

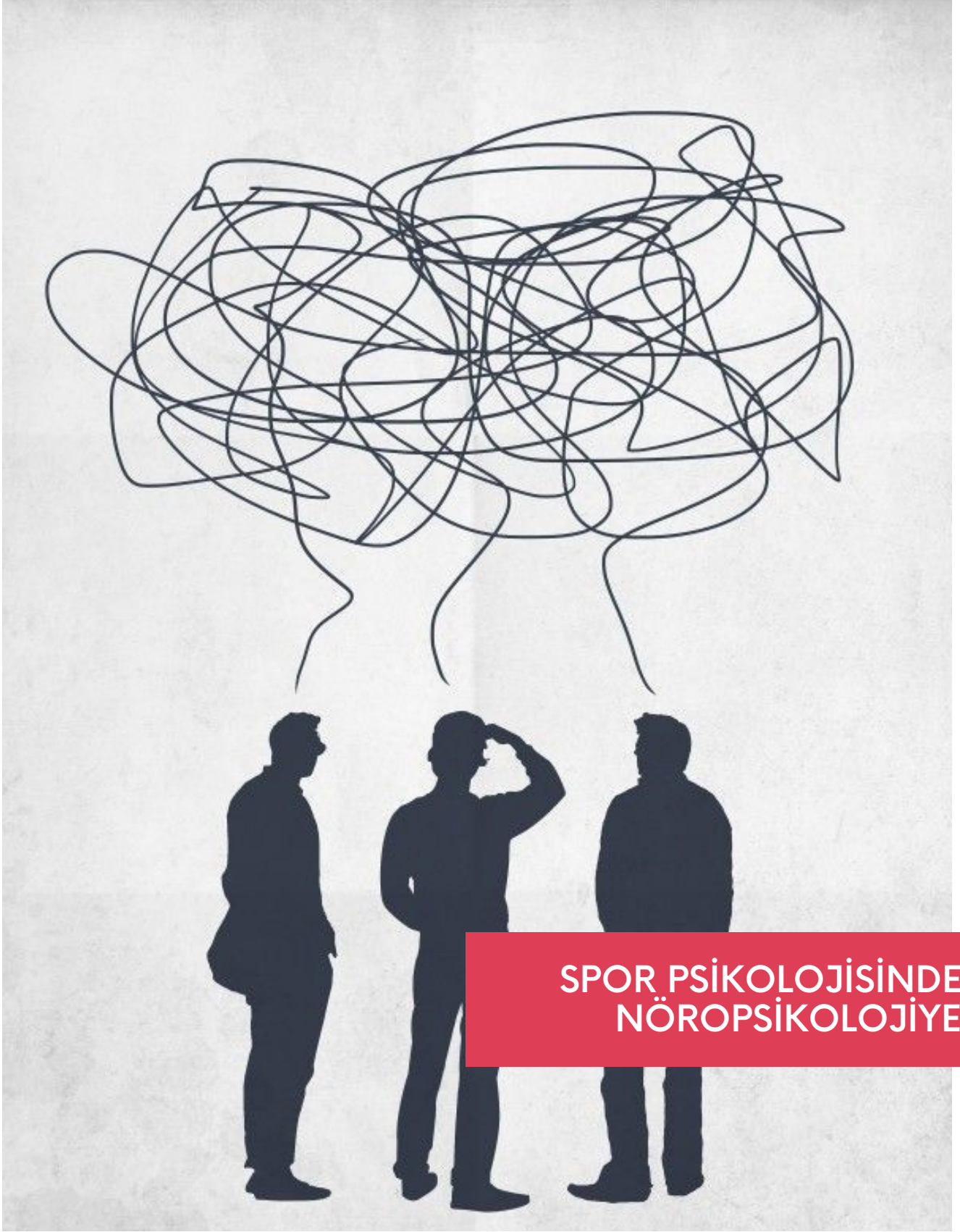


PSI'ΨS
Fikiryum
GPME - Dergi

RÖPORTAJ

EYLÜL 2022

SAYI NO. 17



**SPOR PSİKOLOJİSİNDEN
NÖROPSİKOLOJİYE...**



PSİ'ΨS
Fikiryum
GPM E - Dergi

İÇİNDEKİLER

07 **ARDA COŞKUN İLE SPOR
PSİKOLOJİSİNE DAİR**

TAHA ARİF YÜCE

05 **KLİNİK NÖROPSİKOLOG
SEVAL AYDIN İLE OTİZM
SPEKTRUM BOZUKLUĞU
ÜZERİNE RÖPORTAJ**

LİVA GÜNEŞ

10 **TOPLUM RUH SAĞLIĞI
MERKEZİNDE PSİKOLOG
OLMAK**

İREM TAN



PSI'ΨS
Fikiryum
GPM E - Dergi

İÇİNDEKİLER

NÖROPSİKOLOJİ ÜZERİNE

NİHAN PASAFÇIOĞLU

BEYİN TÜMÖRLÜ HASTALARDA NÖROPSİKOLOJİK DEĞERLENDİRME SÜRECİ

ÖZGE İLHAN

ARDA COŞKUN İLE SPOR PSİKOLOJİSİNE DAİR



10 yılı aşkın süredir ağırlıklı olarak alanda kulüpler, federasyonlar, sporcular, antrenörler ve sporcu ailelerine destek veriyorum. Güncel olarak Fenerbahçe Doğuş Yelken ve Eczacıbaşı Spor Kulübü'ne destek veriyorum. Akademik alanda Kadir Has Üniversitesi'nde "Spor ve Sağlık Psikolojisi" yüksek lisans programında koordinatörlük görevini yürütüyorum. Ayrıca T.P.D. İstanbul şubesinde yönetim kurulu üyesi olarak spor ve egzersiz psikolojisinin gelişimine dernek çatısı altından da destek olmaya çalışıyorum.

KLASİK BİR FLU TV SORUSUYLA DEVAM ETMEK İSTİYORUM "NEDİR BU SPOR PSİKOLOJİSİ" VE KİMLER SPOR PSİKOLOĞU OLABİLİR?

Spor psikolojisi, psikoloji biliminin alt dallarından biri. Ülkemizde psikoloji ve psikolog denildiğinde ilk akla gelen klinik psikologlar oluyor. Klinik psikologlar kendi uzmanlıkları doğrultusunda patolojik durumlar üzerine çalışırlar. Spor psikolojisinin çalışma alanlarının büyük bir bölümünde ise normal insanları kendi potansiyellerinin en üst noktasına çıkarma hedefi vardır. Bu noktada tüm sporcuların (ister spora yeni başlamış bir çocuk olsun isterse de profesyonel bir sporcu) zihinsel antrenman teknikleri ile çalışması gerekmektedir. Biz spor psikologları olarak bu noktada sporcuların gelişim yolunda onlara eşlik ediyoruz. Spordaki birçok branşta çalışma imkânım oldu. Branş özelinde öncelikler değişse bile odaklanma, motivasyon, hedef belirleme, duygu

ÖNCELİKLE SİZİ TANIYALIM, ARDA COŞKUN KİMDİR?

Selamlar adım Arda Coşkun, 1983 İstanbul doğumluyum. Küçük yaşlardan itibaren sporun içindeyim. Minik takımdan genç takıma kadar İTÜ altyapısında lisanslı olarak basketbol oynadım. Bu dönemde kendi sporculuk deneyimlerimden kazandığım bilgiler doğrultusunda sporun psikolojik faktörüne merakım arttı ve araştırma yapmaya başladım. Üniversite seçiminde de bu yönde psikoloji bölümünü hedefledim. İstanbul Bilgi Üniversitesi psikoloji bölümünden mezun olduktan sonra önce Marmara Üniversitesi spor yöneticiliği ardından da İngiltere Roehampton Üniversitesi spor psikolojisi alanından yüksek lisans eğitimlerimi tamamladım.

kontrolü, özgüven ve iletişim gibi temel alanlarda kendini geliştirmeyen ve zihinsel antrenman yapmayan sporcuların kendi en üst düzey performanslarına ulaşmaları imkânsız. Psikoloji lisans eğitimini tamamlamış ve sonrasında spor ve egzersiz psikolojisi alanlarında yüksek lisans yapan ve süpervizyon alan herkes bu unvana sahip olabilir.

SPOR PSİKOLOĞU OLACAK BİRİNİN O SPORU DAHA ÖNCEDEN YAPMIŞ OLMASI GEREKİR Mİ?

Hayır böyle bir zorunluluk yok. Bu alanda uzmanlaşan birçok meslektaşımın hayatından benim de olduğu gibi spor önemli bir rol oynuyor fakat illaki lisanslı bir sporcu olmanıza gerek yok. Tabii ki bir branş özelinde çalışmadan önce o spor branşı hakkında detaylı bir ön çalışma yapılması gerekiyor. Kurallar nedir? Terminoloji nedir? O sporun ülkemizdeki ve dünyadaki kahramanları kimlerdir? Bu bilgilere bir spor psikoloğunun çalışmaya başlamadan önce sahip olması gerekir. Örneğin; bir futbol takımıyla çalışmaya başlamadan önce futbol kültürü, kuralları ve terminolojisi hakkında hiçbir bilginiz yoksa tabii ki danışanlarınız yani sporcular sizi ciddiye almazlar. Penaltı vuruşuna serbest atış dersiniz ilk seansta güven ve saygı bağı kopar.

BİR ZAMANLAR KASIMPAŞA'DA ÇALIŞTIĞINIZI ÖĞRENDİM, KARAKTERİ BİRBİRİNDEN FARKLI 11 (HATTA DAHA ÇOK) KİŞİNİN OLDUĞU YERDE ELBETTE GERİLİMLER YAŞANIYORDUR. SİZİN OLAYLARA YAKLAŞIMINIZ NASILDI?

Evet, Kasımpaşa ile belki de ülkemizdeki en uzun soluklu çalışmalardan birine imza attık. O dönem takımın başındaki Şota hocanın ve sağlık ekibinin alanımıza ilgisi ve saygısı çok yüksekti. O dönem birçok yıldız ve kariyerli oyuncunun yanı sıra çok yetenekli genç oyuncularla da çalışma fırsatı buldum. Benim için mesleki olarak zor ama harika geçen sezonlardı. Bizim pozisyonumuzda çok soğuk kanlı ve herkese eşit mesafede olmanız gerekiyor. Antrenmanları sürekli gözlemlediğim için sporun doğası gereği ortaya çıkan gerilimler ve tartışmalarla tabii ki karşılaşıyorduk. Bu tip durumlarda o anda direkt bir müdahaleden ziyade olay sakinleştikten sonra olayın kahramanları ile bireysel ve grup görüşmeleri yaparak durumu analiz ederek çözüm üretmeye çalışıyordum. Bu noktada tabii teknik ekipten de destek alıyordum. Multidisipliner bir çalışma ile durumu soğukkanlı bir şekilde her yönden incelemek bizim uzmanlığımız için çok önemli.

SPORCU KAPRİSİNE MARUZ KALDINIZ MI ŞAYET KALDIYSANIZ NASIL BİR TUTUM SERGİLEDİNİZ?

