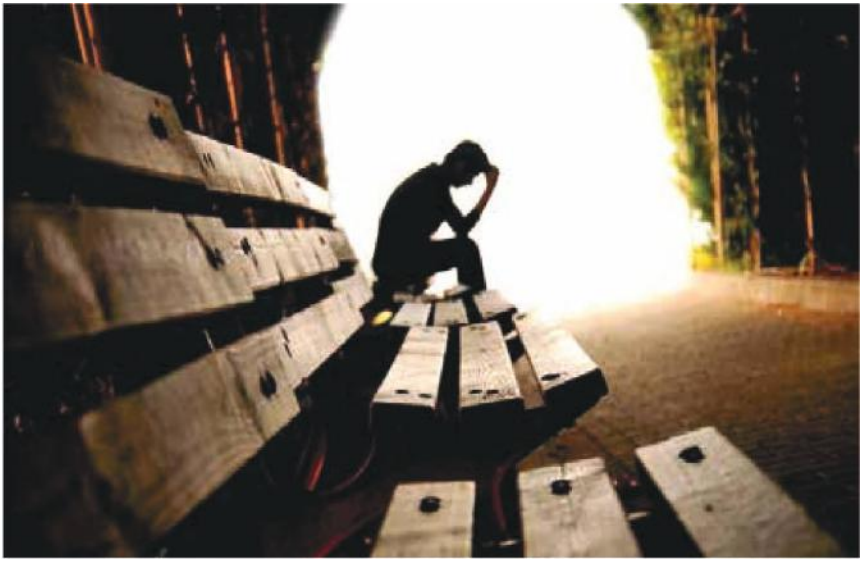
HP HUMANİTE PSİKİYATRİ TIP MERKEZİ



GENEL TIPTA DEPRESYON

Prof.Dr.Sedat Özkan

Hastalıktan hayata...

Ekip olarak hepimiz, bilimin, güven ve sevginin en yüksek değerler olduğu inancı ve gururu ile sağlık ve mutluluk için...

Ruh sağlığı genel sağlığımızın ayrılmaz bir parçasıdır. Bedendeki değişiklikler beyni ve ruhu etkiler. Ruhsal durumdaki çatışmalar ve sarsılmalar da bedeni etkiler. Sağlık, yaratıcılık ve mutluluk, beden sağlığını ve bunun da ötesinde ruhsal açıdan sağlıklı olmayı gerektirir. Psikiyatriyi ve psikolojiyi sadece akli hastalıkların tedavisi kapsamı sınırları içinde düşünmeyip tıbbi durumlara psikolojik bakış açısının yaygınlaşması, bireyde, ailede ve toplumda barışı, doyumu, huzuru, mutluluğu ve uzlaşmayı arttıracaktır. Ülkemizde ruh sağlığı hizmetlerinde en önemli sorunlardan biri ruh sağlığı hizmetlerinin genel sağlık hizmetleri ile bütünleşmemiş olmasıdır.

Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (Genel Hastane Psikiyatrisi, Psikiyatrik Tıp, Psikosomatik Tıp) fiziksel hastalıkların ve tıbbın psikiyatrisini temsil eden bir psikiyatri üst disiplinidir. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi fiziksel hastalığı ya da yakınması olan, hastanede yatarak ya da ayaktan tedavi gören hastalara yönelik psikiyatrik, psikososyal tıp hizmetlerinin sunulmasıdır. Bu disiplin, hastayı anlamadan hastalığın tedavi edilemeyeceği yönündeki bilimsel yaklaşım doğrultusunda, insanın bedensel, ruhsal, toplumsal bütünlüğü içinde ele alınmasına yardımcı olur.

Her fiziksel hastalık bir krize yol açar. Bu, basit-doğal sıkıntıdan, kayıp-yas tepkisine, benlik bütünlüğünün tehdit edildiği duygulanımına dek tepkiler uyandırır. Ayrılık endişesi, gelecek endişesi, ölüm korkusu, yeterlilik-bağımsızlık kaybı korkusu, vücut organ ve bölümlerinin zedeleneceği kaygısı, pişmanlık-suçluluk duygu ve algısı vb.. tepkiler uyandırır. Kayıp tepkisi ile gerçekçi kabulleniş arasında çeşitli evreler vardır. Fiziksel hastalık yeni bir duruma yol açar. Bu yeni durum bireyin bedensel, ruhsal, sosyal bütünlüğüne darbedir. Ancak aynı bireyin bedensel, ruhsal, sosyal yetileri ve uyum yapma potansiyeli de vardır. Depresyon uyum sağlama ile ilgili bir başarısızlıktır.

Fiziksel hastalıklar ve ruh sağlığı (özellikle depresyon) insan varoluşunun ve insan hayatının en yaygın iki durumudur. Depresyon, duygusal tepkinin ve yoğunluğunun beklenenden fazla olduğu, kendine özgü belirtileri olan, ciddi ve ciddiye alınması gereken ve tedavi edilmezse aylarca hatta yıllarca sürebilen bir hastalıktır. Depresyon en sık görülen ruhsal bozukluktur. Türkiye'de yapılan çalışmalarda depresyonun yaygınlık oranı %9-20 olarak saptanmıştır. Depresyon herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir ama en sıklıkla 24-40 yaşları arasında görülür. Her 4 kadından biri ve her 10 erkekten biri hayatının bir döneminde depresyonla tanışır. Dünya sağlık örgütünün verilerine göre herhangi bir anda dünyada 100 milyon insan depresyondadır.

Tıbbi hastalıklarla birlikte görülen depresyon yeterince tanınmıyor ve uygun tedavi edilmiyorsa da, buzul dağının ancak 1/3'ü görünüyorsa da önemli bir klinik durumdur. Genel popülasyonda majör depresyon görülme sıklığı %3.7-6.7 iken, genel tıbbi hastalıkları olan hastalarda bu oran %10-14 olarak bulunmuştur. Ayaktan tedavi gören hastaların %12-36'sında ve yatarak tedavi görenlerin %30-58'sinde depresif semptomatoloji ve %12-16'sında depresif sendrom görülmektedir. Genel klinik tıpta depresif hastalık en yaygın psikiyatrik bozukluktur. Bu hastaların %25'inde depresyon fiziksel hastalık öncesinde ortaya çıkmaktayken, %75'inde depresyon, fiziksel hastalıklardan sonra hastalığa ve etkilerine reaksiyon biçiminde gelişmektedir.

