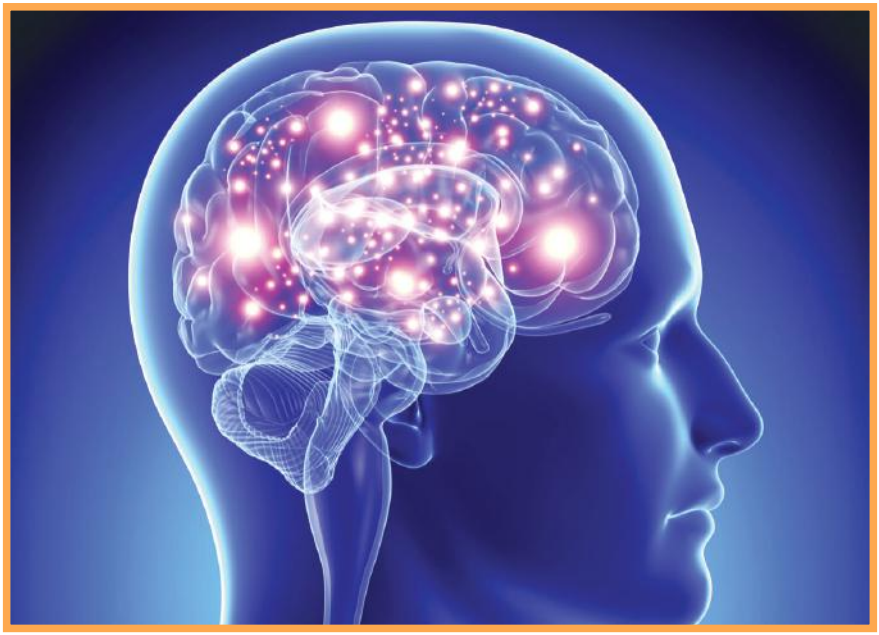
ÖZEL HP HUMANİTE TIP MERKEZİ



NÖROLOJİK HASTALIKLARIN PSİKİYATRİK YÖNLERİ

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...

Nörolojik Hastalıkların Psikiyatrik Yönleri

Nörolojik bilimlerdeki gelişmeler, psikopatalojinin nörobiyolojik temelini ve insan davranışının, duygulanımının, bilincinin ve bilişsel işlevlerinin ve bunlar arasındaki etkileşimlerin mekanizmasını anlamamızı kolaylaştırmaktadır. Davranış bozukluklarının etyolojisi kalıtımsal, gelişimsel, fiziksel olabileceği gibi, psikolojik ya da sosyal olabilir. Ancak etyoloji ne olursa olsun, psikopatolojik sendromların patogenezi serebral düzeyde nesnel olarak tanımlanabilir.

Sinir sistemini etkileyen bozukluklar doğrudan insan psikolojisini etkiler ve hastada değişik nitelik ve şiddette davranışsal, bilişsel ve duygulanıma ilişkin bozukluklar ortaya çıkabilir. Sistem hastalıkları çerçevesinde düşünülünce, nörolojik sistem hastalıkları, doğrudan psikiyatrik bozukluğa neden olabilme potansiyeli en fazla olan gruptur. Öte yandan epilepsi, narkolepsi, migren, multipl skleroz, parkinson hastalığı, beyin tümörleri, demans gibi birçok hastalıkta esas belirti ve bulgular davranışsaldır.

Beyni etkileyen ve zedeleyen her hastalık, daha önceden var olan (subklinik) psikiyatrik durumu açığa çıkarır, ya da şiddetlendirir. Kişilik özellikleri ya da bozuklukları belirginleşebilir. Beynin zedelenmesi demek, sinir sistemi davranış ilişkisindeki düzen ve hiyerarşinin bozulması, davranış organizasyonun azalması demektir. Kognitif işlevlerin bozulması davranış denetim ve düzenlenmesini, emosyonların dengesini de bozar, hastanın yeni durumlarla baş etmesini daha da güçleştirir. Kişilik yapısının temel özellikleri, abartılmış olarak yüzeye çıkar.

Çeşitli nörolojik hastalıklara (MSS tümörü, travma konvülsiyon, enfeksiyon) bağlı gelişen psikiyatrik bozukluklar, genel emosyonel ve kognitif belirtiler yanında, tutulan merkezi sinir sistemi bölgesine özgü davranış bozukluklarına neden olurlar. Psikiyatrik belirtilerin daha sık görüldüğü nörolojik bozukluklar patolojinin korteks, limbik sistem ve bazal gangliyonlarda olduğu bozukluklardır. Merkezi sinir sisteminin bu bölgeleri kognitif işlevler, düşünce, duygulanım, davranışlar ve kişiliğin de belirleyicisidir. Bu bölge lezyonlarında yüksek oranda nörolojik ve psikiyatrik bozukluk komorbiditesi görülmektedir. Nörolojik belirtiler gibi psikiyatrik belirtiler de lezyonun yerleşimine göre farklılık gösterirler

