

NÖROPSİKOLOJİK İNCELEMENİN TEMEL PRENSİPLERİ

Psk. Aysel ÖZLÜ*

ÖZET:

Klinik psikolojinin bir özel dalı olan klinik nöropsikoloji, beyin sakatlığı olan hastaların rehabilitasyonunda ve beyin davranışları ile ilgili problemlerde bilgilerin uygulanması işlevidir. Nöropsikologların hastaları, beyin sakatlıklarından şüphe edilen durumlarda değerlendirmeleri istenir. Ve bu değerlendirmeden elde edilen bilgiler hastaların farklı teşhisleri için kullanılır. Bu suretle beyin ile ilişkili zayıf ve kuvvetli önleri saptanarak rehabilitasyon programlarının planlanması yapılabilmektedir.

Nöropsikologlar beyin fonksiyonu ile ilgili bozuklukları ortaya koyarak, beynin herhangi bir yerinde bir lezyonun olup olmadığında yardımcı olurlar.

SUMMARY:

Clinical neuropsychology as subspeciality with in clinical psychology is the application of knowledge concerning brain-behavior relationships to practical problems of assessment and rehabilitation of brain-injured patients. Neuropsychologists are asked to assess patients who have a known or suspected brain injury, and knowledge gained from this evaluation is used in the differential diagnosis the patient's higher cortical functioning, and in planing a rehabilitation program.

Neuropsychologists document deficits in higher cortical functioning and help in lateralizing a brain lesion to one hemisphere or another, in some cases actually localizing a lesion within one or both lobes of the brain.

KLİNİK NÖROPSİKOLOJİYE GİRİŞ:

Klinik nöropsikoloji, klinik psikoloji alanında en hızlı gelişen uzmanlık dallarından birini teşkil etmektedir. Klinik nöropsikolog çeşitli hizmetler sunmaktadır. Bunlar; belirgin veya tahmin edilen beyin hasarlarının psikolojik-davranışsal etkilerinin tayini, organik beyin şartlarının tayini, beyin sakatı insanlar için rehabilitasyon programlarının planlanması ve yürütülmesidir. Etraflı bir nöropsikolojik değerlendirme sekiz-on saat kadar tutar. Bu nedenle rutin bir şekilde uygulanmamalıdır. Bazı durumlarda hastayı test edip etmeme konusunda karar vermek basit olabilir. Bazı durumlarda ise çok zordur. Genellikle şu durumlarda klinik nöropsikologların inceleme yapması is-

tenir:

Hayatlarını tehdit edici organik durumları olan hastalar ve ayrıca kesin nörolojik semptomların olması veya nörolojik işaretlerin belirsiz olduğu veya organik faktörlerin tahmin edildiği hastaların tetkiki istenebilir.

Birçok psikiyatrik semptom ya organik ya da fonksiyonel sebeplere ya da ikisine birden dayanmaktadır. Görsel ve işitsel halusinasyonlar, dürtü kontrol güçlükleri, hafıza rahatsızlıkları, karmaşık durumlar, yeni malzemeyi öğrenmede yetersizlik ve somut düşünce böyle semptomlardan bazıdır. Bu durumlara nöropsikolojik testler uygulanması farklı teşhisler yapmaya yardımcı olur veya Organik ve fonksiyonel faktörlerin göreceli katkısını değerlendirmede rol oynar.

Nöropsikologlar, bir şahsın nörolojik fonksiyonlarını davranışlarının ölçülmesine dayanarak ifade ederler. Nöropsikolojik testler de kişinin azami veya potansiyel yeteneklerini ölçebilmek için yapılmaktadır. Nöropsikolojik değerlendirilmede saptanan en iyi performans daha sağlıklı bir ölçü olarak kişinin yeteneklerini ortaya koyar ve bu yeteneklerin hangisinin muhafaza edildiğini ve hangisinin de bozulduğunu gösterir. Bu bilgiler hem hasta değerlendirmesinde hem de rehabilitasyon açısından faydalıdır.

Lezak (1976) iki metodu tartışmaktadır: İlki; şu tahmine dayanmaktadır. Bazı iyi yerleşmiş yetenekler ki, bunlar kelime hünerleri ve genel malumattır. Bunlar beyin hasarı geçiren kişilerde bozulmadan kalır. Bu metodu kullanan psikolog WAIS'in kelime hazinesine ve genel bilgi yan testlerinde performans seviyesini incelemekte ve bu performansı diğer nöropsikolojik test puanları ile mukayese etmektedir. Nitekim psikolog dikkatli olmalıdır. Çünkü bazı lokal hasarlar (bilhassa sol kafa küresinde) genellikle lisan kullanımında aksamaya neden olmaktadır. Bu da kişinin dil hünerlerini ciddi şekilde tehlikeye sokmaktadır.

İkinci metod şu varsayımda bulunmaktadır ki; kişinin en iyi alıcı performansı "kişinin ilk başarı seviyesine en yakın tahmini oluşturmaktadır. "Böylelikle psikolog sadece hastanın en yüksek puan ve puan setine bakmaktadır. Yine burada dikkat gösterilmelidir. Bazı hastalar öyle ciddi bir şekilde bozuktur ki, bütün test puanları zayıftır. Lezak şunu ikaz etmektedir. "Hafıza işleminde tek yüksek test puanı, fonksiyonların ille marazi bozuk seviyesinin iyi bir tahmini

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

olmayabilir. Çünkü hafıza bütün zihinsel fonksiyonların içinde genel zihinsel başarının en az güvenilir göstergesidir. Bu nedenle tek bir yaklaşım tek başına mükemmel değildir. Fakat bir arada kullanıldığı takdirde birbirini tamamlamaktadır.

Daha yaygın yaklaşımlar şunlardır:

- 1- Performans seviyesi
- 2- Düzen analizi
- 3- Patagiomonik işaretler
- 4- Sağ-sol farklılıkları

PERFORMANS SEVİYESİ:

Performans seviyesi yaklaşımında hastalara bazı testler verilmektedir. Bunlar serebral zayıflığa hassastır. Böyle testlerde hastanın puanları kaide teşkil eden seviyelerle mukayese edilir. Bunlarda, beyni hasarlı ile beyni hasarlı olmayan kişileri birbirinden ayıran hassasiyet derecesi mevcuttur. Ancak; böyle bir yaklaşım tek başına kullanıldığında birçok problemleri de beraberinde getirir. Örneğin; kültür faktörlerine bağlı olarak düşük zekaderecesinde bulunanlar, bazı önemli psikiyatrik problemi olan hastalar ve iyi bir performans için zayıf motivasyonu olan hastalar geçirdi puana rağmen, yine de kötü puanları organik fonksiyon bozukluğunu göstermez. Organik bozukluklarda diğer yetilerde düşmektedir.

Geçmişte birçok psikologlar Bender-Gestalt'ı organik bozuklukların ölçülmesinde tek yöntem olarak kullanmışlardır. Bu test bugün organiste testlerinden biridir.

Performans seviyesi yaklaşımının diğer bir problemi de özellikle tek test uygulandığında bazı hatalar oluşabilir. Örneğin; beyin sol küresinde sakatlığı bulunan, sağ elle yazı yazan hastalar görmeyenekleri bakımından Bender testinden iyi puan alabilirler. Ancak lisan fonksiyonunda yapılacak ölçülerde daha kötü netice alabilirler. Beyin sakatlığı tek başına bir kavram değildir. Etkileri çok yaygın ve değişik olabilir. Performans seviyesi yaklaşımı, batarya testleri ile birlikte kullanıldığında yüksek derecede itimat verebilirler.