Fiziksel hastalıkları olan kişilerde depresyonun gözden kaçma nedenleri;

- *Duygusal ya da bilişsel şikâyetlerden çok bedensel şikâyetlerin ön plana alınması*
- *Kişiye psikiyatrik bir bozukluk tanısı konulmasından kaçınma eğilimi*
- *Hafif ya da belirsiz depresif belirtiler*
- *İlaçların yan etkilerinden çekinme*
- *Fiziksel hastalığa reaktif gelişen depresyonun doğal olduğunu düşünme*
- *Doktorların psikiyatri konusunda yetersiz olarak eğitilmeleri*

Fiziksel hastalık ve depresyon birlikteliği çok yönlü etkileşimlerin ortak bir sonucudur. Ortaya çıkan tabloyu ya organik, ya ruhsal diye düşünmek önemli bir hatadır. Klinik olarak düşündüğümüzde depresyon, fiziksel hastalığın komplikasyonu olabilir, sebebi olabilir, rastlantısal birliktelik olabilir, etkileşimsel birliktelik olabilir. Hastalık süreci beyin işlevlerini bozarak depresyona neden olabilir ya da depresyon, fiziksel hastalık, hastane ortamı, hastalığın etkisi ve yaşantıya getirdiği ya da algılanan sınırlılıklara karşı psikolojik-davranışsal tepkiler ortaya çıkabilir. Sıklıkla her iki türden etkileşim vardır. Örneğin, felçlerden sonraki ilk 6 ayda gelişen depresyon gibi.

Her hastada depresyon geliştiği düşüncesi de, depresyon gelişmesinin doğal, beklenen bir durum olduğu düşüncesi de yanlıştır. Sağlıklı ya da normal bir uyum tepkisi ve açık ruhsal bozuklukları ayırt etmek gerekir. Tıbbi hastalarda depresyonun nedenlerinin, tanı ve tedavisinin özgün yöntemleri vardır. Biyolojik durumu dikkate almadan, ruhsal işlevleri bütüncül kavrayamayız. Fiziksel hastalıklarda depresyon gelişiminde, biyolojik, psikolojik ve psikososyal birçok faktör vardır. Bunlar;

- *Hastalığın kendisi (fiziksel hastalığın niteliği ve seyri)*
- *Nörobiyolojik (endokrin, hormonal, nütrisyonel, elektrolit) etkiler*
- *İlaçlar (kortikosteroidler, hipertansiyon ilaçları, hormonlar, kanser tedavisinde kullanılan ilaçlar, tüberküloz tedavisinde kullanılan ilaçlar, doğum kontrol ilaçları)*
- *Kişinin uyum yetenekleri, hastalık öncesi kişilik ve yaşamı ve sosyal çevresi*
- *Psikolojik tepkilerdir.*

Fiziksel hastalığın neden olduğu kriz, narsistik zedelenme, kayıp algısı, kişinin öz-saygı ve beğenisini zedeler. Fiziksel hastalığa ilişkin kayıp algısı ve umutsuzluk depresyonun gelişmesinde rol oynar. Öz saygı azalması, depresyonun gelişiminde zemini hazırlar. Fiziksel hastalık ya da hasar durumlarında akut ya da kronik hastalıklarda, organ kayıplarında vücut imajı, kendilik değeri zedelenir. İş, aile, sosyal yaşam, ilişkileri etkilenir, bilinmeyen örtülü çatışmalar (işlevsellikte azalma, kayıp algısı) ortaya çıkar. Hastalığı nasıl algıladığı, baş etme stili, çevre destek sistemleri, etkilenen organın sembolik anlamı, algısı hastanın yaşam dönemi, zorlanmaya verilen cevap biçimleri, adaptasyon potansiyeli, ego gücü, sosyal çevrenin hastayı ve hastalığı algısı önemlidir. Bunlar depresyon gelişiminde rol oynar.

Depresyon araştırmaları yaşam olayları ile depresyonun gelişimi arasında doğrudan bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Psikososyal zorlanmalar ve zorlayıcı yaşam olaylarının depresyon gelişimindeki etkisine göre fiziksel hastalıkların kişinin ruh sağlığına etkisi çok daha dramatiktir. Kanserden kalp krizine (MI), koroner by-pass'tan, meme ameliyatına (mastektomiye) kadar elem, çaresizlik duygusu, kayıp yaşantısı, yaşam olaylarının sarsılması, benlikte zedelenme bir tür ego enfarktüsüne neden olur. Hastalarımın ifadesiyle "bedenim bana ihanet ediyor" şeklinde yaşanmaktadır. İnsanın son tahlilde kendi özgür iradesi içinde ve en önemli olan özvarlığının kendisine darbe vurmasıdır.

Depresyonun kendisi tıbbi hastalığa benzer bedensel semptomlar gösterebilir. Fiziksel hastalıklarda depresif sendrom ile fiziksel hastalıklarda depresif belirti ve bulguların ayırıcı tanısına dikkat edilmelidir. Depresyon tanısında bedensel değil, kognitif bulgular yardımcıdır. Tıbbi hastalarda depresyon tanı ve ayırıcı tanısında dikkat edilmesi gereken unsurlar vardır;

- *Fiziksel hastalığa doğal beklenen tepki ile aşırı uygunsuz ya da patolojik durumun ayırt edilmesi*

- *Bazı belirti ve bulguların tıbbi hastalığa bağlı somatik bulgular mı, depresyona bağlı psikofizyolojik bulgular mı olduklarının ayırt edilmesi ayırıcı tanıda önemlidir.*

Fiziksel hastalığı olan olgularda (2 haftadır devam eden) depresyon semptomları şunlardır:

- *Depresif duygudurum ve görünüm*
- *Sık ve kolay ağlama davranışı*
- *Sosyal geri çekilme*
- *Karamsarlık, acı çekme*
- *Hastalığı ceza gibi algılama*
- *Kendini çevreye yük olarak algılama*
- *Çevresel olaylara tepkisizlik*
- *Olumsuzlukları ve engellenmeleri felaketçi yorumlama*
- *İlgi ve zevk duygusunda azalma*
- *Yetersizlik, değersizlik, suçluluk düşünceleri*
- *Huzursuzluk veya sinirlilik*
- *Sürekli kaygı*
- *İntihar, ölüm düşünceleri*
- *Hareketlerde yavaşlama ya da saldırganlaşma*
- *Yorgunluk ya da enerji kaybı*
- *Uyku ve iştahta değişim (artma veya azalma)*

Fiziksel hastalıklarda depresyon tedavi edilebilir, depresyonun "beklenebilir" "anlaşılabilir" olması tedavi gereksinimini reddettirmez. Tıbbi hastalarda depresif semptom ve sendromlar yaygın olmakla birlikte çoğunlukla tanınmazlar. Oysaki fiziksel hastalığa eşlik eden depresyon;

- *hastaların uyumunu,*
- *tedaviye yanıtını,*
- *fiziksel hastalığın seyrini olumsuz olarak etkiler.*
- *depresyondaki kişilerde sağlık harcamaları,*
- *işten uzaklaşma*
- *ölüm oranları daha yüksektir ve*
- *yaşam kalitesi ileri düzeyde bozulmaktadır.*

Depresyon zamanında başvuru ve uygun yöntemler ile rahatlıkla tedavi edilebilir. Bu hastaların tedavisinde konsültasyon liyezon psikiyatrisi alanında uzmanlaşmış psikiyatristler ile işbirliği tedavide başarı oranını arttıracaktır.

