

BASEL ÜNİVERSİTESİ PSİKİYATRİK KRİZE MÜDAHALE SERVİSİNDE TEDAVİ GÖREN HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK VE PSİKİYATRİK AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. A. Tanık YILMAZ*

Kriz kavramının genellikle doğal afet, yangın ya da savaş gibi felaketleri çağrıştıran imajı vardır. Ancak bu gibi durumlarda da kullanılmasının yanında bugün özellikle psikososyal açıdan zorlanmayla birlikte gelişen durumları kapsamaktadır. Kriz teorisi ve krize müdahalenin tanımlanması ve geliştirilmesi alanında öncü isimlerden olan Caplan'ın (1964) tanımı bize göre halen geçerliğini korumaktadır. Caplan krizi alışılmış davranış ve başetme yöntemlerinin eksternal faktörler ve/veya intrapsişik nedenlerle akut olarak zorlanması, yetersiz kalması hali olarak tarif etmiştir.

Kriz teorisine göre (Burgers ve Holstrom 1974) kriz, homeostasisin bozulmasının bir sonucudur. Genel olarak krize müdahale bireysel yaşamda ortaya çıkan kriz durumlarına psikososyal yaklaşımı ve kriz öncesi durumun tekrar kazanılmasını sağlamayı hedefler (Aguilera, 1990). Rosenbaum ve Calhoun (1977) krizi, son zamanlarda ortaya çıkan presipite edici olayların varlığına ve bireysel başa çıkma ve sorun çözme yetisini zarar gördüğü durum olarak tanımlar. Slaiku (1990) kriz tanımlarının bir sentezini önermektedir: "Sorunlarının çözü-

münde kullanılan, işe yarayan yöntemlerin başa çıkmada yeterli olmaması ile ve pozitif veya negatif, sonuçlara neden olan bir durumla karakterize geçici altüst olma durumu".

Kriz genellikle psikososyokültürel bütünlüğü tehdit eden narsistik yaralanmalarla (Henseler 1981, Yılmaz ve Battegay 1998) birlikte huzursuzluk, endişe, çaresizlik, ümitsizlik, affektif ve kognitif bozukluklarla gelişir ve çeşitli psikiyatrik bozukluklara yol açabilir. Kriz yukarıda da belirttiğimiz gibi psişik ve sosyal yaşantıda labiliteye yol açtığından etkin bir krize müdahalenin prognoz açısından belirleyici olduğu vurgulanmaktadır (Ciompi 1993).

Caplan (1964 1960'lı yıllarda gereksiz hospitalizasyonları önlemek amacı ile sosyal psikiyatrik anlayışla kriz ve krize müdahale alandaki çalışmalara öncelik etmiştir. Yine bu yıllarda ABD'de ve Avrupa'da hastaların tedavilerinin, psikiyatri klinikleri yerine kendi aile ve sosyal çevrelerinde yürütülmesi temeline dayanan sosyalpsikiyatrik yaklaşımın gelişmeye başlaması ile birlikte krize müdahalenin önemi artmıştır. Böylece 60'lı yıllarda ABD'de "emergency room" konsepti oluşmuştur. Bunu takiben ABD'de 70'li yıllarda da Avrupa'da kriz merkezleri ve krize müdahale merkezleri açılmıştır.

* Basel Üniversitesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı Krize Müdahale Servisi Basel/İsviçre.

