

Anksiyete bozukluklarında koruma ve önleme¹

Orhan DOĞAN²

ÖZET

Bu yazıda psikiyatride koruma kavramı, birincil-ikincil-üçüncül korumanın amaçları ve işlevleri ele alınmıştır. Anksiyete bozukluklarında etiyolojik, yatkınlaştırıcı ve ortaya çıkarıcı etkenler gözden geçirilmiştir. Bunun için konuyla ilgili literatür taranmış, yazarın görüşleri de eklenmiştir. Anksiyete bozukluklarında koruma ve önleme konularında bir psikiyatristin yapması gerekenler ortaya konmuş, genel olarak değerlendirilmiş ve tartışılmıştır. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3:174-182)

Anahtar sözcükler: Koruma/önleme, anksiyete bozuklukları, risk etkenleri

Prevention/protection of anxiety disorders

SUMMARY

In this article, the concept of prevention in psychiatry, the objectives and functions of primary, secondary, tertiary prevention are reviewed. The etiologic factors, predisposing factors and precipitating factors in anxiety disorders are examined. For this, literature relevant in this subject has been reviewed and added author's opinions. The necessities that a psychiatrist must realize in prevention/protection of anxiety disorders are brought up, evaluated and discussed in general. (Anatolian Journal of Psychiatry 2002; 3:174-182)

Key words: Prevention/protection, anxiety disorders, risk factors

KORUMA KAVRAMI

Sağlık çalışanlarının temel ilgi odağı salt tanı konan ya da konamayan hasta insanlar değildir; aynı zamanda tanı konmayan ya da sağlıklı insanlar da sağlık çalışanlarının ilgi odağındadır.¹ Günümüzde sağlık kavramı ve sağlık hizmetleri "hastaları ele alma" gibi dar kalıplardan çıkarak sağlıklı, risk altında, hasta, yetiyitimi (disability) olan tüm insanları kapsayacak biçimde genişlemiştir. İlgi odağının tüm insanlar olması sağlık çalışanlarının işlevini ve yükünü artırmış, ekip çalışmasını zorunlu duruma getirmiştir.

Psikiyatrik bozukluklar toplumda yaygın olarak görülür. Aşırı düzeyde ruhsal sıkıntıya, işlev bozukluklarına, işgücü ve ekonomik kayba neden olur. Bu nedenlerden dolayı bireyi psikiyatrik bozukluklardan koruma (prevention) çabaları önem kazanmıştır.

Psikiyatrik bozukluklarda koruma yaklaşımlarının ve çalışmalarının çıkış noktaları temel olarak bir bozukluğa yakalanma sıklığını (insidansını) azaltmak ya da

önlemek, bozukluğun süresini kısaltarak yaygınlığını (prevalansını) azaltmak, bu bozukluklara bağlı olarak gelişebilecek yetiyitimlerini ve relaps oranlarını azaltmak, yaşam kalitesini artırmaktır.²⁻⁵

Koruyucu ruh sağlığı sosyal psikiyatrinin bir ilgi alanıdır.² Koruyucu ruh sağlığı ilk anda, sağlıklı insanların bir ruhsal bozukluğa yakalanmalarına karşı korunması olarak düşünülebilir. Ancak bu kavram daha geniş anlamlarda kullanılır. Sağlık çalışanları koruyucu ruh sağlığı çalışmalarında aşağıdakileri yaparak önemli bir rol oynayabilir:

1. Ruh sağlığı ve ruhsal bozukluklar konularında halk eğitimi,
2. Risk altındaki kişileri belirleme,
3. Etiyolojik, yatkınlaştırıcı ve ortaya çıkarıcı etkenleri belirleme,
4. Risk altındaki kişileri belirleyebilecek işveren, öğretmen, sağlık çalışanlarıyla işbirliği ve danışmanlık,

¹ III. Anksiyete Bozuklukları Sempozyumu'nda sunulmuştur (19-22 Mart 2002, Antalya).

² Prof.Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, SİVAS

Yazışma adresi: Dr. Orhan DOĞAN, C.Ü. Hastanesi 58140 SİVAS

e-posta: odogan@cumhuriyet.edu.tr

5. Psikiyatrik bozuklukların süresini, şiddetini, kronikleşmesini ve yinelenmesini azaltabilecek tedaviler,
6. Genel sağlığı geliştirmede ve hastalıklara yakalanmayı önlemede önemli olan sağlık sisteminin iyileştirilmesine katkıda bulunma.

KORUYUCU RUH SAĞLIĞI

Koruyucu ruh sağlığı kavramı, sağlıklı insanların bir ruhsal bozukluğa yakalanmalarını önleme çalışmalarından yetiyetimine uğramış insanların uyumlandırılmasına kadar tüm insanları ve amaca uygun her tür yaklaşımı kapsar. Bu yaklaşımlar ve çabalar üç ana başlıkta incelenir:¹⁻³

1. Birincil koruma (primary prevention),
2. İkincil koruma (secondary prevention),
3. Üçüncül koruma (tertiary prevention).

1. Birincil Koruma

Temel amacı, bir ruhsal bozukluğun başlamasını önlemek/azaltmak ve böylece onun sıklığını azaltmaktır. Bu amaca ulaşmak için nedensel etkenleri ortadan kaldırmak, risk etkenlerini azaltmak, ruhsal bozukluklara karşı direnci artırmak ve hastalık geçişini engellemek gerekir.

Topluma ya da yüksek risk gruplarına karşı birincil koruma çabaları üç gruba ayrılabilir:³

- *Bireylerin stresle başa çıkmalarına ya da dirençlerini artırmalarına yönelik çabalar:* Ruh sağlığı eğitim programları, risk grupları için stresin etkilerini giderecek/azaltacak toplumsal destek sistemlerinin geliştirilmesi ve uygulanması, stresli durumlar için danışmanlık programları, stresli yaşam olaylarının ardından krize müdahale bu çabalara örnek olarak verilebilir.