TIBBİ HASTALIKLAR VE DEPRESYON

Bazı tıbbi hastalıklarda majör depresyon daha sık görülür. Depresyon ve tıbbi hastalıklar arasında birçok muhtemel ilişki vardır. Depresyon tıbbi duruma öncülük edebilir ya da hastalığın erken belirtilerinden olabilir. Bazı durumlarda ise depresyon fiziksel hastalığı takiben ortaya çıkabilir. Bu tür vakalarda depresyon hastalığın bir sonucu ve/veya hastalığa psikolojik bir reaksiyon olabilir. Bazı hastalarda, depresyon ve fiziksel hastalık aynı zamanda görünse de nedensel olarak bağlantısız olabilir.

Fiziksel hastalığın ilk belirtisi olarak depresyon: Depresyon birçok tıbbi durumun diğer işaretlerinden ve semptomlarından önce görülebilir. Klinik psikiyatrik popülasyonun %46'sının doktorların gözünden kaçan majör tıbbi bir problemi olduğu bildirilmiştir. Bu tıbbi durumların %69'unun tıbbi duruma eşlik ettiğini ve hastaların %18'inde psikiyatrik belirtilerin temel nedeni olduğu bildirilmiştir. Depresyon diğer psikiyatrik semptomlarla birlikte 46 pankreas kanseri hastasının 22'sinde ilk semptom olarak görülmektedir ve psikolojik semptomlar fiziksel semptomları 43 aya kadar maskeleyebilmektedir. Majör depresyon bazen Cushing hastalığının, Addison hastalığının, hipertiroidizm ve hipotiroidizmde klasik endokrin belirtilerinden önce görülebilir.

Fiziksel hastalığı takiben ortaya çıkan depresyon: Kanserler, enfeksiyon hastalıkları, kalp-damar hastalıkları, akciğer hastalıkları, merkezi sinir sistemi hastalıkları, romatolojik hastalıklar, travma, cerrahi komplikasyonlar ve organ kaybı olan hastalarda depresyon sık görülür. Ayrıca, bu hastalıkların tedavisinde kullanılan bir çok depresyon gelişimine neden olabileceği (farmakolojik depresyon) unutulmamalıdır.

Fiziksel hastalıklarla birlikte görülen majör depresyonun değişik tıbbi durumlarda görülme oranları;

Hastalık	***Yaygınlık (%)***
Hemodiyaliz	*6.5*
Koroner Arter Hastalığı	*16-19*
Kanser	*20-38*
Kronik Ağrı	*21-32*
Nörolojik Bozukluklar	
İnme	*27*
Parkinson Hastalığı	*29-51*
Multipl Sklerosiz	*6-57*
Epilepsi	*55*
Demans	*11*
Endokrin Hastalıklar	
Hipertiroidi	*31*
Diyabet	*24*
Cushing Sendromu	*66*
AIDS	*30*
Kronik yorgunluk	*17-46*

SON DÖNEM BÖBREK HASTALIĞI / DİYALİZ

Böbrek yetmezliği hastalığı olan, diyaliz tedavisi gören hastalarda depresyon akut dönemden sonra ortaya çıkan en yaygın reaksiyondur. Sağlıklarını, fiziksel güçlerini, cinsel potansiyellerini, otonomilerini, çalışabilme yeteneklerini kaybedecekleri endişesi, bir kayıp yaşantısı olarak depresyon gelişmesindeki en önemli unsurlardır. Fiziksel durumun kötüleşmesi ile depresyon şiddeti arasında ilişki vardır. Son dönem böbrek hastalarında %6.5 majör depresyon ve %18 minor depresyon saptanmıştır. Diyaliz hastalarında intihar oranı hem genel nüfustaki orandan hem de diğer kronik hastalığı olanlardan anlamlı ölçüde daha fazladır. Diyete uymama, diyalizi reddetme gibi uyum güçlükleri sıklıkla depresyona bağlı davranışlardır. Depresyon gerek immün sistem işlevlerini olumsuz yönde etkilemesi ile gerekse hastada ortaya çıkan geri çekilme, izolasyon ve mücadele etme isteğinin azalması ile hastalığın seyrini olumsuz etkiler. Hastada somatik işlevlerdeki bozulmadan ziyade, duygu durum, davranış, ilişkiler, algılama, düşünce içeriği açısından değerlendirerek en kısa zamanda fiziksel hastalığı olan kişilerin ruh sağlığı ile uğraşan konsültasyon liyezon psikiyatrisine başvurmalıdırlar.

KANSER

Kanser, korku, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik, dayanılmaz ağrılar, terk edilme ve ölüm duygularını, düşüncelerini çağrıştırır. Kanser krizi dört aşamalı bir süreç olarak tanımlanır:

1.Şok hali,
2.Tepki aşaması,
3.Direnme,
4.Uyum.

İlk aşamada görülen şoke olma ve inanamama, katlanılması çok güç ve imkansız olan durumlar karşısında oluşan kaygı, panik ve çaresizlik duygularına karşı geliştirilen bir savunma mekanizmasıdır. Hastalarda genellikle bu ilk tepkinin ardından öfke ve depresyon gelişir. Yine bu dönemde "Niye ben" türü hiddetlenmelere ve isyan duygularına ek olarak kaygı, iştahsızlık, dikkat dağınıklığı ve huzursuzluk görülmesi normal olarak kabul edilir. İkinci aşama tepki aşamasıdır. Kişiler bu aşamada hasta oldukları gerçeğini kabul etmeye ve bunun sonucu olarak da duygusal reaksiyon göstermeye başlarlar. Son aşama, hastanın gerçeği kabul edip enerjisini ve ruhsal gücünü yeni yaşamına yönelttiği ve hastalığı ile birlikte yaşamayı öğrendiği uyum dönemidir.

Kanser tanısı ve tedavi yöntemleri, bunların anlamı, hastada şiddetli kaygı ve çaresizlik düşünce ve duyguları yaratır. Kansere uyum güçlüğü ve çaresizlik algısı depresyon gelişiminde en potansiyel unsurlardır. Ölüm korkusu, yaşamın ve ideallerinin tehdit altında olması, otonomisini kaybedeceği, çevreye bağımlı olacağı, fiziksel yıkım olacağı gibi düşünce ve kaygılar depresyonun gelişiminde rol oynar. Kanser hastalarında depresyon görülme sıklığı, tümörün türüne, hasta popülasyonuna ve tanı kriterlerine göre farklılıklar gösterir. Massie ve Holland (1990), 546 kanser hastası ile yaptıkları bir çalışmada %20 majör depresyon ve %27 depresif duygulanımlı uyum bozukluğu bildirmişlerdir.

Araştırmacılar kanser hastalarında depresyon oluşumuna yönelik risk faktörleri olarak, geçmiş duygu durum bozukluğu öyküsü olması, alkolizm, kontrol edilemeyen ağrı, kanserin ilerlemiş safhada olması, fiziksel işlev bozukluğunun derecesi, depresyona yol açtığı bilinen eşlik eden diğer fiziksel bir rahatsızlık ya da ilaç kullanımı (örn; kemoterapötik ajanlar), sosyal destek eksikliği, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olarak belirlemişlerdir. Kanser hastaları tanı, yeni tedavi, nüks aşamalarında ve genel olarak tedavinin beklenen iyileşmeyi göstermediği, genel durumun kötüleştiği dönemlerde depresyon açısından en kritik durumlardır. İntihar riski de bu dönemlerde artmaktadır.