Sporcular gerçekten özel insanlar. Dışarıdan belki bizlere yaptıkları iş kolay gibi gelebilir ama inanın tüm kariyerlerini bu yolda çok büyük fedakarlıklar yaparak inşa ediyorlar. Bu nedenle de onlara karşı toleranslı olmak gerektiği fikrindeyim. Tabii ki mesleki etik ilkeler dahilinde kendi rolünüze sporcuların saygı duyması şart fakat bazen ufak aksaklıkların üstünde fazla durmamak gerekiyor. Şimdiye kadar yaşadığım en büyük sorunlar zaten çok da

büyük olmayan durumlar örneğin seans saatine kısa bir süre gecikmek vs.

MALUMUNUZDUR Kİ HER OYUNCUNUN PRİME DÖNEMİ VARDIR VE BİR MÜDDET SONRA PERFORMANS GRAFIĞI AŞAĞI DOĞRU İVMELENİR ÖTE YANDAN SAKATLIKLAR DA BU DURUMUN MÜSEBBİPLERİ ARASINDADIR. SORUM ŞU: FORM DÜŞÜKLÜĞÜ YA DA SAKATLIK YAŞAYAN OYUNCULARLA YAPILACAK TERAPİLERDE NASIL BİR YOL İZLENMELİDİR?

Tabii her vaka bizim için biricik, her kişinin önceliği ve ihtiyaçları farklı olabiliyor. Belirttiğiniz iki durum da bir sporcu için yaşanabilecek en zor dönemler. Form düşüklüğünden başlayacak olursak öncelikle bu performans düşüklüğünün teknik, taktik ve fiziksel boyutlarına da hâkim olmaya çalışırız. Tabi ki bu saydığım alanlar uzmanlığımız dışında fakat takımdaki sorumlular ve uzmanlarla oyuncuyu 360 derece değerlendiririz. Bu değerlendirme sonucunda işin zihinsel engelleri veya tetikleyicilerini sporcu ile keşfetmeye çalışırız. Sporcuların form düşüklüğünde etken olabilecek birçok zihinsel faktör vardır. Bunlardan ilk aklıma gelenler, odaklanmada zorlanma, motivasyon kaybı, duygu kontrolü eksikliği, hata yapma ve sorumluluk alma korkusudur. Bu alanlardan hangisi veya hangilerinin sporcuda yoğun olduğunu belirledikten sonra da zihinsel antrenman teknikleri ile sporcunun bu alanlardaki yetilerini ve becerilerinin arttırmaya odaklanılır. Sakatlık yaşayan sporcularda ise yine süreç çok bireysel gitmesine rağmen sporcuların yaygın olarak stres ve



kaygı seviyesinin yükselmesine, tedavi süreciyle ilgili belirsizlikler nedeniyle karamsarlık yaşamasına, tedavi sürecinde hedef belirlemeyi bırakmasına, sahaya dönüşüyle ilgili olarak geçmiş performansına dönemeyeceği ile ilgili olumsuz düşüncelerine rastlamaktayız. Bu süreçte öz güven, içsel motivasyon kaynaklarının zenginleştirilmesi, doğru bir hedef belirleme planı yapılması, olumlu ve yönlendirici iç ses çalışması yapılması ve imgeleme çalışmaları ile sporcunun zihinsel formunu geliştirmesine destek olmaya çalışırız.

KONSANTRASYONU ARTTIRMAK ADINA SPORCULARLA NASIL ÇALIŞMALAR YAPIYORSUNUZ? (EĞER YAPTIYANIZ MAÇ ÖNCESİNDEKİ MOTİVASYON KONUŞMALARINA DEĞİNİR MİSİNİZ?)

Konsantrasyon başlıca çalışma alanlarımızdan biri. Bu çerçevede, sporculara öncelikle dikkat ve konsantrasyonun çeşitlerinden ve saha

içinde ze zaman hangi tip pozisyonlarda hangi tür dikkat türünü baskın olarak kullanması gerektiği hakkında farkındalık yaratmaya çalışıyoruz. Bu çalışmaların dışında; imgeleme, nefes ve “an”da kalma egzersizleri, tetikleyici hareket ve kelime kullanımı ve iç sesin düzenlenmesi yaptığımız başlıca zihinsel antrenman teknikleri olarak sayılabilir.

SON ZAMANLARDA ORTALIĞI KASIP KAVURAN BİR ESPOR FURYASI BAŞLADI. ESPOR SİZCE BİR SPOR MUDUR VE YÜKSELEN BU PİYASADA SPOR PSİKOLOGLARI KENDİNE YER BULABİLİR Mİ?

Espor özellikle pandeminin hayatımıza girmesiyle tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de gelişimini son derece hızlandırdı. Dünyanın gidişatından kripto paralar ve Metaverse kavramları nasıl artık günlük yaşantımızın bir parçası haline gelmeye başladıysa bu değişim ve dönüşümün spor alanını etkilememesi imkânsız. Espor git gide daha büyük kitlelere ulaşacak ve bir süre sonra geleneksel sporların tahtına göz dikecek. Size birkaç çarpıcı istatistikten söz etmek isterim. 2017 yılında yapılan bir araştırmaya göre, espor ekonomisi 2017 yılında %41,3 büyümüş ve 696 milyon dolarlık bir sektör haline gelmiştir. 2020 yılında ise Espora yapılan yatırımlar iki katına çıkmıştır. Bunun yanında espor takipçileri de dünya çapında 385 milyon kişiye ulaşmıştır. Böylesine büyüyen ve sporcuların dünya çapında göz önünde olduğu bir dünyada ihtiyaçları da farklılaşmaya başlamıştır. Artık Esporculardan da saha içi ve saha

dışı performanslar beklenmektedir. Tüm bu değişimin içinde esporcuların da geleneksel sporcular kadar psikolojik desteğe ihtiyaçları vardır. Örneğin, Kadir Has Üniversitesi'ndeki “Spor ve Sağlık Psikolojisi” yüksek lisans programımızda geçen dönem Bahçeşehir Üniversitesi Espor takımları ile iş birliğine gittik. Öğrencilerimiz stajlarını Espor alanında yaptılar ve bu çalışmalar esnasında süpervizyon almaya devam ettiler. Proje çok başarılı oldu bundan sonraki dönemlerde de spor psikologlarının Espor takımlarındaki varlıklarının her geçen gün artacağına inancım tam.

SON OLARAK MESSİ Mİ RONALDO MU?

Yetenek olarak kesinlikle Messi, becerilerini geliştirme ve kendi en iyi versiyonu olma konusunda ise Ronaldo diyorum.

Taha Arif YÜCE

KLİNİK NÖROPSİKOLOG SEVAL AYDIN İLE OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU ÜZERİNE RÖPORTAJ

‘Nörotipik’ yerine ‘Nöroçeşit’ olmak sandığımız kadar kötü bir şey değil!

ÖNCELİKLE SİZİ TANIYABİLİR MİYİZ?

Adım Seval Aydın, psikoloji eğitimimi Münih Ludwig-Maximilians-Üniversitesi'nde (LMU) tamamladım. Lisans eğitimim boyunca üniversitenin gelişim psikolojisi laboratuvarında Prof. Dr. Beate Sodia'nın yanında asistan araştırmacı olarak çalıştım. Bunun yanı sıra Münih Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne bağlı kapalı psikiyatride klinik psikolog olarak çalıştım. Burada çalışarak özellikle psikoterapi alanında köklü deneyimler edindim. Lisans eğitimimin ardından Hollanda Tilburg Üniversitesi'nde Bilişsel Nöropsikoloji alanında yüksek lisans eğitimi aldım ve yüksek onur öğrencisi olarak mezun oldum. Yüksek lisans eğitimimin ardından Münih Helios Kliniği'nde klinik nöropsikolog olarak görevde bulundum ve bu alanda uzmanlık kazandım. Şu anda Amerika'nın Virginia eyaletinde otizm alanında çalışmaktayım ve George Mason Üniversitesi'nde araştırma görevlisi olarak çalışıyorum.



OTİZM NEDİR? GENETİK BİR HASTALIK MIDIR?

Araştırmalar otizmin multifaktöriyel, yani pek çok değişkene bağlı bir gelişimsel bozukluk olduğunu göstermiştir. Otizm her kişide farklılık göstermekle birlikte genetik varyasyonun yüzde % 40-80 arası etkilediği gözlemlenmiştir. % 40-80 arası olması, bu

alandaki büyük bir soru işareti olduğunu da vurguluyor. Otizmin oluşum sebebi genetik, sinirbilimsel, psikiyatrik ve mikrobiyolojik olarak hala araştırılmaktadır.

ÇOCUĞUMUN OTİZMLİ OLUP OLMADIĞINI NASIL ANLAYABİLİRİM?

Son yıllarda yapılan araştırmalar sayesinde otizm teşhisi çok erken yaşlarda konulabiliyor (2 yaş). Erken yaşta çocuğun göz teması kurup kurmaması, ebeveynin gülümsemesine tepki gösterip göstermemesi, ebeveynin baktığı veya işaret ettiği nesnelere bakıp bakmaması, ebeveynin dikkatini çekmek için bir nesneye veya olaylara işaret edip etmemesi, adıyla seslenildiğinde bakıp bakmaması, uygun yüz ifadesi olup olmaması, yüz ifadelerini okuyup okuyamaması gözlenebilecek faktörler. İleriki yaşlarda başkaları için empati gösterme olasılığı, arkadaş edinmekte ve arkadaş tutmakta zorluk çekip çekmemesi, gibi faktörler gözlemlenebilir.

OTİZMLE UYARAN EKSİKLİĞİ ARASINDAKİ FARK NEDİR?

Öncelikle uyaran eksikliğinin bir tanı değil bir semptom olduğunu vurgulamak isterim. Otizm tanısı konulmuş insanlar dünyayı bizden çok farklı algırlar, bizim için yeterli olan uyaranlar otizmliler için ya yeterli değildir veya çok fazla gelir. Bazıları uyaranlar yeterli olmadığı için kendilerini stimüle eder (kendini tekrar eden hareketler, ellerine bakmak, sesler çıkarmak). Bazen ise uyaranlar çok fazla gelir ve kendilerini rahatlatmak için yine aynı hareketleri sergileyebilirler.

Uyaran eksikliği dediğimizde aklıma Covid dönemi geliyor. Covid döneminde büyümüş çocuklar gelişim için gerekli sosyal iletişimden uzak kaldıkları için insanlarla iletişim kurmakta zorlanabilirler ve bu otizme benzer semptomlar ortaya çıkarabilir. Ama bu onları otizmliler yapmaz, bu dönemde büyümüş birçok çocuğa yanlış teşhis konulduğunu düşünüyorum.

