

## PSİKİYATRİK TIP : KONSÜLTASYON - LİYAZON PSİKİYATRİ

Dr.Sedat ÖZKAN ( \* )

### ÖZET

1930'lu yıllarda bir grup doktor sağlık ve hastalığı psikosomatik tıp terimi içinde tanımladılar. Psikosomatik tıp yalnızca medikal bir disiplin olmaktan çok, hastalıkların gelişim ve tedavilerinde psikolojik ve sosyal faktörlerin önceliğini araştıran bir disiplin olarak ortaya çıktı. Giderek taraftar toplayan bu anlayış çerçevesinde, 1920'lerde psikiyatrik konsültasyon servisleri ile, 1950 ve 1960'lı yıllarda da konsültasyon liyazon psikiyatrisi, psikiyatrinin bir dalı olarak ve hastaların psikolojik ve psikiyatrik tanı ve tedavileriyle ilgilenen bir disiplin olarak ortaya çıktı. Bu yazıda konsültasyon - liyazon psikiyatrisinin bugünkü fonksiyonel önemini ve bu disiplin içinde hastaya genel olarak yaklaşımı inceledim.

**Anahtar Kelimeler :** Psikosomatik tıp , Konsültasyon - Liyazon Psikiyatrisi

**Kli.Psikofarmakol. I:1 (10-17)1990**

### SUMMARY

**Psychiatric Medicine : Consultation - Liaison Psychiatry**

In the 1930s, many physicians began to define an approach to health and disease called psychosomatic medicine. Rather than a medical speciality, psychosomatic medicine was a conceptual and investigative approach to the role psychological and social processes in the development, course and treatment of disease. Growing out of this philosophical approach, psychiatric consultation services began in the 1920s as the branch of psychiatry committed to the diagnosis and treatment of psychiatric and psychosocial problems of patients in the medical care system. In this article, I will review the patient care and current research functions of consultation - liaison psychiatry.

**Key words :** Psychosomatic Medicine, Consultation - Liaison Psychiatry

**Bull.Clin.Psychopharmacol. I:1 (10-17) 1990**

### GİRİŞ

"Liaison" psikiyatrisi, kavramsal ve klinik açıdan insan varlığına, sağlığına ve hastalıklara biyolojik, psikolojik ve sosyal - çevresel bütünlüğü içinde ele alma, tanıma ve çözüm üretme çabasının çağdaş tıbdaki uzantısıdır. Genel sistem kuramı anlayışını esas alan, genel klinik tıp ve çeşitli uzmanlık alanları ile psikiyatrisi arasındaki işbirliğine dayanan; tıbbi durumlar ile psikik durumlar arasındaki etkileşim ve bağlantıyı araştıran bir klinik psikiyatrisi alanıdır.

Çağdaş tıp ve psikiyatrideki gelişmelerin ışığında, sağlık ve hastalıkla ilgili biyolojik, psikolojik ve psikososyal değişkenlerin karşılıklı etkileşimini bilimsel metodoloji ile inceleyen, holistik yaklaşımı tıp için geçerli kılan tıp ve psikiyatrisi kavramsal klinik, eğitim ve araştırma alanlarında bütünlük sağlayan bir disiplindir. Bir disiplin olarak liyazon psikiyatrisi klinik tıp alanındaki fiziksel tıbbi hastalıklara eşlik eden psikiyatrik hastalık ve psikososyal sorunların tanı tedavi izlenmesi ve araştırma etkinlikleri ve eğitimi ile uğraşır.

Klinik uygulamada ve hasta takibinde tıbbi biyolojik bulgular ile psikik ve psikososyal yaklaşımı kaynaştırmak ve bu bütüncül yaklaşımı anlamlı ve yararlı biçimde tıbbi hastalıkların tedavisinde kullanmaya yönelik tıbbi psikiyatrik alanlar. Tıp bilimleri ile davranış bilimleri arasında köprü oluşturur, ruh sağlığı hizmetlerini genel sağlık sistemi içinde değerlendirir, sistem kuramı ile genel tıp ile psikiyatrisi arasındaki bağlantı ve işbirliğini sağlar.

Fiziksel hastalıklara eşlik eden organik mental, psikofizyolojik, psikopatolojik, davranışsal, psikososyal tabloların tanı ve tedavisi ile uğraşır. Tıbbi psikiyatrik durumlar arasındaki etkileşim etyopatogenez (psikosomatik - somatopsişik) eksende olabileceği gibi davranışsal boyut, tedavi süreci ve adaptif boyutta olabilir.

Psikik durum fiziksel hastalığa yatkınlık ve seyrinde rol oynadığı gibi (herhangi) fiziksel hastalık da ruhsal durum üzerine etki yapar. Psikik, davranışsal, duygulanıma ilişkin faktörler biyolojik süreçlerle beraber fiziksel hastalık olu-

şum ve ortaya çıkışında etkili olduğu gibi, genel olarak da (birçok) fiziksel hastalığın gidiş, seyir ve tedaviye etkilidir.

Bu kapsamda iç hastalıkları, cerrahi, nöroloji, fizik tedavi, onkoloji, jinekoloji, dermatoloji gibi çeşitli servis ve kliniklerde yatarak veya poliklinikte izlenen hastaların tanı ve tedavi ya da başedilebilmesine katkı sağlar, başvuru kaynağıdır. Bu servislerdeki hastalara ilişkin klinik psikiyatrinin tanı tedavi eğitim ve araştırma etkinliklerini kapsar. Herhangibir fiziksel hastalığa eşlik eden psikiyatrik davranışsal süreçler hiç kuşkusuz, tıbbi hastalığın gidiş-seyir-tedaviye cevabım, hasta bakımı ve zamanla doğrudan fiziksel hastalığı etkiler. Liyazon psikiyatrisi bu alanda tıbbi hastalıklara eşlik eden psikiyatrik morbiditenin tanı, tedavi ve izlenmesinde, tüm psikiyatrik bilgi, beceri ve teknikleri kavramsal eklektizm içinde kullanır, hastayı somatik-psişik bir bütün olarak görür. Örneğin Cushing'e bağlı depresyonlu bir hastayı sadece psikoterapi ile tedavi etmek ne kadar eksik ve tek yanlı bir yaklaşım ise, bir intihar girişimi vakasını da sadece hayatı işlevlerini düzelttikten sonra acil servisten taburcu etmek ve onun psikiyatrik-psikososyal boyutlarını inceleyip tedavi etmek de aynı şekilde eksik ve genel sistem anlayışına uygun düşmeyen bir yaklaşımdır.

Liyazon psikiyatrinin bir sistem ve klinik alan olarak gelişmesindeki önemli yapı taşları şöyledir (4,10,11,13) :

- Psikiyatri kliniklerinin ve hastalarının genel tıp ve hastane içinde ele alınması gerektiği anlayış ve uygulanması,
- Psikosomatik tıp anlayışındaki gelişmeler,
- Psikofarmakoloji, davranış bilimleri ve toplum psikiyatrisindeki gelişmeler. Fiziksel hastalıklarda psikofarmakoloji, davranış teknikleri ve psikoterapi uygulama ilke ve yöntemleri kuşkusuz daha da gelişecek olan araştırma alanlarıdır.

- Nörobiyolojik bilimlerdeki gelişmeler. Bu gelişmelerin psikiyatrisi içinde entegre edilmesi, psikopatolojinin nörobiyolojik temelini anlamamıza yardımcı olmuş, psikolojik kuram ve teknikleri bilimsel metodoloji ile yeniden değerlendirilmemizi sağlamış, tıp ile psikiyatrisi bütünleştirici katkı sağlamıştır.

Böylece bu yüzyılın başından bu yana uygulanmaya çalışılan bu klinik alan: Çağdaş tıp, psikosomatik hekimlik ve nörobiyolojik bilimler ve disiplinlerde kaydedilen gelişmelerini bütünleyen bir anlayışla; 1960'lardan sonra büyük gelişme ve ilerleme kaydetmiş ve günümüzde konsültasyon-liyazon psikiyatrisi servisleri; hastane psikiyatrisi modeli şeklinde, genel sistem kuramı anlayışı ile; klinik uygulama alanı, kavramları, araştırma metodolojisi, tıp ve psikiyatrisi eğitimine sağladığı katkı, kendine özgü tıbbi-psikiyatrik liyazon servis anlayışı ve tedavi yöntemleri ile klinik bilimsel bir disiplin olarak kurumsallaşmıştır.

Genel olarak çeşitli tıbbi kliniklere başvuran hastaların 1/3' ünde fiziksel hastalık yanında, tedavi gerektirecek düzeyde psişik ve psikososyal rahatsızlık olduğu ve liyazon psikiyatrisi servislerinin olduğu genel hastanelerde, hasta bakımı ve kalitesinin arttığı, hastanede yatış süresi, genel masraflar, morbidite ve mortalitenin azaldığı belirtilmektedir (12,21).

### Genel Hastanede Psikiyatrik Konsültasyon

Tıp ile psikiyatrinin karşılaştığı ilk basamak diğer klinik

alanlarından istenen konsültasyonlardır. Konsültasyon-liyazon servislerinin birinci basamak işlevini bu hizmet alanı oluşturur.

Konsültasyonlar, talebin niteliğine göre şu alt gruplara ayrılır:

1 - Hasta merkezci konsültasyon: Formal tanı değerlendirilmesine yönelik olup ayrıca hastanın kişilik yapısı ve hastalığa verdiği cevabın psikodinamik ve psikososyal incelenmesi ve tedavisini de içerir.

2 - Kriz merkezli konsültasyon: Hastanın fiziksel hastalığına verdiği reaksiyon biçiminin çözümlenmesi amacıyla yöneliktir.

3 - Tedavi ekibi merkezli konsültasyon: Hasta-tedavi ekibi ilişkilerindeki sorunların çözümüne yöneliktir. Tedavi edici ortama yönelik önemi ve düzenlemeleri içerir.

4 - Geniş merkezli: Hasta-hasta ailesi, tedavi ekibi ve hastane ortamı arasındaki etkileşime yöneliktir.

Kuşkusuz psikiyatrik konsültasyon tüm konsültasyonlar gibi tanı tedaviye ilişkin bir fikir alışverişidir. Bu olgu hastayı incitici olmamak, hekim açıklayıcı olabilmeli, somatik yakınmaların duygusal ruhsal durumu ile ilişkili olabileceğini söylemeli, kişisel ve subjektif yargılamaya yapılmadan objektif ve kavrayıcı, sempatik olunmalı ve bütünlük sağlanmalıdır.

Genel tıp ve cerrahi alanlarındaki hekimler psikiyatrik konsültasyonlardan sağlanan yararı gördükçe işbirliği artmaktadır. Liyazon psikiyatrisi servislerinin önem kazanmasında, psikiyatristler ile diğer hekimler arasındaki, hasta tedavisi ve bilimsel araştırmaya yönelik işbirliğinin önemi büyüktür. Psikiyatrik yardım gereksiniminin artmış olması, liyazon servislerinin ortaya koyduğu somut sonuçlarla belirgin-dir.

Herhangi bir fiziksel hastalık nedeniyle konsültasyon istenince, konsültasyon-liyazın psikiyatrist;

- O hastalıkla ilgili temel bilgi ve bulguları gözden geçirmeli,
- Fizik muayene ve laboratuvar bulguları gözden geçirmeli,
- Ayrıntılı ruhsal durum muayenesi yapmalı,
- Psikososyal durum ve öykü taramalı.

Organik-tıbbi durumu ile emosyonel-ruhsal durum ve psikososyal alan arasındaki karşılıklı etkileşim ancak böyle holistik yaklaşımla değerlendirilebilir.

Bu amaca yönelik psikiyatrik muayenede fiziksel hastalıkla bağlantılı olarak kognitif işlevlere ilişkin ruhsal durum muayenesi çok önemlidir. Hastada tıbbi-psikiyatrik öykünün yanında kullandığı ilaçlar ve tıbbi teknikler tesbit edilmelidir.

Hastanın fiziksel hastalığı algılayışı ve yansıtış biçimi, hastalık davranışı, hastalığın özgül anlamı, yaşantısını etkileme boyutu incelenmelidir.

Tıbbi hastalıklara ilişkin psikiyatrik konsültasyon talebinde tanımlar, hastanın kullandığı ilaçlar, fizik muayene ve laboratuvar bulguları, hastaya ilişkin genel davranışsal gözlemler kaydedilmelidir. Konsültasyon-liyazon psikiyatrist de, hastalığa ve hastaya ilişkin tıbbi, psikososyal bilgi ve bilgileri toplar, psikiyatrik muayene ve değerlendirmeyi yapar ve ilişkin formülasyonunu ve önerilerini net ve anlaşılır şekilde ifade eder.

Bu raporda tıbbi durumlar ile psişik durum arasındaki etkileşim belirtilir, davranışsal ve uyuma ilişkin sorunlar ir-

delenir, çözümüne ilişkin sorunlar irdelenir, çözümüne ilişkin öneri ve düzenlemeler açıklanır. Bu izlemedeki bazı yapı taşları şöyledir:

- Ego savunma düzenekleri gözden geçirilmeli,
- Etiyolojik formülasyonla tanıya yardımcı olunmalı ya da semptomların ortaya çıkış ve hastalığın seyri etkileyebilecek psikik ve davranışsal faktörler araştırılmalı,
- Tedavi ekibinin hasta ve hastalığın psikik boyutunu anlamasına yardımcı olunmalı,
- Gerekli durumlarda ortak hasta başı vizitine katılmalı,
- Gerekli gördüğü durumlarda tıbbi-psikiyatrik servise naklini sağlamalı,
- Yatış süresince hastayı izlemeli,
- Vakaya göre psikofarmakoloji ve/veya medikal psikoterapi uygulanmalı.

Konsültasyon modeli; doğrudan gerekli psikiyatrik sorun ortaya çıkınca; hastanın muayenesi ve önerileri kapsar. Hastanın tanı ve tedavisine ilişkin görüş, hizmet ve işbirliğini içerir.

Liyazon modeli ise, diğer bölümlerdeki tedavi ekibi ve hastalarla; hastalığın tedavisi boyunca düzenli ve sürekli ilişki ve işbirliğini içerir. Zaten liyazon bağ, bağlantı işbirliği içinde ilişki demektir. Bu kapsamda psikiyatri ile diğer sek-siyonlar ve klinikler arasında bir ilişki ve işbirliğini içerir. Psikiyatrik liyazon servisleri, rutin konsültasyon ve görüş-bil-dirmenin ötesinde; psikosomatik-somatopsişik veya psikik-psikosozyal boyutları ile beraber olan hastalıkların tedavi ve başedebilmesinde çok değerli bir başvuru kaynağıdır. Burada liyazon psikiyatrist ve liyazon biriminin diğer üyeleri tıbbi tedavi ekibinin bir üyesidir. Özellikle kritik yoğun bakım, hemodiyaliz, yanık merkezleri, onkoloji, rehabilitasyon ve pediatri servislerinde, kronik hastalıklarda organ kaybına yol açar cerrahi birimlerde doğrudan rol almaktadır.

Psikiyatrik liyazon hizmeti, hastaya, hastalığın tıbbi ve/veya psikiyatrik özelliğine göre; klinik servislerde, tıbbi ekiple beraber yürütülür, ya da psikiyatri kliniği içinde medikal-psikiyatrik liyazon servisinde sürdürülür. Bu servisle-rin kurulmasının; genel hastanelerde, tıbbi hastalıklara ilişkin mortalite ve morbiditenin azaldığı, yatış ve tedavi süresinin kısaldığı tıbbi tedavi ve girişimlerde uyum ve işbirliğinin arttığı anlaşılmaktadır ( 4,10,11,12,13,20,21 ).

### Hastalıklarla Başedebilmede Psikiyatrik Konsültasyon ve Liyazon

Hastalık ( "disease" ) hekim için özellikle fizyolojik faktörleri içerir, hasta için ise biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikosozyal, psikoseksüel çok boyutlu bir olgudur.

Herhangi bir hastalık durumu ya da davranışı, ruhsal savunmalar, psikosozyal faktörler, yaşam olayları, kişinin hastalıkla başedebilme yetileri çerçevesinde incelenmelidir. Psikiyatrik konsültasyonların yaklaşık yarısı hastalığın etyoloji ya da semptom kompleksinin ayıklanmasına ilişkin, diğer yarısında ( bilinen ) tıbbi hastalığın tedavisi sırasında karşılaşılan ruhsal ve davranışsal sorunlara aittir. Böyle durumlarda psikofarmakoterapi, medikal psikoterapi, yatağı başında psikoterapi, aile tedavisi, psikiyatrik psikosozyal yaklaşım ya da uzun süreli ayaktan ya da medikal-psikiyatrik servis-

de yatarak psikiyatrik tedavi uygulamalıdır( 3,11,20 ).

### HASTA TAKİBİNDE PSİKİYATRİK İŞBİRLİĞİ GEREKTİREN DAVRANIŞSAL DURUMLAR

- Hastalığa reaksiyonların anlaşılması ve hastanın biyopsikosozyal bütüncül değerlendirilmesi,
- Hastalığa uyum güçlüğü,
- Hastalığın seyri, tedaviye cevabını olumsuz etkileyen emosyonel reaksiyonlar ( anksiyete, depresyon, korku... ),
- Suicide girişimi, otomutilasyon, homicidal yönelimler, agresif, hostile tutumlar,
- İleri davranış bozukluğu ( delirium, psikoz ),
- Kooperasyon, tıbbi bakım ve tedaviye uyum güçlüğü,
- Tedavi ekibi ile çatışma,
- Uygun tedaviye rağmen yakınmaların devam ediyor olması,
- Öyküde psikiyatrik rahatsızlığı olanlar,
- İlaç-tetik yan etkisi,
- Tıbbi bakım ve tedaviyi etkileyen kişilik problemleri,
- Tedaviyi reddetme,
- Uyku, gıda almına ilişkin sorunlar,
- Kronik ağrı,
- Fiziksel hastalığa ilişkin mediko-legal ve etik sorunlar ( örn. : Transplantasyon vakaları, terminal hastalar, ötonazi... ),
- Tıbbi bakım ve tedaviyi bozan alışkanlıklar, madde kullanım bozuklukları ( yemek yeme davranış bozukluğu, alkol, tütün kullanımı ),

Genel hastane modeli içinde liyazon psikiyatrinin uygulama alanı içine giren klinik sendrom ve tablolar şu başlıklar içinde gruplandırılabilirler :

### GENEL TIPTA PSİKİYATRİK MORBİDİTE

- 1 - Fiziksel ve psikik hastalık birlikte olabilir ( comorbidity )
- 2 - Somato-psişik tablolar
- 3 - Fiziksel hastalığın psikiyatrik hastalığı presipite ya da agrave ettiği tablolar
- 4 - Psikik durumun fiziksel hastalığın seyri, gidişini ve tedaviye cevabını etkilemesi
- 5 - Psikofizyolojik reaksiyonlar ( "psikosomatik hastalık" = Fiziksel hastalık + vital depresyon )
- 6 - Psikiyatrik hastalığın kendisini fiziksel belirtiler kompleksi ile prezente etmesi
  - a ) Maskeli depresyon
  - b ) Anksiyete ve panik halleri
  - c ) Konversiyon fenomeni
  - d ) Fonksiyonel somatik sendrom
- 7 - Hastalığa uygunsuz tepki-uyum bozukluğu
  - a ) Depresyonlu mizaçla beraber uyum bozukluğu
  - b ) Anksiyeteli mizaçla beraber uyum bozukluğu
- 8 - Fiziksel hastalığa psikolojik, davranışsal reaksiyonlar, savunma düzenekleri ( maladaptif )
- 9 - Genel tıpta kullanılan ilaçların psikiyatrik komplikasyonları ve tıbbi hastalarda psikofarmakoloji

### I. Fiziksel ve psikiyatrik tablolar birlikte olabilir ( Comorbidity )

Genellikle psikiyatrik sorunları olan bireyler, normalle-re göre daha sık primer sağlık hizmetlerine başvururlar.

Özellikle kronik bedensel hastalıklarda eşlik eden psi-

şik yakınmalar daha sıklıdır. Ayrıca modern tıp ve cerrahi teknolojinin (açık kalp ameliyatı, transplantasyon, yoğun bakım üniteleri) psikiyatrik ve psikososyal etkileri artmaktadır.

## II . Somatopsişik Tablolar

Bu grup hastalıklarda fiziksel hastalığın kendisini (öncelikle) psişik belirti ve bulgularla ortaya koyması ve nöropsikiyatrik komplikasyonları sözkonusudur. Fiziksel hastalığı olanların % 17 'sinde organik mental bozukluk (delirium, demans) olduğu belirtilmektedir. Yaşlılar, çocuklar daha önceden beyin patolojisi olanlar, ilaç alışkanlığı olanlar bu açıdan öncelikle riskli kişilerdir. Öte yandan ciddi yanıklar, post-operatif durumlardan (kardiyotomi gibi) sonra daha sık görülür.

Akut ve kronik beyin sendromları, organik delüzyonel, affektif, amnestik vs. sendromlar bu gruptadır.

Fiziksel hastalıklarda kognitif işlevlere ilişkin değerlendirilmenin önemini ve duygulanım durumu-zihinsel işlevler ilişkisinin irdelenmesinin gerekliliğini burada kaydetmek gerekir. Ayrıca her türden fiziksel hastalıkda M.S.S. işlevlerinin öncelikle etkileneceğini, herhangi fiziksel hastalığın gidüş, seyir ve prognozunda, hastanın kognitif durumunun değerlendirilmesinin en öncül klinik ipucu olduğunu, burada kaydetmemiz gerekir. Klinik uygulamada, fiziksel hastalığı olan hastaların kognitif işlevlerindeki bozulmanın, gidüşe ilişkin olumsuz seyri gösteren bir endikatör olduğunu (van Praag, Lipowski) vurgulamalıyız.

Öte yandan fiziksel hastalıklarda ortaya çıkan (organik) psikoz araştırmalarının, diğer (fonksiyonel) psikoz araştırmaları ile birlikte ele alınıp patogeneze yönelik incelenmesinin araştırma potansiyelinin yüksek olacağı kanaatindeyim.

Kuşkusuz tüm bu organik mental durumlarda, psikososyal etkenler ayrıca hastalığın şiddet ve seyrini etkilemektedir (Geriatrik popülasyonda sosyal izolasyon-depresyon ilişkisi)(5,6).

**III . Fiziksel hastalık, psikiyatrik hastalığı presipite** ya da grave edebilir. Burada bireysel yatkınlıkla beraber birçok faktör sözkonusudur. Yatan medikal hastalarda ortaya çıkan depresyon çoğunlukla böyledir. Burada fiziksel hastalığın nitelik ve şiddeti, kişilik faktörleri, psikososyal çevre bir bütün olarak etkilendir. Fiziksel hastalığa reaksiyon olarak gelişen depresif tabloya tipik örnekler viral enfeksiyonlar, MI, Ca, hemodiyaliz sonrası gelişen depresyonlardır. Ca'ların % 20-30'unda depresyon görülmektedir(14,15).

Burada somatopsişik, psikofizyolojik süreçler birlikte ele alınmalıdır.

**IV . Psişik faktörler**, fiziksel hastalığın seyrini, gidüşini tedaviye verilen cevabını etkiler. Bu durum herhangi fiziksel hastalık için geçerlidir. Herhangi fiziksel hastalık, biyomedikal bir olgu olmanın yanında, psişik psikososyal bir olgudur. Fiziksel hastalığa eşlik eden ve en yaygın ruhsal reaksiyon anksiyete ve depresyondur. Bu hastalardaki anksiyete ve depresyon, mortalite ve morbiditeyi, tedavi sürecini, yatan hastalarda hastanede yatış süresini etkiler; bazen suicide riski taşıyacak şiddette olabilir, tıbbi tedavi girişimlerindeki işbirliği ve uyumu bozar, zaman içinde de kronik stres hali immun direnci kırarak organizmanın uyum ve res-

terasyonunu daha da güçleştirir.

Genelde fiziksel hastalıkları olanların % 5-20'sinde eşlik eden, psikiyatrik işbirliği ve tedavi gerektirecek düzeyde anksiyete durumu vardır. Bu durum şu alt basamaklarda sınıflandırılabilir:

- Yaygınlaşmış anksiyete,
- Anksiyeteli uyum güçlüğü, panik anksiyete hali. Psikiyatri kliniklerine doğrudan başvurulara oranla, fiziksel hastalığı olanlarda (genel tıp) daha fazladır,
- Hastalık ve hastane stresinin etkisi,
- Pre-morbid psikiyatrik hastalık tablosunun manifest olması,
- Tıbbi hastalığın presentasyonu (anksiyetenin tıbbi sebepleri),
- İlaçların yan etkisi,

## V . Psikofizyolojik reaksiyonlar (Psikosomatik hastalık (?) = Fiziksel hastalık + vital depresyon süreci)

Bu kavramdan tarihsel olarak heyecansal bozuklukların önemli etyolojik ve hazırlayıcı rol oynadığı bir grup fonksiyonel-somatik hastalık anlaşılmalıdır. Bu grup hastalıklara ilişkin çağdaş gelişmeler bu durumlarda kalıtım, yapı, somatik, endokrin immunolojik süreçlere ilişkin bir dizi etkenin rol oynadığı düşündürmektedir. Bu durumlarda neden-sonuç ilişkiden çok, biyolojik, psişik sosyal risk faktörleri birlikte mevcuttur. Bu tabloların yorumunda psikolojik determinizme yönelmemeli; medikal psikiyatrik holistik yaklaşım korunmalı. Psişik etkenlerin fiziksel hastalığın ortaya çıkışını kolaylaştırması, yatkınlık gelişim ve seyrinde risk faktörü oluşu anlaşılmalıdır. Bu nedenle psikofizyolojik reaksiyonlar bileşkesi ve burada rol oynayan birçok faktör sözkonusudur. psikososomatik hastalık deyimi bu nedenlerle tartışılmaktadır. Psikososomatik hekimlik vardır ve bu da tüm tıpta geçerli olması gereken bir yaklaşımdır, liyazon psikiyatri yaklaşımı , bu holistik anlayışın klinik uygulamasıdır. Öte yandan son 10-15 yılda yapılan nörobiyolojik araştırmalar ve klinik bulgular bu tablolarda aslında ciddi bir yaşam olayının, psikiyatrik bir hastalık tablosuna (örneğin depresyon) yol açması ve bu durumun da organik hastalık gelişimini kolaylaştırması ve presipite etmesinin sözkonusu olabileceğini düşündürmektedir. Nöroendokrinolojik, psikoimmunolojik araştırmalar bir bütün olarak bunu desteklemektedir. Aynı bir antite olarak psikososomatik hastalık denen birçok tablo klinik vital depresyonun, endokrinolojik-immunolojik işlevleri bozması ve somatik işlevlerdeki bu bozulmanın (yatkın) fiziksel hastalığı ortaya çıkardığı anlaşılmalıdır. Klinik olarak (psiko) somatik işlev bozukluğunun ortaya çıkmasından önce depresif bir dönem gözlenmesinde bunu destekler. Kronik hareketsizlik, yas tutma, psikolojik savunmaların yıkılması gibi psikososyal etkenler ve klinik depresyon gelişiminden sonra, depresyonun vitalize olması hipotalamus-hipofiz nöroendokrin eksenlerinde bozulmalar olduğu (stres hormonları, hiperkortikolizm) immunolojik yanıtı baskıladığı anlaşılmalıdır. Böylece genetik-gelişimsel-yapısal-davranışsal organizmanın yatkın olduğu fiziksel hastalık manifest hale gelmektedir.

Stres altındaki organizmada artan epinefrin ve norepinefrin düzeylerinin çeşitli immun yanıtın (anafilaksi, gecikmiş, doku duyarlılığı) azalmasına yol açtığı, zorlanma altında ürik asit, serbest yağ asitleri ve kolesterol düzeyleri-

nin arttığı ve bunlarında immun sistem üzerinde baskılayıcı etki gösterdiği büyüme hormonunun ise immun yanıtı kolaylaştırdığı bilinmektedir.

Klasik olarak bu kapsamda "psikosomatik hastalıklar" olarak Alexander'in 7'ini (11,13,21) belirtmeliyiz:

- peptik ulcus
- bronşiyal astım
- ülseratif kolit
- romatoid artrit
- esansiyel hipertansiyon
- nörodermit
- tiroitoksikoz

VI . Psikiyatrik hastalığın kendisini fiziksel belirtiler kompleksi ile prezente etmesi. Genel tıp uygulamasında çok daha sık görülen, tıp ile psikiyatrinin işbirliğini ve psikiyatrik takibi gerektiren tablolardır. Psikiyatrik hastalığı olanların % 60'ının primer sağlık hizmetlerine müracaat ettiklerini hatırlayalım.

Bu grubda

- 1 - Depresyon (maskeli depresyon)
- 2 - Anksiyete ve panik halleri
- 3 - Konversiyon fenomeni
- 4 - Fonksiyonel somatik sendrom, somatiform bozukluk grubu.

Genel tıp uygulamasında psikiyatrik liyazon ekip ve hasta servis gerektiren özel bir gruptur. Genel tıp uygulamasına müracaat eden hastaların % 12'sinde (1,3,8) hiçbir organik ya da fizyopatolojik bir hastalık olmadığı belirtilmektedir. Organik ya da fizyopatolojik bir hastalık olmadığı halde fiziksel belirtilerden yakınan bedensel ve fizyolojik sağlığı ile aşırı uğraş, endişe duyma, dikkatini bir organdan diğerine yöneltme, ruhsal yaklaşımı reddetme ile belirgin olan bu hastalar psikiyatri dışı kliniklere başvururlar. Diğer klinikler ile liyazon psikiyatri arasındaki yakın işbirliği bu grup hastaların erken tanı ve tedavisine, psikiyatri hizmetlerinin rasyonel nitelik kazanmasına önemli katkı sağlayacaktır.

Liyazon psikiyatri bir klinik disiplin olarak; medikal-psikiyatrik durumlar arasındaki bağlantı ve etkileşimi, etyopatogenez, gelişim seyri, tedavi ve gidiş boyutunda araştırır. Bu kapsamda genel hastane psikiyatrisi modeli içinde çeşitli birim ve servislerde yatarak tedavi gören ya da ayaktan izlenen hastaların tanı, takip ve tedavisinde tıbbi-psikiyatrik işbirliğini içerir. Bu genel kapsamda çeşitli servislerdeki klinik durumların kendilerine özgü sorunları vardır.

Yoğun bakım, koroner, diyabet, transplantasyon ünitele-ri, yanık, ağrı, onkoloji servisleri, cerrahi birimler vs. nin herbirinin kuşkusuz kendilerine özgü sendromal ve takip sorunları ve kavramları vardır.

### Medikal Psikiyatrik Tedavi Programı

Medikal psikiyatrik durumların tedavisinde ve hastalarının izlenmesinde; tıbbi yöntemlerin yanında, klinik psikiyatrinin tüm kavram ve yöntemlerinden yararlanılır. Tıbbi muayene ve biyolojik incelemeler, psikiyatrik muayene-analiz, psikososyal anamnez sistematik bir biçimde değerlendirilir (4,19,20).

## Hastalık Dinamikleri

### I . Biyolojik

- Hastanın yaşı
- Hastalığın nitelik ve şiddeti
- Etkilenen organ
- (Real) Fonksiyon kaybı
- Temel fizyolojik süreçler
- Kalıtsal-yapısal etkenler

### II . Psikik

- Ego savunma düzenekleri
- Objeye ilişkilerinin olgunluğu
- Kişilik yapısı
- Yaşam dönemi
- Tedavi ekibi ile etkileşim biçimi
- Daha önceki psikiyatrik ve biyopsikososyal adaptasyon öyküsü
- Daha önceki hastalık yaşantılaması ve ilişkisi (tecrübe ve tutumlar)

### III . Sosyal

- Aile ilişkilerinin dinamiği
- Ailenin hastalığa ilişkin tutumları
- İnanılararası, profesyonel ve mesleki uyum ve fonksiyonlar
- Kültürel kişisel tutumlar
- Tıbbi-psikiyatrik formülasyonu takiben psikobiyolojik ve/veya medikal psikoterapötik yöntemler kullanılır.

## TIBBİ PSİKİYATRİK TEDAVİ PLANI

- Hasta başı
- Konsültasyon-liyazon polikliniği ve ayaktan tedavi biriminde izleme
- Tıbbi psikiyatrik liyazon servise nakil

### 1 - BİYOLOJİK TEDAVİLER

- a ) İlaç tedavisi \* Tıbbi ilaçların düzenlenmesi
- \* Psikotrop ilaçlar ( anksiyolitikler, antidepresanlar, nöroleptikler, diğer M.S.S. ilaçları)
- b ) ECT, Faradizasyon uygulamaları

### 2 - MEDİKAL PSİKOTERAPÖTİK TEDAVİLER

- \* Davranışsal teknikler
- \* psikoterapi uygulamaları
- \* Eğitim ve bilgilendirme
- \* Destekleyici yaklaşım
- \* Ansertivite eğitimi
- \* İlgörü kazandırıcı teknikler (Gestalt-yönelimli)
- \* Kısa dinamik psikoterapi
- \* Kognitif psikoterapi
- \* Relaksasyon
- \* Kısa psikoterapiler ve kriz müdahale yöntemleri
- \* Aile tedavisi
- \* Grup psikoterapileri

### 3 - PSİKOSOSYAL BAKIM VE TERAPÖTİK ORTAM

Medikal psikoterapi hasta ile terapist arasında hastalığın ve hastanın biyolojik, psikik ve sosyal boyutlarını birlikte anlama ile başlar. Hastalık ne olursa olsun evrensel olarak emosyonel yanıt uyandırır ve bir kayıp yaşantısı olarak

algılanır, kişinin işlevlerini, imajını, fiziksel ve ruhsal durumunu, çevre ilişkilerini etkiler. Hastalık kişinin emosyonel, davranışsal, kognitif yaşantılamasını ve psikososyal alanını etkiler.

Her fiziksel hastalık bir krizdir. Basit (doğal) sıkıntıdan, narsistik bütünlüğün tehdit edildiği durumlara dek tepkiler uyandırır. Ayrılık anksiyetesi, bağımsızlığın kaybedeceği korkusu, vücut organ ve bölümlerinin zedeleneceği, kaybı kaygısı, suçluluk duygusu gibi değişik tepkiler yaşanır. Hastanın duygu durumu, zihinsel işlevleri, dengesini, fiziksel-duygusal anatomisini, vücut imajını, sosyal alanını etkiler. Eski çatışma ve çözülmemiş odak noktaları manifest hale gelir. Fiziksel hastalıklara en yaygın tepki biçimleri depresyon ve regresyondur.

Hastalığa karşı geliştirilen tepkileri belki şu gruplara ayırır :

- "Normal" reaksiyonlar
- Sakınma tepkisi
- Reaktif depresyon
- Premorbid patoloji anksiyetenin fiziksel hastalık ile ilgili meşkul olmaya yol açması
- Psikolojik yıkım

Hastalığa emosyonel reaksiyonlar genel olarak şu şekilde sınıflandırılabilir (10,13) :

- Anksiyete
- Depresyon
- İnkâr
- Hostilite
- Yansıtma
- Regresyon
- Agresif direnç
- Patolojik bağımlılık

Fiziksel hastalığa karşı geliştirilen emosyonel-davranışsal reaksiyonları belirleyen etkenler çok çeşitlidir. Bunlar hastaya ve hastalığa göre değişir. Bu alanda değerlendirilmesi gereken faktörler şunlardır :

- Hastalığın ne olduğu, etkilenen organ (lezyon) ve fiziksel işlev kaybı ve bu kayba ilişkin hastanın değerlendirmesi, kaybın kişisel anlam ve önemi
- Kişilik yapısı, gelişimsel faktörler, bilinçdışı çatışmalar
- Hastalığın nedenine ilişkin kültürel görüşler ve tutumlar
- Hastalıkla daha önceki deneyimler
- Hasta rolüne ilişkin tutumlar
- Hasta doktor ilişkisi

Hastalığın ve geliştirilen reaksiyonların anlaşılması için hastanın bir bütün olarak anlaşılması gerekir. Hastalığın kişi için anlam ve önemi, hastanın hastalığını nasıl algıladığı durumu belirler. Hastanın hastalığını nasıl algıladığı değerlendirdiği, belirtilerine karşı ortaya koyduğu (ya da koymadığı) davranış tutumları hastalık davranışını belirler.

Tıbbi hastalarda ortaya çıkan anksiyete ve depresyondaki (bazen de Paranoid yansıtımda) faktörlerden biri hastanın hastalığından dolayı yaşadığı kızgınlık-elem duygularını dışa yansıtamamasıdır. Bu nedenle bu hastalarla ilişkide başlangıçta kızgınlık, tepki ve duygularını serbestçe ifade edebilmeleri sağlanmalıdır. Medikal psikoterapide de bu önemli bir kavramdır. Bu grup hastalarla ilgili, ülkemiz içinde yaygın olan bir diğer durum da, hastaların hastalıkları, inceleme tedavi yöntemleri, alternatifler konusunda yeterin-

ce bilgilendirilmemeleridir. Konunun mediko-legal, etik ve hümanistik boyutundan başka, hastalara yeterli bilginin aktarılması, hastanın değerlendirilmesinde boşluklar yaratmakta, Her hastada bu boşluğu kendi algı sistemine göre yorumlamaktadır. Hastalara, tıbbi durumlarına ilişkin yeterli bilgilendirilmenin sağlanmaması ve alternatiflerinin tartışılmaması, hastanın, hastalığına ilişkin katastrofik algı ve tepkiler geliştirmesini kolaylaştırmakta ve daha sonra olumsuz, maladaptif davranışların ortaya çıkma riski artmaktadır. Bu bilgilendirme kuşkusuz gerçekçi değerlendirme ve sorunları alt basamaklara indirgeyip olası çözümleri ortaya koyma sürecini kolaylaştırmaktadır. Bu bilgilendirme aynı zamanda hastalığın tedavi ve izlenmesinde, hastanın aktif katılımı ve sorumluluk almasını kolaylaştıracaktır. Tıbbi duruma ilişkin bu bilgilendirmeyi ilgili tıbbi servis sağlar. Psikiyatrik liyazon ekibi, bunun yöntemi konusunda yardımcı olur ve bazen tıbbi servisteki doktora eşlik eder ve sıklıkla da daha sonra ortaya çıkabilecek psikik-davranışsal reaksiyonların çözülmesi ve tedavisinde rol alır.

#### Medikal psikoterapide iki temel yaklaşım vardır :

**1 - Supportif (anksiyeteyi baskılayıcı):** Destek, güven, telkin, abreaksiyon gibi teknikler kullanılır. Aktif yöntemdir. Semptomatolojiktir. Problem çözücü, ruh halini kalkındırıcıdır. Birkaç günden, bir ile birbuçuk aya kadar sürer. Bu yaklaşım egonun zayıf olduğu, genetik-biyolojik-gelişimsel nedenlerle olgun savunmaların geliştirilemediği durumlarda kullanılır.

Güven verici yöntem kullanılır. Gerekli durumlarda, çevresel düzenlemeleri içerir. Terapist temeldeki çatışmaları (anksiyeteye karşı geliştirilen) regresif savunmalar tanır ancak analitik yapılandırmaya girmez. Negatif tutumları, maladaptif başteme yöntemlerini gidermeğe yöneliktir. Bilgilendirme, katarsis güven verme gibi yöntemler kullanılır.

**2 - Anksiyete-provoke edici medikal psikoterapi:** İğgörü kazandırmaya yöneliktir. Bilinçdışı ego savunma düzeyekleri, çatışmalar analiz edilir, yorumlanır. Bu yöntem ego yeterli, temel adaptasyon iyi, motivasyon yerinde ve hasta değişmeye açık ise tercih edilir. Örneğin klasik psikofizyolojik sendromlar ve somatoform bozukluklarında iğgörü kazandırıcı yeniden yapılandırıcı yöntemler tercih edilir. "Transactionel" yöntemden sıklıkla yararlanılır.

#### Kognitif Yaklaşımlı Terapiler

Maladaptif düşünce süreçlerini ve olumsuz düşünme sistematiğini hedefler. Fiziksel hastalığa eşlik eden depresyon ve bazı psikofizyolojik reaksiyonlarda kullanılır. Ayrıca akut stres durumlarında ölüm riski taşıyan hastalarda, dia-bet, M.S. gibi uzun süreli fiziksel hastalıklarda konitif davranışsal tedaviler uygulanır. Kognitif tedavide;

- bilgi verme
- durumu gerçekçi değerlendirme
- olumsuz yaklaşımları düzeltme
- alternatif çözümler ortaya koyma
- problemleri alt başlıklara indirgeyip, muhtemel diğer çözümler ortaya koymak gibi süreçler amaçlanır.

#### Relaksasyon :

Özellikle hiperventilasyon, irritabl barsak hastalığı, vaginismus, organik-psikojen ağrı sendromları ve dispneik du-

rumlarda tercih edilir.

Astmatiklerde hipnoz ve otohipnoz tekniklerinden yararlı sonuçlar alındığı bildirilmektedir (11,20).

#### Biyofeedback ve diğer davranışçı teknikler :

Fiziksel hastalığa eşlik eden psikik ve davranışsal sorunların tedavisine yönelik olarak, 1970'li yıllardan sonra çeşitli davranışsal teknikleri geliştirilmiştir. Bunlar hastalık davranışının düzeltilmesi, organik hastalığın psikik savunmalarının tedavisinde belirli teknikler içerir. Maladaptif hastalık davranışı, korku, sakınma davranışı, içki-sigara gibi alışkanlıkların tedavisinde söndürme-pekiştirme (olumlu-olumsuz) yöntemleri kullanılmaktadır (3,11,19).

Ameliyat sonrası vücut işlevlerinin ayarlanması, MI benzeri fiziksel hastalıklar sonrası anksiyetede, migren, irritabl colon gibi hastalıklardaki psikik ve psikofizyolojik tablolar da biyofeedback diğer tedavilerle birlikte başarıyla uygulanmaktadır(11,21).

#### Grup (psiko) terapileri

Medikal psikoterapi kapsamı içindeki grup tedavi uygulamaları temel olarak destekleyici ve ılgörü kazandırmaya yöneliktir. Benzer fiziksel hastalığı olan, ortak fonksiyon kaybı tanımlayan hastalardan oluşan gruplarda yararlı sonuçlar bildirilmektedir. Bu grupların olumsuz yaşantılaşma ve tutumların giderilmesinde yarar olduğu kaydedilmektedir. Kronik hastalığı olanlarda ve ağırlı sendromlarda; hastalığın kişisel anlamı ve bağımlılık sorunları tartışılır. Bilinç dışı çatışmalara inilmeden abreaksiyon ve katarsize fırsat verilir, toplumsal ilişkiler cesaretlendirilir. Bu gruplar genellikle haftada bir kez ve açık grup şeklinde yürütülmektedir. Bu tür grup tedavilerinin mastektomi, amputasyon yada MI sonrası hastalıklarda yararlı sonuçlar verdiği belirtilmektedir. (15,16,17)

Tüm bu işlevler, multidisipliner ekip anlayışı ve bütünlüğü içinde yürütülür, zaten liyazon yaklaşımının esas multi-disipliner ekip anlayışına dayanır. Hem diğer klinik uzmanlık alanları ile, hem de kendi içinde ekip bütünlüğü ile tedaviler yürütülür. Bu koordinasyon genel hastane için de, her uzmanlık alanının elemanı, klinik, eğitim ve araştırma etkinliklerini sürdürür. Medikal-psikiyatrik liyazon ekibinde liyazon hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, "occupational" terapist ve diğer ilgili uzmanlar yer alır.

Fiziksel hastalığa eşlik eden psikiyatrik morbiditenin tedavisindeki medikal, psikofarmakolojik, ya da eğitsel, psikoterapötik ve davranış tedavilerinin kendine özgü ilke ve yöntemleri olup, bunlar klasik psikiyatride uygulanan farklı adaptasyonları gerektirir.

#### KAYNAKLAR

- 1 - Brodsky, C.M.: Sociocultural, interactional influence on somatization. Psychosomatics Sept. 1984, Vol.25, N.9.
- 2 - Cavanagh, J., Wettstein, R.: Prevalence of psychiatric morbidity in medical patients, Psychiatry update volume III, Part, III.
- 3 - Creed, H., Murphy, E.: The relationship between physical and psychological symptoms. Medicine and psychiatry: A practical approach. Ed.: F. Creed, J. Pfeffer, Pitman Baskı Ltd. 1982.
- 4 - Destounis, N.: The contributions of psychosomatic (ecological) Consultation-Liaison service. An historical development. 1989 Dünya Psikiyatri Kongresi, Atina, Liyazon Psikiyatri Paneli, Rapor.
- 5 - Ford, C.: Psychiatry and geriatric medicine. Psychiatry Update volume III, Part III, 175.

Medikal-psikiyatrik sendromların tanu ve nozoloji sorunları ve medikal psikoterapi ilke ve yöntemleri ileri araştırma ve uygulamalarla geliştirilecektir.

#### Konsültasyon-Liyazon Psikiyatri Klinik Uygulama Alanı

- 1 - Tıbbi servislerde hasta başı
- 2 - Konsültasyon-liyazon psikiyatri polikliniği ve ayak-tan tedavi biriminde izleme
- 3 - Tıbbi-psikiyatrik liyazon yataklı serviste tedavi ve izleme

1 - Hasta başı uygulamalarda, psikofarmakolojik tedavi yanında, kısa kriz çözücü psikoterapi, maladaptif reaksiyonların düzeltilmesine yönelik davranış teknikleri, servise ilişkin düzenlemelere sıklıkla başvurulmaktadır. Bu uygulamalarda tıbbi kliniklerdeki ekleple işbirliği zorunlu ve esastır.

2 - Konsültasyon-liyazon psikiyatri polikliniği ve ayak-tan tedavi biriminde; yatarak ya da ayak-tan tedavi gören tıbbi hasralarda (bazen de psikiyatri polikliniğinden gönderilen vakalarda) davranışçı teknikler, bireysel ve/veya grup tedaviler yürütülür.

3 - Tıbbi-psikiyatrik liyazon servisi (yataklı servis) ise kendine özgü servis yapı, ortam, hasta kompozisyonu, tedavi yöntemleri ile niteliksel ve bilimsel olarak farklı ve çağdaş bir gelişmedir. Klasik psikiyatriden hasta popülasyonu ve servis yapısı olarak farklılıklar gösteren bu medikal psikiyatrik yataklı serviste esas olarak şu hasta grupları tedavi görmektedir :

- \* Medikal-psikiyatrik komorbide tanımlayanlar,
- \* Nöroz-psikoz-kişilik bozukluğu yelpazesinde ciddi davranış bozukluğu tanımlayan, takip ve tedavi güçlükleri olan tıbbi hastalar,
- \* Fiziksel hastalığın tedavisinin düzenlendiği, ancak psikik-davranışsal sorunların devam etmekte olduğu vakalar,
- \* Davranışsal reaksiyonların ciddi tıbbi sorunlar yarattığı psikiyatrik tablolar,
- \* Kronik ağrı sendromları,
- \* Etyolojisi bilinmeyen paroksizmal davranış bozukluğu tanımlayanlar,
- \* Yapay bozukluk,
- \* Somatoform bozukluk,
- \* Ciddi tıbbi sorunların geliştiği psikofizyolojik reaksiyonlar,
- \* O.B.S.,
- \* Komplike ailesel ve psikososyal sorunların uyum ve tedaviyi bozduğu fiziksel hastalıklar,
- \* Diğer medikal-psikiyatrik durumlar.

6 - Gonda, T.A.: Death, dying and bereavement. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Vol. 2, 5th edition. Williams and Wilkins.

7 - Henker, F.O.: Psychosomatic illness: biochemical and physiological foundations. Psychosomatic Medicine. Jan.84, Vol. 25, No.1.

8 - Holt, R.: Integrative interview in somatization management. Psychosomatics Sept.1984, Vol.25-9

9 - Lambell, R.: The psychiatrist as physician. Psychosomatics Jan. 85.

10 - Levy, N.B.: Psychosomatic Medicine and consultation-Liaison Psychiatry: Past, present and future. Hospital and community psychiatry. October 1989. Vol.40, No.10.

11 - Liptin, M.: Psychiatry and Medicine. Comprehensive Textbook of

Psychiatry. Vol.2, 5th Edition. Williams and Wilkins.

12 - Lipowski,Z.J.: Consultation-Liaison Psychiatry: History, definition and scope. Psychiatry update volume III, Part III, 175.

13 - Lipowski,Z.J.: Modern meaning of the terms ' psychosomatic and Liaison psychiatry. Medicine and Psychiatry. A practical Approach. Editors: F.Creed and D.Pfeffer. Pitman Baskı, Ltd. 1982.

14 - Maryelok,A.: Psychiatry and surgery. Comprehensive Textbook of psychiatry Vol.2, 5th editor. Williams and Wilkins.

15 - Massie,M.S.: Psychiatry and Oncology. Psychiatry Update V.III, Part.III.

16 - Milane,J.M.: Psychiatry and surgery. Psychiatry update V.III, Part.III, 175.

17 - Maldofsky,H.: Clinical research at the interface of medicine and psychiatry update volume III, Part III, 175.

18 - Schubert,D.S., Billowitz,A.: Effect of Liaison Psychiatry on attitudes toward psychiatry, rate of consultation and psychosocial documentation. Gen Hosp. Psychiatry. 1989, March 11 (2) : 77-82.

19 - Stoudemire,A., Fogel,B.S.: Developing a combined medical-psychiatric unit. Part 2. Psychosomatics May 86 vol.27,No.6.

20 - Stoudemire,A., Fogel,B.S.: Developing a combined med-psych unit. Part 1. Psychosomatics May 86 vol.27,No.5.

21 - Stain,D.S.,Taintor,Z.: Consultation-Liaison Psychiatry. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Vol.2, 5th edition. Williams, and Wilkins.

22 - Özyayın,S.: Organik kaynaklı akıl bozuklukları. Psikiyatri, İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Ders Kitapları, cilt 7, İstanbul 1984.

23 - Velioglu,S.: Psikiyatrik öğretiler ve insan varlığı ile ontopsikiyatri. Psikiyatri, İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Ders Kitapları, Cilt 7, İstanbul 1984.

# H A Ş E T K İ T A B E V İ KADIKÖY ŞUBESİ

EĞER BİR KİTAP, BİR DERGİ  
BİR BROŞÜR VEYA BASKILI BİR  
PROJENİZ VARSA  
TASARIMINDA, BASKI ÖNCESİ  
HAZIRLIĞINDA VE  
ORGANİZASYONUNDA  
TECRÜBELİ  
BİR EKİPE İHTİYACINIZ  
OLACAKTIR.

**BİZİ ARAYIN...**

☑ : 337 41 33 - 345 32 89 - 345 93 03

☑ : 29529 KITP-TR

ADRES = BAHARİYE CADDESİ, NEVZEMİN SOK. No : 6/1  
KADIKÖY - İST.