Depresif durumun, kanserin ortaya çıkmasını kolaylaştırıcı ya da mevcut kanserin gidiş ve seyrini, yaşama süresini olumsuz yönde etkilemesi dikkat çekicidir. Bu hastalarda depresyonun beklenir olması, tedavi gereksinimini reddettirmez. Kanser hastalarında depresyon tanısı öncelikle somatik bulgulara göre değil, davranışsal, kognitif bulgulara dayanmalıdır. Fiziksel belirtiler tıbbi durumla ilgili değilse, oranlı değilse, depresyon lehine düşünmek gerekir.

KRONİK AĞRI

Ağrı ve depresyon insanın acı çekmesinin en yaygın iki şeklidir. Ağrı kişinin biyolojik ruhsal ve psikososyal sağlık ve iyilik durumları arasındaki karşılıklı etkileşime ilişkin bir yakınmadır ve biyopsikososyal denge ve uyumun bozulduğunun bir göstergesidir.

Psikojenik ya da organik ağrı gibi polar yaklaşımlar ağrının algılanmasında ve tedavisinde yanlışlıklara yol açabilir. Organik ağrı, emosyonel tepki uyandırır ve kişinin emosyonel durumu ağrının algılanmasını, ifade edilişini, şiddetini ve seyrini etkiler. Psikojenik ağrının da sıkla psikofizyolojik ve ya organik bileşkeleri vardır. Psikolojik faktörlerin ağrı, yakınma, tepki ve davranışını etkilemesi 3 eksende düşünülebilir.

1.Psikofizyolojik mekanizmalar
2.(Psiko)sosyal etmenler, ilişkiler ve sosyal, davranışsal süreçler
3.Psikiyatrik komorbidite

Psikososyal ve psikiyatrik faktörler kronik ağrının gelişim ve seyrinde rol oynar. Depresyon ağrının gelişmesinde etkili olduğu gibi, kronik ağrılı hastalıklara eşlik eden en yaygın (%30-60) ruhsal durum depresyondur. Kronik ağrı sendromunun hedef belirtileri; ağrı, anksiyete, depresyon ve uykusuzluktur. Bu hastalarda depresyonun bedensel bulguları yaygındır. Depresif hastalarda (fonksiyonel) ağrı yakınması sıktır. Kronik ağrı hastalarının birinci derece yakınlarında alkolizm ve affektif hastalık insidansı sıktır.

Tüm kronik ağrı hastalarının % 43.2'si majör depresyon geçmişi ve %40.5'i halen alkol kötüye kullanımı davranışı sergilediği saptanmıştır. Bu hastalarda aile öyküsü de belirgin olarak pozitif bulunmuş, 37 hastanın %59.5'inin birinci dereceden akrabalarının en az birinde kronik ağrı tanısı ve %29.5'inde duygu durum bozukluğu tanısı ve %37.8'inin birinci dereceden akrabalarının en az birinde alkol kötüye kullanımı geçmişi bulunmuştur.

NÖROLOJİK HASTALIKLAR

Sinir sitemini etkileyen bozukluklar doğrudan insan psişizmasının düzenini ve işlevlerini etkiler, doğrudan psikiyatrik bozukluğa neden olma potansiyeli yüksektir. Esasen beyni etkileyen ve zedeleyen her hastalık daha önceden var olan psikiyatrik durumu açığa çıkarır ya da şiddetlendirir. Hastada değişik nitelik ve şiddette davranışsal, bilişsel ve duygulanıma ilişkin bozukluklar ortaya çıkar. Nöroloji kliniğine başvuran hastaların bir kısmı primer psikiyatrik bozukluktur. Nörolojik bozuklukla birlikte psikiyatrik bozukluk ortaya çıkmış olabilir ki burada en sıklıkla depresyon ve kaygı eşlik eder. Epilepsi, inme gibi bazı nörolojik hastalığın psikiyatrik komplikasyonları görülebilir. Mevcut ruhsal ve davranışsal bozukluklar alttaki organik bozukluğu şiddetlendirebilir.

İnme sonrası hastaları arasında depresyonun yaygınlık oranları %30-50 arasında değişmektedir. İnme sonrası depresyonun seyri hakkında yapılan çalışmalarda

1. Depresyon için yüksek riskli dönemin inmeyi takiben 2 yıl olduğunu,

2. Tedavi edilmeyen majör depresyonun bir senelik bir doğal seyri olduğunu,

3. Tedavi edilmeyen minör depresyonun yaklaşık 2 yıllık kronik bir seyri olduğunu bildirmişlerdir.

Parkinson hastalığında en yaygın psikiyatrik bozukluk depresyondur (%40). Parkinsonda depresyon gelişiminde fiziksel özürlülük ve hastalığın neden olduğu psikososyal güçlükler ve beyin biyokimyasındaki değişiklikler rol oynar. Multipl skleroz kişide ciddi ve sürekli zorlanma yaratır, depresyon sıktır. Burada organik hasardan çok, hastalığa ve hastalığın anlamına, algılanmasına ilişkin depresyon reaktif olarak gelişir. Sfinkter bozuklukları, çevreye bağımlı kalma endişesi, empotans, görme bozuklukları, kronik özürlülük haline ilişkin endişeler, işlevselliğin bozulması, depresyonun ortaya çıkmasında rol oynar. İntihar girişimleri, multipl sklerozda genel nüfusa göre 14 kez daha yüksektir. Epileptik hastaların da %30'unda intihar girişimi olduğu kaydedilmiştir. Epileptik hastada depresyon gelişimi (yeni) nöbet gelişimini kolaylaştırır. Depresyonda kaydedilen uyku, iştah bozuklukları ve davranışsal değişiklikler de nöbet riskini arttırır. Epilepsi süresi ile depresyon şiddeti arasında ilişki olduğu bildirilmiştir.

KALP HASTALIKLARI

Kalp krizi (MI), yüksek tansiyon (HT), koroner arter hastalıkları gibi kalp hastalıkları en yaygın ve ölüm oranı en yüksek hastalıklar arasındadır. Kişilik yapısı, zorlayıcı yaşam olayları ile kalp hastalıkları arasındaki ilişkinin yanında, kalp hastalığı sonrası ruhsal bozuklukların ortaya çıkışı ve bu durumun hastalığın seyrini ve tedaviyi olumsuz yönde etkileyişi, bir kısır döngü oluşturması söz konusudur. Kardiyak hastalarda depresyon görülme oranı yüksektir, çalışmalarda bu oran aşağı yukarı %18 olarak bildirilmektedir. Depresyonun, cinsiyetten, hipertansiyondan, aritmilerden ve diyabetten daha yüksek oranda koroner olaylar içim bağımsız bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir. Tedavi edilmeyen depresif hastalarda MI geçirme oranları çok daha yüksek olduğunu bulunmuştur. Ciddi depresyonu olan hastalarda taburculuğu 6 ay takiben ölüm oranlarının depresyonda olmayan hastalara oranla çok daha yüksek olduğu saptanmıştır. Depresyon ve kardiyovasküler risk arasında bulunun bu korelasyon biyolojik etki ile açıklanmıştır. Psikolojik ve duygusal zorlanmalar doğrudan kardiyovasküler sistemi etkilemektedir. İlaca ve yaşam tarzındaki değişimlere uyumun az olmasının da katkıları vardır.

