

HP

**HUMANİTE
PSİKİYATRİ**

TIP MERKEZİ



NÖROLOJİK HASTALIKLARIN PSİKİYATRİK YÖNLERİ

Prof.Dr.Sedat Özkan



Nörolojik Hastalıkların Psikiyatrik Yönleri

Nörolojik bilimlerdeki gelişmeler, psikopatolojinin nörobiyolojik temelini ve insan davranışının, duygulanımının, bilincinin ve bilişsel işlevlerinin ve bunlar arasındaki etkileşimlerin mekanizmasını anlamamızı kolaylaştırmaktadır. Davranış bozukluklarının etyolojisi kalıtsal, 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 olabile 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, iritabilite, 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, şüphencilik, 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. Biling 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 duyu durum değişiklikleri, kişilik değişiklikleri görülebilir. Akut dönemde deliryum ve amnestik bozukluk sık görülür. Kafa travması geçirenlerin %70'inde iritabilite 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, iritabilite ve kişilik değişimidir. Geçirilen travmadan kaynaklanan travma sonrası stres bozukluğunun varlığı beyin sarsılması sonrası sendromu belirtilerini arttırmaktadır.

Serebrovasküler Hastalıklar

Serebrovasküler hastalıklar, Merkezi Sinir Sistemi (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 güçlüklerle 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, Otoimmün 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, inkâr ve uygunsuz duygulanım ile belirgin olup, sağ hemisfer lezyonlarında görülür.
- 3) **Aprosodial:** 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 Sanrısız 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, Parkinson'da esas olarak beyin Sunstansla Nigra bölgesinde Dopaminin işlevsel azlığı söz konusudur. Öte yandan dopamin sistemindeki bozulma yanında, zaman içinde kimyasal iletiler 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 bağlanması 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. Bradikinezi'nin 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.

Parkinson'da 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 artırır.

Multipl Skleroz

Multipl skleroz (MS) sinir sisteminin dejeneratif demiyelinizan bir hastalığıdır. Kronik seyirli ve özürüllüğe yol açan bir fiziksel hastalıktır. MS'de 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.

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



Fiziksel ve duygusal zorlanmaların, örseleyici yaşam deneyimlerinin, MS'de uyarıcı ve şiddetlendirici rolü vardır. Hastalığın gidişinde, remisyolların 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 immünolojik 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 inkâr etmeye ve güçlüklerini en alt düzeye indirmeye çalışabilirler.

20-40 yaş arasında, yaşamın en aktif ve işlevsel olduğu, yaşam amaçlarının, ailesel, toplumsal ve mesleki 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, özürllük olarak algılanır. Vücut işlevleri, beden imajı, rol ve işteki amaçların kaybı gibi algılanır. MS'e karşı geliştirilen en yaygın tepki depresyon ve regresyondur. Ayrıca, inkâr, hostilité, 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'de Ortaya Çıkan Psikiyatrik Bozukluklar Ruhsal Katmanlar Açısından 3 Temel Grupta İncelenir:

- 1) Kognitif ve entelektüel yıkım
- 2) Duygu durumu bozuklukları
- 3) Kişilik değişiklikleri



Klinik Açından MS'deki Psikiyatrik Sendromları Şöyle Gruplandırabiliriz:

- Organik Ruhsal Bozukluklar (Kognitif ve Entelektüel Yıkım) (Somatopsişik Etkileşim)
- Duygudurum Bozuklukları (Depresyon, Öfori)
- Kişilik Değişiklikleri
- MS-Histeri İlişkisi
- 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'de 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, iritabilite, apati, sosyal geri çekilme siktir. Bazı hastalarda inkâr, bazılarında savaşıma ruhu, bazılarında bağımlılık rolünü edilgen kabullenme ve sorumluluklardan tümüyle vazgeçme görülür.

Epilepsi

Epilepsi, "beynin geçici ve paroksizmal 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

- Bilinç kaybı.
- Çığlık anlamsız sesler pek olmaz.
- Torik, klonik istemsiz hareketler.
- Dilini ısırıp zedeleyebilir.
- Refleks bozuklukları vardır.
- İdrar kaçırma olabilir.
- Uykuda da gelebilir.
- Siyanoz (morarma) olabilir.
- Bayılma sonrası konfüzyon olur.
- Bir günde birden fazla ortaya çıkması nadirdir.
- Nöbet sırasında tipik EEG bulguları vardır.
- Tetikleyici çevresel faktör şart değil .
- Nöbet sonrası serum prolaktin artmıştır.