- *Stresin yoğunluğunu azaltmaya ya da stresörleri ortadan kaldırmaya yönelik çabalar:* Çocukların ruh sağlığını etkileyen ruhsal-toplumsal risk etkenlerinin azaltılmaya çalışılması, anne-babalarla iş birliğine gidilmesi, bebekler için kurumsal ortamların iyileştirilmesi, boşanma - evlatlık alma - çocukların kötüye kullanılmaları ile ilgili düzenlemelerin iyileştirilmesi, çocuklarda zeka geriliği ve organik mental bozukluk sıklığını azaltmak için prenatal ve perinatal bakımın iyileştirilmesi gibi çabalar söz konusudur.

- *Bozukluğun geçişini önlemeye yönelik çabalar:* Kromozom anormalliği yönünden yüksek riskli bebekler için genetik danışmanlık hizmeti verme, ileri yaşta doğum için danışmanlık hizmeti verme, cinsel ilişki ile geçen bazı hastalıkların (AIDS, sifiliz gibi) yayılmasını önleme girişimleri bozukluğun geçişini önlemeye yönelik çabalar.

Herhangi bir *krize müdahale* bir ruhsal bozukluğun ortaya çıkmasını önleyebileceğinden birincil koruma girişi olarak da ele alınır.

2. İkincil Koruma

İkincil korumanın amacı bozukluğun erken belirlenmesi ve erken tedavisi ile bozukluğun süresini kısaltmak ve yaygınlığını (prevalansını) azaltmaktır. Çeşitli çalışmalara göre ruhsal bozuklukların toplumda görülme oranı %20 dolayındadır^{3,6} ve birçok hasta bozukluğun başlangıcında tedavi görmemektedir.

İkincil koruma çabaları içinde bozukluğun erken belirlenmesine yönelik girişimler, krize müdahale, halkın eğitimi, erken tanı ve tedavi için acil servislerin - polikliniklerin - gündüz tedavi programlarının - yatan hasta servislerinin iyileştirilmesi vardır. Bunların gerçekleştirilmesinde etkin ruhsal ve farmakolojik tedavilerin geliştirilerek uygulanması önemlidir.

3. Üçüncül Koruma

Üçüncül korumanın amacı ruhsal bozukluklara bağlı olarak gelişebilen yetiyetimlerinin yaygınlığını azaltmaktır. Bu yetiyetimleri önemli toplumsal, ekonomik ve halk sağlığı sorunlarını kapsar. Üçüncül koruma salt yaşlılarla ilgili değildir, kronik bozukluğu olan gençlerle de ilgilidir.

Üçüncül korumayla ilgili çabalar kronik hastaların en yüksek işlev düzeylerine ulaşmalarına yardıma ve uzun süreli yatış gereksinmelerini azaltmaya yönelik uyumlandırıcı (rehabilitasyon) çabalarıdır. Bunların gerçekleştirilmesinde hastane ve çeşitli kurum olanaklarının sağlanması, hastanın durumuna uygun tedavi seçeneklerinin ve hizmetin sunulması, toplumsal destek sistemlerinin sağlanması, yaşam düzenlemeleri, toplumsal güvenlik kurumlarıyla işbirliği yapılması, eğitilmiş personel kullanma gibi özellikler önemlidir.

ANKSİYETE BOZUKLUKLARINDA RİSK ETKENLERİ

Anksiyete ve üzüntü gibi duygular toplumda en sık karşılaşılan ruhsal belirtilerdendir. Anksiyete bozuklukları toplumda yaygın görülmekle birlikte, bu belirtiler her zaman bir anksiyete bozukluğu ölçütlerini karşılayacak sayıda ve şiddette olmayabilir.

Anksiyete bozukluklarıyla ilgili koruma çabalarını gözden geçirmek ve önerilerde bulunabilmek için, bu bozukluklarla ilgili bazı temel bilgilerin ve verilerin bilinmesi gerekir. Bunlar risk etkenleri olarak bilinen *yatkınlaştırıcı (predisposing)* ve *ortaya çıkarıcı (precipitating)* etkenlerle etiyolojik etkenlerdir. Bunların tümü kısaca ve anksiyete bozuklukları için genel olarak gözden geçirilecektir. Gerçekçi yaklaşımlar için bunların dışında sağlık sisteminin, sağlıkla ilgili kaynakların, toplumsal özelliklerin ve güçlerin de bilinmesi gerekir.

1. Genetik etkenler: Anksiyete bozukluklarıyla ilgili çalışmalar genel olarak hemen tümünde ailesel bir yatkınlığın olduğunu, bir yumurta ikizlerinde eş

hastalanma oranlarının iki yumurta ikizlerinden daha yüksek olduğunu göstermiştir.^{2,3,7-23}

2. Biyolojik etkenler: Bu etkenler arasında en çok çalışılanlar GABA, benzodiazepin reseptörleri, serotonin, noradrenalin, beyin sapı, limbik sistem, prefrontal korteks, otonom sinir sistemi, anksiyeteyi kontrol eden inhibitör düzeneklerin yetersizliği, beyin kan akımındaki düzensizliklerdir.^{1-3,10}

3. Psikodinamik etkenler: Psikanalitik kurama göre anksiyete çözümlenmemiş bilinçdışı çatışmalara bağlıdır. Belirtiler kullanılan savunma mekanizmalarıyla ilgilidir. Özellikle yaşamın ilk üç dönemindeki yetersizlikler ve olumsuz yaşantılar önemlidir.^{1-3,10,23}

4. Öğrenme kuramları: Öğrenme kuramına göre anksiyete, bireyin algıladığı uyaranlara/stresörlere uygun olmayan bir koşullu yanıt olarak görülebilir. Bunlar zamanla yerleşik bir yanıt biçimini alabilir.^{1-3,10,23}

5. Ayrılık anksiyetesi ve anne-baba kaybı: Anksiyete bozukluklarının ortaya çıkmasında ayrılık anksiyetesinin ve anne-baba kaybının önemini gösteren çok sayıda çalışma vardır.^{2,3,23-36} Çocuklukta ayrılık anksiyetesi, anne-baba kaybı ya da boşanma önemli risk etkenleri arasındadır.