Beyin Tümörleri:

Primer beyin tümörleri, travmaya bağlı olmayan beyin hastalıklarının %10'unu oluşturmaktadır. Metastatik serebral neoplazmalar, primer beyin tümörlerinden daha fazladır. Primer tümörler arasında gliomalar en sık olanlarıdır. Meningiomalar, hipofiz adenomları, medulloblastomalar ve diğerleri izler. Beyin tümörlerinin başlangıç belirtileri sıklıkla baş ağrısı, konvülsiyon, davranış değişiklikleri yanında, soyutlama becerisi ve yüksek kortikal işlevlerde bozulma, entelektüel karışıklık, huzursuzluk, depresyon şeklinde bulgulardır. Beyin tümörlerinin yarısında psikiyatrik belirtilerin olduğu bildirilmiştir. Psikiyatrik bozukluğun türü tümörün yerleşimiyle ilgilidir. Psikiyatrik belirtiler frontal ve limbik tümörlerde, parietal ve temporal tümörlerden daha sık görülür.

Pre-frontal bölgenin etkilenmesi ile (frontal lob sendromu) kişilik değişiklikleri, irritabilite, öfori, apati, sosyal uygunsuzluk, amnestik davranışlar ortaya çıkar. Eğer tek taraflı tutulma varsa, zihinsel işlevler yaygın olarak etkilenmez. Sağ frontal tümörlerde manik, sol frontal tümörlerde depresif belirtilerin egemen olduğu bildirilmiştir. Frontal lob sendromunda davranış ve kognitif bozukluklar şöyle tanımlanmıştır;

Afektif bozukluklar: apati, ilgisizlik, yüzeysellik, labilite, öfori, huzursuzluk, kızgınlık,öfke davranışı.Entelektüel bozukluklar: soyut düşünce ve mantık süreçlerinde, düşünce bağlantılarında azalma, çözülme, dikkat ve konsantrasyonda azalma, dil ve sembolleri kullanma becerisinde azalma.Sosyal ve davranış bozuklukları: premorbid kişilik özelliklerin abartılı hale gelmesi, şüphecilik, kavgacılık, davranış kontrolsüzlüğü, ilgi eksikliği, kendine bakımda azalma, konuşmada tutarsızlık, içme ve yeme gibi dürtüsel alışkanlıklarda bozulma, impulsivite ve dikkat dağınıklığı.

Kafa Travması:

Kafa travması sonrasında zedelenen beyin bölgesinin işlevleriyle ilişkili somatik, kognitif, emosyonel, algısal bozukluklar görülebilir. Beyin tümörleri bölümünde sıralanan kortikal loblara ilişkin işlev bozukluğu belirtileri kafa travmalarında da görülebilir. Kafa travmaları sonrasında etkilenen beyin dokusuna, travmanın (zedelenmenin) yaygın veya fokal oluşuna, şiddet ve süresine, zedelenmenin kalıcılığına bağlı olarak psikiyatrik bozukluklar ortaya çıkar. Premorbid kişilik özellikleri, travmanın sebep olduğu psikososyal güçlükler ve psikiyatrik özgeçmişin de psikiyatrik bozukluk gelişiminde rol oynadığı ileri sürülmüştür. Diğer risk etmenleri arasında yaş, arterioskleroz ve alkol kullanımı sayılabilir. Bilinç kaybına neden olan, tekrarlayan travmalar daha ciddi psikiyatrik bozukluklara sebep olurlar.

Kafa travması sonrasında dikkat, soyutlama yetisinde azalma gibi bilişsel bozukluklar, psikotik belirtiler, depresif ya da manik epizodlar gibi duygu durum değişiklikleri, kişilik değişiklikleri görülebilir. Akut dönemde deliryum ve amnestik bozukluk sık görülür. Kafa travması geçirenlerin %70'inde irritabilite ve saldırgan davranış görüldüğü bildirilmiştir. Kafa travmalarının hafif biçimi olan beyin sarsılması (concussion) sonrasında ortaya çıkan tipik bir sendrom tanımlanmıştır. Bu sendromun belirtileri baş ağrısı, baş dönmesi, halsizlik, uykusuzluk, bellek ve konsantrasyon bozukluğu, algı değişiklikleri, distimik duygulanım, anksiyete, irritabilite ve kişilik değişimidir. Geçirilen travmadan kaynaklanan travma sonrası stres bozukluğunun varlığı beyin sarsılması sonrası sendromu belirtilerini arttırmaktadır.