PSİKOLOJİK BAYILMA

- Bilinç kaybı ve hatırlamama yok.
- Bağırma, çığlık sıkıdır.
- Kendini yerden yere atma.
- Dilini zedeleme seyrektrir.
- Refleksler normaldir.
- İdrar kaçırma enderdir.
- Uykuda da görülmez.
- Solukluk olabilir.
- Bayılma sonrası konfüzyon yoktur.
- Günde defalarca görülebilir.
- EEG normal de bozuk da olabilir.
- Sıklıkla tetikleyici çevresel faktör vardır.
- Serum prolaktin artmaz (Trisiklik,fenotiatı 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

Blefarspazm, Oral Grimaslar ve Boyun Kontraksiyonu ile karakterize bir istemsiz hareket bozukluğudur. 50'li yaşlarda görülür, kadınlarda daha sıkıdır. Dopaminerjik İşlev Bozukluğuyla ilişkili olduğu tahmin edilmektedir. Konversiyon Bozukluğundaki postüral distonilerden farklı olarak distoni hareket sırasında görülür. Eşlik ettiği psikiyatrik bozukluklar Depresyon ve Obsesif-Kompulsif 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 ölümlü 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 baskırlarlar. 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.



Nörolojik Hastalıklarda Psikiyatrik Tedavi

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 iş birliği 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 artırır.

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 patolojik kaygının fiziksel hastalık ile ileri meşguliyeğe 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.

Merkezimizde, 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 baş etmelerinde, 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 psikiyatrisinde 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 ya da bilimsel ilgi çevresinde taleple bağlantılı olarak eğitim ve seminerleri yürütülmektedir. Psikiyatri 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,
 - o Mastektomi Grubu
 - o Kronik Hastalıklar Psikoterapi Grubu
 - o Menopoz Grubu
 - o Psikosomatik Ağrı Grubu
 - Depresyon Grubu,
 - o Anksiyete ve Panik Grubu
 - o Travma Sonrası Stres Bozukluğu Grubu
 - o 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 iş birliği ile sunulmaktadır.



PROF.DR.SEDAT ÖZKAN

Sedat Özkan Konya, Taşkent'te doğmuştur. İstanbul Amerikan Robert Kolej'de 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 Fakültesine dönmüş ve doçent olmuştur.

1988–1989 yılları arasında GATA Haydarpaşa'da askerlik hizmeti yapmıştır. Bu dönemde çeşitli araştırmalar yapmış ve sempozyumlar düzenlemiştir.

Özkan, 1993 yılında profesör unvanını 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 ve öğretim 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
- St. James University Hospital, Leeds, England
- University of Manchester, Psiko-onkoloji Eğitimi, England
- University of Pennsylvania, Philadelphia, USA-
- Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Kognitif Terapi Eğitimi

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 bünyesinde yüksek lisans eğitimi sorumluluğunu da yürütmüştür.

Ülkemizde gün geçtikçe yaygınlaşan ve yerleşiklik kazanan bu önemli disiplinlerin önderliğini yapan Prof. Dr. Sedat Özkan, 1990 yılından bu yana ulusal konsültasyon liyezon psikiyatrisi ve psikosomatik tıp bilimsel aktivitelerini (sempoyum, 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 alanında 27 kitapçığı vardır.



Öncülüğünü yaptığı bu alandaki yüzlerce çalışmaları, araştırmaları, yayınları ve girişimleri sonucu 2005 yılında 8. Avrupa Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Kongresinin (EACLPP) ve 2011 yılında 13. Dünya Psikoönkoloji Kongresinin (IPOS) başkanlığını yaparak bu kongrelerin ülkemizde gerçekleşmesini sağlamıştır. 5 yıl için Avrupa KLPP yönetim kurulu üyeliğinde bulunmuş ve bu alanlara öncülük etmiştir. Avrupa ve Dünya Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikoönkoloji 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 psikiyatridi geleneksel anlamından öte çağdaş, evrensel standartlara yükseltmeyi, hastalıklara ve yaşama psikolojik bakış açısını geliştirmeyi hedeflemiştir. İstanbul Üniversitesi bünyesinde Hasta Okulu programının psikiyatri alanının sorumluluğunu yıllarca sürdürmüştür.

Psikiyatrinin toplumun hizmetine sunulmasını ve toplumsal sorunların, bilimsel, hümanistik ve çağdaş yöntemlerle çözümlenmesine yönelik olarak kullanılması doğrultusunda projeler yürütmüştür. Ayrıca, görsel ve yazılı basında topluma dönük aydınlatıcı yüzlerce konuşma, sunu ve danışmanlığı olmuştur. Köken Tıbbi Kongresi'nin Kurucu Yönetim Kurulu (KYK) üyesidir.