PATERN ANALİZİ (Düzen analizi):

Patern analizi hastaya, beyin fonksiyonları ile ilişkisi bilinen batarya testlerinin verilmesi anlamına gelir. Psikolog, test performansının paternine (gelişme düzenine) bakar. Hangi testlerde hasta nisbeten kötü ve hangi testlerde daha iyi olduğunu görür. Patern yaklaşımının klasik örneği WAIS'e göre verbal ile performansdaki bozukluklarının kontrolüdür. Sağ elle yazı yazan hastalar için konuşma performansında 15 puan veya daha fazlası konuşma I.O.su yüksek olmakla beraber, sağ yarım küresinde bir bozukluğu işaret eder. Buna karşın konuşma bozukluğu aksi isti-

kamette ise hipotez sol yarım kürede fonksiyon bozukluğunu akla getirir. Diğer bir örnek, eğer Halstead kategori testinin her ikisi de konuşmaya dayanmayan soyut bir muhakemenin ölçüsü olarak ve "Trail Making" testinde de kötü sonuç alınmış ise ve yine eğer diğer nöropsikolojik testlerin puanları normal sayılabilecek ise bu takdirde ön beynin fokal bir zedelenmesini akla getirir. Patern analizinde gözlemci müşterek hata alanlarına dikkat eder. Bu alanları beyni zedelenmiş kişilerin alanları ile mukayese eder. Bu şekilde patern yaklaşımı özellikle beyin sakatlığının hangi yarım kürede olduğunu saptamaya yarar. Patern analizinin önemli problemi, bir kişi çeşitli nedenlerle belirli bir testte düşük bir puan alabilir ve sadece düşük puanın mutlaka lokalize bir problem olduğunu anlamak mümkün değildir.

SAĞ - SOL FARKLILIKLARI:

Sağ-sol yaklaşımını değerlendirmek için, doktok hastanın test puanlarını incelemektedir. Bu puanlar vücudun iki tarafını ilgilendiren performans ve kalıtları içermektedir. Halstead Battery testte belli sayıda testler şunu içermektedir. Hastaya belli bir görev verilir ve bunu hakim eli ile daha sonra da hakim olmayan diğer eli ile uygulaması istenir. Örneğin; sağ elini kullanan bir hastanın parmak titreşim ve tutukluk hızı sol işaret parmağı ile normal olup sağ işaret parmağı ile bozukluk halinde ise o zaman beynin sol yarım küresindeki motor alanında bir bozukluk vardır. Açıkcası hakim ve hakim olmayan eller için ayrı normlar vardır. Bu yaklaşım motivasyonel faktörler açısından bir kontrol derecesi sağlamaktadır. Çünkü hastanın motivasyonu işte hangi el kullanılırsa kullanılsın aynı olmalıdır. Bu yaklaşımdaki bir problemde sağ-sol farklılıklarını ölçmek, motor ve duymusal motor hasarlarını ölçmek demektir; Böylelikle bu kategorideki testler biraz kısıtlıdır.

PATOGNOMONİK İŞARETLER:

Patognomik işaret hastanın gösterdiği bir problem olup organik düzensizliğinin kesin bir belirtisidir. Örneğin, ciddi reseptiv afazisi olan bir hastada lisanın hakim olduğu beyin yarım küresi ile ilgili bir bozukluğu vardır. Patognomik işaretlerin diğer örnekleri de görsel alan eksiklikleri, uzamsal dikkatsizlik veya ihmal, apraksi ve aleksidir. Patognomik olmayan büyük miktarda işaretler de vardır. Fakat bunların varlığı ciddi şekilde bir organik problemin olduğuna işaret eder.

Bu belirgin davranış aksaklıkları şunları içermektedir: Hastanın turnakları üzerine yazılmış olan sayıları algılamakta güçlük, gözleri kapalı iken hastanın dokunulan parmaklarını ayırtedememesi. Ayrıca iki cepli ardarda gelen stimulas-

yon şartlarında dürtüleri algılamada sürekli hatalar, Yukarıda bahsedilen durumlarda, patognomonik işaretinin olması için hastanın duyuumsal sistemine el sürülmemiş olması lazımdır.

Patognomonik işaret yaklaşımının temel avantajı şudur: Eğer işaret belli ise hastanın kesin olarak bir organik bozukluğu vardır. Fakat temel dezavantajı da şudur: Kesin patognomonik belirtiler, nöropsikolojik değerlendirmede çok seyrek gözükmetedir. Performans seviyesi, patern analizi, sağ-sol farklılıkları ve patognomonik işaret yaklaşımları nöropsikolojik araştırmalarda klinik uygulamalarında en çok kullanılan metodlardır. Başka yaklaşımlar da geliştirilmişse de yaygın bir kullanım değildir.

Aşağıda bu iki yaklaşımın kısa bir açıklaması yapılmıştır.

AYIRICI FONKSİYON ANALİZİ:

Ayırıcı fonksiyon analizi istatistiki yaklaşımların içinde en çok yönlü kuvvetli analiz olup hasta gruplarının istatistiki olarak en doğru bir şekilde sınıflandırılmasında kullanılmaktadır. Bu yaklaşımda ayırıcı fonksiyon standard nöropsikolojik test bataryalarının uygulanması ile geliştirilir. Ve beyni zedeli veya zedeşiz olan kişilerin test sonuçları ile birlikte ayırıcı fonksiyon analizine veri olarak verilir. Bundan sonra her ölçü ayırıcı konu guruplarına olan katkısı esas alınmak suretiyle denklemden ağırlıkları elde edilir. Bu ağırlıklar orijinal örneklemede bulunmayan hasta bir kişinin puanlarına uygulanarak bunun daha ziyade beyni zedelenmiş gruba mı yoksa normal gruba mı uyduğu araştırılır. Çoğul ayırıcı fonksiyon analizlerinin kullanılması yolu ile yüksek derecedeki selektif hasta gurupları arasında (örneğin, sağ yarı küre, sol yarı küre gibi) oldukça değerli istatistiksel bilgiler elde edilebilir. Ayırıcı fonksiyon yöntemi araştırma amaçları ile faydalı iseler de yaygın klinik kullanışı görmemiştir. Bunun bir nedeni birçok değişkenlerin etüd edilme zorunluğuna karşın önerilen formülü elde etmek için az adette kişilerin bulunmasıdır. Bu husus yapay olarak başlanğıçta bir isabet gösterir, ancak etüdlere geçerliliklerinin karşılıklı kontrolü ekseriya aynı yüksek seviyedeki bir doğruluğu vermemektedir.

Diğer önemli bir problem, orijinal örneklemin ne şekilde teşkil edildiğine bağlıdır. Halen ayırıcı fonksiyon analizi klinik bir alet olmaktan ziyade araştırma için faydalı bir yöntemdir.

NÖROPSİKOLOJİK ANAHTAR YÖNTEMİ:

Nöropsikolojik değerlendirmede anahtar yöntemi en iyi şekilde Russell, Nueringer ve Goldstein (1970) tarafından açıklanmıştır. Russell Halstead Bataryası testlerinin her birine 0 ila 5

ağırlık vermiştir. O ağırlık hastanın bu testte olağanüstü performans gösterdiğinin işareti olup 5 puan ise çok ciddi bir sakatlığın bulunduğunu ifade etmektedir. Klinik tecrübelerden elde edilen bazı formüllerin kullanılması yolu ile bir hastanın performansı bu testler üzerinde analiz edilebilir. Sonuçta toplam bir ağırlık puan elde edilir, bir hastanın bu ortalama ağırlıkta kötü puan alması kendisinin organik bir bozukluk içinde bulunduğunu belirtir. Bu tetkikten sonra sağ ve sol beyin yarım küresinde olup olmadığının saptanması için incelemeler yapılır.

