

ANKARA ÜNİVERSİTESİ KRİZ MERKEZİ'NE BİR YIL SÜRESİNCE BAŞVURAN YENİ VAKALARIN SORUN ALANLARI VE TANILARINA GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Uzm. Dr. Halise DEVRİMCİ ÖZGÜVEN* Prof. Dr. Işık SAYIL**

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı Ankara Üniversitesi Kriz Merkezi'ne bir yıl boyunca başvuran vakaların sosyo-demokratik özelliklerinin, sorun alanlarının, konan psikiyatrik tanı ve uygulanan tedavilerin belirlenmesidir. **Metod:** Araştırmanın verileri kayıtların taranması ile retrospektif olarak toplanmıştır. Yalnızca daha önce Kriz Merkezi'ne başvurusu olmayan yeni vakalar çalışmaya alınmıştır. **Sonuçlar:** Kriz Merkezi'ne 1 yıl içinde 364 yeni başvuru olmuştur. Bu kişilerin %79.4'ü kadın, %20.6'sı erkektir ve yaş ortalamaları 29.4 10.51'dir. Sorun alanları içinde evlilik sorunu başta gelmekte (%30.2), bunu ana-baba ile ilişki sorunu (%12.1) ve karşı cins ile ilişki sorunları (%12.1) izlemektedir. Başvuruların %27.7'sine herhangi bir tanı konmamış, gerisine ise çeşitli psikiyatrik tanıları konmuştur. Konulan tanıların çoğunluğunu uyum bozukluğu ve diğer reaktif tanıları oluşturmaktadır. Vakaların %40.1'ine herhangi bir ilaç verilmemiş, kalan %59.9'una çoğunluğunu antidepresan ve anksiyolitiklerin oluşturduğu çeşitli ilaçlar verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kriz uyum bozukluğu.

The Problem and Psychiatric Diagnosis of the Cases Who Applied to Crisis Intervention Centre of Ankara University.

SUMMARY

Object: The aim of this study is to determine the sociodemographic characteristics, problem areas, the diagnosis and treatment of the cases who applied to the Crisis Intervention Center of Ankara University during the year 1997. **Method:** The data were collected to retrospectively by scanning the records. Only the first admissions were included, which were 364 in number. **Results:** 79.4% of the subjects were women, 20.6% were men and the mean age was 19.4 10.51. "Marital problems" was the most common among the problem areas (30.2%), followed by "interpersonal problems with parents (12.1%)" and "interpersonal problems with boy or girl friends (12.1%)", 27.7% of the subjects did not receive a psychiatric diagnosis. "Adjustment disorder" was the most common diagnosis. 40.1% of the subjects were not prescribed any medication, the rest were prescribed various medications the majority of which were antidepressant and anxiolytics.

Key Words: Crisis, adjustment disorder.

GİRİŞ

Psikiyatrik kriz, bireyin yaşamının aniden zorlu ve travmatik yaşantılar sonucu kesintiye uğradığı

* A.Ü. Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi.

** A.Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri A.B.D.

reaksiyoner bir durum olarak tanımlanabilir. Caplan'a (1964) göre yaşam birçok iniş-çıkışlar ve tehdit edici deneyimlerle doludur. Birey bu tehdit edici durum ile başarılı bir biçimde başa çıkabildiğinde kriz durumu oluşmaz, ancak eğer tehdit eden duruma alışageldiği problem çözme yöntemleri ile hakim olamazsa bireyde kriz durumu ortaya çıkar. Caplan, krizi genellikle 5-8 hafta ile sınırlı bir dengesizlik (Disequilibrium) dönemi olarak görür. Kriz durumu bireye kişiliğini geliştirme şansını veren, ancak bir ruh hastalığına yakalanabilme tehlikesini de getiren, geçici bir dönemdir. Kriz durumundaki kişi çevresinden destek ya da uygun bir profesyonel yardım aldığında bu durumdan daha iyi bir ruh sağlığı ile çıkabilmektedir (Aquilera and Messic 1974).