KORONER ARTER HASTALIĞI (KAH)

KAH hastalarında akut dönemde kaygı, panik ve inkar davranışı, kronik dönemde ise kayıp algısı ile birlikte depresyon gelişmektedir. KAH hastalarında depresyon zayıf psikososyal rehabilitasyon ve yüksek mortalite ile bağlantılıdır. Çalışmalarda KAH teşhisi alan hastaların %18'inin majör depresyon tanısı aldıkları saptanmıştır. Depresyon öyküsü olan KAH hastaları çoğunlukla kadınlar, ağır depresif hastalar, umutsuzluk, başarısızlık ve suçluluk duyguları yaşayan hastalar olarak bildirilmiştir.

ENDOKRİN VE METABOLİK HASTALIKLAR

Hormonlar, davranışlar, merkezi sinir sistemi ve psikopatoloji arasında ilişki yüzlerce yıldır dikkati çekmiştir. Diyabet hastalığı, böbreküstü bezleri, tiroid, paratiroid bezi hastalıkları ve prolaktin sekresyonu bozukluklarında en fazla psikiyatrik bozukluklar bildirilmiştir. Psikiyatrik bozukluklar içinde de en sıklıkla depresyon bildirilmiştir (cushing sendromunda depresyon yaygınlığı %63, diyabette %36 düzeyindedir). Alttaki endokrin bozukluk düzelse de psikiyatrik bozukluk devam edebilmektedir.

Depresyon ile kan şekeri düzensizliğinin kontrol edilme güçlüğü arasında ilişki bildirilmiştir. Depresyon kronik, özürlülük yaratan engellemeler ve komplikasyonlara yol açan böyle bir hastalığa tepkisel gelişmiş olabilir. Bazı ilaçlar depresyonun gelişmesini kolaylaştırabilir, gelişimsel yönden yatkın bir bireyde diyabet depresyonu ortaya çıkarmış olabilir. Diyabetin komplikasyonları ortaya çıktıkça yas ve depresyon daha sık gelişmektedir.

Hipotroidizmde psikiyatrik bulgular başlangıçtan itibaren belirgindir. Hipotroidizme eşlik eden depresyonda psikotik özellikler sıklıkla bildirilmiştir. Bir çok vakada hipotroidizm düzelmesine rağmen affektif bulgular devam eder. Hipertroidizmde de depresyon yaygındır (%14-28) ve hastalığın fiziksel bulguları ortaya çıkmazdan önce depresyon ortaya çıkmaktadır. Hastaların çok büyük bir çoğunluğunda değişik şiddette duygudurum değişikliği, uyku, iştah, libidoyu içeren nörovejetatif bulgular gelişmektedir. Bu hastalarda kaygı hali yüksektir. Cushinge bağlı depresyonda yaygınlaşmış anksiyete bozukluğu sıktır. İrritabilite sıklıkla eşlik etmektedir. Depresif sendromlarda düzelme ile plazma kortizol düzeyinde düşme arasında ilişki bildirilmiştir. Kişisel ya da aile öykülerinde affektif bozukluk olan hastalarda cushing hastalığı düzelmesine rağmen depresyon devam edebilmektedir.

DERMATOLOJİK HASTALIKLAR

Deri hastalıkları yaygın ve çok çeşitlidir. Bu hastalıkların birçoğu kroniktir. Dermatolojik hastalıklar ciddi kozmetik bozukluklara yol açarlar ve hastaların iş alanlarını, ilgililerini, eğitimlerini, insanlararası ilişkilerini olumsuz etkilerler. Kaşıntının yarattığı uyku bozukluğu algıyı, duyguyu ve psikososyal işlevleri bozar. Ruhsal faktörlerin bir dizi deri hastalığının ortaya çıkışında, seyir ve şiddetinde etkili olduğu bilinmektedir. Bazı kişilerde hiçbir belirgin fiziksel sebep saptanmaz ve psikojen olduğu düşünülür. Zorlayıcı yaşam olayları ve depresyon hastalıkları kötüleştirebilmektedir. Sebep-sonuç ilişkisi net olmasa da depresif hastalık gelişebilir ve sonuçta her iki durum birbirini olumsuz etkiler.

CERRAHİ GİRİŞİMLER

Cerrahi girişimler hastada hastalığından kurtulma umut ve beklentisinin yanında psikolojik açıdan kendi bedenini, yaşantısını denetleyemeyeceği endişesine, vücut, organ ve doku kaybı kaygısına ve ölüm korkusuna neden olabilen girişimlerdir. İnkar, tedaviyi reddetme, deliryum, depresif reaksiyonlar, yaygın anksiyete bozukluğu, psikotik reaksiyon, alkol-sigara kullanımı gibi tedaviyi ve bakımı güçleştiren olumsuz alışkanlıklar, psikoseksüel sorunlar genel olarak bu hastalarda ortaya çıkma potansiyeli yüksek olan ve işbirliği gerektiren durumlardır.

Cerrahi girişimler öncesi kaygı düzeyi çok yüksek olanlar ile kaygıyı inkar edenler, hastalık öncesi öykülerinde majör psikiyatrik bozukluk (majör depresyon, psikotik bozukluk, panik bozukluk, alkol ve madde kullanımı) olanlar, kişilik bozuklukları tanımlayanlar ve ameliyata ilişkin gerçekçi beklentileri olmayan hastalar operasyon sonrası dönemde uyum ve depresyon gelişimi açısından riskli grubu oluştururlar. Bu hastalara psikososyal hizmet sunulması, ameliyat öncesi aşamadan başlayan ve ameliyat sonrası dönemde devam eden sürekli bir işbirliği ile mümkündür.

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

Kadının ruhsal durumu, bir yandan hormonal ve fizyolojik durum, diğer yandan da kadını etkileyen çevresel, gelişimsel, sosyokültürel, toplumsal değerlerle ilintilidir. Kadın ruh sağlığı tıbbi psikolojik, sosyal, kültürel, ekonomik ve estetik bir bütünlük arz eder. Menarş, hamilelik, doğum ve menapoz bir kadının hayatının en önemli dönemlerindendir. Doğum ve kadın hastalıklarının hormon-davranış psikopatoloji ilişkilerinden toplumda cinselliğe ve üretkenliğe ilişkin görüşlere dek geniş bir yelpazede psikiyatrik boyutu vardır. Hamilelik, doğum, riskli gebelik, adet öncesi sendromu (PMS), kadınlık organlarına ilişkin cerrahi girişimler (histerektomi, mastektomi), düşük ve kürtaja bir dizi hormonsal, biyolojik hızlı değişimler eşlik eder.