Serebrovasküler Hastalıklar

Serebrovasküler hastalıklar, MSS işlevleri ile davranış ilişkisini somutlaştıran tipik olgulardır. İskemik ya da hemorajik özellikte olabilir. Subaraknoid hemorajinin, serebrovasküler hastalıkların %58'ini oluşturduğu bildirilmiştir. Hızlı ve acil müdahale gerektiren olguların %60'ının rüptüre olmuş intrakraniyal anevrizmalara bağlı olduğu belirtilmiştir.Bu hastalıklar tutulan bölge, lezyonun şiddet ve yaygınlığı, hastanın yaşı, hastalığın komplikasyonları ve psikososyal güçlüklere bağlı olarak çeşitli emosyonel, kognitif ve davranışsal bozukluklara neden olur. Neden olduğu bildirilen psikiyatrik bozukluklar deliryum, demans, amnestik bozukluk, depresyon, mani, psikoz, anksiyete bozukluğu ve kişilik değişiklikleridir.

İnme (stroke) (beyin felci) (felç) (hemipleji)

Serebrovasküler hastalıklar arasında, kronik psikiyatrik bozuklukların gelişimi açısından en fazla "stroke" incelenmiştir. Stroke, karotid, kardiyak, vasküler sebeplerin yanında, anevrizmaya veya sistemik hastalıklara bağlı gelişebilir. Yaşlı hastalar, hipertansif hastalar, madde kullanım bozukluğu olanlar, kalp hastalığı öyküsü olanların stroke gelişimi açısından daha riskli olduğu belirtilmiştir. Kokain kullanımı ile stroke gelişim riskinin arttığı bildirilmiştir. Alkol ve diğer madde kullanımı yanında, migren, mitral kapak hastalığı, travma, otoimmun hastalık ve oral kontraseptif kullanımı ile stroke riskinin arttığı belirtilmiştir. Stroke sonrası gelişen psikiyatrik tepkiler 3 grupta sınıflandırılmıştır:

1) Katastrofik tepki. Daha sıklıkla sol hemisfer lezyonlarında görülür ve hiperemotivite, huzursuzluk, kaygı ve ağlama halleri ile belirgindir.

2) Kaygısızlık tepkisi. Apati, inkar ve uygunsuz duygulanım ile belirgin olup, sağ hemisfer lezyonlarında görülür.

3) Aprosidial. Dil ve iletişimin duygulanıma ilişkin boyutunun kaybı ile belirgin olup, sağ posterior inferior frontal bölge lezyonlarında görüldüğü belirtilmiştir.

Stroke sonrası gelişen psikiyatrik sendromlardan en sık olanı ve en geniş araştırılanı, depresyondur. Ancak, stroke ile birlikte organik sanrısal sendrom, deliryum, mani, paranoid sendrom da bildirilmiştir. Lezyonun yeri ve yeti yitiminin derecesinin inme sonrası depresyonun seyrini etkilediği belirtilmiştir. İnme sonrası depresyonun akut devrede bilişsel işlev bozukluğuyla bağıntılı olduğu gösterilmiştir. Kronik evrede bu bağıntı ortadan kalkmaktadır. Subkortikal lezyon sonrasında gelişen depresyon kortikal lezyon sonrasında gelişen depresyona göre daha çabuk iyileşmektedir. Ancak depresyon şiddetinin yeti yitiminin derecesiyle bağıntılı olmaması depresyonun yalnızca yeti yitimine tepkiden ibaret olmadığının kanıtıdır.

Parkinson Hastalığı

Parkinson hastalığı, hareketlerde yavaşlama, tremor, rijidite, akinezi, abuli, maske yüz ile belirgin bir nörolojik hastalıktır. Otonom işlevlerde bozulma ve düşünce süreçlerinde yavaşlama ve emosyonların denetim güçlüğü eşlik eder. Parkinson hastalığı idyopatik olabileceği gibi, ilaçlara bağlı ikincil parkinsonizm de olabilir. Parkinson hastalığına ilişkin bilgi birikimi arttıkça, bu hastalığın bir hareket bozukluğu olmanın yanı sıra bir ruhsal bozukluk olduğu ortaya çıkmaktadır. Motor hareketler ile duygulanım arasındaki etkileşim birçok diğer klinik durumda da gözlenmektedir. Örneğin depresyonda hareketsizlik, manide aşırı hareketlilik, anksiyetede yerinde duramama görülür, geç diskinezi stresle artar. Parkinson hastalığında dopaminerjik sistem dışındaki nörotransmitter sistemlerinde de bozukluk olduğu gösterilmiştir.

Etyolojisi ne olursa olsun, parkinsonda esas olarak beynin sunstansla nigra bölgesinde dopaminin işlevsel azlığı söz konusudur. Öte yandan dopamin sistemindeki bozulma yanında, zaman içinde kimyasal ileticiler arasındaki denge bozulur ve katekolamin işlevleri aksar. Böylece Parkinson hastalığında motor faaliyetlerin yanında, bu ortak nörofizyolojik işlev bozukluğuna bağlı emosyonel bozukluklar da gelişir. Nitekim Parkinson hastalığında beyinde noradrenerjik nöronlarda dejenerasyon ve serotonin bağlanmasında azalma bildirilmiştir.

Parkinson hastalarında en sıklıkla ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar demans, depresyon ve psikozdur. Hastalığın başlangıç dönemlerinde ya da dopamin agonistleri ile tedavi sürecinde yaygın anksiyete bozukluğu bildirilmiştir.

