

## Atipik Psikoz ve Anksiyete ile Karakterize Şizofreni Tanısı Almış Olan Bir Olgu

A Case Characterized by Atypical Psychosis and Anxiety and Diagnosed with Schizophrenia

Esra ERDOĞAN\*  
Nermin GÜRHAN\*\*

Geliş Tarihi: 22.08.2019, Kabul Tarihi: 24.12.2019

### ÖZET

Şizofreni belirtileri ile karakterize hastalara kısa ve uzun süreli izleme ile tanı koymak oldukça zordur. Bu durumlarda başvurulan yöntem, "atipik" ya da "başka türlü adlandırılmayan psikoz" şeklinde geçici bir tanı konulmasıdır. En çok karşılaşılan soruların başında "maninin bir psikoz olup olmadığı" gelmektedir. Bu konu da iki açıklama vardır. Bunlardan birincisi; mani yalnızca hastalığın şiddetli olduğu ve "psikotik özellik" gösterdiği zaman psikozdur ya da "maninin geniş anlamda her zaman psikoz olduğu" yanıtıdır. Organik olmayan psikotik bozukluklar, DSM tanı sisteminde önceleri "atipik" daha sonra "başka türlü adlandırılmayan" psikoz olarak tanımlanan kategoriye en çok uyan gruptur. Atipik psikoz adıyla tanınan "geçici" DSM-IV kategorisi psikotik semptomları olan, fakat herhangi bir özgül psikotik bozukluğun tanı ölçütlerini karşılamayan hastalar için kullanılmaktadır. Bazı olgularda, özgül bir tanı koymak için bilginin yetersiz olduğu zamanlarda kullanılır. Bu olgu da atipik psikoz ve şizofreni tanısıyla kliniğe yatırılan 20 yaşındaki erkek hasta sunulmaktadır. Hasta da sinirlilik, öfke, şüphelilik, kaygı, mistik düşünceler, işitsel ve görsel sanrılar, hezeyanlar, referans düşünceler, perseküsyon düşünceleri, kontrol edilme sanrısı, düşünce içeriğinde fakirleşme, içine kapanıklık, yemek istememe belirtileri görülmesi nedeniyle ailesi tarafından hastaneye getirilmiş ve psikiyatri kliniğine yatırılmıştır. Bu olgu da "düşünce sürecinde bozulma, bireysel baş etmede yetersizlik, rol performansta yetersizlik, benlik saygısında bozulma, uyku örüntüsünde bozulma, aile de etkili baş etmede yetersizlik" tanılarına yönelik hemşirelik bakım planı oluşturulmuştur. Hastanın görüşmeler sırasında oldukça isteksiz bir tutum içerisinde olduğu gözlenmiştir. Planlanan girişimleri etkili uygulayabilmek için hastanın annesinden destek istenmiş ve aile de bakıma dahil edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Psikoz, anksiyete, şizofreni

### ABSTRACT

It is hard to diagnose patients characterized by symptoms of schizophrenia through short and long-term monitoring. The method used in such cases is making a temporary diagnosis of "atypical psychosis" or "psychosis not otherwise specified". "Whether mania is psychosis or not" is a common question which has two answers: mania is psychosis only when it is severe and has "psychotic features" or "mania, broadly, is always psychosis". Non-organic psychotic disorders most fit the category previously defined as "atypical psychosis" and then as "psychosis not otherwise specified" in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). The "transient" DSM-IV category, known as atypical psychosis, is used for patients with psychotic symptoms who does not meet the diagnostic criteria for any specific psychotic disorder. It is also used when information is insufficient for a specific diagnosis. This study presents a 20-year-old male patient diagnosed with atypical psychosis and schizophrenia. The patient was brought to the hospital by his family due to nervousness, anger, skepticism, anxiety, mystical thoughts, auditory and visual hallucinations, delusions, ideas of reference, ideas of persecution, delusions of control, impoverished thinking, introversion, loss of appetite symptoms; thus, he was admitted to the psychiatric clinic. A nursing care plan was made for the diagnosis of "disturbed thought processes, ineffective coping, ineffective role performance, disturbed self-esteem, disturbed sleep pattern, and compromised family coping". The patient was extremely reluctant during interviews. To implement the planned initiatives effectively, his mother was asked for support and the family was included in the care.