6. Ailesel etkenler: Bu grupta aile içi iletişim bozuklukları, yetersiz destek sistemleri, çocuklukta ihmal ve kötüye kullanım, anne-babada nevrotik eğilimler/bozukluklar, madde bağımlılığı üzerinde çalışılmış ve çalışmalar bunların risk etkenleri olduğunu ortaya koymuştur.^{10,37-40}

7. Stresli yaşam olayları: Özellikle anksiyete bozukluklarının başlamasında ortaya çıkarıcı etkenler olarak stresli yaşam olaylarının önemli rol oynadığı kabul edilir. Bu konudaki çalışmalar, anksiyete bozukluğunun başlamasından önceki aylarda (1-12. aylar) stresli yaşam olaylarının daha yüksek oranda görüldüğünü göstermiştir.^{2,3,9,10,14,15,26,27,36,41-45} Stresli yaşam olaylarının sürmesi ise, bozukluğu kronikleştirebilmektedir.

8. Çocukluk yaşantıları: Anksiyete bozukluklarının görülmesiyle çocukluk çağındaki olumsuz yaşantılar arasında önemli bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bunlar arasında fiziksel ya da cinsel saldırıya uğrama/kötüye kullanılma,^{23,36,39,46-48} davranışsal inhibisyon^{16,49,50} önemli yer tutar.

9. Kişilik: Strese verilen tepki ve strese dayanıklılık kişilik özelliklerine göre değişebilmektedir. Anksiyete bozukluklarına yakalananlarda anksiyeteye duyarlılık^{51,52} ve nörotisizm,^{9,10} strese baş edememe⁵¹ skorları yüksek bulunmuştur. Hastalık öncesi kişilik yönünden en çok üzerinde durulanlar bağımlı, çekingen, obsesif, şizoid, borderline, paranoid ve antisosyal kişilik bozukluklarıdır.^{2,9,10,27,53}

10. Madde bağımlılığı: Madde bağımlılığı ile anksi-

yete bozukluklarının bir arada görülmesi yaygındır. Alkol ve nikotin bağımlılığı en sık görülenlerdir. Alkol bağımlılarında^{38,54-57} ve nikotin bağımlılarında⁵⁸ anksiyete bozukluklarının yaygınlığı yüksek bulunmuştur. Ancak bunun bir neden mi, yoksa sonuç mu olduğu tartışmalıdır.

11. Cinsiyet: Anksiyete bozuklukları (obsesif kompulsif bozukluk ve sosyal fobi dışında) genel olarak kadınlarda erkeklerden daha yüksek oranda görülmektedir.^{2,6,9,10,23,24,33,59-62}

12. Yaş: Anksiyete bozuklukları genellikle onlu ve yirmili yaşlarda başlamakla birlikte, her yaşta görülebilir.^{2,10,15,23,63}

13. Sosyoekonomik düzey (SED): Anksiyete bozuklukları her SED'de görülmekle birlikte, düşük SED'dekilerde daha yüksek oranda bulunmuştur.^{6,9,10,16,44,60} Düşük SED genellikle uygun yaşam koşulları ve ortam sağlayamama, çeşitli kişiler arası güçlük ve işsizlik ile birlikte gelir.

14. İşle ilgili etkenler: İşsizlik, iş yükünün çok olması, işin stresli olması (askerlik gibi), işyerinin gürültülü olması, iş koşullarındaki değişiklikler gibi etkenler anksiyete bozukluklarının yaygınlığını artırmaktadır.^{10,44,64-66}

15. Dikkat eksikliği bozukluğu (DEB): DEB olanlarda anksiyete bozukluklarının daha yüksek oranda görüldüğünü gösteren bazı çalışmalar⁶⁷⁻⁶⁹ olduğu gibi, bu sonucu bulamayan bir çalışma⁷⁰ da vardır. DEB olanların kardeşleri de anksiyete bozukluğu yönünden yüksek risk altındadır.⁶⁹

16. Fiziksel hastalıklar: Çeşitli araştırmalarda bir fiziksel hastalığı olan kişilerde anksiyete bozukluklarının daha yüksek oranda görüldüğü bulunmuştur. Çalışılan fiziksel hastalıklar arasında; kanser, alopecia areata, inme, kalp hastalığı, hipertansiyon, diyabet, artrit, myastenia gravis, migren, kalp transplantasyonu, düşük (abortion), hiperlipidemi vardır.⁷¹⁻⁷⁸

17. Göç: Anksiyete bozukluklarında göç olgusunun etkisi yeterince araştırılmamıştır. Ancak göç etmenin yeni bir fiziksel, toplumsal ve kültürel çevre ile yeni koşullar demek olduğu düşünülürse, bir risk etken olarak kabul edilebilir.

18. Medeni durum: Bu konuda önemli bir fark bulunmamakla birlikte, kadınlar arasında evli olanlarda anksiyete bozuklukları daha yüksek oranda görülmektedir.⁶

19. Irk ve kültür: Anksiyete bozuklukları ırka ve kültüre göre farklılık göstermez. Ancak kültüre özgü anksiyete bozuklukları vardır.

Yukarıda kısaca gözden geçirilen etkenlerden de anlaşılacağı gibi, anksiyete bozuklukları için risk etkenleri çok çeşitlidir ve koruma çabalarında bunların dikkate alınması gerekir.

ANKSİYETE BOZUKLUKLARINDA KORUMA

Anksiyete bozukluklarında koruma çabaları bir bütün olarak görülmeli ve işlemelidir. Burada birbirini tamamlayan üç koruma ayrı başlıklar halinde gözden geçirilecektir.

1. Birincil Koruma

Anksiyete bozukluklarında birincil koruma için ele alınacak gruplar kabaca şunlardır: Anne-babasinda ya da kardeşinde bir anksiyete bozukluğu (ya da bir başka ruhsal bozukluk) olanlar, ayrılık anksiyetesi ve anne-baba kaybı yaşayanlar, kardeşinde DEB olanlar, çocukluk yıllarında herhangi bir travmaya maruz kalanlar, yakın geçmişte stresli yaşam olayları yaşayanlar, anne-babasinda ya da kendisinde alkol bağımlılığı olanlar, nörotisizm ve anksiyete duyarlılığı skorları yüksek olanlar, çocukluk çağında inhibe olanlar, düşük SED'dekiler, kadınlar, onlu-yirmili yaşlardakiler, bir fiziksel hastalığı olanlar.