Erken başlangıçlı Parkinson hastalığında depresif belirtilerin daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Bradikinezinin ön planda olduğu Parkinson hastalığında depresyonun, tremorun ön planda olduğu Parkinson hastalığından daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Parkinson hastalığında görülen depresyonun genellikle atipik belirtilerle seyrettiği, panik atakları ve anksiyetenin sık görüldüğü bildirilmiştir. Depresyonun varlığı Parkinson belirtilerinde alevlenmeye neden olmaktadır.

Parkinson hastalarında nöropsikiyatrik komplikasyonlardan ikincisi demanstır. Demans oranı üç yıllık izlem sonrasında %23, altı yıllık izlem sonrasında 1/3 olarak bildirilmiştir. Hastalık ilerledikçe demans oranının arttığı görülmektedir.

Parkinsonda psikoz gelişimi daha azdır ve sıklıkla antiparkinson tedavi (dopaminerjik agonistler) ile ilişkilidir. Psikoz genellikle Parkinson hastalığının geç dönemlerinde görülür. Eğlendirici görsel varsanılar (örneğin, cüceler görme) sık görülür, ancak bazen paranoid sanrılar ve ajitasyon eşlik eder. Demansın varlığı da psikoz riskini arttırır.

Multipl Skleroz

Multipl skleroz (MS) sinir sisteminin dejeneratif demyelinizan bir hastalığıdır. Kronik seyirli ve özürlülüğe yol açan bir fiziksel hastalıktır. MS'te psikiyatrik belirtiler, psikiyatrik komplikasyonlar, psikososyal sorunlar sık ve yaygın görülür. Bu belirtiler de remisyon ve relapslarla seyrederler. İlk belirtilerin psikiyatrik olma olasılığı vardır. Klinik tablonun henüz yerleşmediği başlangıç dönemindeki hastalara yanlışlıkla konversiyon bozukluğu tanısı konabilir. MS'in başlangıç döneminde ayırıcı tanı güçlüğü sıklıkla yaşanır. MS'e sıklıkla öforinin eşlik ettiği uzun zamandır bilinmektedir. Öforinin derecesi entelektüel yıkımla bağıntılıdır. Davranışsal ve bilişsel bileşenlerin olmamasıyla maniden ayırt edilir. Son yıllarda depresyonun da ana belirtilerden biri olduğu ileri sürülmüştür.

MS'te ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukları fiziksel-ruhsal-sosyal etkileşim eksenleri açısından şu alt gruplarda inceleyebiliriz:

-Serebral hemisferlerdeki lezyonlara bağlı gelişen eksiklik (defisitler) ve serbestleme (liberasyon) bulguları ile ortaya çıkan organik süreçler. Temporal loblarda lezyonları olan hastalarda mental bozuklukların daha fazla olduğu bildirilmiştir.

-Fiziksel hastalığa tepki şeklinde gelişen emosyonel ve davranışsal tepkiler.

-Psişik çatışmaların ve psikososyal sorunların hastalığı başlatıcı ya da şiddetlendirici yönde etkili olması.

Fiziksel ve duygusal zorlanmaların, örseleyici yaşam deneyimlerinin, MS'te uyarıcı ve şiddetlendirici rolü vardır. Hastalığın gidişinde, remisyonların ve belirtilerin şiddetlenmesinin, hastaların ruhsal durumu ile çok yakın bir ilişkisi vardır. Psikolojik ve çevresel psikososyal faktörler, hastalığın belirtilerini alevlendirir. Ciddi örseleyici bir yaşam olayı, yaygınlaşmış kaygıya ya da depresyona yol açmakta, bu durum endokrinolojik ve immunolojik işlevleri bozmakta ve somatik işlevlerdeki bu (psikofizyolojik bozulma) fiziksel hastalık gelişimini kolaylaştırmakta ve şiddetlendirmektedir. Beyin hastalıkları, yüksek kortikal işlevlerde bir inhibisyon azalmasına neden olur. Bu da, çok ilkel beyin mekanizmalarının heyecansal ifadelerle birlikte ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Öte yandan yüksek beyin merkezlerinin bozukluğu ego denetim veya savunmalarını etkilemektedir. Bu da kişilik eğilimlerini yüzeye çıkarır. Bazı hastalarda regresyon (gerileme) ortaya çıkar, ya da hastalar bozuklukları inkar etmeye ve güçlüklerini en alt düzeye indirmeye çalışabilirler.

20-40 yaş arasında, yaşamın en aktif ve işlevsel olduğu, yaşam amaçlarının, ailesel, toplumsal ve mesleksel amaç ve etkinliklerin dorukta olduğu bir dönemde kronik bir hastalığın gelişimi söz konusudur. Bu insanların birçoğu yaşamlarının geri kalan bölümünün yarısını MS semptomları ile geçireceklerdir. MS ile yaşamayı öğrenmek durumundadırlar. MS hasta için bir tehdit, bir kayıp, özürlülük olarak algılanır. Vücut işlevleri, beden imajı, rol ve işteki amaçların kaybı gibi algılanır. MS'e karşı geliştirilen en yaygın tepki depresyon ve regresyondur. Ayrıca, inkar, hostilite, yansıtma ya da patolojik düzeyde bağımlılık davranışı gelişebilir.