**Key Words:** Psychosis, anxiety, schizophrenia

### Sorumlu Yazar:

**Adı Soyadı:** Uzm. Hem. Esra Erdoğan

**Adres:** Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Samsun, Türkiye

**e-mail:** [es.erdogan@hotmail.com.tr](mailto:es.erdogan@hotmail.com.tr)

\* Uzm. Hem., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Samsun, Türkiye

\*\* Doç. Dr., Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Bu çalışma 21.11.2018 tarihinde Antalya'da yapılan V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

## GİRİŞ

Uzun vadede gözlem ile kesin tanı koymanın güç olduğu şizofreni belirtileri ile karakterize hastalara kısa süreli izlem ile tanı konulması oldukça önemli bir durumdur. Özellikle bu durumlarda sıklıkla başvurulan yöntem, "atipik" ya da "başka türlü adlandırılmayan psikoz" şeklinde geçici bir tanı konulmasıdır. <sup>(1)</sup>

Şizofreni dışındaki psikoz kavramı, duygu durum ile ilgili tablolarla sınırlı değildir. Şizofreninin bazen psikotik olmayabileceği durumlar olduğu gibi, şizofreni tablosu söz konusu olmadığı halde psikoz belirtilerinin bulunabildiği başka durumlardan da söz edilmiştir. Yıllardır şizofreni tanı ölçütlerini karşılamayan ama psikotik belirtilerin bulunduğu tablolara "diğer psikozlar" denilmiş ve bunlar da kendi içlerinde, affektif özellikleri olanlar, aralıklarla tekrarlayanlar veya sanrılarla seyredenler şeklinde alt gruplara ayrılmıştır. <sup>(2)</sup>

Oldukça heterojen bir grubu oluşturan bu hastalıkların ortak özellikleri etiyoloji, seyir ve sonlanım açısından şizofreniye benzememeleri ama çeşitli dönemlerde psikotik belirtiler göstermeleridir. <sup>(3)</sup> Tüm psikotik bozuklukların ayırıcı tanısında zamanlama ve belirtilerin yaygınlığı önemli bir rol oynamaktadır. Genel olarak pozitif ya da negatif belirtilerin sürekli varlığı, şizofreni tanısını kesinleştirmekte yardımcı olmuştur. Bazen tanıyı kesinleştirebilmek için bu gözlem süreci uzun yıllar sürmektedir. <sup>(3)</sup>

Günümüzde sağlık bakım hizmetlerinin hedefi kaliteli bakım sağlamaktır. Psikiyatri hemşireliğinin amacı bireyin benlik algısını geliştirmek, stresle baş etmesini güçlendirmek, kişilerarası ilişkilerini desteklemek, hastalık ve acı çekme yaşantısını azaltarak bu deneyimlerinden anlam bulmasına katkı sağlamaktır. Bu amaçların başarılması, bilimsel metodun kullanılmasını gerektirmektedir. Hemşirelik bakımına bilimsel ve planlı yaklaşımı sağlayan araç, hemşirelik modelleri ve hemşirelik sürecidir. <sup>(4)</sup>

Kronik ruhsal bozukluklar içinde en fazla tekrarlı yatışları olan grup şizofreni hastalarıdır. Şizofreni hastaları, bedensel hastalığı olan bireylerle karşılaştırıldığında, öz-bakım ve sağlığı geliştirme aktivitelerini uygulama

oranlarının düşük olduğu bulunmuştur. Ruh sağlığı ekibinin önemli bir üyesi olarak psikiyatri hemşirelerinin amacı, şizofreni hastalarının kendi öz-bakımını sürdürme, güvenli bir çevrenin varlığı, toplumda karşılaşılabileceği stresörlerle baş etme yollarını bilme ve uygulamalarına destek olmaktır. <sup>(5)</sup>

## OLGU SUNUMU

### Genel Sağlık Öyküsü

Doğumu, normal doğum ile hastane de gerçekleşmiş. 1 yaşında kemik gelişiminin geri olduğu söylenmiş ve kalsiyum takviyesi sonrasında normal gelişiminde tamamlanmıştır. 7 yaşında ilkokula başlamış ve ilk yıl okumayı öğrenmiş. Bilinen başka bir sağlık öyküsü bulunmamaktadır.

