



KİTLESEL TRAVMA VE AFETLERDE ŞİZOFRENİ ve PSİKOTİK BOZUKLUKLAR İÇİN TEDAVİ REHBERİ

Kitlesel travma ve afetin tipine, ağırlığına, olağandışı durumun genel sistemin ve sağlık sisteminin işleyişine etkilerine göre, şizofreni hastalarına rutin yaklaşımın ne ölçüde farklılaşması gerektiği değişebilir. Bununla birlikte, mevcut bilgilerimizin ışığında, şizofreni hastaları için, kitlesel travma ve afetlerde korunma ve tedavi süreci bakımından bazı genel saptama ve önerilerde bulunabiliriz.

Öncelikle, bu saptama ve önerilerin, kişinin yaşadığı travma ve kayıpların ağırlığına, yaşam koşullarında yeni ortaya çıkan imkansızlıkların ciddiyetine, kişinin afetten etkilenmesi sonrası yaşadığı fiziksel ve tıbbi sorunlara ve travmatik olay sonrası aile desteğindeki kayıplara göre değişeceğini ifade etmek isteriz. Ayrıca, travmatik olay öncesi hastalıkla ilgili etkenler de önerilen girişimleri etkilemektedir. Örneğin, şizofreni hastasının hastalığının şiddetine, özbakım düzeyine, eşlik eden bedensel hastalıkların varlığına, akut bir psikotik alevlenmenin varlığına, bilişsel bozukluğun düzeyine, yargılama yetisine, genel aile desteğine göre hastadan hastaya değişiklik gösterebilir.

Özellikle özbakım sorunu olan, içgörüsü olmayan, bilişsel işlevleri bozulmuş olan, genel hijyen ve enfeksiyondan korunma kurallarını ve afet döneminde yokluklar nedeniyle ortaya çıkan sorunlarla baş etmekte zorlanan hastalar için kitlesel travma ve afet koşullarında bulaşıcı ve fiziksel hastalık riski ve malnütrisyon riski oldukça yüksektir. Ayrıca, şizofreni hastaları ilaçlarını almak, tıbbi bakım aramak ve temel ihtiyaçlarını karşılamak konusunda türlü düzeylerde yakınlarına bağımlı olabilir ve travmatik olay sonrası bu desteklerini kayb ettikleri için zorluk yaşıyor olabilirler.

Şizofreni hastaları ve aileleri, kişinin tıbbi sorunlarını tanımakta güçlük çekebilir ve bu nedenle sağlık çalışanlarına başvurmakta gecikebilirler. Şizofreni hastaları tıbbi sorunlarına yönelik önerilen tedavilere uyum göstermekte güçlük yaşayabilir. Ayrıca şizofreni hastalarının üzerindeki damga, yeterli tıbbi değerlendirme ve tedavi olanaklarından mahrum kalmalarına neden olabilir. Şizofreni hastalarının yeterli tıbbi bakıma daha az erişebildikleri iyi bilinmektedir. Bu sözkonusu etkenler nedeniyle afet ortamında gelişen tıbbi sorunlar ve yaralanmalar şizofreni hastalarında daha sıkıntılı seyredebilir, ayrıca stres nedeniyle, hastanın kendine ve çevresine zarar verme riski artabilir.



Şizofreni hastalarında, toplumu oluşturan diğer bireylere göre, tip 2 şeker hastalığı, hipertansiyon, süregelen tıkalı akciğer hastalığı ve iskemik kalp hastalıkları daha yüksek oranda görülmektedir. Şizofreni hastalarında sigara kullanım oranı ortalama yüzde 70 düzeyindedir. Bu etkenlerin travma ile ilişkili tıbbi sorunların şizofreni hastasında daha ağır seyretmesine yol açabileceğini ve mortalite riskini arttırabileceği göz önünde tutulmalıdır.

Şizofreni hastasıyla görüşme:

Salgın günlerinde şizofreni hastasıyla yapılacak görüşmede dikkat edilmesi gereken özellikler:

1. Psikiyatri asistanı/uzmanı görüşmede öncelikle kitlesel travma ve afetin hasta ve ailesi üzerindeki etkisini değerlendirmelidir. Psikolojik ilk yardım sağlanmalıdır. Akut travma ve yas süreci varlığında TPD'nin ilgili tedavi kılavuzlarından yararlanılması önerilir.
2. Hekim hastanın şu anki yaşam koşulları, zorlukları, aile desteği, olası tıbbi sorunları hakkında bilgi almalıdır.
3. Görüşme odası/mekanı kitlesel travma ve afet koşullarında ideal olmayabilir ancak hekim hastanın kendini rahat ifade edebileceği bir ortam yaratmak için çaba harcamalıdır. Stres altında olan hastaların agresyon riski de artabilir, görüşme ortamı düzenlenirken bu durum göz önüne alınmalıdır.
4. Bu dönemde hastanın tedavisi kişinin hastane ortamına fiziksel olarak en az gelmesini gerektirecek şekilde düzenlenmelidir.
5. Hastaya ve ailesine, yaşayabilecekleri sağlık sorunlarıyla ilgili olarak danışabileceği, gerçekten işleyen ve güvenilir bir telefon hattı bildirilmelidir. Bu konuda diğer sağlık personeli ve gönüllülerden de destek alınabilir.
6. Bölgede iletişim sorunu yoksa, hastaların takibi telefon/internet aracılığıyla yapılabilir. Afet nedeniyle psikiyatri asistanı/uzmanı olan sağlık merkezine ulaşamayan hastalara hizmette telepsikiyatri uygulamalarından yararlanılabilir. Bu hizmet gerektiğinde bölge dışından da verilmelidir. Psikiyatrist yokluğunda, alandaki diğer ruh sağlığı çalışanları veya genel sağlık çalışanlarına da online olarak destek verilmesi düşünülmelidir.

Rutin kontrollere gelen ve tedavileri düzenli olan hastalar:

1. Hastaların mevcut ilaç raporlarıyla ilaçlarını doğrudan eczaneden alabilecekleri belirtilmelidir. Hastanın stabil olduğu tedavinin devamı tercih edilir. Ancak, ciddi



Kitlesel travma ve afet durumlarında eczaneler işlevsel olmayabilir, bölgede ilaç sıkıntısı olabilir. Bu gibi durumlarda başka kaynaklardan temin edilen ilaçların hastaya elden verilmesi gerekli olabilir. Hastanın kullanmakta olduğu tedaviye ulaşamıyorsa tedavi değişikliği gerekli olabilir.

2. Travma ve afet süreci toplumdaki bireyler üzerinde şiddetli bir stres etkisi yaratmaktadır. Şizofreni hastaları toplumdaki/ailedeki bu panik havasından ve yokluklardan etkilenmektedirler. Uzun süredir belirtileri stabil seyreden hastalarda, düzenli tedavi hastaları stresten koruyabilmektedir. Birçok hastada stres genellikle belirtilerin tekrar ortaya çıkmasına veya belirtileri kısmen düzelen hastaların belirtilerinin şiddetlenmesine yol açabilir. Bu hastalarda olanağı varsa mevcut kullandığı ilacın dozunu biraz yükseltmek yararlı olabilir.
3. Kitlesel travmanın etkisiyle imkanlar kısıtlı olabilir, ayaktan sık izlem mümkün olmayabilir ve aile bireyleri hastanın tedavisini artık takip edemez durumda olabilir. Bu nedenle oral tedaviden uzun etkili / depo antipsikotik uygulamasına geçmek iyi bir seçenek olabilir.
4. Hastalarla yapılan görüşmelerde devam eden tehditle ilgili endişe, travma ve yas süreci hakkında bilgi verilmeli, hastaların bu konudaki duyguları normalleştirilmeli, endişeleri giderilmeye çalışılmalıdır. Aşırı durumlarda, genelde akut dönem sonrası, SSRI grubu antidepressif ilaçlar tedaviye eklenebilir.
5. Hasta yakınları yaşadıkları zorlukların ve kaygılarının bir sonucu olarak şizofreni hastalarına daha eleştirel, kızgın ve kaygılı yaklaşabilirler (Yüksek Duygu Dışavurumu). Bu durumun şizofreni hastalarının belirtilerini şiddetlendirdiği iyi bilinmektedir. Bu nedenle hasta yakınlarına, hastalarına karşı nasıl davranmaları gerektiği konusunda yol gösterilmelidir.
6. En az bir yıldır düzenli Klozapin kullanan ve düzenli aylık kontrollerde hemogramında herhangi bir bozulma saptanmamış bir hastada ($WBC \geq 3500$ veya $ANC \geq 2000$) kan kontrolü sıklığı 3 aya çıkabilir. Bunun dışındaki hastalarda “hastaya özel” değerlendirme yapılmalıdır.