Caplan'ın teorisinde "kriz" kavramı tehdit edici durumun kendisini değil, bireyin buna duygusal reaksiyonunu tanımlar. Caplan (1964) krizleri ikiye ayırmaktadır. Travmatik krizler (örneğin yas, boşanma, iş kaybı veya iş değişikliği, göç vb.) ve gelişimsel krizler (örneğin ergenlik dönemi, evlilik, çocuğun doğumu, emeklilik vb.). Cooper (1979)da krizin patolojik bir durum olmadığını, her insanın yaşamında böyle bir durumla karşılaşabileceğini bildirmektedir. Baldwin (1978) ise psikiyatrik krizleri daha geniş bir yelpazede düşünmektedir. Ona göre kriz durumları psikiyatrik patolojileri de içerir ve hafiften ağıra olmak üzere alt alta sınıfta toplanabilir. Durumsal krizler, olumsuz yaşam değişiklikleri sonucu olan krizler, travmatik stres sonucu olan krizler, gelişimsel krizler, psikopatolojiyi yansıtan krizler ve psikiyatrik aciller.

Ankara Üniversitesi Kriz Merkezi çalışmalarını 1989 yılından beri sürdürmektedir ve halen ülkemizdeki tek kriz merkezidir. Psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, pratisyen hekim ve hemşirelerden oluşan multidisipliner bir ekibi vardır. Merkeze başvuran her vaka süpervizyon ile değerlendirilir ve psikiyatri konsültasyonu yapılarak psikopatoloji ve ilaç gereksinimi yönlerinden değerlendirilir.

Bu çalışmanın amacı 1 yıl içerisinde merkeze yapılan yeni başvuruların incelenmesi ve bunlara ait temel sosyodemografik verilerin elde edilmesinin yanısıra; başvuran kişilerdeki psikiyatrik tabloların sıklığının, dağılımının, önerilen biyolojik tedavilerin sıklığının ve niteliğinin belirlenmesidir.

Yöntem

Bu çalışma, 1 Ekim 1996-31 Ekim 1997 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi'ne yapılan başvurulara ait kayıtların geriye dönük olarak taranması yöntemiyle yapılmış tanımlayıcı bir araştırmadır. Telefon ile yapılmış başvurular ve daha önce merkeze başvurusu olan kişiler çalışmanın dışında tutulmuş, yalnızca belirtilen süre içinde ilk kez başvuran kişiler çalışmaya alınmıştır.

Bulgular

Merkezimize 1 Kasım 1996 tarihinden 31 Ekim 1997 tarihine kadar 364 ilk başvuru olmuştur. Başvurulara ilişkin demografik veriler Tablo 1'de özetlenmiştir. Buna göre başvuruların %20,6'sını (n=75) erkekler, %79,4'ünü (n=289) kadınlar oluş-

Tablo 1. Başvuruların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.

Değişken	X	ss	n	%
Yaş	29.4	10.51		
Eğitim	11.50	3.34		
Cinsiyet	Kadın Erkek		289 75	79.4 20.6
Geldiği Yer	Ankara Ankara Dışı		326 38	89.6 10.4
Medeni Durum	Evlü Bekar Dul Boşanmış		165 171 14 14	45.3 47.0 3.8 3.8
Ekonomik Aktivite	Ücretli Serbest Meslek Emekli Ev Hanımı		124 11 14 69	34.0 3.0 3.8 20.0
Sosyoekonomik Durum	Alt Orta Üst		37 277 50	10.2 76.1 13.7
Kimlerle Yaşadığı	Yalnız Ana-babayla 37.1 Eşi ve/veya çocuklarıyla Çocuklarıyla Arkadaşlarıyla Yurtta Diğer		21 141 19 12 31 4	5.8 38.7 5.2 3.3 8.5 1.1

turmaktadır. Başvuruların yaşları 15 ile 68 arasında değişmekte olup, yaş ortalamaları 29,4 10,51'dir. Aldıkları eğitim süresi ise 0 ile 17 yıl arasında değişmekte olup, eğitim süresi ortalamaları 11,50 3,34 yıl olarak saptanmıştır.