### Hastalık Öyküsü

Atipik psikoz ve şizofreni tanısıyla kliniğe yatırılan 20 yaşındaki erkek hastada sinirlilik, öfke, şüphecilik, kaygı, işitsel ve görsel (çantasını kapatmasına rağmen sonradan açık olduğunu görmesi, uyandığında üzerinde bozuk para olduğunu söylemesi) sanrılar, hezeyanlar mevcut. Zaman, yer ve kişi oryantasyonu tam, bellek normal, istemli ve spontane dikkatte azalma yok. Sorulan atasözü ve deyimleri yorumlayabiliyor. Genel bilgi ve zekâ düzeyi normale yakın boyutta, soyutlama var. Tüm motor ve zihinsel gelişimlerini normal sürecinde tamamlamış, içe kapanık ve arkadaş ilişkileri zayıf olan hastanın, madde, sigara ve alkol kullanımı bulunmamaktadır.

İlk şikâyetleri 2011 yılında öfke patlaması ve sinirlilik ile başlamış. Okula gitmek istememe, okul başarısında düşme, arkadaş ilişkilerinde bozulma, annesinin sesini radyoda duyma, yüzünü farklı görme ve sesini farklı duyma, öfkeli olduğunda küfretme şikâyetlerinin artması üzerine çocuk psikiyatri polikliniğine başvurmuş. Bu dönem de mistik düşünceleri oluşmaya başlamış (Allah var mı, nasıldır, neden göremiyoruz).

2014 yılında babasının iş durumu sebebiyle İzmir'e gittikleri sırada Meryem Ana kilisesini ziyaret etmişler. Bu ziyaretten sonra daha önce görülen şikâyetleri daha da artmış. Son 1 yıldır değişen bu durumunun

Meryem Ana'dan kaynaklı olduğunu ifade etmiş ve şikayetlerinin devam etmesi ve ataklarının artması üzerine 20 Aralık 2017 tarihinde hastanın da isteğiyle kliniğe yatışı yapılmış.

Takip edilen süre boyunca ilk yatışına göre ataklarında ve öfke nöbetlerinde azalma görülmüştür. Ancak Allah'ın varlığını sorgulama devam etmekte ve Allah'ın varlığına somut deliller aramaktadır. Toplumda giden yanlış durumları yargılama, ceza-cezalendirme sistemini sorgulamakta ve bunu Allah'ın varlığıyla örtüştürmeye çalışmıştır.

### **Ruhsal Durumu**

Davranış ve psikomotor aktiviteleri normal. Görüşme-ciye karşı tutumu ilgili, açık ve saygılı bir iletişim kuruyor. İşitsel ve görsel sanrılar, mistik düşünceler, hezeyanları mevcut. Düşünce yapısında primer düşünce süreci ve psikoz olan hastanın referans düşünceler, perseküsyon düşünceleri, kontrol edilme sanrısı, sistemik sanrılar mevcut. Düşünce içeriğinde fakirleşme var. İletişim sırasında normal hızda ve azalmış ses tonunda konuşuyor. İç görüsü mevcut. Hastaneye yatmasının ona olumlu bir getirisinin olduğunu düşünüyor. Ötimik duygu durum, düz ve sınırlı duygulanım mevcut.

### **Klinikteki Genel Durumu**

İletişime kapalı, çevresindeki insanlardan uzak ve daha çok yalnız vakit geçirmekte olan hastanın klinik içi uygulamalara karşı uzak olduğu görülmüştür. Klinikte vaktinin çoğunluğunu uyuyarak ya da tek başına oturarak geçiriyor. Klinik içi sosyal aktivitelere sadece pasif katılımcı olarak dahil olduğu görülmüştür.

### **Aile Bireyleri ile İlişkisi**

Anne (49), baba (58), abla (26) yaşında ruhsal ve gelişimsel hastalık öyküleri bulunmamaktadır. Annesi ilk hastalık belirtilerinin lise 1 de başladığını öncesinde yine Allah'ı sorguladığını ama inançlarına saygı duydukları için üstüne gitmediklerini ifade etmiştir. Annesi, lise 1 de bir gün öğretmenini, arkadaşlarını çok farklı gördüğünü söyleyerek dersten sinirlenip çıktığını, renginin bembeyaz olduğunu ve titrediğini buna ek olarak

öğretmenini ve arkadaşlarını nasıl gördüğünü sorduğunda tanımlayamadığını söylemiştir. Görüşmelerde aile ilişkilerinin iyi olduğu, anlayışlı ve kararlarına saygılı ebeveynler oldukları görülmüş. Ablası ile samimi ve paylaşımcı bir ilişkisi mevcut.