Adetin başlaması kadının yaşantısında gelişimsel bir yaşam dönemi olmakta, biyolojik değişikliklerle birlikte kişisel, sosyal dönüşümleri de içermektedir. Kadınlarda adet öncesi gerginlik sendromu gelişebilmekte ve bu durum daha önceden mevcut olan depresif durumu şiddetlendirmektedir. Hamile kalmanın engellenmesine yönelik hormon ilaçları kullanımının psikolojik bazı yan etkileri olabilmektedir. Depresif hastalık geçiren kadınlarda bu hormonal maddeler depresyonu tetikleyebilir ayrıca adet öncesi gerginlik tanımlayan kadınlarda bu ilaçların kullanımı ile depresyon gelişme riski daha fazladır.

Gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme bakıldığında, depresyonun ortaya çıkabilecek en önemli ve yaygın psikiyatrik bozukluk olduğu görülmektedir. Hamilelik süresince (%4-%15) oranında depresyon görüldüğü bilinmektedir. Gebelikte depresyon için risk faktörleri; Genç yaş, Düşük sosyal destek, Yalnız yaşama, Daha fazla çocuğa sahip olmaktır. Ayrıca major depresyon öyküsü olan kadının gebelik sırasında depresyonun tekrarlama riski yüksektir. Gebelikte görülen depresyon doğum sonrası depresyon riskini 3 kat arttırır ve yetersiz doğum öncesi bakım, zayıf beslenme ve intihar girişimlerine götürür.

Klinik düzeyde doğum sonrası depresyon doğum yapmış annelerin %12-16'sında görülmekte ve genelde doğumdan sonraki 4 hafta içerisinde, bazı vakalarda ise 1 yılı takiben ortaya çıkmaktadır. Doğum sonrası dönemde depresyonun değerlendirilmesi, biyolojik-endokrin-metabolik faktörlerin yanında, kişilik yapısı, psikososyal çevre, iç, ruhsal gereksinimler ile birlikte ele alınmalıdır. Gebelik esnasında depresyon, depresyon öyküsü, özellikle doğum sonrası depresyon, fonksiyonel olmayan evlilik ilişkisi, yetersiz sosyal destek, gebelik esnasında stresli yaşam olayları, kadının yeni bebeği kabullenişi ve annelik rolünü benimsemesi, eşinin tutumu doğum sonrası depresyon riskini belirleyen faktörlerdir.

Kısırlık ise kadının ve çiftin yaşamında bir başka sorun alanıdır, temel bir yaşam krizidir, kronik stres ve kayıp yaşantısıdır. Kısırlığa yas, kayıp, utanç, eksiklik, yetersizlik, kusurlu olma, kızgınlık, suçluluk duyguları ve vücut imajına ilişkin endişeler, kendine güvende azalma sıklıkla eşlik eder. Kısırlık tanısını takiben en sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluklar, depresyon ve kaygı bozukluğudur. Hormonal değişimlerin etkisi yanında kayda değer derecede maddi yük getiren, sık günlük takiplerle, kontrollerle yoğun zaman alan, çalışıyorsa işinden izin almayı gerektiren, özel yaşamını tedavi alanına dönüştüren kısırlık tedavisi kadın başta olmak üzere çifti zorlamaktadır. Tanı ve tedavi yöntemlerine ilişkin belirsizlik, çifti sıkıntıya sokan en önemli noktalardan biridir.

Kadın hastalıkları, özellikle jinekolojik kanserler sadece yaşamı tehdit ettiği için değil aynı zamanda üreme, cinsellik ve kadınlıkla ilgili organları etkilediği için önemli stresler yaratırlar. Uygulanan cerrahi girişimler (rahmin alınması, yumurtalıkların alınması, memenin alınması..vb) sebep oldukları hormonal değişiklik, cinsel işlevler ve ürogenital işlevlerde yarattığı komplikasyonlar ve bunların görünüme, ilişkiye etkisiyle, beklenti ve umutlar yanında sembolik anlamı ile, kadınlık kaybına ilişkin algılıyla bağlantılı psikiyatrik komplikasyonlara yol açarlar. Kemoterapi uygulamalarının bazıları yarattığı yan etkilerle bağlantılı olarak fizyolojik depresyona yol açabilir. Görünümdeki değişikler benlik algısını, özgüveni, kadınlık algısını ve cinselliği olumsuz etkiler. Hastalığın nüks etme endişesi yanında organ kaybına bağlı çeşitli psikolojik sıkıntılar gelişir. Eşin kadını algısı ve ilişki tarzı, kadının kendini algılaması üzerinde önemli bir etkiye sahiptir.

Menapoza ilişkin başlıca emosyonel ve psikolojik semptomlar; huzursuzluk, duygu ve mizaç değişiklikleri, yorgunluk, depresyon, cinsel işlev bozukluğu, uykusuzluk ve baş ağrısıdır. Aslında menapozdaki birçok kadın hem endokrinolojik hem de psikolojik değişikliklere uyum sağlamak zorundadır. Cerrahi menapozda, doğal menapoza kıyasla psikiyatrik morbidite özellikle depresyonun daha fazla olduğu kaydedilmiştir. Bu dönemde yaşanan bir çok değişin endokrinolojik değişimlere atfedilir ve bu da depresyonun gözden kaçmasına yol açabilir. Psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar, menapoz öncesi PMS tanımlayanlar, eş desteğinden yoksun olanlar, ruhsal çatışma tanımlayanlar ve duygusal yönden yetersiz olanlarda bu dönemde uyum daha güçtür. Depresif belirti ve bulgular dikkate alınmalıdır.

Sonuç olarak, fiziksel hastalığa eşlik eden depresyon, hastaların uyumunu, tedaviye yanıtını, fiziksel hastalığın seyrini olumsuz olarak etkiler. Depresyondaki kişilerde sağlık harcamaları, işten uzaklaşma ve ölüm oranları daha yüksektir ve yaşam kalitesi ileri düzeyde bozulmaktadır.

Depresyon zamanında başvuru ve uygun yöntemler ile rahatlıkla tedavi edilebilir. Bu hastaların tedavisinde konsültasyon liyezon psikiyatrisi alanında uzmanlaşmış psikiyatristler ile işbirliği tedavide başarı oranını arttıracaktır. Depresyon tedavisi bu anlamda bütüncül ve entegratiftir. Hastalık değil, hasta merkezli yaklaşım gereklidir.

Fiziksel hastalığa eşlik eden majör depresif sendrom tanımlayan hastalarda, hızlı ve yoğun bir tedavi başlanmalıdır. İlk aşamada tanı ve ayırıcı değerlendirmesi tedavi tercihleri açısından en önemlisidir. Bedensel uyum ve dengesinin sağlanmasıyla, ruhsal uyum ve dengenin sağlanması arasında bir uyum vardır. Bu ilişkiyi kavramak, bilimsel ve hümanistik yaklaşım gerektirir. Organik hasar üzerinde odaklaşıp, insan deneyiminin psikolojik boyutlarını dikkate almamak hekimlik anlayışına uymaz. Öte yandan, sadece insancıl yaklaşım, yeterince bilimsel donanımdan yoksunsa etkin ve yararlı olamaz. Fiziksel hastalığı olanlarda depresyon, erken fark etme, uygun yaklaşım ve tedaviyle ileri ölçüde düzelmektedir.

Tedavi programı biyolojik tedavileri, kriz müdahale psikoterapisini ve psikososyal tedavileri birlikte içermelidir. Psikoterapi (kognitif, davranışçı, interpersonal, psikoanalitik, destekleyici) etkilidir. Antidepresan ilaç kullanımına karar verince, bu psikotrop ilaçların fiziksel hastalıklarda kullanımına ilişkin ilke ve farklılıklar dikkate alınmalıdır.

Biyolojik tedavilerin yanında kişinin değişen realiteye başarılı baş etme yöntemlerinin genelleştirilmesinin sağlanması, kognisyonun ele alınması, psikososyal zorlanmalar ve algısal stilin düzeltilmesi, insanlararası ve davranışsal baş etmelerin düzeltilmesi yani kişinin ego işlevi ile çevre etkileşimlerinin değerlendirilmesi gereklidir. Bedenin kendini tamir çabası, kişinin kendine bilinçli yardım alabilme, ruhsal dünyasının uyum potansiyeli ve çevre destek sistemleri ile bütünleştirilmelidir. Hastayla ilişkide hastalığa ilişkin bilgi, alternatiflerin sunulması, limitasyonlar yanında, yapabileceklerinin belirtilmesi önemli. Duygu ifadesi, paylaşım, aktarım, komünikasyon, bilgilendirme, ruhsal tedavi ve destek gereklidir.

Fiziksel hastalığı olan kişinin depresyonunun tedavisi sadece ruh sağlığına yardımcı olmayacak, aynı zamanda hastanın;

-genel sağlığına,
-uyumuna,
-yaşam kalitesine,
-fiziksel hastalığın seyrine,
-morbiditesine yani
-bütüncül sağlığına ve mutluluğuna önemli etki edecektir.

Fiziksel tedavi ve uyumuna yardımcı olmak bir bütün oluşturmaktadır. Fiziksel hastalıklarda ruhsal sorunları tanımak ve tedavi etmek sağlık anlayışının doğal gereğidir. Kişiyi bütüncül olarak anlamadan doğru tanı koymak ve uygun yardım sunmak mümkün değildir. Teşhisten öte, bir kişi olarak hastayı anlamaya çalışan bir yaklaşım en doğru yaklaşımdır.

PROF. DR. SEDAT ÖZKAN
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı Kurucusu ve Başkanı (1989-2011)
Onkoloji Enstitüsü Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı Başkanı (1993-2011)
Avrupa Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Birliği Yönetim Kurulu Üyesi
2005 Avrupa Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Tıp Kongresi Başkanı
2011 Dünya Psiko-Onkoloji Kongresi Başkanı
Psikososyal Onkoloji Derneği Başkanı
Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Tıp Derneği Başkanı
Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Tıp Derneği Kongreleri Başkanı
Humanite Psikiyatri Tıp Merkezi Direktörü

Prof.Dr.Sedat Özkan

Özkan, İstanbul Amerikan Robert Kolejinde 1973 yılında lise öğrenimini tamamlamıştır. Robert Kolej Bilim Büyük Ödülü ve TÜBİTAK proje ödülü sahibidir.

1979 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun olmuş, 1984 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'nde psikiyatri uzmanı olmuştur.

1984-1986 yılları arasında Adana'da zorunlu devlet hizmetini yapmış, bu sürede servis sorumluluğu yanı sıra seminerler ve eğitimler düzenlemiştir.

1986 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'ne dönmüş ve doçent olmuştur.

1988-1989 yılları arasında GATA Haydarpaşa'da askerlik yapmıştır.

Özkan 1993 yılında profesör ünvanını almasının ardından 1995-1998 yıllarında Psikiyatri Anabilim Dalı ve Psikiyatri Vakfı başkanlığı yapmıştır. Psikiyatri yataklı servis uygulamalarını koğuş anlayışından çıkararak belirli hastalık ve hasta gruplarına özelleştirmiş, daha hümanist uzmanlaşmayı ve sürekli gelişmeyi sağlamaya açık bir sistem geliştirmiştir.

Prof. Dr. Sedat Özkan, tıp ve uzmanlık eğitimi üyeliği süresince şu yurt dışı kuruluşlarda eğitim almış ve çalışmıştır:

- Christ's College-Cambridge, England
- University Dept. of Psychiatry, Guys Hospital, London, England
- St. Olave's Hospital, London, England
- Bexley Mental Health Hospital, Kent, England
- University of Oslo, Norway (Dünya Sağlık Örgütü burslusu olarak)
- St. James University Hospital, Leeds, England (Leeds General Infirmary " ve York'daki Epilepsy ve E.E.G. Center'da Prof. Parsonage'nin yanında çalıştı)
- University of Manchester, Psikoonkoloji Eğitimi, England
- University of Pennsylvania, Philadelphia, USA-Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Kognitif Terapi Eğitimi (acil psikiyatri, konsültasyon liyezon psikiyatrisi, kognitif psikoterapi alanlarında misafir öğretim üyesi olarak çalıştı. Bu süre içerisinde konsültasyon-liyezon psikiyatrisi bölümünün klinik ve eğitim etkinliklerine katıldı. Araştırma görevlilerine dönük klinik süpervizyon sağladı, akademik etkinliklere katıldı. Bu dönem içinde "Cognitive Therapy Center"da Prof. A.Beck ile çalıştı)

İstanbul Tıp Fakültesi'nde Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı'nın kurucusu olan Özkan yine ülkemizde ilk ve tek olan Onkoloji Enstitüsü bünyesinde "Psiko-onkoloji Bilim Dalı" başkanlığını ve enstitü bümyesinde yüksek lisans eğitimi sorumluluğunu da yürütmüştür.

Ülkemizde gün geçtikçe yaygınlaşan ve yerleşiklik kazanan bu önemli disiplinlierin önderliğini yapan Pro. Dr. Sedat Özkan, 1990 yılından bu yana ulusal konsültasyon liyezon psikiyatrisi ve psikosomatik tıp bilimsel aktivitelerini (sempozyum, kongre, mezuniyet sonrası eğitim, kurs vb.) yürütmektedir.Uluslararası bilim topluluklarında 100'ün üzerinde tebliğ sunmuştur. Dört kitabı vardır. 1993 yılında yayınladığı "Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi" kitabı dünyada ilklerdendir. 180'in üzerinde araştırması psikiyatri ve psikosomatik tıp alanın 22 kitapçığı vardır.

Öncülüğünü yaptığı bu alandaki yüzlerce çalışmaları, araştırmaları, yayınları ve girişimleri sonucu 2005 yılında 8. Avrupa Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Kongresinin (EACLLPP) ve 2011 yılında 13. Dünya Psikoonkoloji Kongresinin (IPOS) başkanlığını yaparak bu kongrelerin ülkemizde gerçekleşmesinin sağlamıştır. 5 yıl için Avrupa KLPP yönerim kurulu üyeliğinde bulunmuş ve bu alanlarda öncülük etmiştir. Avrupa ve Dünya Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikoonkoloji Bilim Topluluğu'nda ülkemizi temsil etmektedir.