Hastalığın ilk aşamasında (tanı) kriz ve şok tepkisi gelişir. Bunu takiben hastalığın seyri ve geleceğe ilişkin belirsizlikler, nüks endişeleri, geleceği programlama belirsizliğine ilişkin kaygılar gelişir. Hastalığın seyrinin belirsizliği, hastada yaşantısını denetleyemediği endişesine yol açar. Aile içi ve toplumsal rollerde değişiklikler, yeni bağımlılık zorunluluğu, yeterli olamama endişesine ve suçluluk duygularına neden olur. Çevreye bağımlılık zorunluluğu, hastanın yakınlarına ve tedavi ekibine beklenti, tepki, öfke ve kızgınlıkların ifadesini güçleştirir. Çevrenin ilgisini kaybedeceği, çevreye yük olacağı endişeleri, yeterli olmadığı düşünceleri ve reddedilme endişeleri gelişir. Çevrenin acıma duyguları, düşünce ve duyguların serbestçe ifadesini daha da güçleştirir. Sfinkter denetim güçlükleri, cinsel sorunlar ve kadın hastalarda hamilelik ve çocuk doğurmaya ilişkin zorluklar yeni endişeleri geliştirir. Çekicilik, yeterlilik endişeleri yanında, eşler arasında yeni rollere uyum güçlükleri ortaya çıkar.

MS'te ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar ruhsal katmanlar açısından 3 temel grupta incelenir.

1) Kognitif ve entelektüel yıkım

2) Duygu durum bozuklukları

3) Kişilik değişiklikleri

Klinik açıdan MS'deki psikiyatrik sendromları şöyle gruplandırabiliriz:

-Organik ruhsal bozukluklar (kognitif ve entelektüel yıkım) (somatopsişik etkileşim)

-Duygudurum bozuklukları (depresyon, öfori)

-Kişilik değişiklikleri

-MS-histeri ilişkisi

-Emosyonların MS'e etkisi

-Emosyonel ve davranışsal tepki ve süreçler (depresyon, somatizasyon, regresyon) ve psikososyal sorunlar

MS hastalarının %72'sine psikiyatrik tanı koyulduğu bildirilmiştir. MS hastalarının %61'inde entelektüel yıkım, %53'ünde duygudurum bozukluğu, %43'ünde kişilik değişimi olduğu bildirilmiştir. MS'lilerde bipolar bozukluk görülme olasılığının genel nüfusun 12 katı olduğu bulunmuştur. MS'te bilişsel işlev bozuklukları sık görülür. Bunlar, dikkat eksikliği, yakın bellek bozukluğu, kavramsal ve soyut düşünme yeteneğinde azalma, disfazik konuşma bozuklukları, perseverasyon, bilgi akışı ve bellek süreçlerinde bozukluk, öğrenme güçlüğü,
reaksiyon zamanı uzaması.

MS'te entelektüel işlevlerdeki ve duygudurumdaki değişikliklerle beraber kişilik değişiklikleri ortaya çıkar. Kişilik değişiklikleri, premorbid kişilik özelliklerinin belirginleşmesi veya denetimsiz biçimde ortaya çıkması şeklinde olabileceği gibi, MS'in kişilik üzerinde spesifik yıkıcı etkisine bağlı organik kişilik bozukluğu şeklinde kişilik değişiklikleri olduğu bildirilmiştir. Bu tepkiler hastanın zorlayıcı yaşam olayları ve engellemelerle mücadele-tepki gücüne, psikososyal destek sistemlerine, bozulan sistem işlevlerine ve bu işlev yitiminin algılanış şekli, kişi için özel, ailesel, ekonomik ve çevresel alanlarına göre değişir. Anksiyete ve depresif mizaçlı uyum güçlükleri, irritabilite, apati, sosyal geri çekilme sıktır. Bazı hastalarda inkar, bazılarında savaşma ruhu, bazılarında bağımlılık rolünü edilgen kabullenme ve sorumluluklardan tümüyle vazgeçme görülür.

Epilepsi

Epilepsi, "beynin geçici ve paroksismal bir işlev bozukluğu" olarak tanımlanır. Epileptik nöbetlerin %60'ında jeneralize konvülsiyonlar görülmez ve bunların %40'ında EEG bulgusu yoktur. Kompleks parsiyel epilepside davranışsal belirtiler ön plandadır. Bilişsel aura belirtileri (depersonalizasyon ve deja vü), afektif aura belirtileri (haz alma, korku ve depresyon), bilinç, algı ve bellek bozuklukları, tuhaf davranışlar, paranoid sanrılar görülebilir.

Epileptik ve psikojenik nöbetlerin ayırıcı tanısı:

EPİLEPSİ	***PSİKOLOJİK BAYILMA***
-Bilinç kaybı	*-Bilinç Kaybı ve hatırlamama yok*
-Çığlık anlamsız sesler pek olmaz.	*-Bağırma, çığlık sıktır.*
-Torik, klonik istemsiz hareketler	*-Kendini yerden yere atma*
-Dilini ısırıp zedeleyebilir.	*-Dilini zedeleme seyrektir.*
-Refleks bozuklukları vardır.	*-Refleksler normaldir.*
-İdrar kaçırma olabilir.	*-İdrar kaçırma enderdir.*
-Uykuda da gelebilir.	*-Uykuda da görülmez.*
-Siyanoz (morarma) olabilir.	*-Solukluk olabilir.*
-Bayılma sonrası konfüzyon olur	*-Bayılma sonrası konfüzyon yoktur*
-Bir günde birden fazla ortaya çıkması nadirdir.	*-Günde defalarca görülebilir*
-Nöbet sırasında tipik EEG bulguları vardır	*-EEG normal de bozuk da olabilir*
-Tetikleyici çevresel faktör şart değil	*-Sıklıkla tetikleyici çevresel faktör vardır.*
-Nöbet sonrası serum prolaktin artmıştır	*-Serum prolaktin artmaz (Trisiklik, fenotiati kullanımı hariç)*

Diğer Dejeneratif Hastalıklar

Huntington Hastalığı

Kore ve demansla karakterize kronik, kalıtsal, ilerleyici bir hastalıktır. Başlangıç aşamalarında psikiyatrik belirtilerin ön planda olması nedeniyle psikiyatrik tanı konulabilir. Huntington hastalığında sık görüldüğü bildirilen psikiyatrik bozukluklar davranım bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, diğer kişilik bozuklukları, duygu durum bozuklukları (%50'nin üzerinde), şizofreni benzeri durumlar (daha çok negatif belirtiler) ve alkol kullanım bozukluklarıdır. Depresyon, maniden daha sık görülmektedir.

Wilson Hastalığı

Otozomal resesif geçişli seruloplazmin eksikliğidir. Karaciğer, beyin, kornea ve böbrekte bakır birikimi sonucunda bu bölgelere özgü belirtiler görülür. Hastaların %10-25'inde görülen psikiyatrik bozukluklar demans, nevrozlar, manik-depresif ya da şizofrenik psikozlar, frontal lob tipi davranış bozukluklarıdır.

Progresif Supranükleer Felç

İleri yaşlarda parkinsonizm belirtileri ve oftalmopleji ile ortaya çıkan dejeneratif bir hastalıktır. Depresyon sık görülür. Ajite depresyon benzeri kişilik değişimi olabilir. Hafif subkortikal demans görülür.

Meige Sendromu

Blefarospazm, oral grimaslar ve boyun kontraksiyonu ile karakterize bir istemsiz hareket bozukluğudur. 50'li yaşlarda görülür, kadınlarda daha sıktır. Dopaminerjik işlev bozukluğuyla ilişkili olduğu tahmin edilmektedir. Konversiyon bozukluğundaki postüral distonilerden farklı olarak distoni hareket sırasında görülür. Eşlik ettiği psikiyatrik bozukluklar depresyon ve obsesif-kompülsif belirtilerdir.

Amyotrofik Lateral Skleroz

Kuvvet kaybı ve atrofiyle karakterize bir dejeneratif motor nöron hastalığıdır. Bazen demans da eşlik eder. Kişilik değişimi motor nöron hastalığından önce başlayabilir.

Creutzfeld-Jacob Hastalığı

Motor nöron hastalığı eşliğinde demans görülür. Bir yıl içinde ölümle sonuçlanır. Bellek, yargılama, soyutlama, hesaplama yetileri bozulabilir, varsanılar görülebilir.

MSS Enfeksiyonları

Nörosifiliz
Menenjit
Ensefalit

Myasthenia Gravis

Sinir-kas kavşağında kolinerjik reseptör blokajı sonucunda kas güçsüzlüğü vardır. Başlangıçta histeri ve nevrasteni ile karıştırılabilir. Hastalığın başlangıç döneminde psikiyatrik tanı konulma oranı %30 olarak bildirilmiştir. Solunum kaslarının güçsüzlüğünden kaynaklanan solunum yetmezliği korku ve anksiyeteye neden olduğundan panik atak ile karıştırılabilir. Solunum işlev testleri ayırıcı tanıda yararlı olur. Stresin miyasteni belirtilerini alevlendirdiği bildirilmiştir. Bunun farkına varan hastalar öfke ve üzüntü gibi olumsuz duygularını baskılarlar. Hastalığa ilişkin çaresizlik, bağımlılık ve engellenme duyguları tipiktir. Miyastenik hastalarda bellek bozukluğu bildirilmiş ve bu santral kolinerjik reseptörlerde de işlev bozukluğu olmasıyla açıklanmıştır. Miyastenia gravis tedavisinde kullanılan kortikosteroidler ve ACTH'nın da bilişsel ve afektif yan etkileri vardır.