### **Klinik İzlem**

Hasta ile 26.12.2017-08.01.2018 tarihleri arasında toplamda 12 günlük görüşme yapılmıştır. Hasta ile ilk görüşmede, kliniğe kendi isteğiyle yattığını onu rahatsız eden şeylerin olduğunu, hastanede olmasının ona iyi geleceğini ifade etmiştir. Görüşmeler süresince, iletişime açık, konuşmaya istekli ve anlaşılabilir, sakin ve saygılı, agresif bir durum gözlenmedi.

Bay E.A sabah sporuna katılmıyor, dağınık, dalgın ve yorgun, kişisel bakımı yetersiz bir görünüme sahiptir. Gününün büyük bir kısmını odasında yalnız bir şekilde veya koridorda tek başına geçiriyor. Bazı takıntılarının ve doğaüstü güçlerinin olduğunu, bunlardan dolayı klinikte bulunduğunu, yaşadığı her şeye doğaüstü güçlerin (Meryem Ana'nın) sebep olduğunu düşünüyor ve bu durumun onu rahatsız ettiğini ifade ediyor. İlk görüşmede çok fazla kelime tekrarı ve aşırı odaklanmış bir göz teması vardı. Sorulara değil görüşmeciyeye (hemşireye) odaklanması sebebiyle, daha verimli bir iletişim için görüşmemizi 1 gün sonraya erteledik. Görüşmelerimizin ilerleyen günlerinde konuşmaya istekli olduğu ve görüşmeciyeye karşı daha olumlu ve net olduğu görüldü. Görüşmeler ilerledikçe daha iyi olduğunu kafa karışıklıklarının azaldığını, annesinin onu rahatsız eden davranışlarının olmadığını ve konuşmalarında herhangi değişiklik olmadığını ifade etti. Diğer hastalarla çok fazla sözlü iletişim kurmasa da onlarla koridorda dolaşmaya ve televizyon odasında vakit geçirmeye başladı.

Kitap okumayı sevdiğini, evde bir kuşu olduğunu ve onu çok sevdiğini söyledi. Hasta zamanla görüşmelerde ileriye dönük gerçekleştirmek istediği planlarından ve hayallerinden bahsetmeye başladı. Üniversite sınavı için çalışmaya başlayacağını söyleyen hastanın

özgüveni görüşme süresince desteklenmiş ve ilerleme kaydedilmiştir.

Zaman geçtikçe kliniğe oryante olmuş olması; fiziksel görünüşüne de yansımış ve gündün güne daha canlı ve pozitif, zaman zaman iletişimi başlatan taraf olmuştur. İletişim esnasında uzun süreli göz teması kurabiliyor. İkili görüşmelerde daha etkin ve konuşmaya istekli olan hasta, toplulukta iletişime kapalı. İş bölümü toplantısında konuşmalara ve iş bölümüne, sabah sporuna katılmadığı görülmüştür. Bunun nedenini de diğer hastaların onunla dalga geçmesinden endişe ettiğini, yanlış yapmaktan korktuğunu ifade etmiştir. Hasta da bunlara bağlı olarak özgüven eksikliği olduğu belirlenmiştir.

Görüşmemiz sırasında onu etkileyen düşüncelerin, seslerin devam etmediğini, Allah varsa kötü insanların neden cezasız kaldığını, yanlış şeylerin neden olduğuyla ilgili kafasının karıştığını ifade etmiş ve bunları Allah'ın varlığı ile bağdaştırmaya çalışmıştır. İkinci hafta görüşme başında, ev izninden dönen hasta günaydın toplantısına katılmış, ses tonunun enerjik ve konuşkan olduğu görülmüştür. Görüşmemiz de evde olmak istediğini, kendini iyi hissettiğini, kliniğe gelmek istemediğini belirtmiştir. Annesi, evdeyken çok keyifli olduğunu sadece kliniğe gelmeden önce biraz durgunlaştığını ve yeni tanıştığı kişilerle çok konuşmadığını, psikiyatri hemşiresine güvendiği ve samimi gördüğü için konuştuğunu, oğluyla böyle bir iletişim kurulduğu için çok mutlu olduğunu ifade etmiştir.

## Olgu Analizi

### Hemşirelik Bakım Planı

**1. Hemşirelik tanısı:** Radyo annesinin sesini duyduğunu ve sesinin farklı çıktığını, yüzünü farklı şekilde gördüğünü, ifade eden hastanın düşünce sürecinde bozulma.

**Sonuç kriterleri:** Hastanın olayları gerçekçi bir biçimde algılayabilmesi, düşüncelerini ifade edebilmesi ve bireyin gerçeğe oryantasyonunu sürdürebilmesini sağlamaktır.

**Uygulama:** Hastaya derin cümleler kurmadan basit kelimelerle iletişime geçilerek, sakin ve destekleyici bir tavırla yaklaşılmıştır. Psikiyatri hemşiresi görüşme sırasında "ismiyle hitap etme, göz teması kurma, uygun iletişim mesafesinin ayarlanması" gibi tekniklerle kendisine değer verildiğinin mesajını vererek güven ilişkisinin kurulmasını sağlamaya çalışmıştır.

**Değerlendirme:** İçsel kaynaklarda ortaya çıkan uyarılar ile dışsal kaynaklı uyarıları ayırabilmesi için cesaretlendirme, sanrısız düşüncelerin sürekli ifade edilmesine engel olma ve düşüncesine katılmadığını her fırsatta dile getirilmiştir. Bu koşullarda hemşire bireyin sanrılarından uzak gerçekçi amaçlar belirlenmesine yardımcı olmuştur. Yapılan girişimler sonucunda hastanın pasifte olsa klinik içi toplu görüşmelere katılması sağlanmıştır. Bu ilk aşamada gerçeğe oryante olması açısından önemli bir adımdır ve görüşmeler esnasında karşılıklı güven ilişkisi oluşturulmuştur.

**2. Hemşirelik tanısı:** Hastanın sosyal katılımında değişme, okul başarısında düşme, öfke patlamaları, arkadaş ilişkilerinde bozulma ve kendisinin bu yetersizlik durumunun farkında olup yardım istemesiyle ilişkili olarak düşüne sürecinde değişikliğe bağlı bireysel baş etmede yetersizlik.

**Sonuç kriterleri:** Hastanın sağlığını etkileyen olumlu ve olumsuz baş etme tutumlarını ifade edebilmesini, uygun baş etme yöntemlerini seçerek kullanabilmesini sağlamaktır.

**Uygulama:** Görüşmelerde hastaya yeterli zaman ayrılarak mevcut baş etme durumu ve gerçeğe bağlantı kurma yeteneği değerlendirilmiştir. Stresi azaltacak aktivitelere katılımı için teşvik edilmiş ve hastanın ebeveynleri ile görüşülerek neler yapılabileceği konusunda ortak bir yol haritası sağlamaya çalışılmıştır.

**Değerlendirme:** Terapötik iletişime geçilmesiyle hasta kendisine sıkıntı veren olayları, iç dünyasını daha rahat ifade edebilir hale gelmiş ve psikiyatri hemşiresi ile konuşmasının ona iyi geldiğini ifade etmiştir. Görüşme sonucunda bireyde özgüven yetersizliği olduğu ve

uzun vadede aile ve sağlık ekibi iş birliğinde desteklenmeye ihtiyacının olduğu gözlemlenmiştir.

Yapılan çalışmalarda psikiyatrik tanılı bireylerin yakınlarında başa çıkma tutumlarının desteklenmesi, hastalığın oluşturduğu yükü azalttığı, aile desteğinin ruhsal ve fiziksel hastalıkların seyriinde önemli bir role sahip olduğu görülmüştür. (5,6)

**3. Hemşirelik tanısı:** İnsanların vereceği tepkiden çekindiğini dile getirmesi ve bu yüzden toplu aktivitelere katılmaması, sorumluluk almak istememesine bağlı *rol performansta yetersizlik*.

**Sonuç kriterleri:** Hastanın, uygun rol performansının yürütülebilmesini sağlamak, ailedeki ve klinikteki iş paylaşımını her bir bireyin hayatına uyarlayabileceği şekilde düzenlenmesi amaçlanmıştır. Uygulama: Kişinin rol performansında etkisizliğe neden olan sebepler belirlenip, duygu ve düşüncelerini dile getirmesine fırsat verilmiştir. Kişinin kapasitesi belirlendikten sonra, buna göre rolleri tekrar belirlenmiştir. Sosyal hayatında, arkadaş ilişkilerinde eksik ve yanlış durumlarla herkesin karşılaşabileceği, klinikte herkesin bir eksiğinin ya da yanlışının olabileceği ve yardım istemesinin önemi hatırlatılmıştır.