Başvuruların %89,6'sı (n=326) Ankara ili içinden, %10,4'ü (n=38) Ankara ili dışından olmuştur. Bu kişilerin %45,3'ü (n=165) evli, %47,0'ı (n=171) bekar, %3,8'i (n=14) dul ve %3,8'i (n=14) boşanmıştır. Yüzde 34,0'ı (n=124) ücretli olarak (memur, işçi vb.), %3,0'ı (n=11) serbest çalışmakta iken, %3,8'i (n=14) emekli, %9,6'sı (n=35) işsiz, %20,0'ı (n=69) ev hanımı ve %30,5'i (n=111) öğrencidir. Yani başvuruların %37,0'ı (n=135) ekonomik olarak aktif, %63,9'u (n=229) aktif değildir.

Başvuruların sosyoekonomik durumları kendi ifadelerine göre alt, orta ve üst olarak sınıflandırılmış, bu sınıflandırmaya göre %10,2'sinin (n=37) alt, %76,1'inin (n=277) orta ve %13,7'sinin (n=50) üst sosyoekonomik düzeyden geldiği belirlenmiştir. Yüzde 5,8'i (n=21) yalnız başına, %37,1'i (n=135) ana-babasıyla, %38,7'si (n=141) eşi ve varsa çocuklarıyla, %5,2'si (n=19) yalnız çocuklarıyla, %3,3'ü (n=12) arkadaşlarıyla, %8,5'i (n=31) yurtdışı ve %1,1'i (n=4) başka diğer koşullarda yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Tablo 2. Başvuruların Sorun Alanlarına Göre Dağılımı.

Sorun Alanları	n	%
Eşle ilişki sorunları	110	30.2
Ana-babayla ilişki sorunları	44	12.1
Erkek-kız arkadaş ile ilişki sorunları	44	12.1
Travmatik yaşam olayları	29	8.0
Okul başarısızlığı	20	5.5
Bir yakının ölümüyle kaybı	18	4.9
Arkadaşlar ile ilişki sorunları	16	4.4
Eşin ailesi ile ilişki sorunları	11	3.0
Çocukları ile ilişki sorunları	11	3.0
Üniversite sınavı öncesi gerilim	7	1.9
İşyeri sorunları	6	1.6
Göç edilen yere uyum sorunları	3	0.8
Sorun tanımlanmıyor	38	10.4

Başvuruların sorun alanlarına göre dağılımı Tablo 2'de özetlenmiştir. Buna göre %30,2'si (n=110) eşle ilişki sorunları, %12,1'i (n=44) ana-babayla ilişki sorunları, %12,1'i (n=44) erkek ya da kız arkadaşı ile ilişki sorunları, %8,0'ı (n=29) herhangi bir travmatik yaşam olayı sonrası (tecavüz, iflas, vb.), %5,5'i (n=20) okul başarısızlığı, %4,9'u (n=18) bir yakınının ölümüyle kaybı, %4,4'ü (n=16) arkadaşları ile ilişkilerde sorunlar, %3,0'ı (n=11) eşin ailesi ile ilişki sorunları, %3,0'ı (n=11) çocukları ile ilişki sorunları, %1,9'u (n=7) üniversite sınavı öncesi gerilim, %1,6'sı (n=6) işyeri sorunları, %0,8'i (n=3) göç edilen yere uyum sorunları ile başvurmuşlardır. Başvuruların %10,4'ünde (n=38) ise herhangi bir sorun alanı saptanmamıştır.

Başvuruların %7,1'inde (n=26) son 1 yıl içinde bir intihar girişimi bulunmaktadır. Başvurduğu dönem içinde intihar düşüncesi olanların sıklığı ise %22,3'tür (n=81). Homisid düşüncelerinin varlığından söz edenler, tüm başvuruların %1,4'ünü (n=5) oluşturmaktadır. Başvuruların %20,6'sı (n=75) sürekli olarak eşi ya da ana-babası tarafından fiziksel istismara uğradığını ifade etmiştir. Fiziksel istismarın %65,3'ü eşler, %29,3'ü ana-baba tarafından uygulanmaktadır. O dönem içinde eşi tarafından başka kadın ya da erkekler ile aldatıldıklarını ifade edenlerin oranı ise %13,7'dir (n=50) (Tablo 3).

Bu başvurulara psikiyatri konsültasyonları sonunda konan tanımlar Tablo 4'te özetlenmiştir. Buna göre, başvuruların %27,7'sine (n=101) herhangi bir tanı konmamış, %42,9'una (n=156) "Uyum bozuk-

Tablo 3. Başvuruların İntihar, İntihar Düşüncesi, Homisid Düşüncesi, Aldatılma ve Fiziksel İstismara Maruz Kalma Sıklıklarına Göre Dağılımı.

	n	%
Son 1 yıl içinde bir intihar girişiminde bulunmuş olanlar	26	7.1
Başvurduğu dönem içinde intihar düşüncesi olduğunu ifade edenler	81	22.3
Başvurduğu dönem içinde homisid düşüncesi olduğunu ifade edenler	5	1.4
Sürekli olarak eşi ya da ana-babası tarafından fiziksel istismara uğradığını ifade edenler	75	20.6
Eşi tarafından başka kadın ya da erkekler ile aldatıldıklarını ifade edenler	50	13.7

Tablo 4. Psikiyatri Konsültasyonu Sonunda Başvurulara Konan Tanılar (DSM-IV'e Göre)

Psikiyatrik Tanılar	n	%
Tanı konmadı	101	27.7
Uyum bozukluğu	156	42.9
Patolojik yas	10	2.7
Akut stres bozukluğu	1	0.3
Tanı Almayanlar ve Reaktif Psikiyatrik Tanılar (Ara Toplam)	268	73.6
Depresyon	25	6.9
Kişilik bozukluğu	10	2.7
Panik bozukluğu	6	1.6
Sosyal fobi	7	1.6
Alkol bağımlılığı	5	1.4
Anoreksiya Nervoza	2	0.5
Obsesif kompulsif boz.	4	1.1
Distimik bozukluk	6	1.7
Davranım bozukluğu	2	0.5
Kimlik sorunu	9	2.5
Sannılı bozukluk	2	0.5
Konversiyon bozukluğu	2	0.5
Şizofreni	4	1.1
Tik bozukluğu	2	0.5
Mental Retardasyon	3	0.8
Kleptomani	1	0.3
Bipolar bozukluk	2	0.5
Cinsel işlev bozukluğu	2	0.5
Demans	2	0.5
Primer Psikiyatrik Tanıların Toplamı	96	26.4
Toplam	364	100

luğu" tanısı konmuş, kalan %33,4'üne (n=107) ise çeşitli psikiyatrik tanılar konmuştur.

Başvuruların %40,1'ine (n=146) herhangi bir ilaç verilmezken, kalan %59,9'una (n=218) çeşitli psikotropik ilaçlar uygulanmıştır. Önerilen ilaçların türlerine göre dağılımı Tablo 5'de gösterilmiştir. Buna göre, başvuruların %42,0'ına (n=153) anti-depresan, %8,0'ına (n=29) anksiyolitik, %8,0'ına

(n=29) antidepresan+anksiyolitik, %1,9'una (n=7) antipsikotik, %0,3'üne (n=1) antidepresan+antipsikotik verilmiştir.

Psikiyatrik tanı konmayan kriz vakaları, uyum bozukluğu gibi reaktif psikiyatrik tanılar konanlar ve primer psikiyatrik tanılar konan hastalardan kriz durumu bulunanlar merkezimizde kriz terapisi programı içinde izlenmiş, kriz durumu olmayıp yalnızca primer psikiyatrik tanılar alanlar, ilk müdahalenin ardından AÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı polikliniğine yönlendirilmiştir.