Bugün ABD'de birçok ruh sağlığı merkezine bağlı olan 1400'ün üzerinde kriz merkezi bulunmaktadır. Bunun ötesinde hastane acil servislerinde veya psikiyatrik acil servis merkezlerinde birçok krize müdahale servisi bulunmaktadır (Roberts 1990). Halen İngiltere, Almanya, İsveç, İsviçre ve Avusturya'da edinilen tecrübeler neticesinde bu merkezler günümüzde Avrupa'da psikiyatrinin vazgeçilmez birimleri haline gelmişlerdir. Avrupa'daki bazı merkezlere örnek verecek olursak bunlar arasında Almanya'da Münich Üniversitesine bağlı, 12 yataklı servis, Almanya'da Berlin'de 8 ve 12 yataklı olmak üzere iki ayrı servis, Hollanda Rotterdam'da 12 yataklı bir krize müdahale servisi, İsviçre'de Bern Üniversitesine bağlı, 12 yataklı servis mevcuttur. (Schnyder ve Sauvant 1993). İsviçre Basel Üniversitesi Krize Müdahale Servisi hakkında aşağıda detaylı bilgi verilecektir.

Basel Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Psikiyatri Ana Bilim Dalına bağlı krize müdahale servisi kurulması modern psikiyatride önemli katkılarda bulunmuş P. Kielholz, J. Steahelin, W. Pöldinger ve R. Battagay gibi birçok psikiyatristin görev yaptığı bu üniversitede 1980 li yıllardaki son "psikiyatri reformu" çerçevesinde planlanmıştır.

3.1.1991 yılında Basel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde dört yataklı Psikiyatri Ana Bilim Dalına bağlı Krize Müdahale Servisi (KMS) kurulmuştur. Basel'deki Krize Müdahale Servisine talebin yoğun olması ve modern psikiyatrik tedavinin gerekleri göz önüne alınarak 1 Kasım 1993 de yatak kapasitesi artırılarak sekiz yataklı bir servis haline dönüştürülmüştür.

Krize müdahale servisi en önemli özelliklerinden biri bu servisin açık servis olması ve yatışın hastaların kendi istekleri doğrultusunda yapılmasıdır. Serviste yatış süresi normal şartlarda 4 gün ile sınırlıdır. Gerekli görüldüğü hallerde bu süre 5 gün hatta 7 güne kadar uzatılmaktadır. Servisin personeli bir servis şefi, bir asistan doktor, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve psikiyatri hemşirelerinden oluşmaktadır. Hasta yatışı 24 saat boyunca üniversite polikliniğinden, acil servisten veya hastanenin diğer servislerinden Psikiyatri Ana Bilim Dalı doktorlarınca yapılmaktadır. KMS'ne akut psikososyal bir krizde olan açık bir serviste tedavileri mümkün olan, farklı tanı gruplarından, hastalar kabul edilmektedir. Hastalar, tedavi gördükleri psikiyatristler veya diğer uzmanlık alanında hekimler farklı polikli-

nik ve kliniklerden ve aynı zamanda kadın sığınma evleri ve benzeri kuruluşlar tarafından sevk edilirler.

Bir model olarak Basel Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatrik Krize Müdahale servisinin hizmet verdiği hasta profilinin somut olarak gösterilmesi amacıyla bu serviste 1996 yılında tedavi gören hastaların özellikleri aşağıda çalışmamızda derlenmiştir. Bu hastaların sosyodemografik özellikleri, krize yol açan nedenler yatış nedenleri, hastalardaki psikiyatrik tanı dağılımları açısından ortaya çıkan özellikler diğer psikiyatrik krize müdahale servislerinde tedavi gören hastalarda ilgili verilerle karşılaştırılarak tartışılmıştır. Aynı zamanda hastaların servisteki yatış süreleri ve yatış sonrasındaki tedavi biçimleri de yine araştırma kapsamına alınarak değerlendirilmiştir.

Materyal ve Metod

Çalışmamızda 1996 yılında Basel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi KMS'de hospitalize edilmiş hastaların cinsiyet, yaş, medeni hali, ikamet şekli gibi sosyodemografik özellikleri, yatış neden ve süreleri, krize yol açan sebepler, psikiyatrik tanıları (İCD-10'a göre), hospitalizasyon sonrası tedavi şekli araştırılmıştır. Bu veriler klinik görüşmeler, hastanın dosyası, sevkeden hekim ve kuruluşların raporları, hastane istatistik servisinin raporları temel alınarak derlenmiştir. Krize yol açan sebeplerde hastanın hospitalizasyon esnasında bildirdiği problem alanları esas alınmıştır. Psikiyatrik tanıları İCD-10 tanı kriterleri esas alınarak klinik görüşme çerçevesinde konulmuştur. Araştırmaya KMS'de 1996 yılında hospitalize edilen 443 hasta dahil edilmiştir. İstatistiksel analizler deskriptif prensiplere uygun olarak yapılmış, karşılaştırmalarda Chi-Kare Testi uygulanmıştır. İstatistiksel analizlerde SPSS for Windows (Vers. 8.0) kullanılmıştır.

Sonuçlar

Yaş ve cinsiyete göre dağılım:

Basel Üniversitesi Tıp Fakültesi Krize Müdahale servisinde 1996 yılında toplam 443 hasta hospitalize edilmiştir. Bunlardan 273'ü (%61.6'sı) kadın, 170'i (%38.4'ü) erkektir. Kadın ve erkekler arasında yaş açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Madeni hal ve ikamet durumu:

Kadınların 102'si (%37.4) bekar, 97'si (%35.5) evli, 58'i (%21.3) ayrı ya da boşanmış, 16'i (%5.9) ise duldur. Erkeklerin 89'u (%52.4) bekar, 59 (%34.7) evli, 21'i (%12.4) ayrı ya da boşanmış, 1'i (%0.6) ise duldur. Kadınlarla erkekler arasında bekar olmak açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.002$, $\chi^2=8.9$, $df=1$).

Kadınların 85'i (%31.1) yalnız, 162'si (%59.3) eşleri veya aileleriyle 26'sı (%9.5) ise diğer kişilerle (Arkadaş, yurt vb.) ikamet etmektedirler. Erkeklerin 68'i (%40) yalnız, 84'ü (%49.4) eşleri veya aileleriyle 18'i (%10.6) ise diğer kişilerle (Arkadaş, yurt vb.) ikamet etmektedirler. İkamet durumu açısından kadın ve erkek hastalar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Sevk nedenleri:

İntihar girişimi açısından kadın hastalarla erkek hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.002$, $\chi^2=10.2$, $df=1$).

Kriz'e yol açan sebepler:

Krizin nedenlerine bakıldığında kişiler arası ilişki problemlerinin, kadınlarda 187'si (%68.5), erkeklerde ise 78'i (%45.9) olmak kaydıyla her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.002$, $\chi^2=21.3$, $df=1$). Bunun yanında işle ilgili problemler, yine psikiyatrik bir bozukluğun yeniden ortaya çıkması ile psikososyal dengenin bozulması da sık görülen sebeplerdendir. Bir diğer kriz sebebi ise fiziksel hastalıkların ortaya çıkması neticesindeki psikolojik zorlanmadır. Kadın hastaların 30'u (%11), erkek hastaların ise 14'ü (%8.2) bu nedenle psikolojik bir kriz olduğunu bildirmişlerdir. Kadın ve erkek hastalar arasında bu açıdan istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Kriz'e Müdahale Servisinde hospitalizasyon süresi:

Kadın hastaların 231'i (%84.6), erkek hastaların ise 151'inde (%88.8). İlk 4 gün içerisinde psikiyatrik krize müdahaleleri tamamlanabilmiştir. Bu tedavinin 5 günden daha uzun sürdüğü hasta oranı kadınlarda 13 (%4.8), erkeklerde ise 7 (%4.1) olarak görülmektedir. Her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak bir fark bulunamamıştır.

Psikiyatrik Tanılar:

Psikiyatrik tanıların dağılımı gözden geçirildiğinde depresyon, uyum bozukluğu, anksiyete, şizofreni, kişilik bozukluğu ve alkol ve madde bağımlılığı gibi geniş spektrumlu bir tanı grubuna hizmet verdiği görülmektedir. Aşağıdaki tabloda gözlenebildiği gibi en sık kadınla depresyon, erkeklerde kişilik bozukluğu ve ikinci sırada ise erkeklerde depresyon, kadınlarda ise kişilik bozukluğu tanıları konulmuştur.