**Değerlendirme:** Yapılan görüşmeler sonucunda klinik içi toplu yapılan uygulamalara çekinceleri olduğu ve benlik saygısı gelişimi istenen düzeyde olmadığı için pasif olarak katılım sağladığı görülmüştür. Sabah spora katılımı hiç olmamıştır. Klinik gözlem kısa süreli olduğu için, ileri düzeyde değerlendirme yapılamadı.

**4. Hemşirelik tanısı:** Bireyin düşünce, konuşma ve davranışlarında yavaşlama, soğukluk, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, sosyal ortamdan çekilme, yetersizlik duygusuna bağlı *benlik saygısında bozulma*.

**Sonuç kriterleri:** Hastanın benlik saygısının yükseltilmesi.

**Uygulama:** Sosyal ortamlarda kendini ifade edebilmesi amacıyla yapılan destek ve görüşmeler sonucunda istenen düzeyde olmasa da toplu uygulamalara katılmış, eleştirilme ve yanlış yapma kaygısı olduğu için

söz hakkı verildiği zaman iletişime dahil olduğu gözlemlenmiştir.

**5. Hemşirelik tanısı:** Sık sık esneme, yorgunluk, konsantre olamama, gündüzleri uyuklama, akşam erken yatıp öğlen uyanması ve uyanmakta güçlük çektiğini ifade etmesi, klinik şartlara bağlı *uyku örüntüsünde bozulma*.

**Sonuç kriterleri:** Hastanın gündüz uykusunun önlenmesi için klinik içi uygulamalara katılımı sağlanarak gündüz aktif tutmak çalışmak.

**Uygulama:** Uyku sorunu ile ilgili görüşürken bulunduğu oda da tedirgin olduğunu ifade etmiştir. Endişeleri konusunda görüşülmüş ve klinik içi uygun odaya alınmıştır.

**Değerlendirme:** Hasta bırakıldığı müddetçe öğlene kadar uyumaya devam ettiği ve klinik içi uygulamalara uzun süre katılım sağlayamadığı gözlemlenmiştir. Evde, sabah 9 da uyandığını ve klinikte sıkıldığı için uyduğunu ifade etmiştir.

**6. Hemşirelik tanısı:** Kronik ruhsal hastalık sürecinin aile üzerine etkisi düşünüldüğünde bilgi eksikliğine bağlı *ailede etkili baş etmede yetersizlik*.

**Uygulama:** Aileye hastalığın seyri, tedavisi, bireyde görülebilecek semptomlar hakkında bilgi verilmiştir. Sanrılarının desteklenmemesi gerektiği, aile içinde yapabileceği ölçüde sorumluluk verilmesi gerektiği ve bu süreçte ailenin desteğinin çok önemli olduğu anlatılmıştır.

**Değerlendirme:** Yapılan çalışmalar da ailelerin bakım verici rolünü yerine getirirken hastalığın nedenleri ve tedavisi ile ilgili, stresle baş etme, hasta birey ile iletişim kurma, hasta için boş zaman aktivitelerini planlama, sorun çözme ve hastaların yasal hakları ile ilgili bilgilere ihtiyaç duydukları bulunmuştur. (7)

## TARTIŞMA

Korkmaz ve ark. yapmış olduğu çalışmadaki olgu, şüphecilik, alınganlık, sıkıntı, içe kapanma ve sinirlilik şikâyetleri ile polikliniğe getirilmiş bayan bir hastadır. İlk görüşmede yakınlarından alınan öyküde, kendisinden 6 yaş büyük bir minibüs şoförünün kendisine âşik

olduğunu ve o kişinin şehirdeki birçok kişi ve kuruluşlarla bir takım gizli bağlantılarının bulunduğunu iddia ettiği belirtilmiştir. <sup>(8)</sup> Bu olgu da bizim olgumuzdan farklı olarak genetik faktörlerde etkilidir. Hastanın annesi, küçük yaşlardan itibaren sürekli erkeklerin kendisinden hoşlandığını, hatta bu nedenle cinsel istismara uğrayabileceğini düşünen, şüpheli, alıngan ve çevreyle iletişimi oldukça kısıtlı olan, kronik şizofreni tanısı ile uzun zamandır takip ve tedavi edilen bir kişidir. Çocuklarının da başkaları tarafından beğenileceğine ve cinsel olarak kötüye kullanılacağına dair sanrı düzeyinde düşünceleri olduğundan çevreyle olan iletişimlerini koparmıştır. <sup>(8)</sup> Genetik faktörler ve aile yaşantısı hastalık süreci önemli ölçüde etkilemekte ve hastanın içinde bulunduğu durumla baş etmesini daha da zorlaştırmaktadır. Olgumuzda ailede psikiyatrik bir hastalık bulunmamaktadır. Ebeveynlerin hastaya karşı desteği ve yaklaşımı pozitif yönde olduğu için durumuyla baş etmesini daha da kolaylaştırmaktadır. Psikiyatrik hastalıklarda, hastanın psikiyatri hemşiresi ile iletişimi yanında, ailenin iş birliği ve desteği de oldukça önemli görülmektedir. <sup>(9)</sup>

Bal ve ark. ilk başta psikoz sanılan patolojik yas sürecini incelemiştir. 32 yaşında, kadın hasta da eşi vefat ettikten 1.5 ay sonra; iştahsızlık, sinirlilik, evdeki camları kırma, çok uyuma, bayılma, kendini kaybedip saçlarını yolma, üstünü başını yırtma, ses duyma, görüntü görme, intihar düşünceleri, kapı pencere kontrol etme, duvardaki lekeleri boyama, aniden bayılma, ayıldığında yatağın üstünde kendisine emirler veren birini görüyor ve dediklerini yapıyor. <sup>(10)</sup> Olgumuzla ortak şikâyetleri, çevresine zarar verme, sinirlilik, çok uyuma, görsel ve işitsel sanrıların mevcut olmasıdır. Bu olgu da bu şikâyetleri tetikleyen bir kayıp mevcuttur. Birey kayıp sonrası yas evresini olağan süreciyle yaşamadığı için, ölümü kabullenmemiş ve suçlayıcı tavırlara girmiş, kayıpla bu şekilde baş etmeye çalışmaktadır. Hastanın klinik gözlemi ve ilaç tedavisi sonrası tüm bu şikâyetlerinin yas'a bağlı olduğu belirlenmiş ve ölümü kabullenmesi sağlanmıştır. Olgumuzda ise, klinik izlem

ve alınan öyküde bu durumların ortaya çıkmasına herhangi bir neden görülmemekle birlikte ancak durumu tetikleyen bir olay söz konusudur. Bu olgu dan farklı olarak, hastamızda iç görü mevcuttur ve yanlış giden bir şeylerin olduğunu fark edip bu durumdan rahatsız olduğu için kliniğe kendi isteğiyle yatmıştır. Bu da hasta için iyileşme sürecinde olumlu bir davranıştır. Hastayı klinikte takip ettiğimiz süre içinde çok uyuma, sinirlilik, çevreye zarar verme şikâyetlerin de azalma görülmüştür. Daha önce gördüklerini görmediğini, annesinin sesinin artık ona tuhaf gelmediğini, insanların yüzlerinde onu rahatsız eden görüntülerin olmadığını belirtmiştir. Özmen ve ark. şizofreni benzeri psikoz olgusunu değerlendirmişlerdir. Bu hastada kendisini tehdit eden sesler duyma, zarar görme düşünceleri, şüphelilik, takip edildiğini düşünme, yalnız kalamama, uykusuzluk ve huzursuzluk şikâyetleri mevcuttur. İç görüsü olmayan, yargılaması bozuk, görüşmeye istekli ve göz kontağı kurabilen, öz bakımı iyi, duygulanımı kısıtlı, çağrışımları düzgün bir hasta tanımlanmıştır. Kendisine küfreden işitsel varsanıları, kötülük görme ve referans hezeyanları vardır. <sup>(11)</sup> Klinik seyrine baktığımız üç vakada da başlangıç ve sonlanım farklıdır. Ortak belirtiler olsa da genetik, yaş, bulunduğu koşullar, organik nedenler ya da altta yatan farklı olgular, aile desteği hastalığın seyrini etkilemektedir. Bu da kısa vade de tanı koymayı zorlaştırmaktadır. Bu yazıda, şizofreniye benzer şüphelilik ve işitsel halüsinasyonlar ön planda olan ve atipik antipsikotik tedaviye olumlu yanıt alınan bir olgu sunulmuştur. Bunun dışında bu çalışmada aile desteğinin kronik ruhsal hastalıkların seyrinde önemli bir yeri olduğunu da gözlenmiştir. Aile destek gruplarının ruh sağlığı hizmetlerinde kullanılan geleneksel ruhsal toplumsal girişimlere göre daha etkili sonuçlar ortaya çıkardığı yapılan çalışmalarda da gözlenmektedir. <sup>(13)</sup>