Yeni “Psikotik Hastalar”

1. Deprem, sel gibi stres veren yaşam olayları yatkın olan bireyde psikotik tabloyu tetikleyebilir veya şizofreni hastalığını başlatabilir. Eğer psikotik bir hasta aynı zamanda mağdursa, travma ile ilişkili ruh sağlığı sorunları geliştirme riski de çok yüksek olacaktır. Psikotik atakla ilişkili gerçeği değerlendirme ve bilişsel yetilerdeki bozulma, hastanın “kitlese travma ve afet” koşullarını anlamamasına yol açabilir ve bu nedenle gereken önlemleri anlamakta ve yeni düzene uymakta zorlanacağı için olumsuz sonuçlar yaşanabilir.
2. Afet ve kitlese travma dönemlerinde ayaktan başvuran birçok hastayı, hastaneye yatırmak olanaklı olmayabilir. Hastanelerin zarar görmesi gibi nedenlerle, psikiyatri kliniklerinde yatak sayısında azalma olur, servisler işlevselliğini kaybedebilir veya Psikiyatri kliniği diğer branşların servislerine dönüşebilir. Bu nedenle birçok hasta ayaktan tedavi görür. Yatışın gerekli olduğu durumlarda bölge dışına hasta sevki için çaba harcanmalıdır.
3. Akut psikotik alevlenme yaşayan hastalarda etkin ve hızlı tedavi seçenekleri öncelikle düşünülmelidir. Uzun etkili / Depo antipsikotik uygulaması iyi bir seçenek olabilir. Ancak yeni kuşak uzun etkili ilaçların resmi olarak alınabilmesi için 3 hekim imzası gerekli olduğu için ve bu dönemde rapor oluşturmak zor olduğundan depo antipsikotik ilaçları tercih etmek iyi olur (Zuklopentiksol, Flupentiksol ve Haloperidol Dekoanat). Bunlardan Zuklopentiksol enjeksiyonun akut etkili formu da var. Çok eksite hastalarda Akut+Depo Zuklopentiksol enjeksiyon flakonu aynı enjektöre çekilip tek bir uygulamayla IM yapılabilir. Sonrasında şiddetli olgularda ilk ay haftada bir, 2. ay 2 haftada bir sonrasında 2-3 hafta da bir yapılabilir.
4. Hastalığının farkında olan, aile desteği olan ve ilaç uyumu iyi olan bir kişide ağızdan antipsikotik tedavi başlanabilir.
5. Antipsikotik tedavinin etki süresi 2-4 haftayı bulabileceğinden mutlaka ek ilaç verilmeli ve reçete edilmelidir. En uygunu yüksek doz Lorazepam’dır (günlük doz 3-9 mg arası olabilir).
6. Akut alevlenmedeki hastanın ayaktan tedavisi, mümkün olduğunca hastaneye veya sağlık merkezine gitmeden evinde veya barındığı ortamda tedavisi olacak şekilde planlanmalıdır. Mutlaka hastaya ve ailesine acil durumlarda danışabilecekleri bir telefon numarası verilmelidir.



7. Afet ortamında yaralanma, tıbbi komplikasyonlar çok olduğundan, şizofreni hastalarına yeni ilaçlar başlanmış olabilir. Psikotik alevlenmelerde antipsikotik tedavi planlanırken kullandığı diğer ilaçlarla olan etkileşimleri de göz önünde bulundurmakta yarar vardır.
8. Klozapin tedavisi yeni başladığında sık kan kontrolü gerekir ve kardiyak yan etki riski vardır. Bu nedenle kitlesel travma ve afet dönemlerinde yeni tedavi olarak başlanması ilk planda düşünülmez.
9. Psikotik atak içindeki her hastada uygulanacak olan ilaç tedavisi, kitlesel travmanın hastaya ve olanaklarına etkisi, travmatik olay sonrası aile desteği, hastaya özgü koşullar (hastalık öyküsü, içgörü, kişilik özellikleri, sosyoekonomik düzey, aile özellikleri, eşlik eden psikiyatrik ve bedensel hastalıklar vb) gözden geçirilerek planlanmalıdır.