Prof. Dr. Sedat Özkan, alanında liderlik yapmış, ülkemiz tıp ve biliminin evrensel standartlara ulaştırılması ve toplumda ruh sağlığı bilincinin gelişmesi konusunda dikkat çekici, çarpıcı ve yaratıcı çalışmalara imza atarak, bilimsel hayatımıza ve düşünce dünyamıza yeni ufuklar kazandırmıştır.

Hekimler, hastalar, aileler ve topluma dönük düzenlediği toplantılarda psikiyatriyi geleneksel anlamından öte çağdaş, evrensel standartlara yükseltmeyi, hastalıklara ve yaşama psikolojik bakış açısına geliştirmeyi hedeflemiştir. İstanbul Üniversitesi bünyesinde Hasta Okulu programının psikiyatri alanının sorumluluğunu 1997 yılından bu yana sürdürmektedir.

Psikiyatrinin toplumun hizmetine sunulmasını ve toplumsal sorunların bilimsel humanistik ve çağdaş yöntemlerle çözümlenmesine yönelik olarak kullanılması doğrultusunda projeler yürütmüştür. Ayrıca, görsel ve yazılı basında topluma dönük aydınlatıcı yüzlerce konuşma, sunu ve danışmanlığı olmuştur.

Prof. Dr. Sedat Özkan Türkiye'de iki yeni bilim dalı kurmuş bir öğretim üyesidir. Türkiye'de Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikoonkoloji'nin kurucusu, lideri ve yürütücüsüdür. Alanında ilk olan kitapları, yüzlerce çalışması, yayınları, eğitimleri, ulusal kongre başkanlıkları, aldığı ödülleri, uluslar arası temsilcilikleri, üniversitesi için ulusal düzeyde çalışmaları ile öncü bilim adamıdır. Binlerce öğrenci, yüzlerce uzman ve öğretim üyesi yetiştirmiştir. Ulusal düzeyde görsel ve yazılı basında programlan ile düşünce dünyası ve yaşam biçiminin çağdaşlaştırılması ve Türkiye'nin batı standartlarına ulaşması doğrultusunda seçkin çalışmalar yapmıştır.

Çalışmaları, ilkeleri, araştırmaları, yayınları, değerleri, sorumlulukları, başkanlıkları, uluslararası temsilcilikleri ile hizmetlerini Istanbul Üniversitesi'nde, çeşitli hastanelerde ve kurduğu Humanite Tip Merkezi'nde sürdürmektedir. Humanite Tip Merkezi, onyıllara dayanan mesleki ve bilimsel birikimi bireyin, ailenin, toplumun sağlığına sunmayı amaçlamaktadir. Bu merkez, ülkemiz psikiyatrisinde "Gün Hastanesi" modelini sunmaktadır. Özkan, evrensel, bilimsel ilkeler, ahlaki ve insani ilkeleri tavizsiz benimsemiş, adanmışlık ruhu ile mesleğini yürüten, emek, aşk ve bilimi bütünleştiren anlayışla çalışmakta ve yasamaktadır.

Prof. Dr. Özkan evli ve 4 çocuk babasıdır. Eşi Prof.Dr.Mine Özkan hem hayat arkadaşı, hem meslektaşı olup, İstanbul Tıp Fakültesi Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı ve Onkoloji Enstitüsü Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı başkanıdır.

Psikiyatri ve psikolojide

yepyeni bir uygulama başlattık.

GÜN HASTANESİ MODELİ.

Hastaneye yatış gereksinimini azaltan Gün Hastanesi Modeli

ile günlük yoğun gözlem, günübirlik gözlem

ve tedavi imkanı sunuyoruz.

ÖZEL HP HUMANiTE TIP MERKEZİ

Beden - Beyin - Ruh Bütünlüğü

Esentepe Gazeteciler Sitesi Matbuat Sokak No: 25 Esentepe - Şişli - İstanbul
O 212 274 78 78

www.humanitepsikiyatri.com

BİLİMSEL ADRES

Humanite Psikiyatri

www.humanitepsikiyatri.com

ÖZEL HP HUMANiTE TIP MERKEZİ

Psikiyatri, Çocuk Psikiyatrisi, Psikoloji, Dahiliye, Nöroloji, Çoçuk Sağlığı

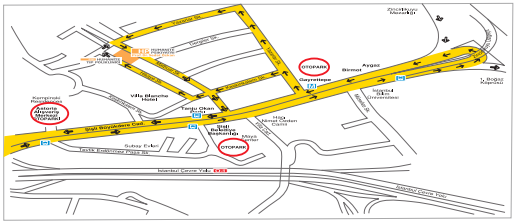
Beden-Beyin-Ruh Bütünlüğü
GÜN HASTANESİ MODELİ

AKADEMİK KADROMUZUN SUNDUĞU ÜST UZMANLIK HİZMETLERİMİZ		
Psikoterapi Birimi (Medikal Psikoterapi Aile ve İlişki Terapisi Bilişsel Davranışçı Terapi Grup Terapileri)	Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (Psikocerrahi, Nöropsikiyatri, Psikokardiyoloji, Kadın Doğum Psikiyatrisi, Dahili Tıpta Psikiyatri)	Psikosomatik Tıp (Stres, Ruhsal Kökenli Bedensel Hastalıklar, Ağrı Bozuklukları)
Dahiliye & Biyokimya Laboratuvarı	Klinik Psikiyatri (Duygudurum,Kaygı, OKB, Psikotik Boz. Depresyon)	Nöroloji Psikoloji - Nöropsikoloji Laboratuvarı
Gün İçi Gözlem ve Günübirlik Yatış Servisi	Kanser Psikiyatrisi	Mezuniyet Sonrası Eğitimler Kurs - Staj - Süpervizyon
Alkol, Madde, İnternet Bağımlılığı Bağımlılık Danışmanlığı	Rehabilitasyon ve Uğraş Terapisi	Psikoyaşam Eğitim Seminerleri
Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi	Acil Psikiyatri	EEG
Ruhsal Travma Birimi	TMS	Yaşlılık Psikiyatrisi
Cinsel İşlev Bozukluğu	EMDR	Psikodiyet

KLİNİK HATTI
0212 274 78 78

GENEL KOORDİNATÖR
0532 734 68 06

UZMAN DOKTOR DANIŞMA HATTI
0544 542 43 69


Gazeteciler Sitesi
Esentepe Mh.
Esentepe Cd.
Büyükdere Cd.
Cevizlibağ Cd.
Kozyatağı Mah.
Kozyatağı Bostancı Yolu
Kozyatağı Bostancı Yolu Sok.
Kozyatağı Bostancı Yolu Cad.
Kozyatağı Bostancı Yolu Bağlantı Yolu
Kozyatağı Bostancı Yolu Bağlantı Yolu Sok.
Kozyatağı Bostancı Yolu Bağlantı Yolu Cad.
Kozyatağı Bostancı Yolu Bağlantı Yolu Cad. No: