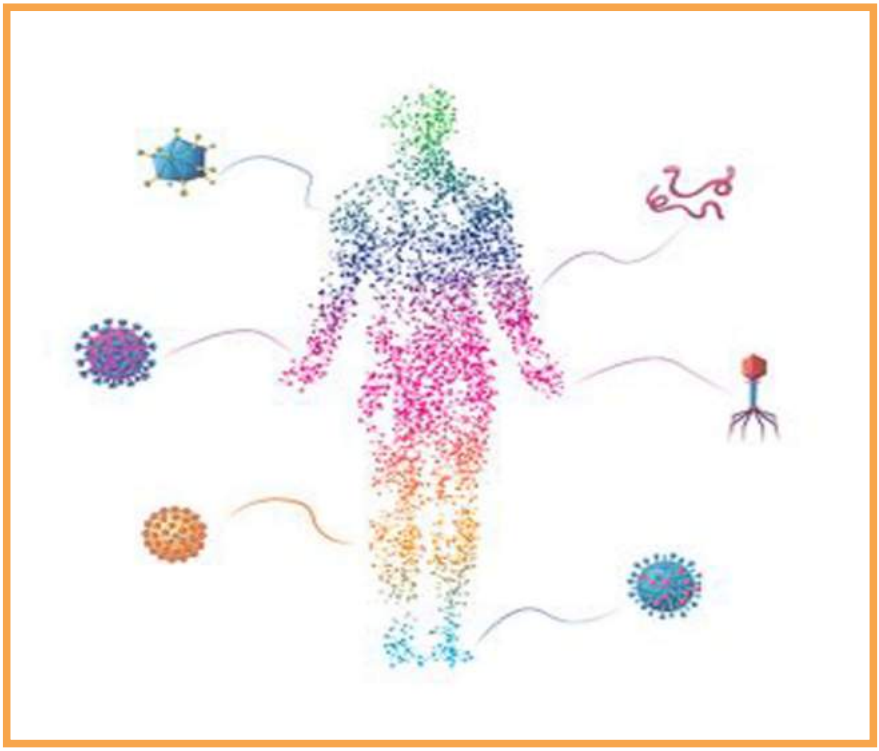
ÖZEL HP HUMANİTE TIP MERKEZİ



DAHİLİ TIPTA PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR

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...

DAHİLİ TIPTA PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR

Sağlık, fiziksel ve ruhsal yönleri ile bir bütündür. Sağlığa bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden ayrılmaz bir bütünlük ve etkileşim içerisinde yaklaşılmalıdır.

Bedensel ve ruhsal sağlığımız ayrılmaz bir bütündür. Bedensel durumumuz ruh sağlığımızı , ruh sağlığımız bedensel işlevlerimizi etkiler. Hastalıkların oluşumu çeşitli bedensel, ruhsal, çevresel etkenlerle ilişkilidir. Hastalıkların tanısı, tedavi ve izlenmesi bedensel-ruhsal- çevresel bütünlük içinde ele alınmasını gerekli kılar.

Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (Psikiyatrik Tıp, Psikosomatik Tıp) fiziksel hastalığı olanların psikiyatrik açıdan değerlendiren bir psikiyatri üst disiplinidir. Liyezon psikiyatrisi fiziksel hastalığı olan ya da cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen ruhsal kriz ve rahatsızlıkların araştırılması, tanısı, tedavisi, izlenmesi ve önlenmesine dönük psikolojik hizmet sunan özelleşmiş bir psikiyatri disiplinidir. Tıbbi tedavi ve bakım ile psikiyatrik -psikososyal bakımı bütünleştirir.

Bu kitapçıkta, dahili tıbbın ilgi alanına giren genel olarak kronik hastalıklar ve spesifik olarak kalp, akciğer, gastrointestinal, böbrek, endokrin, enfeksiyon hastalığı olanlar psikiyatrik açıdan ele alınmıştır.

Dahili hastalıklar ve tedavisi sırasında ortaya çıkabilecek ve liyezon psikiyatrisi ile işbirliği gerektirecek durumlar takdim edilmiştir.

Tedavi ve bakım hizmetinin psikolojik boyutlarıyla bütüncül eştirilmesine katkı sağlayacağı düşüncesiyle, saygılar sunarım.

PROF. DR. SEDAT ÖZKAN
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı Kurucusu Öğretim Üyesi ve Başkanı (1989-2011)
Onkoloji Enstitüsü Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı Öğretim Üyesi ve 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 (1990-...)
Humanite Psikiyatri Tıp Merkezi Direktörü

DAHİLİ TIPTA PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR

Sağlık, fiziksel ve ruhsal yönleri ile bir bütündür. Sağlığa bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden ayrılmaz bir bütünlük ve etkileşim içerisinde yaklaşılmalıdır. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (Psikiyatrik Tıp, Psikosomatik Tıp) fiziksel hastalıkların psikiyatrisini temsil eden bir psikiyatri üst disiplinidir. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi, klinik tıpta genel hastanede yatarak ya da ayaktan tedavi gören hastalara yönelik tıbbi tedavi ve bakım ile psikiyatrik tedavi ve psikososyal bakımın eş zamanlı olarak sunulmasıdır.

Her fiziksel hastalık bir krizdir. Basit (doğal) sıkıntıdan, kayıp-yas tepkisine, narsisistik bütünlüğün tehdit edildiği duygusuna dek tepkiler uyandırır. Hastalığa tepki biçimleri; regresyon, aşırı bağımlı tutum, kaçınma davranışı (her şeyden sakınma),inkar (hasta değilmiş gibi davranma), aşırı bağımsız ve başkaldırıcı tutum, öfke, paranoid düşünceler, başkalarını suçlama, suçluluk duyguları (kendini suçlama) olarak sayılabilir.

Hastaneye yatışa ve hastalığa bağlı olarak kişi çeşitli zorlanmalar yaşar. Genel tıbbi duruma bağlı hastalıklarda hastalığının niteliğine, hastaya ve psikososyal etkileşimlere bağlı olarak ortalama %20-70 arasında tedavi gerektirecek düzeyde psikiyatrik rahatsızlık gelişir.

Kronik tıbbi hastalıklar kayıplara sebep olmakta, gerek hastayı, gerekse ailesini olumsuz yönde etkileyip ruhsal belirtiler ortaya çıkarmakta, tedavi gerektiren ruhsal bozukluklara yol açabilmektedir.

Kronik hastalıklarda kayıplar şunlardır: Beden işlevlerinde kayıp, beden görünümünün bozulması ; bedensel-ruhsal özgüvenin zedelenmesi (narsisistik zedelenme), özgürlük kaybı, iş kaybı, ekonomik kayıplar, özgüven ve yeterlilik azalması, yakınların ilgi ve sevgisini kaybetme. Bu kayıplar kronik hastalığı olan kişilerin, ölüm, organlarını kaybetme, yeti yitimi, acı çekme, beden görünümünün bozulması, sevdiklerinden ayrılma; özgürlüğünü, denetimini, ekonomik gücünü kaybetme ve başkalarına bağımlı olma korkusuna neden olmaktadır.

KONSÜLTASYON LİYEZON PSİKİYATRİSİ

Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi kavramsal ve klinik açıdan insan varlığını, sağlığı ve hastalıkları biyolojik, ruhsal ve sosyal bütünlüğü içinde ele alma, çözümleme çabasının çağdaş tıbbi-psikiyatrik uzantısıdır.

Ülkemizde temel sağlık hizmetleri ile ruh sağlığı hizmetlerinin bütünleşmemiş olması en önemli sağlık sorunlarımızdandır. Genel klinik tıpta psikiyatrik sorunların tanınmaması ve hastanelerimizde tedavi gören on binlerce insanımıza ruhsal tedavi ve bakımın verilmesi en önemli sağlık sorunlarındandır.

Bu hizmeti verecek eğitilmiş elemanların olmaması en önemli nedenlerindendir. Psikiyatri yataklarının büyük çoğunluğu ruh sağlığı hastanelerimizdir. İşte KLP bu boşluğu dolduracaktır.

Hastanemizde çeşitli kiniklerde yatarak ya da ayaktan tedavi gören hastalarımızda hastalığın niteliğine, hastaya ve psikososyal etkileşimlere bağlı olarak ortalama %20-7O arasında tedavi gerektirecek düzeyde psikiyatrik sendrom gelişir. Fiziksel hastalıkların birçoğunda davranışsal, duygusal, kognitif ve insanlar arası tepkiler gelişir. Gelişen psikososyal tepkiler, hastalık, hasta, aile ve hekim için yeni güçlüklere yol açar.

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi alanında, psikiyatri ile diğer klinik tıp disiplinleri arasında işbirliği gerektiren alanlar majör psikiyatrik bozukluklarla sınırlı değildir.

Genel hastane uygulamasında psikiyatrik sorunun ne olduğuna karar verirken, beden-akıl ilişkisine ait geleneksel "dualizm" aşılmalı ve her hasta biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin bütüncül etkileşimi içinde ele alınmalıdır.

Ruhsal belirtilerin ruhsal hastalık, fiziksel yakınmaların da fiziksel hastalık anlamına geldiği indirgemeci ve klinik olarak da yanlış bir düşünceden uzak durulmalıdır.

Tamamen fiziksel yakınmalarla kendini ifade eden ruhsal bozukluk (somatizasyon) olabileceği gibi, ruhsal belirtilerle yansıyan bir tablo, fiziksel hastalığa bağlı olabilir (pankreas kanseri-depresyon ilişkisi gibi). Hastanın psişik durumu , hastalığa ve yeni duruma adaptasyonunu olumlu ya da olumsuz etkiler.

Bazı yazarlar hastalığa karşı geliştirilen tepkileri şu gruplara ayırırlar:

-"Normal" tepkiler,
-Savunma tepkisi,
-Reaktif depresyon,
-Premorbid patolojik anksiyetenin, fiziksel hastalık ile ileri meşgul olmaya yol açması,
-Pikolojik yıkım.

KRONİK HASTALIKLAR

Epidemiyolojik çalışmalarda kronik hastalıkların multifaktöryel nedenleri olduğu ve nedenleri saptamada birçok güçlükler olduğu saptanmıştır. Etiyolojik faktörlerin multifaktöryel özelliği, bilinen bir ajanın yokluğu, görünmeyen fakat varlığı uzun süre hissedilen fiziksel, sosyal, ekonomik ve ailesel çevrenin kuvvetli etkileri gibi nedenler bunlar arasında sayılabilir. Diğer bir yaklaşım da, hastalıkların saptanan faktörlerle ilişkisini belirlemektir.

Hastalık, biyolojik, kültürel, ekonomik, emosyonel ve sosyal faktörlerin birlikte bozulması sonucu oluşan bir süreçtir.

Kronik hastalığın aşamaları ve özellikleri yaşam biçimine göre birey üzerindeki etkisi ve hastalık sürecini içeren bir çatıda tanımlanır. Bunlardan bazıları:

Mailick kronik hastalıklarda üç evre tanımlamıştır:

I.evre; hastalık için tedavi ve teşhistir. Bu evre birkaç ay sürebilir.

II.evre; hastalıkla yaşamayı öğrenmeyi kapsar ve aile üyelerinin yaşamında bir takım değişikliklere neden olacaktır.

III.evre; hastalıklı epizodun son bulmasıdır. Bu genelde ölümü içerir. Hasta ve aile I. evrede fikse olabilir, diğer evrelere hiç geçemeyebilir.

Marse ve Johnson bireylerin ve ailelerin hastalıkların dönemlerine temellenmiş başetme cevaplarını tanımladıkları modelde hastalıkları dört dönemde tanımlamışlardır:

I.evre; hastalık olduğuna dair ilk şüpheler

II.evre; tıbbi bakım arandığı kriz ve bozulma

III.evre; her zamanki sorumlulukları devam ettirmek için girişimler veya kendini tekrar elde etmek için çabalar

IV.evre; hastalık nedeniyle zorlanan sınırlılıkları kabul etme ve sağlığı tekrar elde etme

Kronik hastalık süreci göreceli olarak stabil olabilir ya da remisyon ve rekürrens dönemleri görülebilir. Bu kişiler geleceğin belirsizliği, hastalığın tekrarlaması, ilerlemesi ve ölüm olasılığı ile karşılaşabilirler. Bazı bireyler için kronik hastalık deneyimi sadece semptomların şiddetlenmesi ve remisyon periyotlarından oluşan düzensiz dalgalanmalardır. Diğerleri için semptomlar, ölene kadar sabit devam eden, gerileyen süreçtir. Multipl, birbiriyle ilgili kronik durumlar birey yaşadığı süre içinde artarak aynı zamanda var olur. Bazı durumlarda da bir kronik hastalık bir başka kronik durumu tetikleyebilir.

Kronik fiziksel hastalığa hastanın en belirgin tepkileri; korku, kızgınlık, endişe, kaygı, korku, inkâr ve depresyondur. Bu tepkiler; fiziksel hastalığın özelliklerine, hastanın bireysel özelliklerine, psikososyal çevrenin desteği ve etkileşim özelliklerine göre şekillenir. Fiziksel hastalığın ne olduğu, şiddeti, süresi, hangi organ ve dokuların etkilendiği, hasta için bunların sembolik anlamı, fiziksel işlev kaybı ve bu kayba ilişkin hastanın değerlendirmesi, kaybın kişisel anlamı ve önemi tepkilerin ortaya çıkışında önemli rol oynar. Hastanın bireysel özellikleri, kişilik yapısı, gelişimsel faktörler, inançlar, tutumlar, daha önceki zorlanmalara verdiği psikolojik cevaplar ve kullandığı çözüm yolları, ailenin hastalığa tepkisi da o sırada vereceği emosyonel cevapları değerlendirmede yardımcı olabilir. Hastanın hastalığını nasıl algıladığı, değerlendirdiği, belirtilere karşı koyduğu (ya da koymadığı) davranış ve tutumlar hastalık davranışını belirler.

Kronik hastalığa yüklenen anlam:

1-Sevilmemeye giden bir cezalandırılma olarak hastalık: Kişi hastalığını yaşam trajedilerindeki bildikleri veya bilmedikleri haksızlıkların cezası olarak görebilir. Böyle gören hastalar hastalıklarını hak etmiş olduklarını düşündüklerinden hastalıklarıyla savaşmayabilir, yardım aramayabilir veya tedavide işbirliği yapmayabilirler. Sevilmeme duyguları kronik hastalığın değişmez işaretlerindendir. Sıklıkla depresyon görülür. Depresyonda benlik saygısının düşmesi, mantık dışı suçluluk duyguları ve hastalığın neden olduğu kısıtlamaların ötesinde bir umutsuzluk durumu gözlenir. Hasta cezalandırıldığını ve cezalandıran tarafından sevilmediğini düşünür. Bulaşıcı bir hastalığa sahip kişiler dokunulmaz sınıfındadırlar ve toplumun dışına itilirler.

2-Çaresizlik yaratan hastalık: Kişi hastalanmayı rahatsızlık verici olmanın yanı sıra aşağılayıcı ve alçaltıcı bulabilir. Kontrol kaybı, statü kaybı, mevkinin elinden alınması çaresizlik duygusuna katkıda bulunur. Hastalık çocukluk çağının çaresizliğini taklit ederek geriletici etkisini gösterir. çaresizlikten duyulan öfke ve nefret edilen bağımlılık durumuna geri dönüş evrensel olarak kronik hastalıklara eşlik eder.

3-Ihanete uğrama duygusu içeren hastalık: Bu, kronik hastalığın narsisistik ihanetidir. Bedenlerinin hatasız olmasını isteyen mükemmeliyetçi kişiler herhangi bir hastalık ve hatta yaşlanma sürecine bile katlanamazlar. Onlar herkese öfkelidirler. Hastalık başladığında, çok erken kayıp ve travmalarda olduğu gibi ihanete uğradıklarını hissederler.

4-Benlik değişimi olarak hastalık: Kronik hastalığa uyum sağlama sırasında ters bir intrapsişik süreç yaşanır. Kronik hastalığı olan hastalar kendilerinde bir hasar olmadığına ve hastalığın tedavisinin benliğin dışında sürdüğüne inanırlar. Bu tutum göğüs kanseri gibi durumlarda en belirgindir. Mastektomi sonrası yadsıma, aşırı telafi çabaları gözlenir.

Ancak kayıp organ için tuttuğu yas sonrasında temel olarak kendisinin değişmediğini belirtir, alınan sadece hasta bir göğüstür.

Saldırı sınırlara dayandığında bir kısmının feda edilmesi gerekebilir. Kişi "bacağımı, kalbimi veya gücümü alabilirler, ama beni yıkamazlar" diye düşünebilir.

5-Arddüşünce olarak hastalık: Kronik hastalıklar aklı meşgul etmesi nedeniyle kişinin yaşamında merkezi bir noktayı oluşturma kapasiteleri vardır. Kronik hastalığı gözardı etmek zordur ve bize bedenimizde hapsolduğumuzu hatırlatır. Hastalık psikolojik bir arddüşünce haline de gelebilir, böylece çatışmadan kurtulan ego başka şeylerle ilgilenebilir.

6-Kayıp nedeni olarak hastalık: Hastalık sürecinde iyiden kötüye bir değişim olduğunda ve bir kayıp ortaya çıktığında katlanılması zorlaşır.

KALP HASTALIKLARI

Çağdaş tıp ve psikiyatrideki gelişmeler beyin, psikososyal zorlanmalar, duygulanımlar ve kalp arasındaki ilişkiyi ve bu ilişkinin mekanizmasını klinik ve deneysel olarak ortaya koymuştur. Psikokardiyoloji bu ilişkiyi inceleyen bir disiplindir. Kalp hastalıkları ve kardiyak cerrahi girişimlerinde ortaya çıkan psikolojik durumların tanı ve tedavisi ile uğraşan psikokardiyoloji, liyezon psikiyatrisi bilim dalı hizmet yelpazesi içinde bir alt disiplindir. Kalp hastalarının konsültasyon liyezon psikiyatrisi, kardiyoloji ve kardiyovasküler cerrahisi ekip işbirliği içinde ortak ele alınması tanı, ayırıcı tanı ve tedavide çok önemlidir.

Tıbbi servislerde en sık rastlanan yakınmalardan biri göğüs ağrısıdır. Birçok panik bozukluğu veya depresyonu olan hasta, göğüs ağrısı ile acil kliniklere başvurmaktadır. Koroner arter hastalığı belirtisi olduğu düşünülen göğüs ağrılı hastaların %30'unun normal koroner arterleri olduğu saptanmıştır. Panik bozukluğu belirtisi olarak göğüs ağrısından yakınan hastalarda, belirgin psikososyal zorlanma bildirilmiştir. Koroner arter hastalığı olduğu anjio ile de tespit edilen hastaların % 6'sı panik bozukluğu tanısı da almışlardır. Başka bir çalışmada koroner arter hastalığı ve ani ölüm riski fobik anksiyete düzeyleri ile belirgin korelasyon gösterilmiştir. Panik epizodlar iskemiyi ve dolayısıyla göğüs ağrısını arttırırken, bu durumda gene anksiyeteyi etkileyerek panik atakları tetikler ve bir kısır döngü oluşmuş olur.

Psikiyatrik bozuklukların gelişiminde hem nörobiyolojik işlev bozukluğu, hem de kognitif, afektif ve reaktif psikopatolojiler rol oynar. Kardiyovasküler ilaçlar ve cerrahi girişimler mental değişikliklere neden olabildiği gibi, psikotrop ilaçların da normal ve patolojik kardiyovasküler işlevlere etkilerini bilmek gereklidir. Kişilik özellikleri psikososyal zorlanmalar gibi depresyonla ilişkili değişkenler kişiyi nöroendokrin ve psikosomatik mekanizmalarla kardiyovasküler hastalığa yatkın hale getirebilir. Stresli yaşam olaylarına ve depresyona eşlik eden nöroendokrin süreçler , kardiyovasküler hastalık riskini arttırırlar. Psikolojik ve duygusal zorlanmalar otonom sinir sistemi yoluyla ve limbik hipotalamik hipofizer ekseni etkileyerek doğrudan kardiyovasküler sistemi etkilerler. Ayrıca depresyonda adrenalin, kortizol ve nörokimyasal salgı değişiklikleri kalbi etkiler.

Kalp hastalığı için psikolojik risk faktörleri

-Kişilik özellikleri
-Düzensiz yaşam
-Stres
-Ani yaşam değişiklikleri
-Kayıp olayları

Kalp hastallklan ve özellikle Ml, psikiyatrik komplikasyonların en fazla geliştiği hastalıklardandır. Ml geçiren hastalarda bir dizi zihinsel ve davranışsal uyum süreçleri yaşanır.Ml geçiren hasta için en önemli tehlike, semptom başlangıcıyla hastaneye varış arasında geçen süre aralığı olarak gecikmedir. Ml'dan ölümlerin °/055-80'i ilk dört saat içinde olurken, kişinin kendi yararına enerjik bir yol izlemesini engelleyen yadsıma savunma mekanizmasıdır. Basit anlamda kişisel tehlikenin yok sayılmasıdır. Ml'da akut fazda ciddi emosyonel zorlanma söz konusudur. Bunun temelinde ölüm korkusu vardır. Ml bir kayıp tepkisine ve yeterlilik-değerlilik duygusunun zedelenmesine yol açar. Bir anlamda kalple birlikte benlik (eg0)'da enfarktüs ve zedelenme yaşamaktadır.

Depresyon ve kardiyovasküler hastalığın seyri, iskemik kalp hastalıklarında akut dönemde kaygı ve panik, orta ve geç; dönemde depresyon ortaya çıkar.

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.

AKCİĞER HASTALIKLARI

Kronik hipoksi, kognitif fonksiyonlarda ve duygu durumda değişikliklere neden olur. PCOZ ve asit-baz dengesindeki değişikliklerin serebral kan akımı ve nöronal fonksiyon üzerinde derin etkilere sahiptir. PCO2'de akut yükselme bilinç durumunu tehlikeye sokar. Kronik hiperkapni baş ağrısına ve durgunluk/donukluk, motivasyon eksikliğine ve üretkensizlik durumuna yol açar. Hipokapni de hatırlayabilme yeteneğini azaltır. Dispnenin ciddiyeti hastanın yaşam kalitesini ve fonksiyonel durumunu etkiler, bu ciddiyeti kişinin nasıl algıladığı da, duygudurum, hiperventilasyon eğilimi, katastrofik kognisyon, dispne korkusu, semptomun intrapsişik anlamı ile koreledir.

Anksiyeteye bağlı hiperventilasyon serebral kan akımının azalmasına, boşluk ve depersonalizasyon hislerine yol açar. Nefeste kesilme ve hava açlığı panik atağın ipuçları olabilir. Sıklıkla panik atakla ilişkili olan, fobik semptomlar pulmoner hastalığı olanlarda anksiyete bozukluğunun varlığı başka bir ipucu olabilir.

Anksiyete bozukluklarının tedavisi, yaşam kalitesi kadar, ataklara hastanın cevabını da etkileyebilir. Astım ile panik bozukluk ve diğer anksiyete bozuklukları arasında yüksek komorbidite bildirilmiştir. Astım ve panik bozukluklu olanlar, panik bozukluğu olmayanlara göre, inhalasyon challenge testi sonrası daha fazla nefes açlığı algılamışlardır.