Hospitalizasyon sonrası tedavi:

Kadın hastaların 230'u (%84.2) ve erkek hastaların 142'si (%83.5) hospitalizasyon sonrasında ayakta tedavileri mümkün olmuştur. Kadın hastaların 43'ü (%15.8), erkek hastaların 28'i (%16.5) KMS'den daha uzun süreli tedavi amacıyla psikiyatri kliniklerine sevk edilmişlerdir. Kadın ve erkek hastalar arasında hospitalizasyon sonrası tedavi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tartışma

Kriz'e Müdahale servisinde 1996 yılından hospitalize edilen hastalardaki cinsiyet dağılımı incelendiğinde Krize Müdahale servisinin hastalarının önemli bir çoğunluğunun kadınlarda (%48.7) ve erkeklerde (%47.2) 21-40 yaşları arasında olduğu göze çarpmaktadır. 60 ve üzeri yaşlarda erkekler %13.6 kadınlar ise %14.7 oranındadır. Bu da krize müdahale servisinin yalnızca genç değil ileri yaşlardaki hastalar için de bir seçenek olabileceğine işaret etmektedir.

Kadınlarda erkeklere göre bekar oranının yüksek olması Orta Avrupa'daki yaşantı tarzının bir göstergesi olarak yorumlanmalıdır, zira ikamet durumu dikkate alındığında yalnız yaşama açısından her iki cinsiyet arasında anlamlı bir fark yoktur. Eş ve aile ilişkisindeki problemler her iki cinsiyette de ilk sırayı almaktadır. Bu bulgu yine diğer merkezlerdeki sonuçlarla uyumludur. (Müller ve ark. 1989). Kadınlar erkeklere oranla daha sık eşle ve aile ile problemleri krize yol açan sebepler arasında bildirmişlerdir.

Kriz'e Müdahale Servisine yatırılan hastalardaki sevk nedeni gözden geçirildiğinde daha ziyade depresif ve anksiyeteli kriz her iki cinsiyette de

büyük bir oranı oluşturmaktadır. Bunların dışında kadınlarda %15.8 ve erkeklerde %19.4 oranında psikotik semptomlar sevk nedenini oluşturmuştur. Bu hastaların (kadınlarda %15.4, erkeklerde %14.1 şizofreni tanısı konulmuştur) kendi istekleri ile açık bir serviste tedavi edilip, çok büyük bir oranının hospitalizasyon sonrasında ayaktan tedavi görmelerinin mümkün olması, Krize Müdahale Servisinin psikotik hastalar içinde mevcut tedavi yöntemlerini eklenebilecek bir olanak olabileceğini göstermektedir. İntihar girişimi kadınlarda erkeklerden daha sık olarak bulunmuştur. Bu bulgu bu alanda yapılan çalışmalarla uyumludur (Wacker, Yılmaz ve Shaub 1994). Krize Müdahale servisinin intihar profilaksisinde önemli bir rol oynadığı kabul edilir (Potter ve ark. 1995).

Psikiyatrik tanılarının dağılımı gözden geçirildiğinde depresyon, uyum bozukluğu, anksiyete, şizofreni, kişilik bozukluğu, alkol ve madde bağımlılığı gibi geniş spektrumlu bir tanı grubuna hizmet verildiği ortaya çıkmaktadır. Basel KMS'de uyum bozukluğu, kişilik bozukluğu ve depresyon tanılarının sıklığı bulgusu, hem Avrupa'da (Dormagen ve Tesch 1990) hem de A.B.D.'deki (Breslow ve ark. 1993) benzer kliniklerle uyum içerisindedir. Aşağıdaki tabloda görüldüğü gibi en sık kadınlarda depresyon, erkeklerde kişilik bozukluğu ve ikinci sıklıkta ise kadınlarda kişilik bozukluğu, erkeklerde ise depresyon tanıları konulmuştur. Yine uyum bozuk-

luğu, her iki cinsiyette sık görülmektedir. Özellikle kadınlarda eşleri tarafından şiddete maruz kalmış hastalar ya uyum bozukluğu ya da PTSD tanısıyla sevk edilmişlerdir.

Basel Üniversitesi Psikiyatri Ana Bilim Dalına Bağlı Krize Müdahale Servisinde hospitalize edilen hastalar arasında hospitalizasyon sonrasında kadınların %84.2'i erkeklerin ise %83.5'i ayaktan tedaviye sevk edilebilmişlerdir. Zürih, Bern, Berlin, Münih Üniversitelerinin krize müdahale servislerinde uzun süreli hospitalizasyon öncesinde uzun süreli tedaviyi endike olduğu halde reddettikleri ve tedavi sürecinde bu iç görüyü kazandıklarını klinik gözlemlerimize dayanarak söyleyebiliriz. Ayrıca Krize Müdahale Servisinde yatmış hastaların follow up değerlendirmelerinde olumlu sonuçlar kaydedilmiştir (Kolitzus H., Feuerlein W. 1989).

Sonuç olarak yukarıdaki verilere dayanarak, krize müdahale servisinin açık bir serviste yoğun tedaviyle her iki cinsiyete geniş bir yaş grubuna, çok farklı nedenlerle, geniş spektrumlu tanı grubuna dahil edilen hastaların beş gün veya daha az bir sürede (kadınlarda %95.2 erkeklerde %95.9) yüksek oranda hospitalizasyon sonrası ayaktan tedaviyi mümkün kılması dolayısıyla modern psikiyatrinin ve sosyal psikiyatrinin temel yapı taşlarından birini teşkil etmektedir.

KAYNAKLAR

Aguilera D.C. (1990) *Crisis intervention: Theory and Methodology*. St. Louis, MO: C.V. Mosby.

Breslow R.E., Klinger B.I., Erickson B.J. (1993) Crisis hospitalization on a Psychiatric Emergency Service. *General Hospital Psychiatry* 15, 307-315.

Burgers A., Holstrom L. Rape: (1974) *Victims of Crisis*. Bowie, MD: Robert J. Brady.

Captan, G.: (1964) *Principles of Preventive Psychiatry*. Basic Books, New York.

Ciampi, L.: Krisentheorie heute. In: Schnyder, U., Sauvont, J.D. (Hrsg.) (1993): *Krisenintervention in der Psychiatrie* pp 13-25, Hans Huber Bern.

Dormagen H., Tesch M. (1990) Stationäre Krisenintervention im Allgemeinkrankenhaus: Zur Frage der Indikationsbreite. *Psychiat. Prax.* 17 216-223.

Dormagen H. Kriseninterventionszentrum am Allgemeinkrankenhaus (1993): Ein Baustein künftiger Psychiatrischer Regelversorgung? In: *Krisenintervention in der Psychiatrie*. Schnyder U., Sauvont J.-D. Verlag Hans Huber.

Henseler H. (1981): Krisenintervention - Vom bewussten zum unbewussten Konflikt des Suizidanten. In: Henseler H., Remer C.: *Selbstmordgefährdung. Zur Psychodynamik und Psychotherapie*. Problemata frommann-holzboog 93, Stuttgart.

Kolitzus H., Feuerlein W. 1989 Zwei bis drei Jahre nach stationärer Krisenintervention: Weitere Stationäre Behandlungen, Momentane Befindlichkeit und Subjektive Beurteilung der Indexbehandlung im Rückblick *Psychiat. Prax.* 16 71-77.