Görüldüğü gibi, birincil korumada hedef grup çok fazladır. Hedef kitlenin tümüne ulaşmak bir psikiyatristin diğer işleri de göz önüne alındığında olanaksızdır. Yine de psikiyatristler anksiyete bozukluklarında birincil korumayla ilgili olarak şunları yapabilirler:

a. Eğitim: Psikiyatristler tüm risk gruplarına ulaşamayacağına göre, risk gruplarına en çok ulaşabileceği kişilerle işbirliği yapmalı, toplu yerlerde eğitim ve danışmanlık yapmalı, hemen her gruba ulaşabileceği araçları kullanmalıdırlar.

- Sağlık çalışanlarının eğitimi ve danışmanlık: Pratisyen hekim ve diğer sağlık çalışanları risk grubundaki kişilerle ve ailelerle daha yakın ilişki içindedir. Bu görevlilerin anksiyete bozuklukları konusunda eğitimi ve sonrasında danışmanlık vermek önemlidir.

- Öğretmenlerle, yöneticilerle işbirliği: İnsanların bir arada olduğu okul, kışla, öğrenci yurdu, yetiştirme yurdu, huzurevi, fabrika gibi yerlerdeki öğretmenler, danışmanlar ve yöneticilerle işbirliği yapmak. Bu işbirliği danışmanlık yapmanın yanı sıra, sohbet - panel - konferans - seminer gibi eğitim etkinliklerinin planlanmasını da kapsamalıdır.

- Eğitim konuları: Eğitim konuları bireyin kendisini ve başkalarını tanıması, kişilik, aile ve kişilerarası ilişkileri geliştirme, stres, stresle baş etme ve direnci artırma, ruh sağlığı, ruh sağlığını etkileyen etkenler, genetik ya da cinsel olarak geçen hastalıklar, DEB, madde bağımlılığı gibi konular olmalıdır.

- Eğitim araçları: Psikiyatrist yüz yüze etkinliklerde görsel ve işitsel araçlar kullanılmalıdır. Daha büyük kitlelere ulaşmak için ise gazete, dergi, radyo, televizyon gibi kitle iletişim araçlarından yararlanmalıdır.

b. Risk altındaki kişileri belirleme: Risk altındaki kişilerin/grupların belirlenmesi ve bir bozukluk ortaya

çıkmadan önce gerekli girişimlerin yapılması birincil korumada önemlidir. Bu kişilerin belirlenmesinde sağlık çalışanları ile işbirliği yapılan diğer kişiler ve bu kişilerin her zaman danışabileceklerini bilmeleri de önemlidir.

Risk altındaki kişilerin/grupların belirlenmesinde aralıklı olarak anket çalışması ya da alan çalışması yapılabilir. Ancak bunlar zaman alıcı ve pahalıdır.

2. İkincil Koruma

İkincil korumanın amaçlarına yönelik olarak şunlar yapılabilir:

a. Eğitim: Tanı için ya da bir hekime başvuru için gerekli koşullar, erken tanının ve erken tedavinin önemi konularında eğitim önemlidir.

- Halk eğitimi: Halk (toplu haldeki gruplar) ve toplum önderleri ruhsal bozukluklar, hangi durumlarda hekime başvurulması gerektiği gibi konularda bilgilendirilmelidir. Bu bilgilendirme çeşitli kurumlarda gruplara yapılabileceği gibi, kitle iletişim araçları kullanılarak daha çok tüm halka yapılmalıdır. Bilgilendirme herkesin anlayacağı yalın ve açık bir dille, basit olarak yapılmalıdır.

- Pratisyen hekimler ve sağlık çalışanları: Her gruptan kişilerle yakın ilişkide olan sağlık ocakları çalışanları ile işbirliği yapmak ve bir ekip halinde çalışmak önemlidir. Pratisyen hekimler özellikle erken tanı konusunda önemli konumdadırlar ve ruhsal bozukluklar konusunda eğitilmelidir. Bu eğitimin sonuçları daha sonra test edilmelidir.

- Uzman hekimler ve sağlık kuruluşları: Bir fiziksel hastalığı olanlarda anksiyete bozukluklarının daha yaygın olduğu bilindiğinden, bu konuda çeşitli tıp dallarında (dermatoloji, iç hastalıkları, kardiyoloji gibi) çalışan uzmanların ve diğer sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesi özellikle erken tanı ve erken tedavi açısından önemlidir.

b. Erken tanı ve erken tedavi: Tüm tıp dallarında olduğu gibi, erken tanı ve erken tedavi psikiyatride de önemlidir. Bu durum bozukluğun süresini kısaltacak, belirtilerin şiddetini azaltacak, ekonomik kayıpları en aza indirecek, kronikleşmeyi azaltacak ve sonuçta yaygınlık oranını düşürecektir. Erken tanı ve erken tedavi için şunlar yapılabilir:

- Taramalar: Erken tanı ve erken tedavi için toplu yaşanan yerlerde ve risk grubu olduğu düşünülen gruplarda aralıklı taramalar yapılabilir. Ancak bu pahalı ve zaman alıcıdır. Bu nedenle öğretmen, yönetici gibi kişilerle erken tanı konusunda işbirliği yapılmalıdır.

- Pratisyen hekimler: Pratisyen hekimlerin eğitimi sonucunda erken tanı ve erken tedavi gerçekleştirilebilir. Ruhsal bozukluğu olanların ilk başvurdukları kuruluş genellikle birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlardır. Burada çalışan pratisyen hekimin

yeterli bilgiye ve güvene sahip olması, tedaviye başlaması önemlidir.

- *Konsültasyon hizmetleri:* Diğer tıp dallarında çalışan hekimlerle işbirliği yapılarak etkin bir konsültasyon hizmeti verilebilir. Bu hizmet özellikle erken tanı için önemlidir.

c. Tedavi olanakları: Erken tanının ardından erken tedaviye başlanması kadar, tedavi olanakları da önemlidir.

- *Çalışanların özellikleri:* Tedavinin etkin olabilmesi için çalışanların yeterli eğitim düzeyinde, deneyimli, ekip çalışmasına yatkın, insan ve hasta haklarına saygılı, kişiler arası iletişimi bilen, yeterli sayıda ve nitelikte olmaları gerekir. Çalışanlar hasta için en uygun olan tedaviyi seçebilmeli ve uygulayabilmelidir.