Astımlı bireyler genel populasyonla karşılaştırıldığında, anksiyete ve depresif bozukluk insidansları yüksektir. Astım hastalarında yapılan çalışmalarda % 29-65 oranında psikiyatrik morbidite bildirilmiştir. Psikolojik ve emosyonel sorunlar, yaşamın seyrini tehdit eden astımı büyük ölçüde etkiler. Stres, anksiyete, depresyon ve olumsuz psikolojik uyaranlar astım epizodlarını etkiler. Olumsuz psikolojik uyaranlar, yaş, cinsiyet, astım ciddiyeti, pulmoner tanılama yönteminden bağımsız olarak astım ataklarını tetikler.

KOAH hastalarında duyguları direkt hastalık sürecine bağlamak yerine, daha çok bireyleri hastalığa iten davranış ve yaşam tarzı incelenmiştir. KOAH'Ilı hastalarda kronik hipoksi, günlük aktivitelerde kısıtlama, duygudurumda labilite, deliryum ile düşünce ve duygudurum için tehdit oluşturabilir.

Panik tedavisi için benzodiazepinler , solunum depresyonu korkusu ile konservatif olarak kullanılır ; fakat paniğin ve beklenti anksiyetesinin rahatlaması için yararlıdır.

SSRl'lar bu alanda tedavi amaçlı kullanılır. Solunumu baskılama riski olmaksızın korku ve ajitasyonu azaltmada nöroleptik ilaçlar düşük dozda da yararlıdır. Bu hastalaryüksek dozda steroid kullanırlar. Steroidlerin psikiyatrik yan etkileri dozla ilgili olduğundan, ajitasyon ve manibelirtileri ortaya çıkabilir, dönem dönem duygudurumda dalgalanma veya depresif durum morbiditeye iştirak edebilir. Steroid tedavisinin yan etkileri düşük doz nöroleptiklere akut olarak cevap verebilir. Antiastmaty´iky´ ilaçların yarı etkileri çarpıntı, insomnia ve huzursuzluk.

GASTROİNTESTİNAL SİSTEM HASTALIKLARI

IBH, idyopatik, kronik, sistemik tutulumu olan bir hastalık grubudur. Barsak ve barsak dışı klinik görünümleri olup, iki ana şekli bulunmaktadır: 1- Ülseratif kolit, 2- Crohn Hastalığı.

lBH'nda hastalık aktivitesinin belirlenmesi girişimleri ilk kez 1900'lerin başlarında gerçekleştirilmiştir. Ülseratif kolit ve emosyonel faktörler arasındaki ilişki ise 1930'da Murray tarafından gözlenmiştir. 1932'de ise Crohn hastalığı ayrı bir entide olarak tanımlanmıştır.

Bu tabloya Crohn hastalığında fistüller ve obstrüksiyon da eklenmektedir. Barsak dışı tutulumlar ise; anemi, elektrolit anomalileri, sakroiliitis, ankilozan spondilit, Osteoporoz, oküler lezyonlar,cilt lezyonları olarak sıralanabilir. Tedavide, kortikosteroidler ve sülfasalazin kullanılmaktadır. Komplikasyonlar arasında özellikle üıseratif kolit için "toksik megakolon" ve her iki hastalık için de kanser oluşumu sayılabilir.

Ülseratif kolitin tanımının yapıldığı ve emosyonel faktörlerle arasındaki ilişkinin vurgulandığı dönem Amerika Birleşik Devletleri'nde psikosomatik hastalıklar konusunun da en yoğun tartışıldığı yıllara rastlamaktadır. Bu yüzden psikosomatik hastalıklar içindeki yeri dikkat çekicidir. Psikosomatik kuramın gelişiminde önemli katkıları olan F.Alexander'a (1950) göre ülseratif kolitli kişide bağımlı obje ilişkisi ile ilgili figürün isteklerini yerine getirme zorunluluğu ve verme güçlüğü arasında yaşanılan çatışma büyük rol oynamaktadır. Engel ise bu kişilerin yaşamlarındaki önemli kişilerden ayrılmaya aşırı derecede duvarlılık gösterdiklerini gözlemlediğini bildirmektedir. Freyberger (1969) hastaların sembiyotik ilişkilerin hakim olduğu ailelerden geldiklerini, benlik saygılarının düşük olduğunu yetersizliğe aşırı derecede duyarlı olduklarını ifade etmektedir.

Ayrıca agresyon inhibisyonunun kolitli hastaların temel karakteristiği olduğunu bildirmektedir. Bu kişiler bilinçli agresif yaşantı ve davranışlarda yetersizlik göstermektedirler. Petzold ve Reindell, Cr0hn'lu hastaları ülseratif kolitlilerden ayırmakta ve Crohn'luların ebeveynleriyle sembiyotik ilişkilerinin ülseratif kolitlilere göre daha az olduğunu belirtmektedirler. Buna paralel olarak Crohn'luların bireyselleşmelerinin daha fazla gelişmiş olduğu görüşündedirler. Psikodinamik yönelimli yazarlar lBH'ı olan kişilerin ortak özelliklerinin; tartışmadan kaçınmaları ve duygularına izin vermedeki yetersizlikleri olduğu konusunda benzer görüşler sunmaktadırlar.

BÖBREK HASTALIKLARI

Hastada somatik işlevlerdeki bozulmadan ziyade duygudurum, davranış, ilişkiler, algılama, düşünce içeriği açısından değerlendirerek en kısa zamanda fiziksel hastalığı olan kişilerin ruh sağlığı ile uğraşan konsültasyon liyezon psikiyatrisine başvurmalıdırlar.

Bu hastalarda sık karşılaşılan ruhsal sorunlar arasında uyum güçlüğü ve davranış sorunları da önemli yer tutar. Böyle hastalarda karşılıklı sağlıklı işbirliği kurulamaması önemli bir psikolojik unsur ve komplikasyondur. Bu durum ender olmayıp diyaliz ünite ekibi içinde önemli bir stres kaynağıdır. İşbirliğinin kesilmesi hastaların yapılan tıbbi girişimleri engelleme bazen bunlara karşı çıkma, uymaları gereken diyete uymamaları, ilaçlarını düzenli kullanmama, diyaliz seanslarına düzenli girmeme, bazen tedavi ekibine sözel veya fiziksel saldırı gibi davranışlar içine girerek kendisini gösterebilir. Bunların birçoğu yer değiştirmiş öfke ve kızgınlığı yansıtır.

Kronik böbrek yetmezliği gibi tıbbi ve ruhsal sorunların iç içe yaşandığı, birlikte görüldüğü hastalarda , hastayı bedensel, ruhsal ve ailesi ile birlikte ele almanın ve bu temel konular üzerinde görüşmenin bizzat kendisinin tedavi edici/tedaviyi kolaylaştırıcı etkisi olacağı bilinen bir gerçektir.

Kronik böbrek yetmezliği gibi tıbbi ve ruhsal sorunların iç içe yaşandığı, birlikte görüldüğü hastalarda , hastayı bedensel, ruhsal ve ailesi ile birlikte ele almanın ve bu temel konular üzerinde görüşmenin bizzat kendisinin tedavi edici/tedaviyi kolaylaştırıcı etkisi olacağı bilinen bir gerçektir.

Özellikle hemodiyalize giren hastalarda depresyon, anksiyete, somatik yakınmalar ve kişilerarası ilişkilerde bozuklukların yanı sıra tedavi ekibine ve hafta da 3-4 gün diyaliz makinesine bağımlı hale gelmek hastalık nedeniyle oluşan bütün sorunları daha da arttırmaktadır. Bütün bu sorunlar hastanın tedaviye uyumunu bozmakta, hastanın yaşam kalitesini kötüleştirmektedir.

Hastaların sorunlarını anlama, kendilerine yapılan her türlü tıbbi girişim ve tedavi konusunda bilgilendirme, destek ve gerçekçi güven vermenin önemi unutulmamalıdır. Hemodiyaliz hastalarının tedavisinde nefroloji ve psikiyatri uzmanlarının hastayı birlikte ele almalarının ruhsal ve bedensel yönden değerlendirerek psikofarmakolojik yaklaşıma da erken başlamalarının yararlı olduğu görülmektedir.

Hemodiyaliz tedavisine alınan birçok hastanın anksiyete ve depresyon düzeylerini azaltması, yaşam kalitesini iyileştirmesi nedeniyle antidepresan tedavinin gerekli ve yararlı olabileceği gözlenmiştir. Özellikle yan etkisi az, plazma yarı ömrü kısa olan ve hastalar tarafından iyi tolere edilebilen bir anti depresan ilaç seçimi uygundur. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi ile işbirliği sadece sorunlar ortaya çıkınca hasta ile ilgili psikiyatri konsültasyonu istenerek sorunların çözümlenmesini değil olası sorunlar ortaya çıkmadan da tedavinin aksamadan sürdürülmesini sağlayacaktır. Bu nedenle hastayı izleyen hekimin kronik böbrek hastalarını sadece fizik muayene ve laboratuar tetkikleri ile değil; ruhsal psikososyal sorunlarının da olabileceğini düşünerek ilgilenmesi gerekir. Böyle bir yaklaşık tarzının hastalarda gelişebilecek olan komplikasyonları erken önleme, yaşam kalitesine olumlu etkide bulunma, hastaların hastalıklarına ve tedavilerine daha iyi uyum yapabilmelerine fayda sağlayacaktır.

ENDOKRİN VE METABOLİK HASTALIKLAR

Çağdaş bilimsel anlamıyla stres ile hastalıklar arasındaki ilişkiyi deneysel olarak ilk gösteren Cannon olmuştur. Selye'de stres ile hipofiz-adrenokortikal sistemin uyarıldığını saptamış ve genel adaptasyon sendromunu tanımlamıştır. Böylece organizma için zorlayıcı uyaranlar karşısında sempatik sinir sisteminin, medullanın ve korteksin uyarıldığını göstermiştir.

Genel adaptasyon sendromunun davranış araştırmaları ışığında araştırılması ve yorumlanması bir dış (psikososyal) uyaranın stres olarak algılanmasındaki kognitif süreçleri, davranışları, tepkileri ve psikolojik uyum mekanizmalarını anlamamızda yardımcı olmuştur. Kişinin daha önceki deneyimleri, kişilik yapısı, baş etme yöntemleri, öğrenmeleri, algısal çerçevesi bir dış uyaranın zorlayıcı olarak değerlendirilmesini etkilemektedir.

Hipotalamuz-hipofiz eksenindeki bozukluk psikiyatrik semptomlara yol açar. Cushing sendromu, anterior hipofiz tümörleri, ektopik ACTH salgılayan tümörler, terapötik ACTH veya steroid salınımları, primer adrenal adenom veya kanserlere, retardasyon, irritabilite ve hatta intihar girişimlerinin de yer aldığı depresif tablo içinde sıklıkla olurlar. Bu oran % 20-80'dir.

Depresif tablo distimi ya da major depresyon ölçütlerini karşılamaktadır. Uykusuzluk yaygındır. Depresif bulgulara bazen nöropsikolojik bozukluklar ve değişiklikler iştirak eder. Depersonalizasyon, dikkat ve diğer bellek işlevlerinde karışıklık, yuksek kortikal, duyusal ve motor sistem işlevlerinde bozulma dikkati çeker. 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 afektif bozukluk olan hastalarda cushing hastalığı düzelmesine rağmen depresyon devam edebilmektedir.

Addisonda ise apati, psikomotor retardasyon, dikkat eksikliği, sosyal geriçekilme, düşünce akışında yavaşlama, düşünce içeriğinde fakirleşme %80 olguda saptanır.

Diyabete ilişkin psikiyatrik araştırmalar hormon-davranış-psikopatoloji ilişkisini anlamamıza yardımcı olmaktadır. Psişik çatışma ve gerginliklerin kan şekerini etkilemesi ve bunun nörobiyolojik ve psikopatolojik mekanizmalarının anlaşılması, psikosomatik tıp anlayışında ileri gelişmelere yol açmıştır.

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.

B12-VİT EKSİKLİĞİ

Kobalamin olarak ta adlandırılan B12 suda eriyen bir vitamindir. Diğer suda eriyen vitaminlerden farklı olarak vücut dokularında depolanabilir. Bu yüzden eksiklik belirtilerinin ortaya çıkması yıllar alabilir. Vitamin B12 hayvansal gıdalarda bulunur. Karbonhidratlar, protein ve yağların işleme tabi tutulması için gereklidir. Özellikle sinir hücrelerinin büyümesi ve tüm hücrelerin tamirinde önemli rol oynamaktadır. Protein oluşumunda aminoasitlerin işlevinde rol oynamaktadır. Folik asit ile bileşimi sinir hücrelerinin kılıflarının korunabilmesi ve DNA sentezi için gereklidir; sinir İletilerini kolaylaştırır.

Vitamin B12 kaynakları; dana eti, dana karaciğeri, böbrek, süt ve süt ürünleri, peynir, yumurta, midye, dil balığı, ringa balığı, uskumru, sardalya B12 vitamini içeren yiyeceklerdir. Sebzelerde ise B12 vitamini bulunmaz. Vitamin B12'nin yararları ise;

-Normal büyüme gelişmede olumlu rol oynar.
-Sinir hasarlarında tedavi edici rol oynar.
-Pernisiyöz anemi tedavisinde kullanılır.
-Mide barsak sisteminin bir kısmı cerrahi olarak çıkartılmış hastalarda oluşabilecek B12 vitamin eksikliğine bağlı belirtileri önler.
-Vejeteryanlarda ve birtakım emilim bozukluğu olan hastalarda oluşabilecek B12 vitamin eksikliğine bağlı belirtileri önler.
-Bağışıklık sistemini ve sinir sistemini güçlendirir.

B12 vitamini ince barsaklarda emilir. Diyetle yetersiz alınım, bazı hastalıklar sebebi ile ince barsaklardan yetersiz emilim B12 vitamin eksikliğini oluşturur.

Hafif derecede B12 eksikliği çok sık görülür. Uyuşukluk, unutkanlık, sabahları yataktan yorgun kalkma gibi belirtiler verir. Ağır vitamin B12 eksikliğinde ise sinir fonksiyonlarının bozulduğu kronik hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Kalıcı sinir harabiyetine yol açabilir. Yaş ilerledikçe vitamin B12 eksikliğinin görülme sıklığı artmaktadır. Araştırmalar 65 yaşın üstündeki kişilerin yaklaşık %40'ında vitamin B12 eksikliği olduğunu göstermektedir. Bu yaşlarda görülen bazı zihinsel bozukluklar ve depresyonun bu nedenle oluşabileceği düşünülmektedir. Alzheimer hastalığına benzer belirtiler verebilir ve eksiklik uzun yıllar sürerse zihinsel bozulma geriye dönüşümsüz hale gelebilir. Asetilkolin üretimini arttırdığı ve beyinde sinir iletimini düzenlediği için Alzheimer hastalığında koruyucu rolü olabileceği düşünülmektedir. Folik asit ile birlikte doğum defektlerini önlemekte önemli rol oynar. Yine folik asit ve B6 vitamini ile birlikte kalp hastalıklarını ve damar tıkanıklığını önleyici rol oynamaktadır. Çocuklarda görülen astımların, depresyonun, şeker hastalığına bağlı nöropatilerin, düşük sperm sayısı ve spermlerdeki hareket yetersizliğinin tedavisinde de B12 vitamini kullanılmaktadır.

SİSTEMİK LUPUS ERİTOMATOZUS

Sistemik Lupus Eritematozus (SLE), sebebi bilinmeyen cilt, eklem, böbrek, kalp zarı, akciğer zarı gibi bir çok doku ve organ iltihabına bağlı çok sayıda bulgularla giden, değişik seyir gösteren ve çeşitli bağışıklık sistemi (immünolojik) anormalliklerle karakterize otoimmun, kronik sistemik bir hastalıktır. Hastalık ilk kez nöropsikiyatrik belirtilerle belirgin hale gelirse SLE tanısı koymak güçtür. Sinir sistemi belirtiler de bu hastalarda oldukça değişiktir. Hastalarda psikoz, organik beyin sendromu, başağrısı, depresyon gibi bulgular yanında epilepsi nöbetleri, beyin kanaması, geçici felçler görülebilir. Psikiyatrik bulgulardan depresyon, psikoz kortizon kullanımına da bağlı olabilir.

KRONİK YORGUNLUK SENDROMU

Kronik yorgunluk sendromu (KYS), halsizlik, yorgunluk ile karakterize, farklı ve değişik şiddette klinik belirtilerle kendini ortaya koyan, yeti yitimine yol açan karmaşık bir hastalıktır. Hastalar 6 aydan uzun süren, yatak istirahatı ile düzelmeyen, mental veya fiziksel egzersiz ile çok daha kötüleşen, genellikle iyilik ve alevlenme dönemleriyle seyreden halsizlikten yakınırlar. Bunun yanında baş ağrısı, tekrarlayan boğaz ağrısı, kas-eklem ağrıları gibi özgün olmayan pek çok şikâyetle birlikte bazı kognitif bozukluklardan yakınırlar. Tanısı için halsizliğe sebep olabilecek diğer birçok hastalığın dışlanması gerekir. Yıllarca sürebilen bu bozukluğun henüz sebebi tanımlanamamıştır. Ancak bu konuda çalışmalar sürdürülmektedir.

ROMATOLOJİK HASTALIKLAR

Sakatlık riski taşıyan kronik bir hastalık olarak romatoid artrit (RA) hastalığın getirdiği tıbbi, sosyal, maddi kısıtlamalarla ilişkili psikolojik ve sosyal sorunlara psikiyatrik bozukluğa neden olur. RA hastalarında zorlanmalar ve tepkiler;
-Devamlı ağrı ve yaşamsal aktivitelerindeki kısıtlanmalar nedeniyle başa çıkma yetenekleri azalabilir, anksiyöz ve depresif hal gelişebilir.

-Hastalık öncesi yaptıkları aktiviteleri yapamamanın üzüntüsünü yaşarlar ve hayatın kendilerinden erken alındığını hissedebilirler.

-Buna tepkileri depresyon, kızgınlık, düşmanlık veya inkâr şeklinde olabilir.

-Bazı hastalar kendilerini umutsuzca başkalarına bağımlı hissederler ve bazıları durumu kabullenir, bazıları şiddetle inkâr eder ve sunulan her türlü yardımı reddederler.

-Sağlıklı olanlara karşı kızgınlık hissedebilirler.

-Ailesi-çevresi için yük haline gelme korkusu yaşayabilirler.

-Kişilerarası ilişkileri genellikle gergindir ve karşılaştıkları sorunlar nedeniyle kendilerini çevreden soyutlayabilirler.

-Gelecek korkusu olabilir. Hastalık tekrar alevlenecek mi? Ağrılarım düzelecek mi yoksa daha da mı kötüleşecek? Hayat boyu ilaç almam gerekecek mi? Sonunda tekerlekli sandalyeye mi mahkûm olacağım? Kendi işlerimi göremez hale mi geleceğim? soruları gündemdedir.

-Eski çözümlenmemiş sorunların, çatışmalar gündeme gelebilir.

-Sosyal kayıplar, sevgi, ilgi, destek, onay kaybetme korkusu olabilir.

-Beden görünümüne ilişkin endişeler gelişebilir.

RA hastalarında psikiyatrik bozukluklara bakıldığında; RA'li hastalarda normal populasyona oranla daha fazla anksiyete, depresyon, yetersizlik duyguları olduğu saptanmıştır. RA, diğer kronik hastalıklar ile de karşılaştırıldığında, uyku bozukluğu ve depresif semptomların son dönem böbrek yetmezliği ve multipl skleroz hastalıklarındakinden çok daha sık olduğu saptanmış ve uyku bozukluğunun tedavisinin yaşam kalitesini arttırdığı bildirilmiştir.

AĞRI

Ağrı, hoş olmayan ve doku hasarı ile ilgili olarak yorumlanan ya da fizyolojik bir bozukluk şeklinde algılanan bir histir. Kişinin biyolojik, ruhsal ve psikososyal sağlık ve iyilik durumları arasındaki karşılıklı etkileşime ilişkin bir yakınmadır. Ağrı biopsikososyal denge ve uyumun bozulduğunun bir işaretidir.

Psikolojik faktörlerin, ağrı yakınma, tepki ve davranışını etkilemesi 3 eksende düşünülebilir;

l-Psikofizyolojik mekanizmalar

2-(Psiko)sosyal etkenler (kültürel, sosyal ve kişiler arası) ve öğrenilmiş sosyodavranışsal süreçler

3-Psikiyatrik komorbidite

Ağrı-Ruhsal durum ilişkisi;

l-Somatoform ağrı bozukluğu

2-Psikosomatik sendrom olarak ağrı bozukluğu (Migren, temporamandibüler eklem ağrısı, fibromiyalji)

3-Psikiyatrik ağrı + psikiyatrik komorbidite
-Psikiyatrik durumun ağrılı sendromun gidiş, seyir ve tedaviye yanıtı etkilemesi
-Psikiyatrik durum ve ağrının ortak bir etyopatogenez zeminde gelişmesi
-Ağrılı nosiseptif uyaranın psikolojik ve somatik mekanizmalarda psikiyatrik duruma yol açması

Ağrı depresif sendromlarla sıklıkla kaydedilen bir durumdur ve "maskeli depresyon" diye tanımlanan, somatik yakınmalarla kendini ortaya koyan depresif alt tiplerin öncül bulgusudur. Kronik ağrılı hastalarda majör depresyon görülme oranı %25'dir. Ağrılı sendromlarda depresif hastalıklar
3 alt grupta tanımlanabilir;

l-Ağrıya ikincil olarak gelişen depresif duygu durum ile giden uyum güçlüğü

2-Fiziksel durumu etkileyen psikolojik faktörler. Hastadaki mevcut ruhsal kaygı ve depresyonun fiziksel durumu agreve etmesi anlaşılır

3-Majör depresyon

ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Depresyon ağır enfeksiyonlarda bir sekel olarak görülebilir. Enfeksiyon başlangıçta depresif semptomlarla prezente olabilir. Post enfeksiyöz depresyonun oluşma mekanizması net değil, immun sistemle ilgili olduğu düşünülmektedir. Hem tüberküloz hastalığının kendisi, hem de tedavide kullanılan ilaçlar depresyon nedenidir.

HIV/AIDS

Son 20 yılda tanımlanmasının ardından süratle yaygınlaşan ve tüm dünyayı tehdit eden bir halk sağlığı sorunu haline gelen insan immün yetmezlik virüs enfeksiyonunun (yaygın kullanıldığı biçimiyle HIV olarak kısaltılacaktır) ve neden olduğu edinilmiş immün yetmezlik sendromunun (AIDS) tüm ruh sağlığı çalışanlarını yakından ilgilendiren birçok psikiyatrik yönleri vardır. İntrauterin bulaşma, kan transfüzyonu ve cinsel kötüye kullanım yollarıyla çocuk ve ergenlere de bulaşabildiğinden çocuk ruh sağlığı çalışanlarını da ilgilendirmektedir. Çocukluk çağı HIV enfeksiyonu temelde erişkin enfeksiyonundan farklı değildir. Ancak bedensel ve zihinsel gelişme geriliğine yol açabilmesi nedeniyle farklı klinik görünümler sergileyebilir ve farklı yaklaşım biçimleri gerektirebilir.

HIV enfeksiyonunun psikiyatrik yönleri aşağıdaki başlıklar altında incelenebilir:

1-HIV bulaşma riskini arttıran psikiyatrik bozukluklar,
2-AIDS'in psikolojik özellikleri,
3-Psikoimmünolojik araştırmalar,
4-HIV enfeksiyonuna eşlik eden psikiyatrik bozukluklar,
5-Bir psikiyatrik bozukluk belirtisi olarak AIDS korkusu,
6-Sağlık çalışanlarının AIDS'e ilişkin sorunları.

Günümüzde HIV enfeksiyonunun AIDS'e dönüşmesi, AIDS'in ölümle sonuçlanması belki geciktirilebilmekte, ancak durdurulamamaktadır. Bunun bilincinde olan hasta için HIV enfeksiyonu tanısı konması ölümle yüzleşme anlamı taşımaktadır. Üstelik bu ölüm yavaş yavaş gelecek ve çeşitli acılar çekilecektir. AIDS'in bu yönü diğer ölümcül hastalıklara, özellikle kansere benzemektedir. AIDS hastaları da Kübler-Ross'un bildirdiği ölümcül hastalığa tepki aşamalarından geçerler:

1 .Şaşkınlık ve inkâr,
2.Öfke ve isyan,
3.Pazarlık,
4.Depresyon,
5.Kabullenme.

HIV enfeksiyonu ile birlikte sık görülen psikiyatrik bozukluklar:

- Kognitif bozukluklar (demans ve deliryum)
- Depresyon
- Mani
- Psikoz
- Anksiyete bozuklukları
- Uyku bozuklukları
- Uyum bozukluğu
- Madde kullanım bozukluklarıdır.

AIDS'li hastanın psikoterapisinde acıyı dindirmek, yeni duruma uyum sağlamasına yardımcı olmak, durumu gerçekçi biçimde kabullenmesini sağlamak, hastalığın algılanmasına yardımcı olmak, yaşam biçimini düzenlemek, riskli davranışları ortadan kaldırmak, yaşam kalitesini arttırmak, hastalıktan kaynaklanan engellenmelerle başetmek, uygun duygu dışa vuruşunu sağlamak, kendisine saygısını onarmak, geleceğe ve ölüme hazırlamak, aile ve tedavi ekibiyle sorunlarını çözmek.

DERMATOLOJİK HASTALIKLAR

Deri hastalıkları yaygın ve çok çeşitlidir. Bu hastalıkların birçoğu kroniktir. Deri ile ruhsal durum arasındaki ilişki yüzyıllardan beri bilinmekle birlikte, bu ilişkinin bilimsel olarak ele alınması oldukça yeni sayılır. Robert Burton 1621 yılında yayınladığı "Anatomi of Melancholia"isimli kitabında kaşıntı ile depresyon arasındaki ilişkiye dikkat çekmiştir. 19 yy.da "Kutonöz Nöroz" kavramı ortaya atılmıştır. 20. yy başlarında psikodermatoloji psikiyatrik kavramlar içinde yer almıştır. Deneysel psikoloji ve davranış bilimlerindeki gelişmeler ve psikopatolojiye ilişkin nörobiyolojik bulgular beyin, ruh ve deri ilişkisine dönük "psikonöroimmüno dermatoloji" bilimsel disiplinde sentez edilmiştir.

Organizmanın ısı, sıvı ve duygusal durum düzenlemelerinde rol alarak homeostatik uyumun sağlanmasına katkı sağlayan deri, aynı zamanda güçlü bir İletişim organı olarak hayat döngüsü boyunca toplumsallaşma içinde önemli bir konuma sahip olur. Deri ile merkezi sinir sistemi aynı ektodermal dokudan köken alan yapılardır. Dermatoloji kliniğine başvuran hastalar arasında yürütülen çalışmalarda psikiyatrik bozukluk prevelansı %40-7O gibi yüksek oranlarda olduğu bildirilmiştir. Bir başka çalışmada, dermatolojik hastalıkların %30'unda ciddi ruhsal bozuklukların olduğu bildirilmiştir. Dermatolojik hastalıklarda depresyon en yaygın psikiyatrik bozukluktur. Wessely ve Levis Londra'da yaptıkları kapsamlı bir araştırmada dermatoloji kliniğine başvuran kişilerin % 40'ında ruhsal bozukluk olduğunu, bunların çoğunluğunun hafif, orta şiddette depresyon olduğunu %o75'inde ruhsal bozukluğun dermatolojik bozukluğa ikincil geliştiğini, kalanlarda da rastlantısal komorbidite olduğunu bildirmişlerdir. Derinin psikolojik önemini ve vücut imajı algısını düşünürsek deri hastalıkları, duygusal ve davranışsal bozuklukların gelişmesi anlaşılabilir.

Dermatolojik hastalıklar ciddi kozmetik bozukluklara yol açarlar ve hastaların iş alanlarını, ilgilerini, eğitimlerini, insanlar arası 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.

KRONİK HASTALIKLI KİŞİLERİN AİLELERİ

Kronik hastalık, kişide olduğu kadar ailede de krize neden olur. Aile üyelerinden birinin yaşadığı olumsuz durumlardan bütün fertler etkilenir, birçok problem yaşanır. Aile kendi homoestasisi olan bir organizma gibidir. Ailenin hastayı ve hastalığı algılayışı hastanın kendisini algılayışını doğrudan doğruya etkileyecektir. Bireysel kimlik gelişimine izin vermeyen, duygu ifadesi ve yaşam problem çözümlerinde başarısız olan, rol karmaşası yaşanan, iletişimin yetersiz olduğu fonksiyonel olmayan ailelerde sorun daha fazladır. O zamana kadar örtülü kalmış olan çatışmalar yüzeye çıkar. Akut durumlarda ortaya konan dayanışma ruhu uzun süreli hastalıklarda ve tedavi programlarında yavaş yavaş çözülmeye gidebilir.

Kişisel ve sosyal kaynakları tüketen kronik hastalıklar aile sistemi içinde dengesizlik ve stres yaratır, sıklıkla aile sürecini değiştirir;

Ailenin etkisiz başetmesine, rol performansında değişime, cinsel aktivitede güçlüklere, bakım verme rolünde zorlanma ve sosyal destek azalmaya ortaya çıkabilir.

Hastalığın uzaması, periyodik hospitalizasyonlar, artan finansal, emosyonel ve sosyal güçlükler ailenin bütünlüğünü tehdit eder. Kronik hastalıklı kişinin bakımıyla ilgili yaşanan emosyonel ve fiziksel güçlükler engellenmişlik, öfke yaratabilir. Aileler kronik hastalığı olan kişinin emosyonel ve fiziksel gereksinimlerini nasıl karşılayacaklarını bilemeyebilirler, başetmede yetersiz hissedebilirler.

Hasta ile aile arasındaki ilişkilerde güçlükler, hastalığın denetimini daha da güçleştirir.Aile üyeleri hastanın sahip olduğu duygulara benzer duygular içerisindedir. Eğer duygularını anlamak için çaba harcanmazsa ve önemsenmezlerse daha da sinirli ve endişeli olacaklardır. Kendini ihmal edilmiş hisseden aileler sağlık personelini tehdit etmeye kadar varan düşmanca davranışlar gösterebilirler.

Ailenin etkili başetme yöntemlerini etkileyen faktörler, kültür, ekonomik durum, dini inançlar, ailenin hastalığı nasıl algıladığı, bunun aile ilişkilerine nasıl yansıdığı, destek sistemleri, önceki başetme yöntemleri, hastalığın aile yaşamı üzerindeki tüm olası etkileri olarak sayılabilir. Ailenin etkisiz yöntemleri kullanması hastanın uyumunu engellemektedir.

Hastanın uyumunu zorlaştıran dört farklı aile tipi tanımlanmıştır:

Aşırı koruyucu ve aşırı kaygılı aile
Aşırı hoşgörülü ve teslimiyetçi aile
Mükemmelliyetçi ve denetleyici aile
İlgisiz ve reddedici aile

Kronik hastalıklı üyenin bakımında aile bağlılığı kronik bakım için kaynakları arttırır, ailenin profesyonel bakım verenlerle işbirliğini sağlar. İlişkilerde dengeli, duyguların serbestçe ifadesine izin veren, çatışmaların az, işbirliğinin fazla olduğu ailelerde hastanın uyumu en iyi olmaktadır. Ailenin tutumu ilgili ancak aşırı kaygılı olmamalıdır. Aile içi rollerin net olmaması, aşırı koruyuculuğun egemen olduğu, rijit ve çatışmaları gözardı eden aile ortamları, hastanın uyumunu güçleştirmektedir. Olası çatışmaların inkar edilmesi, çatışmaların çözümünü daha da güçleştirmektedir.

Ailelerin baş etmelerini kolaylaştırmak için, ailenin destek kaynaklarının arttırılması, olumsuz tutumların ortadan kaldırılması yararlı olur. Ayrıca aileye destek grupları oluşturulabilir. Grup ortamında ortak deneyimleri paylaşma yolu ile aileler sıklıkla sorunlarını yeniden ele alabilmekte, alternatif çözümleri görebilmektedirler. Bu ailelerin izolasyon, güçsüzlük ve çaresizlik duygularının azalmasına da yardım etmektedir.

Fiziksel hastalığı olan hastaların ve ailelerinin; fiziksel hastalığa bağlı olarak yaşadıkları güçlüklerle başetmelerinde, hastalığa uyumu kolaylaştırmada, psikososyal ve psikiyatrik sorunların tedavi ve bakımında, yaşam kalitesini arttırmada ve yardıma ihtiyaç duydukları konularda hizmet verilmelidir.

PSİKOLOJİK TEDAVİ

Ruhsal tedavi ve bakım ile fiziksel tedavi ve bakım, bütüncül tedavinin ayrılmaz unsurlardır eşzamanlı sunulması gerekir. Fiziksel hastalığı olan insanların psikolojik tedavileri, hastayı anlamadan hastalığı ve tepkileri anlayamayacağımız temel düşüncesine ve sadece vücut organları ile değil, bir bütün olarak insan varlığı ile uğraştığımız gerçeğini temel alır. Yaklaşım biyopsikososyal olmalıdır.Psikolojik tedavinin amaçları; psikolojik acıyı azaltmak, kaygı, depresyon diğer psikiyatrik semptomları düzeltmek, hastalıkta ve yaşamlarında kendi denetimlerinin olduğu duygusunu geliştirip, arttırmak ; hastalıkla ilişkili fiziksel ve psikolojik sorunlarla başedebilmek, etkin yöntemleri ve tutumları geliştirmek ; hasta, aile ve sosyal etkileşim alanları arasındaki iletişimi güçlendirmek, mücadele ve yaşama güç ve dürtüsünü arttırıcı ruhsal-davranışsal uyumu güçlendirmek, öfke, kızgınlık, suçluluk vs... gibi duygu ve tepkilerin serbestçe ifade edilmesini ve hastalıkla ilgili düşüncelerin anlatılmasını cesaretlendirmek, psikolojik ve sosyal uyumu sağlayarak yaşam kalitesini arttırmaktadır.

Hastanın hastalığına gerçekçi ve akılcı uyumunda hekimin tutumu da önemlidir. İlişkide açık iletişim, bilgilendirme, duyguların ve tepkilerin ifade edilmesinin kolaylaştırılması önemlidir. Destekleyici bir ilişki için ilk adım aktif dinleme ve iletişimdir. Hekim açıklayıcı, yardım edici, güven verici, yol gösterici olmalıdır. Empatik tutum gösterilmeli, güven duygusu verilmeli, hastanın kişisel tasarruf ve gizliliğine saygı gösterilmelidir. Hastanın bilgilendirilmesi, eğitilmesi temel önemdedir. Doğru bilgi, hastalığın doğru algılanmasını sağlayacaktır.

İlgili, yönlendirici tutum sağlamalıdır. Hastalar hastalıkları, inceleme ve tedavi yöntemleri konusunda bilgilendirilmelidir. Hastalarda, tıbbi durumlarına ilişkin yeterli bilginin sağlanması ve olası seçeneklerin tartışılmaması, hastanın hastalığa ilişkin olumsuz tepkiler geliştirmesini kolaylaştırmakta ve davranışların ortaya çıkma riski artmaktadır.Bu bilgilendirme gerçekçi değerlendirme ve sorunları alt basamaklara indirgeyip olası çözümleri ortaya koyma sürecini kolaylaştırmaktadır. Bu bilgilendirme ve eğitim aynı zamanda hastalığın tedavisinde ve izlenmesinde, hastanın aktif katılım ve sorumluluk almasını kolaylaştıracaktır. Yeterli açıklama yapmak belirsizlikten kaynaklanan anksiyeteyi azaltır.Hastalığı ve endişeleri ile ilgili konuşulması,yanlış bilgi ve tutumlarının düzeltilmesi gereklidir. Hastanın tedaviye aktif katılımının sağlanması, sorumluluğu alması sağlanmalıdır. Hastalık ve yaşamlarında kendi denetimi olduğu duygusunun geliştirilmesi açısından da önemlidir. Önce olumlu tepkilerin desteklenmesi,hastadaki yedek güçlerin harekete geçirilmesi, nelerin mümkün olmayacağından önce yapabileceklerinin ortaya koyulması yararlı olur.

Hasta ile aile ve sosyal etkileşim alanları arasındaki iletişimin güçlendirilmesi gereklidir. Umudu koruyarak, gerçekçi kabullenişin sağlanması, uyum için zaman tanınması, kaygı, depresyon, olumsuz tepki gibi davranışsal semptomların düzeltilmesi gereklidir. Aşırı tutarsız, bozuk giden, tedaviyi bozan tutumlar ortaya çıkınca tüm tedavi ekibi ortak-kararlı-tutarlı bir tutumu benimsemesi yararlı olur. Psikolojik ve sosyal uyumu sağlayarak yaşam kalitesinin arttırılması sağlanabilir. Sorunlar karmaşıklaşıp, yangın çıkmadan ilgili birimle ilişkiye geçilmeli ve işbirliği istenmelidir. Psikiyatrik bozuklukların erken tanı ve tedavisi gerekir. Psikiyatrik ilaç tedavisi, kognitif davranışçı terapiler, grup ve aile terapisi yararlı olur.

Bu yardım ile,

-Hastalığının semptomlarının şiddetinin nüks riski ve komplikasyonları azalır,
-Güven duygusu artar,
-Olumsuz alışkanlıkları azalır,
-Yaşam kalitesi artar,
-Hastanın hastalıkla ilgili yaşadığı yas, elem, ayrılık yaşantılaması,
adaptif olmayan davranışları azalır

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 öenmli 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

ÖZEL HP HUMANiTE TIP MERKEZİ

Humanite Psikiyatri

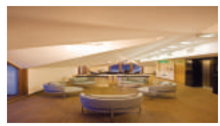
Psikiyatri, Çocuk Psikiyatrisi, Psikoloji, Dahiliye, Nöroloji, Çoçuk Sağlığı

Beden-Beyin-Ruh Bütünlüğü
GÜN HASTANESİ MODELİ

www.humanitepsikiyatri.com

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

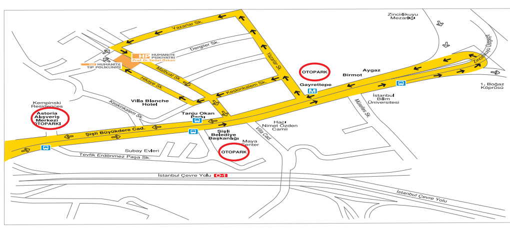


KLİNİK HATTI
0212 274 78 78

GENEL KOORDİNATÖR
0532 734 68 06

UZMAN DOKTOR DANIŞMA HATTI
0544 542 43 69

Esentepe Mh. Gazeteciler Sitesi Matbuat Sokak No:25
Esentepe – Şişli – İstanbul Telefon: 0212 274 78 78



Prof.Dr.Sedat Özkan