Avitaminozlar

Niasin eksikliği

Pellegra artık seyrek görülmektedir. Alkolik ve vejeteryenlerde görülebilir. İlk bulgular apati, iritabilite, insomni, halsizlik ve depresyondur. Nadiren akut konfüzyonel psikoz görülebilir. Diğer klinik belirtiler (dermatit, periferik nöropati, diyare) daha sonra görülür.

Vitamin B12 eksikliği

Megaloblastik anemi ve nörolojik belirtilerin (parestezi, optik nöropati) yanı sıra iritabilite, değişken duygulanım, depresyon ve bilişsel işlev bozukluğu türünden psikiyatrik belirtiler görülebilir. Malabsorpsiyon ve gastrik öyküsü olan hastalar risk altındadır. Erken tedavi ile psikiyatrik belirtiler düzelebilir.

NÖROLOJİK HASTALIKLARDA PSİKİYATRİK TEDAVİ

Nörolojik hastalıklara eşlik eden psikiyatrik morbiditenin ve psikososyal sorunların tedavi, bakım, rehabilitasyonunda birinci aşama kuşkusuz tedaviyi yürüten uzmanın yönlendirme, açıklama desteği ve hasta-hekim ilişkisindeki hasta bakımının psikolojik boyutlarına ilişkin ilkelerdir. Bununla birlikte nöroloji uzmanı ile işbirliği ve bağlantı içinde yürütülecek medikal psikoterapi ile ileri katkı sağlayacaktır. Medikal psikoterapinin temel ve öncelikli hedefleri, gerçeği kabullenmeyi sağlama, katastrofik yorumları düzeltme, hastalığın engellemelerini kabul ederken, yapabileceği, gerçekleştirebileceği yeni yaşam, ilgi ve amaçlar geliştirmesini sağlamaktır. Bu çerçevede;

- *Özürlülük değil, yetenek ve yaratıcılık üzerine odaklanılır,*
- *Gerçekçi amaçlar belirlenir,*
- *Duyguların serbestçe ifade edilmesi sağlanır,*
- *Çevrenin kabul edici tutumu yanında bunu beklemeden hastanın kendini kabul etmesi temel güven duygusunun gelişmesi amaçlanır,*
- *Onay, güven ve "abreaksiyon" gibi destekleyici yöntemler kullanılır,*
- *Olumsuz tutumlar ve uyuma dönük ve işlevsel olmayan baş etme yöntemleri giderilmeye çalışılır.*

Hastalar, hastalıkları, inceleme ve tedavi yöntemleri, tıbbi ilke ve hastalığın engellemeleri konusunda bilgilendirilmelidir. Bilgi eksikliği, yanlış yorum ve algılara neden olmakta, olumsuzlukları genelleştirici ve katastrofik yorumlar ve tepkiler gelişmekte, uyuma dönük olmayan (maladaptif) davranışların ortaya çıkma riski artmaktadır. Bilgilendirme, gerçekçi değerlendirme ve sorunları alt basamaklara indirgeyip olası çözümleri ortaya koyma süresini kolaylaştırmaktadır. Bilgilendirme aynı zamanda hastanın tedavisine etkin katılımını ve sorumluluk almasını kolaylaştırır. Bu da kendi hastalığı ve yaşamını denetleyebileceği duygu ve güvenini arttırır.

Hastanın hastalığından dolayı yaşadığı kızgınlık, tepki ve duygularının, endişelerinin serbestçe ifade edilmesi sağlanmalıdır. Hastalığın gerekli kıldığı bağımlılık ve bakım gereksinimi, bu duygusal ifadeyi güçleştirmektedir. Hastalık ile ilgili kaygı bir ölçü ve sürede normaldir, ancak hastalık öncesi patalojik kaygının fiziksel hastalık ile ileri meşguliyete yol açması, katastrofik algı ve psikolojik yıkım, psikiyatrik müdahale gerektirir. Hastanın duygularını ifade etmesine olanak sağlanır.

Sorunlar ve çözüm yolları birlikte tartışılır. Uygunsuz – etkisiz baş etme biçimleri ile mücadele edilirken yeni amaçlar ve ilgi alanları geliştirmesine yardımcı olunur. Bağımsızlığını yitiren hastalara günlük yaşamlarını düzenlerken söz hakkı verilmelidir. Anksiyete ile baş etmede kognitif-davranışçı teknikler ve gevşeme egzersizleri yararlı olabilir. Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi, nörolojik hastalığı olanlar içinde kriz müdahale psikoterapi ve kognitif psikoterapi sıklıkla tercih edilir. Burada hastanın algısal çevresindeki yanlış düşüncelerin ve yorumların düzeltilmesi amaçlanır. Algısal çerçevedeki yanlış düşünce, yorum ve tutumlara neden olan unsurlar ve süreçler basamak basamak incelenir ve düzeltilir. Aynı zamanda fiziksel hastalıktan sonra gelişen işlevsel kayıplar, kişisel ve sosyal rollerdeki kayıplar ve güçlükler, engellemelere ilişkin endişeler ve algılar üzerinde durulur.

Merkezimizde

Fiziksel hastalığınızın tedavisiyle eş zamanlı olarak psikolojik bakım ve tedavi hizmetleri sunulmaktadır.

Merkezimizden

Bireysel ve/veya grup psikoterapisi, özgür tedavi ve uygulamaları içeren bir ayaktan tedavi ünitesi yer almaktadır. Merkezimizde tıbbi ortamlarda yapısal, işlevsel ve/veya klinik nedenlerle uygulanması mümkün olmayan ileri ve özgül psikiyatrik bakım ve tedavileri sunulmaktadır. Hem ayaktan hem de yatan hastalara hizmet verilmektedir. Yatan hastaların gündüz kısa bir süre için merkezimize gelebilmeleri ile relaksasyon, kriz müdahale gibi psikolojik ve psikobiyolojik tedaviler uygulanması amaçlanmıştır. Hastaların ve hasta ailelerinin fiziksel hastalığa bağlı olarak yaşadığı güçlüklerle başetmelerinde, hastalığa uyumu kolaylaştırmada, yaşam kalitesini arttırmada eğitim ve yardıma ihtiyaç duydukları konularda danışmanlık verilmektedir.

Fiziksel hastalıkların psikiyatrisi ve bu alanın tanı, tedavi ve eğitim hizmetlerinin bir bütün olduğu ve bu alanda bir üst uzlaşma gerektiği ve doğru tanı ve tedavi için bu alanda uzmanlaşmış kişilerin görev almaları gerekmektedir. Merkezimizde fiziksel hastalıkların pskiyatrisinde eğitim almış psikiyatri uzmanlarımız yönetiminde bireysel ve grup psikoterapi hizmetleri sunulmaktadır.

Fiziksel hastalığı olan hastaların tedavisi ve bakımı ile uğraşan tedavi ekibinin bu sırada yaşadıkları sorunlara yada bilimsel ilgi çevresinde taleple bağlantılı olarak eğitim ve seminerleri yürütülmektedir.

Psikyatrik Tıp Merkezinde, kognitif yönelimli bireysel psikoterapi, grup psikoterapileri, krize müdahale psikoterapisi, destekleyici terapi, aile ve eş psikoterapisi hizmeti verilmektedir.

- *Bireysel Psikoterapiler*
- *Grup Psikoterapileri,*
- *Kanser Hastalarına ve Ailelerine Yönelik Grup Psikoterapisi*
- *Mastektomi Grubu*
- *Kronik Hastalıklar Psikoterapi Grubu*
- *Menapoz Grubu*
- *Psikosomatik Ağrı Grubu*
- *Depresyon Grubu*
- *Anksiyete ve Panik Grubu*
- *Travma Sonrası Stres Bozukluğu Grubu*
- *Yaşam Krizleri Terapi Grubu*

-Psikolojik eğitim grupları (kanser, diyabet, MS, inme, kronik hastalığı olan kişilere dönük psikoterapi, mastektomi grupları, kardiyak-bypass grupları, ağrı gurubu, psikosomatik hastalıklar, gebelik, infertilite, menopoz grupları, fiziksel hastalığa eşlik eden depresyon grupları),

- Hasta ve ailelerine yönelik psikoterapi ve destek programları sunulmaktadır. Çeşitli hastanelerimizde, kliniklerde yatarak tedavi gören hastalara yönelik ruh sağlığı hizmeti sürekli ve düzenli işbirliği ile sunulmaktadır.

Çeşitli hastanelerimizde, kliniklerde yatarak tedavi gören hastalara yönelik ruh sağlığı hizmeti sürekli ve düzenli işbirliği ile sunulmaktadır.

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

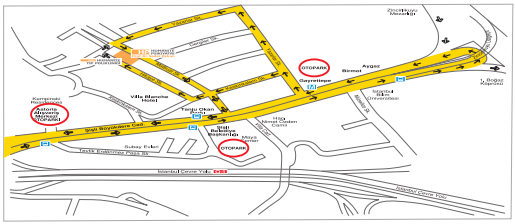
Beden-Beyin-Ruh Bütünlüğü
GÜN HASTANESİ MODELİ

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 Cd.
Ayazma Cd.
Ayazma Yolu
Kemerburgaz Caddesi
Kemerburgaz Mahallesi
Gazeteciler Sitesi Mahallesi
Gazeteciler Sitesi Cd.
Vila Marina Hotel
Tepe Oto Park
Esentepe Mah.
Esentepe Cd.
Esentepe Mah.
Esentepe Cd.
Esentepe Mah.
Esentepe Cd.