- *Fiziksel koşullar:* Etkin bir tedavi için poliklinik, yataklı servisi, grup tedavisi odası, uğraşı tedavisi odası, görüşme odası, tedavi odası gibi bölümlerin rahat ve uygun özelliklere sahip olması gerekir.

- *İzleme:* Ayaktan ya da yatırılarak tedavisi yürütülen hastanın yaşadığı koşullar ve ortam da tanınmalı, bunun için bir ekip tarafından ev ve işyeri/okul ziyaretleri yapılmalıdır.

- *Tedavideki diğer etkenler:* Hasta için seçilen tedavi yöntemleri kişinin eğitim ve entellektüel düzeyine, kültürel özelliklerine, ekonomik düzeyine uygun olmalıdır.

3. Üçüncül Koruma

Üçüncül korumanın gerekli olduğu kronik hastalıklar ve hastalar önemli toplumsal sorunlara ve ekonomik kayba neden olduğu için önemlidir. Ancak anksiyete bozukluklarında kronikleşme ve sonucunda yetiyitimi görece diğer bozukluklardan daha azdır. Üçüncül korumanın gerekli olduğu anksiyete bozuklukları arasında obsesif kompulsif bozukluk, agorafobi, kronik travma sonrası stres bozukluğu sayılabilir. Bunlara yakalanan hastaların salt bir bölümü bu grupta yer alabilir, çoğu daha önceki girişimlerle iyileşir. Üçüncül korumanın amaçlarına yönelik olarak şunlar yapılabilir:

a. Etkin birincil ve ikincil koruma: Birincil ve ikincil koruma girişimlerinin etkin olması ve sonuçta istenen amaçlara ulaşılması, üçüncül korumayı gerekli kılan yetiyitimlerini azaltacaktır. Ancak birincil ve ikincil korumanın etkin olmasının daima kronikleşmeyi ve yetiyitimini önlemediği unutulmamalıdır.

b. Aileyle işbirliği: Üçüncül korumaya alınan anksiyete bozukluklu hastaların çoğu yaşamlarını hastanede değil, evde sürdürmektedir. Hastanın en çok ilişkide bulunduğu, birarada yaşadığı ve sorunları en iyi bilen aile üyelerinin üçüncül koruma çabalarına katılması önemlidir. Aile üyeleri bir yandan hastaya

ruhsal destek sağlarken, bir yandan da uyum çabalarına yardımcı olabilir.

c. Tedavinin sürdürülmesi: Kronik hastaların tedavilerinin sürdürülmesinin onların hastaneye yatış gereksinmelerini azaltacağı, uyumlarını artıracacağı düşünülür. Tedavi farmakolojik tedavi, sorun çözüme yönelik aile tedavisi ve davranış tedavilerinin bir kombinasyonu olabilir. Bu hastaların gerektiğinde hastaneye yatırılabilmesi güvencesinin verilmesi de hasta ve ailesi için rahatlatıcı bir durum yaratır.

d. Uyumlandırma çabaları: Kronik hastaların toplumsal uyumlarını artırmak için çeşitli girişimlerde bulunulabilir. Bunlar arasında toplumsal beceri kazandırma, gündüz bakım evleri, ev ziyaretleri sayılabilir. Bu çabaların hastaların belirtilerinin şiddetini azaltacağı, belirtilerine karşın uyumlarını artıracacağı düşünülür.

e. Sosyal güvenlik: Kronik hastalara özgü olan ve işlevsel gereksinmelerinin karşılanması için uygun ortam sağlanması, ekonomik güçlüklerinin giderilmesi, toplumun gerçeklerine ve kültürel özelliklerine göre hizmet sunulması, çeşitli beceriler kazandırılması için psikiyatri dışı kurumlarla da işbirliğine gidilmesi önemlidir. Bunların gerçekleştirilebilmesi için sosyal güvenlik kurumları devreye girmelidir.

f. Hizmet verecek olanlar: Üçüncül koruma hizmeti verecek olanların yeterli bilgi ve beceriyle donanmış, ilgili, deneyimli, iyi iletişim kurabilen ve yeterli sayıda olmaları gereklidir.

KORUMA ÇALIŞMALARıyla İLGİLİ DEĞERLENDİRMELER, ELEŞTİRİLER

Koruma çalışmalarının amaçları ve yapılması gerekenler ya da yapılabilecekler yukarıda belirtilmiştir. Bunlar ilk anda yapılabilecek çok şey olduğu, ancak yapılmalarının da çok güç olduğu izlenimini yaratmaktadır. Bunlar gözden geçirildiğinde, yapılabilecek olan şeylerin daha çok birincil ve ikincil korumayla ilgili olduğu görülmektedir.

İlk izlenim bazı doğruları ortaya koymakla birlikte, her üç koruma ile ilgili olarak çeşitli çekinceler vardır. Bunların değerlendirilmeleri bazı önyargıları değiştirebilir. Üç korumayla ilgili değerlendirmeler ve eleştiriler şunları ortaya koymaktadır:

1. Anksiyete bozukluklarında genetik, biyokimyasal, (genel anlamda) ruhsal ve çevresel etkenlerin önemli olduğu bulunmuştur. Bunlardan genetik etkenler için genetik danışmanlık, çevresel etkenler için aile ve işle ilgili düzenlemeler yararlı olabilir.

2. Psikiyatristler genel olarak eğitici olma eğitimi almamışlardır. Halk eğitimini tek başına üstlenmeleri düşünülemez. Bu nedenle birincil ve ikincil koruma girişimlerinde hem eğitimcilerle, hem kültür bilimcilerle, hem de toplumbilimcilerle işbirliği yapmaları

uygun olacaktır.

3. Birincil ve ikincil korumada önemli olduğu düşünülen pratisyen hekimlere uygun ve yeterli bilgi verilmemektedir. Bu açık ya tıp fakültelerinde, ya da mezuniyet sonrası eğitimle giderilmelidir.

4. Risk altındaki kişiler/gruplar belirlenmeden birincil koruma çabaları ya da programları boşlukta kalır. Risk altındaki kişilerin/grupların belirlenmesinde; Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı ile işbirliği yapılmalıdır.

5. Birincil korumada alkol bağımlıların eşleri ya da çocukları, hasta aileleri, evsiz çocuklar, evlatlık alma gibi konularda düzenlemelerin yapılması ya da destek gruplarının oluşturulması önemlidir.

6. Birincil koruma çabalarının ruhsal bozukluklara karşı direnci artırdığının bir kanıtı yoktur.

7. Genel olarak birincil korumanın etkinliği kesin olarak gösterilemese de, sifiliz ve vitamin eksikliğinin sonuçları, geç hamileliğin sonuçları, çocuklarına kötü davranan anne-babalarla ilgili girişimlerin sonuçları olumludur.

8. İkincil koruma programlarını yürütecek elemanların standart bir eğitim programı yoktur. Bazı hastanelerde psikiyatrik tedavi ekibi tam değildir.

9. Ülkemizde erken tedavi için uygun fiziksel ve tedavi koşullarının olduğunu söylemek güçtür. Taburculuk sonrası izleme de yok denecek kadar azdır.

10. Yukarıda sıralanan özellikler anksiyete bozukluklarının (genelde ruhsal bozuklukların) kronikleşmesini artırmakta ve üçüncül koruma girişimlerini gerekli kılmaktadır.

11. İkincil korumada en önemli hedef gruplardan biri çocuklardır. Ancak ülkemizde çocuk ruh sağlığı uzmanlarının sayısı yetersizdir.

12. Ülkemizde, birincil ve ikincil korumanın önemli bir parçası olan krize müdahale girişimi ve merkezleri yetersizdir.

13. Ülkemizde üçüncül korumayla ilgili kurumlar ve düzenlemeler yetersizdir. Bunun salt psikiyatristlerin görevi olmadığı açıktır.

14. Üçüncül koruma birincil ve ikincil korumadan daha pahalıdır ve sürekli olmak zorundadır. Somut ve başarılı sonuçlara ulaşamadığı için pek destek bulamamaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yukarıdaki değerlendirmeler ve eleştiriler her üç koruma için de çeşitli güçlükler olduğunu, bu güçlükleri salt ruh sağlığı alanında çalışanların aşamayacağını, birçok kurumla işbirliği yapılması gerektiğini, sağlık sisteminin yeniden gözden geçirilmesi ve kaynak yaratılması gerektiğini, toplumsal koşulların ve kültürel özelliklerin de önemli olduğunu göstermektedir. Bu değerlendirmeler karamsar bir tablo çizse de, var olan aksaklıkların düzeltilmesi için itici güç psikiyatristler olmalıdır. Sağlık sisteminin iyileştirilmesinden destek gruplarının oluşturulmasına, halk eğitiminden hekim eğitimine, psikiyatri dışı kişiler ya da kuruluşlarla işbirliğinden kaynak yaratılmasına kadar birçok işi başlatmak bizlere düşmektedir.

Psikiyatri alanında çalışan hekimlerin oluşturduğu Türkiye Psikiyatri Derneği'nin etkinliği giderek artmaktadır. Bu derneğin üyelerinin bir bölümünün öncülüğünde kurulan Anksiyete Bozuklukları Araştırma, Tedavi ve Eğitim Derneği de etkinliklere başlamıştır. Bu derneklerin, anksiyete bozukluklarında koruma ve önleme çalışmalarında yer alabilecek psikiyatrik hemşire, psikolog ve psikiyatrik sosyal çalışmacıların dernekleriyle iş birliği yapması uygundur. Bu derneklerle birlikte amaç, hedef kitle, yöntem, uygulama, çalışmaların değerlendirilmesi gibi konular gözden geçirilerek bir eylem planı oluşturulabilir.

Daha erken karar verilip uygulama yapılacak hedef kitle konusunda ilk sıraları tıp fakültesi öğrencileri, pratisyen hekimler ve aile hekimleri oluşturabilir. Bu gruplara ulaşmanın hem daha kolay olduğunu, hem de bu grupların eğitim için hazır bir temel taşıdıklarını düşünüyorum. Bu alanda yapılacak etkinlikler için zaman yitirme lüksümüzün olmadığı kanısındayım. Çünkü anksiyete bozukluklarının yaygınlığı yüksek oranda; getirdiği/yarattığı ruhsal, toplumsal ve ekonomik yükler önemli boyutlardadır.

KAYNAKLAR

1. Lamb HR: *Public psychiatry and prevention*. Hales RE, Yudofsky SC (eds): *Synopsis of Psychiatry'de*. Washington DC, American Psychiatric Press Inc, 1996, s.1336-1339.
2. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA: *Synopsis of Psychiatry*, 7. baskı, Giza, Mass Pub Co, 1995.
3. Okin RL, Borus JF: *Primary, secondary, and tertiary prevention of mental disorders*. Kaplan HI, Sadock BJ (eds): *Comprehensive Textbook of Psychiatry'de*, 5. baskı. Williams&Wilkins, Baltimore, 1989, vol.2: 2067-2071.
4. Mendlowicz MV, Stein MB: *Quality of life in individuals with anxiety disorders*. Am J Psychiatry 2000; 157: 669-682.
5. Walker JR, Van Ameringen MA, Swinson R ve ark: *Prevention of relapse in generalized social phobia: results of a 24-week study in responders to 20 weeks of sertraline treatment*. J Clin Psychopharmacol 2000; 20:636-644.