GÜNÜMÜZDE TEKNOLOJİNİN YAYGINLAŞMASIYLA ÇOCUKLAR TELEVİZYON VE TELEFONA OLDUKÇA MARUZ KALİYOR. BU DURUM UYARAN EKSİKLİĞİNE YOL AÇABİLİYOR. TELEVİZYON VE TELEFONA MARUZ KALMANIN NEDEN OLDUĞU UYARAN EKSİKLİĞİ OTİZMİN HABERCİSİDİR DİYEBİLİR MİYİZ? YOKSA ÇOCUKLARI BU MECRALARDAN UZAK TUTTUĞUMUZ TAKDİRDE UYARAN EKSİKLİĞİ ORTADAN KALKAR MI?

Günümüz dünyasında çocuğu teknolojiden tamamıyla uzak tutmak neredeyse imkânsız. Biz de seanslarımızda zaman zaman teknolojiden faydalanıyoruz. Önemli olan teknolojinin çocuğun hayatında ne kadar yer tuttuğu. İletişim karşılıklıdır ve televizyonlar bu karşılıklı iletişimi bize vermiyor. Tek taraflı bir iletişim vardır; televizyon anlatır, izleyici dinler. Bu yüzden çocuk teknolojiye kesinlikle anne-baba kontrolü çerçevesinde maruz kalmalıdır. Çok fazla teknolojiye maruz kalan çocuklarda bir uyaran eksikliğine yol açabilir ve bunun da bazı sosyal becerileri kısıtlayabildiğini düşünebiliriz.



ÇOCUĞUN YAŞITLARINA GÖRE KONUŞMADA GECİKMESİ DİREK OTİZM ŞÜPHESİ UYANDIRIR MI?

Otizimli çocuklarda konuşma gecikmeleri çok yaygındır. Ancak otizmi olmayan çocuklarda da yaygındır. Yine bu noktada da otizmin temel sorununun sosyal beceri olduğunun altını çizmek istiyorum. Zamanla çoğu çocuk konuşulan dili kullanmayı öğrenir çünkü bunu yapmaktan olumlu sonuçlar alırlar; içten gelen özellikle sosyal bir istek vardır.

İki örneğe bakalım:

Birinci çocuğumuz Bobby: Bobby 2 yaşında ve hiç konuşmuyor. Ama henüz kelimeleri söyleyemiyorken, etrafındaki insanlarla iletişim kurmak için bazı sesler çıkartıyor ve beden dilini kullanıyor. İşaret ediyor, insanların dikkatini çekmek için istediği şeyleri eliyle gösteriyor. Konuşmasa da ortada bir iletişim var.

İkinci çocuğumuz Bibby: Bibby, Bobby ile aynı yaştadır ve birkaç sözü var ama iletişim kurmak için kullanmıyor. Henüz istediği şeyleri istemek için jestleri, sesleri veya kelimeleri nasıl kullanacağını çözemedi. Ebeveynleri, dikkatini birkaç saniyeden fazla tutmayı neredeyse imkânsız buluyor.

İki örnekte de konuşmada gecikme var ama ilk örnekte çocuk sosyal iletişim kurmak için hazır, diğeri sosyal iletişimi nasıl kuracağını henüz çözememiş ve çoğu zaman farkında bile değil. İkinci çocuğumuz otizmli, ilki değil. Ayrımı bu şekilde yapabiliriz.

YENİ OTİZM TANISI ALMIŞ ÇOCUĞUN AİLESİNE NE ÖNERİRSİNİZ? NASIL BİR YOL İZLENMELİDİR?

Öncelikle otizme karşı bakış açılarını, eğer maladaptifse, değiştirmelerini öneririm. Otizmle ilgili bir sürü yazılmış kitap, yayınlanmış belgesel ve filmler var. Bunlarla başlayabilirler. Otizmli insanların beyinleri normal insanlara göre farklı gelişmiştir ve bu yüzden dünyayı FARKLI algılıyorlar. Ama aslında bazı noktalarda çok da farklı olmadığımızı görebiliyoruz. Yakından baktığımızda birçok hareketlerini kendimiz de zaman zaman yaptığımızı görebiliriz. Mesela 'stimming' dediğimiz, kendini tekrar eden hareketleri hangimiz zaman zaman yapmıyoruz? Ben mesela bazen kendimi rahatlatmak için saçlarımla oynarım. Otizmli insanlar da bunu genellikle kendini rahatlatmak için yaparlar. Hafızaları çok güçlüdür bu yüzden önem verdikleri bir şey değiştiğinde bundan rahatsız olurlar.

Teşhis konular konulmaz özel eğitime başlamalıdır otizmli çocuklar. Ebeveynlerin bununla ilgili gecikmemelerini öneririm. Kendi hastalarım baktığımda erken yaşta terapiye başlayan ve geç yaşta başlayan hastalarım arasında oldukça büyük bir farklar var. Amerika'da özellikle davranışsal terapi (ABA Therapy), terapi sürecinde büyük bir rol oynuyor. Çocuklar 2 yaşından itibaren haftalık 10-30 saat arası değişen bir davranışsal terapiden geçiyorlar.

OTİZM ÇOCUKLUKTA MI BAŞLAR? ÇOCUKLUĞUNDA OTİZM TANISI ALMAMIŞ BİRİ YETİŞKİNLİĞİNDE OTİZM BELİRTİLERİ GÖSTEREBİLİR Mİ?

Otizm nörogelişimsel bir hastalık olduğu için anne karnında başlar ama birçok insanda otizm teşhisi konulmaz. Hatta çoğu zaman ADHD ile karıştırılır (bazı kaynaklara göre bu %70'lik bir orana ulaşıyor!). 30 yaşından sonra otizm teşhisi konulmuş insanlar biliyorum ve bu teşhisi aldıklarında rahatlayan birçok insan tanıyorum. Ama otizm semptomlarının görülüp görülmemesi insandan insana değişiklik gösterir. Bazı yetişkinlerde sadece sosyal becerilerle kısıtlyken bazılarında otizmin diğer semptomları da görülebilir. 20 yaşında bir hastam var ve 15 yaşına kadar hiçbir otizm tedavisi görmemiş. Bu hastam genellikle "kendi dünyasındadır" (bu terim çok kullanılır otizmde) ve kendini tekrar eden hareketler sergiler. Yani evet, ileriki yaşlarda da bu otizm belirtilerini görebiliriz.

TÜRKİYE'DE OTİZMLİ ÇOCUKLAR İÇİN ÖNERİLEN TEDAVİ YÖNTEMLERİNDEN FARKLI BİR YÖNTEM AMERİKA'DA UYGULANIYOR MU? UYGULANIYORSA BUNLARA ÖRNEK VEREBİLİR MİSİNİZ?

Türkiye'de uygulanan tedavi yöntemlerini çok bilmemekle beraber Amerika'da ABA therapy dediğimiz davranışsal terapi uygulanır ve çocukların günlük hayatta daha sağlıklı davranabilmeleri için sosyal ve gelişimsel faktörler üzerinde çalışır.

SİZİN KARŞILAŞTIĞINIZ İLGİNÇ VAKALAR VAR MI?

Otizmlili çocukların hepsi kendine göre çok ilginç ve birbirinden o kadar farklı ki. Her bir vakam ilginç ve hayret verici. Çoğu zaman farklı olmanın ne kadar büyük bir zenginlik olduğunu düşünüyorum. 'Nörotipik' yerine 'Nöroçeşit' olmak sandığımız kadar kötü bir şey değil! Ayrıca, bir ilginç nokta daha otizmlili olmalarına rağmen değişime ne kadar açık olmaları. Bu yüzden tedavi için gecikmemeli ve ileriki zamanlarda daha sağlıklı bir yaşam sürdürebilmeleri için bir an önce tedaviye başlamalıdır.

Liva GÜNEŞ



TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDE PSİKOLOG OLMAK

Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde psikolog olarak çalışan Dilek Hanım ile yaptığımız bu röportajdan keyif almanızı diliyorum, Dilek Hanım'a röportaj teklifimi kabul ettiği için içten teşekkürlerimi iletiyorum.

KENDİNİZDEN BİRAZ BAHSEDER MİSİNİZ?

Merhaba, Psikolog Dilek ben. Yaklaşık üç buçuk - dört yıldır Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde çalışıyorum. Öncesinde sosyal hizmetlerde yine psikolog olarak çalışmıştım.

Eğitim araştırma hastanesinin bir birimi olan Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde psikoz hastalarıyla çalışmalar yapmaktayız. Hastalarımızla birebir ilgilenme, onların hayatına dokunma, onları topluma kazandırma, toplumda var olmaları adına psikolog olarak eğitimler veriyoruz, psikoterapi süreçlerini yürütüyoruz, aile eğitimleri veriyoruz, aile psikoterapi süreçlerini devam ettiriyoruz.

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ NEDİR, GENEL İŞLEYİŞİ HAKKINDA BİRAZ BİLGİ VEREBİLİR MİSİNİZ?

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, kısaca TRSM'ler, şizofreni, bipolar, şizoaffektif bozukluk gibi ağır ruhsal hastalıkların tedavi ve takip süreçlerini yöneten, bu anlamda hizmet veren kurumlardır. Hastalar, TRSM'lere polikliniklerden, yataklı servislerden ve ruh sağlığı formuyla şehir dışındaki servislerden taburculuk sonrası yönlendirilmekte. Yönlendirilen hastaların tanısı ve mevcut durumu TRSM takiplerine uyuyorsa kaydını alıyoruz, kaydı alındıktan sonra hastalara ve ailelerine TRSM'nin işleyişini, tedavi takip süreçlerini, ilk primer süreçlerin dışında aynı zamanda TRSM'lerin rehabilitasyon kısmını anlatıyoruz.



TRSM'DE ÇALIŞAN BİR PSİKOLOG OLARAK GÖREVİNİZ NEDİR?

Biz burada şu an iki psikolog olarak çalışıyoruz. Mesleki görevimizin yanında vaka danışmanlığı da yapıyoruz. Yani kapsayıcı anlamda hastayı her yönüyle – sosyal hakları, tedavi takibi, ilaçları düzenli kullanıp kullanmaması, aile ilişkileri – takip etmeye çalışıyoruz. Bir yandan da psikolog olarak terapiyi sürdürebilecek olan hastalar ve yakınlarıyla bireysel görüşmeler yapabiliyoruz. Hastaların ailelerine, aile eğitimleri ve bireysel psikoterapiler veriyoruz. Süreçleri aile ile beraber takip ediyoruz çünkü bizim hasta grubumuzda aile en önemli faktör. Tedavi takip sürecinde, ilaçların takibinde, hastanın TRSM süreçlerini takip etmesi anlamında ve rehabilitasyon kısımlarında hastayı desteklemek, teşvik etmek anlamında aileler çok önemli. Bu nedenle, ailelerin tükenmişliğini azaltmak ve tedavi takip sürecine desteklerini artırmak anlamında onlara hem psikoeğitimler veriyoruz hem de psikoterapi seanslarında beraber çalışıyoruz. Hastalara da yine aynı şekilde psikoeğitimler veriyor ve psikoterapi seansları yürütüyoruz.

Psikoz grubu hastalarda ruhsal toplumsal girişimler çok gereklidir. Bu girişimler; bireysel ve grup halinde uygulanabilen bilişsel davranışçı tedavilerden, destekleyici tedaviye, aile tedavisine ve eğitimine ruhsal eğitim gruplarına, toplumsal beceri eğitimine ve rehabilitasyon hizmetlerine kadar çeşitli alanlarda gerçekleşmektedir. Hastalarla grup terapileri, günaydın toplantıları yapıyoruz. Hastalara zaman zaman etkinlikler de düzenlemeye çalışıyoruz. İş uğraş terapistiyle beraber, hastaların topluma uyumları, iletişimleri, öz bakımları, işlevselliklerini artıracak etkinlikler ve kendilerini nasıl geliştirebilecekleri hakkında eğitimler veriyoruz. Yani hastayı tüm yönleriyle bir bütün olarak değerlendirip toplum temelli bir ruh sağlığı hizmeti amaçlamaktayız.

BAHSETTİĞİNİZ ETKİNLİKLERE ÖRNEK VEREBİLİR MİSİNİZ?

Gün içerisinde hastaların TRSM binasına gelip keyifli vakit geçirebilmeleri için elimizden geleni yapıyoruz. Çay saatleri var, öğle yemeklerini yine burada yiyebiliyorlar. Bunlar haricinde halk eğitimden gelen hocalarımız var, hocalarla birlikte resim, seramik, müzik gibi çeşitli etkinlikler yapabiliyorlar. Hastaların yaptığı resim seramik çalışmaları sergi alanlarında halkın beğenisine sunulmakta; gelirleri hastalara destek olarak verilmekte ve yeni malzeme temini için değerlendirilmektedir. Hastaların engelli işe yerleştirme sınavı (EKPS) başvuruları, bu sınava hazırlanmaları için kursların açılması ve işe

yerleştirilmeleri gibi sosyal ve mesleki işlevselliklerinin artması yönünden de yoğun çalışmalar da yapılmaktadır.

TOPLUM TARAFINDAN KOLAYLIKLA DAMGALANAN BİR HASTA GRUBUYLA ÇALIŞMAK NASIL BİR HİS MİSİNİZ?

Bizim hastalarımız toplumda ötekileştirilen, toplumdaki uzaklaştırılan ve toplum tarafından – biz hastalarımızı asla öyle görmüyoruz fakat – ‘deli’ olarak görülen bir kısım hasta grubu. Bu hastalarla çalışırken, hastalarımızın karşılaştığı bazı muameleleri, önyargıları ve olumsuz tutumları görmekteyiz. Hastalar toplumdaki ötekileştiriliyor, işe alımlarda ya da evlilik hayatlarını sürdürmekte bazı zorluklar yaşıyorlar. Bunları gördüğümde bir psikolog olarak ben çok üzülüyorum. Bu önyargılı tutum ve davranışları gördüğümüzde daha yapılacak çok şey olduğunu, TRSM’lerin sayısının artırılması gerektiğini ve topluma, vatandaşlarımıza bu hastalıkların anlatılması gerektiğini, toplum bilincinin artırılması gerektiğini düşünmekteyim. Bu süreç, tabii ki öncelikle ailelerden başlıyor. Hala bazı hastalarımızın aileleri hastalığı bilmiyorlar ve bilmedikleri için de tedavi takip süreçlerini çok iyi yürütemiyorlar. Mümkün olduğunca hastalara ve hasta yakınlarına bu durumun hastalaktan kaynaklandığını, bu hastaların hastalıkları sebebiyle bu belirtileri yaşadığını ve bu belirtileri yaşarken de çok acı çektiklerini anlatmaya çalışıyoruz.

Çünkü hasta yakınları dahi anlamak istemiyorlar. Bazen hastalarımıza karşı suçlayıcı olabiliyorlar. Bilerek yapıyor, bu verdiği tepkiler hastalıktan değil, huyu bu şekilde hastalığı bilmedikleri için hasta yakınları da öfkeli davranabiliyorlar. Bizim amacımız hastalığı anlatmak, hastaların yaşadıkları hakkında aileleri ve toplumu bilinçlendirmeye çalışmak. Bipolar gününde seminerler verdik, hastalığı anlattık. Şizofreni gününde aynı şekilde, TRSM lokasyonuna yakın yerlerde röportaj yaptık, bu hastalığı biliyorlar mı, hastalık nedir, belirtiler nedir gibi sorularla. Baktığımızda toplum gerçekten bu anlamda eksik kalıyor, ruhsal hastalıklara hala korkarak bakıyorlar. Biz elimizden geldiğince anlatmaya çalışıyoruz. Hastaların hastalık dönemlerinde çok nadir de olsa bazen öfkeli davranışları olabiliyor fakat genel anlamda, remisyonda oldukları dönemlerde topluma uyumlu, çalışan, işlevselliğini ve aile hayatını sürdürebilen, topluma yararlı olabilecek bireyler olduklarını anlatmaya çalışıyoruz.

KULLANDIĞINIZ TESTLER VAR MI? EĞER VARSA NE GİBİ DURUMLARDA KULLANIYORSUNUZ?

Çok sık olmasa da testler kullanıyoruz. Çünkü buraya gelen hastalar belli tanıları almış, psikometrik ölçüleri daha önce uygulanmış hastalar oluyor. Yalnız hastalığının yanında bazı ek, komorbid olan durumlar var mı yok mu, onları tekrar değerlendirmek için bazen zekâ testleri, Kent EGY testini uygulayabiliyoruz. Psikiyatri hekiminin yönlendirmesi üzerine MMPI testi uyguluyoruz. Zaman zaman da Mini Mental testi uygulayabiliyoruz. Ama çok sık olmuyor.

İŞ DOYUMU SAĞLAYABİLİYOR MUSUNUZ?

Evet sağlayabiliyoruz. Çünkü gelen hastaların randevularını biz ayarlayabiliyoruz. Görüşme yapacak tarihlerini biz belirliyoruz. Hangi hastalarla bireysel görüşmeler yapabiliriz, bunların planlamasını kendimiz yapabildiğimiz için sıklığını da kendimiz ayarlayabiliyoruz. Hastaların ailelerine de bireysel psikoterapi yapabildiğimiz için, terapi yapmak, bu süreci yönetmek de doyum sağlıyor. Ek olarak, hastanın atak dönemi sonrası remisyon dönemine gelişini görmek, süreci takip etmek, hastaya eşlik edebilmek de iş doyumumuzu artırıyor.

TRSM'DE ÇALIŞMAK İÇİN NASIL BİR YOL İZLENMESİ GEREKİYOR? DİREKT TRSM'YE ATAMA YAPILIYOR MU?

Şu an direkt TRSM'ye atama yapılmıyor, eğitim araştırma hastanelerine bağlı şu an TRSM'ler. Devlet kurumlarında psikolog olarak çalışmak için KPSS sınavına girilmesi şart. TRSM'nin psikolog alımları sağlık bakanlığının personel alımları üzerinden yapılmakta. Dediğim gibi TRSM'ler şu an eğitim araştırma hastanelerine bağlı, eğitim araştırma hastanelerin psikolog alımlarını da sağlık bakanlığı personel alımlarından takip edebilirsiniz.

PSİKOLOJİ ÖĞRENCİLERİ VE YENİ MEZUN PSİKOLOGLARA ÖNEREBİLECEĞİNİZ BİR ŞEYLER VAR MI?

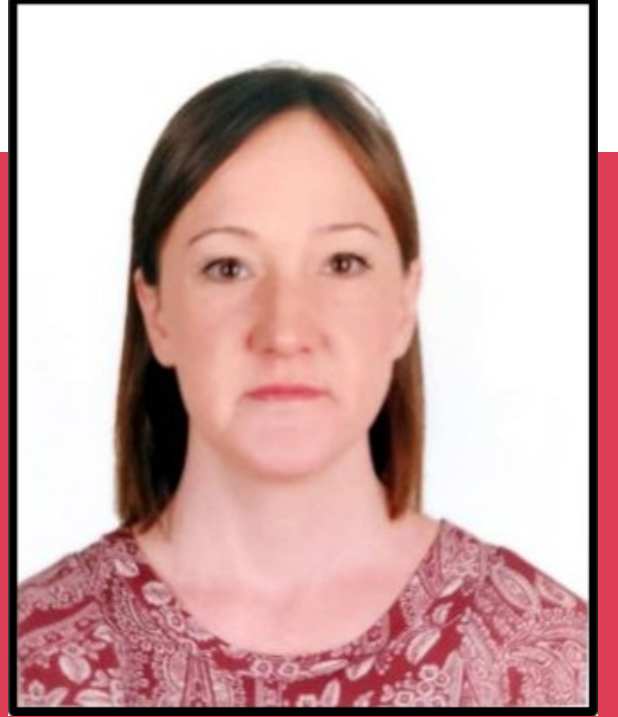
Öğrencilere mutlaka staj yapmalarını tavsiye ediyorum. Mesleğe yönelik her alanda mutlaka stajlarını tamamlasınlar. İmkanları varsa, Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde de stajlarını tamamlasınlar, buradaki hastaları - hasta gruplarını görsünler. Psiko grubunu çok net bir şekilde görmüş olurlar. Bu grup hastalarla çalışıp çalışamayacaklarını, hasta yakınlarıyla tedavi takip sürecini yönetip yönetemeyecekleri anlamında akıllarında bir fikir oluşturması açısından toplum ruh sağlığı merkezinde staj yapmak oldukça anlamlı olacaktır. Klinik anlamda staj yapsınlar, gelişim üzerinden staj yapsınlar. Stajların dışında, meslekte çalışan psikologlarla birebir görüşme sağlasınlar. Eğitimlerini tamamlasınlar, bilişsel davranışçı terapi eğitimi temel eğitimlerden birisi, benim önerebileceğim mutlaka BDT eğitimi tamamlasınlar. Sonrasında, kendi çalışmak istedikleri alanlara göre diğer eğitimlerini de tamamlasınlar. EMDR, şema terapi, kişilerarası ilişkiler terapisi olabilir ya da çocuklarla çalışmak istiyorlarsa oyun terapisi gibi eğitimlerini tamamlasınlar. Bu eğitimleri alırken, eğitim veren kişilerin psikolog ya da psikiyatrist gibi ruh sağlığı alanında uzman kişiler olmasını şiddetle tavsiye ediyorum. Alan dışı eğitim veren kişi ve kurumlardan uzak durmalarını öneriyorum. Derneklerin vermiş oldukları eğitimlere, yapılan atölye çalışmalarına dahil olarak deneyim kazanıp bilgi ve becerilerini artırabilirler.

İrem TAN

NÖROPSİKOLOJİ ÜZERİNE

**MERHABA HOCAM, RÖPORTAJIMIZA
BAŞLAMADAN ÖNCE KISACA SİZİ
TANIYABİLİR MİYİZ?**

Merhaba, ben Doktor Öğretim Üyesi Esin Özdeniz Varan. İstanbul Üniversitesi Psikoloji bölümü mezunuyum. Yüksek lisans ve doktoramı da aynı üniversitede tamamladım. Yeditepe Üniversitesi'nde hem nöropsikolog hem de öğretim üyesi olarak çalıştım. 15 yıl nöropsikolog olarak çalıştıktan sonra şu anda Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji anabilim dalında öğretim üyesi olarak çalışıyorum.