Prof. Dr. Sedat Özkan Türkiye'de iki yeni bilim dalı kurmuş bir öğretim üyesidir. Türkiye'de Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikoönkoloji'nin kurucusu, lideri ve yürütücüsüdür. Alanında ilk olan kitapları, yüzlerce çalışması, yayınları, eğitimleri, ulusal kongre başkanlıkları, aldığı ödülleri, uluslar arası temsilcilikleri, üniversite için ulusal düzeyde çalışmaları ile öncü bilim adamıdır. Binlerce öğrenci, yüzlerce uzman ve öğretim üyesi yetiştirmiştir. Ulusal düzeyde görsel ve yazılı basında programları 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 İstanbul Üniversitesi'nde, çeşitli hastanelerde ve kurduğu Humanite Tıp Merkezi'nde sürdürmektedir. Humanite Tıp Merkezi, on yıllara dayanan mesleki ve bilimsel birikimi bireyin, ailenin, toplumun sağlığına sunmayı amaçlamaktadır. Bu merkez, ülkemiz psikiyatrisinde "Gün İçi Yatış" modelini sunmaktadır.

Gün İçi Yatış modeli; Psikiyatri-Dahiliye-Nöroloji ve Psikoloji disiplinlerini bütünleştirir ve geleneksel psikiyatrik yatışa bir seçenek sunar. Bu hızlı ve yoğun program, psikiyatri hastanesine yatış gereksinimini azaltır. Özkan, evrensel, bilimsel ilkeler, ahlaki ve insani ilkeleri tavizsiz benimsemiş, adanmışlık ruhu ile mesleğini yürüten, emek, aşk ve bilimi bütünleştiren anlayışla çalışmakta ve yaşamaktadır.

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 ve Psikiyatri Anabilim Dalı başkanıdır.

Prof. Dr. Özkan; ülkemizin, üç kıtaya yayılmış kültür coğrafyamızın ve binlerce yıllık köklü uygarlık birikimlerimiz ve değerlerini, çağdaş uygarlık ve insanlık ile sentez etmektedir. Uygarlık birikim ve değerlerimizi insanlığa sunarken, insan uygarlığının çağdaş birikimlerini kültürümüz ile yeni bir sentezi amaçlamaktadır.



*Psikiyatri ve psikolojide
yepyeni bir uygulama başlattık.*

Beden-Beyin-Ruh Sağlığı Merkezi
GÜN İÇİ YATIŞ

*Hastaneye yatış gereksinimini azaltan bu model ile
günlük yoğun gözlem, gününbirlik gözlem
ve tedavi imkanı sunuyoruz.*

ÖZEL HP HUMANİTE PSİKIYATRI TIP MERKEZİ

Beden-Beyin-Ruh Sağlığı Merkezi
GÜN İÇİ YATIŞ

Esentepe Gazeteciler Sitesi Matbuat Sokak No.25 Esentepe-Şişli - İstanbul
0212 274 78 78

www.humanitepsikiyatri.com

**BİLİMSEL
ADRES**



**Humanite
Psikiyatri**

www.humanitepsikiyatri.com

ÖZEL HP HUMANİTE PSİKİYATRİ TIP MERKEZİ

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

Beden-Beyin-Ruh Sağlığı Merkezi
GÜN İÇİ YATIŞ

AKADEMİK KADROMUZUN SUNDUĞU ÜST UZMANLIK HİZMETLERİMİZ

Psikoterapi Birimi (Medikal Psikoterapi Aile ve İlişki Terapisi Bilişsel Davranışçı Terapi Grup Terapileri)	Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (Psikocerrahi, Nöropsikiyatri, Psikokardioloji, 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)	Nörolojik ve Psikolojik Değerlendirme
Gün İçi Gözlem ve Günübirlik Yatış Servisi	Kanser Psikiyatrisi	Mezuniyet Sonrası Eğitimler-Kurs-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

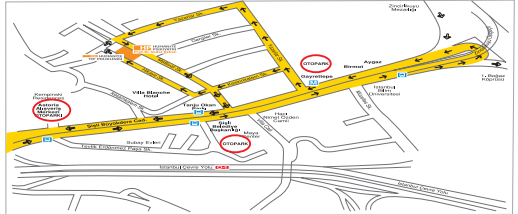


**GENEL
KOORDİNATÖR**
0532 734 68 06



**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