6. Doğan O, Gülmez H, Ketenöğlü C ve ark: *Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi*. Sivas, Dilek Matbaası, 1995.
7. Noyes R, Kathol RG, Crowe RR ve ark: *The familial prevalence of anxiety neurosis*. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35:1057-1059.
8. Noyes R, Clarkson C, Crowe RR ve ark: *A family study of generalized anxiety disorder*. *Am J Psychiatry* 1987; 144:1019-1024.
9. Goldberg D, Benjamin S, Creed F: *Psychiatry in Medical Practice*, 2. baskı. Routledge, London, 1994, s.188-195.
10. Gelder M, Gath D, Mayou R: *Oxford Textbook of Psychiatry*, 2. baskı. Oxford University Press Co, Oxford, 1989, s.164-200.
11. Torgersen S: *Genetic factors in anxiety disorders*. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40:1085-1089.
12. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC ve ark: *Generalized anxiety disorders in women: a population-based twin study*. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:267-272.
13. Crowe RR, Noyes R, Pauls DL ve ark: *A family study of panic disorder*. *Arc Gen Psychiatry* 1983; 40:1065-1069.
14. Weissman MM: *The epidemiology of anxiety disorders: rates, risks and familial patterns*. *J Psychiatr Res* 1988; 22(suppl.1):99-114.
15. Weissman MM, Merikangas KR: *The epidemiology of anxiety and panic disorders: an update*. *J Clin Psychiatry* 1986; 47(suppl.1):11-17.
16. Jalenques I, Coudert AJ: *Anxiety disorders in children: do any risk factors exist?* *Ann Pediatr* 1990; 37:487-495.
17. Black DW, Noyes R, Goldstein RB ve ark: *A family study of obsessive-compulsive disorder*. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:362-368.
18. Biederman J, Rosenbaum JF, Bolduc EA ve ark: *A high risk study of young children of parents with panic disorder and agoraphobia with and without comorbid major depression*. *Psychiatry Res* 1991; 37:333-348.
19. Mancini C, van Ameringen M, Szatmari P ve ark: *A high-risk pilot study of the children of adults with social phobia*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:1511-1517.
20. Fyer AJ, Mannuzza S, Chapman TF ve ark: *Panic disorder and social phobia: effects of comorbidity on familial transmission*. *Anxiety* 1996; 2:173-178.
21. Beidel DC, Turner SM: *At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:918-924.
22. Geller DA, Biederman J, Jones J ve ark: *Obsessive-compulsive disorder in children and adolescent: a review*. *Harv Rev Psychiatry* 1998; 5:260-273.
23. Hollander E, Simeon D, Gorman JM: *Anxiety disorders*. Hales RE, Yudofsky SC (eds): *Synopsis of Psychiatry'de*. American Psychiatric Press Inc, Washington DC, 1996, s. 469-524.
24. Breslau N, Davis GC, Andreski P ve ark: *Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults*. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:216-222.
25. Tweed JL, Schoenbach VJ, George LK ve ark: *The effects of childhood parental death and divorce on six-month history of anxiety disorder*. *Br J Psychiatry* 1989; 154:823-828.
26. Faravalli C, Pallanti S: *Recent life events and panic disorder*. *Am J Psychiatry* 1989; 146:622-626.
27. Alf C, Katschnig H, Nouzak A ve ark: *Psychosocial and biological correlates of panic attacks and panic syndrome*. *Psychiatr Prac* 1990; 17:13-22.
28. Zahner GE, Murphy JM: *Loss in childhood: anxiety in adulthood*. *Compr Psychiatry* 1989; 30:553-563.
29. Angst J, Vollrath M: *The natural history of anxiety disorders*. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84:446-452.
30. Lipsitz JD, Martin LY, Mannuzza S ve ark: *Childhood separation anxiety disorder in patients with adult anxiety disorders*. *Am J Psychiatry* 1994; 151:927-929.
31. Servant D, Parquet PJ: *Life events and anxiety*. *Encephale* 1994; 20:333-337.
32. Capps L, Sigman M, Sena R ve ark: *Fear, anxiety and perceived control in children of agoraphobic parents*. *J Child Psychol Psychiatry* 1996; 37:445-452.
33. Braconnier A: *Panic attack and panic disorder in the child and adolescent*. *Encephale* 1996; 22:19-24.
34. Breslau N, Davis GC, Andreski P ve ark: *Sex differences in posttraumatic stress disorder*. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:1044-1048.
35. Unnewehr S, Schneider S, Florin I ve ark: *Psychopathology in children of patients with panic disorder or animal phobia*. *Psychopathology* 1998; 31:69-84.
36. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS: *Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey*. *Psychol Med* 1997; 27:1101-1119.
37. Wichstrom L, Holte A, Wynne LC: *Disqualifying family communication and anxiety in offspring at risk for psychopathology*. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 88:74-79.
38. Kushner MG, Sher KJ: *Comorbidity of alcohol and anxiety disorders among college students: effects of gender and family history of alcoholism*. *Addict Behav* 1993; 18:543-552.
39. Brown GW, Harris TO, Eales MJ: *Social factors and comorbidity of depressive and anxiety disorders*. *Br J Psychiatry Suppl* 1996; 30:50-57.
40. Clark DB, Moss HB, Kirisci L ve ark: *Psychopathology in preadolescent sons of fathers with substance use disorders*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:495-502.
41. Cooper B, Sylph J: *Life events and the onset of neurotic illness: an investigation in general practice*. *Psychol Med* 1973; 3:421-435.
42. Jacobs S, Hansen F, Kasl S ve ark: *Anxiety disorders during acute bereavement: risk and risk factors*. *J Clin Psychiatry* 1990; 51:269-274.

43. Manfro GG, Otto MW, McArdle ve ark: Relationship of antecedent stressful life events to childhood any family history of anxiety and the course of panic disorder. *J Affect Disord* 1996; 41:135-139.
44. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT: The effects of unemployment on psychiatric illness during young adulthood. *Psychol Med* 1997; 27:371-381.
45. Dalgard OS, Bjork S, Tambs K: Social support, negative life events and mental health. *Br J Psychi-atry* 1995; 166:29-34.
46. Pribor EF, Dinwiddie SH: Psychiatric correlates of incest in childhood. *Am J Psychiatry* 1992; 149:52-56.
47. Ernst C, Angst J, Foldenyi M: The Zurich Study. XVII. Sexual abuse in childhood. Frequency and relevance for adult morbidity data of a longitudinal epidemiological study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993; 242:293-300.
48. Stein MB, Walker JR, Anderson G ve ark: Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *Am J Psychi-atry* 1996; 153:275-277.
49. Hirshfeld DR, Rosenbaum JF, Biederman J ve ark: Stable behavioral inhibition and its association with anxiety disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31:103-111.
50. Rosenbaum JF, Biederman J, Bolduc-Murphy EA ve ark: Behavioral inhibition in childhood: a risk factor for anxiety disorders. *Harv Rev Psychiatry* 1993; 1:2-16.
51. Andrews G: Comorbidity and the general neurotic syndrome. *Br J Psychiatry* 1996; suppl:76-84.
52. Otto MW, Pollack MH, Rosenbaum JF ve ark: Childhood history of anxiety in adults with panic disorder: association with anxiety sensitivity and comorbidity. *Harv Rev Psychiatry* 1994; 1:288-293.
53. Stein MB, Chartier MJ, Hazen AL ve ark: A direct-interview family study of generalized social phobia. *Am J Psychiatry* 1998; 155:90-97.
54. George DT, Nutt DJ, Dwyer BA ve ark: Alcoholism and panic disorder: is the comorbidity more than coincidence? *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81:97-107.
55. Schuckit MA, Irwin M, Brown SA: The history of anxiety symptoms among 171 primary alcoholics. *J Study Alcohol* 1990; 51:34-41.
56. el-Guebaly N, Staley D, Leckie A ve ark: Adult children of alcoholics in treatment programs for anxiety disorders and substance abuse. *Can J Psychiatry* 1992; 37:544-548.
57. Weiss KJ, Rosenberg DJ: Prevalence of anxiety disorder among alcoholics. *J Clin Psychiatry* 1985; 46:3-5.
58. Breslau N: Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. *Behav Genet* 25:95-101, 1995.
59. Cameron OG, Hill EM: Women and anxiety. *Psychiatr Clin North Am* 1989; 12:175-186.
60. Thabet AA, Vostanis P: Social adversities and anxiety disorders in the Gaza Strip. *Arch Dis Child* 1998; 78:439-442.
61. Krasucki C, Howard R, Mann A: The relationship between anxiety disorders and age. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998; 13:79-99.
62. Regier DA, Boyd JH, Burke JD Jr ve ark: One-month prevalence of mental disorders in the United States, based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:977-986.
63. King NJ, Gullone E, Tonge BJ ve ark: Self-reports of panic attacks and manifest anxiety in adolescents. *Behav Res Ther* 1993; 31:111-116.
64. Friedman MJ, Schnurr PP, McDonagh-Coyle A: Post-traumatic stress disorder in the military veteran. *Psychiatr Clin North Am* 1994; 17:265-277.
65. Chambers R, Campbell I: Anxiety and depression in general practitioners: associations with type of practice, fundholding, gender and other personal characteristics. *Fam Pract* 1996; 13:170-173.
66. Chevalier A, Bonenfant S, Picot MC ve ark: Occupational factors of anxiety and depressive disorders in the French National Electricity and Gas Company. The Anxiety-Depression Group. *J Occup Environ Med* 1996; 38:1098-1107.
67. Jensen PS, Shervette RE, Xenakis SN ve ark: Anxiety and depressive disorders in attention deficit disorder with hyperactivity: new findings. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1203-1209.
68. Perrin S, Last CG: Relationship between ADHD and anxiety in boys: results from a family study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:988-996.
69. Faraone SV, Biederman J, Mennin D ve ark: A prospective four-year follow-up study of children at risk for ADHD: psychiatric, neuropsychological, and psychosocial outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:1449-1459.
70. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A ve ark: Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *Am J Psychiatry* 1998; 155:493-498.
71. Wells KB, Golding JM, Burnam MA: Affective, substance use, and anxiety disorders in persons with arthritis, diabetes, heart disease, high blood pressure, or chronic lung conditions. *Gen Hosp Psychiatry* 1989; 11:320-327.
72. Breslau N, Davis GC: Migraine, major depression and panic disorder: a prospective epidemiologic study of young adults. *Cephalalgia* 1992; 12:85-90.
73. Colon EA, Popkin MK, Callies AL ve ark: Lifetime prevalence of psychiatric disorders in patients with alopecia areata. *Compr Psychiatry* 1991; 32:245-251.
74. Paradis CM, Friedman S, Lazar RM ve ark: Anxiety disorders in a neuromuscular clinic. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1102-1104.
75. Astrom M: Generalized anxiety disorder in stroke patients. A 3-year longitudinal study. *Stroke* 1996; 27:270-275.
76. Kuczmierczyk AR, Barbee JG, Bologna NA ve ark: Serum cholesterol levels in patients with generalized anxiety disorder (GAD) and with GAD and comorbid major depression. *Can J Psychiatry* 1996; 41:465-468.

77. Dew MA, Roth LH, Schulberg HC ve ark: Prevalence and predictors of depression and anxiety-related disorders during the year after heart transplantation. *Gen Hosp Psychiatry* 1996; 18 (suppl 6):48-61.

78. Aass N, Fossa SD, Dahl AA ve ark: Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital. *Eur J Cancer* 1997; 33: 1597-1604.

VI. ULUSAL KONSÜLTASYON LİYEZON

PSİKİYATRİSİ KONGRESİ

"ULUSLARARASI KATILIMLI"

14-16 Kasım 2002

İSTANBUL

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD
Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi BD
Çapa/İstanbul

KONU BAŞLIKLARI

- * Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi - Biyopsikososyal Tıp Modeli
- * Genel Tıpta Psikiyatrik Muayene Yöntemleri
- * Hasta, Aile ve Tedavi Etkileşimi
- * Acil Birimlerde Psikiyatristlerin Sorumlulukları
- * Genel Tıpta Anksiyete Bozuklukları
- * Multidisipliner Yaklaşımla Ağrı
- * Kardiyoloji ve Kardiyovasküler Cerrahide, Kanser Hastalarında, Dahili Tıpta, Kadın Hastalıklarında, Nöroloji ve Beyin Cerrahisinde Psikiyatrik Bozukluklar ve Tedavileri
- * Pediatrik Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
- * Genel Hastane Uygulamasında Etik Sorunlar, Ötenazi
- * Genel Tıpta Psikotrop İlaç Kullanımı
- * Tedavi Yöntemlerinin Psikiyatrik Yan Etkileri
- * Genel Tıpta Medikal Psikoterapi ve Psikolojik Tedaviler
- * Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Uygulamasında Kognitif Psikoterapi ve Krize Müdahale

Başvuru

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD
Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi BD
Çapa/İstanbul
Tel : 0212 5336369
Faks: 0212 5325989
Web: www.istanbul.klp.org

Kayıt ve konaklama

Interium Organizasyon
Sıraselviler Cd. Hrisovergi Ap.
No.48, Kat.3, D.8, Taksim/İstanbul
Tel : 0212 2928808
Faks: 0212 2928807
e-posta: info@interium.com.tr
Web: www.interium.com.tr