Başvurular çeşitli değişkenler açısından Ki kare testi ile incelenmiş ve sonuçlar Tablo 6'da özetlenmiştir. Tabloda görüldüğü gibi o dönemde intihar düşüncesi bulunma ($K=19.88$, $sd=1$, $p .000$) ve son bir yıl içinde intihar girişiminde bulunmuş olma ($K=8.06$, $sd+1$, $p .01$) ile sürekli olarak eşi ya da ana-babası tarafından fiziksel istismara uğruyor olma değişkenleri birbiri ile istatistiksel bakımdan anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Sonbir yıl içinde yapılan intihar girişimleri başvurulara konan tanıyan türü ile ilişkili bulunmuştur ($k=6.31$, $sd=2$, $p .05$). İntihar girişimi ile yapılan başvuruların %65.4'üne reaktif psikiyatrik tanılar konmuştur. İntihar düşüncesi ile homisid düşüncesi istatistiksel bakımdan anlamlı bir biriktelik göstermektedir ($k=17.71$, $sd=1$, $p .000$). Homisid düşüncesi olduğunu ifade eden başvuruların hepsinde intihar düşüncesi de bulunmaktadır. İntihar düşüncesi ve girişimi başvuruların cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sahibi olup-olmadığı ve ekonomik aktivitesi ile ilişkili bulunmamıştır.

Sürekli olarak eşi ya da ana-babası tarafından fiziksel istismara uğruyor olma ile ilişkili bulunan bir diğer değişken, başvuran kişinin cinsiyetidir ($k=18.58$, $sd=1$, $p .000$). Fiziksel istismara uğradığını ifade eden başvuruların %97.3'ü kadındır. Cinsiyet ile eşi tarafından aldatılıyor olma arasında da benzer bir ilişki saptanmıştır ($K=8.63$, $sd=1$, $p .01$). Eşi tarafından aldatılmakta olduğunu ifade eden başvuruların %96'sı kadındır.

Ayrıca eşi tarafından aldatılma ile fiziksel istismara uğruyor olma istatistiksel bakımdan anlamlı bir biriktelik göstermektedir ($k=66.72$, $DF=1$, $p .0000$).

Tartışma ve Sonuç

Kriz Merkezi'ne ayaktan yapılan başvuruların çoğunluğunu genç yaşta kadınlar oluşturmakta-

Tablo 5. Başvurulara Önerilen İlaçların Türlerine Göre Dağılımı.

İlaç Türü	n	%
İlaç önerilmedi	146	40.1
Antidepresan	153	42.0
Anksiyolitik	29	8.0
Antidepresan+Anksiyolitik	29	8.0
Antipsikotik	7	1.9
Antipsikotik+Antidepresan	1	0.3
Toplam	364	100

Tablo 6. Başvuruların çeşitli değişkenler açısından Ki kare testi ile incelenmesi.

Karşılaştırılan Değişkenler	Ki-Kare Değeri	Sd	P
İntihar Düşüncesi Sürekli Fiziksel İstismar	19.88	1	.000
Son Bir Yılda İntihar Girişimi Sürekli Fiziksel İstismar	8.06	1	.01
Son Bir Yılda İntihar Girişimi Reaktif Psikiyatrik Tanı Alma	6.31	2	.05
İntihar Düşüncesi Homisid Düşüncesi	17.71	1	.000
Cinsiyet (Kadın Olma) Sürekli Fiziksel İstismar	18.58	1	.000
Cinsiyet (Kadın Olma) Eşi Tarafından Aldatılma	8.63	1	.01
Sürekli Fiziksel İstismar Eşi Tarafından Aldatılma	66.72	1	.0000

dır. Bu sonuç önceki yayınlar ile benzerdir (Palabıyıköğlü 1992; Palabıyıköğlü 1993; Palabıyıköğlü ve ark 1995). Genç-orta yaşlar, kişilerin yaşamda aktif oldukları ve çeşitli yaşantısal streslerle (okul, meslek seçimi, evlenme, çocuk sahibi olma vb.) daha sık karşılaştıkları bir dönemdir. Böyle bir dönemde kriz durumu ile karşılaşmanın daha sık olması beklenebilir. Başvuruların çoğunluğunun kadınlardan oluşması dikkat çekici bir bulgudur. Daha önceki çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmesi genç-orta yaşta kadın olmanın kriz için bir risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir.

Başvuruların çoğunluğunu ev hanımları, öğrenciler ve işsizler gibi ekonomik olarak aktif olmayan kişiler oluşturmaktadır. Öğrenci olmanın getirdiği dönemsel stresler yanında, ev hanımı olmak ve

işsiz olmak da risk faktörü oluşturmada gibi görünmektedir.

Eğitim süresi ortalamasının 11,50 olması daha önceki çalışmalar ile uyumludur (Palabıyıköğlü 1992; Palabıyıköğlü ve ark 1995) ve eğitilmiş olmanın yardım arama davranışını kolaylaştırdığını düşündürmektedir. Bu kişilerin çoğunlukta olması başvuru popülasyonunun önemli bir kısmını orta sosyoekonomik düzeyden geliyor olmasıyla da uyumlu kabul edilebilir.

Başvuruların, %45,3'ünün evli olduğu, %38,7'sinin halen eşi ve çocuklarıyla yaşadığı ve sorun alanları arasında %30,2 oranı ile eşle ilişki sorunlarının başta geldiği görülmektedir. Bu durumda eşle ilişki sorunu yaşayan kişilerin büyük bir bölümünün henüz eşyle ayrılma aşamasına gelmeden, sorun çözme çabası içindeyken merkeze başvurdukları anlaşılmaktadır ki, bu da merkezin soruna kriz durumu henüz sonuçlanmamış kişilerin yardımı en açık olduğu dönemde müdahale etme amacıyla örtüşmektedir. Kriz merkezine başvuru nedenleri arasında aile içi ilişki sorunlarının birinci sırada gelmesi daha önce yapılmış çalışmalar ile uyumludur (Palabıyıköğlü 1992; Palabıyıköğlü ve ark. 1995; Azizoğlu ve Hovardaoğlu 1995).

Ergenlik dönemine ilişkin sorunlar, tüm sorun alanları içinde toplam %36,0 ile (ana-baba ile ilişki sorunları, erkek ya da kız arkadaş ile ilişki sorunları, okul başarısızlığı, üniversite sınavı öncesi gerilim) başta gelmektedir. Bu durum müdahalede ergenliğin dönemsel olarak önemle ele alınmasının ve krize müdahale terapistlerinin bu dönemi iyi tanımalarının gerekliliğini göstermektedir. Ergen olmak kriz durumları için risk faktörü gibi görünmektedir.

Herhangi bir sorun alanı tanımlamayan kişilerin (%10,4) hepsinde çeşitli primer psikiyatrik bozukluklar tespit edilmiştir.

Beklenenin aksine geniş aile içinde yaşayanların ve eşin ailesiyle ilişki sorunları sonucu başvuranların oranı düşük bulunmuştur. Ancak bu durum, kriz merkezi başvuruları içinde alt sosyoekonomik düzeyden gelen, eğitim durumu daha düşük kişilerin daha az yer tutmasıyla da ilgili olabilir.

İntihar girişiminde bulunmuş olanların ve intihar düşüncesi olduğunu bildirenlerin oranının yüksek bulunması (sırasıyla %7,1 ve %22,3) uyarıcıdır. Bu sonuçlar kriz durumundaki bireylerde intiharı olası

bir çözüm yolu olarak düşünülmesinin sanılandan çok daha sık olabileceğini ve bu bireylerde intihar riskinin sürekli olarak değerlendirilmesi, bu konuda önlem alınması gerektiğini göstermektedir. Eşi ya da ana-babası tarafından sürekli olarak fiziksel istismara uğradığını bildiren kişilerin oranı da dikkat çekici düzeydedir. Bu kişiler bir zortanma ile karşılaştıklarında, yaşadıkları güvensizlik nedeniyle çevrelerinden sosyal destek arama davranışları yetersiz olduğu ya da gereksinim duydukları desteği bulamadıkları için krize yatkın hale geliyor olabilirler. Bu bakımdan fiziksel istismarın krize müdahale sırasında mutlaka sorgulanması ve tespit edildiğinde önlenmesi için tüm kaynakların harekete geçirilmesi son derece önemlidir.

Başvuruların %27.7'sine hiçbir psikiyatrik tanı konmamış, %42.9'una ise uyum bozukluğu tanısı konmuştur. Uyum bozukluğu kriz tanıları içinde yer almaktadır, çünkü primer olmaktan çok reaktif bir tanı olarak kabul edilmektedir. Uyum bozukluğunun en sık ergenlerde (Andreasen ve Hoenk 1982; rosen ve ark. 1987; Synder ve ark. 1990; Kaplan ve ark. 1994) olmak üzere, özellikle genç yaşlarda görüldüğü, kadın/erkek oranınının 2/1 civarında olduğu bildirilmektedir (Rosen ve ark. 1987; Synder ve ark. 1990; Kaplan ve ark. 1994; De Leo 1989). Bu dağılım kriz vakalarında saptanan yaş ve cinsiyet dağılımı ile çok benzerdir.

Aslında Uyum Bozukluğu koruyucu hekimliğe ve danışma hizmetlerine öncelik veren çağdaş tıp anlayışının ve psikiyatrideki çağdaş kriz kuramı ve krize müdahale yaklaşımının bir parçasıdır. Bu nedenle başvuruların büyük çoğunluğunda Uyum Bozukluğu tespit edilmesi beklenen bir bulgudur. Daha önce yapılmış çalışmalarda kriz vakalarındaki tanısal değerlendirme yapılmamış olmakla birlikte, yapılan belirti taramalarında vakaların %80'inde depresif belirtilerin ön planda olduğu (Palabiyikoğlu ve ark. 1995), bu kişilerde depresyon, anksiyete, somatizasyon, fobik kaygı skorlarının normal kontrollerden anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu (Azizoğlu 1993) bildirilmiştir.

Çeşitli çalışmalarda Uyum Bozukluğunun tıbbi hastalığı olan kişilerde görülme sıklığı %11.5 ile %33 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir (Mc Kegney ve ark. 1983; Rosen ve ark 1987; Bronisch ve Hecht 1989, Popkin ve ark. 1990; Synder ve ark 1990). Bu çalışmanın sonuçları kriz vakalarında uyum bozukluğu görülme sıklığının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Merkeze yapılan başvurular içinde primer psikiyatrik tanılarının %26.4 gibi yüksek bir orana sahip olması ve merkezimize başvuran hastaların genel dağılımı, Baldwin'in psikiyatrik acilleri de içeren kriz sınıflandırmasının daha gerçekçi ve işlevsel olduğunu düşündürmektedir.

Başvuruların %40.1'ine herhangi bir ilaç verilmemiş, toplam %58.0'ına ise çeşitli antidepresan ve anksiyolitik ilaçlar önerilmiştir. Bu tür ilaçlar kriz durumları ve Uyum Bozukluğu'nda en sık kullanılan ajanlardır. Antidepresan ve anksiyolitik verilen vakaların içinde endojen depresyon, distimi gibi primer psikiyatrik tanıları konan kişiler de bulunmaktadır. Bu göz önüne alındığında kriz vakalarının yaklaşık 1/3'ünde ilaç kullanımı kararı verildiği söylenebilir.

Sonuç olarak Ankara Üniversitesi Kriz Merkezi'ne yapılan başvuruların büyük bölümünü eşi ya da ana-babası ile ilişki sorunları yaşayan genç ve orta yaşta kadınlar oluşturmaktadır. Bu vakaların önemli bir bölümünde aktif intihar düşünceleri mevcuttur. Son bir yıl içinde intihar girişiminde bulunmuş ve başvuru anında intihar düşüncesi olanlarda sürekli olarak fiziksel istismara uğruyor olma anlamlı derecede sıktır. Ayrıca vakaların büyük bölümü uyum bozukluğu tanısı almaktadır. Tüm bunlar göz önüne alındığında Kriz Merkezi'nde intihar riskinin değerlendirilmesi, intihar riskine ve fiziksel istismara karşı önlem alınması ve mevcut psikiyatrik tablonun düzeltilmesi için tedavide stresörün ortadan kaldırılması ve stresörle başetme becerilerinin geliştirilmesine öncelik verilmesinin gerektiği görülmektedir.

KAYNAKLAR

Andreasen NC, Hoenk P (1982) The predictive value of adjustment disorders: A follow-up study. American Journal of Psychiatry, 139:584-590.

Aquilera DC, Messic MJ (1974) Crisis Intervention. Saint Louis. Mosby comp.

Azizoğlu S (1993) Psikolojik yardım arama davranışını etkileyen bazı faktörler açısından kriz merkezine başvuran ve başvurmayan bireylerin karşılaştırılması. Kriz Dergisi 1(3): 143-149.

Azizoğlu S, Hovardoğlu S (1995) Krize Müdahale Merkezi'ne başvuran ve başvurmayan bireylerin yaşam olaylarının karşılaştırılması. Kriz Dergisi 3(1-2): 232-236.

Baldwin BA (1978) A paradigm for the classification of emotional crises: Implications for crisis intervention. *American J Orthopsychiatry* 48: 538-51.

Bronisch T, Hecht H (1989) Validity of adjustment disorder, comparison with major depression. *Journal of Affective Disorders*, 17: 229-236.

Caplan G (1964) *Principles of Preventive Psychiatry*. Basic Books, Tavistock, London.

Cooper JE (1979) *Crisis Admission Unites and Emergency Psychiatric Services*, Public Health in Europe 11, WHO: Copenhagen.

De Leo D (1989) Treatment of adjustment disorders: A comparative evaluation. *Psychological Reports*, 64: 51-54.

Kaplan HI, Sadock BJ Grebb JA (1994) Adjustment disorders. *Synopsis of Psychiatry, Seventh Edition*, Chapter 25: 727-730; New York, Williams & Wilkins.

Mc Kegney FP, Mc Mahon T, King J (1983) The use of DSM-III in a general hospital consultation-liaison service. *General Hospital Psychiatry*, 5: 115-121.

Palabıykoğlu R (1992) Krize Mdahale Merkezi alışmalarının bir yıllık değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi* 1(1): 13-16.

Palabıykoğlu R, Azizoğlu S, zayar H, Berksun OE (1993) İntihar girişimi olan ve olmayan depresiflerin aile işlevselliği. *Kriz Dergisi* 1(3): 114-123.

Palabıykoğlu R, Berksun OE, Güney S, Yazar H, Duran A (1995) Krize Müdahale Merkezi'ne başvuranların değerlendirilmesi: Demografik zellikler, sorun alanları, yaklaşım. *Kriz Dergisi* 3(1): 118-123.

Popkin MK, Callies AL, Colon EA, Stiebel V (1990) Adjustment disorders in medically ill inpatients referred for consultation in a university hospital. *Psychosomatics*, 31(4): 410-414.

Rosen DH, Gregory RJ, Pollock D, Schiffmann A (1987) Depression in patients referred for psychiatric consultation. *General Hospital Psychiatry*, 9: 391-397.

Synder S, Strain JJ, Wolf D (1990) Differentiating major depression from adjustment disorder with depressed mood in the medical setting. *General Hospital Psychiatry*, 12: 159-165.

Sonneck G (1985) *Krisenintervention und Suizidverhtung*. Facultasverlag: Wien.