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Hasta klinik içi toplu uygulamalara, pasif bir katılım göstermiştir. Bu aktif olamayan katılım, kliniğe oryante olması ve benlik saygısı gelişimi açısından önemli bir

adımdır. Hasta ile terapötik iletişime geçilmesiyle birlikte pozitif yönde güven duygusu oluşturulduğu gözlenmiştir. Kendisine sıkıntı veren olayları rahat bir şekilde psikiyatri hemşiresi ile konuşmasının ona iyi geldiğini ifade etmiştir.

Psikiyatri hemşireleri ve diğer klinik hemşireleri, hastaya önyargılı olmadan yaklaşmalı ve onu eleştirmemeli, "ismiyle hitap etme, göz teması kurma, ses tonunun ayarlanması, uygun iletişim mesafesinin ayarlanması" gibi tekniklerle kendisine değer verildiğinin mesajı verilmeli ve güven ilişkisinin kurulması sağlanmalıdır. Hastanın tartışmacı ve öfkeli davranışlarına tepkisel olarak karşılık vermek hastanın benlik saygısını azaltacağından savunucu olmadan hastanın öfkesini ifade etmesi sağlanmalı, gerçek durumları tartışmak için dikkati sanrısız düşüncelerden çekerek gerçeğe oryante edilmelidir. Hasta da olsa onun bir birey olduğu unutulmamalı, klinik geçmişine ve kişisel alanına saygı duyulmalıdır.

#### KAYNAKLAR

1. Oral TE. Şizofreni Diğer Psikotik Hastalıklardan Nasıl Ayrılmalıdır? Candansayar S. (Ed.), Neden nasıl şizofreni. Ankara: Peday Yayınları; 2005.
2. Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukları Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, (gözden geçirilmiş dördüncü baskı, DSM-IV-TR). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2001.
3. Yıldızhan E, Türkcan A, İnan S, Erenkuş Z, Yalçın O, Erdoğan A. İlk psikoz atağı: belirtiler, tedavi başlangıcı ve klinik yanıt ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2015; 26(2): 77-86.
4. Sabancıoğulları S, Ata EE, Kelleci M, Doğan S. Bir psikiyatri kliniğinde hemşireler tarafından yapılan hasta bakım planlarının fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli ve Nanda tanılarına göre değerlendirilmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2011; 2(3): 117-122.
5. Taş S, Buldukoğlu K. Şizofreni hastalarının taburculuk sonrası erken dönemde öz-bakım gücü ve bakım gereksinimleri. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2018; 9(1): 11-22.
6. Köroğlu A, Hocaoğlu Ç. Şizofreninin aile üzerine olan etkisi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2017; 7(3): 170-175.
7. Chandrasekaran R, Sivaorakash B, Jayestri RS. Coping strategies of the relatives of schizophrenic. Indian Journal of Psychiatry. 2002; 44(1): 9-13.
8. Çetinkaya DZ, Bademli K. Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: Sistematik bir inceleme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2013; 5(1): 78-94.
9. Korkmaz S, Kuloğlu M, Bahçeci, B, Atmaca M. Paylaşılmış psikotik bozukluk bir olgu sunumu. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2010; 23: 206-209.
10. Yıldırım A, Ekinci M. Ruhsal eğitimin şizofreni hastalarının ailelerinin aile işlevleri, hastaların sosyal destek düzeyleri ve tedaviye uyum üzerine etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2010; 11(2): 195-205.
11. Bal BN, İlhan SF, Kaplan B, Şentürk CV, Çevik A. Psikoz sanılan patolojik yas: Olgu sunumu. Kriz Dergisi. 2016; 22: 13-19.
12. Özmen HA, İnanç L, Altıntaş M, Çıtak S. Çok geç başlangıçlı şizofreni benzeri psikoz olgusu. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2012; 22(2): 190-193.
13. Yıldırım A, Buzlu S, Hacıhasanoğlu RA, Camcıoğlu TH, Erdi-man S, Ekinci M. Şizofreni hastalarının ailelerine uygulanan aileden aileye destek programının hastalık hakkında bilgi, aile yükü ve öz yeterlilik üzerine etkisi, Türk Psikiyatri Dergisi. 2012; 24: 1-7.