YETİŞKİNLER İÇİN HALSTEAD NÖROPSİKOLOJİK TEST BATARYASI

Halstead nöropsikolojik test bataryası bugün klinik nöropsikolojide en sık kullanılan test gurubudur. Kitabında bu testin biyolojik zeka kavramının kültürel ve eğitim etkilerinden arınmış olduğunu ve aynı zamanda standart zeka testleri ile ölçülen "psikometrik zeka" kavramından da farklı olduğunu belirtmiştir. Halstead, test bataryasını geliştirmesinde hastaları hem ofisinde değerlendirmiş, hem de koğuştta ve sosyal ilişkiler içinde de incelemiştir. Bu incelemelerden sonra, gördüğü hasar tiplerini ölçebilecek testleri düzenlemiştir.

Reitan (Halstead'ın talebesi ve meslektaşı), bu bataryayı kullanarak yaygın ve sistematik klinik araştırma programı oluşturmuştur. Bu teste ilaveten çeşitli diğer testleri de kullanmaktadır. Bunlar: "İz bırakma testi" (A ve B bölümleri), Afazi perdeleme testi, Duyusal Algılama incelemesi, Wechsler-Bellevue zekâ skalası (Wais zekâ testi), Minnesota çok yönlü karakter envanteridir.

Halstead Bataryasındaki temel testler şunlardır: a) Kategori Testi-Bu test sözsüz soyut düşünme, hafıza, hafıza ve öğrenme hızını ölçmektedir. Test 208 dürtü gruplaşmasını ihtiva etmekte olup, bunlar bir slayd makinası ile teker teker gösterilir. Hastanın önünde I den 4 e kadar dört düğmeli bir panel vardır. Beher dürtünün ona bir sayıyı hatırlatması istenmekte, o da düğmeye basmaktadır. Bir zille de doğruyu veya yanlışı yaptığı gösterilir. Bu test, bataryanın en etkili testi olup organik beyin hasarlıları olmayandan ayırmada etkili olmaktadır.

b) Dokunmalı Performans testi: (Zaman, hafıza ve sınırlama ölçümleri): Bu test, sequen-goddard form levhasının adaptasyonudur. Gözü kapalı hastadan on geometrik formun form levhasındaki yerlerine yerleştirilmesi istenmektedir. Önce hakim eli sonra diğer eli, sonra da iki elle yapması istenmektedir. Levha ve bloklar gözden kaldırılır, hastanın gözleri açılır sonra da blokların levhadaki yerlerinin çizilmesi istenir. Bu test,

yaygın kortikal bozukluğun ölçülmesinde çok yararlıdır.

c) Kıyı Ritm testi: Müzik yeteneğini ölçen yan testlerdendir. Hasta ard arda verilen ikili ritmik düzenlemeler dinler ve beher ikilideki ritmik düzenin aynı olup olmadığını söyler.

ç) Konuşma seslerini algılama testi: Hastaya anlamsız kelimeler bir teyp aracılığı ile duyurulur. Bunları teker teker, basılı dört kelime arasından seçmesi istenir.

d) Parmak titreme testi:

Bu test, kişinin işaret parmağını ne kadar bir hızla vurabildiğini ölçer. (hakim el ve diğer el) Halstead Bozukluk İndeksi: Şimdiye kadar bahsedilen yedi ölçü (dokümalı performans testi üç ölçüyü içerir.) Bozukluk indeksini oluşturur. Bu indeks yukarıda bahsedilen testlerden bozukluk alanına girenlerin yüzdesidir. Bu yedi ölçüye ilaveten, Reitan tarafından diğer bir çok test tavsiye edilmektedir.

c) Kıyı Ritm testi: Müzik yeteneğini ölçen yan testlerdendir. Hasta ard arda verilen ikili ritmik düzenlemeleri dinler ve beher ikilideki ritmik düzenin aynı olup olmadığını söyler.

ç) Konuşma seslerini algılama testi: Hastaya anlamsız kelimeler bir teyp aracılığı ile duyurulur. Bunları teker teker, basılı dört kelime arasından seçmesi istenir.

d) Parmak titreme testi: Bu test, kişinin işaret parmağını ne kadar bir hızla vurabildiğini ölçer. (hakim el ve diğer el)

Halstead Bozukluk İndeksi: Şimdiye kadar bahsedilen yedi ölçü (dokümalı performans testi üç ölçüyü içerir.) Bozukluk indeksini oluşturur. Bu indeks yukarıda bahsedilen testlerden bozukluk alanına girenlerin yüzdesidir. Bu yedi ölçüye ilaveten, Reitan tarafından diğer bir çok test tavsiye edilmektedir.

İZ yapma testi (A ve B bölümleri), Afazi yansıtma testi, duyuşsal algılama incelemesi, yan al kimiyet incelemesi, bu testlerden birkaçıdır.

Özet olarak; yetişkinler için Halstead Nöropsikolojik test bataryası bu alanda kullanılan tayin edilmiş en popüler paketi içermektedir. 5 ila 8 yaşlarındaki çocuklar için Reitan İndiana Nöropsikolojik Bataryada çok spesifik olarak geliştirilmiştir.

Halstead Bataryasından çıkan sonuçları değerlendirme:

Test bataryasının uygulanmasından ve hastanın performansını puanlamadan sonra sonuçların analizi gelmektedir. Halstead Bataryasının klinik yorumunda tecrübe sahibi olmak ve eğitim gerekmektedir. Klinik nöropsikolojide tecrübeden başka yol yoktur. Çeşitli yaş guruplarını, çeşitli kronik durumları, farklı nörolojik bozuklukları ve beynin farklı yerlerini ilgilendiren durum-

ları bilmek çok önemlidir.

Batarya değerlendirilirken, lokal beyin hasarları konusunda en çok saptanan bulgular yunlardır.

Tek taraflı hasarları gösteren bulgular:

1- Figür çizmede ve blok desenlerde güçlük beynin sağ yarımküresinde ki bozuk fonksiyonlara işaretir.

2- Sağ eli kullanan hastalarda, sözlü I.O. su performans I.O. sundan 15 veya daha fazla sayıda az ise sol yarımkürede akut bir hasar vardır. Performans I.O. sözlü I.O.dan az ise sağ tarafta bir hasara işaretir. Daha büyük farklılıklar tek taraflı organik bir rahatsızlığın olasılığını artırır.

3- Dokümalı Performans Testinde sağ elle iyi performans ve sol elle çok zayıf bir performans, sağ yarımkürede bozuk fonksiyonlara işaretir. Ters bulundaysa sol yarımküre bozukluğuna işaretir. Şunu unutmamalıdır ki, Dokümalı Performans testinde hasta önce hakim elini kullanmalıdır.

4- Sağ eli kullanan hastalarda, sola nazaran sağ elde yavaş vurma hızı, sol serebral bozukluğa işaretir. Buna karşın daha yavaş sol el vurma hızı sağ bölümde bir hasara işaretir. Çoğu hastalar parmak vurma testini hakim elleri ile ortalama %10 daha hızlı uygularlar. Bundan büyük farklılıklar anlamlıdır.

5- Lisana dayalı yeteneklerdeki güçlükler sol alın bölgesinde bozukluğun işaretidir. (Çoğu sağ eli kullanan hastalarda)

Beyin Temporal bölgesinde görülen hasarda:

1- Konuşma Algılama Testinde çok zayıf performans,

2- Çok düşük bir benzerlik yantesti puanı

3- Çok zayıf resim yerleştirme yantesti puanı elde edilir.

Temporal bölgedeki hasarlar hafıza aksaklıkları ile beraberdir.

Parietal bölgesindeki hasarlarda elde edilen bulgular:

1- Blok desenlerde çok düşük puan,

2- Parmak ucu ile sayı yazmada hatalar,

3- Dokümalı Performans testinde bozukluk,

Yaygın organik beyin hasarlarında belirtiler:

1- Nöropsikolojik test sonuçlarında tümünden zayıf bir sonuç iki taraflı bozukluğa işaretir.

2- Zihni fonksiyonlarda global bozukluk, şahsiyette belirgin değişimler,

3- Kategori testinde zayıf performans, Dokümalı Performans testinde zayıf tesbit puanları yaygın hasarı olan hastalarda görülür.

HALSTEAD BATARYASININ

GEÇERLİLİĞİ VE GÜVENİRLİLİĞİ

Araştırmacılar Halstead Bataryasının geçerliliğini saptamak üzere çeşitli yöntemler geliştir-

mişlerdir. Bunlardan bazıları Halstead Bataryasında beyni zedelenmiş hastaların yalnızca performanslarını psikiyatrik olmayan kontrol hastalarla mukayese etmişlerdir. Bir kısım araştırmacılar, beynin sağ yarısı ile sol yarısı zedelenmiş olan hastaların performanslarını karşılaştırmışlardır. Bu arada büyük hasarları olan kronik beyin hastaları ile şizofrenik hastalar karşılaştırılmışlardır. Etüdlerden bazıları, organik rahatsızlığı olan hastaların performanslarını Halstead Bataryası ile sağlanan sonuçlara uyum österdiğini görmüşlerdir. Bu nörolojik sonuçlar, nörolojik muayenelerini, beyin filimlerini, anjiyografileri gibi hususları kapsamaktadır. Amerika'nın muhtelif eyaletlerindeki çeşitli organik hastalar üzerinde etüdler yapılmıştır. (Klove (1974), Halstead Bataryasını kullanarak bunun geçerliliğini ortaya koymuştur. En yüksek uyum yüzdesi 98.8 olup 1963 yılında Wheeler, Burke ve Reitan tarafından elde edilmiştir.

1968 yılında Watson, Thomas, Anderson ve Felling tarafından yapılan bir etüde Halstead Bataryasının organik hastalarla şizofrenik hastaları birbirinden ayırmada çok düşük bir geçerlilik oranı verdiği görülmüştür. Ancak bu etüd, Klove tarafından 1974 de metodolojik nedenlerle çok şiddetli bir şekilde eleştirilmiştir. Geçerlilik analizinin kritik bir şekilde etüd edilmesi aşağıdaki hallerde en yüksek sonuçları vermektedir. Bu da beyin hasarı olan hastalar hakkında tüm bilgileri toplayarak, bunları psikiyatrik olmayan kontrol hastaları ile karşılaştırmak suretiyle yapılabilir.

Halstead Bataryasının güvenilirliği geçerliliği kadar derinlemesine etüd edilmemiştir. Bir hastanın fonksiyonları birkaç gün içinde belirgin bir şekilde değişebilir. Örneğin, delirium halindeki bir hastayı bu durum kısa bir süre rahatsız edebilir. Süratle düzelebilir. Bu tür hastalar üzerinde elde edilen güvenilirlik oldukça düşük bir orandadır. Halstead Bataryasının paralel şekilleri halen mevcut değildir. Bu güçlüğe rağmen, pek çok bilim adamı tarafından bu testin kliniklerde kullanıldığı güvenilirlik taşıdığı yansıtılmaktadır.

DiĞER NÖROPSİKOLOJİK BATARYALAR VE TESTLER :

Halstead Bataryasına ilaveten, nöropsikolojik muayenelere diğer yaklaşımlar mümkündür. Diğer alterntif tekniklerin kısaca tanımlanması şöyledir:

Standardize edilmiş Luria nöropsikolojik muayene; Rus nöropsikologu A.R. Luria (1966) hazırlanmıştır. Bu test hem pratik, hem teorik açıdan önemlidir. Teknikleri, rehabilitasyonu planlamada olduğu gibi, organik patolojiyi anlamada da yardımcı olmuştur. Psikometrik yönelimli nöropsikolojiden çok, davranış nörolojisinde oldukça

uygundur.

Christensen (1975), Lusia'nın muayene tekniğinin sistematik bir tanımlanmasını ilk yayımlayanlardandır. Charles Golden (1978), bu tekniği standardize test bataryası halinde geliştirmiştir. Normların geliştirilmesi, yaş, tahsil ve I.O faktörlerinin koreksiyonu yapılmasına rağmen, buyaklaşımın yeterliliği için, çok daha fazla klinik araştırmaya ihtiyaç vardır. Bugünkü formunda, bu bataryanın verilmesi tahminen 2,5 saat sürmektedir. 269 itemden meydana gelmiştir. İı skalaya ayrılmıştır: Motor fonksiyonlar, ritim, iitme motor fonksiyonlar, dokunma duyusuna ait fonksiyonlar, visiel uzaysal fonksiyon, alıcı konuşma, ifade edici konuşma, yazma okuma hüneri, hafıza ve entellektüel prosesler. Test cevaplarının kalitatif analizini kolaylaştırmak için itemler, özel skalalar halinde alt bölümlere ayrılmıştır. Bu alt bölümler, istenilen özel hüner ve yeteneklere dayanır.

Bunlara ilaveten, test itemleri birleştirilerek ayrıca üç skala daha meydana getirilmiştir. Bunlar da; I-patognomonik skala, beyin disfonksiyonu için en hassas olduğu düşünülen itemleri ihtiva eder, 2-Sağ hemisfer skalası, 3-sol hemisfer skalası. Son ikisi dokunma ve motor itemlerinden meydana getirilmiştir. Hastanın II temel ve üç üretilmiş skala üzerindeki performansı, M.M.P.I. a benzer bir T skor profil kağıdı üzerinde işaretlenir. Bu genel olarak, organik disfonksiyon göstergesi olarak bilgi verir. T skoru, sağ ve sol hemisfer skalası arasında 10 dan daha çok farklılık gösterir. Bu skalalarda sadece hafif bir yükselme olup olmadığına bakılır. Patognomonik skaladaki yükselme önemli sayılmaktadır.

Luria bataryasının; beyin hasarı olanları, psikiyatrik olanları ve normalleri ayırmadaki geçerliliğini araştıran çalışmalar, %90 in üzerinde yüksek oran vermiştir. (Golden, Hammeke ve Purisch, 1978; Hammeke, Golden ve Purisch, 1978; Moses ve Golden, 1980;) Ayrıca, bkaları tarafından yapılan önc alımlar da, Luria bataryası kullanarak hasta guruplarının klasifikasyonunun geçerliliği araştırılmış, Halstead Batarya ile uygunluğu ileri sürülmüştür. (Kane, Moses ve Sweet, 1979).

BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ

NÖROPSİKOLOJİK TEST BATARYALARI:

Nöropsikolojik muayene için bir nöropsikolog, standardize bataryalarla sınırlandırılmamalıdır. Uygun bir değerlendirme ünitesi, indiidüel test kombinasyonunu kullanarak hastaya verilebilir. Böyle bir batarya, hastanın, kazanılmış ve kaybedilmiş olan, tüm yeteneklerini değerlendirebilir. İkinci olarak, bu test organik veya psikiyatrik patolojiye hassasiyeti ve ikisi arasındaki

farklılığı da bildirmelidir. Smith (1975) şunu önerir; seçilen testler, işlerin yapılması ve kavranmasını içeren sensory ve motor modalitelerin (cihazın), (aşağı seviyede serebral fonksiyonlar) zihni ve kognitiv proseslerden (yüksek seviyeli serebral fonksiyonlar) farklılığını gösterir. Son olarak, biraraya getirilen bu testler, faydalı bir diagnostik vermedir.

Birçokları, çoğu hastada, bir "temel batarya" kullanmayı yararlı bulur ve sonra yan bilgi, bireyselleştirilmiş kritere dayanan ilave testler kullanır. Meselâ, özel durumuyla ilgilisolar, hastanın hikayesi ve nöropsikolojik muayene sırasında toplanan bilgiler gibi. Buna şöyle bir örnek verebiliriz; Abstraksiyon ve konsept düşüncesinde zorluğu bilinen hasta için, bu tip zihni davranış için (mental behavior) örnek ilave testler uygundur. Böyle çok uygun bir değerlendirme A.L. Benton ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bu gurupta kullanılan çoğu testler, lokalize organik disfonksiyon ile ilgili olan davranış yetersizliklerinin özel kısımlarını değerlendirmek için kurulmuştur. Zihni ve amnestik fonksiyon test standartlarına ilaveten, spesifik testler, temporal oriantaion, sağ-sol ayırdedilmesi, parmak lokalizasyonu, çizginin iptali, yüzün tanınması, çizgi oriantationu, bir üç boyutlu konstrüksiyonel praxis test ve multilingual afazi muayenesi. Bu testlerin çoğu, literatürde bahsedilmiştir. (IOWA Üniversitesindeki, Benton Üniversitesindeki Benton Nöropsikoloji laboratuvarından istenebilir. (Benton-1989, Benton ve Fogel-1962, Benton ve Van Allen-1968 Benton Van Allen ve Fogel - 1964)

RORSCHACH-BENDER GESTALT, M.M.P.I VE WECHSLER HAFIZA SKALASININ KULLANIMI

Hastada organik bir problemin olduğuna dair bir şüphe varsa yukarıda belirtilen testlerin yanında Roschach kişilik testi de değerlendirmede test gurubu içindedir. Birçok çalışma bu testin, organikleri organik olmayanlardan ayırma konusundaki geçerliliğine değinmiştir. (Reitan ve Ruth, 1947; Burgemeister, 1962; Dorken ve Kral, 1952, Goldfried, Stricker ve Weiner, 1971; Piotrowski, 1937) Piotrowski, bu amaç için birçok puanlama sistemi geliştirmiştir. Piotrowski, Rorschach testinde organik hastalarda görülen 10 belirtiyi şöyle sunmuştur.

1-10 kartta 15 den daha az cevap,

2- Ortalama cevap verme zamanı, bir dakikadan daha fazla

3- İnsan hareketinin birden fazla kartta görülmemesi

4- Renklerin bir konu ile adlandırılması, Porschach'ın daha detaylı yorumları oluşturulamaz.

Örneğin; hasta bir kartta kırmızı bir nokta görürse buna "kırmızı leke" diyecektir.

5- Puanlamanın %70 den daha azında iyi bir form seviyesi görülür.

6- Popüler cevapların yüzde 25'inden azı algılanmaktadır.

7- Verilen cevabın tekrarı

8- Hasta bir karta verdiği cevabın yetersiz olduğunu bilir, ama cevabı geri almak veya onu geliştirmek hususunda kararsızdır.

9- Hasta karttaki algıları üzerinde tereddüt ve şüphe göstermektedir.

10- Hasta iddiacı ve tekrarlı bir şekilde otomatik deyim veya cümleler kullanır.

Hiç şüphesiz bu bulgulardan biri tek başına beyin hasarının göstergesi değildir. Piotrowski, bunlardan 5 veya daha fazlasını gösterenlerin, beyin hastalığı ön tanısı ile tekrar değerlendirilmesini belirtmektedir. Yorum yaparken titizlik gösterilmeli, şüpheli işaretlerin puanlanmaması gerekmektedir. Lezak (1976) şunu belirtmektedir: Piotrowski'nin işaretlerini kullanan II çalışma yüzde 51 den %97'e kadar yüksek oranlar göstermiştir. Piotrowski'nin işaretleri kronik şizofrenikleri organiklerden ayırmada yeterli olmamıştır. (Gold Fried, Strcker ve Werner, 1971; Suinn, 1969) Nitekim tüm protokol değerlendirilirse (sadece işaretlerin olup olmaması değil) deneyimimize göre şizofrenik hastalar şunlar üzerinde bir artış gösterirler: acapı cevaplar, sohbet, kırılmeler, seksüel kavrayışı konusunda zihnin fazlaca meşgul edilmesi ve organiklerde gözükmeyen diğer birçok belirtir. Şunu hatırlamak gerekir ki, yukarıda sayılan belirtiler teşhise ait olmayıp sadece organik beyin fonksiyon bozukluğuna işaretler ve eğer bu mevcutsa kapsamlı nöropsikolojik değerlendirme için bir baz teşkil edecektir.

MİNNESOTA ÇOK YÖNLÜ KİŞİLİK ENVANTERİ (M.M.P.I.)

Pekçok olmamakla beraber, birçok klinik psikolog değerlendirdikleri hastalara rutin bir şekilde MMPI vermektedir. MMPI, kişinin fonksiyonel unsurunu değerlendirerek faydalı olmaktadır.

Örneğin: Hastanın çok anormal bir M.M.P.I. puanı olup da, eksiksiz bir nöropsikolojik test Performansı olduğunda, büyük bir olasılıkla tablo fonksiyoneldir. Nitekim hasta nöropsikolojik testde çok kötü performans verip M.M.P.I da göreceli olarak iyi ise, o zaman organik beyin bozukluğu söz konusudur. Daha sık olarak hastalar anormal bir M.M.P.I ile birlikte patolojik nöropsikolojik test performansı gösterirler. Bu durumlarda nöropsikologun görevi daha zordur. duygusal faktörler nöropsikolojik test performansını etkiler. Ve belirgin tipte organik bozukluk gös-

teren kişide aslında duygusal bir dengesizlik mevcuttur.

Teşhis doğruluğunda güvenilirlik açısından M.M.P.I. üzerinde yoğun çalışmalar yürütülmüştür. Birçok araştırmacı M.M.P.I. için "organisiteyi" ölçen özel skalalar getirmiştir. Bunların içinde örnek olarak şunlar vardır. Hovey'in 5 maddelik skalası (Hovey 1964), 17 maddelik psedonorolojik skala (Shaw - Mathews 1965), 32 maddelik parietal-frontalte skalası. Fakat bu skalalar en iyi düzeyde bile düşük bir başarı ile karşı karşıya gelmişlerdir.

M.M.P.I., nöropsikolojik teşhis vasıtası olarak etkisiz olsa bile diğer test bilgileriyle birlikte kullanılabilir. Ve hastanın fonksiyonel problemlerinin ortaya çıkmasında yardımcı olur. "organiklik" sadece M.M.P.I. test sonuçlarına dayanmamaktadır.

