı yok (n:5)
GTDB Depressif Bz	1	4	5	1	
Uyum Bozukluğu	4	1	1	1	
Deliryum	3	2	2		
Major Depr Bz		2	2	2	
Ağrı Bz	1				2
GTDB Anksiyete Bz		2			
Som. Bz +Dep Bz	1	1			
Konversiyon Bz	1				1
Yaygın Anksiyete Bz					2

GTDB: Genel Tıbbi Duruma Bağlı, Bz:Bozukluk, Som: Somatizasyon

hastaların %24.56'sının eski deyimle organik ruhsal bozukluğunun olduğu söylenebilir. Bu durum, hastalara genel yaklaşımda biyo-psiko-sosyal modelin gerekliliğini vurgulaması açısından anlamlıdır. Kronik hastalık ve tümör grubunda (toplam 26 hasta) GTDB Depressif Bozukluk ve Major Depressif Bozukluk (sırasıyla 9 ve 4 hasta) %50 oranında en sık rastlanan bozukluk olmuştur. Hastalığın süregenliği ve şiddeti arttıkça depressif bozukluk gelişme riskinin de arttığı dikkati çekmektedir. Psikolojik faktörlerle fiziksel sorunlar arasında depresyon açısından çok güçlü bir bağlantı vardır (5). Yatan hastalarda psikiyatrik bozuklukların, onkoloji, nöroloji ve yoğun bakım birimlerinde daha sık ortaya çıktığı bilinmektedir. Fiziksel hastalığın kendisi ciddi stres etkisi doğurmaktadır. Hastalığın yolaçtığı psikososyal stresler arttıkça depresyonun şiddeti de artmaktadır (3). Serebrovasküler hastalık sonrası depresyonu %47.8 (6), ve %50 (7), hemodiyaliz hastalarında %51.7 (8) olarak bildiren çalışmaların sonuçları da bu çıkarımları doğrulamaktadır.

Depressif bozuklukları, tüm görünümleri (GTDB depressif bozukluk, major depressif bozukluk, somatizasyon bozukluğu + depressif bozukluk, ağrı bozukluğu + major depressif bozukluk, distimik bozukluk, karma anksiyete depressif bozukluk) ile birlikte ele aldığımızda tüm konsültasyon hastalarında görülme sıklığı %40.35'e çıkmaktadır. Aynı şekilde somatoform bozukluklar %17.54, anksiyete bozuklukları %8.77 oranında saptanmış oluyor. Konsültasyon hastalarında depressif bozukluğu %23, %26.37, %36 (9-11), anksiyete bozukluğunu %12, %24 (9,11), somatoform bozukluğu %16, %12 (9,11), organik beyin sendromunu %8, %10 (9,11) olarak bildiren çalışmalarla bulgularımız uyumludur.

Depressif bozukluk tanısı alanların yarısının organik affektif bozukluk olduğunu bildiren bir çalışma ile (10) bizim hasta grubundaki oran aynıdır. Bizim hasta grubunda %12.28 oranında karşılaşılan uyum bozukluğu tanısına Kaya ve arkadaşlarının (11) çalışmasında rastlanmaması, bu tanı kategorisinin klinik pratikte henüz yaygın olarak kullanılmadığını gösterebilir. Halbuki, anksiyete, depresyon ya

Tablo 3. Konsültasyon hastalarında en sık görülen psikiyatrik bozukluklar (komorbid durumlarla birlikte)

Psikiyatrik bozukluk grubu	n:57	%
Depressif bozukluklar	23	40.35
Somatoform bozukluklar	10	17.54
Uyum bozuklukları	7	12.28
Deliryum	7	12.28
Anksiyete bozuklukları	5	8.77

da davranım semptomlarıyla giden uyum bozukluklarına genel klinik popülasyonda %5 (2) oranında rastlanması beklenir.

Hastaların çok azı (%7.01) psikiyatrik bir tanı almamış, %92.99'u ise tanı almıştır. Bu durum, konsültasyon istemindeki isabetliliği göstermesi açısından da anlamlıdır ve konsültasyon hastalarında psikiyatrik tanı alma oranını %75 ve %88 (9,11) olarak bildiren çalışmalara da yakın bir orandır. Konsültasyon hastalarında psikiyatrik tanı alma oranı yüksek olmasına rağmen, hastaların çoğunun daha önceden herhangi bir psikiyatrik tedavi görmemiş olmaları - bu oran bizim hasta grubunda %87.72, başka bir çalışmada %79 (10) - ve tanı alıp tedavi başlananların da çoğunun tedaviyi sürdürmemeleri - bu oran bizim hasta grubunda %87.72, başka bir çalışmada %90 (9) - psikiyatrik bozuklukların tanınabilirlik ve tedavi edilebilirliklerinin bilinmesi açısından, özellikle halkın kültürel 'hastalık' anlayışı içerisinde 'ruhsal hastalık' ve 'ruhsal tedavi' kavramlarının yeterince yerleşmediğini göstermektedir. Psikiyatri kliniğine başvuran hastalarda bile tedaviye uyum oranı düşük bildirilmektedir. Bir çalışmada, psikiyatrik tedaviye hastaların %34'ünün düzenli, %22'sinin düzensiz devam ettiği, %44'ünün ise ilk başvurudan sonra tekrar gelmediği saptanmıştır(12).

Konsültasyon hastalarında tedaviye uyum oranını yükseltmek için konsültasyon-liyezon psikiyatrisi uygulamalarının yaygınlaştırılması ve hastanelerde uygun ortam ve zamanlamayla hastaların değerlendirilip psikoterapötik içgörü yönelimli girişimlerin artırılmasının daha yararlı olacağına inanmaktayız.

Az sayıda hasta grubunda yapılan bu çalışma ile, fiziksel hastalığı olanlarda psikiyatrik bozukluklar yönünden depresyon gelişme riskinin çok yüksek

olduğu, diğer klinisyenlerin hastalarında gözlenebilecek depressif semptomlar açısından bilgilendirilmeleri ve daha uyanık olmaları gerekliliği vurgulanabilir.

KAYNAKLAR

1. Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P. Oxford Textbook of Psychiatry; Third edition. Oxford University Press. 1996.
2. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Synopsis of Psychiatry; Williams and Wilkins, Baltimore. 1994.
3. Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi; İstanbul. 1993.
4. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994'ten çeviren Koroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 1994.
5. Stoudemire A. Tıbbi Sorunları Etkileyen Psikolojik Faktörler. Psychological Factors Affecting Medical Conditions (1995)'dan Çev: T.Tunga Tüzer. Compos Mentis Yayınları. Ankara. 1996.
6. Etit A, Bekaroğlu M, Alp K, Uluutku N, Hocaoğlu Ç. İnme Sonrası Depresyon ve Bilgisayarlı Beyin Tomografisi Bulguları İle İlişkisi. 30. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özetleri. Kayseri. 1994.
7. Canbek Ö. Serebrovasküler Hastalıklarda Depresyon. Nöropsikiyatri Arşivi 1996; 3: 140-7
8. Özçubukçuoğlu A, Çetin M, Cöngel M. Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. Bahar Sempozyumları 1 Kitabı. Ankara Psikiyatri Derneği Yayınları. 1997.
9. Evlice YE, Gürses ŞG, Ünal M. Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi. Türk Psikiyatri Dergisi 1990; 4: 279-82
10. Kırkpınar İ, Coşkun İ, Aydın N, Özer H. Psikiyatri Dışı Kliniklerce İstene Konsültasyonlar Sonucu Depresyon Tanısı Alan Hastaların Klinik ve Sosyodemografik Özellikleri. 30. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özetleri. Kayseri. 1994.
11. Kaya N, Özkan İ, Aşkın R, Böke Ö. SÜTF Psikiyatri Kliniğinde İstene Konsültasyonların Değerlendirilmesi. 30. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özetleri. Kayseri. 1994.
12. Tunca Z, Hancıoğlu M. Hastaların Psikiyatriste Devamını Etkileyen Etkenler. 28. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Bildiri Özetleri. Ankara. 1992.

Yazışma adresi: Dr. Mustafa YILDIZ
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı
Turgut Özal Tıp Merkezi MALATYA
Tel: (0422) 341 06 60 - 70 / 10 22
Faks: (0 422) 341 07 28