**PSİKOLOJİNİN ÖNEMLİ BİR ALT ALANI OLARAK NÖROPSİKOLOJİYİ
NASIL TANIMLARSINIZ?**

Nöropsikoloji, bilişsel işlevlerin ve davranışların beyinle olan ilişkisini inceleyen bir bilim dalı. Klinik nöropsikoloji ve deneysel nöropsikoloji olarak ikiye ayrılır. Deneysel nöropsikolojide daha çok normal kişiler üzerinde yapılan çalışmalar ağırlıktadır. Klinik nöropsikolojide ise belli beyin bölgelerinin hasarlanmasıyla nesnel nöropsikolojik testlerle gösterilebilecek zihinsel işlev bozuklukları arasındaki bağlantılara odaklanmaktadır. Klinik bir nöropsikolog; nöropsikolojik değerlendirmeyi yapar, tanı ve ayırıcı tanı konulmasında yardımcı olur. Hastalığın seyrinin takip edilmesi, tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesi ve rehabilitasyon çalışmalarının yapılmasında rol alır. Deneysel nöropsikologlar ise normal kişiler ve hayvanlar üzerinde bir takım özel tekniklerle beyin davranış ilişkisini araştırır. Basitçe ifade edersek araştırma konuları arasında beynin sağ ve sol yarıküreleri, bunların ön ve arka bölgelerinin çeşitli bilişsel işlevler açısından özelleşmeleri yer alır.

NÖROPSİKOLOJİYİ KAPSAMLI ŞEKİLDE ÖZETLEMİŞ OLDUK. BURADAN YOLA ÇIKARAK VE PSİKOLOJİ ÖĞRENCİLERİNİN DE MERAK EDECEĞİNİ DÜŞÜNEREK BİR NÖROPSİKOLOĞUN GÖREVLERİ VEYA ÇALIŞMA KOŞULLARI NELERDİR?

Bir nöropsikolog hastanede çalışabilir ya da akademisyen olabilir. Bunun yanında isterse bir hastaneye bağlı olmadan danışmanlık merkezlerinde nöropsikolojik değerlendirme alanında da çalışabilir. Biz nöropsikolog olarak neler yapıyoruz diyecek olursak; nöropsikolojik bir değerlendirme yaparsak gelen hastaların çoğunluğu unutkanlık şikayetiyle gelen kişiler oluyor. Bu sebeple gelen kişilerde öncelikle bu subjektif bir unutkanlık mı yoksa gerçekten yaşından ve eğitim düzeyinden beklenenden daha düşük puanlar mı alıyor, bunu belirliyoruz. Sonrasında bir demans başlangıcı var mı, varsa tipi ne olabilir, şiddeti ne derecede gibi konulardaki bulguları inceliyoruz. Belli aralıklarla testleri uygulayarak hem hastalığı izleyebiliyoruz hem de uygulanıyorsa tedavinin etkinliğini belirliyoruz. Beyin operasyonları öncesinde ve sonrasında değerlendirme yapabiliyoruz. Böylece yapılan operasyonun bilişsel işlevler açısından getirisi götürüsü neler olmuş değerlendirebiliyoruz. Bazen nöropsikolojik değerlendirmeyle cerrahın operasyonu yapma kararı vermesinde de yardımcı olabiliyoruz. Benzer şekilde rehabilitasyonun planlanması ve planda bir takım değişiklikler yapmak gerekip gerekmediğinin değerlendirilmesi de nöropsikolojik testler yardımıyla oluyor.

Hangi zihinsel işlevleri korunmuş, hangileri bozulmuş, hangilerinin geliştirilmeye ihtiyacı var, biz hangi sağlam işlevlerle çalışabiliriz. Hangi sağlam işlevleri rehabilitasyonda kullanabiliriz noktalarında da nöropsikolojik değerlendirme bize yardımcı oluyor. Akademik alanda çalışmak isteyenler de üniversiteler bünyesinde hem ders verip hem de araştırmalarına odaklanabilirler.

ANLADIĞIMIZ KADARIYLA ÇEŞİTLİ ALANLARLA OLDUKÇA İŞBİRLİĞİ İÇEREN BİR ALAN.

Evet, nöropsikoloji multidisipliner bir alan. Nöroloji, fizyoloji, anatomi ve psikiyatri alanlarıyla ortak noktaları var.

PEKİ HOCAM, NÖROPSİKOLOG OLMAK İSTEYEN BİR KİŞİ ÜLKEMİZDE NASIL BİR YOL İZLEMELİ, ÜLKEMİZDE SÜREÇ NASIL İLERLİYOR?

Ülkemizde herhangi bir üniversite doğrudan bir nöropsikolog unvanı vermiyor. Lisans eğitimini tamamlayanlar nöropsikolojinin ağırlıkta olduğu programlara başvurabilir. Bazı üniversitelerde bilişsel nöropsikoloji, bilişsel bilimler, sinirbilim gibi programlar var. Bunların yanı sıra Sağlık Bilimleri Üniversitesi'nde olduğu gibi klinik psikoloji programı içerisinde nöropsikolojiyi içeren dersleri olan bölümler var. Bu alanların birinde yüksek lisans yapmalarını öneririm. Hastanede nöropsikoloji alanında çalışmak istiyorlarsa bizimki gibi nöropsikoloji dersleri içeren bir klinik programı tavsiye ederim çünkü bildiğim kadarıyla bir hastanede çalışabilmek için klinik psikolog olmak gerekiyor. Ek olarak nöropsikolojik testler eğitimi almış olmalı ama bu

kesinlikle yeterli değil. Bunu özellikle vurgulamak istiyorum çünkü testleri öğrenmek çok kolay, zor olan bunları yorumlamayı öğrenmek. Bu yorumlama becerisi de kesinlikle klinik deneyimle kazanılıyor. Deneyimli bir nöropsikoloğun yanında usta-çırak ilişkisi içerisinde bu testleri yorumlamayı öğrenmeleri çok önemli. Deneysel nöropsikoloji alanında çalışmak isteyenler de deneysel psikoloji ya da sinirbilim alanlarında yüksek lisans yaptıktan sonra üniversitelerde çalışabilirler. Bu noktada da laboratuvar imkanı sunan bir üniversite olmasına dikkat etmeliler.

NÖROPSİKOLOJİNİN FARKLI ÇALIŞMA ALANLARI OLDUĞUNDAN BAHSETTİK. SİZİN ÇALIŞMA ALANLARINIZ HANGİ KONU ÜZERİNDE AĞIRLIK KAZANIYOR, BAHSEDEBİLİR MİSİNİZ?

Ben uzun zaman demans, epilepsi ve beyin tümörlü hastalarla çalıştım. Çalıştığım gruplar yetişkin ağırlıktaydı. Daha az da olsa mental retarde çocuklar da çalışma alanım içerisindeydi. Son zamanlarda yaptığımız çalışmaların ise dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocuklar üzerine olduğunu söyleyebilirim.

NÖROPSİKOLOJİ KAPSAMINDA ÖNEMLİ OLDUĞUNU DÜŞÜNDÜĞÜNÜZ DENEY YA DA ÇALIŞMA NEDİR HOCAM?

Bir deney değil ama tüm nörolojik bilimler açısından en önemli vakalardan birinin H.M. vakası olduğunu düşünüyorum. Tabii ki kendisi için çok talihsiz bir durum ama yeni bilgiler kazandırması açısından oldukça önemli bir vakadır. H.M. küçükken bir bisiklet kazası sonrasında dirençli bir epilepsi geliştiriyor. İlaçlarla da kontrol altına alınamayan ve gittikçe şiddeti artan nöbetler görülüyor. Bu epilepsi nöbetlerini durdurabilmek için bir cerrah tarafından iki yanlı medial temporal lobları çıkartılıyor. Medial temporal lobların iki yanlı çıkartılması işleminden sonra H.M.'de ciddi şekilde ileriye ve orta dereceli geriye yönelik amnezi gelişiyor.

ÇALIŞMA KONULARINIZ İÇERİSİNDE EN YAYGIN DUYULANI OLDUĞU İÇİN SORUYORUM, BİZE DEMANSDAN KISACA BAHSEDER MİSİNİZ?

Tabii. Demans hastanın bilişsel işlevlerinde bozulma olan, ilerleyici yapıda kronik bir durumdur. Demans tanısı konulabilmesi için en az iki kognitif(bilişsel) alanda bozulma gerçekleşmiş olması gerekir. Bu kognitif alandaki bozulmalara ek olarak da günlük yaşam aktivitelerinde bozulmalar görülmesi gerekir. Demansın başlıca primer ve sekonder olmak üzere pek çok alt tipi de vardır, şimdi kısaca böyle tanımlayabiliriz.

Bakım evinde kaldığı süreçte neredeyse ömrü boyunca nöropsikolojik değerlendirilmeler içinde oluyor. H.M.'nin burada uzmanlarla işbirliği içinde olması sayesinde hem bellek süreçleri hem de belleğe aracılık eden yapılar açısından birçok konu aydınlatılmış ve yeni bilgiler ortaya çıkmış.

SİZCE KLİNİK ALANDA ÇALIŞANLAR İÇİN NÖROPSİKOLOJİ BİLGİSİNE HAKİM OLMAK NE AÇILARDAN ÖNEMLİDİR?

Klinik psikolog da olsa kesinlikle nöropsikolojiyi bir miktar dahi olsa bilmesi gerektiğini düşünüyorum. Neden dersen davranış, düşünce ve duyguyu beyinden bağımsız olarak düşünemeyeceğimize göre bunlara aracılık eden beyin yapılarını ve süreçlerini bilmeleri önemli diye düşünüyorum. Bunun yanında bulguları psikolojik rahatsızlıklarla karışabilecek örneğin frontotemporal demansın davranışsal varyantı gibi bir takım nörolojik rahatsızlıklar bulunuyor. Nörolojik rahatsızlığı olan hastanın psikolojik tedavilerle vakit kaybetmemesi için bu hastalıklar hakkında bilgi sahibi olunması gerekir. Ayrıca bazı kronik hastalıklarda da olduğu gibi nörolojik hastalıklarda da eşlik eden bir takım psikolojik bozukluklar olabiliyor. Bu durumlarda danışmanların bu hastalıklar hakkında bilgi sahibi olması danışan açısından da avantaj sağlayacaktır

HASTANEDE ÇALIŞMA TECRÜBESİ DE OLAN BİR NÖROPSİKOLOG OLARAK SİZCE HASTANEDE BU ALANDA ÇALIŞIRKEN NELERE DİKKAT EDİLMELİ?

İlk önce iyi bir öykü almak gerekiyor tabii ki. Bu öyküyü hastanın yakınlarından da teyit etmek gerekli. Zaten hastadan ve hasta yakınından alınan öykü doğrultusunda kafanızda bir tablo canlanmaya başlıyor. Hastayla koopere olmak da gerekiyor. Örneğin bir demans başlangıcı varsa hasta yakınları tarafından getirilmiş ve durumunu kabul etmiyor olabilir, agresif bir tutumu olabilir. O yüzden iyi bir kooperasyon sağlayıp hastayı yatıştırmak gerekir. Test uygulama sırasında sıkılan yorulan hastalar olabilir. Bu durumda hastaları teşvik etmek gerekir. Test boyunca hastayı desteklemeli, bir sınavdaymış hissi vermememiz ve testi olabildiğince akıcı şekilde sürdürmemiz gerekir.

Yine test esnasında testin bölünmemesi, ortamın iyi ışıklandırılmış olması, hastaların gözlük ve işitme cihazı gibi ihtiyaçlarını yanlarında getirmeleri, karınlarının tok olması, ilaçlarını almış olmaları önemlidir. Günümüzde sık yaşanabilen bir durum olarak test sırasında cep telefonu çalabiliyor, bu da dikkatin dağılmasına ve test sonucunun etkilenmesine neden olabilir. Hastaları teste başlamadan önce bu konuda bilgilendirmek gerekebilir ses olmaması açısından. Testin sonunda da bilgilendirme yapabiliriz. Tabii bu noktada kesin bir tanı ismi vermiyoruz. Kesinlikle 'Sizde Alzheimer tipi demans var.' gibi bir şey söylemiyoruz ama 'Yaşınızın ve eğitim durumunuzun ötesinde bir unutkanlığınız var, diğer tetkiklerle beraber doktorunuz gerekli değerlendirmeyi yapıp tedaviyi düzenleyecektir.' şeklinde bilgilendirebiliriz. Kesin tanıyı söylemeyi nöroloğa bırakıyorum ben genellikle. Bazen hastaların yaşayabileceği durumlardan bahsetmek gerekebiliyor. Örneğin frontalitesi olan yaşlı bir hasta araba kullanmak istiyorsa dikkatinin ve cevap inhibisyonunun bozuk olduğunu, bu yüzden de kullanmamasının iyi olacağını söyleyebiliyoruz yardımcı olmak için.

YENİ MEZUN OLMUŞ VE BU ALANDA ÇALIŞMAYI HEDEFLEYEN PSİKOLOGLAR İÇİN HANGİ YETERLİLİKLERE SAHİP OLMALARINI ÖNERİRSİNİZ?

Birincisi temel düzeyde fizyoloji ve nöropsikoloji bilgisinin olmasını bekliyoruz. Bunlar her üniversitenin müfredatında olmayabilir ama kendi çabalarıyla bu konularda temel okumaları yapmış olma-

rını bekleriz. Bunun dışında nöropsikolojik testleri uygulamayı öğrenmeleri gerekiyor ama tabii nöropsikolojik testler eğitimi alıp ben bu işi biliyorum diye çıkmamak gerek. Kısa eğitimler sonrası çalışmaya başlayıp yanlış yazılan raporlarla çok karşılaştığımız oluyor. Böyle raporları görmek gerçekten bizi üzüyor. Bu gibi durumlarla karşılaşmamak için biraz önce de söylediğim gibi deneyimli nöropsikologların yanında usta-çırak ilişkisi içinde bol bol hasta görüp deneyim kazandıktan sonra çalışmaya başlamaları veya çalışmaya başladılarsa da bir süpervizyon eşliğinde raporlarını hazırlamalarını tavsiye ederim. Süpervizyon almadan rapor hazırlamamak mesleğimizin saygınlığı açısından da önemli diye düşünüyorum.

NÖROPSİKOLOJİ GENELLİKLE ÖĞRENCİLERİN HEM ZORLANDIĞI HEM DE MERAK ETTİĞİ BİR ALAN. SİZ ÖĞRENCİLERE NÖROPSİKOLOJİ DERSİ İÇİN NELER ÖNERİRSİNİZ?

Bazı öğrencilerin zorlanmasının nedeninin dersin ilgilerini çekmiyor olmasına bağlıyorum. İlgi duyup zorlananlar da olabilir tabii ki ama büyük bir çoğunluğun ilgi duymadığından zorluk çektiğini düşünüyorum. Büyük bir çoğunluk klinik psikolog olmak istiyor ve nöropsikoloji gibi dersleri niye okuduğumuzun farkına varmayabiliyorlar. Onlara önerim bütün derslerde olduğu gibi zorlansalar bile dersi dinlemeleri, muhakkak takıldıkları noktaları sormalarıdır. Bunun dışında yine de zorlanıyorlarsa daha basit ve temel kaynaklardan, biraz daha fazla şekil ve görsel içeren kitaplardan ek okumalar

yaparak kendilerini geliştirebileceklerini, zorlanmaları aşabileceklerini düşünüyorum.

SON OLARAK HOCAM, NÖROPSİKOLOJİ VEYA FARKLI BİR ALANDA AKADEMİK SÜREÇTE İLERLEMENİN İSTEYEN ADAYLARA TAVSİYELERİNİZ NELER OLUR?

Biliyoruz ki akademik alanda çalışmak için okumadan, araştırmadan ve yeni şeyler öğrenmekten keyif alıyor olmak lazım. Eğer bunlar size keyif vermiyorsa bu alana hiç girmeyin derim :) Bir yandan yüksek lisans ve doktora yaparken kendilerini dersle sınırlandırmamalarını, araştırma projelerine katılmalarını, ders dışı okumalar yapıp güncel makaleleri takip etmelerini öneririm. Bunun dışında önemli bir kısım da uygulamadan kopmamalarıdır. İçinde olduğumuz alandan örnek verirsem bir klinik psikolog kendini teorik bilgiyle sınırlandırmamalı, bilgilerini uygulamalı mesela danışan görmeli diye düşünüyorum çünkü uygulama ve teori birlikte olduğu zaman hem bilgi pekişiyor hem de araştırılacak yeni konular keşfedilebiliyor. Şahsi fikrim uygulama ve teorinin birbirini beslediği ve biri olmadan diğersinin eksik kalacağı yönünde.

VERDİĞİNİZ BİLGİLER TÜM OKUYUCULAR İÇİN OLDUKÇA FAYDALI OLACAKTIR HOCAM. ZAMAN AYIRDIĞINIZ İÇİN HEM KENDİM HEM DE EKİBİM ADINA TEŞEKKÜR EDERİM.

Ben de hem alanı tanıtmak hem de klinik uygulama ile nöropsikoloji ilişkisini, rapor yazımındaki beklentilerimizi vurgulamak konusunda fırsat oluşturduğunuz için teşekkür ederim.

Nihan PASAFÇIOĞLU

BEYİN TÜMÖRLÜ HASTALARDA NÖROPSİKOLOJİK DEĞERLENDİRME SÜRECİ



MERHABA İLAYDA HOCAM, ÖNCELİKLE KISACA SİZİ TANIYABİLİR MİYİZ?

Merhaba elbette, ben 2016'da Ondokuz Mayıs Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nden mezun oldum. Mezuniyetten iki ay sonra Çapa Nöropsikoloji Laboratuvarı'nda Psikolog Dr. Şükriye Akça Kalem'in yanında staja başladım. Küçük bir staj olacağını düşünerek başlamıştım ama yaklaşık beş yıl boyunca staja devam ettim. Şükriye Hocam aracılığıyla Öget Öktem Hoca'nın yanında afazi rehabilitasyonuna gözlemci olarak katılmaya başladım. Ardından Öget Hoca'nın süpervizörlüğünde gönüllü olduğum bir hastanın dil ve konuşma terapisi sürecinde yer alma şansı buldum. Yine bu süreç içerisinde Primer Progresif Afazi ile ilgili bir çalışmada nöropsikolojik değerlendirmeler gerçekleştirerek veri toplama deneyimim oldu. 2017 yılında İstanbul Üniversitesi Sinirbilim Anabilim Dalı'nda yüksek lisansa başladım. 2019'dan beri de Maslak Acıbadem'deki beyin ve sinir cerrahi ekibiyle birlikte açık beyin ameliyatlarına katılıyor; bir yandan Alzheimer, epilepsi ve beyin tümörlü hastaların nöropsikolojik değerlendirmelerini yaparken aynı zamanda Acıbadem Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nde misafir öğretim üyesi olarak çalışıyorum.

NÖROPSİKOLOJİNİN TEMELİNİ, BEYİN VE DAVRANIŞ İLİŞKİSİNİN KESİŞİM NOKTASI OLUŞTURMAKTA. NÖROPSİKOLOJİK DEĞERLENDİRME DE ŞÜPHE SİZ BU İLİŞKİYİ ARAŞTIRMANIN EN BİLİNER YOLLARINDAN BİRİSİ. NÖROPSİKOLOJİK DEĞERLENDİRME NEDİR VE NEDEN BU DEĞERLENDİRMEYE İHTİYAÇ DUYARIZ?

Bazı durumlarda davranışı sadece gözlemleyerek anlayamayacağımız kadar dakik bir değerlendirmesine ihtiyacımız oluyor ve nöropsikolojik değerlendirme de davranışın norm değerini baz alarak ne düzeyde olduğunu görmemizi, hastanın bilişsel becerisinin bozulup bozulmadığını ve ne kadarının korunduğunu tespit etmemizi sağlıyor. Buradaki dakik ifadesi çok önemli çünkü geçerliği ve güvenilirliği olan araçlarla yapılan bu değerlendirmeler, subjektiflikten tamamen uzak. Gerçi bunda da bazı farklılıklar ortaya çıkabiliyor. Çünkü nöropsikolojide birden fazla ekol bulunmakta ama biz daha çok standardize test bataryalarının kullanıldığı ekolü tercih ediyoruz.

Peki neden önemli? Örnek vererek açıklayayım. Bir hastanın tanısı ile ilgili karar verileceği zaman bilişsel fonksiyonları hakkında fikir sahibi olunması gerekiyor. Örnek vermek gerekirse problem sadece bellekte mi, görsel mekansal becerilerde problem var mı ya da daha spesifik konuşmak gerekirse bellekte bir problem varsa bu sözel bellekte mi yoksa görsel temelli bellekte mi, kodlamaya mı yönelik yoksa geri getirmeye ya da tanımaya mı yönelik? Görüldüğü gibi günlük hayatta hatırlama ya da unutkanlık dediğimiz şey birden fazla bu şekilde alt

alana bölünüyor ve biz nöropsikolojik değerlendirmeler ile her birinin dakik bir şekilde ne kadar bozulduğunu ve ne kadarının korunduğunu ölçüyoruz. Peki bu neye yardımcı oluyor?

1- Tanıya yardımcı oluyor. Yani nöroloğun elinde hala bir tanı yoksa veya bir ayırıcı tanı konulacaksa o zaman bu test sonuçlarından faydalanılıyor. Önceden lokalizasyonu belirlemek için de kullanılıyordu ve hatta önceden birincil amaçlı kullanılma sebebi bile buydu ama artık elimizde birçok beyin görüntüleme tekniği olduğu için lokalizasyonu belirlemek amacıyla nöropsikolojik değerlendirme kullanmıyoruz.

2- Tedavinin işlevselliğini ve etkisini görebilmemizi sağlıyor. Örneğin bir inme sonrası rehabilitasyon programı uygulanacaksa, program oluşturulmadan önce kişinin temel düzeyi değerlendirilir ve ardından bu ilk değerlendirmeye göre belirlenmiş bir nörobilişsel rehabilitasyon uygularsınız. Rehabilitasyonun ardından bir süre geçtikten sonra ise yeniden bir değerlendirme yapılır. Bunun amacı tedavinin işlevsel olup olmadığını anlamaktır. Yani, bu programın hastaya bir katkısı olmuş mu bunu görmemizi sağlar. Beyin tümörü hastalarında olduğu gibi bazı hastalıklarda da ameliyattan önce ve sonra nöropsikolojik değerlendirmeler yapılır. Ameliyattan önce yapılan değerlendirmede hangi fonksiyonların korunmuş olduğuna, hangilerinin bozulmuş olduğuna ve böylece hangi fonksiyonların risk altında olabileceğine karar verilir. Ameliyattan sonra ise ilk değerlendirmeyle karşılaştırmak için tekrar testler uygulanır.

Eğer bu noktada bir rehabilitasyon programına ihtiyaç duyuluyorsa elimizdeki test sonuçları nasıl bir bilişsel rehabilitasyon programı uygulayacağımıza yönelik temel oluşturur. Ayrıca nöropsikolojik değerlendirmeleri tabii ki sadece hastalık durumunda kullanmıyoruz. Yani illa ki bir lezyonun, atrofinin veya bir nörodejenerasyon olmasına gerek yok. Bu değerlendirmeler aynı zamanda sağlıklı bireylerde de bilişsel işlevlerin nasıl yürüdüğünü gösteriyor ve bunları ölçmemizi sağlıyor. Yani böylece temel bilimlerde de işimize yarıyor. Kısacası hem temel bilimlerde hem de kliniklerde bizim için önemli çıktılar veriyor diyebilirim.

BEYİN TÜMÖRÜ OLAN HASTALARLA ÇALIŞTIĞINIZI SÖYLEDİNİZ. ÖNCELİKLE BU HASTALAR HAKKINDA BİRAZ BİLGİ VEREBİLİR MİSİNİZ? BEYİN TÜMÖRÜ NEDİR, HASTAYI BİLİŞSEL VE PSİKOLOJİK ANLAMDA NASIL ETKİLER?

Şu an benim, tüm beyin tümörleriyle çalışmadığım için beyin tümörünün ne olduğuna ilişkin genel bir cevap vermem yanlış olur. Benim çalıştığım hastaların hepsi glioblastoma multiforme (GBM) hastalarıydı. GBM, kötü huylu (malign) primer beyin tümörlerinden birisi. Astrositomaların 4. evresi glioblastoma multiforme olarak adlandırılıyor. Bu tür için konuşacak olursak eğer, tedavi için en çok tercih edilen yöntemlerden birisi cerrahi müdahale. Bu müdahalede cerrahlar “Maksimum rezeksiyon minimum kognitif bozulmayı” sağlamaya çalışıyorlar. Buna onko-fonksiyonel denge diyoruz ve bunu sağlayabilmek için de tümörün

nerde olduğunu, hangi alanlara bası yaptığını, hangi kortikal alanları kapsadığını ve hangi ak madde yollarını etkilediğini bilmemiz gerekiyor. Bunun için nörogörüntüleme teknikleri (fMRI, DTI vs.) çok önemli. Ondan sonra da bir nöropsikolojik değerlendirme yapıyoruz.

GBM’li hastalar çeşitli fiziksel, davranışsal ve bilişsel belirtilerle geliyorlar. Burada tümörün yeri ve büyüklüğü önemli. Motor bozukluklara (uzvunu kullanmada güçlük, hareketlerde tutukluk gibi) epilepsi eşlik edebiliyor ve hastalar nöbet geçirebiliyor. Bilişsel anlamda; yine tümörün lokasyonuna bağlı olarak unutkanlık, dikkat dağınıklığı, isimlendirmede güçlük, önceden tanıdığı kişileri tanıyamama, muhakeme becerisinde bozukluk, dikkati sürdürmede güçlük gibi farklı alanlarda birçok bozulma gösterebiliyor.

Bu işin sadece nöro-psikolojik kısmı. Bununla birlikte ben işin psikolojik kısmının biraz ihmal edildiğini düşünüyorum. Ya da belki buna bakmaya vakit kalmıyor. Ancak beyin tümörlü hastalar literatürden de bildiğimiz üzere ciddi anlamda depresyon ve tanının getirdiği belirsizlikten dolayı endişe atakları yaşayabiliyorlar. Kişi tanıyı öğrendiğinde bundan sonra ne olacak, ben hayatımı ne kadar ve nasıl idame ettireceğim, bana kim bakacak ve nasıl bakacak gibi düşüncelerle endişeye kapılabilir. Özellikle GBM, Alzheimer demansı ya da frontemporal demans gibi tanılardan daha erken ortaya çıkıyor ve o yüzden aktif olarak çalışan, ailesine bakan ve daha küçük çocukları olan insanlar GBM tanısı alabiliyorlar. Çalışmaya devam edemeyecekleri konusu kişilerde kaygı

yaratıyor. Ayrıca hastalar, insanların kendilerine bakışlarının değişebileceğinden, yargılanabileceklerinden çekinebiliyorlar. Bazı hastalarda da dürtüsellik gibi tümörün lokasyonu sebebiyle tümörden kaynaklı davranış değişiklikleri ortaya çıkabiliyor.

Hasta ve hasta yakınına psikolojik destek ve psikoeğitim verilmesi oldukça önemli. Bu sayede hastalık nedir, süreç bize neleri getirecek, nelere yol açabilir, nelerle karşılaşacağız ve en önemlisi de tükenmişlikten kendimizi nasıl koruyacağız, bunlara nasıl çözüm üreteceğiz gibi sorulara cevap bulabilirler. Ancak psikolojik destek ve psikoeğitim tek başına yeterli değil. Kişiler sosyal anlamda da durumunu paylaşabileceği ve bilgi alabileceği birilerine ihtiyaç duyuyor. Bu noktada destek gruplarının oluşması çok faydalı. Hastalar tümörün lokalizasyonuna, boyutuna ve infiltrasyonuna bağlı olarak birçok farklı semptom gösteriyor ve bunlara çözüm yolu arıyorlar. Ancak bazen böyle durumlara efektif çözümler üretmekte uzmanlar yetersiz kalabiliyorlar ve hastalar da kendilerini çaresiz hissedebiliyorlar. Bu durumda daha önceden aynı tanıyı almış, bu problemi tecrübe etmiş, benzer süreçlerden geçmiş ve daha uzun süre sağ kalım gösterebilmiş hastalar birbirlerine hem ilham oluyorlar hem de birinin çözüm bulamadığı bir konuda diğeri çoktan o sorunu çözmüş ve aşmış oldukları için birbirleriyle çözüm önerilerini paylaşabiliyorlar. Bu da yalnızlığı ve belirsizliği birazcık olsun ortadan kaldırmaya fayda sağladığından haliyle hastaları hem çok rahatlatıyor hem de sürece bakışlarını değiştiriyor. Yani, literatürü ve kitapları ne kadar okursanız okuyun bazı noktalarda yetersiz kaldığınız için kişilerin benzer süreci yaşayan bir grupta görüşmeleri çok anlamlı. En basitinden iştahsızlık ya da ilaç yan etkisi gibi spesifik konular gündeme geliyor ve herkes bu konuda yaşadığı problemi, varsa çözüm önerilerini paylaşıyor. Çözüm önerisi beklenmiyorsa bile, bir diğer kişinin de aynı süreçlerden geçtiğini görmek hasta ve hasta yakınlarının duygu durumlarını olumlu olarak etkiliyor. Bu tür gruplar Amerika'da çok yaygın ve biz de Türkiye'de böyle bir grup kurduk, hala da alımlarımıza devam ediyoruz.

**GERÇEKTEN ÇOK GÜZEL BİR GİRİŞİM,
UMARIM EN YAKIN ZAMANDA
ÇALIŞMALARA BAŞLARSINIZ. PEKİ
BİR DİĞER SORUM ŞÖYLE:
NÖROPSİKOLOJİK DEĞERLENDİRME
SÜRECİ GBM HASTALARINDA NASIL
İŞLİYOR? BİZ HASTADA NEYİ
GÖRMEYİ BEKLİYORUZ?**

Biz burada aslında biraz önce dediğim gibi onko-fonksiyonel dengeyi sağlamaya çalışıyoruz. GBM için konuştuğumu tekrar belirtiyim, burada amacımız maksimum rezeksiyon minimum kognitif bozukluğu sağlamak. Cerrahi müdahale sırasında tümörü çıkarırken hastanın hiçbir bilişsel becerisine zarar vermemeyi hedeflenir. Ameliyat öncesinde yapılan nöropsikolojik değerlendirmede, bozulmuş ve korunan alanlar saptanır, eğer bozulmuş alan varsa ve bu tümör kaynaklıysa burada biraz daha agresif rezeksiyon yapılabilir. Yani tümörü tamamen çıkarmak amaçlanabilir. Ama tümörün aracılık ettiği alan korunuyorsa o zaman çok daha dikkatli davranmak zorundayız çünkü tümörü çıkarırken yapılacak en ufak bir agresif tavır, biraz fazla tümör dokusunu çıkarmak ya da o fonksiyonel alana girmek bu işlevi bozabilir ve ameliyattan önce korunan fonksiyon ameliyattan sonra bozulabilir. İşte biz bundan kaçınmaya çalışıyoruz. Tümörün diğer beyin dokuların içine ne kadar uzandığı (infiltrate olmuş olduğu) ve boyutu çok önemli.

Bazı tümörlerin sınırları belli olmuyor, diğer fonksiyonel beyin dokuların içine nüfuz etmiş olabiliyor ve beyin dokusuyla tümör iç içe geçmiş olabiliyor. Bu durumda da işlevlerin bozulmasını önlemek amacıyla keskin bir rezeksiyon yapılamayabiliyor.

Ameliyattan sonra ise hem tümör rezeksiyonun yapıldığı alanda ödemin geçmesi hem de hastanın ameliyattan sonra hastanın kendisine gelmesi için birkaç gün bekledikten sonra nöropsikolojik değerlendirme yapıyoruz. Ardından ameliyat öncesi ve sonrası çıktılarımızın istatistiksel karşılaştırmalarını yaparak bilişsel işlevselliği değerlendiriyoruz.

**PEKİ HİÇ AMELİYATTAN SONRA
BİLİŞSEL İŞLEVLERİNDE BOZULMA
OLAN HASTA OLDU MU? NE YAPTINIZ?
YA DA BU DURUMDA NE YAPILIR?**

Bozulan işlevi geri kazanmak için bilişsel rehabilitasyon programı uygulanır. Burada hastanın korunan ve bozulan işlevleri baz alınır. Korunan işlevler bizim için çok önemli çünkü bazı rehabilitasyon prosedürlerinde korunan işlevlerin üzerinden bozulan işlevleri telafi etmeye çalışırız. Bozulmanın örneğin, dikkatte mi bellekte mi ya da görsel mekânsal alanı algılamada mı olduğu belirlenir ve buna uygun bir bilişsel rehabilitasyon programı tasarlanır. Programın ne kadar süreceği, hangi görevlerin uygulanacağı tamamen bozulmanın türüne ve semptomlarına

göre belirlenir.

GBM söz konusu olduğunda ise en çok karşılaştığımız problem lisan. Çünkü bu tümör türü, özellikle frontal ve temporal loba yerleşim gösteren bir tümör çeşidi. Örneğin bu hastaların artikülasyonunda problem olabilir. Böyle olduğunda da hastalar dil ve konuşma terapistlerine yönlendirilebilir.

**VARSAYALIM Kİ BEYİN TÜMÖRÜ
AFAZİYE YOL AÇMIŞ VE BU NEDENLE
KİŞİ ANLAMA GÜÇLÜĞÜ ÇEKİYOR. BU
DURUMDA NASIL BİR YOL İZLENİR?
NÖROPSİKOLOJİK TEST SIRASINDA
YÖNERGE NASIL VERİLİR?**

Eğer bir anlama probleminden bahsediliyorsa aklımda şu canlanır: Acaba karmaşık cümleleri mi anlamakta zorlanıyor? Ya da karmaşık cümleyi, karmaşık cümlenin içindeki kelimeleri tek tek anlayamadığı için mi yoksa grameri bütünleştiremediği için mi anlamıyor? Grameri bütünleştirmede sorun yaşıyorsa eğer basit bir cümleyi anlayıp anlamadığına bakmak lazım. Eğer burada da problem varsa o zaman tek kelime anlamaya bir dönüp bakmak lazım. Tek kelime anlama özellikle bu süreçte çok etkilenen alanlardan birisi. Genellikle ameliyattaki kortikal stimülasyon sırasında en çok bozulduğunu gördüğümüz alanlardan birisi tek kelime anlama ve üretme becerileri.

Yani, anlamada bozukluk var evet ama neyi anlamakta bozukluk var, bizim için seviyeleri önemli. Aynı biraz önceki bellek örneği gibi. Kişi karmaşık cümleyi mi anlamakta zorlanıyor? Bunun iki sebebi olabilir. 1- Karmaşık gramer yapılarını anlayamıyor olabilir, 2- Fonolojik döngüsü bozulmuş olabilir. Yani cümleyi anlayacak kadar aklında tutmada bir problem vardır. Ayrıca tek kelimeyi anlamanın da etkilenen alan temelinde farklı türleri bulunmakta. Örneğin, nesnelere, soyut kelimeler ya da fiiller bozulabiliyor. Hatta kategori spesifik vakaların bile ortaya çıktığı oluyor, yani kişi hayvan isimlerini çok iyi adlandırabilirken aletleri iyi adlandıramayabiliyor.

Ayrıca sadece anlamada problemi var mı diye de bakmam, aynı zamanda bu alanlarda lisanı üretmekte problemin olup olmadığına da bakarım. Tek kelimeyi anlamada bozukluk var ama tek kelimeyi adlandırabiliyor mu? Karmaşık cümleleri anlamakta problem var ama aynı zamanda karmaşık cümle kurabiliyor mu? Lisanda bir problem olduğunu görüyorsam lisanı bütün işlevleriyle değerlendirmek gerekiyor. Hasta yakını örneğin hasta için ne dediğimizi anlamıyor dediye o zaman ben lisanı en ince ayrıntısına kadar değerlendiriyorum. En basiti tek kelimeyi anlıyor ve üretiyor mu? Basit cümleyi anlıyor ve üretebiliyor mu? Tekrarlama yapabiliyor mu? Karmaşık cümleleri anlayabiliyor ve üretebiliyor mu? Yazabiliyor mu? Tüm bunların hepsine bakmak gerekiyor. Günlük konuşma dili ve davranışları içerisinde fark edemediğimiz şeyleri test aracılığıyla görebiliyoruz. Hastanın henüz belki günlük yaşantısına yansımayan ya da yansıyan ama kamufle ettiği için çevresinin anlamadığı durumlar olabiliyor. Ya da tam tersi hasta örneğin, belli bir kelimenin aklına gelmediğinden şikâyet ediyor. Ama bir bakıyoruz ki aslında bozulma sadece bu alanla sınırlı kalmamış. O yüzden tabii ki hastanın dediği bizim için çok önemli ancak şikâyetinin temelindeki ile bağlantılı olabilecek diğer alanları da geniş bir şekilde değerlendirmek lazım. Hele ki GBM'de tümörün yerleşimi zaten bu bölgeler olduğu için lisan işlevlerinin çok çok iyi değerlendiriliyor olması gerekiyor.

DENEYİMLEDİĞİNİZ İLGİNÇ VAKA ÖRNEKLERİ VARSA PAYLAŞIR MISINIZ?

Her hasta çok özgü ve her hastanın MR'ını elime aldığımda heyecanlanıyorum ama bazıları daha uç noktalar benim için.

Benim için ilginç olan vakalardan biri şuydu: Anadili Özbekçe ve yanlış hatırlamıyorsam bir diğer dili de Rusça olan yabancı bir hastamız vardı. Uyanık cerrahi sırasında bir alan uyarıldığında hastanın sadece Özbekçesi bozuluyordu ve verdiğimiz görevi yaparken Özbekçe kullandığında problem çıkıyordu. Komşu beyin alanında ise tam tersi oluyordu. Bu sefer o bölge stimüle edildiğinde Rusçada sorun çıkıyor, hasta iyi bir şekilde Özbekçe konuşabiliyordu.

Bir başka hasta da benim için ilginç ve bir o kadar üzücüydü. Tümör bazen biraz önce de dediğim gibi beyin dokusuyla o kadar iç içe geçiyor ki tamamen çıkarmak ne yazık ki mümkün olmuyor. Bir hastamızın sol hemisferinde posterior parietal lobundan frontal lobunun neredeyse anterior kısımlarına kadar uzanan çok yaygın bir tümörü vardı. Hastanın MR'ını ilk gördüğümde dehşete düşmüştüm çünkü tümör inanılmaz geniş bir alanı tutuyordu ve ameliyat sırasında ne olacağından çok korkmuştum.

Bir diğer hasta da yine beni korkutan vakalardan biriydi. Hastayı, her zaman olduğu gibi ameliyata girmeden önce operasyon sırasında neler yapacağımıza dair bilgilendirdik. Yani, "Sizi ameliyat sırasında uyandıracacağız, size bazı kartlar göstereceğim, şu görevleri yapacağız vs." şeklinde provasını yaptık.

Ameliyat öncesi hastanın nelerle karşılaşacağına dair prova yapmak önemli çünkü hasta cerrahi müdahale sırasında hiç bilmediği bir görevle karşılaşmamalı. Hasta ameliyat sırasında uyanmaya başladığında da sakin sakin konuşarak onu ortama alıştırmaya ve tedirgin ettirmemeye çalışıyoruz. Bazı hastalar sanki karşılıklı sohbet ediyormuşuz gibi çok rahat oluyor ve hatta espri dahi yapabiliyorlar. Ama bahsettiğim bu hastada böyle olmadı. Hasta ameliyat sırasında uyandırdığımızda bir anda sondasından rahatsız oldu ve onu çıkarmaya girişti. Bunu yaparken de çok fazla hareket etmeye başladı, öyle bir hareket ettirdi ki kendisini başı sabitlenmiş olmasına rağmen onu da zorlamaya başladı. Ya elektrotları çekerse ya damar yolunu çekmeye çalışırsa diye de korkmaya başladım. Sonuç olarak, bu hasta bizimle hiç koordine olamadığı için mecburen uyanık prosedür uygulamasından vazgeçildi. Bu da endişelendiğim hastalardan birisiydi.

Son olarak beni mesleki anlamda çok tatmin eden bir vakadan da bahsetmek istiyorum. Bir kadın hastamız vardı, hastanın uyandırıldığı aşamaya gelindi ve görevleri vermeye başladım. Başlarda her şey yolundayken bir noktada hasta sürekli görevlerde başarısız olmaya başladı. Haritalama sırasında belli beyin bölgeleri stimüle edildikçe hastanın görevdeki başarısızlığı devam ediyordu. Durum böyle olunca tümörü çıkarmak için kullanılacak yol yeniden planlanmıştı ve ameliyatın gidişatı tamamen değişmişti.

En keyif aldığım ameliyatlardan birisi buydu çünkü beni mesleki anlamda oldukça tatmin etmişti. O anda hastaya verdiği görev ve hocaya verdiği geri bildirim bir beyin ameliyatının gidişatını değiştiriyor. Bu aynı zamanda hem tatmin edici hem de bana hiç hata payımın olmadığını gösteriyor. Cerrahi sırasında işin içinde inanılmaz adrenalin var. O adrenalinin ve tatminin bir arada olması çok sihirli bir şey, bunu bu işe girmeseydim hiç anlayamazdım. Bu hasta da yaptığım işin önemini en somut olarak gördüğüm ameliyatlardan birisiydi. İnanılmaz keyifli ve heyecanlıydı.

HOCAM SİZ DE BAHSETMİŞKEN SORMAK İSTİYORUM, AMELİYAT SIRASINDA HASTANIN VERİLEN GÖREVDE BAŞARISIZ OLMASININ NEDENİ FONKSİYONEL ANLAMDA BİR BOZUKLUK DEĞİL DE SADECE HEYECANDAN KAYNAKLI DİKKAT DAĞINIKLIĞIYSA BUNU NASIL AYIRT EDEBİLİYORUZ?

Zaten bu prosedür herkese uygulanmıyor. Yani herkesi bu prosedüre dahil edemezsiniz. Bir hasta vardı mesela, uyanık beyin cerrahisine inanılmaz uygun olduğu söylenmişti, yani daha doğrusu operasyon sırasında uyandırılması gerekli olan hastalardan biriydi ancak hasta ameliyat öncesinde bunu yapamayacağını, ameliyat sırasında uyandırılırsa çok endişeleneceğini söylemişti. Prosedürün her ne kadar faydalı olacağı anlatılsa da bunu istememişti. Yine biraz önceki hastadan bahsederseniz; hasta

çok fazla dürtüsel ve agresif olduğu için uyanık prosedüre devam edilemedi. Hastalar eğer uyandığında görevleri alamayacak kadar endişeli, bizimle koordinasyon kuramıyorsa, dikkatini odaklayamıyorsa ve konuştukları anlamsızsa o zaman bunu yapamayacağız demek durumunda kalınabiliyor.

O ZAMAN KİŞİDEN KİŞİYE DE DEĞİŞKENLİK GÖSTEREN BİR DURUMDAN BAHSEDİYORUZ. SORULARIM BU KADARDI HOCAM, TÜM CEVAPLARINIZ ÇOK AÇIKLAYICIYDI ÇOK TEŞEKKÜR EDERİM

Özge İLHAN