BENDER - GESTALT: Nöropsikolojik testlerin içinde Bender Gestalt, diğer tek bir test uygulamasına göre daha fazla kullanılmaktadır. (Lubin, Wallis ve Paine 1971) Bu test hem beyin hasarını ölçmek, hem de şahsiyeti incelemede projektive bir teknik olarak kullanılmaktadır. Yüzlerce çalışmanın dörtte biri; Bender Gestalt'ın organik beyin hasarını ölçmek, beyin hasarı hakkında yanıl bilgi oluşturmak ve organik olarak bozuk hastaları şizofrenik ve diğer psikiyatrik hastalardan ayırmak için yararlı olduğu görüşündedir. Geçmişte Bender Gestalt, belirsiz "organisite" kavramını ölçmek için kullanılan testti. Ve Bender Gestalt, organik beyin bozukluğunu ölçmede raslantıya nazaran çok daha etkili olduğu görüşünü kabul ettirdi.

Bender Gestalt sadece vizyografik yeteneği değil, aynı zamanda indirekt olarak zihinsel yeteneği de ölçmektedir. (Zeulzer, Stedman ve Adams, 1976) Aylanian ve Maltzer (1962) Bender ve WAIS yan test puanlarının genel olarak, 40'ın üzerinde korole olduklarını söylemiştir. Vizyografik fonksiyonların bir diğer ölçüsü olarak beynin sağ parietal bölümündeki hasarlar sol yarımküre hasarlarına nazaran Benderde zayıf bir performansına neden olmaktadır.

(Diller, Ben, Yishay, Gerstman, Gockin, Gordon ve Weinberg 1974.; Hirschenbarg 1960) nitekim, sol beyin bölgesinde lezyonu olanlar hastalar bu testde bayağı başarılı olurlar.

Bu testin puanlanması ve uygulanması için birçok adaptasyon yapılmıştır. En çok kullanılan puanlama sistemi çocuklar için Koppitz (1975 ve büyükler içinde Şimler Cantor (1968) tarafından geliştirilmiştir. Özgeçmiş müdahale prosedürü olan bu metod ile hasta bir kağıt üzerine karmaşık kesişen eğrisel çizgiler arasından Bender figürlerini oluşturmaktadır. Hastanın yaptıkları, normal şartlar altındaki çizgiler ile mukayese

edilir. Organik beyin bozuk fonksiyonları olan hastaların çizimi bu müdahale şartları altında daha zayıf olmaktadır. Bu yaklaşımın klinik doğruluğu detaylı olarak Bookey ve Adams (1981) tarafından açıklanmıştır.

Bender Gestalt'a çok yakın olan diğer testler geliştirilmiş ve yararlı bulunmuştur. örnekler şunlardır. Dizayn testi için Graham Kendall Hafızası (Graham ve Kendall 1960) ve Benton Görsel hatırlama testi (Benton 1963)

WECHSLER HAFIZA SKALASI: Klinik nöropsikolojide hafıza fonksiyonlarını ölçen en yaygın kullanımdaki test bu testdir. (Wechsler, 1954) Bu skala yedi yan testten meydana gelmiştir. Birçok bölümü uzun vadeli hafıza, zaman ve yer oryantasyonu, akı kontrol, hikayelerin hatırlanması, tam sayı ölçümü, geometrik figürlerin hatırlanması, hastanın sözlü bağlantılarını ölçme yeteneğidir.

Russell (1975) bu prosedürü değiştirmiş sadece hikayeler ve görsel bellek bölümünü uygulamıştır. Buna ilave olarak Russel bir başka prosedür geliştirmiştir. Bu da 30 dakika beklemek ve hastaya hikayeleri ve figürleri hatırlaması sormakla mümkün olmaktadır. Russell metotunun temel avantajı uygulamada daha az zaman gerektirir.

Russell, ikiyanteste dayanarak beyni hasarlıları kontrol grubundan ayırmak için çok etkili olduğunu bulmuştur. Sol yarımküresi bozuk olan hastaların figür bölümüne nazaran hikaye bölümünde, sağ yarımküre hastalarının da hikaye bölümüne nazaran figür bölümünde daha başarılı olduklarını saptamıştır. Cauthen (1977) Wechsler Hafıza skalası normlarını daha büyük bir grup hasta için geliştirmiştir.

NÖROPSİKOLOJİK TESTLER ÜZERİNDE PERFORMANSLARI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Nöropsikolojik test sonuçları, çeşitli faktörlerle dikkate alınmadan değerlendirmek yanlış neticeler verebilir. Bu faktörler; yaş, duygusal karakteristیکler, zekaseviyesi, tahsil ve kültürüdür. Yaş: Nöropsikolojik performans genellikle 45 yaştan sonra azalmaya başlar. Yaşın zekâüzerindeki etkileri bilinmektedir. Bu nedenle çeşitli yaş gruplarındaki hastalara yapılan Wais testleri yaygın zeka neticeleri gösterir. 20 ila 25 yaş grubundakilerin skala puanları ortalama olarak 10 iken 75 yaşındakilerinki 15 dir. Bununla beraber hiç şüphesiz, bütün Wais testleri yaşlı ve genç hastalar arasında aynı temel farklılıkları göstermez. Halstead Batarya testinde yapılan bir araştırma 19 ila 27 yaş arasındakiler 84 ile 109 luk bir I. Obpuanlı göstermiştir. Bu ortalama olarak 0.41 sakatlık indeksine eşdeğerdir. Buna muka-

bil 58 ila 76 yaş gurubu arasındakilerin ortalama indeksi 0.90 olarak bulunmuştur. Bu nedenle nöropsikolojistler yalnızca bu bilgilere dayanarak hareket ederlerse organik fonksiyon bozukluklarını yanlış tefsir etme riskine düşerler.

Bazı kişiler bu indekslerin yaş ile yükseldiğini iddia etmektedirler. Nöropsikologlar şunu bilmelidirler ki, nöropsikolojik testler üzerinde yaşlı bir hastanın performansı aynı yaştaki vasat bir şahıstan beklenene nazaran daha fazla etkilenmektedir. Yaş düzeltici normları kullanmak suretiyle klinik psikolog sırf yaşı dolayısıyla beklenenden daha fazla bir etkilenmeye maruz kalmadığını saptayabilir.

Duygusal Faktörler: Bu faktörler de nöropsikolojik testlerde hastanın performansını önemli bir şekilde etkileyebilir. Hastanın Bu cins problemleri var ise, sonuçlar konsantrasyon, entellektüel fonksiyonlar ve hafıza açılarından etkilenbilir. Heyecanlı hastalar organik problemleri olmadan da kötü performans verebilirler. Bu gibi hallerde psikologlar "bu hastanın durumu organik mi veya şizofrenik mi?" sorusunu kendilerine sorabilirler. Böyle bir sorunun temelinde şu varsayımlar yatmaktadır: 1- şizofreni tek başına nörolojik bir bozukluk değildir. 2- şizofrenikler müstakilen beyin sakatlığına maruz değillerdir. 3- Beyin sakatlığı olan şahıslar şizofrenik olmazlar. Bu varsayımları kanıtlayan elimizde herhangi bir sağlıklı bilgi mevcut değildir. 1963 yılında yapılan bir etüde göre, şizofrenik hastaların %61 inde bazı beyin arızalarına raslanmıştır. Ayrıca anormal EEG bulgularının şizofreniklerde normalere nazaran daha fazla olduğu görülmüştür. Birçok etüd göstermiştir ki Halstead Batarya testine göre şizofreniklerin organik sakatlığı bulunan hastalara nazaran aynı kötü neticeleri vermiştir. Depression da aynı şekilde nöropsikolojik test sonuçlarına ters yönden etkilemektedir. Depressionu olan hastalar genellikle bu testlerde iyi sonuç almak üzere motive değildirlen. Reaksiyon zamanları yavaşlamış ve kafaları daha ziyade kendi kişisel problemleri ile oludur. Örneğin, depresse olan bir hasta organik sakatlığı olan hastalara benzer bir şekilde hafıza kaybından şikayet ederler. Depresse olan bir hasta doğru olarak günü tarihi bilmeyebilirler. Diğer problemleri bir durum da hastanın hem organik beyin problemi ve hem de duygusal güçlükleri olduğu zaman ortaya çıkar. Marazi kişilik karakteristikleri organik değişiklikler sonucu daha da artabilir. Örneğin marazi bir kişi beyin sakatlığı da olduğunda patolojik bir şekilde aressif olabilir. Diğer bir durum, genellikle hastanın başka hastalıklara tutulduğu zaman ortaya çıkar. Beyni sakat hastalarda en çok görülen reaksiyonlar depression, içedönüklük, tahammülsüzlük halleridir. Eğer bir hastanın orga-

nik bir bozukluğu varsa aynı zamanda belirgin duygusal problemleri de mevcuttur.