Müller N., Neuhauser H., Kotter Th., Laakmann G. 1989 Krisenintervention im Rahmen Einer Akut-Psychiatrischen Allgemeinstation. *Psychother. med. Psychol.* 39 374-379.

Potter, L.B., Powell, K.E., Kachur, S.P. (1995): Suicide Prevention from a Public Health Perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 25 (1), 82-91.

Roberts A.L. (1990) An overview of crisis theory and crisis intervention. In: A.L. Roberts (Ed.), *Crisis intervention handbook* 8pp. 3-16). Belmont, CA: Wadsworth.

Rosenbaum A., Calhoun J.F. (1977) The use of the telephone hotline in crisis intervention: A review. *Journal of Community Psychology*, 5, 325-330.

Schnyder, U., Sauvant, J.D. (Hrsg.) (1993): *Krisenintervention in der Psychiatrie* pp 55-74. Hans Huber, Bern.

Slaiku K.A. (1990) *Crisis intervention* (2nd ed.). Boston: Allyn&Bacon.

Wacker, H.-R., Yılmaz, A.T., Schaub, N. (1994): Abklärung und Behandlung suizidaler Patienten im Akutspital. Notfall -und Kriseninterventionsstation. *Der informierte Arzt- Gazette Médicale* 15, 443-446.

Yılmaz AT, (1997) *Battegay R Transkulturelle und migrationspezifische Aspekte der Krisenintervention bei Immigranten aus der Türkei in Pfeiffer: Migration und Krankheit-Wege und Irrwege der Migration*. Lambertus, Freiburg in press.

Tablo 1

Yaşa göre dağılım

	Kadın		Erkek	
	n	(%)	n	(%)
19 ve altı	14	(5.1)	11	(6.5)
21-30	58	(21.2)	45	(26.4)
31-40	75	(27.5)	36	(21.2)
41-50	54	(19.8)	29	(17.1)
51-60	35	(12.8)	24	(14.1)
61 ve üzeri	37	(13.6)	25	(14.7)

Tablo 2

Kriz'e Müdahale Servisine sevk nedenleri (Aynı hastada birden fazla sevk nedeni mümkündür)

	Kadın		Erkek	
	n	(%)	n	(%)
İntihar girişimi	59	(21.6)	16	(9.4)
Depresif ve/veya anksiyeteli kriz	175	(64.1)	109	(64.1)
Psikotik semptomatoloji	43	(15.8)	33	(19.4)
Alkol bağımlılığı	39	(14.3)	19	(11.2)
Madde bağımlılığı	5	(1.8)	3	(1.8)
Diğer	13	(4.8)	8	(4.7)

Tablo 3

Kriz'e yol açan nedenler (Aynı hastada birden fazla problem alanı mümkündür).

Problem alanı	Kadın		Erkek	
	n	(%)	n	(%)
Eş ilişkisi	132	(48.4)	65	(38.2)
Aile	56	(20.5)	13	(7.6)
İş	47	(17.2)	43	(25.3)
Psikiyatrik bozukluk	51	(18.7)	34	(20)
Fiziksel hastalık	30	(11)	14	(8.2)
Diğer	26	(9.5)	11	(6.5)

Tablo 4

Psikiyatrik tanımların ICD-10'a göre dağılımı (Aynı hastada birden fazla tanı mümkün)

	Kadın		Erkek	
	n	(%)	n	(%)
Defresif bozukluk	96	(35.5)	46	(27.1)
Uyum bozukluğu*	92	(33.7)	40	(23.5)
Anksiyete bozukluğu	34	(12.5)	16	(9.4)
Şizofreni	42	(15.4)	24	(14.1)
Kişilik bozukluğu	73	26.7)	48	(28.2)
Alkol bağımlılığı	41	(15)	39	(22.9)
Madde bağımlılığı**	10	(3.7)	19	(11.2)
Diğer	10	(3.7)	7	(4.1)

* p=0.03, $\chi^2=4.7$, df=1

** p=0.003, $\chi^2=8.4$, df=1