Zekâ ve Tahsil: Tahsildeki başarı ile zekâ biri birbiri ile gevşek bağlantı halinde olması nedeni ile nöropsikolojik test performanslarını her ikisi de önemli şekilde etkiler. Nörolojik bozuklukları olan kişilerde bu değişkenler rehabilitasyon ve tedavi sürecinde başarı seviyesine önemli şekilde etkileri olur. Diğer değişkenler sosyal ve kültürel özegeçmişler olabilir. Her ne kadar bu faktörlerin nöropsikolojik testler üzerindeki etkileri derinlemesine araştırılmış olmamakla beraber bu faktörlerinde hesaba katılması lazımdır. Genel olarak bu bölümde açıklanmış olan faktörlerin tümü kişinin marazi durumlarına katkıda bulunur.

LEZYON TİPİ: Buradaki değişkenlerden çoğu bozuklukların belirgin etkileri, lezyonun büyüklüğü ve yeri, lezyonun şiddeti ve patolojik durumları önemlidir. Görülen etkilerden biri tepki zamanlarında genel bir yavaşlamadır. Lezyonun büyüklüğü davranış performansını üzerinde etkilidir. Lezyon ne kadar büyük olursa bozukluk da o derecede büyük olur. Diğer ilgili bir faktör problemin şiddetidir. Şikayetleri uzun zamandan beri gelen hastalarda bozukluklara kendilerini alıştırmış oldukları görülür.

NÖROPSIKOLOJİK TESTLERDE MÜLAKATIN ROLÜ: Kliniklerde yapılan mülakatlar herhangi bir nöropsikolojik muayene de önem taşırlar. Testlerde elde edilemeyen birçok faydalı bilgiler mülakat yolu ile elde edilebilir. Hatta bazı hastalar standart nöropsikolojik testleri uygulamadıklarından mülakat yeğane bilgi kaynağı olur. Bunlara ilaveten bazı hastalar fiziksel veya ruhsal olarak o kadar bozuk durumda olabilirler ki testlerden yeterli sonuçlar alınmaz.

Mülakat düzenli bir şekilde yapılmalıdır. Ayrıca hastanın serbestçe ve açıkca cevap vermesini önleyecek şekilde yapılmamalıdır. Başlangıçta genel bir takım sorulardan sonra daha spesifik bilgilere yer verilmelidir. Görüşme, genellikle tehditkar olmayan rahat bir şekilde yapılabilir. Genellikle işe başlarken bir sohbet havası sağlanmalıdır. Bu şekilde hastaya bir güvence verilebilir. Bazı hastalar durum tam aydınlığa kavuşmadığı takdirde kendilerini müdafaa etmeye yoluna başvurabilirler. Genellikle hasta hastalıkla ilgili belirtileri kendiliğinden söyleyebilir sorular soruldukları bunların varlığı ortaya çıkar. Şikayetlerin her birinin nasıl başladığı, nasıl geliştiği ve karakteristiklerinin ne olduğunun derinlemesine araştırılması gerekmektedir. Şunu unutmamak gerekir ki, hastanın temel şikayetlerinin saptanması (hafıza aksamaları, başağrısı, nöbetler vs.) ve psikolojik tarihçe nöropsikolojik incelemede takip edilecek yolu çizmede önemlidir.

LİSAN: Lisa yeteneği organik beyin hastalığı olan hastalarda bozuktur. Lisan en temel fonksiyondur. Daha yüksek başarı seviyeleri için de kritiki bir durum teşkil eder. Şunların değerlendirilmesi gerekmektedir:

1- Konuşma şunlar açısında dikkatle incelenmelidir: Bağlantıda güçlüklerin varlığı, sesin yükselip alçalması ve akıcılığı, konuşmanın spontane olması, lisani kullanmakta güçlük, gramerde ve kelime seçiminde hata. Hastanın konuşma lisasını anlama yeteneğini ölçmek için gittikçe komplike olan soruları sormak gerekmektedir.

2- Tekrarı değerlendirmek için hastadan sesleri (sesli ve sessiz harfleri) kelimeleri ve cümleleri tekrarlanması istenir.

3- Hastadan kelime bulması istenir. "saçını taradığın obje nedir?" veya "bir kişinin zamanı söyleyebileceği alet nedir?" "Kelime bulma problemlerihastaya çeşitli objeleri buldurma ile tayin edilir. Bazı hastalar temel objeleri (örneğin saat) adlandırır fakat bölümlerini (yelkovan) söyleyemezler.

4- Kelimeler, basit ve kompleks cümleler ve kısa paragrafların okunması incelenmeli ve idrak tayin edilmelidir. Bu hünerler eğitim faktörlerinin etkisi altında kalabilirler ve bu da hesaba katılmalıdır.

5- Dikte edilerek, emredilerek veya bir kopyadan yazı yazma test edilmelidir. Yazılı lisar kullanımındaki bozukluklar bu şekilde saptanır.

6- Temel motor aksiyonların yerine getirme istenir. Hastaya dilini dışarı çıkar", "elimi sık", "bir diş fırçasını nasıl kullanırsın?", "sağ elinle sol kulağımı 7aret et" gibi sorular sorulur.

HAFIZA: Hafıza bozuklukları organik hastalarda temel şikayetlere konu olan temel özelliklerdendir. Tüm hastalarda dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Hafızanın bir çok bileşeni, hastalık prosesinin tabiatı ve yerine göre bozulabilir.

1- Yakın hafıza birkaç saniyelik bir süre içinde bir bilgi ile ilgilenmek ve bunusürdürme yeteneği olarak tarif edilir. Genellikle hafıza, tekrarlama işlemi sırasında test edilir.

2- Geçmiş hafızadaki süre dakikalar ve saatlerden günlere kadar uzanır. Şu sorular sorulabilir. "hastanede ne kadar süredir yatıyorsun?", "müshahdemin bazılarının isimleri nedir?", "Hangi tıbbi testler tamamlandı?", eğer doğru ise hastaya en sön ne yediği sorulur. Ayrıca, "bazı son gelişen olaylar nelerdir" denebilir. Hastanın yeni malzemeyi öğrenme ve bunu sonradan hatırlama yeteneği 5 kelimelik bir listeyi öğrenme ile ölçülür. Yeni öğrenme ve geçmiş hafızayı test etmede diğer bir popüler yol ise hastaya kısa bir hikaye anlatmaktır. Wechsler-hafıza skalasında olduğu gibi.

3- Uzak hafıza aylar ve yıllar sonrasında bilgileri hatırlamayı içermektedir. Hasta doğum günü, eğitimi, ilk işi ve diğer tarihi olaylar hakkında doğru bilgi verebilecek midir? Beyni hasarlı hastalarda uzak hafıza genellikle bozulmamış kalır.

4- Görsel hafızada hastanın gözü önünde odadaki objeler gizlenir. Sonra hastadan objeleri yerlerine koyması istenir. Örneğin cebinize bir kalem kütüphanenin üzerine silgi, bir sandalye üzerine bir kağıt parçası, masa çekmesi içine bir kültablası konur. 10-15 dakika kadar beklenir, hastaya bu objeleri bulması söylenir.

NÖROPSİKOLOJİK İNCELENME SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ:

Nöropsikolojik değerlendirmeden alınan tüm sonuçlar D.S.M.-III kriterleri düzeyinde bir sıralanmaya tabi tutulur.

DSM III'e göre, organik bir beyin senkromu, herhangi bir sebeple olan, beyin dokusundaki yaygın bir hasarla ilgili bir durumdur. Aslında travmadan metobolik bir bozukluğa kadar, beyin sendromu olarak teşhis edilebilir. O.B.S. 5 majör semptomla kendini gösterir. I-orientasyon bozukluğu, 2- hafızanın bozulması, özellikle yakın hafızanın, 3- entellektüel fonksiyonlardaki bozulma ki bu yeni materyali öğrenmeyi, biriktirilmiş bilgiyi kullanmayı ve anlamayı, çarmları yapmayı içerir. 4- yargıda-muhakemede bozulma, 5- affeksiyonda bozulma. Bu temel semptomların çoğu O.B.S. olan bütün hastalarda göreceli olarak bulunduğu düşünülür.

DSM III, çok eksensli teşhis prosedürü kullanır. Her hasta, en azından 3/5 tanı ölçütüne dayanan bir teşhis alır. Eksen 1 majör klinik teşhisi kapsar, organik zihin bozukluğu tipini nöropsikolog testlerle saptar, bu eksende değerlendirir. İkinci eksende, hastanın spesifik bir şahsiyet bozukluğu veya bariz şahsiyet vasıflarını değerlendirir. Ayrıca, ferdi, onun hastalığına iştirak eden psikososyal zorlanma ve yüklenme hakkında da bir değerlendirilme yapılır. Bu da eksen 4 olarak gösterilir. Bu değerlendirilme bir rapor halinde hazırlanır.

Şunu unutmamak gerekir ki, DSM III kullanılarak teşhis için, bir hasta, beyin hastalığı ile beraber olan veya beyin hastalığından dolayı meydana gelen davranış değişiklikleri göstermelidir. Meselâ, bir demans tanısı için, meşguliyet ve sosyal fonksiyonları bozan ciddiyette entellektüel yetenek kaybı göstermelidir. Bu nedenle nöroloji kliniklerinde yapılan tetkiklerde DSM III ölçütlerine göre tanıya varılmadan değerlendirilme yapılabacaktır.

KAYNAKLAR:

- 1- Adams, R.L.- boake, C.-Bias in neuropsychological test classification related to education I.O and ethnicity, Unpublished manuscript 1981
- 2- Adam, R.L., Trenton, S.L.-The Development of a paper and pen from the Halstead Category test Unpublished manuscript, 1980
- 3- Arkonaç, O.-Psikiyatrik semptomlar ve Sendromlar, 1980
- 4- Hutt, L.M. - The Hutt Adptation of the Bender Gestalt test - 1977
- 5- The British Journal of Psychiatry. Agus. Vol: 145.
- 6- Walker Eugene-Clinical Practice of Psychology, 1981. Pergamon Series.

KRONİK DEPRESYON

Dr. Fulya MANER*

ÖZET:

Bu yazıda kronik depresyonda psikiyatrik yaklaşımdan söz edilmiştir.

SUMMARY:

In this paper psychiatric management of chronic depression has been explained.

Kronik depresyon en az 6 ay devam eden ve ilgi kaybı, günlük aktivitelere karşı hoşnutsuzluk, suçluluk duygusu, benlik saygısının azalması, çaresizlik, umutsuzluk, vejetatif belirtiler (erken uyanma, düurnal mood varyasyonları, anoreksi, kilo kaybı), suisid düşünceleri ile birlikte giden disforik bir mood halidir. Depresyon sendromları şu bozuklukları içine alır.

- 1- Majör depresif bozukluk
- 2- Bipolar bozukluk geçmişte mani öyküsü olan depresyon
- 3- Siklotimik bozukluk -en az 2 yıl süren, yineleyici, bipolar bozukluk ya da majör depresyon kadar ağır olmayan depresyon ve hipomani nöbetleri
- 4- Distimik bozukluk- majör depresyon kriterlerini karşılayacak kadar ağır olmayan ve en az 2 yıl süren depresif semptomlar
- 5- Atipik affektif bozukluk- affektif bozukluklar sınıflamasında yer alan tiplere uymayan, birtakım artık tortu vakalardır.

Majör affektif bozukluk (primer depresyon) herhangi bir dahili, cerrahi ya da psikiyatrik hastalık ile ilişkili değildir, aksi halde sekonder depresyondan bahsedilir. Sekonder depresyon özellikle tiroid, hipofiz, adrenal, bezi hastalıkları, viral enfeksiyonlar, infeksiyöz mononükleoz, tümörler, metabolik bozukluklar (hiperkalsemi),

perniyöz anemi, sistemik lupus eritematosus, organik beyin sendromu, demans, operasyonları takiben, kronik ağrı, şizofreni gibi birçok başka hastalık ya da bozuklukta görülebilir. Antihipertansifler (reserpin, metildopa, spiranolakton), merkezi sinir sisteminde depresan etkileri droglar (barbitüratlar, minörtrankilizanlar), böbreküstü bezi steroidleri, ACTH, L-Dopa, propranolol, oral kontraseptifler, alkol, antibiyotikler (sulfonamidler, metenamin mandelat) depresyona yol açabilen droglardır. Merkezi sinir sistemini uyaran drogların kesilmesi de depresyona neden olabilir (3, 4)

1- Kronik depresyon düşünülen hastanın dahili yönden değerlendirilmesi yapılmalı, önceden kullanıldığı ilaçlar hakkında bilgi alınmalı, suisid riski taşıyıp taşımadığı araştırılmalı, ayrıntılı öykü alınmalı, mental durumu incelenmelidir. Bu şekilde kronik depresyon, ya majör affektif bozukluk ya da sekonder depresyon olarak ayrılır.

2- Majör affektif bozuklukta literatürde iyileştirici makul doz 150-350 mg/gün Laroksil, 200-350 mg/gün Tofranil, 8-12 ECT, makul süre ise 6-10 hafta olarak tayin edilmiştir. Bu süre içinde iyileşmemiş, majör affektif bozukluk tanısı konan hastalarda, hastanın kendisine verilen ilaçları muntazaman aldığı ve başka ilaç almadığı tesbit edildikten sonra, bipolar bozukluk depresif tip durumunda 6 hafta süreyle litium uygulanır. Litiuma yanıt vermeyen ve bipolar olmayan vaka da ise MAOI den fenalzin 30 mg/gün ile başlanır, doz yavaş yavaş artırılarak 90 mg/güne tavan dozuna çıkılarak 3 hafta devam edilir. Tedaviye cevap vermeyen vakalarda depresyon iyileştiren çeşitli ilaçların bir arada kullanılması da denenmiştir. Trisiklik ve sakinleştirici, trisiklik ve nörolep-

*Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi