

OĞUZ TANRIDAĞ

ALZHEIMER

MODERN TIBBIN SAHİPSİZ HASTALIĞI

“ALZHEIMER HASTALIĞI SADECE BİR BUNAMA DEĞİLDİR, DİĞER HASTALIKLAR GİBİ, ÖNCESİYLE VE SONRASIYLA BÜTÜN BİR HASTALIKTIR.

ALZHEIMER, NÖROPSİKİYATRİK BİR HASTALIKTIR. TEK BAŞLARINA NÖROLOJİ VE PSİKİYATRİ UZMANLIK BİLGİLERİ BU HASTALIĞI ANLAMAK İÇİN YETERLİ DEĞİLDİR.

ALZHEIMER HASTALIĞININ ERKEN TANI BİLGİLERİ VE İMKANLARI VARDIR. ANCAK BUNLAR KULLANILMA-MAKTADIR. ERKEN TANI, TEDAVİDEN BEKLENTİLERİN ANAHTAR KAVRAMIDIR.

ALZHEIMER HASTALIĞINDA YAŞAM TARZI BİR RİSK ve AYNI ZAMANDA BİR KORUNMA FAKTÖRÜDÜR.

MEVCUT İLAÇLAR ETKİLERİNİN ORTAYA ÇIKABİLMESİ İÇİN MÜMKÜN OLDUĞUNCA ERKEN BAŞLANMALIDIR.

TIBBIN MEVCUT İMKANLARININ YERİNE ALTERNATİF TIP ALZHEIMER’DA GECİKMEYLE EŞ ANLAMLIDIR.”

Önsöz

Bu kitabın; içinde yer alan bakış açıları ve eleştirilerin beyin ve davranış ilişkileri ve Alzheimer Hastalığıyla ilgili bilgi ve deneyimleri olan, bu konularda yıllardır araştırmalar yapan, uzun yıllardır bu bağlamda birlikte çalıştığımız, kongreler düzenlediğimiz ve kendilerinden bir çok şey öğrendiğim temel nörobilimci, nörolog, psikiyatrist ve nöropsikologlarla, hastaları hakkında verdikleri bilgilerle kafamda erken tanı kavramlarının ve ihtiyacının ortaya çıkmasına yardımcı olan insanları hedeflemediğini söylememe gerek bile yok! Aksine, onların varlığı ve katkıları olmasaydı ve sıkıntılara neden olan deneyimlerin bir çok yönden onlar tarafından da yaşanmış olduğuna inanmamış olsaydım, bu içerikteki bir çalışmaya kalkışır mıydım bilemiyorum.

Alzheimer Hastalığının tıptaki bugünkü konumunun ve yüz yılı aşkın geçmişinin incelenmesinden çıkardığım iki temel tespit var. Bunlardan birincisi, bu hastalığın günümüzde tıbben ve onunla ilişkili olarak da, toplum bilincinde sahipsiz bir hastalık konumunda olduğu diğeri ise, bu sahipsizliğin ana nedeni olarak; onun yakın tarih içinde uzunca bir süre unutulmasından ve bunun nedeni ve sonucu olarak da, hastalıkla ilgili uzmanlık alanlarında mesleki bir kriz yaşanmakta olduğunu düşünmem. Dolayısıyla, bu tespitlerin bir sonucu olarak, kitabın yazılmasına neden olan ana düşüncenin, bu hastalığın tanımlanmasından itibaren geçen yüz yılı aşkın süre içinde onunla ilgili olarak yaşanan bilimsel ve mesleki ilgisizliğin ve ihmallerin irdelenmesi olduğu söylenebilir. Yıllar içinde biriken mesleki deneyimler temelinde oluşan samimi düşüncem odur ki; tıp tarihinde, bu iki açıdan en fazla ihmal edilen ve dahası bu ihmal sonucunda bilim ve ilgili meslek dünyasının kontrolünden en fazla uzaklaşan ve bunların dışındaki güç odaklarının etki alanına girmiş olan Alzheimer Hastalığı gibi bir hastalık zor bulunur! Daha da özlü ve kesin biçimde, bu tespitlerimden kaynaklanan eleştirilerin hedefinde, nöroloji ve psikiyatri meslek dünyaları içinde kendi uzmanlık alanlarıyla ilgili olan bu hastalığı sahiplenmeden ona hastalık muamelesi yapma-yanların ve bu konuyu kendilerine mesleki ve insani boyutlarıyla dert edinmeyenlerin yer aldığını söyleyebilirim.

Kitabı inceleyenler, bölümleri içinde bir çok yaklaşımın tekrar tekrar ele alındığını görecektirler. Bu tekrarların farkında olarak mazeretimiz, yaşadıklarının yazar üzerindeki etkileri olduğu kadar, ele aldığımız problemlerin çok yönlü ya da yüzlü olması nedeniyle tekrar tekrar karşımıza çıkmış olmasıdır.

Bu satırların yazıldığı günlerde, Alzheimer'ı dert edinen bir azınlıkla edinmeyen çoğunluk arasındaki derin bilimsel ve mesleki farkındalık ayrışmasının ve anlayış krizinin devam ettiğini ve bu farklılığın, toplum bilincindeki çaresizliğin ve nfile alternatif tıp arayışlarının en belirgin nedeni olduğunu görmekten üzüntü duyuyorum.

Burgazada, Sonbahar 2019

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ

2. GEREKÇELER ve SORULAR

3. HASTALIK KAVRAMI YERİNE ÖNYARGILAR HAKİM

3.1 BUNAMA ÖNYARGISI

3.2 DELİLİK ÖNYARGISI

3.3 YAŞLILIK ÖNYARGISI

3.4 UNESCO'NUN YAŞLILIK TANIMI ve BU TANIMIN ALZHEIMER KAVRAMLARIYLA İLİŞKİSİ

3.5 ALZHEIMER ÖNYARGILARI ve ALZHEIMER HASTALIĞI: BENZERLİKLER ve FARKLILIKLAR

4. NÖROPSİKİYATRİ TARİHİMİZDE BEYİN HARELERİ ve ALZHEIMER KONUSU

4.1 NESİLLERE BEYİNİ ÖĞRETEN ve SONRADAN UNUTULAN PSİKİYATRİ ANLAYIŞINA DAİR BİR ÖRNEK

4.2 ESKİ NÖROLOJİ KİTAPLARIMIZDA ALZHEIMER HASTALIĞINA İLGI DÜZEYİ (1937-1957)

5. FELSEFE ve EDEBİYATTA BUNAMA ve YAŞLILIK HARELERİ

5.1 MICHEL FOUCAULT- Deliliğin Tarihi

5.2 SIMONE de BEAUVOIR- Yaşlılık

6. DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ'NE GÖRE ALZHEIMER HASTALIĞININ KÜRESELLİK BOYUTU ve HASTALIĞIN BİLİMSEL ALTYAPISI

6.1 İLK 10 SIRADA YER ALAN KÜRESEL ÖLÜM NEDENLERİ (2000-2015)

6.2 GELİR GRUPLARINA GÖRE ÖLÜM NEDENLERİ (2015)

A. DÜŞÜK GELİR GRUBUNA GİREN (KİŞİ BAŞI YILLIK BRÜT GELİRİ 1025 DOLAR VE DAHA AZI) ÜLKELERDE İLK 10 ÖLÜM NEDENİ (2015)

B. ORTA-ALT GELİR GRUBUNA GİREN (KİŞİ BAŞI BRÜT YILLIK GELİRİN 1026-3995 DOLAR OLDUĞU) ÜLKELERDE ÖLÜME NEDEN OLAN İLK 10 SAĞLIK PROBLEMİ (2015)

C. ORTA-ÜST GELİR GRUBUNA GİREN (KİŞİ BAŞI BRÜT YILLIK GELİRİN 3996- 12375 DOLAR OLDUĞU) ÜLKELERDE ÖLÜME NEDEN OLAN İLK 10 SAĞLIK PROBLEMİ (2015)

D. YÜKSEK GELİR GRUBUNA GİREN (KİŞİ BAŞI BRÜT YILLIK GELİRİN 12376 DOLAR VE DAHA FAZLA OLDUĞU) ÜLKELERDE ÖLÜME NEDEN OLAN İLK 10 SAĞLIK PROBLEMİ (2015)

6.3 ALZHEIMER HASTALIĞININ BİLİMSEL ALTYAPISI

7. HAZIRLIKSIZ YAKALANAN TIP: NÖROLOJİDE ve PSİKİYATRİDE ALZHEIMER HASTALIĞINA YETERSİZ YAKLAŞIMLAR

7.1 NÖROLOJİDE GENEL HASTA BİLGİLERİYLE ALZHEIMER HASTALIĞINA YAKLAŞIM

7.2 PSİKİYATRİDE GENEL HASTA BİLGİLERİYLE ALZHEIMER HASTALIĞINA YAKLAŞIM

8. SAHİPSİZ HASTALIK OLMANIN SONUÇLARI

8.1 RİSK ve KORUNMA FAKTÖRLERİ YETERİNCE BİLİNMIYOR!

8.2 BAŞVURULACAK DOKTOR BELLİ DEĞİL!

8.3 TANI GEÇ KONULUYOR!

8.4 TEDAVİYE YA GEÇ BAŞLANIYOR YA DA HİÇ BAŞLANMIYOR!

8.5 YAŞAM TARZININ ÖNEMİNİN SÖZÜ BİLE EDİLMİYOR!

8.6 ALTERNATİF TIP ROL ÇALIYOR!

8.7 ALZHEIMER HASTALIĞINDA ALTERNATİF TIBBIN MANTIĞI

9. HASTASINA ve HASTA YAKININA GÖRE ALZHEIMER HASTALIĞI

9.1 Hastasına Göre Alzheimer Hastalığı

9.2 Bir Hasta Yakını Alzheimer'ı Anlatıyor

10. NE YAPMALI?

10.1 Alzheimer Hastalığı Farkındalık Faktörleri

1. DEMANS

2. UNUTKANLIK

3. BUNAMA

4. AKIL HASTALIĞI

5. YAŞLANMA

6. GENETİK

7. DEPRESYON

8. YALNIZ YAŞAM

9. BEYİN DAMAR HASTALIKLARI

10. KAFA TRAVMASI

11. GENEL ANESTEZİ

12. EĞİTİM DÜZEYİ

13. ERKEN TANI

14. NÖROPSİKİYATRİ

15. YAŞAM TARZI

16. KÖK HÜCRE ve BEYİN PİLİ

17. BESLENME TARZI

18. ALTERNATİF TIP

19. BULMACA ÇÖZME

20. HASTAYA DAVRANIŞ ve SEVGİ

21. EVDE BAKIM MI? BAKİMEVİ Mİ?

22. ERKEN DÜZENLİ BEYİN TARAMALARI

10.2 Türk Nöroloji ve Psikiyatri Derneklerine Öneriler

1

GİRİŞ



Doktor Alois Alzheimer

(1864- 1915)



Bayan Augusta Deter

(1850- 1906)

25 KASIM 1901 tarihinde, Frankfurt Zihin Hastalıkları ve Epilepsi Hastanesinde çalışan psikiyatri ve nöropatoloji uzmanı Dr. Alois Alzheimer'a, 51 yaşında, Augusta Deter isimli bir hasta getirilir. Hastanın eşi, Augusta'da son bir iki yıl içinde başlayan ve ilerleme gösteren unutkanlıklar, kendini ifade etmede güçlük, hayal görme, kıskançlık ve gündelik işleri

yürütmekte zorluk olduğunu söyler. Alzheimer incelemek üzere hastayı yatırır.

Ertesi gün, 26 Kasım 1901'de Dr. Alzheimer hastasına yatak başı zihin testi uygular. İçinde bu test sırasında edindiği izlenimlerin de yer aldığı hastanın dosyası daha sonra kaybolacak aradan uzun bir zaman geçtikten sonra 1997 yılında Münih Üniversitesi arşivinde bulunur ve içinde yatma kağıdı ve hastanın öykü ve muayenelerinin de bulunduğu 32 sayfalık dosya Konrad Mauer ve eşi Ulrike Mauer tarafından dünyaya yeniden sunulur. Aşağıda Dr. Alzheimer'ın hastasıyla yaptığı ilk görüşmeye dair notları yer alıyor;

“26 Kasım 1901

‘Ümitsiz bir yüz ifadesiyle yatakta oturuyor.’

- İsminiz ne? “Auguste.”

- Soyadınız? “Auguste.”

- Kocanızın adı nedir? “Auguste sanırım.”

- Kocanız mı? “Ah benim kocam.”

‘Soruyu anlamamış gibi bakıyor.’

- Evli misiniz? “Auguste ile. Bayan Auguste? Evet evet Auguste.”

- Ne kadar süredir buradasınız?

‘Hatırlamaya çalışıyor gibi görünüyor.’ “Üç hafta.”

-Bu nedir?

‘Ona bir kalem gösterdim.’

“Bir kalem.”

‘Çanta ve anahtar, günlük, sigara doğru biçimde isimlendirildi. Yemekte karnabahar ve domuz var. Ne yediği sorulduğunda ıspanak olarak cevaplandırdı. Eti çiğnediği sırada ne yaptığı sorulduğunda o patates ve sonra da turp diyor. Kendisine tanınması için nesnelere gösterildiğinde kısa bir süre sonra gösterilen nesnelere hatırlamıyor. Bu arada sürekli olarak ikizlerden söz ediyor. Yazı yazması istendiğinde kitabı sanki sağ yarım-görmesi varmış gibi tutuyor. Auguste yazması istendiğinde önce bayan yazıyor ve geri kalanını unutuyor. Her şeyin tekrar edilmesi gerekiyor. Amnestik Yazı Yazma Hastalığı. Akşamüstü (görüldüğünde) konuşması tamamen hatalar ve tekrarlarla dolu.’

Dr. Alzheimer’ın tuttuğu bu notlara göre, 26 Kasım 1901 itibarıyla, öyküsüne bağlı olarak hızlı ilerleyen bir hastalık zemininde ortaya çıkan davranış bozukluklarının yanı sıra, zihinsel yetersizlikleri içinde; unutkanlığa ek olarak anlama bozukluğu ve benzer cevaplarda ısrar, hastanede yediklerinin anlam bilgisinde kaybolma, yazı yazma ve konuşma bozukluğuyla, sol yarı görme ihmalini gösterdiği anlaşılıyor. Bunlara daha o aşamada bile hızlı ilerleyen bir bunamanın (demansın) belirtileri diyebiliriz. Dosya malumatına göre yatışından iki yıl sonra hasta yatağa bağımlı ve idrarını tutamaz hale gelir. Bu aşamada; çevresine ilgisizliğin, sanrıların ve anlamsız konuşmaların ileri derecede artmış olduğu notu düşülür.

Dr. Alzheimer 1903' de ünlü psikiyatri hocası Profesör Emil Kraepelin'le çalışmak üzere Münih Tıp Fakültesine gider. Auguste, Nisan 1906'da ölür ve beyini Dr.Alzheimer'ın isteği üzerine otopsisinin yapılması için kendisine gönderilir. Otopsi Dr. Alzheimer'ın öncülüğündeki bir ekip tarafından yapılır ve beyinde hastalığa neden olduğuna inanılan iki patolojik bulgu tarif edilir.



Alzheimer Hastalığının bulunmasına yol açan otopsiyi gerçekleştiren Münih Üniversitesi Nöropatoloji Laboratuvarı mensupları. Ayaktakiler arasında sağdan üçüncü Dr. Alois Alzheimer.



Dr. Alzheimer ve ekibi tarafından otopsi sonucu tanımlanan yeni beyin hastalığının beyinde neden olduğu patolojik bulgular. Yumak şeklinde olan ölmüş nöronlar ve beyin dokusu içine dağılmış olan ince uzun iğcikler.

O yılın Kasım ayında Alzheimer Auguste'nin beyinde bulduklarıyla ilgili bildiriye Güney Bavyera psikiyatri kongresinde sunar. Bildiriye hiç ilgi gösterilmez. Bildiri buna rağmen 1907'de yayınlanarak tıp literatürüne girer. Profesör Kraepelin 1910 yılında 8.Basımı yapılan psikiyatri kitabında Alzheimer'ın tanımlamış olduğu hastalığı onun adıyla anar ve bunama yapan hastalıklar sınıflamasında Alzheimer Hastalığını yaşlılık öncesi bunama (presenil demans) olarak nitelendirir.



Dr. Alzheimer'ın tanımladığı yeni hastalığa yazdığı kitapta Alzheimer Hastalığı adını veren Avrupa'da biyolojik psikiyatrinin kurucusu sayılan Profesör Dr. Emil Kraepelin (1856-1926).

Dr. Alois Alzheimer 1915 yılında 51 yaşındayken ölür. Bu tarihten sonra Alzheimer Hastalığı yaklaşık 70 yıl boyunca unutulacaktır. Mesleki anlamda yaşanan bir eksen kaymasıyla, hastalığın tanımlandığı günlerde geçerli beyin hastalıkları uzmanlığı olan nöropsikiyatrinin, o tarihlerden sonra birbirleriyle alakaları kalmayan ve aynı organın hastalıklarına baktıkları halde iki yabancı uzmanlık alanı haline gelen nöroloji ve psikiyatri haline dönüşmesi unutulmanın önemli bilimsel nedenini oluşturur. Ancak bu eksen kaymasının üzerinde 1. ve 2. Dünya Savaşlarının Almanya başta olmak üzere tüm Avrupa'da hissedilen yıkıcı ve dönüştürücü

etkilerinin de olduğunun unutulmaması gerekir. Bu i ve dış etkiler kitabımızın yazılma nedeniyle yakından ilişkilidir.

Bu bağlamda, elinizdeki kitabın yazılması yol açan temel gerekçenin, Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) tarafından ölüme neden olan hastalıklar listesinde 2015 yılından beri kalp hastalıkları, inme ve kanserle birlikte ilk 10 hastalık içinde küresel bir sağlık problemi olduğu ilan edilmiş olan Alzheimer'ın, gerçekte, tıbben birçok ynden sahipsiz, ortalık yerde bırakılmış bir hastalık olduğuna ve keşfinin üzerinden yüz yılı aşkın bir süre geçmesine rağmen, bu hastalıkla ilgili olarak bugün yaşanmakta olan çok yönlü problemlerin kaynağında bu sahipsizliğin önemli rol oynadığına inanmamız olduğu söylenebilir. Kitap boyunca bu amaçla yapılmış olan tespitler okunduğunda fark edileceğini umduğumuz temel gerçeklik ise, bu hastalık ve benzerleriyle ilgili olarak, dünyada ve Türkiye'de ulaşılmış olan bilgilerin çoğunun ancak sınırlı sayıda meslek mensubu tarafından bilindiği ve bu bilgilerin, özellikle iki tıp uzmanlık alanında yaygınlaşamamasının sonucu olarak derin bir mesleki anlayış ve uygulama krizinin yaşandığıdır.

Tıptaki uzmanlık zelleşmeleri içinde; bir beyin hastalığı olması ve belirtilerinin, bir bölümü zihinle bir bölümü de davranışlarla ilgili olması nedeniyle, Alzheimer Hastalığıyla ilişkili olan iki alan mevcuttur. Bu uzmanlık alanları nöroloji ve psikiyatri'dir. Hastalığın, yüz on üç yıl önce, 1906 yılındaki tanımlanış hikayesi içinde, sözü edilen bu iki uzmanlık alanının o zamanki bütünlüğü içinde yaptığı katkıları görmemek elde

değildir. Diğer bir ifadeyle, geçmişte Alzheimer Hastalığı ne sadece nörolojiye ne de sadece psikiyatriye ait olan bir hastalık olarak değil, bu ikisinin eğitimini birlikte almış insanlar tarafından nöropsikiyatrik bir hastalık olarak tanımlanmıştır. Bu gerçeklik, kitap boyunca döne döne üzerinde duracağımız problemlerin kaynağında yer alan bilimsel ve mesleki bölünmüşlüğe ait bir gerçekliktir.

Hastalığı tanımlayan ekibin başındaki kişi olan Dr. Alois Alzheimer (1864-1915) bir psikiyatri uzmanıydı ve aynı zamanda, o günlerin Avrupa'sında beyin hastalıklarının nedenlerini anlamak amacıyla kurulmuş iki beyin patolojisi laboratuvarından birinin başındaki kişiydi. Dr. Alzheimer, tıp fakültesinde okurken ilgi duyduğu ve uzmanlık eğitimi sırasında da, psikiyatri bilgilerinin yanısıra öğrendiği beyin patolojisi bilgilerine sahip olan bir psikiyatri uzmanıydı.

Diğer laboratuvar ise Prag'ta bulunan ve başında, yine Alman, nöropsikiyatri uzmanı Dr. Arnold Pick (1851-1924) in bulunduğu laboratuvardır. Bu laboratuvarlarda; günümüzün anlayışı içinde psikiyatrik olarak kabul edilen ve bu nedenle sadece ilaç tedavisi ve terapi uygulanan hastalara benzer hastaların (dönemim tanı şartları nedeniyle, ne yazık ki ölümlerinden sonra) beyinlerine otopsiler yapılmakta ve patolojik bulgular eşliğinde yeni hastalıklar tanımlanmaktadır. Günümüzde her ikisinin adıyla bilinen iki hastalık, tanımlanma önceliğiyle Pick Hastalığı ve Alzheimer Hastalığı böyle tanımlanmıştır. Şimdilerde, psikiyatri alanında beyin patolojisiyle ilgili bir söz edildiğini duymak söz konusu

değildir. Günümüzün psikiyatrisi bu manada tıpla ilişkisi hastalara reçete yazmakla sınırlı bir psikopatoloji alanıdır.

Tarihsel açıdan, Alzheimer Hastalığının ilk hastası olarak tanımlanan 51 yaşındaki Bayan Augusta Deter, 1901 yılında kocası tarafından Dr. Alzheimer'a; unutkanlık, hayal görme ve kıskançlık sanrıları nedeniyle getirilmişti. Eşine göre bu belirtiler doktora getirilmeden bir yıl kadar önce başlamış ve hızlı ilerleme göstermişti. Dr. Alzheimer, yukarıda belirtildiği gibi, uzmanlık eğitimi nedeniyle, meslek çevresinde "psikiyatrik" olarak kabul edilen bu belirtilerin, aslında beynin hastalanmasından kaynaklandığını düşünen bir doktordu. Ancak ne yazık ki, kendisine getirilen hastanın belirtilerinin kaynağına, ancak, o zamanki tek ve gözde beyin araştırma yöntemi olan otopsi yoluyla ulaşılabileceğini de biliyordu. Bu nedenle, önce hastayı incelemek üzere yatırdı, testlerini uyguladı ve iki yıl sonra görevi gereği Frankfurt'tan Münih'e gitmesine rağmen hastasını takip etmeyi sürdürdü.

1906 yılında, hastasının 56 yaşındayken ölüm haberini aldığında ise beyninin Münih'e gönderilmesini isteyecek ve Deter'in beynine ekibiyle birlikte otopsi uygulayacaktır. Ardından; otopsi bulgularının 1906 yılında, hemen hiç ilgi görmediği bir psikiyatri kongresinde takdimi, 1907'de hastanın bulgularıyla ilgili makalesinin yayınlanması ve 1910'da da, yanında eğitim görmeyi sürdürdüğü Profesör Emil Kraepelin' in yazdığı psikiyatri kitabında, tanımlamış olduğu hastalığa kendi adının konuluşu. Diğer bir anlatımla, "psikiyatrik" kabul edilen belirtilerin, otopside başka tanı

yönteminin olmadığı bir dönemde, aslında bir beyin hastalığına ait olduğunun gösterilişiyle ilgili etkileyici bir örnek!

Günümüzde nöropsikiyatri adıyla anılan bir beyin hastalıkları uzmanlık alanı bulunmuyor. Bunun yerine ayrı uzmanlık alanları olarak kabul edilmiş nöroloji ve psikiyatri var. Ancak nöropsikiyatri'nin ruhu bir şekilde yaşamaktadır. Bu ruh ve anlayışı, her iki taraftaki “kapalı kapılar ardında” ya da “sırça köşklerin içinde” meslek icra etme eğilimlerine tepki olarak ortaya çıkmış ve bu alanların birçok mensubu tarafından ise ilgi görmeyen, azınlığa hitap eden iki bilgi dalı tarafından sürdürülmektedir. Bu bilgi dalları, nöroloji tarafında, davranışların beyinle ilişkileri üzerinde yoğunlaşmış davranış nörolojisi ve psikiyatri tarafında, “nöro”nun yok olmasından beri neredeyse yüz yıldır bir çok bakımdan problem olmaya devam eden şizofreni, depresyon, OKB, bipolar vs olarak davranışlara bakılarak tanımlanmış ve sınıflanmış bozuklukların biyolojik temelleri üzerinde yoğunlaşmış biyolojik psikiyatri'dir. Bu iki yaklaşımın ortak paydası, beynin “ruh” ve davranışlarla olan ilgisinin kabul edilmiş olmasıdır.

Konumuz olan Alzheimer Hastalığı ve benzeri hastalıklar doğaları gereği, ne sadece nörolojik ne de sadece psikiyatrik hastalıklar olup, bir zamanlar var olan ve sonra da yok olan anlamıyla nöropsikiyatrik ya da günümüz anlayışlarının etkisiyle sadece azınlık grupların ilgisini çekebilecek biçimde, hem davranış nörolojisiyle hem de biyolojik psikiyatriyle ilgili hastalıklardır. Onları tanımak ve anlamak isteyenlerin eski ve

yeni anlamlarıyla nöropsikiyatrik anlayışa sahip olmalarından başka çare yoktur.

Aksine, bu biçimde bir zihinsel ve mesleki dönüşümün yaşanmıyor olması, bilimsel ve mesleki zeminlerinde şu ya da bu nedenle önemli kaymalar yaşanmış olan nörolojide ve psikiyatride bu gibi hastalıklar konusunda yaşanan sıkıntıların esas nedenidir. Bu sıkıntılar; hastalığın risk faktörlerinin, erken dönem belirtilerinin ve erken tanısının, farklı süreçleri sırasında beyindeki etkilenmenin yerlerinin ve boyutlarının, koruyucu bazı etkenlerin ve yaşam tarzının hastalık üzerindeki etkilerinin ve erken başlanan tedavinin sınırlı da olsa rolünün yeterince bilinmemesiyle ya da önemsenmemesiyle ilgilidir. Hepsini bir bütün olarak değerlendirdiğimizde, bu faktörlerle ilgili bilgilerin aslında tıpta hastalık bilgilerini oluşturduğunu görüyoruz. Bu bağlamda, her biri diğerleriyle yakından ilişkili olan bu bilgilerdeki eksikliklerin, sözünü etmekte olduğumuz Alzheimer'ı ve benzeri tıbbi sorunları hastalık olarak görememekle sonuçlandığını söyleyebiliriz.

Ancak sıkıntıların kaynağında, sadece bu hastalıklarla ilgili sadece bilgi azlığının yattığı söylemek yeterli değildir. Aksine, gerek nörolojide gerekse de psikiyatride yukarıda belirtilen problem alanlarındaki sıkıntı ve belirsizliklerin bir dizi diğer hastalıkla ilgili olarak yaşandığını, buna rağmen, bunların hastalık olarak kabul edilip edilmemeleri yönünde herhangi bir tartışmanın yaşanmadığını söyleyebiliriz. Örneğin, nörolojide Mültipl Skleroz'un, ALS olarak da bilinen Motor Nöron Hastalığı'nın, kas ve sinirlerle ilgili kimi

hastalıkların, epilepsinin, migrenin vs, onca bilinmezlerine rağmen birer hastalık olup olmadıkları türünden bir tartışma yaşanmazken, psikiyatride de Şizofreni, OKB ya da Depresyon vs konularında benzeri türden bir tartışma yaşanmıyor. Kısacası, bir hastalığın varlığının kabulünde, o hastalıkla ilgili yaşanan zorluklar ya da onunla ilgili sınırlı tanı-tedavi imkanlarına sahip olunması belirleyici etkenmiş gibi görünmüyor. Aksine, bu türlü zorlukların yaşanmasının tıbbın bilimsel ve mesleki doğasının bir gereği olduğu söylenebilir.

Bu durum, Alzheimer'ın ve benzerlerinin hastalık gözüyle görülmemesinin, daha doğrusu, bunlara diğer hastalıklara gösterilen ilginin gösterilmemesinin başka nedenleri olduğu konusunda bizi düşünmeye sevk ediyor. Bize göre, bu neden, adı geçen uzmanlık alanlarında bu gibi hastalıkları kendi uzmanlık alanlarına ait hastalıklar olarak görmeme, benimsememe ya da sahiplenmemeye kendini gösteren ciddi bir bilimsel ve mesleki dar görüşlülüktür. Bu dar görüşlülüğün sonucunda, Alzheimer Hastalığı ve bunamaya neden olan çeşitli hastalıklar mevcut meslek ve anlayış ortamında tıbben sahipsiz hastalıklar konumuna düşmüştür. Sahipsizlikle birlikte, nöropsikiyatrik bağlamda bütüncül kabul edilen birçok hastalığa ait kavramlarda bölünme yaşanması doğaldır.

Şimdi, halihazırda iki ayrı uzmanlık dalı tarafından, birine sorulduğunda artık ötekinin malı olmaktan çıkar biçimde değerlendirilen örneklerden yardım alarak nöroloji ve psikiyatri arasındaki bilimsel ve mesleki bölünmenin farklı

çehrelerine bakalım. Listenin en başına Alzheimer Hastalığının üzerinden tanımlandığı ilk hastasını koyuyoruz;

- 1. 51 yaşında unutkanlık, ilgisizlik, hayal görme ve kıskançlık yakınmaları başlayan ve sonuçta Alzheimer olduğu ortaya çıkan bir hasta,**
- 2. Sanrılar ve halüsinasyonlar yaşayan bir Parkinson hastası,**
- 3. Engellenemeyen çalma davranışı gösteren bir Parkinson hastası,**
- 4. Kişilik değişimi ve ajitasyon gösteren bir Huntington hastası,**
- 5. Öfke kontrol bozukluğu yaşayan bir demans hastası,**
- 6. Ameliyat sonrası ajitasyon ve konuşma bozukluğu yaşayan bir beyin cerrahisi hastası,**
- 7. Psikoz ya da depresyon belirtileri gösteren epilepsi hastaları,**
- 8. Duygusal patlamalar ve zihinsel yetersizlik gösteren bir kafa travması hastası,**
- 9. Şizofreni belirtileri gösteren bir demans hastası,**
- 10. OKB belirtileri gösteren bir Tourette Sendromu hastası.**

Sahiplenmeme anlayışının bir sonucu olarak, nörolojinin ve psikiyatrinin bu liste çerçevesinde, kendi uzmanlık alanlarıyla ilgili gördüğü ve görmediği belirtiler şunlardır;

NÖROLOJİ TARAFINDA

1. Unutkanlık(?)

2. Hareket yavaşlaması

3. “ “

4. İstemsiz hareketler

5. Demans (?)

6. Konuşma bozukluğu(?)

7. Epilepsi

8. Zihinsel yetersizlik(?)

9. Demans (?)

10. Çoklu tikler

PSİKİYATRİ TARAFINDA

Unutkanlık (?),Hayal

görme ve kıskançlık

Sanrılar ve halüsinasyon

Çalma davranışı

Kişilik değişimi ve ajitasyon

Demans(?),Öfke kontrol bozukluğu

Konuşma bozukluğu(?)

Ajitasyon

Psikoz ya da depresyon

Zihinsel yetersizlik(?)

Duygusal patlama

Demans(?), Şizofreni

OKB

(?) nöroloji ve psikiyatri tarafından diğerleri gözüyle görülmeyen, kuşkuyla bakılan durumlar

Yukarıdaki listede temsil edilen bilimsel ve mesleki anlayışa göre; Parkinson ve Huntington Hastalıkları, kafa travması ve ameliyat sonrası yaşanan kafa karışıklıkları ve epilepsi nörolojik hastalıklar ve durumlardır. Hayal görme, kişilik değişimi, öfke kontrol bozukluğu, şizofreni, depresyon ve OKB ise psikiyatrik problemlerdir. Bu bölünmüş hastalık kavramlarında kimse kimsenin işine karışmaması esastır. Öte yandan; Alzheimer, diğer demanslar ve konuşma bozukluğu ya ilgilenilmeyen ya da istemeye istemeye görülen durumlardır.

Bunlarla birlikte, mesleki anlamda ortadan kalkmış ancak sınırlı da olsa, bilimsel olarak direnen nöropsikiyatri anlayışına göre aynı listenin değerlendirilmesi şöyle;

NÖROPSİKİYATRİK YAKLAŞIMINA GÖRE LİSTENİN ANALİZİ

1. Alzheimer Hastalığı: Unutkanlık + Hayal görme ve Kıskançlık

Alzheimer Hastalığı bellekle ilgili asetilkolin metabolizmasındaki bozuklukla ve ağırlıklı olarak, hipokampus başta olmak üzere limbik sistem denilen duygularla ilgili yan lob bölgesinin etkilenmesiyle başlar. Bu nedenlerle hastalığın ana belirtisi yakın dönem olaylarına yönelik unutkanlıktır. Ancak Alzheimer Hastalığı sadece unutkanlık-tan ibaret ve ilerlemesi sadece unutkanlık üzerinden olan bir hastalık değildir. Hastalıkta etkilenen

beyin bölgeleri aynı zamanda duygudurumla ilgilidir. Bu yüzden hastalığın başlangıç belirtileri depresyon belirtilerini andırır ya da hastalığa sık biçimde depresyon da eklenir. Kronik depresyon hastalarında yapılan beyin araştırmaları bu hastalarda, Alzheimer'de görülene benzer biçimde, hipokampusta doku kaybının ve küçülmenin varlığını göstermiştir.

2. Parkinson Hastalığı: Motor bulgular + Sanrılar ve Halüsinasyon, Çalma Davranışı

Parkinson Hastalığı beyindeki dopamin rezervinin azalmasıyla ortaya çıkar. Dopamin önceden sanıldığı gibi sadece hareketlerle ilgili bir nörokimyasal olmayıp; motivasyon ve duygudurumla ilgili bir maddedir. Parkinson hastalığındaki “psikiyatrik” belirtiler çoğu zaman tedavide kullanılan dopamin içerikli ilaçların yan etkileri olarak kabul edilebilir.

3. Huntington Hastalığı: Motor bulgular + Kişilik değişimi ve Ajitasyon

Huntington Hastalığı, sinir sisteminde baskılayıcı rolü olan bir nörokimyasal olarak kabul edilen Gama Amino Bütirik Asit'in (GABA) nın eksikliğinde ortaya çıkar. GABA eksikliği, hareketlerdeki, duygulardaki ve davranışlardaki kontrolü azaltır. Hareketlerin kontrolündeki zayıflama kendini istemsiz hareketlerin ortaya çıkmasıyla, duygu ve davranışlardaki kontrolün azalması ise kişilik değişimi ve

ajitasyonun ortaya çıkmasına neden olur. Hastalık bu bulgularla birlikte demansa evrilen bir hastalıktır.

4. Demans: Zihinsel yetersizlik+ Öfke kontrol bozukluğu, Konuşma bozukluğu ve Ajitasyon, Depresyon, Şizofreni, OKB

Alzheimer-dışı demanslar denilen bunama hastalıklarında Alzheimer'dan farklı zihin yetersizliklerinin yanısıra, etkilenen loblara ve kimyasallara bağlı çeşitli psikiyatrik bozukluklar ortaya çıkar. Örneğin, sadece "psikiyatrik" belirtilerle ortaya çıkan Ön Lob Demansı, konuşma bozukluğuyla başlayan Ön ve Yan Lob Demansı gibi. Alzheimer Hastalığının birçok bakımdan depresyonla olan beraberliğine dikkat çekmiştik.

5. Epilepsi: Nöbetler + Psikoz, depresyon

Epilepsi, eğer ön ve yan loblardan ve limbik sistemden kaynaklanırsa, kendini psikoz ya da depresyon biçiminde gösterebilir. Bu konuda, epilepsiye bağlı psikoz ve psikoza bağlı epilepsi adlarıyla bilinen tablolar vardır.

6. Tourette Sendromu: Tikler + OKB

Tourette Sendromu, (veya Turet Sendromu) kısa aralıklarla meydana gelen istemsiz, hızlı, âni bedensel tikler ve ses tiklerinin oluşturduğu nörolojik veya "nörokimyasal" kalıtsal bir rahatsızlıktır. Nörogelişimsel bozukluklar kategorisinde ele alınır. Bu sendromda ağırlıklı olarak etkilenen beyin bölgesi, hareketlerin hızı ve düzeniyle ilgili derin yerleşimli hareket çekirdekleridir. Bu bölgenin Obsesif-

Kompulsif Bozukluk (OKB) için önemli bir bölge olduğu bağımsız biçimde gösterilmiştir.

Görüldüğü gibi, nöropsikiyatri anlayışıyla bu durumların değerlendirilmesi nörolojik ve psikiyatrik anlayışların bölünmesini gerektirmiyor. Aksine, her birisi için, nörolojiyi psikiyatriyle ya da psikiyatriyi nörolojiyle tamamlayan bilgiler mevcuttur. Bunun anlamı da, bu hastalık ya da rahatsızlıkların ne sadece nörolojik ve ne sadece psikiyatrik olduğu, nöropsikiyatrik olduklarıdır.

Kitabın GİRİŞ' inden sonraki İkinci Bölümü GEREKÇELER ve SORULAR. Bu bölümde, gündeme getirdiğimiz konuyla ilgili olarak dert ettiğimiz ve bilgi eksikliği alanları olarak niteleyebileceğimiz alanlarla ilgili, bizde bu kitabın yazılmasının gerekli olduğu fikrini yaratan gerekçelerimiz ve gerekçelerle ilgili sorularımız sıralanıyor. Toplamda 11 adet olan bu gerekçeler ve ilgili sorular yoluyla, Alzheimer Hastalığının tarihi içinde yer almış ve bu hastalığa yönelik algımızda önemli rol oynadıklarına inanılan çok yönlü bilgiler paylaşılıyor. Dertlerimizin başında, bu hastalık ve benzerlerinin tıp dünyası içindeki durumu geliyor. Bu durumun ana özellikleri bilgisizlik, ihmal ve sahiplenmeme'dir. Diğer bilgiler içinde; hastalığa dair önyargılar, tanımlandığı zamanki tarihsel koşullar, ona yönelik kabuller ya da retler, değişen dünya şartları içinde unutulmuş, uzun yıllar sonra yine değişen dünya koşullarında tedavi ve bakıcı masrafları artınca yeniden hatırlanışı,

tedavisini yönlendiren etkenler vs gibi birçok konuda yaşananlarla ilgili bilgiler var.

Üçüncü Bölümü “HASTALIK KAVRAMI YERİNE ÖNYARGILAR HAKİM” adını taşıyor. Bu bölümün ana düşüncesi günümüz tıbbında Alzheimer’ın diğer hastalıklar gibi değil de önyargılar eşliğinde değerlendiriliyor oluşudur. Bu önyargıların arasında hastalığın yaşlanmanın sonucu olarak ortaya çıktığı düşüncesi, hastalığın evreleri olduğu gerçeğinin atlanarak demansla özdeş kabul edilmesi ve tedavi etkilerinin değerlendirilme-sinde bunun etkisinde kalınması bulunuyor. Bu önyargılara verilecek cevaplarımız ise hastalıkta yaşlanmanın bir neden değil de etken olduğu, Alzheimer hastalığı ve demansın aynı şeyler olmadığı ve demansın hastalığın en son evresi olduğu ve tedavi etkisizliğinin tanının geç konulmasıyla ve ilaçlara geç başlanmasıyla ilişkili olduğudur. Örneklerimiz ise Alzheimer’ın erken yaşlarda başlaması ve çok ileri yaşlarda bile hiç başlamaması, Alzheimer’ın demansla sonuçlanmadan önce diğer hastalıklara benzer evrelerden geçişi ve erken tanı durumlarında tedavi etkisinin artmasıdır.

Kitabın Dördüncü Bölümü “NÖROPSİKİYATRİ TARİHİMİZDE BEYİN ve ALZHEIMER HARELERİ”. Türk nöropsikiyatri tarihi batıdaki başlangıcının üzerinden uzun bir süre geçmeden, 20.yüzyıl başlarından itibaren başlar. Bu dönemde batıda eğitim gören nöropsikiyatri hocalarımız yurda dönüşlerinden sonra ülkemizin ilk nöroloji ve psikiyatri kliniklerinin kurulu-şunda görev alacaklar ve çok geçmeden de

tarihimizin ilk nöroloji ve psikiyatri ders kitaplarını yazacaklardır. Ülkemizde yayınlanan ilk nöroloji ders kitabı “SİNİR HASTALIKLARI TELHİSİ” adıyla İstanbul Üniversitesi Yayınları içinde 1937’de yayınlanır. Kitabın yazarları Ordinaryüs Prof.Dr. Hayrullah Diker ve Doç.Dr. Esat Raşit Tuksavul’dur. Yine Ordinaryüs Prof. Dr. Mazhar Osman Uzman’a ait ilk psikiyatri kitabı 1944 yılında “PSYCHIATRIA” adıyla yayınlanır. Nöroloji alanında 1957 yılına kadar dört nöroloji kitabı daha yayınlanacaktır.

Bu kitaplardan “PSYCHIATRIA”, psikiyatride beyni birinci faktör olarak değerlendiren tam bir nöropsikiyatri kitabıdır. Diğerleri ise nöropsikiyatri değil nöroloji kitaplarıdır ve bunun sonucu olarak fiziksel-gövdesel belirtilere neden olan beyin hastalıklarının bilgileriyle sınırlıdır. Bu kitapların içinde biri dışında Alzheimer Hastalığı’ndan söz edilmez. Dolayısıyla, beynin davranışlarla ilişkisi ve Alzheimer Hastalığı konusunda bilgi arayanlar sadece psikiyatri kitaplarından bu bilgileri elde edebilirler. Bu tespitler bölüm içinde örnekleriyle anlatılacaktır.

Kitabın Beşinci Bölümü” EDEBİYATTA BUNAMA ve YAŞLILIK HARELERİ: FOUCAULT- Deliliğin Tarihi ve BEAUVOIR- Yaşlılık adını taşıyor. Bu bölümde iki önemli edebiyat ve felsefe kaynağı yoluyla bunama ve yaşlılık konularındaki yaklaşımlar ele alınıyor. Michel Foucault’un “Deliliğin Tarihi” nde, bunamanın tarihinin delilik tarihinin bir bölümünü oluşturduğu belirtilerek sonuçta bunun yanlış olduğu ve bunamaların aslında beyin hastalıklarının sonucu

olduğu görüşü paylaşılır. Diğer kaynak olan Simone de Beauvoir'ın "Yaşlılık" kitabında ise yaşlılığa yönelik olumsuz toplumsal ve psikolojik tavırların nedenleri tartışılır.

Kitabın Altıncı Bölümü, "DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ'NE GÖRE ALZHEIMER'IN KÜRESEL BOYUTU ve HASTALIĞIN BİLİMSEL ALTYAPISI. Alzheimer Hastalığının küresel boyutu konusundaki algılar ve hastalığın bilimsel altyapısı çelişkiler içeren kavramlar. Bu çelişkilerden birincisi ş; "küresel" yaklaşımların yönlendiricilik etkisiyle değil de, tüm insanlık adına düşündüğümüzde, Alzheimer Hastalığının rastlanma ve ortaya çıkış hızı ve oranlarının başta A.B.D olmak üzere gelişmiş batı ve batının dışında kalan birkaç ülke için ifade ettiği değerlerle, çoğunluğunu az ve orta derecede gelişmiş ve gelir düzeyi düşük insanların çoğunlukta olduğu ülkelerin değerleri arasındaki çelişki. Bu çelişkiyi gösteren rakamlar üzerinden gittiğimizde, Alzheimer Hastalığı ikinci grubun oluşturduğu ve insanlığın üçte ikisine yakın bölümünü kapsayan dünya için diğer bir çok sağlık probleminin yanında henüz küresel bir sağlık problemi olarak görünmüyor. Bu tespit, elbette ki Alzheimer'ı hafife almamızı ya da daha az önemsememizi, Alzheimer'ın önemli bir sağlık problemi olduğunu reddetmemiz anlamına gelmiyor. Ancak 7.6 milyarlık, üçte ikisi yoksulluk sınırında ve genç nüfustan oluşan insanlığın önüne endüstrileşmiş ve çok uluslu ilaç firmalarının merkezi konumundaki ülkelerin sağlık riskleri ajandalarını koymak da en hafif deyimle doğru değil! Bu çelişki bu bölümde inceleniyor. İkinci çelişki ise deyim

yerindeyse “içimizi yakan” bir çelişki olarak, küresel boyutlarda olduğu söylenen bir sağlık problemiyle onunla ilgili günümüz tıbbının umursamazlığı arasındaki çelişki. Bu çelişki ise bundan sonraki iki bölümde incelenecek.

Yedinci Bölüm, “HAZIRLIKSIZ YAKALANAN TIP: NÖROLOJİDE ve PSİKİYATRİDE ALZHEIMER HASTALIĞINA YETERSİZ YAKLAŞIMLAR” adını taşıyor. Bu bölümde, nörolojinin ve psikiyatrinin genel anlamda hasta yaklaşım kuralları gözden geçirilerek, bu kuralların Alzheimer hastalarının değerlendirilmesi için uygun olup olmadığı tartışılıyor. Nöroloji ve psikiyatri bilimsel ve mesleki olarak ayrıldıktan sonra nöropsikiyatride geçerli olan bütüncül biyolojik-psikopatolojik yaklaşımın yerini nöroloji tarafında kafa ve gövdede ortaya çıkan fiziksel bulguların değerlendirilmesi, psikiyatri tarafında ise düşünce ve davranışlarla ilgili bozuklukların değerlendirilmesi almıştır. Bu ayrımın pratikteki yansımaları ise problemlidir. Çoğu nörolog nörolojik muayenesi normal olan hastalarda nörolojik kökenli bir hastalık düşünmemekte, çoğu psikiyatri uzmanı ise nörolojik bulgular gösteren hastalarda psikiyatrik bir hastalığın olduğunu varsaymamaktadır. Bunun nedeni, hem nörolojik hem de psikiyatrik yanları olan bir hastalık kavramının ortadan kalkmış olmasıdır. Böylelikle, Giriş’te ele alınan örneklerde de görüldüğü gibi, bir hastalığın aynı hastada ortaya çıkan nörolojik ve psikiyatrik bulguları ayrı ayrı uzmanlık alanlarının işi haline dönüşmektedir. Örneğin, epilepsiye bağlı psikozu olan bir hasta, epilepsisi yönünden

nörolojinin hastası olarak kabul edilirken, psikoza yönünden psikiyatrinin hastası olarak kabul edilmekte böylelikle, epilepsinin psikoza neden olabile-ceği ve psikozun da bir beyin hastalığı sonucu ortaya çıkmış olma olasılığı şeklindeki bütüncül nöropsikiyatrik yaklaşımın yerine aynı hastadan iki farklı hasta üretilmektedir.

Bu durum, Alzheimer Hastalığı gibi bir hastalığın değerlendirilmesinde, her iki tarafça da yanlış sonuçlara varılmasına neden olabilmektedir. Bunun pratikte en sık yaşanan örneği, nörolojide özellikle başlangıç ya da orta evre Alzheimer hastalarının, nörolojik muayenelerinde anormal bir bulgu olmadığı için normal, yaşa bağlı ya da psikiyatrik kabul edilmeleri, psikiyatri tarafında ise çoğu zaman sergiledikleri “depresif” ve bazen sergiledikleri “psikotik” belirtiler nedeniyle depresyon ya da psikoz hastası olarak kabul edilmeleridir. Oysa, Alzheimer Hastalığı bu iki gruptan belirti ve bulguyu içinde barındıran, üretebilen nöropsikiyatrik bir hastalıktır.

Sekizinci Bölüm “SAHİPSİZ HASTALIK OLMANIN SONUÇLARI”. Bu bölümde tarihsel ihmaller sonucu gelinen noktada günümüz tıbbının Alzheimer ve benzeri hastalıklarla ilgili olarak yaşadığı yetersizlikler ve sıkıntılar irdeleniyor. Bu irdeleme hastalığın risk ve korunma faktörleriyle, erken tanısıyla, yaşam tarzının hastalık üzerindeki rolüyle, tedavi açısından yaşanan kafa karışıklığıyla, hastaların bakımıyla ve nihayetinde de alternatif tıbbın yükselişiyle ilgili. Bu içerikle sahipsiz hastalık kavramı zeminine oturuyor. Buna göre; Tıpta

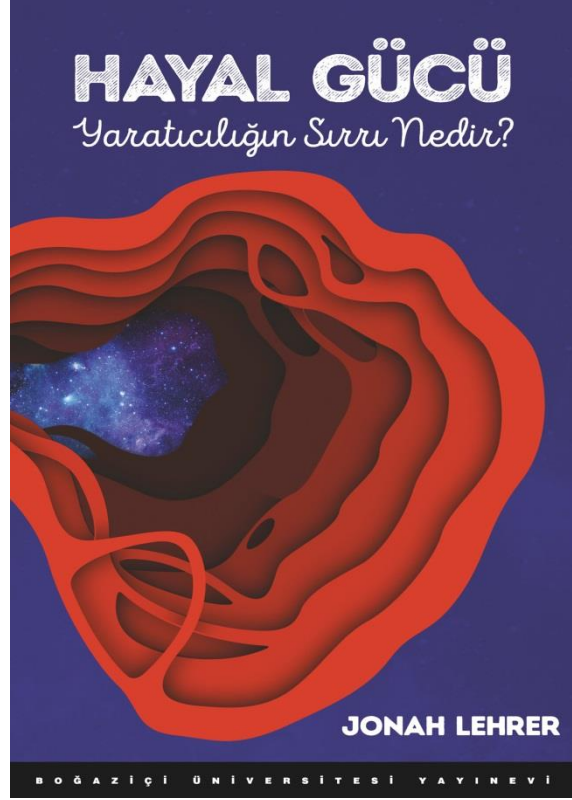
uzmanlık alanı belli olmayan, risk ve korunma faktörleri bilinmeyen ya da az bilinen, erken tanı imkanları bulunduğu halde kullanılmayan, yaşam tarzıyla ilişkisi gündeme getirilmeyen, tanısı geç konulan ve tedavisine geç başlanan ve tıbbi yerine alternatif tıbbi çare olarak görülen hastalıklar sahipsiz hastalıklardır ve Alzheimer Hastalığı da bunların arasındadır. Bu hastalığın ve benzerlerinin sahipsizlikten kurtulması yolundaki önerilerimiz bu bölümde yer alıyor.

Dokuzuncu Bölüm, “HASTASINA ve HASTA YAKININA GÖRE ALZHEIMER HASTALIĞI” başlığına sahip. Bu bölümün içindeki bilgiler; **Hastasına Göre Alzheimer Hastalığı ve Bir Hasta Yakını Alzheimer’ı Anlatıyor!** alt bölümleri içinde inceleniyor. Alzheimer Hastalığı ilerlerken özellikle bellek, dikkat ve farkındalık bozukluğu yaptığından, hastaların kendileriyle ilgili neler olduğunu anlamaları ve bunu ifade etmeleri, hastalığın içinde bulunduğu evreyi bize söylemesi açısından önemli! Başlangıç evrelerinin genellikle fark edilmemesi ya da farklı yorumlanması çoğu kez Alzheimer’ı kendi hastasının ağzından duyma olasılığını azaltıyor. Öte yandan, Alzheimer, kimi diğer nörolojik hastalıklar, örneğin Parkinson ya da inme gibi, etkilerinin dışarıdan herkes tarafından izlenebildiği bir hastalık da değil. Bu durumda hastayla aynı ortamı paylaşan ve onu sürekli gözleyen yakınlarının izlenimleri önem kazanıyor. Ancak yakınların izlenimleri de kendi içlerinde değişkenlik gösteren bir konu. **“Bir Hasta Yakını Alzheimer’ı Anlatıyor!”** başlığı altında kayınvalidesiyle ilgili izlenimlerini okuyacağınız hasta yakınının

hastadan alınamayan bilginin yarattığı eksikliği mükemmel biçimde tamamladığını göreceğiz. Bu gibi örnekle-re rağmen, hastasıyla ilgili gözlemlerinde ortaya çıkanları kendilerine göre “normal” ya da “psikolojik” olarak değerlendiren sonunda hastalığın ilerlemesine göz yuman hasta yakınları da olabiliyor.

Kitabımızın son bölümü olan **Onuncu Bölüm “NE YAPMALI? Alzheimer Farkındalık Faktörleri ve Öneriler”** başlığını taşıyor. Bu bölümde hastalık bilinciyle ilgili olan ve Alzheimer Farkındalık Faktörleri adını verdiğimiz bilgiler 21 maddede özetleniyor. Ardından da, kitabın son sözleri olarak ilgili tarafların tümünü kapsayan önerilerimizi sıralıyoruz.

Jonah Lehrer’in Boğaziçi Üniversitesi Yayınları arasında çıkan **“HAYAL GÜCÜ-Yaratıcılığın Sırrı Nedir?”** isimli bir kitabı var.



Jonah Lehrer'in Boğaziçi Üniversitesi Yayınları arasında çıkan HAYAL GÜCÜ-Yaratıcılığın Sırrı Nedir? isimli kitabının kapağı.

Bu kitabın içinde "Q'NUN GÜCÜ" başlıklı bir bölüm bulunuyor. Q, toplumsal işbirliğinin ve paylaşımın indeksi olarak tanımlanıyor. Yazar bölüm boyunca Kellogg Business School' da işletme profesörü olan Ben Jones'un bilim dünyasındaki üretimde Q Gücü'nün rolü konusundaki araştırmalarına yer vermiş. Sonuçta, sosyal yardımlaşma ve işbirliği yoğunluğunun bilimsel üretimde olumlu rol oynadığı anlaşılmış. Lehrer, bu olumlu rolün nedeni konusunda şunları söylüyor;

"Bunun nedeni basittir; artık çözmemiz gereken en büyük problemler farklı kökenlerden gelen ve disiplinler

arasındaki boşlukları dolduran insanların uzmanlığına ihtiyaç duymak-tadır. Fikirlerimizi başkalarıyla paylaşmayı öğrenmediğimiz müddetçe, çözümü imkansız problemler dünyasına saplanıp kalacağız. Ya birlikte çıkarız ya da tek başımıza batarız.”

Bu kitabın yazılma amacını yukarıdaki ifadelerle açık biçimde anlayabiliriz. Çıkış noktamız, Alzheimer Hastalığı'nın sahipsiz kalmış ve çözümsüzlüğe itilmiş bir hastalık olduğu gerçeğiye eğer, bunu aşmanın yolu konusunda şu ifadeleri kullanmamız uygun olacaktır;

“Alzheimer Hastalığıyla ilgili yaşanan problemlerin çözümü, farklı disiplinleri dolduran insanların uzmanlık bilgilerinin paylaşımına ihtiyaç duymaktadır. Bu hastalık konusundaki fikirlerimizi paylaşmadığımız ve ortak araştırmalar yapmadığımız müddetçe, bu konuda şimdi olduğu gibi çözümü imkansız problemler dünyasına saplanıp kalacağız. Ya birlikte çıkarız ya da tek başımıza kalırız.”

Şimdilerde olan, Alzheimer'ı anlama ve çözme konusunda Q GÜCÜ'nün çok düşük olduğu bir zemin; öncelikle nörolojinin, psikiyatrinin ve genetiğin fikirlerini yeterince paylaşmadığı ve ortak araştırmalar yapmadığı bir zemindir ve bu zeminde çözümsüzlük batağına saplanıp kalınmıştır. Ortada büyük bir yanlış var ve bu yanlıştan dönülmesi ve çözüm yoluna girilmesi bu üçünün arasındaki yaklaşmanın arttırılmasını ve Q GÜCÜ' nün yükseltilmesini gerektiriyor. Bunun yapılması dışında, Dünya Sağlık

Teşkilatı'nın hastalıkla ilgili olarak açıkladığı veriler ve yaptığı uyarılar ne denli etkileyici olursa olsun ve geçmişte yapıldığı gibi, problemin çözümü sadece Baba Bush'un ve Obama'nın senatodan çıkarttığı, bilim dünyasına görevlerini hatırlatan kararnamelere ve çok uluslu ilaç firmalarının yaptırdığı yanlı araştırmalara bırakıldığı sürece, Alzheimer konusunda daha çok ağıtlar yakmamız kaçınılmazdır. İngilizce'de Resilience diye bir deyim var. Bunun anlamı, mutlu olmak için yanlıştan dönme ve yanlışı doğruyla onarma kabiliyetini ortaya koyma yönünde gösterilen zihinsel esnekliktir. Bilim dünyasının Alzheimer çözümsüzlüğünü aşma konusundaki yetersizliği bu konudaki bilimsel zorluklardan çok **Q GÜCÜ'nün** ve **YARATICI ZİHİNSEL ESNEKLİĞİ'n** eksikliğinden kaynaklanıyor.

2

GEREKÇELER ve SORULAR

Kaldığımız yerden devam edelim. Bir önceki bölümde örneklerini sıraladığımız değerlendirme eksikliklerinin ve yanlışların gündelik anlamda yoğun biçimde yaşanıyor olmasının, nörolojiyi ve psikiyatriyi beyin hastalıkları tıbbı açısından bölünmüş hastalık kavramlarının alanları haline getirdiğini söyledik. Bu bölünmüşlüğün yaşandığı hastalıklar içinde Alzheimer Hastalığı sahipsizliğin şiddeti yönünden öne çıkmıştır. Bu nedenle, kitabın Giriş bölümü içinde, yüz yıldan fazla süre içinde Alzheimer Hastalığının algılanmasıyla ilgili gördüğümüz çarpıklıkların kaynaklarıyla ilgili bilgi eksikliklerini kitabın yazılmasının gerekçeleri olarak ve her gerekçeyle ilgili bilgi boşluğunu hatırlatan sorular eşliğinde ele aldık. Sıkıntımızı paylaşanların bunları gözden geçirilmesini öneriyoruz. Önce gerekçelere ve sorulara genel olarak bakalım;

Birinci gerekçe; Alzheimer Hastalığının üzerine oturduğu bilimsel temellerle ilişkilidir.

İkinci gerekçe; hastalık tanımlandığında, psikiyatri ağırlıklı olarak tıp tarafından ona gösterilen mesleki ilgisizliğe dairdir.

Üçüncü gerekçe; yine bilimsel ve mesleki içerikli olarak, Alzheimer Hastalığının tanımlanmasından önce ve sırasında

Avrupa'da tanımlanmış diğer bunama hastalıklarının onunla ilişkilerine ve farklarına dairdir.

Dördüncü gerekçe; tıp tarihinde yer alan "bilimsel" gelişmelerin etiğine, dönemselliğine ve gelişmelerin mantığına dairdir.

Beşinci gerekçe; belirli dönemler içinde ortaya çıkan bilimsel gelişmelerin kalıcılığı üzerinde; bilim dünyasındaki farklı tutumların, savaşların, ekonomik krizlerin ve güç odağı değişimlerinin etkilerine dairdir.

Altıncı gerekçe; Alzheimer'ın 1990'ların başından itibaren neden 70 yıl aradan sonra yeniden hatırlandığına dairdir.

Yedinci gerekçe; bilim dünyasında bir çok nedenin eşliğinde unutulmuş olan konular sosyo-ekonomik baskılar nedeniyle yeniden hatırlandığında, zaman içinde ekseni değişmiş bilim dünyasının bu konuları nasıl ele aldığına dairdir.

Sekizinci gerekçe; Alzheimer Hastalığı ve diğer çözümü zor hastalıklar konusunda, farkındalığın artması ve bilim dünyasında araştırmaların yoğunlaştırılması amacıyla 1990-2000 yılları arasındaki dönem için ilan edilmiş olan Beyinonyılı'nın katkılarına dairdir.

Dokuzuncu gerekçe; ilaç araştırmalarının çok uluslu ilaç endüstrisi tarafından yönlendirilmesi ve bu yönlendirme sırasında tıp dünyasının etki alınmasına dairdir.

Onuncu gerekçe; Yeni Alzheimer ilaçlarının uzun bir süreden beri piyasaya çıkmamış olmamasına dairdir.

Onbirinci gerekçe; Dünya Sağlık Örgütü (WHO) nün küresel sağlık tehditleriyle ilgili verdiği bilgilere dairdir.

Bunlara bir bütün olarak baktığımızda, Alzheimer Hastalığı ile ilgili yüz yılı aşkın süre içinde ortaya çıkan problem alanlarını görüyoruz. Bu problem alanlarının çoğunun, hastalığın yeterince bilinmemesinden değil, ona gösterilen tarihsel ve güncel ilgisizlikten kaynaklandığını söylüyoruz. Bunları sırasıyla inceleyelim;

BİRİNCİ GEREKÇE

Hastalığın tanımlandığı yıl olan 1906'da, Nobel Fizyoloji ve Tıp Ödülü nöronların şekil ve işlevleriyle ilgili çalışmalarını nedeniyle İspanyol anatomist Santiago Ramon y Cajal ve İtalyan doku bilimcisi Camillo Golgi'ye verilmişti. Sonunda beynin çalışmasıyla ilgili Nöron Teorisi ve Retiküler Teori olarak adlandırılacak olan iki teoriyle ilgili bu çalışmaların Alzheimer Hastalığının tanımlanmasında bir rolü olmuş muydu?

Bu bilgi hastalığın tanımlanabilmesinin rastlantı değil, ona zemin hazırlayan bilimsel gelişmelerin bir sonucu olduğunu gösterir. Alzheimer Hastalığının yeni bir beyin hastalığı olarak tanımlanabilmesinin gerisinde, 1906 Nobel Ödülü'nün verilmesine 1880'lerden itibaren zemin hazırlayan çalışmaları yürüten Cajal'ın Nöron Teorisi ve Golgi'nin Retiküler Teorisi bulunur. Nöron Teorisi; beynin çalışmasının temelinde nöronların olduğunu söylerken, Retiküler Teori; nöron faaliyetlerinin diğer nöronlarla birlikte, fiziksel ilişki

yoluyla kurulan bütünlük sonucu ortaya çıktığını söyler. Dr. Alzheimer 1906 yılında ölen hastasının beynini otopsi yoluyla mikroskop altında incelerken; bulduğu hastalığı, plak adını verdiği ve içlerinde biriken artıklar yoluyla bozulan nöron şekillerini tespit ederek Nöron Teorisi'ne, içcik adını verdiği beyin dokusu içinde, nöronların arasında yer alan ince uzun şekilleri tespit ederek de Retiküler Teori'ye uygun biçimde tanımlamıştır. Dolayısıyla, yaptığı otopsinin sonuçları, o zamanlar birbirine karşı teoriler olduklarına inanılan her iki teoriyi de birlikte ispatlayan bir hastalığın beyindeki kanıtlarıdır.

The Nobel Prize in Physiology or Medicine 1906

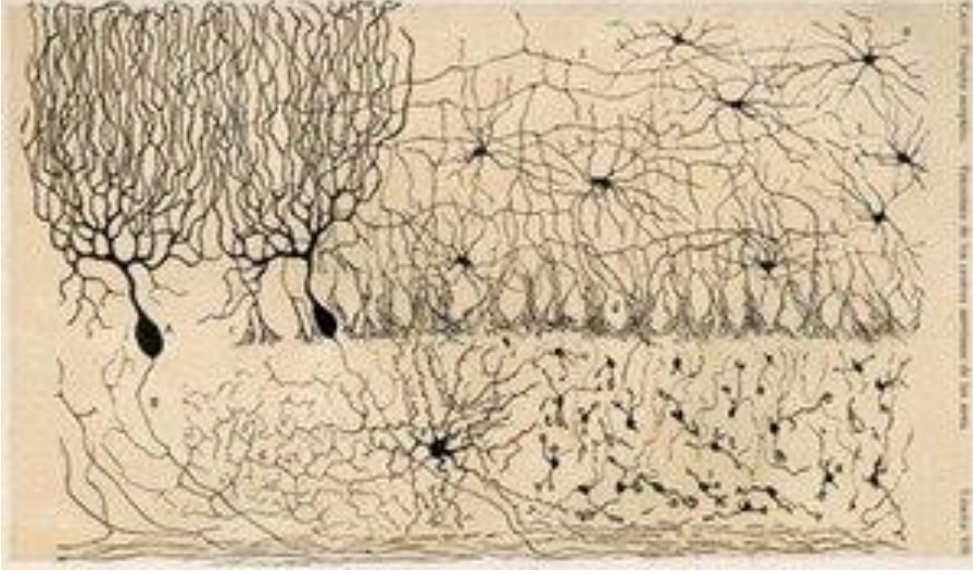


Camillo Golgi
Prize share: 1/2



Santiago Ramón y
Cajal
Prize share: 1/2

Beyinde nöronların oynadığı rolle ilgili 1906 Nobel Fizyoloji ve Tıp Ödülünü paylaşan iki bilim adamı.



Cajal'a ve Golgi'ye göre beyinde nöron yapısı ve nöronlar arası şebeke ilişkisi.

İKİNCİ GEREKÇE

Alman psikiyatri doktoru Alois Alzheimer 1906 yılında hastalığı bilimsel ölçütler eşliğinde yeni bir hastalık olarak tanımlayıp, bir yıl sonra bulgularını 1907 Güney Bavyera Psikiyatristleri Birliği Kongresi'nde takdim ettiğinde, o oturumu yöneten ünlü psikiyatri profesörü dahil izleyenlerden hiç biri bu yeni hastalık hakkında bir soru bile sormamış ve Dr. Alzheimer kürsüden öylesine inmişti. Psikiyatriyi ilgilendiren belirtilerle başlayıp, yapılan otopsi sonucu bu belirtilerin yeni tanımlanan bir beyin hastalığına bağlı olarak ortaya çıktığını ispatlayan bu bildiri neden ilgi çekmemişti?

Bu örnek, bugün olduğu gibi o zaman da, psikiyatride çoğunluğun psikiyatrik belirti gösteren hastalarda beyin hastalığı ihtimalini akla getirmedeğini ya da bu tür bir ihtimalle

ilgilenmediğini gösteriyor. Oysa, bu bağlantıyla ilişkili olarak, psikiyatride bugün olduğu gibi o zaman da bir azınlık ilgisi bulunuyordu. Bu akım, psikiyatryi özünde biyolojiyle ve beyinle ilgili bir tıp uzmanlaşma alanı olarak kabul edenlerden oluşuyordu. Geçmişte nöropsikiyatri olarak adlandırılmış bu ilgi günümüzde biyolojik psikiyatri adını taşımaktadır.

ÜÇÜNCÜ GEREKÇE

1894 yılında İsviçre’li bir nöropsikiyatrist olan Dr. Otto Binswanger, benzeri bunama belirtilerinin beyin damarlarının hastalığından kaynaklanabileceğini, bilinen ve yaşlılık bunaması denilen aterosklerotik bunama dışında yeni bir damarsal bunama hastalığı tanımlayarak göstermişti. Bu hastalık daha sonra Binswanger Hastalığı olarak tanındı. Benzeri biçimde, 1896 yılında Çek patoloğu Arnold Pick, kişilik ve dil bozukluğuyla başlayarak bunamaya neden olan başka bir beyin hastalığı tanımladı ve bu hastalık da daha sonra kendi adıyla anılmaya başlandı. Bu hastalıklar Alzheimer Hastalığı tanımlandığında biliniyor muydu? Aralarında ne gibi farklılıklar ve benzerlikler vardı?

Oysa bu bilgi bunamaya yol açan bu hastalıkların 19.yüzyılın son yılları ve 20.yüzyılın ilk yıllarında tanımlanmış olmasıyla ilgili bir bilgidir. Bu hastalıklar; Damarsal Bunama (1894), Pick Hastalığı (1896) ve Alzheimer Hastalığı (1906) dır. Damarsal Bunama’nın tarihte Thomas Willis tarafından 1672’de tanımlanmış olduğu bilinmektedir. Ancak gerek

Alzheimer gerekse de Pick Hastalıklarına ait gözlemlerin tarihte ne kadar eskiye uzandıkları bilinmiyor. Tanımlandıkları tarihler rastlantı olmayıp esas olarak iki nedene dayanır. Bunlardan birincisi, bu tarihlerde mikroskopun tıbbi amaçlarla kullanıma girmesi ve ilk kez doku boyama yöntemlerinin kullanılmaya başlanmasıyla beyindeki hastalık nedenlerinin görünür hale başlanmasıdır. Otopsiler gerçekte 1860'lı yıllarda başlamış olmasına rağmen, bu iki gelişme beyin mikroskopik olarak incelenmesine olanak tanıyarak hastalıkların tanımlanmasına yardımcı olmuştur. İkincisi ise, bilimsel-mesleki bağlamda, o dönemde beyin hastalıkları uzmanlık alanının nöropsikiyatri olması ve sonradan psikiyatri ile uğraşanların eğitimleri sırasında nörolojiyi ve patolojiyi de öğrenerek yetişmeleridir. Bu gelişmeler nedeniyle, binlerce yıldır ne oldukları anlaşılmayan ve her dönemim anlayışı eşliğinde yorumlanan üç bunama hastalığı 1894-1906 yılları arasında tanımlanmış oluyor. Bu örnekler, bilimin ve teknolojinin bir çok bilgi dalının yanısıra yeni hastalıkların tanımlanmasına olan katkılarıyla tıbbi geliştirici etkisinin örnekleridir.

DÖRDÜNCÜ GEREKÇE

Dr. Alois Alzheimer, 1915 yılındaki ölümünden önce, tanımladığı yeni hastalığa, yanında çalıştığı ve Avrupa'da beyin bilgilerine dayanan bilimsel psikiyatrinin kurucusu sayılan Profesör Emil Kraepelin'in yazmış olduğu psikiyatri

kitabının 1910 basımlı 8. Baskısında kendi isminin verildiğini gördü. Profesör Kraepelin, Alzheimer'ın "garip bir hastalık" diye nitelediği bu hastalığa neden onun ismini vermişti?

Oysa bu bilgi, yeni tanımlanan bu hastalığa bilimsel-mesleki ortamda herkesin ilgisiz olmadığı ve bu bilginin psikiyatri-nin beyinle ilişkisine önem veren nöropsikiyatristler tarafından önemsendiğinin göstergesidir. Bu önemseme zemininde Doktor Alzheimer ve Profesör Kraepelin psikiyatrinin temelini beyinde olduğu konusunda aynı bakış açısına sahipti. Nitekim yeni hastalığın Alzheimer Hastalığı adıyla yer aldığı psikiyatri kitabında Kraepelin, daha sonra adı şizofreni olarak isimlendirilerek beyin kavramından uzaklaştırılan hastalığın beyinden kaynaklanan bir erken bunama hastalığı olduğunu yazmıştı. Aynı kitapta, Alzheimer Hastalığı yaşlanma öncesi bunama hastalığı olarak geçiyordu. Bu örneklerin bize anlattığı şudur; Bu dönemde psikiyatri alanı içinde yer alan hastalıkları beyinle ilişkileri bağlamında ele alan ve bu hastalıkların beyindeki bozukluklarla ilişkisini öne çıkaran bir akım vardı. Diğer bir anlatımla, o dönemde yapılan otopsi sonuçları psikiyatride bilim olmayanla olan arasındaki sınırı çiziyordu. Buna göre bunamalar da artık eskisi gibi yaşlanma-ya bağlı olarak gelişen durumlar olmanın ötesinde bilimsel ölçütlerle erken bunama, yaşlılık öncesi bunama ve yaşlılık bunaması biçimlerinde ayrımlanıyordu.

BEŞİNCİ GEREKÇE

Dr. Alzheimer'ın 1915'deki ölümünden sonra Alzheimer Hastalığı yaklaşık 70 yıl boyunca tıp literatüründe değişmeyen bilgilerin yer aldığı bir paragraflık bilgi dışında unutuldu. O dönemde Almanya'da, Türkiye'de bilimsel psikiyatri anlayışının kurucularından sayılan Profesör Mazhar Osman Uzman'ın PSYCHIATRIA kitabında da belirttiği üzere, "Psikiyatri'yi; hocaların, papazların elinden yeni kurtulmuş, ilmi klinik ve müspet telakki edenlerden ziyade metafizik ve felsefe sayan alimler" in temsil ettiği bir çoğunluk anlayışı ve onu beyindeki hastalıkların davranışlar üzerindeki etkilerini inceleyen bir tıp bilimi olarak kabul eden bir azınlık anlayışı arasında mücadele vardı. Bu dönemde Almanya 1. Dünya Savaşı içindeydi ve bu savaşın bitiminde tarihinin en ağır savaş tazminatıyla ve toprak kaybıyla karşılaşacaktı. Bu etkenlerin yardımıyla, savaş sonrası dönemde Almanya'da psikiyatri anlayışı, Anglosakson tıp ve davranış bilimlerinin de etkisiyle bilimsel zeminini kaybedecek ve beyin biliminden davranış bilimlerine doğru kayacaktı.

Dünyada olduğu gibi, Türkiye nöropsikiyatri tarihinde de 1937-1957 yılları arasında yazılmış olan nöroloji kitaplarının içlerinde biri dışında (Prof. Dr. Şükrü Yusuf Sarıbaş, 1957) Alzheimer sözcüğüne bile rastlanmazken, 1944 yılında yazılmış bir psikiyatri kitabında ona kısaca ve eski bilgilerle rastlandı. Bugün, yüz on üç yıl sonra WHO tarafından en önemli küresel sağlık problemlerinden biri olarak belirtilen bu hastalık neden uzun bir süre unutulmuş ve 1906 yılından

itibaren nörolojik kökenli bir hastalık olarak kabul edilmişken, neden 20 yıl boyunca nöroloji kitaplarımızda yer almamıştı?

Oysa bu bilgi, 1915'lerden itibaren nöroloji ve psikiyatri uzmanlık alanları ayrıldıktan sonra Alzheimer Hastalığının ona dair bilimsel bilgiler unutulmuş ve psikiyatri tarafında kaldığını (halen de Avrupa'nın birçok ülkesinde bu durum devam etmektedir) bize anlatıyor.

ALTINCI GEREKÇE

Alzheimer Hastalığı 1915-1980 yılları arasında, 65 yıl gibi bir süreyle unutulduktan sonra neden ve kim tarafından yeniden hatırlandı?

Bir önceki gerekçe içinde unutulmanın sonuçlarını inceledikten sonra yeniden hatırlanmasına yol açan gelişmelere göz atabiliriz. Alzheimer Hastalığıyla ilgili 1980'ler boyunca bilim dünyasında genelde olmasa da, A.B.D. merkezli olarak bir hareketlenmenin yaşandığı söylenebilir. Örneğin, Alzheimer Birliği 1980'de Jerome H. Stone tarafından Chicago, Illinois'deki birçok aile üyesinin yardımı ile kurulmuş ve kar amacı gütmeyen bir Amerikan gönüllü sağlık kuruluşu olmuştu. Aynı tarihlerde başlayan genetik çalışmalar sonucunda; 1984'de, hastalık sırasında beyinde oluşan plakların içinde Beta-amiloid isimli bir proteinin varlığı, 1986'da hastalıktan sorumlu bir diğer protein olan Tau'nun gösterilmesi ve 1987'de ise beyinde amiloidin erken

birikmesiyle 21. Kromozomun ilişkilendirilmesi söz konusu olmuştu.

Ancak bu tür çalışmaların yavaşlığı ve bilim dünyası tarafından yeterince yaygın bir ilgiyle karşılanmaması üstelik yaşam standartlarının ve onun paralelinde ortalama yaşam sürelerinin A.B.D. başta olmak üzere bir dizi batı ülkesinde artması üzerine, özel ve sosyal sağlık sistemlerinin hastalığın giderek artan bakımevi ve tedavi masrafları yönünden zorlanmaları ve bu zorluğun ulusal bütçelere yansımalarıyla, araştırmaların daha da hızlandırılması ve hastalıkla ilgili yeni ilaçların keşfinin zaruritesi küresel bir gücün siyasi otoritesi tarafından bilim dünyasına hatırlatıldı. Bu amaçla, A.B.D. Senatosunda hazırlanan bir bildirinin Başkan Baba Bush tarafından imzalanmasıyla 1990-2000 yılları arasındaki on yıl, Beyin Onyılı olarak ilan edildi ve bilim dünyasından, başta Alzheimer Hastalığı olmak üzere çözümsüz bazı beyin hastalıkları üzerinde bu on yıl içinde çabaların daha da yoğunlaştırılması istendi.

Bildirinin girişinde yer alan şu ifade çarpıcıdır;

“Beyin zekanın merkezi, duyuların yorumlayıcısı ve hareketlerin kontrol organıdır.”

Bu ifade, beyinle ilişkili olarak artık herkes tarafından bilinen gerçekleri ifade ediyor olsa da, tıpta beyin hastalıkları uzmanlığı alanına baktığımızda, bu gerçeğin mevcut alanlar tarafından eksik algılandığını ve uygulandığını görüyoruz. Bu bakımdan, Amerikan Senatosu'nun bu yaklaşımı sözü edilen

beyin hastalıklarına bilimsel ve tıbbi bakışın ötesinde, daha geniş açıdır. Bu yaklaşımda; elbette, Senato'yu bu yola sokan ve yukarıda özetlenmiş çaba ve gelişmelerin rolleri yadsınamaz. Ancak bu tür ve çaba ve gelişmelerin beyin hastalıkları konusundaki ana akım mesleki anlayışları o dönem içinde etkilemiş olduğunu söylememiz mümkün değildir. Buna karşın; bu etkilenmenin kaynağında, bu alanların mevcut anlayışlarına tepki olarak ortaya çıkan iki araştırma alanının bulunduğunu da rahatlıkla söyleyebiliriz. O dönemde ve özellikle 1984-1986 yılları arasında, A.B.D.'de bulunduğumuz süre içinde bu etki gözlenebilir düzeydeydi. Bu alanlar nörolojinin ve psikiyatrinin üvey çocukları olan davranış nörolojisi ve biyolojik psikiyatridi.

Beyin Onyılı'nı ilan eden A.B.D. Senato Kararı'nın gerekçesinde ise şu ifadeler yer alıyordu;

“ Problem dev boyutlardadır. Her yıl 50 milyondan fazla Amerikalı beyin hastalıklarına yakalanıyor. Bu hastalıkların arasında inme, beyin ve omurilik travmaları ve Alzheimer Hastalığı, şizofreni, alkolizm ve madde bağımlılığı gibi nöro-genetik hastalıklar yer alıyor. Her dört Amerikalıdan biri hayat süresi içinde beyinle ilişkili bu hastalıklardan etkilenecek ve kalp hastalıkları ve kanser gibi ana hastalık gruplarından daha fazla sayıda hasta hastanelere yatacaktır. Beyin hastalıklarının tedavi, rehabilitasyon ve ilişkili konularla ilgili masraflarının Amerikaya yılda 305 milyar dolara malolduğu hesaplanmaktadır. Birçok beyin ve davranış hastalığı konusundaki, bunlar genetik de olsa çevresel de olsa, anlayışımızın gelişmesi ve te davileri konusunda kapasitenin arttırılması ulusumuzun daha sağlıklı olmasına daha fazla yardımcı olacaktır.

Bunların büyük bir bölümünden korunulabilir, tedavi edilebilir ve sorunla pahalı olmayan biçimlerde mücadele edilebilir. Beyin Onyılı süresi içinde temel beyin bilimlerinin gelişmesi bu gayretleri hızlandıracaktır.”

Ne söylendiği ya da söylenmek istendiği açık değil mi?

Bu ifadeler bize Alzheimer Hastalığı ve benzeri durumların bilim dünyası içindeki kategorik ayrışmalar nedeniyle unutulmuş olduğunu bir kez daha söylüyordu!

YEDİNCİ GEREKÇE

Hastalık 1980’lerden sonra yeniden hatırlandığında, hastalık değil sadece bunama kavramından ve ona neden olan 1906 tarihli patoloji verilerinden yani yüz yıl önceki noktadan yola çıkan bilim dünyası, 1990-2010 yılları arasındaki 20 yıl boyunca, hastalığın başlangıç evresi olduğu sonradan açık biçimde anlaşılan evreyi tanımlamak için kafa karıştırıcı ve hekimleri ilaç yazmaktan alıkoyan Hafif Kognitif Bozukluk (MCI) adıyla, sözde yeni bir “durum” tanımladı. Neden?

Oysa hastalıkla ilgili malum unutkanlık dönemi tıp literatüründe ve yeni gelen bilim nesillerinin kafasında büyük bir boşluk yarattığı için Alzheimer konusunda Amerika’nın yeniden keşfedilmesi denendi. Bunun Amerikan tıbbında başka örnekleri de olmuştur. Örneğin, A.B.D.’de eğitim gördüğümüz dönemlerde daha önce hiç adını duymadığımız hastalıklarla karşılaştık! Bu bilimsel açıdan gayet normal

olabilirdi. Ancak konu bilimsel değildi ve yeniden keşifti. Örneğin, o dönemde dersler sırasında “Lou Gehrig Hastalığı” diye bir şey duyduğumuzda önce bunun yeni bir hastalık olduğunu sanmıştık! Ancak hastalığın belirtileri söylendiğinde, bunun 1880’lerde Fransız nörolog Charcot tarafından tanımlanmış olan Motor Nöron Hastalığı, diğer ismiyle ALS olduğunu düşündük. Gerçekten de öyleydi. Peki yüz yıl önce tanımlanmış bu meşhur nörolojik hastalığın adı neden değişmişti? Bunu öğrenince, bilimde eksen ya da coğrafya değiştiğinde neler olabileceğini anladık; Bütün mesele hastalığa oradan yeni bir isim takmaktı. 1920’li ve 1930’lu yıllarda ABD’deki Major League Baseball adındaki ulusal beyzbol liginde oynayan ve bazı kırdığı rekorlar nedeniyle kendisine demir at takma adı takılmış olan Lou Gehrig ALS olunca bu hastalık onun ismiyle anılır olmuştur!

Benzeri biçimde, A.B.D.’de Alzheimer’ın da başlangıç dönemleri için yeni kavramlar icat edilmeye çalışıldı. Zaten unutkanlık dönemi her şeyi silmişti. Üstelik başlangıç dönemi hakkında hiçbir şey söylenmemişti. Belirtiler bakımından Alzheimer’ın ilerlemiş dönemlerine uymayan ancak normalde kabul edilmeyen bazı özellikler üzerinden yeni bir durum tanımlandı. Bu durumun adı Hafif Bilişsel Yetersizlik (MCI) ’dı. Hastalarda, ilerlemiş Alzheimer hastalarından farklı biçimde, sadece unutkanlık oluyor diğer işlevler bozulmamış oluyordu. Öncelikle “Bu Alzheimer değildir” denildi. Bu yolla, ilaç firmalarının konuyu aşırı biçimde sömürmesine bir tepki olarak bu gibi hastalara ilaç önerilmedi. Ardından yapılan

araştırmalar sonucu, bu gruba giren insanlardan % 60'ında 5 yıl üzerinden Alzheimer çıkabileceği geri kalan bölümünde bu durumun devam ettiği anlaşılınca MCI'nin Alzheimer'la ilişkisine yaklaşıldı ve şimdilerde bu durumun hastalığın başlangıç evresi olduğu kabul ediliyor. Ancak bu durumda ilaç kullanılmasının gereği hala eski hafızalar nedeniyle genel anlamda kabul edilmiş değil.

SEKİZİNCİ GEREKÇE

Beyinonyılı'nın sağladığı ortam ve olanaklarla 1990-2000 arasındaki on yıl içinde geçmişe oranla çok daha yoğun bir bilgi akışı izlenmiştir. Bunları bir zaman tablosu içinde gösterelim.

1991- Ulusal Sağlık Teşkilatı tarafından Alzheimer'la ilgili ilk ulusal çalışmanın ilan edilmesi,

1991- Alzheimer Hastalığıyla ilk kez genetik hayvan modelinin oluşması

1993- Daha önceden damar hastalıklarıyla ilgili olduğu bilinen Apolipoprotein E'nin, geç başlangıçlı Alzheimer'la ilişkili olarak Kromozom 19'la ilişkilendirilmesi ve hastalığa riski arttıran gen parçacığının (e4) tanımlanması,

1993- İçinde Takrin isimli bir molekülün olduğu ilk Alzheimer ilacının piyasaya sürülmesi,

1994- A.B.D. Başkanı Ronald Reagan'ın Alzheimer hastası olduğunu topluma açıklaması,

1994- Her yıl 21 Eylül'de anılmak üzere Dünya Alzheimer Günü'nün ilanı,

1995- Alzheimer Birliği'yle birlikte çalışmak üzere "Ronald and Nancy Reagan Research Institute"ün kurulması ve bu kuruluşun sonraki yıllarda tıpta kök hücre tedavisi konusunda öncü çalışmalar yapması,

1995- Ailesel Alzheimer Hastalığı için genetik mütasyonların bulunması,

1996- Alzheimer Hastalığı tanısında MR ve PET gibi tetkiklerin devreye girmesi,

1996- Donepezil'in Alzheimer tedavisinde kabul edilmesi,

1999- İlk Alzheimer aşısının hayvan deneylerinde başarılı olduğunun açıklanması,

2000- Tansiyon yüksekliğinin Alzheimer Hastalığı için risk faktörü olduğunun açıklanması

DOKUZUNCU GEREKÇE

Alzheimer Hastalığının tedavisi konusunda yaşadığımız sıkıntılarda çok uluslu ilaç sektörünün rolü nedir?

Oysa 1990'dan başlayarak 2010'lara kadar yirmi yılı aşkın bir süre içinde, Alzheimer Hastalığında tedavi seçenekleri ve

kullanılacak ilaçlar konusunda, uluslararası (A.B.D' dekiler başta olmak üzere) ilaç firmaları özellikle üç ilaç konusunda kendilerine potansiyel pazar oluşturmak amacıyla milyarlar-ca dolar harcadılar. Bu amaçla bilimsel(!) araştırmalar yapıldı ve sonuçlar diğer rakiplerin ilaçlarının aleyhine takdim edildi, kongreler düzenlendi, dernekler kuruldu ve özellikle ülkemiz ve diğer bir çok gelişmekte olan ülkenin doktorları bu kampanyaların sonuçlarının açıklandığı platformlarda misafir olarak ağırlandı. 1990-2000 yılları arasında piyasaya sürülen ve içlerinde donepezil, rivastigmin ve galantamin isimli moleküllerin bulunduğu ilaçların etkile-ri tüm dünyaya abartılı ve çoğu zaman da yanıltıcı biçimde dünyaya takdim edildi. Erken vakalarda sınırlı da olsa etkileri olabilen bu ilaçların takdim biçimi bazı ülkelerde ve genel olarak dünya tıbbında bu ilaçların hiçbir etkisinin olmadığına inanan çok sayıda doktorun ortaya çıkmasına ve bu keskin tavır nedeniyle bir çok hastanın tedavisiz kalmasına neden oldu. Örneğin İngiltere'de sağlık sisteminin geç vakalar için ilaç kullanımını desteklemeyeceği açıklandı.

ONUNCU GEREKÇE

2019 yılı itibariyle, Alzheimer Hastalığının belirtilerine yönelik ilaçlardan birinin (Donepezil) piyasaya çıkmasının ardından 25 yıl, diğerinin (Memantin) üzerinden 20 yıl geçmiş bulunuyor. Neden?

Bu sorunun cevabının verilebilmesi için öncelikle son 20 yılda diğer nörolojik kökenli hastalıkların tedavisinde ortaya çıkan yeni ilaçlara göz atmak gerekiyor. Bu gözle epilepsiler, inmeler, hareket bozuklukları, baş ağrıları, miyelin yıkımı hastalıkları, sinir ve kas hastalıkları, enfeksiyon kaynaklı hastalıklar, uyku bozuklukları gibi hastalık kategorilerindeki tedavilere oranla Alzheimer Hastalığı tedavisinin geriden geldiği ve diğer demans hastalıkları için hiçbir tedavinin olmadığı anlaşılıyor. Kitap içindeki tedavi bölümünde bu konu çok yönlü olarak inceleniyor.

ONBİRİNCİ GEREKÇE

Dünya Sağlık Örgütü (WHO); insanlığın yoksul üçte ikisinin yaşadığı kıtalarda ve ülkelerde varolan temel sağlık problem-lerinin neler olduğuna yönelik istatistiklere rağmen ve bu istatistiklerde başı çeken problemler solunum hastalıkları, çocuk ölümleri, barsak hastalıkları, beslenme bozuklukları, HIV/AIDS, malarya, tüberküloz, ebola vs olduğu halde hangi nedenle Alzheimer'ı küresel bir sağlık problemi olarak ilan ediyor?

Bu konu kitap içinde ayrı bir bölüm olarak Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı küresel sağlık istatistikleriyle birlikte inceleniyor.

3

HASTALIK KAVRAMI YERİNE ÖNYARGILAR HÂKİM

Alzheimer Hastalığı binlerce yıllık önyargıların hâkim olduğu bir konuyla ilgili olarak, 20.yüzyıl başlarında geçerli olan şartlar içinde, ölmüş bir hastanın beynine yapılan otopsi sonucu tanımlandı. Bu otopsi, belirtileri bakımından başlangıçta psikiyatri hastası olarak kabul edilen 56 yaşındaki bayan Augusta Deter'in beyninde daha önceden bilinmeyen bulgular ortaya koyduğundan yeni bir beyin hastalığının tanımlanmasına olanak sağladı. Otopsiyi yapan ekibin lideri Dr. Alois Alzheimer ilk olarak hastalığı “garip bir beyin hastalığı” olarak tanımlamış olsa da, otopside 4 yıl sonra, Avrupa’da psikiyatrinin kurucularından sayılan Profesör Emil Kraepelin yazmış olduğu psikiyatri kitabının 8.baskısında hastalıktan Alzheimer Hastalığı olarak söz etti.

Tıp literatürüne 1906 yılında yeni bir beyin hastalığı olarak giren Alzheimer Hastalığı aslında bu özelliğini otopsi bulgularına borçluydu. Ancak o tarihlerde Deter gibi hastalar nöropsikiyatride bunama başlığı altında tartışılmakta olan hastalardı ve bu gibi hastaların genellikle psikiyatri hastası olduklarına inanılıyordu. Buna rağmen, azınlıkta kalan Alzheimer ve Kraepelin gibi psikiyatri doktorları Deter gibi bunama sayılan hastalarının psikiyatrik olup olmadıklarına karar verebilmekte otopsi yönteminin uygulanmasını savunuyorlardı. Bu doktorların savundukları görüş şuydu;

Bunama belirtileri gösteren hastalar otopsi yöntemiyle ayrılmalıydı. Eğer otopsi hastanın beyinde patolojik bulgular gösteriyorsa hasta psikiyatrik değil nörolojik sayılmalıydı. Alzheimer Hastalığı bu nedenle bunamanın beyindeki temellerini gösteren ilk hastalardan biridir. (Aslında hastalığın tanımlandığı tarihte bunamanın iki farklı tipine ait beyin bulguları biliniyordu. Bunlar, damarsal bunama ve dil başlangıçlı bunama idi. Ancak Alzheimer Hastalığı bunlardan farklı biçimde tanımlanmıştı.)

Şu ana kadar Alzheimer ve diğer iki hastalık nedeniyle bunamanın beyinle ilişkisinden söz etmiş oluyoruz. Bu bağlamda Alzheimer Hastalığı da literatüre farklı bir bunamaya neden olan yeni bir beyin hastalığı olarak girmiştir. Bu yeni hastalık patolojik bulgularının farklılığının yanısıra iki özelliğiyle belirgindi. Bunlardan birisi Alzheimer'ın unutkanlık bunaması yapması diğeri ise sonradan unutulmuş bir özellik olarak yaşlılık öncesi (presenil) bir bunama hastalığı olmasıdır.

Alzheimer'ın bunama hastalığı olarak tanımlanması daha o tarihlerden itibaren diğer bunama hastalıklarında olduğu gibi bunamayla ilgili tarihsel önyargıların hedefi olmasına ve bunamayla ilgili olmayan yanlarının ihmal edilmesine yol açmıştır. Günümüzde de geçerli olan, onunla ilgili bütün kavramların bunama kavramı içinde eritilmesi ve diğer hastalıklara benzer hastalık süreçlerinin yok sayılması bu yüzdendir. Oysa Alzheimer hastalığının yalnızca bunama olarak algılanması hastalığı anlamaya yanlış yerden başlamaktır. Bu yanlış yer, hastalığın, son evresiyle birlikte

ortaya çıkan bunamayla bir sayılmasıdır. 1906'nın şartlarında otopsi dışında bir tanı yöntemi olmadığından bu özdeşleşme zorunluydu. Bugün için ise gelişen tetkik ve tanı yöntemlerinin eşliğinde bu özdeşliğin kurulmasından 30-40 yıl öncesinde insanların bu hastalığa riskinin ve korunmasının olup olmadığı anlaşılabilir. Biz Alzheimer Hastalığının bunamayla sonuçlanan ancak bunamadan ibaret olmayan bir hastalık olduğunu savunuyoruz. 2019 yılının 1906'dan farklı olarak hastalığın algısındaki temel farklılığı budur. Daha da açık biçimde söylersek, kim Alzheimer Hastalığını bunama eşdeğeri, evrimsiz,süreçsiz bir hastalık olarak kabul ediyorsa bu gibilerin zihinleri yüz yıl geride kalmıştır.

Alzheimer'la ilgili tek önyargı onun bunama olduğu önyargısı değildir ve başka tarihsel önyargılar da bulunmaktadır. Biz bu bölümde Alzheimer önyargılarını üç başlık altında incelemeyi düşünüyoruz; Bunlar; Alzheimer'ın bunamadan ibaret olduğu, deliliğin bir türü olduğu ve yaşlanmanın doğal bir sonucu olduğu şeklindeki önyargılardır ve bunların hepsinin tarihi, insan zihninin evrimleşmesi tarihinin içinde ortaya çıkmış ve şimdi 21. Yüzyıla aktarılmış durumdadır. Bu etken, günümüz Alzheimer biliminin elini kolunu bağlayan, Q GÜCÜ'nün ve Resilience'inin artmasına engel olan etkenlerden biridir: Bu bilimin üzerine her zaman çökmüş olan TARİHSEL DÜŞÜNCE YÜKÜ'dür.

3.1 ALZHEIMER'DA BUNAMA ÖNYARGISI

Alzheimer'da bunama önyargısı ister konuyla ilgili tıp mensuplarında isterse de konuyla ilgilenenlerde olsun, zihinlerinde, ortalama 15-20 yıl sürebilecek bir hastalık sürecini sıfırlayanların taşıdığı bir önyargıdır. Hastalığın bunaklık olarak algılanması ve anılması bu önyargının sonucudur. Oysa sürekli anlamda tekrarladığımız gibi, Alzheimer öncelikle bir hastalıktır sadece sonuyla nitelenecek bunama değildir. Tıpta ve nöropsikiyatride sonu bunamayla biten bir çok hastalık ve etken bulunmaktadır. Ancak bunların hiç birisi Alzheimer gibi neden ve süreçleri dışında son aşamasıyla değerlendirilmez. Örneğin, damarsal bunama. Farklı tipleri vardır. Bunlardan kimisinin gelişiminde yıllar öncesinden inme'ler vardır. Hasta inme hastasıdır ve bunlar sonucunda bunama başlar. Kimisinin yıllar öncesinde tansiyon, şeker ve diğer damar faktörleri vardır. Bunlar dahiliye, kardiyoloji hastasıdır ve sonunda bunama olabilir. Örneğin, davranış bunaması. Hasta genç yaşlardan itibaren psikiyatri hastasıdır. Bu depresyon olabilir, şizofreni olabilir, OKB olabilir. Ancak bunların 50-60 yaşını geçen bazılarında psikiyatrik hastalık bunamaya dönüşebilir. Örneğin, Parkinson Hastalığı. Bu hastalık nörolojinin meşhur hastalıklarından biridir ve hareket bozukluğu hastalığıdır. Bundan 25-30 yıl önce Parkinson hiçbir şekilde bunamayla birlikte anılmazdı ama sonradan bunama yaptığı anlaşıldı. Ancak bunama uzun süren nörolojik hastalığın sonucudur ve hiç kimse parkinson'da bunamayla ilgili ön tahminde bulunamaz. Örneğin, geçici

kalp durması, zehirlenme,boğulma, elektrik çarpması, böbrek yetmezliği, KOAH gibi durumlarda başlangıçta etkilenmeler ve hastalık süreçleri ilgili olanlarca izlenir. Sonunda bazen bu süreçlerden bunama çıkar. Ama bu hastalık etken kategorileri bunama yapıcı olarak kabul edilmezler ve çoğu zaman da bu doğrudur. Bu liste uzayabilir ama hangi örneği verirsek verelim başında bir hastalık süreci ya da etken vardır. Ancak Alzheimer için durum farklıdır. Hastalara başlangıçtan itibaren en az 15-20 yıllık bir hastalık süreci öngörülse de, Alzheimer'ın adı geçtiğinde akla gelen bilimsel ve tıbbi süreçler, etkenler, yaşam tarzı değil bunama'dır. Bu yaklaşım, tıbbın davayı daha başından kaybetmesine zemin hazırlayan bir yaklaşımdır ve bilimsellikle uzaktan yakından bir ilişkisi yoktur.

Tarihin yükü ağırdır demiştik. Bunama konusundaki tarihsel algı tümüyle olumsuz bir içerikle birikim göstermiştir. Bu algıda, diğer önyargılar nedeniyle sözünü edeceğimiz akıl hastalığı ve yaşlılık gibi kavramlar olumsuzluğu bütünleyen unsurları oluşturmuştur. Dolayısıyla, bunama denilince akli dengelerini yitirmiş, yaşlılık nedeniyle güçten düşmüş ve etrafına muhtaç hale gelmiş insanlar anlaşılmıştır ya da bu özellikleri gösteren insanlar bunamış kabul edilmiştir. Hangisi olursa olsun, bunama kavramının bu elemanları Alzheimer Hastalığının üzerine yapışmıştır.

Geçen yüzyılın başlarında zihinlerde var olan bunama fikrinin etkinliği açısından, Alzheimer tanımlandığında onun yine bunama hastalığı olarak ancak mevcut yaşlılık bunamasından farklı biçimde yaşlılık öncesi bunama olarak

tanımlandığını görürüz. Burada bunama kavramı korunmuştur ve farklılığı yaratan sadece hastasının öldüğünde 56 yaşında olmasıdır.

Alzheimer Hastalığı ile özdeş kabul edilen bunama kavramının bu konumunu 1980'li belki de 1990'lı yıllara kadar koruduğu-nu görüyoruz. Bu tarihlerden yani tanımlayanın ve hastalığın 65-70 yıl unutulduktan sonra yeniden hatırlandığı tarihlerden itibaren ise bu algılamada Alzheimer'ın bunama kavramından nispeten bağımsızlaştığını ve bunamanın ilginç biçimde birçok insanın gözünde Alzheimer'a göre daha tercih edilir bir konuma yükseldiği söylenebilir. Oysa bu gün Alzheimer Hastalığından daha zor ve tedavisiz bunamaların olduğunu biliyoruz. Zihinlerdeki konumlandırılmayı hasta yakınları tarafından bize yoğun biçimde sorulan bir sorudan anlıyoruz. Bu soru, "Hastam Alzheimer mı? Demans mı?" sorusudur. Bu soru zihinlerde bir ön düşünceyle ve beklentiyle sorulmakta olan bir sorudur. Ön düşünce ve beklenti, yaşlılık önyargısı konusunu incelerken söyleyeceğimiz gibi, yaşlanan insanlarda görülen bunamanın ona bağlı, doğal bir durum gibi görülmesidir. Tercih edilen cevap ise hastanın Alzheimer değil (sadece) demans olduğunun söylenmesidir. Bu değişimin nedeni, son 30-40 yıl içinde yapılan Alzheimer araştırmalarının hastalığın farklı yönleriyle ilgili ortaya koyduklarıdır. Bunlar arasında ise insanların gözünü korkutan, Alzheimer'da genetik risk faktörlerinin tanımlanması gibi duruyor. Doğal kabul edilen bir bunamaya göre genetik kökenli bir bunama aileler

açısından daha fazla tedirginlik yaratıyor. Tanımlanmış olan sorumlu kromozomlara bağlı olan hatalı protein sentezi ve bunların beyinde birikim göstermesiyle hastalık arasındaki bağlantının ortaya çıkması, Alzheimer'ın sonunda bir hastalık ve tehlikeli bir hastalık olarak algılanmasına ve bu hastalıktan ise büyük ölçüde yaşlanmanın sonucu olarak görülen demansa (bunamaya) nazaran daha fazla korkulmasına yol açmıştır. Bu durumun değerlendirilmesinde bize yardımcı olacak formül "Her Bunama Alzheimer Değildir ama Her Alzheimer Bunamayla Sonuçlanır" formülüdür. Üstelik Alzheimer bunaması tanımlanan diğer bunamalara göre daha tercih edilir bir durumdur. Sonuçta, bir yumurta-tavuk hikayesine dönüşen Bunama-Alzheimer ikileminden çıkışın ve konuyu doğru bir zemine oturtmanın yolu ise şu formülde yatmaktadır; " Alzheimer Bir Hastalıktır. Bunama ise çeşitli Hastalıkların Vardığı Son Noktadır." Bu şekilde konuyu bilimsel ve tıbbi zemine oturtmak ve hastalık tanısında erken davranmanın her zaman için hastalıkların varacağı son noktayı saptamaktan daha önemli bir uğraş olduğu sonucuna varılabilir.

3.2 ALZHEIMER'DA DELİLİK ÖNYARGISI

Alzheimer Hastalığı tanımlandığında üzerine yapıştırılan önyargılardan biri de, tarih boyunca bunamanın bir çeşit akıl hastalığı olduğu fikrinden kaynaklanan delilik önyargısıdır. Bu önyargının tarihsel ve toplumsal açılarından kapsamlı bir

incelemesi Fransız düşünür, sosyal teorist, tarihçi, edebiyat eleştirmeni, antropolog, psikolog ve sosyolog Michel Foucault'un Türkçe'de 2 cilt halinde yayınlanan "**Deliliğin Tarihi**" kitabında yapılmıştır. Bu kitaptaki bilgiler ayrı bir bölüm içinde ele alınmıştır.

3.3 ALZHEIMER'DA YAŞLILIK ÖNYARGISI

Yaşlılık önyargısı, ölümlü insanın zihninde her zaman varolmuş evrimsel ve tarihsel bir bilinçaltı faktörüdür. Bu önyargının fiziksel, ekonomik, kültürel ve psikolojik boyutları vardır. Bu boyutlardan her biri yaşam ve yaş dönemlerinin içinde farklı özellikler gösterir ve yaşlanma bu özellikler açısından yaşlı kabul edilen insanları gençlik ve erişkinlik dönemlerindeki insanlara göre yaşam fırsatları ve avantajları açısından daha kırılgan hale getirir. Fiziksel boyut yaşlılık döneminde kas gücünün ve çalışmanın azalmasıyla fiziksel rekabet gücünün sınırlanması, ekonomik boyut benzer biçimde gelir ve yaşam standardının azalması, kültürel boyut yaşlının içinde bulunduğu topluma göre olumsuz ve anlayışlı tavırlar görmesi ve psikolojik boyut da yine içinde bulunulan şartlara göre değişmek üzere ümitsizlik, yalnızlık hatta kendini artık fazladan hissetme şekillerinde belli eder. Yaşlanma ve yaşlılık, kısacası ne bireysel ne de toplumsal açıdan hiç kimsenin güle oynaya karşıladığı bir durum değildir ve bu doğaldır. Yaşlılık önyargısının tarihi en az delilik önyargısının tarihi kadar eskidir. Hatta bir çok kaynakta bu ikisi, bunama ve

delilik ilişkisi türünden birlikte ve birbirlerini tamamlayan özellikler olarak anılır.

Alzheimer hastalığıyla yaşlılığın birarada anılmasının bir önceki konuda olduğu gibi tarihsel dayanağı yoktur. Aksine, Alzheimer Hastalığı yaşlanmanın sonucu olarak değil de, 56 yaşında ölmüş olan hastası nedeniyle, o zaman kadar tanımlanmış yaşlılık bunamalarından ayrı bir hastalık olarak yaşlılık öncesi bunama- presenil demans olarak tanımlanmıştır. Uzun yıllar önce uzmanlık eğitimimizi yaparken Alzheimer Hastalığını bu nedenle “Yaşlılık Öncesi Demanslar” başlığı altında öğrenmiştik. Yani yaşlılık önyargısı Alzheimer Hastalığının tarihinde sonradan ortaya çıkmış bir durumdur. Peki, yüz yılı aşkın tarihi içinde bu önyargı ne zaman ortaya çıkmıştır?

Önce hastalığın 1915-1980 arası tıbben unutulduğunu ve bilim dünyasında onun hakkındaki kıpırdanmaların bu süreçten sonra ortaya çıktığını söylememiz gerekiyor. Unutulduğu dönemde Alzheimer Hastalığı hep tanımlanmış olduğu kategoride kalmıştır. Yani yaşlılık öncesi bunama olarak. Hastalığın yeniden hatırlanma döneminde yani 1980’lerden sonra yaşlılık önyargısı bazı bilimsel kanıtlar kazanmıştır.

1. 1980’li yıllarda damar yaşlanması ve Alzheimer arasında bağlantı olduğunu düşündüren bazı genetik kanıtlar bulundu.
2. 20. Yüzyıl başlarında 40-50 olan ortalama yaşam süresinin İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde (batı dünyasında) önce

60-70'e daha sonra ise 80-90'a çıkması, A.B.D.'de ve gelişmiş batı ülkelerinde yaşlı nüfusun artmasına yol açtı.

3. Başkan baba Bush 1990-2000 arasını Beyin Onyılı ilan ederken ve en önemli konulardan birinin Alzheimer Hastalığı bilim dünyasına hatırlatıldı. Beyin Onyılı'nın ilan edilmesinin ana nedeni, bilim dünyasında bu hastalık konusundaki çalışmaları teşvik etmek ve bu yolla bakımevlerinde yaşayan binlerce yaşlı Alzheimer' linin bütçe üzerinde baskı oluşturan bakım-tedavi masraflarını kontrol altına almaktı.

4. Bu nedenlerle, Alzheimer'da yaşlılık önyargısı 1990'lardan itibaren güçlendi ve Alzheimer Hastalığı daha çok yaşlanma hastalığı olarak benimsendi.

5. Nitekim 2010'lardan itibaren hastalıkla ilgili yayınlanan Dünya Sağlık Örgütü-WHO raporlarında hastalık yaşlanan dünyanın küresel bir hastalığı olarak anılmaktadır.(*)

(*) Biz yüz yıl içinde ortaya çıkan hastalıktaki farklı yaş kavramlarından ikisinin de bu hastalığın gerçekleriyle ilişkili olduğunu düşünüyoruz. Dr. Alzheimer'ın ilk vakasının ve sonradan sonradan oluşan erken yaş algısı vakalarının, o günlerin şartları içinde ortaya konamamış olmalarına rağmen, hastalığın genetik formuna ilişkin vakalar olduğunu sanıyoruz. Yaşam şartlarının değişmesiyle sonradan hastalığın yaşlılık hastalığı olarak kabul edilmesinde ise hem genetik yükün azlığının hem de eskiden beri kabul edilmiş olan ancak Alzheimer'dan farklı olan yaşlılık bunamasının etkili olduğunu düşünüyoruz. Bunun anlamı, ileri yaş başlangıçlı ve

unutkanlıkla kendini gösteren bunama vakalarının bir bölümünün Alzheimer olmaktan çok yaşlılık bunaması vakaları olması olasılığıdır. Bu tür vakaların ailelerinde merak konusu olan “Hastam Alzheimer’ mı? Demans mı?” sorusu böylelikle kendine haklı bir zemin bulmaktadır.

Bu izlenimlere rağmen, Alzheimer’da risk faktörleri içinde yaşlanmanın birinci sırada anılması da doğru değildir. Bunun iki nedeni vardır; Bunlardan birincisi, bizim genetik baskınlık vakaları dediğimiz Ailesel ve Erken Başlangıçlı Alzheimer Hastalığının varlığı, ikincisi ise son yıllardaki araştırmalar tarafından gösterilen ve 90’larında oldukları halde zihin işlevleri kendilerinden 25-30 yıl daha gençlerinkine uyan Süper Yaşlı Grubu’dur.

3.4 UNESCO’NUN YAŞLILIK TANIMI ve BU TANIMIN ALZHEIMER KAVRAMLARIYLA İLİŞKİSİ

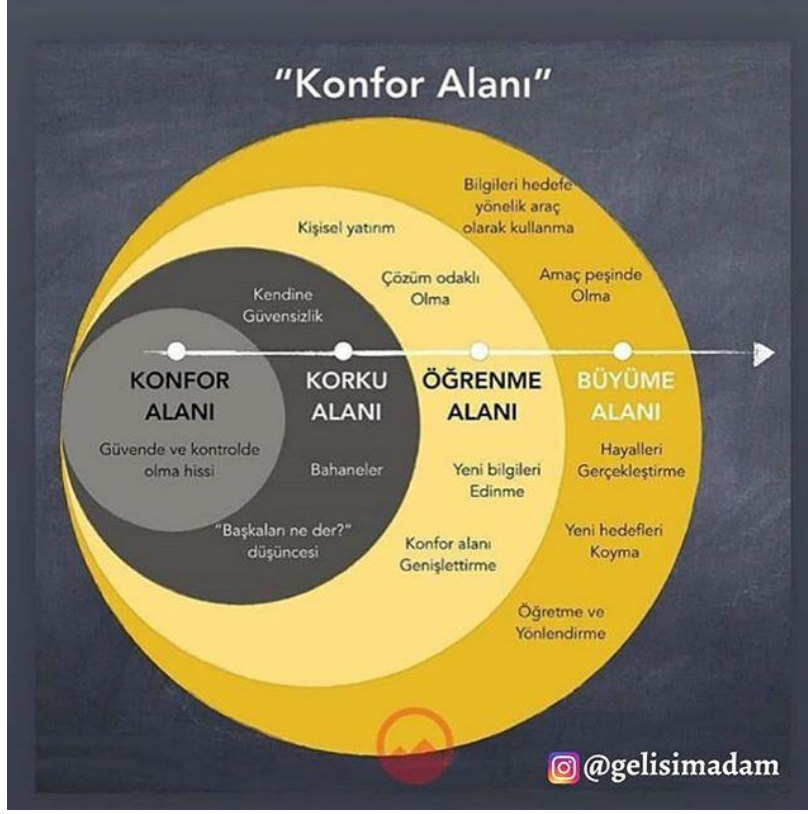
UNESCO’nun yaptığı yaşlılık tarifi kısa ancak çok anlamlıdır; “Bir insan konfor alanının dışına çıkamıyorsa yaşlıdır.” Bu tanımda “konfor”, maddi olanaklara sahip olmanın getirdiği rahatlıktan çok kişinin manevi anlamda içine sığındığı ve dış dünyayla ilişkisini sınırladığı ortam anlamındadır. Biraz daha açarsak; kişi kapalı “konfor” alanının içinde yaşarken yeni şeyler öğrenmiyorsa, artık şaşırıyorsa ve problemlerini eski bildikleriyle çözmeye çalışıyorsa, merak

etmiyorsa, keşfetmiyorsa geçmişte, geçmiş anılarında yaşıyorsa yaşlıdır.

UNESCO'nun yaşlılık tanımı, herkes için geçerli olan biyolojik yaşlanma kavramını, bu kaçınılmaz biyolojik süreç içinde bulunan kişilerin yapmadıkları üzerinden yaşlılık kavramına olumsuz anlam yükleyen bir tanımdır. İşte bu tanım, yaşlanan beynin yaşlanmanın etkilerinin sınırlandırılması adına mutlaka çok yönlü bir uyarılma içinde bulunması gerçeğine aykırı bir tanım olarak, önyargılar eşliğinde tartıştığımız yaşlanmanın bunama üzerindeki etkileri konusunu gerçekçi bir senaryo haline getiren bir tanımdır. (*)

(*)Yaşlılık ve Alzheimer konularında düşündüğümü ve yazdığımı bilen Prof.Dr. Tülin Tanrıdağ'a bu paylaşımı için teşekkür ederim.

Bu noktada konfor alanından ne kastedildiği görseli eşliğinde biraz daha net algılanabilir.



Görselin sol tarafında en içte yer alan gri renkli daire konfor alanının bölgesidir ve içinde kısa ancak yeterli bir tanım vardır; "Konfor alanı: Güvende ve kontrolde olma hissi". Ancak bu daire, sağa doğru, onu içine alacak şekilde çevreleyen ve giderek büyüyen üç daire tarafından kuşatılmıştır. Bu daireler; Korku, Öğrenme ve Büyüme alanlarını temsil eden dairelerdir. Korku alanının içinde; Kendine güvensizlik, Bahaneler ve "Başkaları ne der" düşüncesi yer alırken, Öğrenme alanının içinde; Kişisel (kendine) yatırım, Çözüm odaklı olma, Yeni bilgileri edinme ve Konfor alanı genişletme ve Büyüme alanında ise Bilgileri hedefe yönelik araç olarak kullanma, Amaç peşinde olma, Hayalleri gerçekleştirme, Yeni hedefleri koyma ve Öğretme ve yönlendirme yer almaktadır. Unesco'nun yaşlılık tanımının neresinde olduğumuz, bu dairelerden hangisinin içinde

bulduğumuza ve konfor alanından sağa doğru ilerleyen beyaz doğru parçasının üzerinde hangi daireye doğru hareket ettiğimize bağlıdır. Kısacası, Unesco'nun yaşlılık tanımında yaşlılığın beyinsel, davranışsal ve gövdesel etkilerini nasıl algıladığımız, konfor alanından çıkarak sağdaki daireler yönünde yaşam çapımızı büyütmemize bağlıdır. Bu hareketin erken yaşlanmadan süper yaşlılık yönüne doğru bir hareket olduğu açıktır. Konfor alanında kapalı yaşamla büyüme alanına doğru genişleyen hareketin beyinsel anlamının sadece işlevsellikteki düzelmeye sınırlı olmadığını aynı zamanda beynin biyolojik sağlığının güçlenmesi anlamına geldiğini de beyin araştırmaları göstermektedir.

İşte tam bu noktada konfor alanıyla Alzheimer hastalarının çoğunda geçerli olan hazırlayıcı etkenlerin arasındaki ilişkiye dikkat çekebiliriz. İleri yaşlarda ortaya çıkan depresyonun, dışa kapalı ve yalnız yaşamının Alzheimer riskini arttırdığını zaten biliyoruz. Bu tür risk faktörlerinin Unesco'nun konfor alanı temelli yaşlılık tanımına ve açıklamasına çok uyduğu söylenebilir. Öte yandan, bu tanımın tam tersi içerikle yaşlanma sürecini geçiren süper yaşlı insanlarda 90'lı yaşlarda bile Alzheimer görülme sıklığının azlığı bu düşüncelere destek sağlayan bir örnektir.

() Yaşlılık ve Alzheimer konularında düşündüğümü ve yazdığımı bilen Prof Dr. Pınar Aydın'a bu görselden beni haberli kıldığı için teşekkür ederim.**

3.5 ALZHEIMER ÖNYARGILARI ve ALZHEIMER HASTALIĞI : BENZERLİKLER ve FARKLILIKLAR

Şimdi ele aldığımız önyargılarla Alzheimer Hastalığı Kavramları arasındaki benzerlikleri ve farklılıkları özetleyebiliriz;

1. Benzerlikler olarak; Her ne kadar Alzheimer Hastalığıyla ilgili tarihsel kaynaklı önyargıların kendisinden çok, ileri yaşlanma ve bunama vakalarından kaynaklandığı doğru olsa da, bu hastalığın sonunda unutkanlık bunaması denilen bir bunamayla sonuçlandığı, eskiden “delilik” olarak adlandırılan davranış bozukluklarının sonradan psikiyatri kapsamında ele alınan bir konuya dönüştüğü ve değişen dünya şartlarının etkisiyle yaşlanma faktörünün öne çıktığı görülmektedir.

2. Farklılıklar olarak; Alzheimer’ın sadece bir bunama değil başlangıcı ve bazı belirtileri bunama yapmadan çok önceleri ortaya çıkan bir hastalık olduğunu ve sadece bunamadan ibaret olmadığını, diğer hastalıklar gibi anlaşılması gerektiğini, “delilikle” ilgili olmayan ve bazı vakalarında tedavisi mümkün psikiyatrik belirtilerin görüldüğünü ve belirgin tıbbi bir problemi olmadan sadece ileri yaşlanma sırasında bunama belirtileri gösteren vakaların en azından bir bölümünün gerçek Alzheimer olmasının şüpheli bir durum olduğunu söyleyebiliriz.

3. Tıpta bunlara benzer benzerlik ve farklılıkları sadece Alzheimer’da değil diğer hastalık gruplarında da görmekteyiz.

Bu da, tıpta klinik olayların benzerlik ve farklılıklarının hastalık kavramın ayrılmaz parçaları olduğunu, tanı ve ayırıcı tanı süreçlerinin bir bütün olarak doğru tanımlar adına uygulanmasının gereğini bize hatırlatmaktadır. Örneğin, epilepsi nöbetlerini andıran bazı durumların gerçekte epilepsi olup olmadığının anlaşılmasında epilepsi ve epilepsiyi taklit eden durumlar, Parkinson hastalığı ve Parkinson gibi belirtiler gösteren durumların ayrıştırılmasında klasik Parkinson hastalığı ve parkinsonizm denilen durumların anlaşılması, farklı başağrısı hastalıklarının birbirinden ayrılmasında birincil ve ikincil başağrısı kavramlarının ayrıştırılması, kas güçsüzlüğü nedeniyle bu durumun kaslardan mı, sinirlerden mi kaynaklandığının ortaya konulması ve daha bir çok örnek sadece belirtilere ve belirtilerin benzerliğine inanmamamızı gerektirir. Bunun anlamı; tıpta klinik değerlendirmenin yetersiz olduğu ve bunun laboratuvar yöntemlerin sonuçlarıyla bütünleştirilmesinin gerektiğidir. Nörolojide EEG, EMG ve MR gibi uygulamalar varsa bu amaçladır.

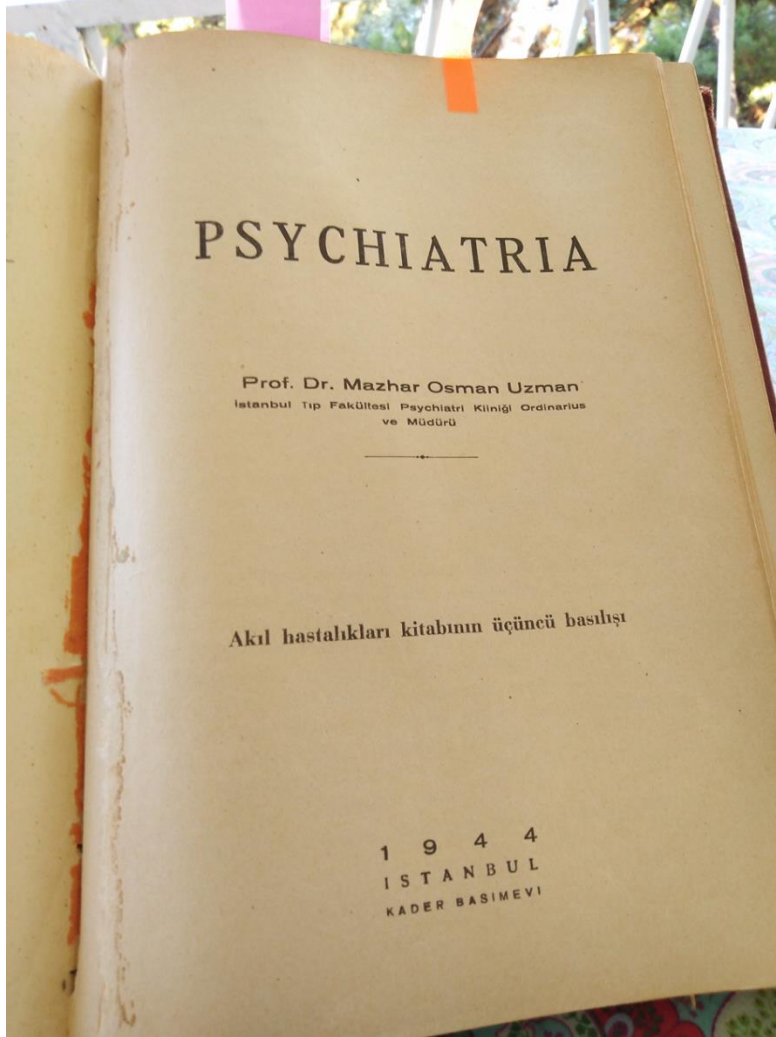
4. Alzheimer Hastalığına bakışta aynen bu kurallar geçerlidir. Sadece belirti bazında ele alındığında, bir hastada unutkanlık olması Alzheimer'ın ne varlığını ne de yokluğunu ortaya koymaz. Pratikte çoğu hekim tarafından bu temelde ifade edilen "vardır" ya da "yoktur" hükümleri temelsiz ve yanıltıcıdır. Öncelikle hatırlamamız gereken, Alzheimer Hastalığının uzun bir zaman önce otopsi ve patolojiyle ortaya konulmuş olmasıdır. Zaten o dönemlerde bilinen yaşlılık bunamasından bu yolla ayrıştırılmış ve bu şekilde hastalık olarak kabul

edilmiştir. Günümüzde artık tanı için ne hastaların Augusta Deter gibi ölmesi ne de onlara otopsi sonucu patoloji yapılması gerekiyor. Bu geç ve hastaya bir yararı olmayan uygulamanın yerini modern yöntemler dediğimiz PET, MR, Beyin Haritalaması ve Nöropsikolojik Testler(NPT) aldı. Alzheimer'ın diğer durumlara benzerliği ve farklılığı probleminin aşılma yolu, hastanın unutkanlık yakınmasının tesirinde kalmadan bu gibi tetkiklerin uygulanmasıdır. Bu uygulama Alzheimer'ın hem bir hastalık hem de bilimsel bir problem olarak ele alınmasının doğal gereğidir. Bu türden uygulamalar dışında sadece belirti bazında konulan her Alzheimer tanısı hastanın hayatıyla gözü kapalı oynanmış bir kumardır.

4

NÖROPSİKİYATRİ TARİHİMİZDE BEYİN HARELERİ ve ALZHEIMER KONUSU

4.1 NESİLLERE BEYİNİ ÖĞRETEN ve SONRADAN UNUTULAN PSİKİYATRİ ANLAYIŞINA DAİR BİR ÖRNEK



Prof. Dr. Mazhar Osman Uzman'ın 1944 yılında yayınlanmış olan PSYCHIATRIA KİTABI.

Avrupadaki nöropsikiyatri anlayışının ve uzmanlık eğitiminin bizim tıp ve psikiyatri tarihlerimiz üzerindeki etkileri de olumludur. Örneğin, 1944 yılında basımı yapılmış olan Profesör Dr. Mazhar Osman Uzman' ın **“PSYCHIATRIA-Akıl Hastalıkları” Kitabı**'nın Giriş Bölümünde Beynin İşlevleri, Prefrontal Korteks-Psikoloji İlişkileri ve Prefrontal Korteks-Psikiyatri İlişkileri konularında günümüz nörobilim anlayışını destekleyen bölümler vardır. Biz aşağıda bu konulardaki günümüz nöroloji ve psikiyatri yaklaşımlarıyla bu kitapta yer alan bilgileri karşılaştırmak istiyoruz.

1. Beyin kabuğunun işlevleriyle ilgili günümüzün nöroloji yaklaşımı genel olarak hareket, hissiyet, görme ve işitme işlevleri üzerinde yoğunlaşmıştır. Diğer bir ifadeyle, fiziksel-gövdesel işlevselliği olan beyin işlevlerine. Buna karşın, bu yaklaşımın bilişsel ve davranışsal beyin işlevlerine genelde ilgisi yoktur. Beyin kabuğunun işlevsellik alanları içinde, nöroloji yaklaşımının ilgilendiği alanların yüzey genişliği toplam alanların ancak % 10'u kadardır. Geriye kalan %90 oranındaki alanlar ise bilişsel ve davranışsal işlevlerle ilgilidir. Beyin kabuğunun işlevleriyle ilgili günümüzün psikiyatri yaklaşımı belirsizdir. Teorik olarak psikiyatrik bozukluklarda beynin rolü kabul edilmekle birlikte bu rol sadece kimyasal düzeyde ele alınmakta farklı beyin bölgelerinin rolleri ihmal edilmektedir. Oysa PSYCHIATRIA'da bu konuda şu ifadeler yer almaktadır;

“ Beyin kabuğu; hareket, his, irade, zeka, seciye ve ahlak gibi yüksek vazifelerin yeridir. Kabuğun neresi bozuxsa ona uygun (kol ve ayağı kımıldatamamak, duymamak, görememek veya gördüğünü anlayamamak, işitmek veya işittiğinden mana çıkartamamak, düşünememek, unutmak, söyleyememek gibi) arızalar görülür. Fizyoloji tecrübelerinde görüldüğü gibi klinik ve otopsi de bu yerleri bize gösteriyor.”

2. Günümüzdeki bu beyin işlevleri anlayışı davranış bilimlerini ve onun mesleği olan psikolojiyi tümüyle beyin anlayışının dışında konumlandırır. Bu konumlandırmanın sonucu olarak, nörolojinin psikolojiyle hiçbir ilişkisi varsayılmadığı gibi psikiyatri de ana yaklaşımlarında beyni çok sınırlı biçimde var kabul etmekte ve işleyişinde sanki “psikolojik” işlevlerin bozukluğunun alanıymış gibi davranmaktadır. Oysa PSYCHIATRIA’DA şu ifadeler yer almaktadır;

« Ön kabuk parçasının vazifelerine, fizyolojisine psikoloji diyoruz. Ruh hastalıkları da psikolojinin anormal çeşididir. (Psychologie pathologique) Normal halden ayrılan ruhi vazifelerden bahseder. Kışrın bu kısım hücrelerinde teşrihi ya da fizyolojik tagayyür olunca tabiiden aykırı bir takım arazlar peydah olur. Ruhi vazifelerin tabiilikten uzaklaşmasına (Ruh hastalığı-Maladie mentale) diyoruz. Sinir, akıl, ruh hastalığı tabirlerini hemen hemen bir manada kullanıyoruz.»

3. Günümüzde nörolojinin kendini sadece fiziksel-gövdesel belirtiler veren beyin hastalıklarıyla sınırlamasının yanısıra psikiyatri de kendini anlamsız ve içeriksiz biçimde “Ruh Sağlığı

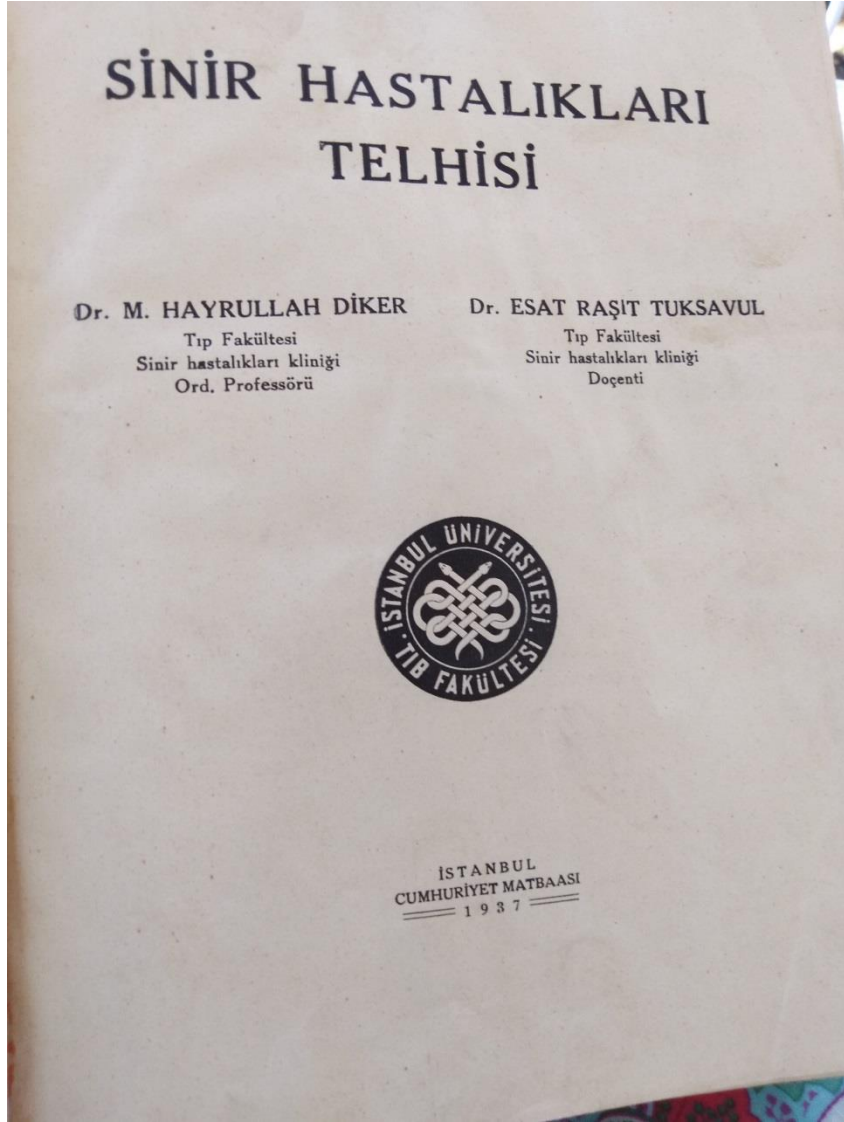
ve Hastalıkları” alanı olarak tanımlayarak beyin kavramlarından iyice uzaklaşmıştır. Oysa 1944 basımlı PSYCHIATRIA aşağıdaki ifadelerle günümüz psikiyatrisine adeta ders vermektedir;

“O halde (Psychatrie, Psikiyatri) dimağın ön parçasının ve bu parçanın kabuk kısmının hastalıkları sayılabilir. Psikiyatri yeni bilgidir; Hocaların, papazların elinden yeni kurtulmuş. Bu ilmi klinik ve müspet telakki edenlerden ziyade metafizik ve felsefe sayan alimler son zamanlara kadar vardı. Halbuki ruh hastalıkları hekim işidir. Bu ders seririyatla, laboratuvarla öğrenilir. Midesi hasta olanda karın ağrısı veya hazımsızlık, göğsü rahatsız olanda öksürük ve nefes darlığı nasıl olursa beyin kabuğu yani ruhu muzdarip olanda da ümitsizlik ve neşesizlik, kızgınlık ve coşkunluk, unutkanlık veya anlayamamazlık gibi arazlar görülür.»

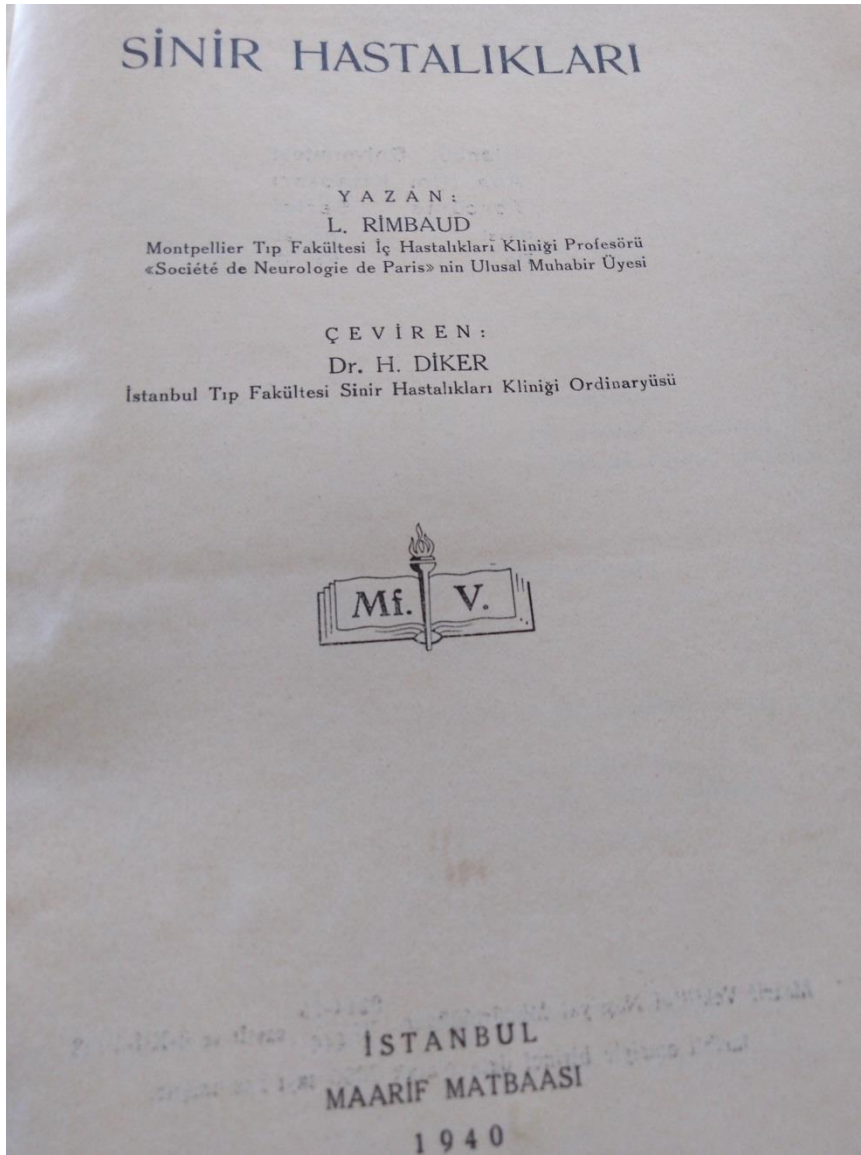
4.2 ESKİ NÖROLOJİ KİTAPLARIMIZDA ALZHEIMER HASTALIĞINA İLĞİ DÜZEYİ (1937-1957)

Bu doğru yaklaşımlara rağmen, nöropsikiyatri tarihimizde yazılmış olan kitaplarda Alzheimer Hastalığının ele alınış tarihi ve biçimi çok gecikmeli ve sınırlıdır. Elimizdeki kitaplardan konuyla ilgili şu bilgileri elde ediyoruz.

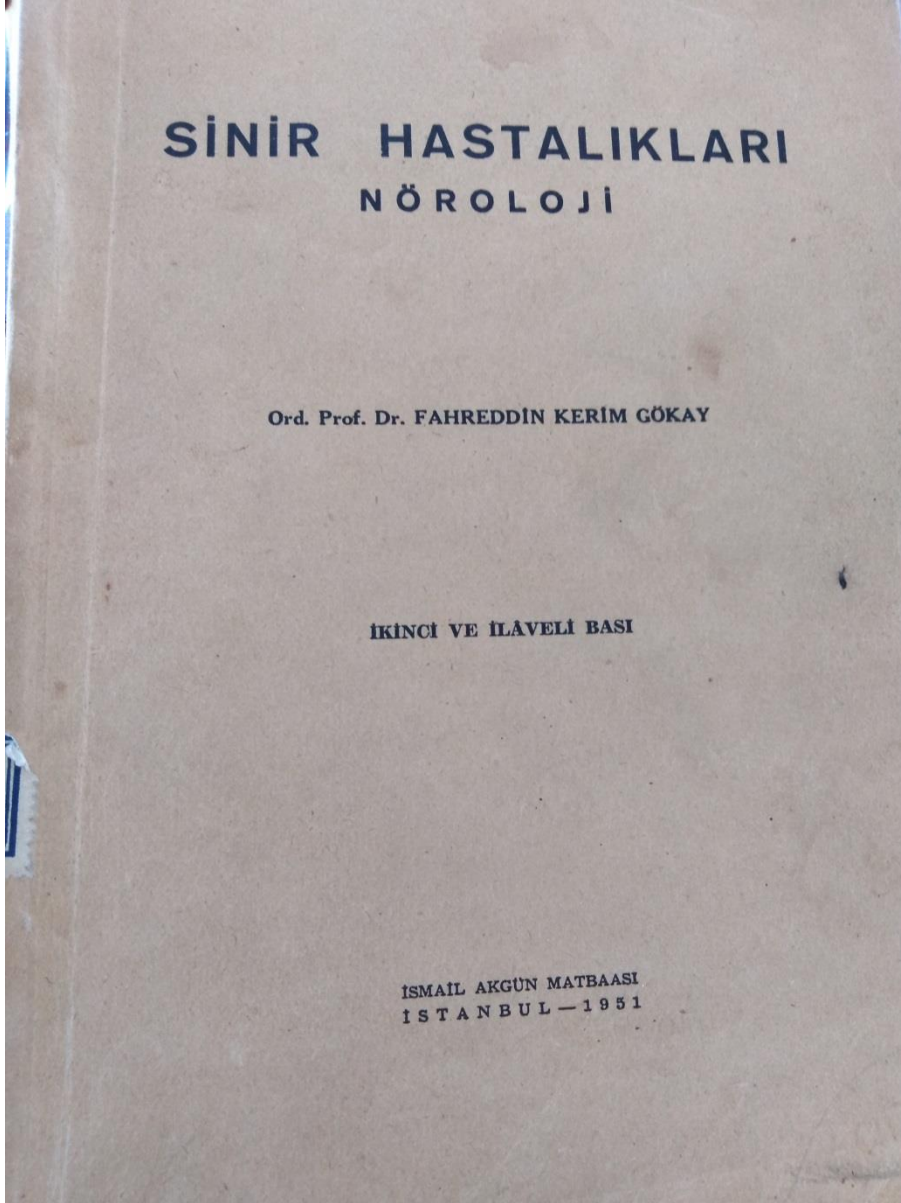
1. 1937 basımlı Hayrullah Diker ve Esat Raşit Tuksavul'a ait Sinir Hastalıkları Telhisi-Nöroloji kitabında Alzheimer konusu yok.



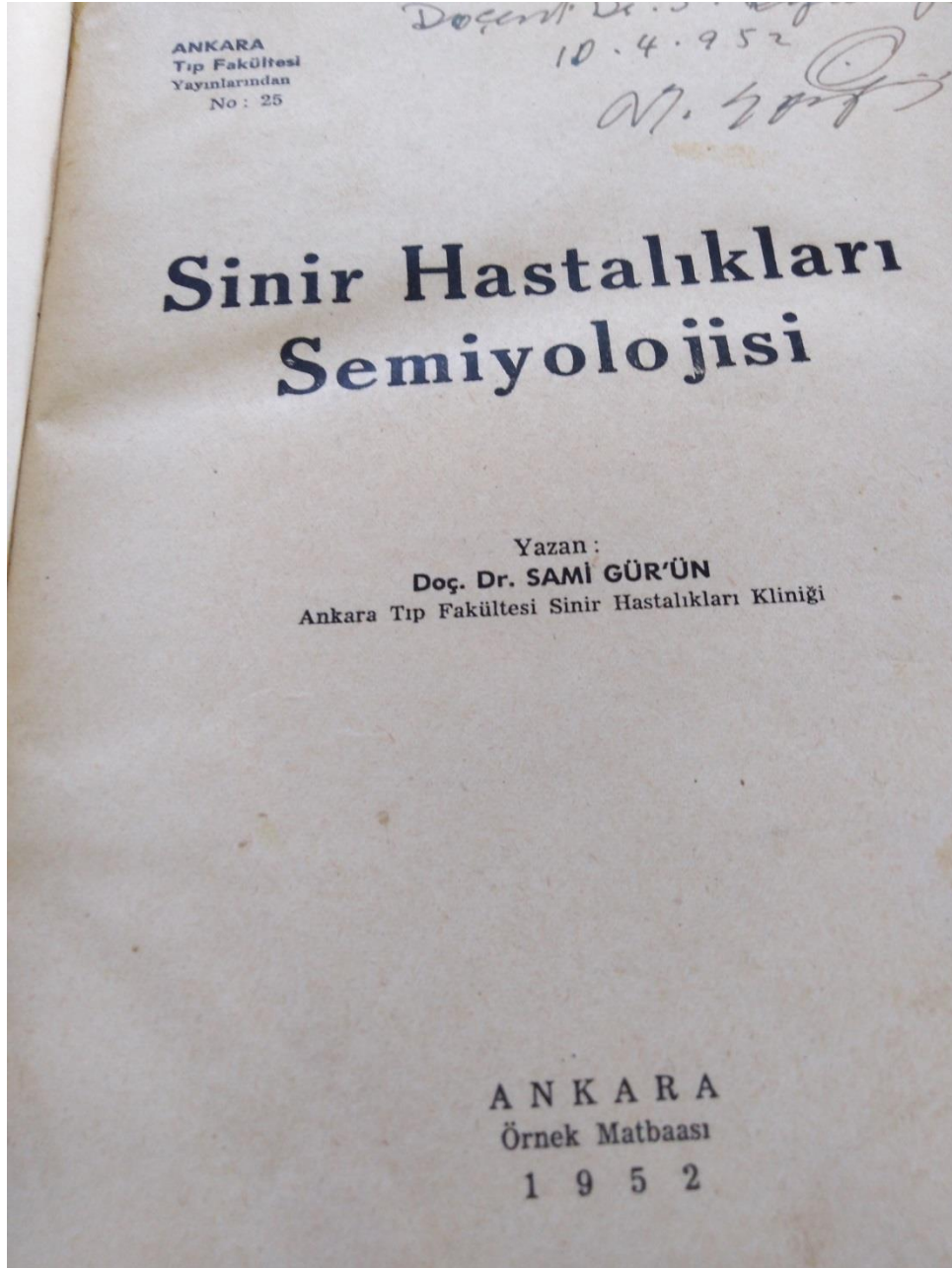
2. 1940 basımlı Ribaud ve Diker'e ait Sinir Hastalıkları kitabında Alzheimer konusu yok.



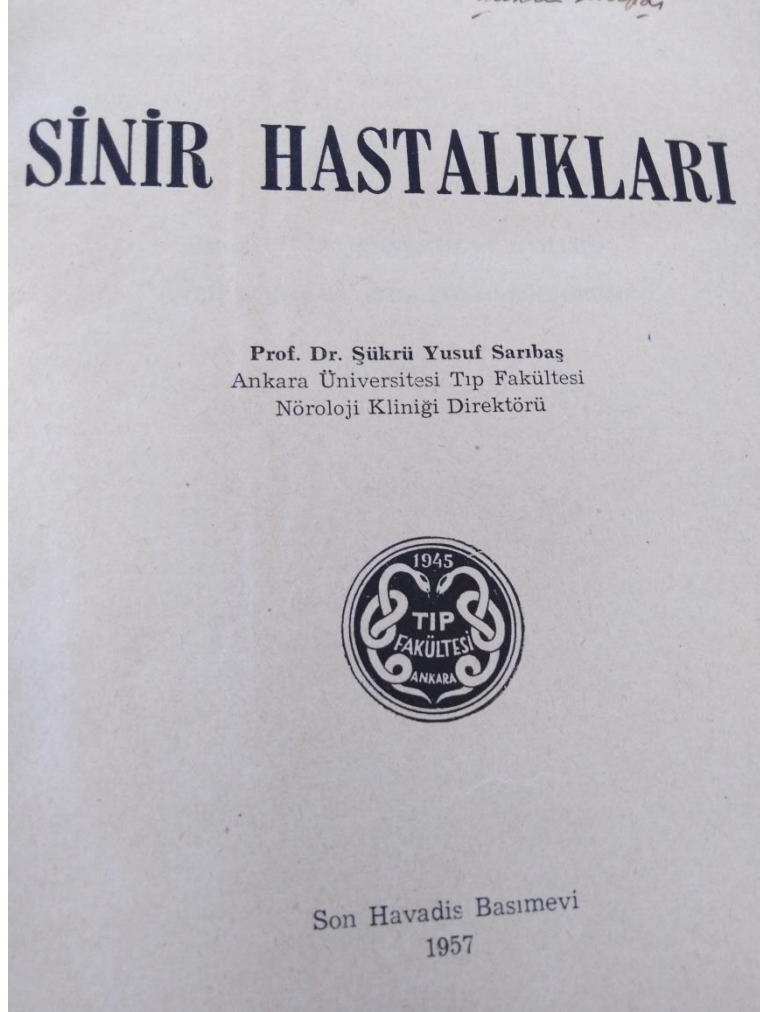
3. 1951 basımlı F.Kerim Gökay'a ait Sinir Hastalıkları-
NÖROLOJİ kitabında Alzheimer konusu yok.



4.1952 basımlı Sami Gür'ün'e ait Sinir Hastalıkları Semiyolojisi kitabında Alzheimer konusu yok.



5. 1957 basımlı Şükrü Yusuf Sarıbaş'a ait Sinir Hastalıkları kitabınının 371. Sayfasında yer alan Alzheimer Hastalığı bölümü şu cümleyle sınırlı biçimde ele alınıyor; “ Alzheimer Hastalığı, yahut presenil dementia 50-60 yaşlar arasında başlayan bir hastalıktır”



Yani hastalığın nörolojik bir hastalık olarak tanımlandığı 1906 ve tıp literatürüne geçtiği 1907 yıllarından sonra Türkiye’de 1937-1951 yılları arasında yazılmış nöroloji kitaplarında bu hastalıktan tek kelimeyle bile söz edilmemiş.

Bu tespitin sadece Türkiyeyle ilgili olduğunu da düşünmüyoruz. Çünkü 1940 yılında basılan nöroloji kitabı Fransızca aslından çevrilmiş yabancı bir kitaptır.

Gelelim Psikiyatri tarihimize;

1944 basımlı, Türkiye’de psikiyatrinin kurucularından sayılan Mazhar Osman Uzman’ın PSYCHIATRIA- Akıl Hastalıkları kitabının 227.sayfasında yer alan Alzheimer Hastalığı şu cümlelerle başlıyor;

“ Nadir görülen bu hastalığı da yaş dönümü hastalıklarından addediyorlar.Bunama yapan bu hastalık ihtiyarlıkta veya ihtiyarlığa yakın zamanda değil 30-40 yaşları arasında görülmektedir.”

Tarihimizdeki nöropsikiyatri yaklaşımına rağmen, Alzheimer Hastalığının psikiyatri ve nöroloji kitaplarında kısıtlı bilgilerle ve farklı ele alınışının nedenini düşündüğümüzde, nedenin, nörolojiyle psikiyatrinin ayrılmış olması ve hastalığın ortada kalması olduğunu düşünüyoruz.

5

FELSEFE ve EDEBİYATTA BUNAMA ve YAŞLILIK HARELERİ

5.1 MICHEL FOUCAULT- DELİLİĞİN TARİHİ



Michel Foucault'nun DELİLİĞİN TARİHİ kitabı, Avrupa tarihinin toplumsal arkeolojisinin yapıldığı ve kendisinin “ insanların kendi iradeleri dışında kapatıldığı kurumlar” olarak kabul ettiği aile, hastane ve hapisane gibi kurumların

toplumsal tarih içindeki rollerinin bu açıdan irdelendiği bir kitaptır.

Kitabın çevirmeni M.Ali Kılıçbay tarafından yazılan SUNUŞ/ Birinci Bölüm şu tespitlerle başlar;

“Toplumları kapsadıkları, benimsedikleri ile dışladıklarının zıtlığı içinde okumak mümkündür. Yani evet dedikleri kadar, hayır dediklerinin de doğrultusunda. Her toplum kendini belli kodlara göre şifreler; bu kodların o toplumun kendini algılaması içindeki anlam ve yerlerini ortaya çıkartmadan, ilgilenilen toplumun şifresini çözmek mümkün değildir.”

Foucault'nun kitabı, bu tespitler içinde belirtilenlerden, toplum tarafından kapsananlar ve benimsenenler değil de toplumun dışladıklarının üzerine yoğunlaşan bir kitaptır. Yazar, bu dışlanmışlık olgusunu incelemeyen hiçbir toplumsal tarihin gerçekçi biçimde yazılamayacağını ileri sürer. Kitabın içinde ilerlerken, toplumsal dışlanmışlık olgusunun tarihi ve dışlanmışların kimlerden oluştuğu konusunda şu ifadeleriyle karşılaşırız;

“Klasik Çağ, Genel Hastane'nin kurulmasından, Almanya ve İngiltere'de ilk ıslahhanelerin açılmasından XVIII. Yüzyılın sonuna kadar insanları kapatmıştır. Sefihleri, har vurup harman savuran babaları, hayırsız evlatları, dine küfredenleri, "kendilerinden kurtulmak isteyen" kişileri, âdetleri serbest olanları kapatmıştır. Ve akıl bozukluğu konusundaki kendine özgü deneyi birçok yakınlaştırma ve garip suç ortaklıkları şeklinde ortaya çıkmaktadır. Fakat (aynı zamanda) bütün bu kurumların her birinde delilerin sayısı giderek artmaktadır. Paris'te Genel Hastane'ye kapatmak üzere yapılan tutuklamaların yaklaşık onda birini "mezcuplar", "bunaklar", "zihni

yabancılaşmışlar” ve "tamamen delirmiş" insanlar oluşturmaktadır. Bunlarla diğerleri arasında fark gözetildiğine dair hiçbir belirli yoktur.”

Bu ifadeler içinde, toplum hayatından dışlanmışlardan söz edilirken önce bunların gruplandırıldığını görürüz. Bunlardan birinci grubu; sefihler, har vurup harman savuran babalar, hayırsız evlatlar, dine küfredenler, "kendilerinden kurtulmak isteyen" kişiler ve âdetleri serbest olanlar oluşturur. Bu tür dışlanmışlığın kategorileri ağırlıklı olarak toplumsal ve kültürel kökenlidir. Bununla birlikte, ikinci grubu oluşturan "meczuplar", "bunaklar", "zihni yabancılaşmışlar” ve "tamamen delirmiş" insanlar daha çok zihinsel yetersizliğe bağlanır ve konumlandırılır. Bu konumlandırma Batı düşünce tarihinde eski zamanlara, M.Ö. 5 yüzyıla kadar uzanır ve Hipokrat'ın Beyin Hipotezi'ne dayanır. Hipokrat'a göre bütün davranışların kaynağı beyindeydi ve beynin su sistemindeki anormallikler çeşitli zihinsel bozukluklara yol açıyordu. Ona göre bunama beyindeki su miktarının artmasıyla, delilik ise bu miktarın azalmasıyla ilgiliydi. Bu açıklamayı, hem bunamanın hem deliliğin ortak bir mekanizma üzerinden beyinden kaynaklandığını belirten ilk tarihsel düşünce olarak kabul edebiliriz. Bu düşünceden yürüyen geleneğin, çok sonraları Descartes'ın düalist felsefesi içinde, mantıklı ve matematiksel düşünmenin beynin sağlıklı çalışmasının sonucu olarak ortaya konulduğuna dair düşünceyle devam ettiğini görürüz. Kısacası, zihinsel yetersizlik sonucu oluştuğuna inanılan

bunaklık, delilik gibi durumlar toplumsal olmaktan daha çok tıbbi durumlar olarak kabul edilmiştir.

Yüzyıllar sonra, 20. Yüzyılın başlarında Alzheimer Hastalığının tanımlanması sırasında, daha teknik ve modern biçimlerde, aynı beraberliğin ilk Alzheimer hastası olan Augusta Deter'de ortaya çıkmış olması tesadüf sayılmamalıdır. Augusta; paranoya, hayal görme ve unutkanlıkları nedeniyle zihinsel yetersizlik gösteren bir psikiyatri hastası olarak kabul edilmiş, zihinsel yetersizliğinin psikiyatrik ve kabaca delilikle ilişkili bir durum olduğu sanılırken, Dr. Alzheimer gibilerin öngörüsüyle yapılan otopsi sonucu beyne bağlı bir bunama olduğu anlaşılmıştır. Yani nereden bakarsak bakalım, bunamayla deliliğin ilintili görüldüğüne dair bir tarihsel algı zemini vardır.

Deliliğin Tarihi'ne döndüğümüzde, kitabın İkinci Cildinde yukarıda sözünü ettiğimiz önyargıyla ilişkili olarak ayrı bir bölümün ayrıldığını görüyoruz. Bu bölümün adı "Deliliğin Çehreleri" dir ve bu çehrelerden birinci grubu ise bunaklık grubu oluşturur.

MICHEL FOUCAULT: Deliliğin Tarihi

ÜÇÜNCÜ AYIRIM

Deliliğin Çehreleri

I. BUNAKLIK GRUBU

“Bunaklık çeşitli, ama hepsi de aşağı yukarı aynı alanı kapsayan adlar altında -dementia , amentia, fatuitas, stupiditas,morosis- olmak üzere, XVII. ve XVIII. yüzyıl hekimlerinin çoğu tarafından tanınmaktaydı. Bu rahatsızlık diğer hastalıklardan soyutlanmış olarak oldukça kolay teşhis edilmekteydi; ama pozitif ve somut içeriği içinde tanımlanmamıştı.” (*)

(*) Burada karşılaştığımız ilginç ifadeler aynı zamanda bu kitabı yazma nedenlerimize de ışık tutuyor. Bunamanın XVII. ve XVIII. Yüzyıl hekimlerinin çoğu tarafından tanındığı tespitinden yola çıkılarak, diğer hastalıklardan soyutlanmış olarak oldukça kolay teşhis edildiği ama pozitif ve somut içeriği içinde tanımlanmamış olduğu söyleniyor. Bu içerik doğrultusunda, yukarıda anılan yüzyıllara rahat biçimde XX. ve XXI. Yüzyılları da ekleyebiliriz. Ya da bu ifadeleri şöyle güncelleştirebiliriz; Bunama, önceki yüzyıllardakine benzer biçimde, XX. ve XXI. Yüzyıl hekimlerinin çoğu tarafından da kolay (ve çoğu zaman da yanlış) teşhis edilmektedir ama pozitif ve somut içeriği içinde hala tanımlanmamış durumdadır. Yüzyıllar içinde değişmemiş görünen bu durumun nedeni, hiç

kuşkusuz, bunamaya yol açan durumların hastalık kavramları içinde tanımlanmamış olmasıdır.

“Bu iki yüzyıl boyunca bunaklık hep negatif unsurun içinde kalmış, karakteristik bir çehre edinmesi hep engellenmiştir. Bunaklık bir bakıma, zihin hastalıkları içinde deliliğin özüne en yakın olanıydı. Ama genel anlamdaki deliliğe -negatif olarak sahip oldukları içinde hissedilen deliliğe: düzensizlik, düşüncenin çözülmesi, hata, yanılsama, akıllı olmama, gerçek-olmama-. Bir XVIII. yüzyıl yazarı işte sadece aklın tersi ve zihnin olağan bir durumu olarak kavranan deliliği, hiçbir pozitif biçimin tüketmeyi veya sınırlandırmayı başaramadığı yaygın bir kapsam içinde, çok iyi bir şekilde tanımlamaktadır: "Deliliğin sonsuz çeşitlilikte belirtileri vardır. Görülmüş ve işitilmiş her şeyi, düşünülmüş ve tartışılmış her şeyi bileşimine dahil eder. En uzak gözükenleri birbirine yaklaştırır. Tamamen unutulmuş benzeyeni hatırlatır. Eski imgeler canlanır; söndükleri sanılan nefretleri uyandırır, eğilimler daha şiddetli hale gelir; ama bu durumda her şeyin ayarı bozulmuştur. Fikirler karışıklıkları içinde, hiçbir amaç ve akıl olmadan bir araya getirilen matbaa harflerine benzer. Bu durumdan hiçbir amaçlı yöneliş çıkmayacaktır." Bunaklık işte bu düzensizliğinin tüm negatifliği içinde kavranan deliliğe yaklaştırılmaktadır.” (**)

() Burada, o yüzyıllar içinde haklı nedenleri olabilecek biçimde, dış görünüşleri ve belirtileri açısından bunamanın deliliğe benzeştirildiği ve kurulan benzerlikte bunamanın deliliğin negatif kavramları içinde ele alındığını görüyoruz. Günümüzde belki delilikle**

benzerlik kurulmuyor ama algılardaki negatif kavramların hakimiyeti sürüyor!

“Demek ki bunaklık zihinde aynı anda hem uç rastlantı, hem de tam determinizmdir; bu durumda bütün sonuçlar meydana gelebilir, çünkü bütün nedenler ona yol açabilir. Düşünce organlarında hiçbir karışıklık yoktur ki, bunaklığın veçhelerinden birine yol açmasın. İşin aslını söylemek gerekirse, bunaklığın belirtisi yoktur; bunaklık esas olarak deliliğin mümkün bütün belirtilerine açık bir olasılıktır.”(***)

(*) Burada, bunama ve delilik kavramları arasında davranış bozuklukları üzerinden bir bağlantı kurulduğunu görüyoruz ki, yanlış olmayan bu bağlantı, bize Alzheimer Hastalığı kavramında yer alan ve çoğu zaman hastalığın geç evrelerinde ortaya çıkan psikiyatrik belirtilerin kökenini anlamamız konusunda yardımcı oluyor.**

“.....Bedensel ruhun makamı, içinde yayıldığı ve böylece canlı birliğini sağladığı organik ve fonksiyonel mekânda bulunmaktadır; bu ruh burada aynı zamanda dolaysız eyleminin alet ve organlarına da sahiptir; bedensel ruhun makamı beyindir..... Bunaklık durumunda ya bizzat beynin zarara uğradığını, ya hayati ruhlarda bir bozulma olduğunu, ya da makam ile organların, yani beyin ile hayati ruhların birlikte rahatsızlandıklarını varsaymak gerekir. Eğer hastalığın nedeni tek başına beyinse, bunun kökeni önce beyinsel maddenin boşluklarında aranabilir, ya uygun bir şekilde işleyemeyecek kadar küçüktür, ya da bunun tersine aşırı büyüktür ve bu yüzden daha az sağlam ve daha düşük kalitede olmaktadır. Ama bazen beynin biçimini de araştırmak gerekir; hayati

ruhların eşit bir şekilde iş görmelerine olanak veren şu gıobosa biçimine sahip değilse, eğer bir depresyon veya anormal bir şişme meydana geldiyse, hayati ruhlar düzensiz olarak gönderilir; aldıkları yol esnasında şeylerin aslına gerçekten sadık imgeleri aktaramaz ve rasyonel ruha gerçeğe uygun görüntüler veremezler: bunaklık işte buradadır. Daha da incelmış bir şekilde; beyin işleyişini gerektiği üzere sürdürebilmek için belli bir ısı ve nem yoğunluğunu, belli bir tutarlılığı, belli bir dokuyu sürdürmek zorundadır; aşırı nemli veya aşırı soğuk hale gelirse -bu durum çocukların ve yaşlıların başına sıklıkla gelmekte değil midir?- stupiditas'ın belirtileri ortaya çıkma-ya başlar; beyin dokusu kabalaştığında veya basıncı arttığında da aynı şeyler görülür; beyinsel özün üzerindeki bu basıncın havanın ağırlığından kaynaklandığı düşünülemez mi?" (****)

(**) Daha önce batı düşünce tarihinde bunamanın ve deliliğin beyinde kaynaklandığını ileri süren bir damar olduğunu ve bunun Hipokrat'ın Beyin Hipotezi olduğunu söylemiştik. Bu paragrafta, Tales'başlayan doğa felsefesinin dayandığı ilkeler ve bunun Hipokrat'la insan vücuduna uygulanmasından bahsediliyor.**

“.....Bunaklık bir bakıma deliliktir, ama belli bir delilik biçimine özgü belirtiler hariç, genel gerçeği içindeki asıl delilik. Bunaklık beynin, liflerin ve hayati ruhların bilgece mekaniği içinde akla aykırı olarak bulunan her şeydir. Fakat tıbbi kavram böylesine bir soyutlama düzeyinde yoğrulamaz, bu noktada nesnesinden aşırı uzaktadır; tıbbi kavram tamamen mantıksal ikilikler halinde eklenir; potansiyeller üzerine

kayar, etkin bir şekilde çalışamaz. Bunaklık tıbbi deney olarak billurlaşamaz. Bunaklık kavramı XVIII. yüzyılın ortalarına doğru hâlâ negatiftir. Organik dünya Willis'in tıbbından katı cisimler fizyolojisine varana kadar edasını değiştirmiştir; fakat çözümlene aynı tipten olarak kalmaktadır; yalnızca, sinir sisteminin dışı vurabileceği bütün "akıl bozukluğu" biçimlerini bunaklık içinde kuşatmak söz konusudur." (*****)

(*****) Burada, günümüz tıbbının işleyişine de eleştiri olabilecek türden bir çözümlene yapılıyor. Öne çıkan tespitler şunlar;

1. Bunaklık ve delilik arasında bu kez sınırlar çiziliyor. Buna göre, bütün delilikler bunamayla özdeş kabul edilemez ve yukarıda "dışlanmışlar" arasında sayılan birinci grup yani sefihlerin, har vurup harman savuran babaların, hayırsız evlatların, dine küfredenlerin, "kendilerinden kurtulmak isteyen" kişilerin ve âdetleri serbest olanların "deliliği" bunaklık kavramı dışına çıkartılır. Buna karşın; ikinci grubu oluşturan ve genel olarak dışlanmışların onda birini oluşturduğu söylenenler "mezcuplar", "zihni yabancılaşmışlar" ve "tamamen delirmiş" insanlar olarak bunamayla deliliğin ortak zemini olarak ele alınır.

2. Bunamanın kavramlarının negatif olmasının kökeninde beyinden kaynaklanmayan deliliklere dair etkilenme olduğu kadar tıbbın gelişim tarihinde anatominin ortaya çıkmasından beri hastalıklar için kullanılan, tıbbi kavramın tamamen mantıksal ikilikler halinde eklemlenmesi ve potansiyeller üzerine kayması ve bu nedenlerle bunaklık konusunda tıbbi deney yapılamaması da vardır. Düşüncemiz odur ki; günümüz tıbbının, daha da somut biçimde günümüz psikiyatrisi-nin ve nörolojisinin "delilik" ve bunama konusundaki açmazlarının kökeninde de bu gelişmenin doğurduğu algılar vardır. Örneğin psikiyatrinin gelişiminde yola çıkış noktası

biyoloji ve beyin olduğu halde, bir çok bozukluk konusunda anatomik bakış açısıyla deney yapılamadığından bu bozukluklar daha sonra “beyinsel olan” ve beyinsel olmayan” diye iki gruba ayrılmış ve bu gelişme psikiyatriyi biyolojiden davranış bilimlerine ve psikinalize kaydırmıştır. Şimdilerde psikiyatride biyolojik köken anlamında eskiye dönüş yaşıyor olsa da! Günümüz nörolojisinde ise bu türden bir geriye dönüş bile yaşanmamakta, her problemin çözümü “gövde-sel” belirtilerle ve refleks çekici neyi gösteriyorsa o şekilde algılanmaktadır. Bunlar, kitabımızın ana fikri olan “sahipsizlik” kavramının modern tıpta ortaya çıkmasının ana nedenleridir. Bu durum, modern tıbbın hem “delilik” hem de bunama konularına bilimsel açıdan yeniden bakabilmesi için nöropsikiyatri uzmanlık alanının yeniden ortaya çıkmasının gereğini göstermektedir. Yeniden ortaya çıkması diyoruz çünkü Alzheimer Hastalığının tanımlandığı yüz yılı aşkın süre önce nöropsikiyatri vardı ve bu sayede Augusta Deter gibi “delilik” belirtileri gösteren hastalara psikiyatri uzmanları otopsi yapabiliyordu. Bu arada, o günlerin şartları içinde bir hastalığa “erken bunama- demans precox- erken başlangıçlı demans” adının verildiğini ve sonra-dan nörolojiyle psikiyatrinin ayrılmasıyla bu hastalığın adının şizofreni olarak değiştirildiğini unutmayalım ki, bu değişiklik bilimsel bir eksen kaymasının ayak seslerinden başka bir şey değildi.

5.2 SIMONE de BEAUVOIR- Yaşlılık



Simone de Beauvoir'ın 1970'de yayınlanan YAŞLILIK eseri iki kitaptan oluşur. Bunlar; YAŞLILIK- İlk Çağ ve YAŞLILIK- Son Çağı kitaplarıdır. (YAŞLILIK- İlk Çağ ve Son Çağı. S.de Beauvoir, Milliyet Yayınları, 1970.) Bu kitaplarda yaşlanma ve yaşlılık kavramları ve gerçekleri toplumsal gerçekçilik gözüyle eleştirel biçimde ele alınır. Yazılmış oldukları 1960'larda bu konunun tümüyle ihmal edilmiş hatta tabu kabul edilen bir konu olduğu ve bunun devletin ve bilim dünyasının tavırlarını da etkilemiş oldukları belirtilir. Yazarın bu kitabının, yazdığı

diğer kitapların konularını oluşturan cinsiyet ve kadın hakları gibi konularda da olduğu gibi, toplum bilincinde çığır açıcı, öncü ve radikal bir kitap olduğu söylenebilir. Nitekim YAŞLILIK, ortaya çıktığında, diğer kitaplarında da olduğu gibi, önce tepkiyle karşılanacak sonra ise bir yandan bir yaşam felsefesi kitabı diğer yandan da bir sistem eleştirisi kitabı olarak algılanacaktır.

Simone de Beauvoir, kitabının başında yer alan bir röportaj sırasında romanını neden yazdığı sorulduğunda, bunu iki gerekçeyle açıklar; yaşlılık sorunlarının devlet ve toplum tarafından ağır biçimde ihmal edilmiş olması ve kendisinin yaşlılık sınırına gelmiş olması. Birinci gerekçeyle ilgili olarak YAŞLILIK'ta sayısız araştırma sonucunu ve belgeyi sunar. Bunlar arasında, o yıllarda popüler bir bilgi dalı haline gelmekte olan sosyal antropolojiye dayanan belgeler de vardır. Sosyal antropolojinin kurucusu Claude Levi-Strauss, yaşlılık olgusunun yarattığı algıların toplumdaki topluma ve kültürden kültüre değişkenlik gösterdiğini ve bu algının diğer insan algıları gibi her kültürün kendi "mit" ine dayandığını söyler. Ona göre, öbür dünyaya ve reinkarnasyona inanan toplumların yaşlılığa bakışıyla modernist laik toplumun yaşlılığa bakışı çok farklıdır. Birinde doğal biçimde algılanan öbüründe üretim dışı ve cinsellik dışı kalmışlığıyla yabancılaşmıştır. Simone de Beauvoir yirminci yüzyılın ortalarında Fransa'da bu konuyla ilgili olarak varolan yabancılaşma ve ihmellere karşı çıkar. Bu karşı çıkış, kadınlık sorununa yönelik olarak İKİNCİ CİNSİYET'i nasıl yazdıysa bu

kez ona YAŞLILIK'I yazdıracaktır! (KADIN- İKİNCİ CİNSİYET. S.de Beauvoir, Payel Yayıncılık,1993.)

YAŞLILIK'ın önsözünde Beauvoir şunları söylemektedir;

“BUDA, daha prens Sinddharta iken babası tarafından muhteşem bir saraya kapatılmıştı ve Buda çevrede arabayla dolaşmak için birçok kereler saraydan kaçtı. İlk çıkışında güçsüz, kuvvetsiz, dişleri dökük, her yanı buruşmuş, akpak, kamburu çıkmış, bir sopaya dayanıp duran; ne dediği anlaşılmaz, tir tir titreyen bir adama rastladı. Şaşırdı; arabacı, Prense bunun ihtiyar bir adam olduğunu söyleyip anlattı. Prens; «Yazık, gençliğe özgü gururla başı dönmüş, güçsüz ve cahil yaratıklar yaşlılığı görmüyorlar!» diye bağırdı. «Çabuk, eve dönelim! Madem gelecekteki yaşlılığın durağıyım, öyleyse oyunlarla eğlenceler neye yarar.»

Buda, bir ihtiyarda kendi öz kaderini gördü; çünkü, insanları kurtarmak için doğmuş Buda, insanların durumunu her şeyiyle kendine ödev bilmek istiyordu. Bu yüzden onlardan ayırdı. İnsanlar hoşlarına gitmeyen görünüşlerden sıyrılıp kaçarlar. Özellikle de yaşlılıktan. Amerika kendi sözlüğünden 'ölü' kelimesini çıkarmıştır. Amerika'da (yaşlanıp ölmüş kişi yerine, O.T.) 'kaybolmuş sayın kişi'den söz edilir. Hattâ bu ülke ileri yaşlara her türlü referansı vermekten kaçınır. Bugün Fransa'da ihtiyarlık yine yasak bir konudur.

KOŞULLARIN GÜCÜ' (KOŞULLARIN GÜCÜ. S.de Beauvoir, Payel Yayıncılık, 1995) nün sonunda bu yasağı çiğnediğimde,

amanın, nasıl da şimşekleri üstüme çektim, anlatamam! Kabul etmeli; yaşlılığın eşiğindeydim, bu, yaşlılığın bütün kadınları gözlediği, onlardan pek çoğunu da pençesinin altına aldığı an demekti. Kibarca ya da öfkeyle, pek çok kişi — hele yaşlılar— yaşlılık diye bir şeyin olmadığını sık sık tekrar ettiler bana. Yalnızca ötekilerden daha az genç olan insanlar vardır, hepsi o kadar. Toplum için, yaşlılık, sözü edilmesi ayıp, bir çeşit utandırıcı sır gibi görülür. Kadın hakkında, çocuklukla ve yeni yetmelikle ilgili, her alanda verimli bir edebiyat vardır da uzmanca eserlerin dışında yaşlılığa değinenler pek enderdir.

Bir resimli roman ressamı bütün çizdiklerini yenilemek zorunda kalmıştı, çünkü kişileri arasına bir büyükanne - büyükbaba çifti koymuştu. Ona: «Yaşlıları çıkar» diye emir verildi. Yaşlılık üzerine bir denemeye çalıştığımı söylediğim zaman da çokluk: «Aman ne düşünce!.. Ama siz yaşlı değilsiniz ki!.. Üstelik hiç de iç açıcı bir konu değil...» diye bağıyorlar. İşte bu kitabımı, bu sessiz anlayışı bozmak için yazdım. Marcuse; Tüketim toplumu, mutsuz bilinç yerine mutlu bir bilinç koydu ve böylece suçlu olma duygusundan sıyrılıyor, der. Tüketim toplumu ihtiyarlar söz konusu olduğunda sadece sanık durumunda değil, aynı zamanda suçludur da. Gelişim ve bolluk efsanelerinin ardına sığınmış bu tüketim toplumu, ihtiyarlara parya muamelesi yapar, ihtiyarların oranının dünyada en yüksek olduğu, 65 yaşından yukarı olanların halkın % 12'sini teşkil ettiği Fransa'da bile hepsi yoksulluğa, yalnızlığa, hastalıklara, umutsuzluklara

mahkûm edilmişlerdir. Amerika Birleşik Devletlerinde de kaderleri daha iyi değildir. Tüketim toplumunun açıkça öğretmeye yeltendiği insancı ahlâkla yine onun barbarca tutumunu uzlaştırmak için, egemen sınıf, ihtiyarları insan yerine koymamayı uygun bulur, ihtiyarların sesine kulak verilseydi, bu sesin insancıl bir ses olduğunu itiraf ve kabul etmek gerekecekti. Ben, okurlarımı bu sese kulak vermeye zorlayacağım: İhtiyarlara uygulanan durumu ve bu durum içinde onların yaşayış tarzlarını tasvir edeceğim. Yalanlarla, efsanelerle, burjuva kültürünün basma kalıp sözleriyle niteliği bozulmuş olan şeyi, kafalarından ve yüreklerinden gerçekten geçen şeyi söyleyeceğim.

İhtiyarlara saygı göstermede toplumun tutumu, oldum olasıya son derece iki yüzlüdür. Genel olarak, toplum, ihtiyarlığa ileri yaştakilerin kurduğu bir sınıf olarak bakmaz. Ergenlik bunalımı, çocukla yetişkin arasında, ancak dar sınırlar içinde değişebilen bir işaret çizgisi çekmektedir: 18 ve 21 yaşlarındaki gençler, büyükler topluluğunda kabul edilirler. Bu tür bir geçiş, hemen hemen her zaman “geçiş” törenleriyle belli edilir.

İhtiyarlığın başlangıç zamanı iyi tarif edilmemiştir, yerlere ve çağlara göre değişir. Yeni bir konum getiren, ihtiyarlıkla ilgili “geçiş” törenlerine hiçbir yerde rastlanmaz.

Politika alanında, bireyin yaşadığı süre, hak ve ödevleri aynı kalır. Medenî kanun yüz yaşındaki bir adamla kırk yaşındaki bir adam arasında hiçbir ayırım yapmaz. Hukukçulara göre;

patolojik haller dışında, yaşlı insanların cezaî sorumlulukları gençlerinki kadar tamdır. Kişinin 60 ya da 80 yaşına ulaştığı gün bazı toplumlarda kutlanan bayramlar bir tören niteliği taşımazlar. Diğerleri arasında bir özellik olarak ayrı bir kategoriye sokulmazlar. Hoş, onlar da bunu istemezler zaten. Çocuklar ve yeni yetmeler için kitaplar, yayınlar, gösteriler, televizyon ve radyo programları vardır. Yaşlılara yok, tabii. Böylece bu gibi durumlarda, ihtiyarlar, çok genç yetişkinlerin arasında kaynayıp gitmektedirler. Bununla beraber ihtiyarların ekonomik durumu söz konusu olunca, onlar, yabancı bir cinstenmiş gibi kabul edilirler, ihtiyarlara karşı insanın kendini borcunu ödemiş hissetmesi için ufak bir yardımda bulunmak yettiğine göre; onlar, diğer insanlarla ne aynı ihtiyaçlara, ne de aynı duygulara sahiptirler.

Bu yanılmayı iktisatçılar ve kanun koyucular kabul etmektedirler, ancak bu arada toplumdaki etken olmayanların yükünün etkenler tarafından temsil edilmesinden de hoşlanmıyorlar: Oysa, bu etkenler geleceğin etken olma-yanları olacaklardır ve yaşlı insanların yükünü üstlerine almakla kendi öz geleceklerini sağlamaktadırlar. Sendikacılar da bu konuda yanılmıyorlar; hakları ileri sürdüklerinde emeklilik sorununa her zaman geniş bir yer ayırıyorlar. Hiçbir ekonomik güç teşkil etmeyen yaşlıların, haklarından yararlanma yolları yoktur; sömürücülerin çıkarı, çalışanlarla verimsiz olanlar arasındaki dayanışmayı yıkmaya bağlıdır. Hem de bunu, verimsiz olanları kimsenin savunamayacağı bir biçimde yaparlar.

Burjuva düşüncesinin ortaya attığı efsaneler ve basma kalıp sözler, ihtiyar insanı başka biri gibi göstermeye çabalar.

Proust; «Hayat,oldukça uzun yıllar sürmüş olan erginlerle ihtiyarları meydana getirir» diyor. İhtiyarlar yaşamakta olan insanın hatalarını ve niteliklerini taşırlar. Oysa, kamuoyu bunu bilmezden gelir. İhtiyarlar gençlerle aynı istekleri, aynı duyguları, aynı ihtiyaçları gösterebilirler türlü rezalete sebep olurlar. İhtiyarlarda aşk, kıskançlık duyguları iğrençlik uyandırıcı ya da gülünçtür: cinsellik tiksintiyle karşılanır. Erdem örneği olmak zorundadırlar. Herşeyden önce onlardan 'sükûnet' beklenir: ihtiyarların 'sükûnet' içinde oldukları ileri sürülür, bu da onların mutsuzluğuyla ilgilenmemeye yol açar. İhtiyarlara yakıştırılan saf görünüş, ak saçları başında harelenmiş, pek çok deneme görmüş geçirmiş ve 'muhterem', insan olma halinin çok ötelerinde hüküm süren bir 'filozof' görünüşüdür. Eğer bu durumdan çıkarlarsa aşağılara yuvarlanırlar; öncekinin tam tersi olan bu görünüş,yerli yersiz konuşup hareket eden, çocukların maskarası olmuş yaşlı deli görünüşüdür. Ne olursa olsun, ihtiyarlar erdemleri ya da ahlâk düşkünlükleriyle insan topluluğunun dışında yer alırlar.

Bu dışa atmayı o kadar ileri götürürüz ki, sonunda işi ihtiyarın bize karşı olmasına kadar vardırırlar. Bir gün bizim de içine düşeceğimiz ihtiyarlıkta kendimizi görüp tanımak istemeyiz. Proust: «Bütün gerçekler içinde, (ihtiyarlık) gerçeği, hayatta, bütünüyle soyut bir kavram olarak belki

uzun süre içimizde taşıdığımız tek gerçektir.» diye yazıyor. Bütün insanlar ölümlüdürler: ölümü düşünürler. Aralarından büyük bir çoğunluk yaşlanır: Hemen hemen hiçbirisi bu değişkenliği önceden düşünmemiştir. İhtiyarlık kadar beklenmedik, ihtiyarlık kadar akla gelmeyen hiçbir şey yoktur. Gelecekleriyle ilgili soru sorulduğunda gençler — özellikle genç kızlar— 60 yaş sınırında hayatı durduruyorlar. Bazıları «Ben oraya kadar bile varmayacağım, daha önce öleceğim.» diyorlar. İçlerinden bazıları da: «Daha önce kendimi öldüreceğim» diyor. Yetişkin insan sanki hiç ihtiyar olmayacakmış gibi davranır. Çoğunlukla, çalışan erkek emeklilik saati gelip çatınca şaşırıp kalır. Oysa, emeklilik tarihi önceden tesbit edilmiştir; bunu bilir, buna hazır olması gerekir. Gerçek şudur; iş kritik bir duruma gelmedikçe insan son ana kadar bütün bu bilginin yabancısıdır. Günü gelince ve o güne yaklaşılnca, ihtiyarlık ölüme yeğ tutulur. Bununla birlikte, zamanla en çok dikkatimizi çeken şey, ölüm olacaktır. Ölüm, ansızın önümüze çıkan yollardan biridir, her yaşta bizi tehdit eder. Bize bir anlığına değip geçtiği, sık sık korkuttuğu olur, oysa gençken ya da güçlü kuvvetliyken yaşlılık pek akla gelmez. Buda örneği, gelecekteki yaşlılığımızın durağında olduğumuzu aklımıza getirmeyiz. Yaşlılık bizden öyle uzak bir zaman parçasıyla ayrılmıştır ki, gözümüzde sonsuzluğa karışıp gider. Bu uzak gelecek bize gerçek dışı gibi gelir, ölümler de bir hiçtir. İnsan bu yokluğun önünde metafizik bir baş dönmesi duyabilir; ama bu yokluk kesin bir şekilde yerine oturmuştur, tartışma götürmez.

«Artık var olmayacağım» der ve “bu kayboluş içinde özdeşliğimi korurum”. Bu özdeşlik, öncelikle, ölümsüz bir ruha sahip olduklarına inananlar için bir 'teminat'tır. Oysa 20 yaşında, 40 yaşındaki ihtiyarlığı düşünmem demek, sanki başka birini düşünmem demektir. Öyleyse değişimde bütünüyle korkutucu bir şey var. Şaşkındım, çocuktum ve bir gün büyük biri olacağım gerçeğini gördüğümde de sıkıntılıydım. Fakat olduğu gibi kalmak tutkusu, yetişkin insan görünüşünün dikkate değer olması yüzünden genç yaşta genellikle ağır basar. Yaşlılık, bir felâket gibi belirince, kendini iyi korumuş sanılan kimselerde bile ortaya çıkan fiziksel yıpranış gözlerden okunur. Çünkü insan türü, yıllara bağlı olan değişimlerin hemen göze çarptığı bir türdür. Hayvanlar cılızlaşır, zayıflarlar ama değişime uğramazlar. Bizler uğrarız. Güzel bir genç kadının yanındaki annesi, kadının gelecek yılların aynasındaki hayalidir. Bunu görünce içimiz üzüntüyle daralır. Lévi-Strauss, Nambikvvara'lı Hintlilerin «genç ve güzel» ve «ihtiyar ve çirkin» kelimelerini tek bir kelime olarak kullandıklarını söylüyor. İhtiyar insanların bize sunduğu geleceğimizin görüntüsü önünde, kılımız bile kıpırdamadan duruyoruz. İçimizde bir ses, böyle bir şeyin bizim başımıza gelmeyeceğini boş yere mırıldanır durur. Böyle bir şey olup bitince de artık biz, biz değilizdir. Yaşlılık, üstümüze çökmeden önce ancak başkalarına ait bir şeydir.

Bütün bunlardan şu anlaşılıyor; toplum, ihtiyar insanlarda kendi benzerlerimizi görmekten bizi alıkoymayı

başarıyor. Ufak tefek şeylerle uğraşmayı bir yana bırakalım, hayatımızın anlamı bizi bekleyen gelecekte söz konusudur. Eğer ne olacağımızı bilmiyorsak, kim olduğumuzu bilmiyoruz demektir. Şu ihtiyar adamda, şu ihtiyar kadında kendimizi görüp tanıyalım. İnsanlık durumumuzu bir bütün olarak üstlenmeyi istiyorsak, böyle davranmak gerekir. Bir kere ömür sonu felâketini artık kayıtsızlıkla karşılayamayacağız, kendimizi her an onunla ilintili hissedeceğiz; gerçekten de böyleyiz. Ömrün sonu, içinde yaşadığımız sömürü düzenini olduğu gibi açığa vurur. Kendi ihtiyaçlarını karşılamaya gücü yetmeyen ihtiyar, her zaman için bir yükür. Fakat bir köy komünü içinde, bazı ilkel uluslarda olduğu gibi belli bir eşitliğin hüküm sürdüğü topluluklarda yetişkin insan, belki de bilmeden, bugün ihtiyara verdiği yerin, yarın kendi yeri olacağını da bilir. Bütün köylerde yaygınlıkla dolaşan Grimm hikâyelerinin anlamı da budur. Sözgeleş; Bir köylü ihtiyar babasına, aileden uzakta bir yerde, bir tahta fıçının içinde yemek yedirmektedir. Bir gün köylü kendi oğlunu küçük tahta parçaları toplarken yakalar, çocuk «bunları senin ihtiyar olacağın zaman için topluyorum» der. Bunun üzerine büyükbaba hemen herkesin oturduğu masada yerini alır. Topluluğun etken ve çalışan üyeleri, uzun vadeli çıkarlarıyla günlük çıkarları arasında uzlaşmalar icat etmişlerdir. Âcil ihtiyaçlar, bazı ilkel insanları ihtiyar ana-babasını öldürmeye zorlar, daha sonra da aynı akıbete uğrayarak ödeşirler. Çok aşırı olmayan durumlarda önceden görme ve evlâtlık duygularına sahip olma bu bencilliği azaltır.

Kapitalist dünyada artık uzun vadeli çıkarın yeri yoktur: Kitlenin kaderini ellerinde tutan imtiyazlılar bu kaderi paylaşmaktan korkmazlar. İkiyüzlü çenebazlıklara rağmen imtiyazlılar, insancıl duygularla davranmaya sıra gelince kendilerini uzak tutarlar. İktisat, çıkar temeli üzerine dayanır, pratik olarak bütün uygarlık ona bağımlıdır. İnsan denen gereçle, ancak ürün verdiği sürece ilgilenilir. Sonra fırlatıp atılır. Bir kongrede, Cambridge’de antropolog olan Doktor Leach «Makinaların en küçük işleri yaptığı, değişmeler içindeki dünyada insanların uzun süre hizmet etmesi gerekmiyor. 55 yaşını geçen kişi bir kenara bırakılmalıdır.» diyor. «Kenara bırakılmak» sözü, söylenmek isteneni çok iyi anlatır. Bize emekliliğin özgürlük ve oyalanmalar devri olduğu söylenir. Şairler «kuytu limanın güzelliklerini” överler. Bunlar, utanmazca aldatmalardır. Toplum, yaşlıların çoğunu öyle bir hayat düzeyine oturtur ki, «yaşlı ve yoksul» deyimini sözü uzatmaktan başka bir işe yaramaz; çünkü iki kelime de aynı kapıya çıkar. Tersine, yoksulların çoğu ihtiyarlardır. Oyalanmalar, emekliye yeni olanaklar açmaz. Tam ayak bağlarından kurtulduğu sırada, bireyin kendi özgürlüğünü kullanma yolları elinden alınır. Yalnızlık ve can sıkıntısı içine atılıp, tam bir gözden düşmeyle bitkisel bir hayata mahkûm edilir. Hayatının son on beş ya da yirmi yılında bir insana artık bir hiç gözüyle bakılması, bizim uygarlığımızın başarısızlığı değildir de nedir? İhtiyarları yürüyen ölümler değil de, yaş yaşayıp gün görmüş insanlar yerine koyarsak anlattığımız bu apaçık durum bizi boğar,

bunaltır. Bizim olan bu bozuk düzene parmak basanlar, bu rezaleti gün ışığına çıkarmalıdır. Bir toplumu sarsmayı başarmak için bütün çabalar, en yeteneksizlerin kaderini değiştirmek üzerinde toplanmalıdır. Gandhi, kastlar düzenini yere sermek üzere paryaların durumuyla uğraştı, feodal aileyi yıkmak için Kızıl Çin kadına hak tanıdı, insanların son demlerinde yine insan olarak kalmalarını istemek köklü bir kargaşalığa yol açacaktır. Zaten kurulu düzene dokunmadan bazı sınırlı değişikliklerle bu sonucu almak mümkün değildir: Bu insanlık dışına itilmiş ihtiyarlar, emekçilerin sömürülmesinin toplumun atomizasyonunun, seçkin, imtiyazlı ve yönetici sınıfa ayrılmış bir kültür sefaletinin sonucudur. Bütün bunlar her şeyin ta başından ele alınması gereğini gösteriyor, işte bunun için bu sorun sessizce geçiriliyor, işte bunun için de bu sessizliği bozmak gerekir. Bu konuda okurlarımın bana yardımcı olmalarını dilerim.”

“YAŞLILIK” TA İNCELENEN YAŞLILIĞA DAİR ÖNYARGILAR

Beauvoir’ın YAŞLILIK romanı, romandan da öte toplumsal gerçekçilik bakış açısıyla kaleme alınmış ve bilimsel verilerle desteklenmiş nadir bir denemedir. Her iki açıdan da, bu eser batı yazınında yaşlılık olgusunu ele alan ve onun üzerinden farkındalık yaratan ilk örneklerden sayılabilir. Yazılmasının odak noktasında ikili bir eleştirelilik ve duyarlılık vardır: Hem bireyin hayatını hem de toplumun bireylerin hayatına yaklaşımını kapsar biçimde; bireyin (ve bu örnekte yazarın

kendisinin de) yaşlanma gerçeğiyle yüzleşmesi ve bu yüzleşmeyi yaşayan bireylerin mensup olduğu toplumun geçmişten devraldığı duyarsızlık ve umursamazlık.

Beauvoir kitabını 1960'larda yazmaya başladığı için yukarıda okuduğumuz yaşlılıkla ilgili olumsuz ifadelerin 20 Yüzyılın ortalarında Avrupa'nın en gelişmiş ülkelerinden birindeki, Fransa'daki durumu yansıttığını söyleyelim. Beauvoir kitabı boyunca bu durumu iki boyuttaki örneklerle karşılaştırır. Ona göre, Fransa gibi modernist, kapitalist ve sosyal sınıfların mevcut olduğu, diğer bir yaklaşımla, endüstrinin, teknolojinin, bilimin ve beraberinde modern sanatların çok gelişmiş olduğu bir ülkede toplumsal ve sosyal açılardan yaşlanan insana bir hiç gözüyle bakılması, bu tür bir medeniyetin doğasından kaynaklanan bir başarısızlıktır. Bu başarısızlığı "..... emekçilerin sömürülmesinin toplumun atomizasyonunun, seçkin, imtiyazlı ve yönetici sınıfa ayrılmış bir kültür sefaletinin sonucu" olarak niteler. Beauvoir bu örneği, hem o sıralarda gelişme gösteren sosyal antropolojinin sağladığı örneklerle hem de kitabın yazıldığı yıllarda sosyo-ekonomik ve sosyopolitik bakımlardan farklı düzenler içinde yaşamayı seçmiş ülkelerdeki örneklerle karşılaştırmaktadır. Ona göre, sosyal antropolojik açıdan, kapitalizm öncesi toplumlarda yaşlılığa bakış açısının işlevsellik yitimi ve dışlanmayla ilgili bir tarihi varsa da yaşlıların komün ya da kabile yaşamında saygınlığı ve statüleri devam etmiştir. 20 yüzyıl içinde sömürgecilığe karşı mücadele ederek farklı düzenlere geçmiş ülkelerde ise örneğin, Gandi'nin

Hindistanında ve Mao'nun Çininde bu tür önyargılar, toplumda varolan kast düzenine ve ayrıcalıklı sınıflara özgü kabul edilip yasaklanmıştır. Beauvoir'a göre, kapitalist toplumun sınıf temeline dayanan hiyerarşi anlayışındaki işçi ve köylülerin durumu neyse yaşlı bireyler ve ikinci cins olarak kadınlar aynı kaderi paylaşmaktadır.

6

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ'NE GÖRE ALZHEIMER HASTALIĞININ KÜRESELLİK BOYUTU ve HASTALIĞIN BİLİMSEL ALTYAPISI

Dünya Sağlık Örgütü-WHO- nın Alzheimer'ın küresel bir sağlık problemi olduğunu ve ölüme yol açan hastalıklar listesinde ilk sıralardan birinde yer almaya başladığını ilan eden raporlar ortada dururken, tanımlanmasının üzerinden yüz yılı aşkın süre geçmesine rağmen Dünyada ve Türkiye'de henüz Alzheimer Hastalığına tıpta tam olarak hangi uzmanlık dalı tarafından bakılacağı gibi çok temel bir sorumuz bulunuyor. Bu temel sorunu kitap boyunca çok yönlü olarak irdelemeye çalışacağız. Öncelikle, hastalığın küresel bir sağlık tehdidi haline gelmekte olduğu konusunda Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yayınlanan verilere bakalım.

6.1 İLK 10 SIRADA YER ALAN KÜRESEL ÖLÜM NEDENLERİ (2000-2015)

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2000 yılında yayınladığı raporda ilk 10 sırada yer alan küresel ölüm nedenlerini şu şekilde sıralamıştı;

1. Kalp damar hastalıkları

2. İnme
3. Alt solunum yolu infeksiyonu
4. KOAH
5. İshal
6. Tüberküloz
7. HIV/ AIDS
8. Erken doğum
9. Akciğer kanseri
10. Doğum sonrası solunum yetmezliği

Örgütün 2015 yılında yayınladığı raporda ise ilk 10 sırada yer alan küresel ölüm nedenleri şu şekilde yer alıyor;

1. Kalp damar hastalıkları
2. İnme
3. Alt solunum yolu infeksiyonu
4. KOAH
5. Akciğer kanseri
6. Diyabet
7. Alzheimer Hastalığı
8. İshal
9. Tüberküloz

10. Trafik yaralanmaları

Birlikte değerlendirildiğinde, iki raporda da ortak olan hastalıklar olduğu gibi, 2015 tarihli listede ilk 10 hastalık arasında yer almayan ve bu listeye yeni eklenen hastalıklar da var. Örneğin, ortak olanlar arasında kalp damar hastalıkları, İnme, Alt solunum infeksiyonları, KOAH, Diyare, Tüberküloz ve Akciğer kanseri yer alırken; listeden çıkanlar içinde HIV/AIDS, Erken doğum ve Doğum sonrası solunum yetersizliği, yeni listeye girenler arasında ise Diyabet, Alzheimer Hastalığı ve Trafik yaralanmaları yer alıyor. Bu liste değerlendirme-lerini sırasıyla hala küresel sağlık problemi olmaya devam eden hastalıklar, tedavilerinde başarılı sonuçlar elde edildiği gibi riskleri gerileyen hastalıklar ve yeni ortaya çıkan küresel sağlık problemleri varlığı olarak değerlendirebiliriz. Alzheimer Hastalığı bunlar arasında diyabet ve trafik yaralanmalarıyla birlikte yeni bir küresel sağlık problemi olarak öne çıkıyor. Bunların üçünün de, orta sınıflarla ilgili artan refah ve tercihle ilgili olduğunu söyleyebiliriz: Diyabet (çok yeme), trafik yaralanmaları (turizm ve çok gezme) ve Alzheimer (çok yaşama).

Değerlendirmemize dönelim;

1. Yayınlanan raporlardan en ölümcül hastalıkların kalp hastalıkları ve inme olduğu anlaşılıyor.

2. Devamla, akciğer kanseri (trakea ve bronş kanserleriyle birlikte) 1.7 milyon ölümlerle sonuçlanırken, diyabet, 2015 yılında 1,6 milyon kişiyi öldürmüştü, en ölümcül bulaşıcı hastalık olan alt solunum yolu enfeksiyonları 2015'te dünya çapında 3,2 milyon ölüme neden olmuş.

3. İshal yapan hastalıklardan ölüm oranı ise 2000 ile 2015 yılları arasında neredeyse yarıya düşmüştü ancak 2015'te hâlâ 1.4 milyon kişinin bu nedenle öldüğü belirtiliyor. Benzer şekilde, tüberküloz aynı dönemde daha az insanı öldürmesine rağmen 1.4 milyon ölümlerle sonuçlanan bu hastalık en büyük 10 neden arasında yer almaya devam etmiş.

4. HIV / AIDS, 2000 yılında 1,5 milyon kişinin ölümüne neden olduğu halde 2015 yılında dünyadaki en büyük 10 ölüm nedeni arasında yer almamış.

5. Alzheimer Hastalığı 2000 raporunda yer almazken, aradan geçen süre içinde önceye nazaran iki misli ölüme neden olarak 2015 listesine girmiş. Diyabet ve trafik kazası yaralanmaları da 2015 listesine sonradan girmiş ölüm nedenleri.

Sadece bu şekilde değerlendirildiğinde; Alzheimer Hastalığı beş yıl içinde iki misli ölüme neden olan bir hastalık olarak küresel bir sağlık problemi olarak algılanmayı hak etmiş.

Şimdi de, GELİR GRUPLARINA GÖRE ÖLÜM NEDENLERİ (2015) istatistiklerine bakarak Alzheimer'ın küresellik boyutunu anlamaya çalışalım.

6.2 GELİR GRUPLARINA GÖRE ÖLÜM NEDENLERİ (2015)

Bu değerlendirme; yukarıda genel anlamda yapılmış olan, ilk 10 sıradaki küresel ölüm nedenleriyle ilgili istatistiklerin bu kez, dünya ülkelerinin gelir düzeylerine göre gruplandırılması temelinde ortaya çıkan istatistikleri içeriyor. Bu istatistiklerin sonuçları dört ülke kategorisinde ifade edilmiş. Bunlar; Düşük gelir grubu, Orta-alt gelir grubu, Orta-üst gelir grubu ve Yüksek gelir grubu ülkeler. Gelir gruplarına göre ülke sınıflamasında Dünya Bankası'nın Kişibaşı Yıllık Brüt Gelir Düzeyler esas alınmış. Sonra 2015 yılında bunların her birinde ölüme neden olan ilk 10 sağlık nedeni rapor edilmiş. İnceleyelim.

A. DÜŞÜK GELİR GRUBUNA GİREN (KİŞİ BAŞI YILLIK BRÜT GELİRİ 1025 DOLAR VE DAHA AZI) ÜLKELERDE İLK 10 ÖLÜM NEDENİ (2015)

- 1. Alt solunum yolları hastalıkları**
- 2. İshale neden olan hastalıklar**
- 3. İnme**
- 4. Kalp hastalıkları**
- 5. HIV/AIDS**
- 6. Tüberküloz**
- 7. Sıtma**
- 8. Erken doğum**

9. Doğum sırasında

10. Trafik kazaları

B. ORTA-ALT GELİR GRUBUNA GİREN (KİŞİ BAŞI BRÜT YILLIK GELİRİN 1026-3995 DOLAR OLDUĞU) ÜLKELERDE ÖLÜME NEDEN OLAN İLK 10 SAĞLIK PROBLEMİ (2015)

1. Kalp hastalıkları

2. İnme

3. Alt solunum yolu hastalıkları

4. KOAH

5. Tüberküloz

6. İshal yapan hastalıklar

7. Diyabet

8. Erken doğum

9. Siroz

10. Trafik yaralanmaları

C. ORTA-ÜST GELİR GRUBUNA GİREN (KİŞİ BAŞI BRÜT YILLIK GELİRİN 3996- 12375 DOLAR OLDUĞU) ÜLKELERDE ÖLÜME NEDEN OLAN İLK 10 SAĞLIK PROBLEMİ (2015)

1. Kalp hastalıkları

2. İnme
3. KOAH
4. Akciğer kanseri
5. Alt solunum yolu hastalıkları
6. Diyabet
7. Alzheimer Hastalığı
8. Trafik kazaları
9. Karaciğer kanseri
10. Mide kanseri

D. YÜKSEK GELİR GRUBUNA GİREN (KİŞİ BAŞI BRÜT YILLIK GELİRİN 12376 DOLAR VE DAHA FAZLA OLDUĞU) ÜLKELERDE ÖLÜME NEDEN OLAN İLK 10 SAĞLIK PROBLEMİ (2015)

1. Kalp hastalıkları
2. İnme
3. Alzheimer Hastalığı
4. Akciğer kanseri
5. KOAH
6. Alt solunum yolu hastalıkları
7. Kolon ve Rektum kanserleri

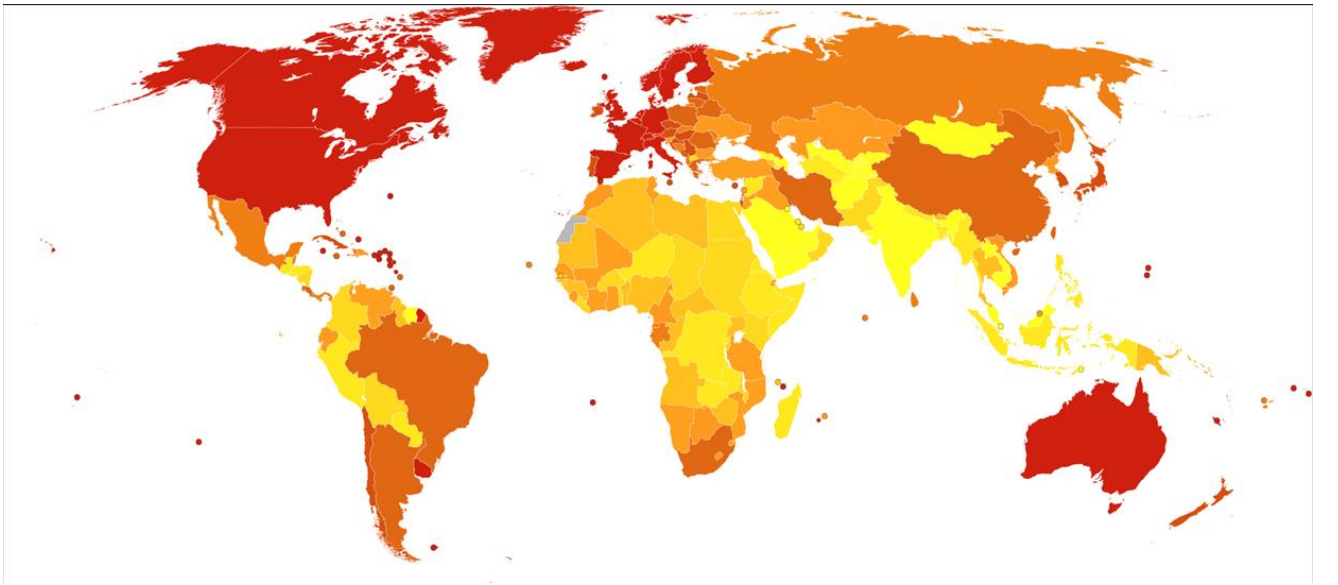
8. Diyabet

9. Böbrek hastalıkları

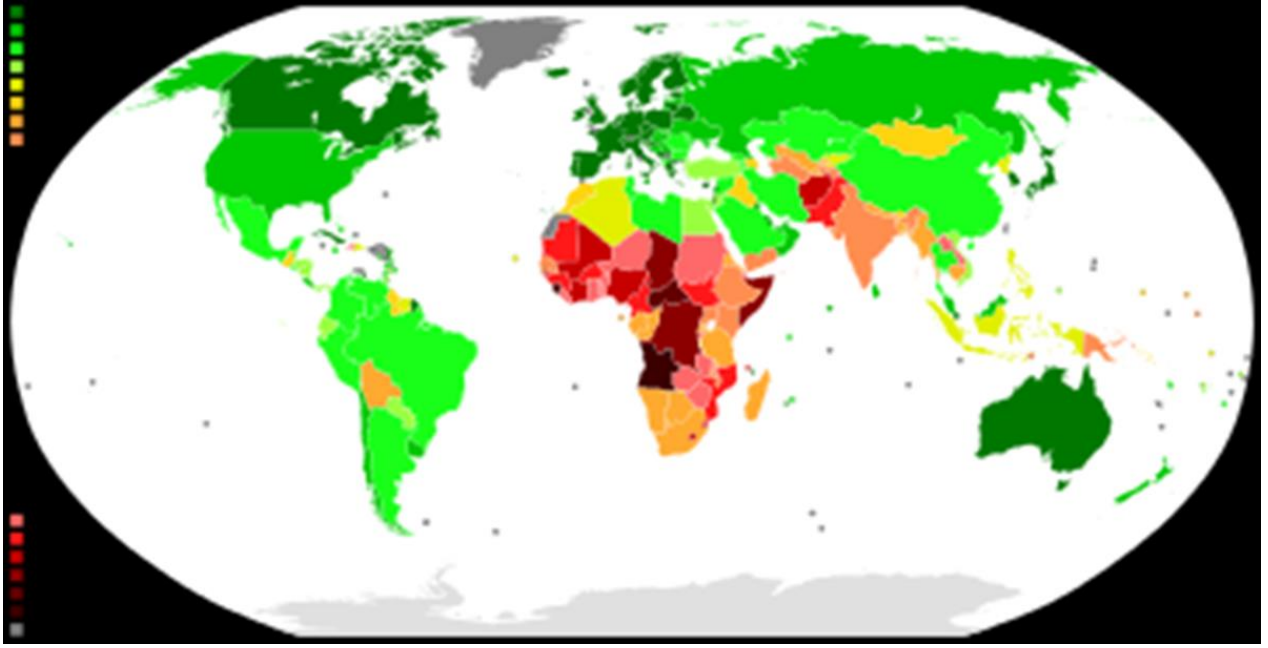
10. Meme kanseri

Bunlara göre, Alzheimer Hastalığının küresel sağlık problemi olarak istatistiklere girme kaynağı, ağırlıklı olarak orta-üst ve yüksek gelir gruplarının listesinde yer alması. Buna karşılık DSÖ, 2050'li yıllara kadar Alzheimer'ın orta-alt ve düşük gelir gruplarının durumlarındaki olumlu değişimlerle bağlı olarak bütün gelir gruplarında yer alacağını varsayıyor.

Aşağıda farklı renkler ve renk yoğunluklarıyla gösterilen iki dünya haritası var. Bunlardan üstteki Alzheimer raslanma sıklığının dünya haritası alttaki ise çocuk ölümlerinin dünya haritası.



Alzheimer Hastalığının görülme sıklığı dünya haritası. Koyu bölgeler görülme sıklığının yüksek olduğu, açık bölgeler düşük olduğu kıtaları ve ülkeleri gösteriyor.



Bebek ölümleri görülme sıklığı dünya haritası. Kahverengi, kırmızı, turuncu bölgeler bebek ölümleri görülme sıklığının yüksek olduğu, koyu yeşil en az görüldüğü bölgeler.

Günümüzde Alzheimer Hastalığının küresel boyutunun değerlendirilmesinde bu iki haritaya birden bakmanın yararlı olacağını düşünüyoruz. Özet olarak, Alzheimer Hastalığı şu an için olmasa da yakın gelecekte gerçek bir küresel sağlık tehdidi olarak karşımıza çıkmaya aday.

6.3 ALZHEIMER HASTALIĞININ BİLİMSEL ALTYAPISI

Alzheimer Hastalığının uzun zaman önce, geldiği son nokta olan ölüm üzerinden tanımlanmış olması ve o otopside bulunan patolojik bulgularla meşhur olması ve ardından da hastalığın uzun bir süre tüm dünyada unutulması, hastalığın

mekanizmalarını tanımlama gayretlerini yavaşlatmış ve ertelemiştir.

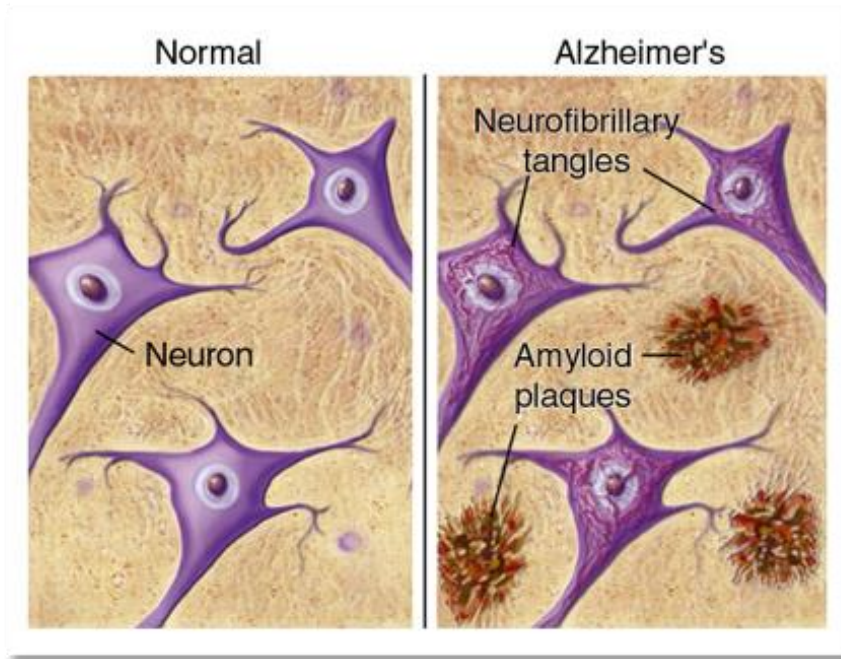
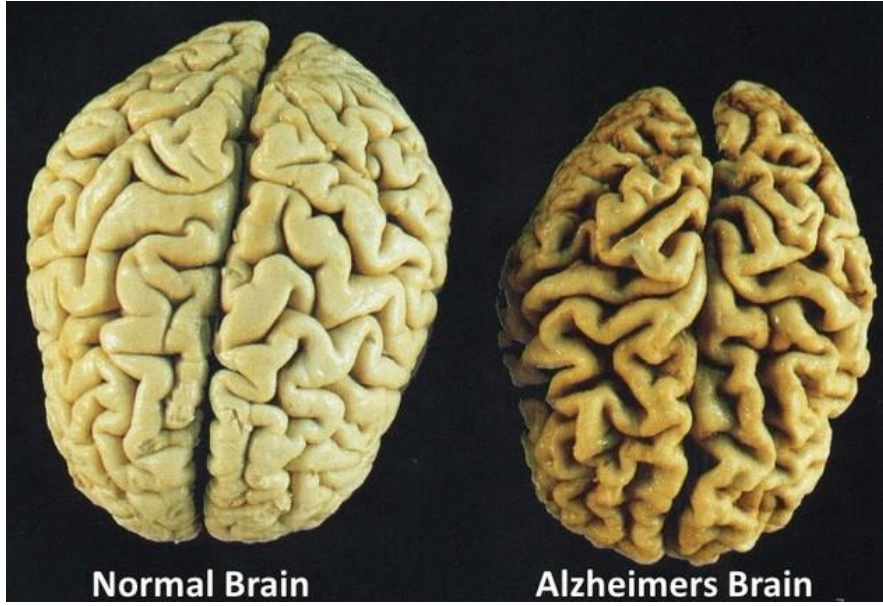


Image source: American Health Assistance Foundation

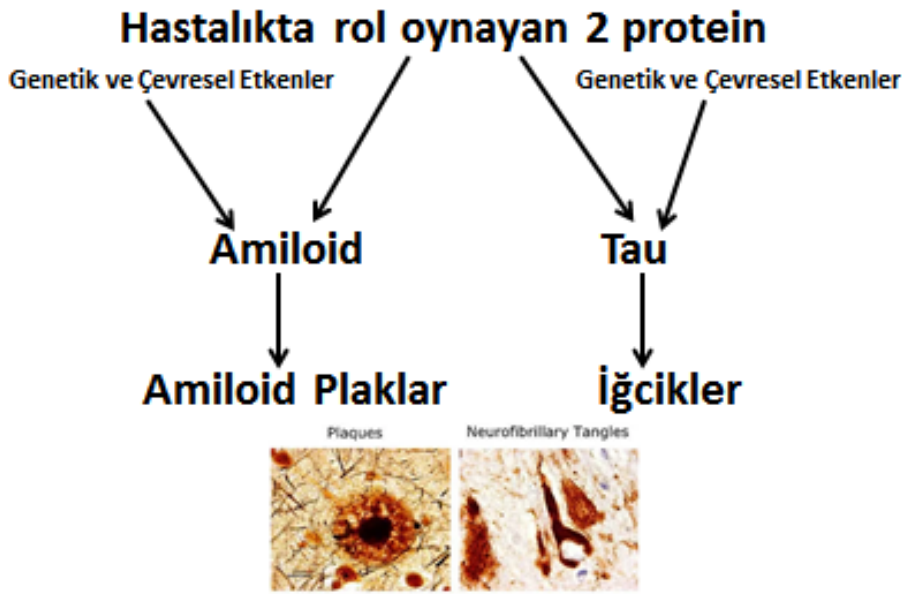
Alzheimer Hastalığının beyinde neden olduğu değişiklikler. Normal beyinle karşılaştırmalı olarak görülen değişikliklerde; üstte solda hastalığın beyinde yol açtığı anatomik, altta solda ise mikroskobik patolojik değişimler görülüyor.

Kitabın içinde birkaç kez belirttiğimiz gibi, bu dönemin sona erışı Alzheimer açısından belki 1980'lerin başlarıdır ama bu çalışmalarla gündeme gelen genetik faktörün beyni bu hastalığa ve bir dizi diğer beyin hastalığına hazırlamasıyla ilgili genetik nedenin bulunması daha da önceye 1960'lara dayanır. Bu çalışmalarda, beynin yıpranmaya karşı direnç mekanizması olarak tanınan beyin esnekliği kavramı İtalyan asıllı Amerikalı bilim kadını Rita-Levi Montalcini tarafından bulundu. Beynin hastalıklara yatkınlığı ve direnci konusunda o zamanlara kadar bilinmeyen bir çok konuyu aydınlatan bu çalışmalara ne yazık ki gecikmeli olarak, 1986'da Nobel Ödülü verilmiştir.

1980'lerde başlayan Alzheimer'la ilgili çalışmaların başarısı ise hastalıkta genetik faktörlerin rol oynadığının gösterilmesi oldu. Bu çalışmalarda önce, Dr. Alzheimer tarafından hastalığın beyindeki sonuçları olarak tanımlanan plak ve iğciklerin içinde birikerek nöronların ölümüne neden olan proteinlerin neler olduğu anlaşıldı. Plakların içinde amiloid isimli, iğciklerin ise tau isimli proteinler birikiyordu. Daha sonra ise bu proteinlerin genetik olarak hatalı kodlanarak birikim gösterdikleri anlaşıldı. Bu çalışmaların sonuçlarıyla, Alzheimer Hastalığına yol açan ilerleyici hücre ölümlerinde rol oynayan temel hastalık mekanizmasının genetik faktörler olduğu anlaşıldı. Sonraki aşamada, bu faktörlere dayanılarak hastalığın genetik tiplendirilmesi yapılarak neden farklı yaşlarda ortaya çıktığı anlaşıldı. Geçen yüzyılın başlarındaki şartlar nedeniyle, hastalığın neden 51 yaşındaki bir hastada başladığı anlaşılamamış ancak buna

rağmen yaş faktöründen yola çıkılarak, hastalık, o zamanlar sadece ileri yaşlarda görüldüğüne inanılan bunama türünden ayrılarak “yaşlılık öncesi bunama” olarak tanımlanmıştı. Bunun da nedeninin genetik olduğu neredeyse 75-80 yıl sonra anlaşıldı.

Alzheimer Hastalığının Patolojik Evrimi



Hastalıkta rol oynayan, özellikle iki proteinin genetik ve çevresel etkenlerle oluşan kodlanma bozukluğudur. Bu bozukluk sonucu beyinde protein artıkları birikir.

Bugün için, hastalığın genetik temelde Ailesel Alzheimer, Erken Başlangıçlı Alzheimer ve Geç Başlangıçlı Alzheimer tiplerinin olduğuna inanılıyor. Yani Alzheimer Hastalığının sadece yaşlılıkta görülen bir hastalık olmadığı anlaşılmış durumda. Bu üç örnek nedeniyle, bugün Alzheimer

Hastalığın üç tipinin olduğu ve bunların, tek ebeveynden baskın genler yoluyla geçebilen Ailesel Alzheimer; Kromozom 1,14 ve 21'le ilişkili olarak başlayan Erken Başlangıçlı Alzheimer; ve Kromozom 19'la ilişkilendirilen Geç Başlangıçlı Alzheimer hastalıkları olduğunu biliyoruz.

Dolayısıyla, Alzheimer Hastalığı ne kadar bilinmeyenleri çok bir hastalık olursa olsun, ortaya çıkış mantığı bellidir. Bu mantık, hastalığın direkt ya da dolaylı yollardan genetik mekanizmalarla ilişkili olduğuna dairdir. Yukarıda, biyoloji ve tıpta genetiğin rolünün araştırılmasının sadece Alzheimer'la sınırlı olmadığından ve bu çalışmaların altyapısını oluşturan kavramlardan birinin plastisite denilen beyin esnekliği kavramı olduğundan söz etmiştik. Beyin esnekliği genetik bir mekanizma olarak, beyin hücrelerinin ve dokusunun hastalıklara ve hasara karşı direnme gücü olarak tanımlanabilir. Beyin esnekliğinde rol oynayan iki genetik program vardır. Bunlardan birisi hücre yenilenmesi ve tamirini arttıran program diğeri ise azaltan programdır. En genel manada düşündüğümüzde, hayat, genetik olarak bu iki programın mücadelesidir ve her canlı doğuştan bu iki programla ilgili olarak kendine özgüdür. Bu bağlamda, her canlı doğarken kendine özgü bir tamir ve yıpranma gücüyle doğar.

Dolayısıyla, bu iki genetik mekanizma arasında yani beyin esnekliğinin genetiğiyle Alzheimer genetiği arasında yakından bir ilişki olduğu anlaşılır. Daha da açık biçimde, Alzheimer Hastalığının erken başlayan türünde beyin esnekliğinin hücre

tamiriyle ilgili bölümünde sorun olduğundan, hastalık bir erken hücre ölümü ya da erken yaşlanma hastalığı olarak ortaya çıkar. Bunun etkileyici bir örneği, Kromozom 21 üzerinden olmak üzere, Down Sendromlularda Alzheimer Hastalığının erken ortaya çıkmasıdır.

Geç Başlangıçlı Alzheimer'da ise genetik faktör erken başlayan hastalığa nazaran çok etkili değildir ama bu başlangıç da genetikten bağımsız değildir ve bu konuda, bir damar yaşlanması faktörü olarak da tanımlanmış olan Kromozom 19'un etkisi varsayılmaktadır. Bu kromozomun gen parçacıkları içinde hastalığa riski arttıran ve azaltan parçacıklar vardır. Bugün basit bir kan testi yoluyla anlaşılabilen bu durum içinde eğer annenizden ve babanızdan riski arttıran gen parçacığını almışsanız (e4/e4) bu hastalığa riskinizin yüksek, azaltan parçacığı almışsanız (e2/e2) hastalığa genetik açıdan korunmalısınız demektir. Bu araştırmalar nedeniyle, beyin ve hücre yaşlanması yönünden her yaşlanan kişinin aynı riske sahip olmadığı da anlaşılmıştır. Son yıllar içinde genetik direnç örneği olarak tanımlanan bir ileri yaş grubunun tanımlanmış olması bunun örneğidir. Bu grup, 85-90 yaşlarına geldikleri halde zihin işlevleri yönünden kendilerinden 25-30 yıl genç olanlara benzeyen kişilerden oluşan Süper Yaşlı Grubu'dur.

Böylelikle, Alzheimer Hastalığının tıbbi mantığının öncelikli olarak genetik faktörlerle ilişkili olduğunu görüyoruz. Ancak bu, hastalığın genetik bir kader olduğu şeklinde bir teslimiyet düşüncesine de yol açmamalıdır. Özellikle de geç

başlayan hastalık bakımından. Bunun nedeni; diğer risk faktörleri arasında sayılan yaşlanmanın, çevresel faktörlerin, eğitimin ve yaşam tarzının epigenetik (genlerle ilişkili dış faktörler) yönden rol oynamalarıdır. Bunlara bağlı olarak şekillenen ya da ötelenen hastalık riski diye bir konu da var ve bu konu bütün bu faktörlerin kişi bazında genler üzerinde mutasyon denilen bir etkilenme yaratma gücüyle ilgilidir.

Bütün bu veriler hastalığın bilimsel mantığının araştırılması konusunda yapılan genetik araştırmalardan kaynaklanmaktadır. Yukarıda bu çalışmalarını iki bölümde ele almış ve öncelik sırasına göre, 1970’li yıllarda başlayan beyin direnciyle ilgili genetik faktörlerin keşfini Alzheimer genetiğiyle ilgili çalışmaların izlediğini ve bu çalışmalardan elde edilen bilgilerin hastalığın bilimsel temeliyle ilgili bildiklerimizin bel kemiğini oluşturduğunu görmüştük.

7

HAZIRLIKSIZ YAKALANAN TIP: NÖROLOJİDE ve PSİKIYATRİDE ALZHEIMER HASTALIĞINA YETERSİZ YAKLAŞIMLAR



Nöropsikiyatri anlayışının ve yaklaşımının kaybolmasıyla nöroloji ve psikiyatride Alzheimer Hastalığı kavramlarından uzaklaşmanın şematik anlatımı. Özünde nörolojik (beyne ait) bir hastalık olmasına rağmen, geleneksel fiziksel-gövdesel belirti ve bulguların bilimi haline gelen nörolojide ve belirti ve bulgularının zihinle ve davranışlarla ilgili olmasına rağmen, bunların beyin varsayımına dayanılmadan ele alındığı ve reçete yazılan bir psikopatoloji alanı

haline gelen psikiyatride Alzheimer Hastalığı yetersiz biçimlerde ele alınmaktadır.

Genelde hastalıkların bilimsel temelleriyle ilgili bilgilerin kısa sürede tıp kitaplarında yer almadığını ve pratiğe hızlı biçimde yansımadağını biliyoruz. Bunun temel nedeni, bu bilgilerin gündelik mesleki uygulamalara yansımadan önce bilimsel platformlar-da tartışılmasının zaman almasıdır. Ancak Alzheimer Hastalığı konusunda bu sürenin kural dışı bir şekilde çok uzamış olduğunu görüyoruz. Bu uzamanın nedeni Alzheimer konusunda hala bilinmeyenlerin fazla olması değil! Öyle olsaydı, bu gecikme listesine Alzheimer'ın yanısıra daha bir çok hastalığı eklerdik! Ama öyle değil. Nörolojide ve psikiyatride nedenleri ve oluşum mekanizmaları bilinmediği halde bu alanların pratiğinde her gün yoğun biçimde fikir yürütülen ve tedavi edilmeye çalışılan hastalıklar var. Örneğin, bunlar arasında yer alan motor nöron hastalığı, multipl skleroz, epilepsi ve migren hastalarına nörolog tarafından; şizofreni, OKB ve depresyon hastalarına psikiyatrist tarafından, bu hastalıkların mekanizmaları yeterince bilinmiyor diye bakılmaması ve mevcut tedavi imkânlarından faydalanılmaması düşünülebilir mi? Ancak konu Alzheimer Hastalığı olduğu zaman durum her iki taraf açısından da tam bir tutukluk haline dönüşüyor. Hastalara bakılıyor ama nöroloji tarafında, hastalığın belirtileri arasında fiziksel-gövdesel belirtiler olmadığından yapılan değerlendirmenin sonucu büyük ölçüde bakan nöroloğun beyin-zihin ilişkilerine bakış açısına bağlı oluyor. Bu bağlamda, nörolojik yaklaşımın

sonucu normal de hastalık olasılığı yönünde de olabiliyor. Psikiyatri tarafında ise Alzheimer başlangıcının bazı belirtilerinin depresyonu çağrıştırmaması bir çeldirici olarak ortaya çıkıyor ve sonuç büyük oranda depresyonu düşünmek biçiminde oluyor. Hastaların önemli bir bölümünde depresyonun zaten var olması bu yanılgıyı arttırıyor. Sonuç olarak, hangi açıdan bakarsak bakalım, ortada Alzheimer tıbbi diye bir şeyin olmadığını söyleyebiliriz. Biz Alzheimer Hastalığı konusunda tıbbın hazırlıksız yakalanmasıyla ilgili görüşlerimizi takibeden iki bölüm içinde aktarmayı düşünüyoruz. Planımız, bir sonraki bölüm olan 5. Bölüm'de, nörolojinin ve psikiyatrinin hasta bilgileri eşliğinde hastalık olasılığını değerlendirmelerini ve 6. Bölüm'de ise hazırlıksız yakalanmanın sonuçlarını incelemek.

Tıpta beyin ve sinir sistemi hastalıklarının tanı ve tedavilerinin yapıldığı uzmanlık alanı geçmişte bir bütün olarak nöropsikiyatri olduğu halde günümüz tıbbında bu işlevler iki uzmanlık dalı tarafından yerine getirilmektedir: Nöroloji ve Psikiyatri. Bu hastalıkların cerrahi yoldan tedavisini yapan uzmanlık dalı ise, temel hastalık bilgilerinde nörolojiden yola çıkan nöroşirürji (Beyin ve Sinir Cerrahisi) dir. Beyin ve sinir hastalıkları bu alanların hepsini de kapsar biçimde; ani, tekrarlayıcı ya da uzun süreli olarak ortaya çıkabilir ve geçici, durağan ya da ilerleyici hastalıklar olabilir. Çeşitli hastalıklarda bu kavramlar ayrı ayrı ya da birlikte ortaya çıkabilir. Örneğin; baş ağrıları, epilepsi ve beyin damar hastalıkları bu açılardan bütünlük gösterebilirler. Buna karşın;

bazı hastalıklar yavaş başlayan ve ilerleme gösteren hastalıklardır. Parkinson Hastalığı, Alzheimer Hastalığı, Motor Nöron Hastalığı, Sinir ve Kas Yıkım Hastalıkları, Mültipl Skleroz ve Şizofreni bunlar arasında yer alır.

Beyin ve sinir sistemi hastalıkları, başlangıçta tek bir uzmanlık alanının, nöropsikiyatrinin görev alanına girmelerine rağmen çeşitli nedenlerle bu kavramın bütünlüğünde bölünme oluşmuş ve bu hastalıklar günümüzde olduğu gibi, nöroloji ve psikiyatri uzmanlık alanları tarafından değerlendirilir olmuştur. Bu bölünmenin nedenlerine Alzheimer Hastalığı özelinde kitabın başlarından itibaren değindik. Özetle, bu bölünmenin tarihsel-durumsal bazı nedenlerinin olabileceğini hatırlatalım.

Beyin ve sinir hastalıklarının nöroloji ve psikiyatri arasında bölümlenmesinin ana ölçütü hastalıkların yol açtığı belirtilerin kendilerini gösterme biçimleridir. Bu bağlamda, iki uzmanlık alanı ayrıldığından beri, bu hastalıklardan fiziksel-gövdesel belirtilerle başlayan ve devam edenlerin nöroloji tarafından, biyolojik kökenli olduklarına inanılmasına rağmen, bu kökene işaret eden açık fiziksel-gövdesel belirtiler vermeyenleri ya da silik ve dolaylı yünden verenleri psikiyatri tarafından değerlendiriliyor. Bu katı ayırımın yarattığı sıkıntılar ise zaman içinde iki alanın arasında ortaya çıkan rotasyon (dönüşümlü eğitim) ve konsültasyon (danışma) kavramlarıyla aşılmaya çalışılmıştır. Ancak bu uygulamaların, hastanın bu bölümlerden birine değil de öbürüne ait olduğunu anlaşılması, bölünme mantığının kesinliği ve sertliği nedeniyle, çok nadir gerçekleşen bir durumdur. Hakim olan ve büyük ölçüde devam eden

uygulama ise, sözü edilen belirti ve bulgular bağlamında, hastaların “nörolojik” kabul edilenlerinin nörolojik kabul edilmeye, “psikiyatrik” kabul edilenlerinin de psikiyatrik kabul edilmeye devam edilmesidir.

Beyin ve sinir hastalıklarının bu bazda ayrıma uğraması ve pratikte bir değil iki “ayrı” uzmanlık dalı tarafından incelenmesinin beyin bilgisi açısından hiçbir bilimsel tarafı yoktur. Bu iddianın gerekçeleri şunlar olabilir;

1. Beyin anatomisi açısından irdelendiğinde, modern nörolojinin, fiziksel-gövdesel işlevler bazında kullandığı beyin alanları genel kortikal anatominin yaklaşık yüzde 10’una denk düştüğü halde, geri kalan beyin kabuğu alanları fiziksel gösterge vermeyen davranışlarla ilgilidir. Nöropsikiyatri tarihinde kitapları olan psikiyatri hocaları bu alanları psikiyatrinin beyindeki karşılıkları olarak kabul etmişti. Bundan 75 yıl önce yazılmış olan Mazhar Osman’ın PSYCHIATRIA kitabında bu konuda yazılanları hatırlayalım;

“« Beyin kabuğu; hareket, his, irade, zeka, seciye ve ahlak gibi yüksek vazifelerin yeridir. Kabuğun neresi bozursa ona uygun (kol ve ayağı kımıdatamamak, duymamak, göreme-mek veya gördüğünü anlayamamak, işitemek veya işittiğinden mana çıkartamamak, düşünmemek, unutmak, söyleyememek gibi) arızalar görülür. Fizyoloji tecrübelerinde görüldüğü gibi klinik ve otopsi de bu yerleri bize gösteriyor.”

2. Beyin işlevleri açısından irdelendiğinde, modern nörolojinin hastalıkların tanısında ele aldığı beyin işlevleri, yukarıda belirtilen yüzde 10’luk beyin alanlarıyla ilgili olarak hareket ve

üç duyuyla (his, görme, işitme) ilgili algı işlevleridir. Bu bağlamda, nörolojik hastalıkların belirtileri ve bulgularına yönelik değerlendirme, bunlar çok çeşitli şekillerde ortaya çıksa da, bilinç düzeyi, denge ve beceri gibi işlevlerin birlikteliğinde, sözü edilen işlevlere bakılarak yapılır. Buna karşın, beynin geniş alanlarının davranış ve düşünce içeriğiyle ilgili değerlendirme alışılmış nörolojik değerlendirme içinde yer almaz. Çoğu zaman bilinç düzeyi, dikkat, dil, bellek vs gibi konularda değerlendirme yapan nöroloji doktorları vardır ama kısa testler yoluyla yapılan bu tür değerlendirmeler nörolojik bakış açısını değiştirmez ancak eşlik eden durumlar konusunda bilgi verir. Oysa psikiyatrinin beynin çalışması ile ilişkisi konusunda Mazhar Osman, 75 yıl önce bir psikiyatri kitabında bu konuda da bir şeyler yazmıştı;

“O halde (Psychatrie, Psikiyatri) dimağın ön parçasının ve bu parçanın kabuk kısmının hastalıkları sayılabilir. Psikiyatri yeni bilgidir; Hocaların, papazların elinden yeni kurtulmuş. Bu ilmi klinik ve müspet telakki edenlerden ziyade metafizik ve felsefe sayan alimler son zamanlara kadar vardı. Halbuki ruh hastalıkları hekim işidir. Bu ders seririyatla, laboratuvarla öğrenilir. Midesi hasta olanda karın ağrısı veya hazımsızlık, göğsü rahatsız olanda öksürük ve nefes darlığı nasıl olursa beyin kabuğu yani ruhu muzdarip olanda da ümitsizlik ve neşesizlik, kızgınlık ve coşkunluk, unutkanlık veya anlayamamazlık gibi arazlar görülür.»

Tartıştığımız problemin olumsuz etkilerinin hissedilmesi konusunda yukarıdaki örneklerden daha fazlası da vardır. Ancak ne yazık ki, yukarıdaki kaynakların unutulmasında olduğu gibi bu örnekler de ana akım nöroloji ve psikiyatri

çevrelerince ihmale uğramıştır. Birisi nöroloji tarihi diğeri ise psikiyatri tarihi açısından önem taşıyan iki örnek, sırasıyla nörolojide davranış nörolojisinin, psikiyatride ise biyolojik psikiyatrinin ortaya çıkmış olmasıdır. Davranış nörolojisi; beynin geniş alanlarının davranışlar üzerindeki etkilerini araştırır ve incelenen konular arasında dil, dikkat, bellek, görsel algı ve sosyal davranış gibi işlevlerin nöroloji araştırma yöntemleri tarafından da gösterilen bozuklukları yer alır. Biyolojik psikiyatri ise psikiyatrik bozuklukların biyolojik temellerini araştıran ve bu bozuklukların genlerle, beyin kimyasallarıyla ve hormonlara ilişkilerini ortaya koymaya çalışan bir çalışma alanıdır.

Alzheimer Hastalığı, çeşitli özellikleri nedeniyle geleneksel uzmanlık bölünmesinin mantığını zorlayan ve zorunlu olarak hem nöroloji hem de psikiyatri tarafından eksik değerlendirilme potansiyeli taşıyan bir hastalıktır. Bu potansiyelini yaratan temel özellikleri şunlar oluyor;

1. Belirtilerinin çoğu bakımından “psikiyatrik” tir. O gün olduğu gibi bugün de hayal gördüğünü söyleyen, kıskançlık krizlerine giren ve yanısıra unutkanlığı olan hastalar öncelikle böyle değerlendirilmektedir. İlginç biçimde, Alzheimer’ın yaptığı otopsiye rağmen uzun yıllar benzeri Alzheimer hastaları psikiyatri tarafında değerlendirilmiştir. Bunda, daha sözünü ettiğimiz hastalığın unutulma döneminin etkisi olmuş olabilir. Bu belirtilerin tedavisi halen psikiyatride kullanılan ilaçlarla yapılmaktadır. Bu konuda yukarıda sözünü ettiğimiz biyolojik psikiyatri yaklaşımı, hastalığın aslında “psikiyatrik”

değil de “nörobiyolojik” bir hastalık olduğunun anlaşılmasında yardımcı olabilir.

2. Hastalık beyinden kaynaklandığı gösterilmiş bir hastalık olarak nörolojik'tir. Bu bakımdan beyinle ilgili diğer nörolojik hastalıklardan farklı da değildir. Hatta, beyinden kaynaklandığı ve nörolojik olduğu konusunda en ufak bir tartışma olmayan bazı hastalıklara oranla, hastalığın beyindeki patolojisi açık biçimde gösterilmiş olduğundan, daha da fazla nörolojik sayılabilir. Ancak hastalığın erken hatta orta evrelerinde ortaya çıkan bulguların ve bu bulguların beyindeki karşılıklarının gösterilebilmesi açısından yapılan incelemeler yeterli değildir ve bu konuda da davranış nörolojisi yaklaşımı hastalığın sadece nörolojik değil aynı zamanda nöropsikolojik bir hastalık olduğunu anlamamıza yardımcı olabilir.

7.1 NÖROLOJİDE GENEL HASTA BİLGİLERİYLE ALZHEIMER HASTALIĞINA YAKLAŞIM

Nörolojinin faaliyetlerini belirleyen daha doğrusu bu faaliyetlerin sınırlarını çizen yaklaşımlarının mantığını belirttikten sonra sıra, bu mantığa göre Alzheimer Hastalığının nörolojide ele alınış biçimine geldi. Bu bölümde, öncelikle Nörolojide Hastalara Yaklaşım başlığı altında nörolojik yaklaşımın amaçları ve bu amaçlar doğrultusunda başvurduğu araçlar gözden geçirildikten sonra, Alzheimer Hastalığı bu amaçlar ve araçlar açısından değerlendirildiğinde

onun hakkında hangi bilgilere ulaşıp ulaşamayacağımız irdelenecektir.

Nörolojide hasta yaklaşımının amaçları nelerdir?

1. Hastanın yakınmaları ve belirtileri nörolojik bir hastalığı düşündürüyor mu?
2. Yakınmalar ya da belirtiler sinir sisteminin hangi bölüm ya da bölümlerine ait olabilir?
3. Bu belirtilerin ortaya çıkış ve seyir tarzına göre hastalık ne türden bir hastalık olabilir?

Nörolojide hasta yaklaşımının araçları nelerdir?

4. Hastalara ait görünüm bilgileri nedir?
5. Tıbbi geçmişinde ve aile soyağacında ne gibi hastalıklar yer alıyor?
6. Nörolojik muayene ne bulgular veriyor?
7. Muayene sonucu olası- daha az olası hastalık ihtimalleri nelerdir?
8. Tetkik yöntemleri düşünülen hastalığı doğruluyor mu?

Şimdi bu genel yaklaşımları Alzheimer Hastalığına uygulayalım;

- 1. Hastanın yakınmaları ve belirtileri nörolojik bir hastalığı düşündürüyor mu?**

Alzheimer Hastalığında hasta, hasta yakını ya da birlikte en fazla dile getirilen yakınma, yakın geçmişe ait unutkanlıklardır. Bunun bir göstergesi biçiminde ve tipik olarak, hasta uzak geçmişin olaylarını daha iyi hatırladığı ve yakın söyler. Bellek işlevindeki zamana dayalı bu ayırım, yakın dönem ve uzak dönem bellek tiplerinin beyinde farklı bölgeler tarafından ortaya konulduğunu ve Alzheimer'da hastalığın yakın dönem bellekle ilgili bölgeden başladığını bilen nörolog için hastalığın nörolojik olabileceğini tahmin etmede faydalı bir bilgi olabilir. depresif belirtilerle de başlayabilir. Bu durumda hastalığın nörolojik kökenli olduğuna karar vermek zordur ve çoğu zaman doktor bu ihtimali düşünemediğinden hastayı depresyon hastası sanarak psikiyatriste yönlendirebilir. Unutkanlık yakınmasının her iki durumda da fiziksel-gövdesel bir belirtisinin olmayışı bu değerlendirmeyi zorlaştırır.

2.Yakınmalar ya da belirtiler sinir sisteminin hangi bölüm ya da bölümlerine ait olabilir?

Bellek işlevlerindeki zamana dayalı bu farklılaşma, eğitimini sadece hareket ve duyu algıları temelinde almış olan ve bu bağlamda, bütün dikkatini fiziksel-gövdesel yakınma ve belirtiler üzerinde yoğunlaştırmış bir nörolog için bir anlam ifade etmeyebilir. Bunun sonucu olarak, unutkanlık yakınması sinir sisteminin herhangi bir bölümüyle ilişkilendirilmeyecek ve hasta nörolojik olmayan bir hasta olarak değerlendirilecektir. Nedeni ne olursa olsun bu durum, tıp jargonu içinde

“hastanın atlanması” diye nitelenen hataya düşme durumudur.

Ancak belleğin çeşitlerinden ve bu çeşitlerin beyinle ilişki-sinden haberli olanlar için aynı yakınma, hastalığın yan beyin lobunun içinde bulunan limbik sistem denilen yerden başlamış olduğu konusunda bir uyarıcı olabilir ve bu durumda “hasta atlanmamış” sayılır.

3. Bu belirtilerin ortaya çıkış ve seyir tarzına göre hastalık ne türden bir hastalık olabilir?

Yakın dönem unutkanlığı her ne kadar Alzheimer için bir uyarıcı belirti oluştursa da, bu unutkanlığın gerçekten olup olmadığı ve varsa ortaya çıkış ve seyir tarzı ihtimalleri çeşitlendirebilir. Örneğin; hasta genç yaşlarından itibaren psikiyatri hastasıysa, unutkanlık zamana göre ayrılmıyorsa, ilerleme göstermiyorsa ya da içinde bulunulan duruma göre dalgalanmalar gösteriyorsa Alzheimer Hastalığı olasılığından önce psikiyatrik, dahili ve nörolojik diğer hastalıklar akla gelmelidir.

4. Hastalara ait görünüm bilgileri nedir?

Nörolojik hastalıklar arasında; başta Parkinson olmak üzere hareket bozukluğu hastalıklarında ve sinir sisteminin birçok seviyesinin hastalıklarında hastaların görünümü, bazen hiçbir tetkike gerek duyulmayacak biçimde, hastalığın ne olduğu ve sinir sisteminin hangi seviyesinde hastalık olduğu konularında doğru bilgiler sağlar. Bunun nedeni, bu

hastalıkların yüz ve gövdede karakteristik görünümlere neden olan hastalıklar olmalarıdır. Diğer bir ifadeyle, bu hastalıklar nörolojinin hasta anlama mantığına uygun düştüklerinden bu tür bilgileri sağlayabilirler. Oysa, Alzheimer hastalarının bu türden bir nörolojik amaca hizmet eden hiçbir dış görünüm özelliği yoktur. Çünkü bu hastalık, diğer bir iki benzer hastalık gibi, nörolojik amaca hizmet eden görünüm ve fiziksel belirtiler üreten bir hastalık değildir. Çünkü bu gibi hastalıklar beyinde kafa ve gövdenin hareketleriyle ilgili bölgelerden uzakta başlar ve ilerlerler. Denilebilir ki, esas olarak zihinsel belirtiler üreten bu gibi hastalıkların hastaları görünüm bakımından sadece karşılarından normal biçimde seyredilen hastalıklardır.

5. Tıbbi geçmişinde ve aile soyağacında ne gibi hastalıklar yer alıyor?

Kişinin kendi yakın ve uzak tıbbi geçmişiyle ailesinin tıbbi geçmişi tıbbın bütün dallarında hastalık şüpheleri ve tanı açılardan önemlidir. Bu kural, biyolojik temeller sağlam bütün alanlar için olduğu gibi psikiyatri için de geçerlidir. Alzheimer Hastalığı özelinde konuştuğumuzda bu kural değişmez ve örneğin, yakın dönem unutkanlığı gösteren bir kişinin tıbbi geçmişinde tiroid hastalığı, kronik depresyon ya da B12 vitamin eksikliği varsa şüpheler Alzheimer'dan önce bu durumların etkisi doğrultusunda ele alınmalıdır. Ancak kişinin ailesinde Alzheimer hastaları varsa bu durum o kişi için de Alzheimer olasılığını yükseltir. Ailesel Alzheimer Hastalığı bu temelde tanımlanmış bir hastalıktır.

6. Nörolojik muayene ne bulgular veriyor?

Nörolojik muayene yöntemi iki bölümden oluşur. Bunlar; başlangıçta uygulanan, bilinç düzeyi ve bazı zihin işlevleriyle ilgili kısa sorular bölümü ve hareket, kas gücü, denge, duyular ve reflekslerle ilgili geniş bölümdür. Daha önceden de vurguladığımız gibi, Alzheimer hastasında, bu haliyle yapılan uygulamadan elde edilen muayene bulgularından giriş bölümünde yer alan kısa zihin değerlendirmesinden ancak yüzeysel bir izlenim elde edilebilirken, geri kalan ve birçoğunu tarafından nörolojik muayene olarak kabul edilen geniş bölümden tanı yönünden bir yardım almak söz konusu değildir. Çünkü Alzheimer Hastalığında nörolojik muayenenin, diğer nörolojik hastalar için büyük önem taşıyan bu bölümü normaldir.

Muayenenin başında yer alan ve dürüst biçimde, kimin ne şekilde uygulayıp uygulamadığından emin olmadığımız kısa bölüme biraz yakından bakılınca; Alzheimer Hastalığı nörolojide bilinç düzeyiyle ilgili bir hastalık kabul edilmez ve dolayısıyla kısa muayenenin bu bölümü de normaldir. Bilincin korunduğu durumlarda yapılan kısa zihin değerlendirmesinde ise dikkate, dile, hastanın kendisine ve çevresine ilgisine ve yakın belleğe ilişkin çok kısa sorulara verilen yanıtlar gözlenir. Hemen söylemekte fayda var; bu kısa zihin soruları hastalığın başlangıç dönemlerini göstermekte hassas değildir ve ancak orta evrelerden sonra bir takım bilgiler sağlayabilirler. Örneğin, bu evrelerde dikkat, ilgi düzeyi ve yakın dönem

bellekle ilgili olarak yanlış cevaplar tanı şüphesinde yardımcı olabilir. Dil işlevi ise ileri evrelerde bile bozulmaz.

Son yıllarda, hastalık şüphesi uyandıran hastalara nörolojik muayenenin yanında zihin işlevleriyle ilgili Kısa Zihin Testi de uygulanmaktadır. Bu testte dikkat, dil, bellek ve görsel algı ve beceriyle ilgili basit ve sınırlı sayıda sorular bulunuyor. Bu uygulamanın sonuçları ne yazık ki, çoğu zaman “Hastalık Var ya da Yok” ikilemi içinde değerlendiriliyor ve hastalığın evreleri konusunda sağladığı bilgi sınırlıdır.

7. Muayene sonucu olası- daha az olası hastalık ihtimalleri nelerdir?

Elde edilen nörolojik muayene sonuçlarına göre Kısa Zihin Testi 30 üzerinden 24-25 ya da altını gösterdiğinde; yakınma, öz ve soygeçmiş bilgileri eşliğinde Alzheimer şüphesi üzerine gidilebilir.

8. Tetkik yöntemleri düşünülen hastalığı doğruluyor mu?

Bu bağlamda, Alzheimer şüphesi doğduğunda yardımcı ve ileri tetkikler istenmelidir. Yardımcı kan testleri tiroid hormonları, B12 vitamin ve folik asit düzeyleri olabilir. Bunların düşük seviyeleri unutkanlıkta Alzheimer dışı nedenlere dikkat çeker. Bunların dışında; beyin elektrosu (EEG), ilerlemiş Alzheimer’ da beyindeki yavaşlamayı göstererek; MR, yine orta-ileri evrelerde beyindeki genel ve yakın bellekle ilgili olan hipokampus’taki bölgesel doku azalmasını; PET, sözü edilen bölgelerdeki metabolizma

azalmasını; ayrıntılı zihin testleri bellek başta olmak üzere zihin işlevlerindeki olumsuz etkilenmeyi; beyinsuyu analizleri hastalığın beyinde başlayıp başlamadığını ve genetik testler ise hastalığa genetik eğilim olup olmadığını gösterebilir. Kısaca BOS Analizleri olarak bilinen beyinsuyu analizlerinde erken başlangıçlı hastalığa riski arttıran Kromozom 21'le ilişkili olan Amiloid beta 1-42' ye ve hastalığın öbür proteini olan Tau'ya ilişkin sonuçlar elde etmek mümkündür. Son olarak, basit bir kan testi yoluyla Alzheimer Hastalığına genetik eğilimin olup olmadığı anlaşılmaya başlanmıştır. Çalıştığımız kurumda Alzheimer Yatkınlık Paneli adıyla yapılan bu analizde; geç başlangıçlı hastalıkla ilişkilendirilmiş olan Kromozom 19'a ve 14'e ait gen parçacıklarına ve kullanılması muhtemel bir ilaca ait (Donepezil maddesini içeren ilaç) genetik direncin olup olmadığına bakılmaktadır. Kromozom 19'la ilişkili olarak, risk arttıran ve korunma sağlayan parçacıklar vardır. Bunlardan e4 parçacığı risk arttıran, e2 ise korunma sağlayan parçacıklardır. Kromozom 21 erken başlangıçlı Alzheimer'la ilişkilidir ve bu kromozom tarafından hatalı biçimde kodlanan Presenilin 1'in varlığı bu panel tarafından sorgulanmaktadır. Sonuçta, bugün elimizde bulunan imkanlarla Alzheimer hastalık kromozomları olarak tanımlanan 4 kromozomdan üçüyle (Kromozomlar 14, 19 ve 21) ilgili bilgiler sağlamak mümkündür. Bu gelişmeler erken ve geç başlangıçlı Alzheimer risklerini saptayabilmekte geçmişe oranla büyük bir avantaj elde edildiğini göstermektedir.

Özet olarak, nörolojide Alzheimer Hastalığına yaklaşımın amaçlar ve araçlar konusunda hassas bir değerlendirmeyi gerektirdiği ve sadece nörolojik muayene uygulaması üzerinden yanlış ve eksik tanılara zemin hazırladığı söylenebilir. Bu yanlış ve eksik yaklaşımların aşılabilmesi, yukarıda özetlenen bilgi ve uygulamaların kullanılmasına bağlıdır.

7.2 PSİKİYATRİDE GENEL HASTA BİLGİLERİYLE ALZHEIMER HASTALIĞINA YAKLAŞIM

Bir nöroloji uzmanı olarak; Alzheimer Hastalığına nörolojik yaklaşımı, hem amaçları hem de araçları yönünden kendi uzmanlık bilgilerimize uygun biçimde değerlendirdik. Ancak psikiyatri uzmanı olmadığımız için, Alzheimer Hastalığına yaklaşımı, aynı mantığa dayanarak ve uzmanlık bilgisi eşliğinde yapabilmemizin olanağı yok. Bu nedenle, biz, çalıştığımız kurumda kullanılan psikiyatri hasta muayene dosyasının içinde yer alan hasta bilgileriyle ilgili maddelere hasta ya da yakını tarafından yansıtılan bilgiler üzerinden değerlendirme yapmayı tercih ettik. Alzheimer Hastalığında önemli bir başlangıç belirtisi olarak ortaya çıkan tekrarlayıcı unutkanlıkları olan bazı kişilerin, uzmanlık seçiminde yaşanan karışıklıklardan dolayı zaman zaman psikiyatriye başvurduğunu biliyoruz. Bu başvurularda hasta ve/veya yakınından alınan bilgiler belirli bir sırayla dizilmiş bilgilenme alanları içinde kaydedilmekte ve bu bilgiler genel zihin durumu bilgileriyle

birlikte değerlendirilmektedir. Üsküdar Üniversitesi NP İstanbul Beyin Hastanesine başvuran psikiyatri hastaları için açılan poliklinik hasta dosyalarında yer alan bilgilenme alanlarının dizilişu şekildedir;

1. Sosyodemografik Bilgiler
2. Aile Soyağacı
3. Yakınma
4. Öykü
5. Stres Etmeni ve/veya Travma Öyküsü
6. Geçmiş Psikiyatrik Hastalık / Tedavi Öyküsü
7. Özgeçmiş
8. Alışkanlıklar
9. Genel Bilinç İçeriği- Zihin Değerlendirmesi

Başvuran bütün hasta adayları ve psikiyatriyle ilgili olabilecek bütün yakınmalar için yapılan bu kayıtlar içinde gündeme gelen bilgiler bağlamında psikiyatrist, başvuranın Alzheimer olma olasılığı konusunda neler düşünebilir? İnceleyeceğimiz bu konu.

1. Sosyodemografik Bilgiler : Bu bölüme hasta ve yakınlarının yaşları, sosyal ve kültürel durumlarıyla ilgili bilgiler

kaydediliyor. Bu bağlamda, hastayla ilgili olarak öğrenilen; yaş, anadil, eğitim durumu, mesleği ve yalnız yaşayıp yaşamadığıyla ilgili bilgiler. Başvuran, son zamanlarda başlayan tekrarlayıcı unutkanlık yakınması olan bir kişi olduğundan yaş, eğitim düzeyi ve yaşam biçimi üzerinde durmamız gereken bilgi alanları olabilir. Bu bağlamda; yaşın 65 ya da yukarısı olması, eğitim düzeyinin düşüklüğü ve yalnız yaşam istatistiksel bakımdan Alzheimer riskini yükselten faktörler olarak tanımlanmış olduğunun bilinmesi önemlidir. Ancak bize yansıyan örneklerden yola çıkarak söyleyebiliriz ki, bu düşünme biçimi pratikte sıklıkla gündeme getirilen bir düşünce değildir ve bu bilgilerin eşliğinde daha çok, bunlarla ilişkili olabilecek bir diğer tanı olasılığı olan depresyon akla gelmektedir. Bu düşüncenin her durumda yanlış olduğunu da söylememiz mümkün değildir. Çünkü özellikle başlangıç aşamasındaki Alzheimer'la depresyon, "yumurta mı tavuk mu" örneğine uyan ve karışabilen durumlardır. Bu karışma olasılığının yanısıra, iki durumun da, başlangıç tarihleri ve belirtiler bakımından değişken biçimde birlikte olma olasılığı da söz konusudur.

2. Aile Soyağacı: Dosyamızın bu bölümünde yer alan aile soyağacı soruları arasında evlilik ve boşanma, psikolojik bozukluk, alkol ve madde kullanımı, yakın ilişki, küslük, bağımlı ilişki, duygusal uzaklık, çatışmalı ilişki, bağımlı ve çatışmalı ilişki, fiziksel veya cinsel taciz gibi başlıklar yer almakta. Tekrarlayıcı unutkanlıklarla başvuran bir kişide, bu başlıklarla ilişkili olarak elde edilen bilgilerin ne gibi faydaları

olabileceğini sorguladığımızda, ilk maddede kaydedilen yaş faktörünün (>65) ve eğitim düzeyi düşüklüğünün; kronik stresin varlığı, alkol kullanımı ve davranış değişimleriyle birlikte, daha çok depresyon- erken Alzheimer birlikteliği yönünden şüphe uyandırması gerektirdiğini vurgulamamız gerekiyor.

3. Yakınma: Bu bölümde, hastanın yakınmasıyla ilgili “Kendisine Göre” ve “Çevresine(Yakınına) Göre” yorumları yer alıyor. “Kendisine Göre” de, tekrarlayıcı yakın dönem unutkanlıkları hasta tarafından kabul edilebilir, kabul edilmeyebilir ya da yok sayılabilir. Alzheimer Hastalığı olasılığıyla ilgili olarak bu durumlar hastalığın evreleri açısından anlamlıdır. Doğal olarak, başlangıç döneminde unutkanlığın farkına varılacak, ilerlemiş evrelerinde ise bunun farkına varılmayacaktır. Ancak bu durumların sağlanması, “Çevresine(Yakınına) Göre” bilgileriyle yapılmalıdır. Çünkü pratikte çoğu kez, farkındalığın doğrulanması ya da farkındalık kaybına rağmen yakınmanın gerçekteki varlığı hastanın çevresinden ya da yakınından gelen bilgiler yoluyla sağlanmaktadır.

4. Öykü: Bu bölümde “Şimdiki Hastalığın Başlangıcı ve Öyküsü” ve “Hastalık Öncesi Kişilik Özellikleri ve Uyum” var. Birincisinde, unutkanlığın dikkati çekmeye başladığı tarih ve gelişimiyle ilgili bilgiler; ikincisinde ise, unutkanlık davranışı için varsayılan başlangıç tarihinden sonra, kişilik özelliklerinde ve çevreye uyumda önceye oranla değişiklik olup olmadığına dair bilgiler yer alıyor.

Genel anlamda unutkanlık, her yaşıta ve değişken biçimde deneyimlediğimiz bir zihin özelliğidir. Hayatımızı gördüklerimizi, öğrendiklerimizi unutarak geçiririz ve bu bizim için problem olmaz. Unutkanlığın bir hastalık belirtisi olarak değerlendirilmesi, onun, kendimiz ya da çevremiz tarafından dikkat çekici olarak gözlenmeye başlamasıyla ilgilidir ya da bugünlerin eksik yaklaşımları nedeniyle öyle olmalıdır. Kimse ne zaman unutmaya başladığını bilemez ya da bunu örnekleyemez ama kendisine 5-10 dakika önce söylenenleri unutmaya başlayan birisinde bunun tarihi aşağı yukarı bilinebilir ya da bunun başlangıcı hastanın çevresinde ya da ailesinde yaşanan gerilim yaratıcı bir olayın tarihine bağlanabilir. Eğer bu türden bir başlangıcın ardından gözlenen unutma davranışları benzeri biçimde devam ediyorsa, bu, unutkanlık hastalığı olarak da bilinen Alzheimer'ın başlamış olduğu konusunda ciddi bir uyarıdır.

Ancak Alzheimer sadece unutkanlık hastalığı değildir ve beraberinde davranış ve kişilik değişimlerini de getirir. Eğer bir kişi, tekrarlayıcı unutmaların yansıra eskiye oranla daha fazla içine kapanmış, daha fazla alıngan, daha fazla cimri ve şüpheli görünüyorsa ya da öyle olduğu söyleniyorsa, bu belirtiler rahatlıkla Alzheimer'la hatta onun ilerlemesiyle ilişkili olabilir.

5. Stres Etmeni ve/veya Travma Öyküsü: Bu bölümde, güncel ve geçmişe dair gerilim yükü ve etkileri kaydedilmektedir. Psikiyatrinin yaklaşımı ve göstermek istedikleri yönünden elde edilen bu bilgiler çoğunlukla, Gerilim Bozuklukları adı altında

toplanan Panik Bozukluk ve Travma Sonrası Gerilim Bozukluğu türünden bozuklukların değerlendirilmesi amacıyla kullanılır. Ancak buna rağmen, stres etmeni ve psişik travma Alzheimer riskinin artması yönünden de önemlidirler. Önceden beri riski arttıran bir etken olarak tanımlanmış olan depresyonun yansıra, bu etkenler de benzer etki mekanizmalarıyla dikkat, konsantrasyon, öğrenme gibi zihin işlevlerinin zayıflamasına zemin hazırlarlar. Burada, hepsiyle ilgili ortak bir altyapı olarak, beyinde bellek ve duygularla ilgili bölüm olan limbik sistemin etkilenmesine dikkat çekilmelidir.

Travma Sonrası Gerilim Bozukluğu, daha önceden yaşanmış olumsuz olayların kişinin zihninde canlı kalması ve sürekli anlamda hatırlanmasıdır. Alzheimer'da yeni bilgilerin öğrenilmesinde yaşanan sıkıntılar ve yeni bellek oluşumundaki yavaşlama nedeniyle, eskiden yaşananlar sanki daha yakın bir tarihte yaşanmış gibi hatırlanır ve tekrarlanırlar. Hasta adaylarıyla ilgili diğer bilgiler uyduğu taktirde bu bilgi hastalığın tanısında yardımcı bir faktör olabilir. Panik Bozukluk için de benzeri şeyleri söylemek mümkündür.

6.Geçmiş Psikiyatrik Hastalık ve Tedavi Öyküsü: Psikiyatrik bozukluklarda, bozukluğa neden olan bir dizi etken arasında biyolojik etkenin temel bir etken olarak rol oynamış olabileceğinin kabulü, psikiyatriyi davranış bilimlerinden ayıran ve onu tıp alanlarından biri haline getiren temel bir ayıraçtır. Bu temel ayıracın adı ve adresi beyin'dir. Bu açıdan bakıldığında, bütün psikiyatrik bozukluklar beyinden kaynaklanan ya da beyinle ilgili bir yönü ve açıklaması olan bozukluklardır. Bu

gerçek, geçmişte nöropsikiyatrinin varolduğu dönemlerde ve o dönemler içinde yazılmış olan psikiyatri kitaplarında ısrarla vurgulanmıştır. Burada Profesör Doktor Mazhar Osman Uzman'ın yazdığı ve 1944'de yayınlanan PSYCHIATRIA Kitabını yeniden hatırlamamızda fayda vardır. Bu kitap içinde bu konuyla ilgili olarak yazılanları daha önceden alıntılıandığımız halde bir kez daha anmamızda fayda var;

PREFRONTAL KORTEKS-PSİKOLOJİ İLİŞKİSİ

« Ön kabuk parçasının vazifelerine, fizyolojisine psikoloji diyoruz. Ruh hastalıkları da psikolojinin anormal çeşididir. (Psychologie pathologique) Normal halden ayrılan ruhi vazifelerden bahseder. Kısrın bu kısım hücrelerinde teşrihi ya da fizyolojik tagayyür olunca tabiiden aykırı bir takım arazlar peydah olur. Ruhi vazifelerin tabiilikten uzaklaşmasına (Ruh hastalığı-Maladie mentale) diyoruz. Sinir, akıl, ruh hastalığı tabirlerini hemen hemen bir manada kullanıyoruz.»

PREFRONTAL KORTEKS-PSİKİYATRİ İLİŞKİSİ

“O halde (Psychatrie, Psikiyatri) dimağın (beynin) ön parçasının ve bu parçanın kabuk kısmının hastalıkları sayılabilir. Psikiyatri yeni bilgidir; Hocaların, papazların elinden yeni kurtulmuş. Bu ilmi klinik ve müspet telakki edenlerden ziyade metafizik ve felsefe sayan alimler son zamanlara kadar vardı. Halbuki ruh hastalıkları hekim işidir. Bu ders seririyatla, laboratuvarla öğrenilir. Midesi hasta

olanda karın ağrısı veya hazımsızlık, göğsü rahatsız olanda öksürük ve nefes darlığı nasıl olursa beyin kabuğu yani ruhu muzdarip olanda da ümitsizlik ve neşesizlik, kızgınlık ve coşkunsuluk, unutkanlık veya anlayamamazlık gibi arazlar görülür.»

Eğer bu yaklaşım ve bilgiler doğruysa, bir kişinin geçmişte yaşadığı ya da hala varlığı hissedilen psikiyatrik bozuklukların beyinle ve en azından bazı beyin hastalıklarıyla ilişkilendirilmesi gerekir. Tarihsel ve güncel bilgiler bu bağlamda bize yardımcı oluyor. Örneğin, şizofreni geçen yüzyılın başlarında “Erken Bunama” olarak tanımlanmıştı ve beyinde erken başlayan bir bunama hastalığı olarak kitaplara geçmişti. Bu gerçek sonradan psikiyatride yaşanan eksen kayması nedeniyle unutulmuş hastalığa belirtisel bir isim olarak şizofreni denildi. Sadece bu etkenin bile yüzyıldır şizofreni araştırmalarının yerinde saymasının ana nedeni olduğunu söyleyebiliriz. Benzeri biçimde, öteden beri epilepsi psikozla, depresyon Alzheimer Hastalığıyla, OKB hareket bozukluklarıyla ilişkilendirilmiştir. Şimdilerde ise güncel bir konu olarak, Alzheimer dışındaki bazı bunama hastalıklarıyla bu hastaların geçmişteki psikiyatrik bozuklukları ilişkilendiriliyor. Geldiğimiz noktada ise genç yaşlarda ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların orta yaşlardan sonra ortaya çıkan bazı beyin hastalıklarının öncüsü olduklarına inanılıyor. Kronik depresyonun Alzheimer’ ın, bipolar hastalığın frontotemporal demansın öncüsü olabilecekleri gibi. Kısacası,

geçmişte ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar gelecekteki beyin sağlığı konusunda önemli bilgiler sağlayabilir.

7. Özgeçmiş: Bu bölümde bir çok yönden özgeçmiş bilgileri gündeme geliyor. Bunların arasında Gelişim, Allerji, Kafa Travması, Epilepsi, Dahili Hastalıklar, Menstürasyon-Menopoz, Gebelik-Emzirme ve Alışkanlıklar yer alıyor. Bunlar arasında gelişim, kafa travması, dahili hastalıklar ve ileri yaşlarda birden fazla genel anesteziyle Alzheimer olasılığı arasında ilişki kurulmuştur.

Genetik bilgilerin gelişmesiyle birlikte, önceden bağımsızmış gibi sanılan bazı genetik problemlerin aralarında ilişki olduğu anlaşılmıştır. Örneğin, çocuk gelişim bozuklukları arasında sayılan Down Sendromu ve Erken Başlangıçlı Alzheimer arasındaki ilişki bunlardan biridir. İki durum arasındaki ilişki Kromozom 21 üzerinden kurulur ve bu ilişkinin bir sonucu olarak, Down' lıların beyinlerinde erken yaşlarda, Alzheimer Hastalığında görülen değişikliklere benzer değişiklikler ortaya çıkar.

Kafa travmalarının özgeçmişte yer almasıyla ortaya çıkan bazı psikiyatrik ve nörolojik bozukluklar arasında bağlantı kurulmuştur. Bu bağlamda, özellikle profesyonel boks ve Amerikan futbolu oyuncularında darbeler sırasında beyinde ortaya çıkan kanamaların zihin zayıflamasına ve bunamaya yol açtığı kabul edilmektedir.

Damar hastalıklarına zemin hazırlayan tansiyon, şeker ve kolesterol yükseklikleri damarsal kökenli depresyon ve

bunama ile ilişkilendirilmiştir.Yine uzun vadeli tiroid hormonu yetersizlikleri zihin zayıflamasının bir nedeni olarak bilinir.

8. Alışkanlıklar: Özgeçmişte uzun süreli alkol kullanımının varlığıyla alkolik demans denilen ve yine unutkanlıklar üzerinden gelişen durum arasındaki ilişki uzun zamandan beri bilinmektedir.

9.Genel Bilinç İçeriği- Zihin Değerlendirmesi: Bu aşamaya kadar kaydedilmiş psikiyatri hasta bilgilerine eklenecek bilinç i içeriği ve zihin değerlendirme daha önceden kaydedilmiş bilgilerin beyinle ilişkilendirilmesi konusunda önemli bir yönlendirici olabilir. Bilinç içeriğini oluşturan dikkat, bellek, dil, karar verme-plan yapma ve görsel-mekansal yetenekler gibi işlevlerin durumu çoğu psikiyatrik bozukluğa oranla beyindeki etkilenme konusunda daha net bilgiler sağladığından, bunların değerlendirilmesiyle elde edilen bilgiler önceden kaydedilen bilgilerle birlikte salt “psikiyatrik” değil “nöropsikiyatrik” bir anlama zemini yaratabilir.

8

SAHİPSİZ HASTALIK OLMANIN SONUÇLARI

Nöropsikiyatrinin, beyin hastalıklarının belirtilerine yönelik bütüncül eğitiminin, uzmanlığının ve anlayışının ortadan kalkması ya da “nöropsikiyatrik yaklaşım”ın, nörolojide ve psikiyatride sadece bir azınlık görüşü olarak korunması, altyapısında nöroloji faktörünün, belirtilerinin çoğunda da psikiyatri faktörünün bulunduğu, başta Alzheimer Hastalığı olmak üzere birçok beyin hastalığının bütüncül doğasının anlaşılmasına zararlar verdi ve bu hastalıkların tıbbının işleyişinde büyük yaralar açtı. Zaman içinde birer bilimsel tepki bilgisi olarak ortaya çıkan davranış nörolojisi, biyolojik psikiyatri, geropsikiyatri ve nöropsikoloji bu bölünmüş bütünlüğü onarmaya çalıştılsa da, bu “sözde bilimsel yapısöküm” ün yarattığı tahribata engel olamadılar.

Alzheimer’ın sahipsiz bir hastalık olmasının sonuçları her gün çok yönlü olarak yaşanıyor! Bu sahipsizlikten payını alanlar; öncelikle ona olan riskini ve ondan korunma yollarını bilmeyen özellikle 60 yaşın üzerindeki henüz normal yaşam biçimini sürdürenlerdir. Bu yaş sınırı Alzheimer Hastalığı riskinin istatistiklere girdiği yaş sınırı olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, dünyada 60 ve üzeri yaşlardaki insan sayısının 2050 yılında 2.1 milyar olacağını söylüyor. Türkiye’de ise Aralık 2018’de Nüfus Müdürlüğü 60 ve yukarısı yaşlarda bulunanların sayısını 10.235.000 olarak

açıkladı. Bu da, o yılın genel nüfusuna göre, bu insan sayısının toplam nüfusun yüzde 8.5'lük bölümünü oluşturduğu anlamına geliyor. Oysa şimdilerde hastalığın beyinde başlamasının bu yaştan ortalama olarak 10-15 yıl öncesine uzandığı kabul ediliyor. Bunun anlamı, bu sayıya 50-60 yaşlarındaki insanların sayısının da eklenmesinin söz konusu olduğudur. Yine aynı nüfus verilerine göre 50-60 yaş arası insan sayısı 8.845 bin olduğuna göre, 50 yaşın üzerindeki nüfusun toplam nüfusa oranı yüzde 10'a yükseliyor.

Sahipsizlikten payını alanlar arasında ikinci sırayı Alzheimer hasta yakınları oluşturuyor. Türkiye Alzheimer Derneği'nin 21 Eylül 2018 Alzheimer Günü nedeniyle açıkladığına göre Türkiye'de 600 bin Alzheimer hastası, bir milyon civarında da demans hastası var. Demansla sonuçlanan Alzheimer dışı bir dizi diğer hastalık da olduğundan demanslı sayısı abartılı sayılmamalı. Ayrıca son yıllarda yapılan genetik araştırmalar bu hastalıklardan bir bölümün Alzheimer'la genetik bağlantısı olduğunu kanıtlamış durumda. Bu durumda Alzheimer'lı sayısı biraz daha artıyor olabilir. Ayrıca bu hastalıklarda, Alzheimer' da tedavisinde kullanılan belirti önleyici ilaçların bile olmaması ve bunların isimleri ve etkileri konusundaki mesleki ve toplumsal farkındalık düzeyinin Alzheimer'a kıyasla hemen hemen hiç olmaması, Alzheimer konusunda neyi ele alıyorsak demans genelinde de aynı şeyleri ele almamız gerektiğini ortaya çıkarıyor. Hayalini kurduğumuz Alzheimer uzmanlığının aslında bir demans uzmanlığı olması gerçeği de burada yatıyor. Bu

bakımlardan mesleki ve toplumsal farkındalıklarda Alzheimer'ın diğerlerine oranla önde görünmesi yanıltıcıdır ve bilimsel değildir. Bu konuya yaklaşımda hatırlanması gereken, "Her demans Alzheimer olmayabilir ama her Alzheimer bir demans'tır" formülüdür. Bu nedenle, Alzheimer hasta yakını ifadesine göre demans hasta yakını ifadesi daha uygun düşüyor ve bu yaklaşımla çok daha fazla aileyi ve hasta yakınını kastetmiş oluyoruz. Bu da, yaklaşık olarak en az 4-5 milyon insanın farkındalık çalışmalarında hedef olarak alınması anlamındadır.

Alzheimer sahipsizliğinden nasibini alanlar listesinde sayısal olarak üçüncü sırayı çeşitli meslek mensupları alıyor. Bunlara doktorlar, hemşireler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları, rehabilitasyonla uğraşanlar ve hatta hukuk mensupları dahildir. Bunlar sayısal olarak üçüncü sırayı alıyor olabilirler ancak eğitilmiş olmaları dikkate alındığında mesleki ve toplumsal yönden en etkili olabilecek grubu oluşturdukları söylenebilir. Ayrıca bu gruptan insanların, şimdilerde Alzheimer konusunda etkin rol alıyor olması nedeniyle alternatif tıp üzerinde baskılayıcı rol yükümlülükleri de var.

Şimdi, Alzheimer Hastalığının sahipsiz kalmasının sonuçlarına gelebiliriz.

İşte hemen her gün yüzleştığımız sorun alanları;

8.1 RİSK ve KORUNMA FAKTÖRLERİ YETERİNCE BİLİNMIYOR!

Günümüzün popüler bakışında, hala Alzheimer Hastalığının en önemli (bir çok insana göre de tek) risk faktörünün yaşlılık olduğu düşünülüyor. Bu düşünce, Önyargılar Bölümü'nde incelediğimiz, Alzheimer'da yaşlılık önyargısının zihinlerde bıraktığı bir tortu ve günümüzün risk araştırmaları tarafından ancak kısmen desteklendiği gibi hastalığın tarihsel örnekleriyle de uyuşmuyor. Bu anlayışa göre olması gereken şu; Eğer Alzheimer Hastalığı yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan bir durumsa, bu durumda yaşlılık yaş grupları içinde daha belirgin bir şekilde görülmesi gerekir. Oysa hastalık 65-70 yaş grubu içinde yaklaşık olarak % 5, 70-75 yaş grubu içinde % 10, 75-80 yaş grubu içinde % 20, 85-90 yaş grubu içinde % 25-30 oranlarında görülüyor. Günümüzün bilimsel yaklaşımı ise şöyle; Eğer Alzheimer gerçekten bir hastalıksa, hastalığın, kendisi bir hastalık değil de, ancak doğal biyolojik bir yıpranma süreci olarak kabul edilen yaşlanmayla tek başına ya da başka tıbbi sorunlar olmadan ilişkilendirilmesi zordur. Yaşlanmanın ileri evrelerinde diğer organlar gibi beynin de yıprandığı ve bu yıpranmanın onun işlevlerine yansıdığı biyolojik bir gerçek ama bu yıpranma gerçeği kişiye özel etkilenimlerle ortaya çıkıyor, bazı insanlarda Alzheimer ortaya çıkabildiği gibi bazılarında da çıkmayabiliyor. Aynı yaş kategorilerinde bulunan insanlardan her biri biyolojik yatkınlıklar ve dirençler yönünden kendi başlarına örnekler olarak kabul edilmeli. Bunun iyi bir örneği, son yıllarda gelişen incelikli yöntemler sayesinde, 90 ve yukarısı yaşlarını

yaşayanların içinden, Alzheimer olmadığı gibi, zihin ve yaşam güçleri kendilerinden 25-30 yaş daha genç olanlarındaki düzeyinde olan özel bir ileri yaş grubu insanın tanımlanması. Bu gruba giren insanlara bir isim de takıldı; Süper Yaşlılar. Bu grubun tanımlanması, önceden “süper” sıfatının yakıştırıldığı bazı bebeklerin, çocukların, gençlerin ve erişkinlerin varlığının yansırı, yaşlılıkta da bazı insanların “süper” olabileceğine dair yeni ve etik bir bilimsel inancın dayanağı durumundadır.

Buna rağmen, yaşlanma önyargısını destekleyen bir diğer grup da var ki, bunlar Alzheimer belirtileri gösterebiliyorlar. Bu gruba da İleri Yaşlılık Alzheimer Grubu deniliyor. Bu gruba giren insanlara biraz daha yakından bakıldığında ise bunlar arasında, öncelikle kadın cinsiyetinin baskınlığı, yalnız yaşam ya da huzurevi koşullarında yaşama, eğitim düzeyinin düşüklüğü ve beyinde damarlardan kaynaklanan yaşlanma etkileri nedeniyle oluşan beslenme eksikliği olasılıkları ve göstergeleri dikkati çekiyor. Kadın cinsiyetinin baskınlığında doğal sayılmayan bir-iki kolaylaştırıcı etken olduğu söylenebilir. Bunlardan birisi, kadınların genel anlamda erkeklerden ortalama olarak en az on yıl daha fazla yaşamaları ki, bunda kalp hastalıkları ve akciğer kanseri gibi nedenlerin erkeklerdeki sıklığı rol oynuyor olabilir. Diğerisi ise menopoz nedeniyle, yaşlanma sürecinde beyinlerinde östrojen uyarımının azalmış olması. Östrojen azalmasının yaşlanma sürecinde depresyon ve Alzheimer olasılıklarının artmasıyla ilişkisi kurulmuş. Yalnız yaşam ve çoğu huzurevindeki yaşam koşulları uyaran azlığını ve depresyonu tetikleyerek yaşanan

beynin içinden Alzheimer ıkma olasılığını tetikliyor olabilir. Eğitim düzeyi düşüklüğü önceden beri Alzheimer riskinin artmasına yol açan bir etken olarak sayılmıştır. Eğitim düzeyi düşüklüğü beynin düzenli ve sürekli anlamada uyarılmasının azlığı demektir. Bu etken yaşlanma sürecinde hastalık yönünden daha etkili olabilir.

Kısacası, süper yaşlı grubunun varlığı ve tıbbi nedenlerin yaşlılık üzerindeki etkilerinin varsayıldığı grup dışında, ileri yaşlılarda ortaya çıkan Alzheimer, sanıldığından daha da az karşılaşılan bir durumdur. Öte yandan, genetik araştırmalarda geç başlangıçlı Alzheimer hastalığı ile ilişkili olduğu gösterilen Apolipoprotein (ApoE) geninin öncelikle bir damar risk faktörü olarak tanımlanmış olması da, bu faktörün damarsal etken lehine bir faktör olduğunu gösteriyor. Ayrıca, genetik faktörler arasında tanımlanan kromozomların biri dışındakilerin geç vakalarla ilişkisinin gösterilmesi ve bunlar dışında kalan diğerinin ise damar hastalığıyla ilişkili olduğunun gösterilmesi bu kanıyı destekliyor. Bu durumda, yaşlanmanın tek başına Alzheimer risk faktörleri listesinin başına koyulması, bilimsel araştırmalar tarafından desteklenen ve gerçekçi bir çıkarım değildir.

Yaşlılık varsayımı, hastalığın tarihteki tanımlanış biçimiyle de uyumlu değildir. Çünkü Alzheimer Hastalığının ilk hastası Augusta Deter, Dr. Alzheimer tarafından ilk kez görüldüğünde 51, beş yıllık hastalık sürecinin ardından 1906'da öldüğünde ise 56 yaşındaydı. lmnn ardından yapılan otopsi sonucu tanımlanan bu yeni beyin hastalığı ise psikiyatri kitaplarına ve

tıp literatürüne yaşlanmış bir vakaya ait olarak değil, hastalığın başlangıç yaşı nedeniyle, yaşlılıktan önce başlayan bunama hastalığı olarak girmiştir. Hastalığın, yaş faktörü hesaba katılarak tanımlamasının nedeni, o zamanlar yaşlılık bunaması adıyla bilinen bir hastalığın zaten bilinmesi ve bu vakanın onlardan başlangıç yaşı yönünden farklı kabul edilmesiydi. Yani Alzheimer Hastalığının 50'li yaşlarda ortaya çıkmış olması, ona bağlı bunamanın yaşlılıktan önce de başlayabileceğinin ispatı kabul edilmişti. Bu bilgi, sonradan yazılan kitaplarda bu şekilde yer aldıktan ve yaklaşık 65-70 yıl süresince değişmeden kaldıktan sonra, 1980'lerden sonra başlayan genetik çalışmalarla doğrulandı. Buna göre; silik ya da belirgin biçimlerde genetik faktör bazı vakalarda neden olarak listeye giriyordu. Bu bağlamda erken başlangıçlı hastalık için üç, geç başlangıçlı hastalık için de bir kromozomun rolleri tanımlandı. Böylelikle Alzheimer Hastalığında yaş faktörünün tek başına değil,, erken ve geç başlangıçta genetik ve geç başlangıçta genetik dışı faktörlerin eşliğinde risk faktörü haline dönüştüğü şeklinde bir bilgiye ulaşıldı.

Bu kendi aralarında etkileşimli iki faktör dışında, Alzheimer risk faktörleri arasında Down Sendromu, kafa travması, depresyon, damar risk faktörleri, eğitim düzeyi düşüklüğü ve sigara kullanımı da bildirilmiştir. Bunların her birinin hastalığa risk yaratma potansiyeli ayrı ayrı incelenmelidir.

Down Sendromuyla ilişkilendirilmesi genetik temellidir. Bu bağlantı kromozom 21 üzerinden izah edilmektedir. Çünkü bu kromozomun her iki durum için de nedensel rolü vardır. Önceden bilindiği gibi, Down Sendromuna 21. Kromozomun iki yerine üç bacaklı olması yol açar. Erken başlangıçlı Alzheimer'ın tanımlanmış kromozomlarından biri de bu kromozomdur. Down Sendromluların beyinlerinde 30 yaşından itibaren Alzheimer' a özgü değişimlerin görülmesi bu ilişkiye bağlanmaktadır. Alzheimer-Down Sendromu ilişkisi, bir yandan Alzheimer'da beyin kapasitesini kullanmanın ve zekanın da önemine dikkat çekerken, diğer yandan da eğitim düzeyi düşüklüğünün rolüne gönderme yapar.

Kafa travmalarına tekrar tekrar maruz kalanlarda, beyinde ortaya çıkan kanama odakları yoğunluğunun erken yaşlarda zihinsel yıkıma yol açtığı bildirilmiştir. Ancak bunamalar içine konulan yıkımın Alzheimer'a benzeyip benzemediği şüphelidir.

İleri yaşlarda ortaya çıkan depresyon belirtilerinin ve zihinsel yetersizliğin Alzheimer'la ilişkisi kurulmuştur. Ancak bunun çevre faktörüne bağlı olarak zaman içinde ve tedaviye bağlı olarak iniş ve çıkışlar göstermesi ikisi arasında farklılık olduğu konusunda şüpheler yaratmaktadır.

Başta tansiyon yüksekliği ve şeker hastalığı gibi damar risk faktörleriyle Alzheimer arasında ilişki olduğu belirtilmiştir. Buna rağmen, bu faktörlerin Alzheimer'dan çok farklı

özellikler gösteren damarsal bunamalara yol açtığı gibi bir gerçek de vardır.

Eğitim düzeyi düşüklüğüyle Alzheimer arasında beynin kullanılması üzerinden kurulan ilişki net biçimde gösterilememiştir. Bu faktörün durumu halen beklemededir.

Sigara kullanımı için de aynı sözleri söylemek mümkündür. Sigaranın sağlık risk faktörü yol açtığı sorunlar bellidir. Ancak Alzheimer konusunda bu risk faktörünün etkisinin de daha net gösterilmeye ihtiyacı vardır.

İncelediğimiz kaynaklarda belirtilen risk faktörleri arasında yaşam tarzı bulunmuyor. Oysa yaşam tarzı hastalık üzerindeki etkileri incelenmesi gereken bir etkidir. Biz yaşam tarzından biri olumlu diğeri olumsuz içerikli olan iki tür yaşama biçimini kastediyoruz. Bunların ikisi de, sosyal ve ekonomik şartlara bağlı olmadan insanına bağlı olarak yaşanabilen hayat tarzlarıdır. Mutlu ve verimli bir hayat yaşamamanın ya da mutsuzluğun bunlarla bir alakası olmadığını, gördüğümüz onca örnek nedeniyle söyleyebiliriz. Mutluluğun ve mutsuzluğun sırrı, doğarken birlikte doğduğumuz beynimizin yapısıyla ve buna bağlı olarak şekillenen kişilik yapılarımızla ilişkilidir. Olumsuz anlamıyla yaşam tarzı; dar çevrede aynı tip insan ilişkileri ve uyaranlarla birlikte geçirilen, yeni şeylerin öğrenilmesinin ve onlar üzerinde düşünülmesinin pek olmadığı, duygusal olarak da kötümserliğin hakim olduğu bir yaşama biçimidir. Buna karşılık, olumlu yaşam tarzında ise öbüründe olumsuz

etkenler olarak belirtilenlerin tersi söz konusudur; zaman zaman değiştirilen çevrelerde farklı insan ilişkileri ve uyaranlarla birlikte, yeni şeylerin öğrenildiği ve denendiği, duygusal olarak da iyimser düşünce ve beklentilerin hakim olduğu bir yaşam tarzı. Buradan yola çıkarak, yaşam tarzının Alzheimer' da bir risk ya da korunma faktörü sayılması gerektiğini söylüyoruz. Son yıllarda stresten uzak durmanın, depresyona girmemenin, meditasyon ve kültürüne göre farklı içe dönük yoğunlaşmaların ve spor yapmanın Alzheimer için koruyucu faktörler olduğundan söz edilmesi boşuna değildir.

8.2 BAŞVURULACAK DOKTOR BELLİ DEĞİL!

Alzheimer'a yakalandığından şüphelendiğiniz yakınınızla ve ona olan ailesel yakınlığınızdan dolayı kendinizle ilgili olarak hangi doktora başvurursunuz? Bu kitabın yazılmasına neden olan gerekçelerden dolayı bu, zor bir sorudur. Bu sorunun cevabı, geleneksel bilimsel ve mesleki algılardan dolayı ki kitabımız tümüyle bu algılara karşı uçtan yaklaşan bir kitaptır, iki uzmanlık alanıyla ilgili olabilir; Nöroloji ve Psikiyatri. Ancak bu cevap, bu kitabın içinde dile getirilenler yanlışa doğru bir cevap, doğruysa yanlış bir cevap olacaktır. Zaten görünen o ki, bu sorunun doğru cevabını, ne yazık ki mesleki zeminlerden uygun bir tavsiye edinemeyip de, kendi başlarına bu araştırmayı yapan hasta yakınları bulmuş durumdalar. Bu sorunun doğru cevabını, Alzheimer Hastalığıyla ilgili olduğuna inandıkları doğru doktorları bularak veriyorlar. Bu cevap,

buldukları doktorun sadece nöroloji ya da sadece psikiyatri doktoru olmasının yeteceği değildir. Çünkü ne dünyada ne de Türkiye’de Alzheimer Hastalığı; epilepsi gibi, inme gibi, Parkinson gibi, başağrısı gibi, şizofreni gibi, depresyon gibi, OKB gibi nörolojinin ve psikiyatrinin eğitim ve uzmanlık süreçlerinde temel kanaatlerin oluştuğu, tanı ve tedavi biçimlerinin benimsendiği bir hastalık değildir. Ne yazık ki değildir.

Bu durum, bütün mesleki statüko kaygılarımızın dışında ele alınması gereken bir durumdur. Çünkü tıbbın ilk prensibi “Önce Zarar Verme” ikincisi ise “Hastanı Yardımsız ve Tedavisiz Bırakma” prensibidir. Bu nedenlerle, dosdoğru biçimde yanlış ve doğruyu birbirinden ayırmamız gerekiyor! Yanlış olan seçenek içinde, bir nöroloji uzmanının ya da bir psikiyatri uzmanının aldıkları eğitimle Alzheimer Hastalığı için erken tanı koymalarının olasılığı son derece düşüktür. Aksine bu tür bir eğitim zemininde hastalığın erken başlangıcı, nörolojide kolaylıkla “normallik” yönünde, psikiyatride ise “depresyon” yönünde değerlendirilebilir. Doğru olan seçeneği sorguladığımızda ise bizim için doğru olan cevap; ister nörolog olsun ister psikiyatrist, seçilecek uzmanın beyni zihin ve davranışlardan; zihin ve davranışları da beyinden ayrı düşünmeyen ve değerlendirmeyen bir uzman olmasıdır. Bu tür uzmanlar, eski anlamıyla nöropsikiyatri ruhuna sahip, yeni anlamlarıyla da beyin-davranış ilişkilerinden ve biyolojik psikiyatriden anlayan nöroloji ve psikiyatri uzmanlarıdır. Bu

ruh ve anlayış şimdilerde kişisel sorumluluk, gayret ve sorgulamayla kazanılıyor!

8.3 TANI GEÇ KONULUYOR!

Hastalığın beyindeki başlangıcının, belirtilerin ortaya çıkmasından yıllar öncesine uzandığı sanılıyor. Bu gizli başlangıca ait belirtiler, yaşamımız içinde olağan ya da normal kabul ettiğimiz karar ve davranışlarımız tarafından üzeri henüz örtülmüş durumdadır ve bu aşamada belirti bazında hastalık tahmini söz konusu olamaz. Ancak son yıllarda ortaya çıkan bazı tanı testleri tesadüfi ya da isteğe bağlı olarak yapıldıklarında bu en erken süreç konusunda bilgiler sağlayabiliyor. Sadece merak ettiği ya da hastasından dolayı kendisinin de risk altında olup olmadığından kuşkulanan insanların sayısındaki artış bu bilgilerin artışına neden oluyor. Bu gizli süreç konusunda bilgi sağlayabilen tetkikler içinde; PET-BT gibi, beynin bölgesel metabolizmasını ve hastalıkta rol oynayan amiloid birikimini gösterebilen amiloid- PET gibi tetkiklerin yanısıra, belden su almak yoluyla yapılan beyinsuyu analizleri ve yakın zamanda ortaya çıkan ve diğerlerinden çok daha kolay yapılabilen genetik amaçlı bir kan testi bulunuyor. Bu kan testinde hastalığın kromozomlarından 19'un, riski arttıran ve riskin çok düşük olduğunu gösteren parçacıklarının durumuna bakılıyor. Bu gen parçacıklarından e4 olarak bilineni riskin varlığını gösterebildiği gibi e2 olarak bilineni riskin az olduğunu gösterebiliyor. Hiçbir hastalık

belirtisi göstermeyen kişilerde yapılan bu kan testinde, eğer hem anneden hem babadan aktarılmış e4/e4 gibi bir sonuç çıkıyorsa, bunun anlamı yüksek risk, eğer e2/e2 gibi bir sonuç çıkıyorsa, bu, hastalığa riskin azlığı anlamlarına geliyor.

Hastalık henüz ortaya çıkmadan hastalık riskinin araştırılması amacıyla bunların yapılabilmesi, geleneksel tıp anlayışını zorlayan ve ayrıca Alzheimer gibi çok faktörlü bir hastalığın riskinin yıllar öncesinden insanlara bildirilip bildirilmemesiyle ilgili hassasiyet yaratan bir yaklaşım tarzı. Ancak bu tür uygulamalar giderek daha fazla kabul görüyor.

Hastalık tanısının geç ortaya çıkmasında bu tür girişimlere başvurulmamasının rolü tartışılmaz ama biz burada daha çok belirtilerin ortaya çıktığı bir zeminde tanının geç konulmasın-dan söz ediyoruz. Yani tıbbın hastalık anlayışını zorlamaması ve normal kabul edilmesi gereken bir şeyin yapılmamasıyla gecikmeli olarak varılan bir noktadan söz ediyoruz. Bilgi ve olanaklar olduğu sürece yapılması gerekenlerin yapılmamasıyla varılan bu gecikmeli noktaya geç tanı deniliyor.

Koruyucu hekimlik bağlamında yapılması gereken yukarıdaki test ve tetkiklerin dışında, belirtiler bazında erken tanının konulabilmesi birkaç açıdan önem taşıyor. Hastalığın beyindeki “gizli” başlangıcıyla ilgili olarak söylediklerimizden sonra erken belirtilerin değerlendirilmesiyle ilgili birkaç konuya dikkat çekmemiz gerekiyor çünkü bunlar aynı zamanda geç tanının da hazırlayıcıları!

Öncelikle bilinmesi gereken; erken başlangıç belirtilerinin hastalığın beyindeki başlangıç evresini gösteren belirtiler olmadığı! Bu gerçeğin tıbbın genelinde bir çok hastalık için de geçerli olduğunu söyleyebiliriz. Hastalıkların ortaya çıkışını gizli ya da açık yaşanan süreçlerin sonucu olarak gördüğümüzde, tüm hastalıkların; ister birden bire ortaya çıksınlar, isterse de, kısa ya da uzun vadelerde kendini belli eden hastalıklar olsunlar hepsinde bir hazırlık sürecinin bulunduğunu tıp tarihindeki gelişmeler bize gösteriyor. Alzheimer Hastalığı için de bu genel kural geçerlidir. Örneğin, Augusta Deter, 1901 yılında eşi tarafından Dr. Alzheimer'a getirildiğinde, 51 yaşında olan hastanın eşi belirtilerin 1-2 sene önce başladığını söylemişti. Ardından, 5 yıllık bir takipten sonra hasta 1906 yılında öldükten sonra hastalık yapılan otopsi sonucu tanımlandı. Bu vakada, hastalığın beyinde ne zaman başladığı konusunda, kendisi hakkında tutulmuş olan notlara da dayanarak, bir bilginin olmadığını söyleyebiliriz. Hastaneye yatırıldıktan bir gün sonra, Dr. Alzheimer tarafından yapılan kısa zihin değerlendirmesinden anladığımız ise daha o günlerde nasıl bir hastalığa bağlı olduğu bilinmeyen belirtilerin kendisinde çok net etkiler yaratmış olduğudur. Bundan sonraki sürece ait bilgilerimiz ise hasta öldükten sonra 1906 yılında yapılan otopsinin bulgularına aittir.

Alzheimer Hastalığının yol açtığı belirtilerin ortaya çıkmasından önceki süreçte beyinde ne şekilde başladığı ve hangi aşamalardan geçerek ilerlediği çok sonraları, 1990'larda ortaya çıktı. Braak ve Braak isimli araştırmacılar bu bilgileri

çok sayıdaki hasta dosyasına ve otopsi raporuna bakarak elde etmişti. Hastalığın erken başlangıcıyla erken belirtilerinin aynı anlama gelmediği ve erken belirtilerin erken başlangıçtan bir süre sonra ortaya çıkan ve gerçekten erken olmayan belirtiler olduğu bu bilgiden sonra anlaşıldı. Bugünkü bilgilerimize göre, hastalığın beyindeki başlangıcıyla ilerlemesini, belirtilerin ortaya çıkış ve ilerlemesiyle orantılı biçimde, altı evre içinde değerlendirmek mümkündür. Bu altı evreyi, hem beyin hem de belirti bakımından, birbirine yakın evrelerin arasında kesin bir sınır çizilememesi yüzünden I-II, III-IV ve V-VI olarak üç çifte evre bütünlüğü olarak da görmek mümkündür. Bunlardan ilk iki evre, hastalığın beyindeki başlangıcının en erken evreleri olarak kabul edilir ve bu evrelerde ne gibi belirtilerin ortaya çıktığı bilinmemektedir. Öteden beri Alzheimer'da başlangıçta koku alma bozukluğunun olduğu ileri sürülmüştür. Bu evrelerde etkilenen beyin bölgesinin beyindeki koku soğancığına çok yakın bir yerde olması bu ihtimali güçlendirmektedir. Ancak bu konu ne yazık ki erken tanı çalışmalarında gündeme gelmiş bir konu değildir. Evre III-IV' de beyindeki etkilenen bölge, yakın dönem-yeni öğrenmeyle ilgili hipokampus bölgesidir. Hipokampus, her iki beyin yarısında yan lobların içinde derin yerleşimli bir çekirdekçiktir ve biraz önce sözünü ettiğimiz koku soğancığının arkasında yer alır. Alzheimer Hastalığında en erken belirtinin yakın dönem olaylarının unutulması ve bu nedenle, o olaylar hiç yaşanmamış gibi tekrar tekrar sorulan sorular olduğu kabul edilir. Oysa hastalığın beyindeki gelişiminin evreleri içinde bu

belirtiler III-IV. evrelere karşılık gelmektedir. Bunun anlamı açıktır; Alzheimer Hastalığının erken belirtileri beyinde başlamış hastalığın orta evresine denk düşmektedir.

Öte yandan, bugün için çoğunluğun Alzheimer'dan anladığının, hastalığın ilerlemiş evreleri olan V-VI. evrelerin belirtileri olan derinleşmiş bir unutkanlıkla, davranış bozukluklarının ve gündelik yaşam kapasitelerinde azalmaların görüldüğü bir tablo olduğunu söyleyebiliriz.

Bu söylenenlerden sonra karşımıza çıkan gerçek şudur; **ALZHEIMER HASTALIĞININ TANISI, GÜNÜMÜZÜN NÖROLOJİ VE PSİKİYATRİ ANLAYIŞLARI İÇİNDE, HASTALIĞIN BEYİN AÇISINDAN ORTA EVREDE OLDUĞU BİR AŞAMADA BİLE DEĞİL ANCAK HER TÜRLÜ İMKANIN KISITLANMIŞ OLDUĞU GEÇ EVRESİNDE KONULMAKTADIR.**

8.4 TEDAVİYE YA GEÇ BAŞLANIYOR YA DA HiÇ BAŞLANMIYOR!

Alzheimer Hastalığında mevcut tedavi, bazı hastalıkların tedavisinde olduğu gibi radikal-köktenci değil, belirtilerin hızının yavaşlatılmasına yönelik bir tedavidir ve bu, ilk ilaçların piyasaya sürüldüğü 1990'lardan beri değişmeyen bir durumdur. Arada, hastalık belirtilerine neden olan beyindeki istenmeyen protein birikimini temizlemeye yönelik, aşı tarzında tedavi araştırmaları yapılmış olsa da, bu denemeler sırasında yapılan aşuya bağlı olarak bazı deney hayvanlarında beyin

iltihabının gelişmesi nedeniyle araştırmalara 2000’li yılların başında ara verilmiştir. Yine bazı dirençli beyin hastalıklarının tedavisinde kullanılan ilaçlar ve kök hücre denemeleri başarılı olmamıştır.

Alzheimer belirtilerinin sınırlanmasına ve belki de hastalığın yavaş ilerlemesine yönelik olarak kullanımda olan ilaçların kullanımında matematiksel bir gerçek vardır. Bu gerçek, ilaçların etkisinin belirtilerin yoğunluğuyla ters orantılı olmasıdır. Hastalığın başlangıç dönemleriyle ilgili ilaç araştırmalarının sonuçlarıyla, ilerlemiş dönemlerinde yapılan uygulamaların sonuçları bu ters orantıyı göstermektedir. Ayrıca ilaçlar erken dönemde başlansa bile görülen etkinin uzun süreli olmayacağı da belirtilmektedir. Burada, tedaviye bakış açısının, açık biçimde, hastalığa ne gözle bakıldığıyla olan ilişkisine de dikkat çekilmelidir. Hastalığın kafalarda ilerlemiş ve bunamaya neden olmuş haliyle yer ettiği bellidir. Sözü edilen uzmanlık alanlarının çoğunluk mensuplarıyla sokaktaki vatandaşın hastalıktan anladıkları arasında bir fark yoktur. Bu durumda, bu tür bir anlayışa sahip bir doktorun tedaviden beklentileriyle ilaca başlama evresi arasında derin bir çelişki vardır. Bu çelişki çoğu doktoru Alzheimer’a ilaç yazmaktan soğutmakta bazen vazgeçirmektedir. Çözüm, hastaları tamamen tedavisiz bırakacak biçimde ilaçlardan vazgeçmek değil, tedaviye mümkün olduğunca erken başlamaktır.

Yukarıda erken belirtilerin hastalık açısından gerçekten erken belirtiler olmadığını, en iyi ihtimalle hastalığın orta

evresinin belirtileri olduğunu söylemiştik. Bu durumu da göz önünde tutarak, tedavinin tanının söz konusu olmadığı evrelerde başlanması gerektiğini ileri sürüyoruz. Burada tedaviye yol gösterecek etkenler, hastalık için tanımlanmış olan risk faktörlerinin o kişideki varlığı, aile hikayesi, Alzheimer Yatkınlık Testi de denilen, basitçe verilen kan örneği üzerinden bakılan APOE-4 alelinin belirginliği' dir. Ayrıca yine aynı yatkınlık testi sırasında, genetik bazlı donepezil direncine bakılması tedavi yanıtlarının ölçülmesi açısından faydalıdır.

8.5 YAŞAM TARZININ ÖNEMİNİN SÖZÜ BİLE EDİLMİYOR!

Sahipsiz kalmanın yukarıda ele aldığımız sonuçlarıyla birlikte oluşmuş bir ortamda, Alzheimer şüphesi ya da tanısı altında olan hastaya ve yakınlarına sürdürdükleri yaşam tarzıyla ilgili sorular sorulmasını beklemek hayal kurmaktır. Çünkü biyolojik temele dayanan tıp gibi bir alanda, psikiyatri dışındaki hiçbir uzmanlık dalında, yaşam tarzının hastalıkların oluşmasındaki rolü, hastalık kavramları kadar ne dikkati çekmiş ne de ilgi görmemiştir ve bu kavramın gündeme gelmesi, çok sonraları koruyucu hekimliğin gelişmesiyle birlikte ortaya çıkmıştır.

Yaşam tarzı; kişilerin, ailelerin, farklı sosyal ve inanç gruplarının, milletlerin ve hatta ırkların; adet ve gelenekleri, alışkanlıkları, uğraştıkları gündelik işler ve problemleri çözüm tarzlarıyla ilgili yaşam sürdürme biçimidir. Bu tanımdan yola

çıkarak, yaşam tarzı kavramından salt ekonomik olanaklar çerçevesinde sürdürülen bir yaşama biçimini kastetmediğimizi ve bu kavramı çok faktörlü bir kavram olarak kabul ettiğimizi belirtelim. Tek tek kişiler düzeyinde ve bu düzeyin diğer faktörlere etkileri bağlamında, kişilik yapısının yaşam tarzında önemli bir faktör olduğuna inanıyoruz. Bu noktada, diğer faktörler açısından benzer şartlar içinde bulunan kişilerin hayatı algılama ve sürdürme farklılıkları dikkati çekiyor. Öncelikle tıbbi boyutlarıyla anlam ve içerik kazanmış olan bazı durumlar, kişilerin davranışları ve yaşam biçimleri üzerinde bu yoldan etkide bulunurlar. Otizm, Down Sendromu, Kekemelik, Serebral Felç (palsy), Doğuştan İşitme Engellilik ve benzer diğer örnekler neden oldukları algılama, tepkiler ve davranış biçimleriyle yaşam tarzını belirgin biçimde etkileyen durumlardır. Burada, aralarında kurulan genetik ilişkinin yansırı ya da beraberliğinde Down Sendromu'nun Alzheimer' la ilişkisini hatırlatalım.

Tıbbi kabul edilmeyen tarafta normal çeşitlilik kavramı içinde ele alınan iki farklı kişisel özellik de, zeka türleri ve kişilik farklılıklarıdır. Son yılların çoklu zeka temelli sosyal beyin araştırmaları farklı zeka türlerinin farklı yaşama tarzlarıyla ilişkilerini gösteriyor. Örneğin, normalin üzerindeki mantıksal zeka genellikle kendi başına ve topluma karışmayan bir yaşam tarzı yaratırken, duygusal zeka oldukça sosyal içerikli bir yaşama tarzıyla ilişkili görünüyor.

Alzheimer Hastalığında zeka türleriyle ilgili özel bir etkilenme var mıdır? Öncelikle şunu söyleyelim; beyin

hastalıklarının yol açtığı davranış ve düşünceyle ilgili belirtilerin saptanmasıyla ve bu yolla Alzheimer da dahil olmak üzere benzeri hastalıklara tanı konulmasıyla ilgili nöropsikolojik testler içinde duygusal zekayı ve onunla ilgili beyin işlevlerini ölçen bir tanı testi yoktur. Aksine, bu testlerin kurgulanma ve uygulanma mantığı mantıksal zeka ve işlevlerine göre ayarlanmıştır. Hastalarla ilgili bütün bilişsel saptamalar bu zeka kavramı üzerinden yapılmaktadır. Bu durumda, Alzheimer Hastalığında hangi zeka türlerinin ve işlevlerinin etkilendiğini söyleyebilmemizin bilimsel bir zemini var mıdır? Bu hastaların mantıksal zekanın önemli kavramlarından zaman bilinci, yer bilinci, kişi bilinci gibi konularda yetersizlikler göstermelerine rağmen, merhamet, mazur görme, affetme ve durumlarla duyguların arasındaki ilişkileri anlama ve ifade etme konularında ne testleri yapılmakta ne de bu konulardaki yetersizlikleri çok göze batmamaktadır. Bu bakımlardan Alzheimer Hastalarında duygusal zekanın göreceli de olsa diğerine göre korunduğunu söyleyebiliriz. Bunun yaşam tarzına yansımaları Alzheimer'da mantıksal zeka problemlerinden dolayı hastaların yaşamlarını sürdürmelerinde zorluk olduğudur. Bu kanaati destekleyen farklı bir örnek olarak, bakımevlerine yatırılan çoğu hastanın, korunmuş olan duygusal altyapılarından yola çıkarak kısa süreler içinde, terkedildikleri kanısına varmaları ve hastalıklarını daha da ağır hale getirecek olan depresyonun gelişmesidir.

Kişilik yapılarının yaşam tarzı üzerinde etkiler yaptığı ileri sürülmüştür. Kişilik ya da karakter yapımız denen şey, beynimizin özelliklerinin bir özeti, dış dünyaya yansımadır. Halk dilinde bu özelliğimiz “ Yedisinde neyse yetmişinde de odur!” sözüyle ifade edilmiştir. Bu örneğin dışına çıkan kişilik değişimi örneklerinde ise zaman zaman tıbbi nedenlere yaklaşılmaları ilginçtir! Biyolojik açıdan her kişide farklı olan beyin yapısı sosyal ve davranışsal olarak benzerlikler temelinde gruplandırılmış ve sonuçta beş ana kişilik yapısının olduğu ileri sürülmüştür. Bunlar; dışa dönüklük, güvenilirlik, gerilime yatkınlık, meraklılık ve yaratıcılık, organizasyon özelliklerinin belirginliği üzerinden kendilerini gösteren kişilik yapılarıdır. Bu kişilik yapılarının her biri bir özelliğin güçlü olduğu pozitif ve zayıf olduğu negatif örneklerden oluşur. Örneğin; dışa dönüklük özelliği; hem güçlü hem içe dönük olarak zayıf olduğu, anlaşma ve fedakarlık özelliği hem güçlü hem de zayıf, kontrollü ve planlı olma özelliği, gerilimli olma özelliği ve meraklılık ve yaratıcılık özelliği bu türden pozitif ve negatif örneklere sahiptir. Bu kişilik yapılarından her biri ve alt grupları içlerinde farklı bir yaşam anlayışının ve tarzının anahtarlarını taşır ve bunların neler olabileceğini tahmin edebiliriz. okur tarafından kolaylıkla tahmin edilebilir. Örneğin; dışa dönüklük özelliği güçlü bir kişi enerjik, sosyal ve mutlu olma özellikleri baskın, buna karşın, içe dönük bir kişi utangaç ve baskılanmış özellikler sergiler.

Öte yandan, Alzheimer Hastalığının belirtileri, hastanın kendisi ve çevresiyle ilgili üç belirti grubundan oluşur. Bunlar;

hastanın zihinsel işlevleriyle, onun davranışlarıyla ve sosyal, mesleki ve ailesel gündelik işlevleriyle ilgili belirtilerdir. Bu belirtilerin ortaya çıkmasının ortak nedeni bir hastalıktır. Ancak bu belirtilerin ilişkili olduğu işlev türleri beyinde otomatik olarak oluşmuş ve kendi kendine ortaya çıkmış değildirler. Bunların ortaya çıkışlarında sadece normal ya da sağlam bir beyinle doğmuş olmak yetmez. Ortaya çıkabilmeleri için aile ortamından başlamak üzere çeşitli sosyal ve kültürel etkileşimlerin varlığı gereklidir. Örneğin; dil, bellek, beceri, yüz hafızası gibi Alzheimer Hastalığında bozukluğu görülen işlevler çevre etkileşimleriyle ve eğitimle kazanılan işlevlerdir. Gelişmeleri de çevresel ve kültürel etkenler yardımıyla olur. Bu yüzden bunlara sadece beyin işlevleri demek yeterli değildir. Bu işlevsel sosyal ve kültürel beyin işlevleridir. Diğer bir ifadeyle, Alzheimer Hastalığında bozulan işlevlerin tümü sosyal ve kültürel beyin işlevleridir.

Kişilik yapısının bunların gelişmesinde ve Alzheimer örneği bağlamında bozulmalarında ne gibi rolleri olabilir? Yani bir insanın ağırlıklı olarak dışa dönük, güvenilir, gerilime yatkın, meraklı ve yaratıcı ya da organizasyon yönünden güçlü ya da zayıf olmasıyla Alzheimer Hastalığı riski arasında ne gibi ilişkiler bulunabilir?

Bu kişilik yapılarının Alzheimer Hastalığı riskiyle ilişkileri neler olabilir? Bu konuda yapılmış araştırmalar var mıdır? Bunun yanıtı olarak bir değil bir çok çalışmanın yapıldığını ve belirli sonuçlara ulaşıldığını söyleyebiliriz. Bu sonuçlar, normallerle kıyaslandığında, belirli kişilik yapılarının ve alt

tiplerinin Alzheimer Hastalığı riskiyle ilişkili olduğu görüşünü desteklemektedir. Örneğin, bu konuda yapılmış olan 10 çalışmanın birlikte ve kıyaslı değerlendirmesi (meta-analiz) sonucu, Alzheimer riskiyle ilişkili kişilik bozukluğu ölçüleri ya da alt grupları olarak, gerilimin yüksek olduğu kişilik yapısıyla (bunlara nörotik de deniliyor) açık yürekliliğin ve dışa dönüklüğünün az olduğu kişilik yapıları ortaya çıkıyor.

Alzheimer risk faktörleri içinde eğer kronik depresyondan söz ediyorsak ki bu durum Alzheimer riskini aynı yaştaki kişilere oranla 2-3 misli arttırıyor, bu tür kişilik yapılarının risk unsuru bize şaşırtıcı gelmemeli. Çünkü yüksek gerilim yükünün depresyonla olan ilişkisi zaten biliniyor. Bu ilişkilerin beyinsel anlamı konusunda bir şeyler biliyor muyuz? Bu konuda önemli bilgi olarak; travma sonrası gerilim bozukluğu, panik hastalığı, depresyon ve Alzheimer'ın beyinde başlangıç bölgesinin neredeyse aynı bölge olduğunu söyleyebiliriz. Bu bölge, duygular ve bellekte önemli rolü olduğu bilinen, yan lobun içinde bulunan limbik sistem denilen bölge ve bu sistemin içinde yer alan hipokampus ve amigdal gibi çekirdeklerdir.

Ek olarak, yaşam tarzına etkileri bakımından buraya kadar nispeten bağımsız biçimde incelediğimiz zeka ve kişilik yapılarının birlikte de etkileri olduğu söylenebilir. Bu etkileri iki bölümde değerlendirebiliriz. Bunlardan birincisi, tek bir zeka türünün kişilik yapısıyla ilişkisiyle, ikincisi ise aynı kişide gelişmiş olan birden fazla zekanın kişilik yapılarıyla ilişkisidir. Beynimiz, bölümleri arasındaki yakın ilişkiler ve her iki yarı

arasındaki bağlantı (korus kallozum) dolayısıyla her iki ilişki türüne de yatkındır. Örneğin, mantıksal zekası güçlü olanlarda gerilime yatkınlık ve organizasyon özelliklerinin öne çıkmasına karşın, duygusal zekası güçlü olanlarda dışa dönüklük, meraklılık ve yaratıcılık özellikleri öne çıkabilir. Dolayısıyla mantıksal zekanın, yarattığı mantıklı nedenler bulma gerilimi üzerinden, içinde sürekli anlamda boğuşmaların ve çelişkilerin yaşandığı bir yaşam tarzı üretmeye, duygusal zekanın ise sosyallik, affetme ya da mazur görmeye birlikte farklı seçeneklere ve seçimlere hazır olmayla karakterli çok farklı bir yaşam tarzı üretmeye eğilimi vardır.

Yaşam biçiminin algılanmasında ve sürdürülmesinde hem genetik hem de sosyal yakınlığın birleştiği bir örnek olarak aile faktörü önemlidir. Aile faktörü de, hem kendi başına hem de diğer ailelerle benzerlik ve benzemezlikler üzerinden etkilidir. Bu bağlamda, her aile kendine has özellikler taşıdığı gibi bir çok bakımdan da diğerlerine benzer. Tolstoy, 1877 yılında basılan Anna Karenina adlı romanının başında yer alan, “Tüm mutlu aileler birbirine benzer her mutsuz aile ise kendince mutsuzdur” sözleriyle, aileler arasındaki benzerlik ve benzemezlik konusunda bizi düşündürür. Yazar, 1859’da basılmış olan Aile Mutluluğu kitabında mutlu aileleri betimleyen özellik konusunda şunları yazmıştı “Hayatta değişmeyen tek mutluluğun sevmek olduğunu bugüne kadar anlayamamıştım.”

Ülkemizde Alzheimer hastalarının bir çoğu aileleriyle birlikte yaşamakta ve kimi zaman bakım ortamının neresi

olması gerektiği, evde bakımı mı, bakımevi bakımını mı tercih ettikleri sorulduğunda, “modern” sayılan ailelerden çoğu, geleneksel ailelerin ise tamamı seçimlerini aile ortamından yana kullanmaktadır. Bunun nedeni, toplumumuzda aile kavramına verilen önemdir. Bu önem, ortak kültürel değerlerimizden ve merhamet duygumuzdan kaynaklanmaktadır. Ancak mesleki açıdan baktığımızda, Alzheimer Hastalığı bakım gerektiren bir hastalıktır. Üstelik profesyonel bakım gerektiren bir hastalıktır çünkü bu bakımın içinde hastanın tansiyonuna, nabzına, ateşine bakmak gibi en temel sağlık belirteçlerini takip etmek olduğu gibi su ihtiyacının ve beslenmesinin takibi ve ilaçlarının düzenli olarak verilmesi yer alır. Bunların yansısı, hastanın davranışlarının takibi ve onlardaki değişimin yorumlanması da deneyim gerektirir. Bunun anlamı, Alzheimer hastasının ev ortamında sadece bakılmasının ve ona sadece sevgi gösterilmesinin yeterli olmadığıdır. Bu çelişki, bir çok aile tarafından hastanın evdeki bakımında profesyonel destek alınması gibi bir ara yolla aşılmaya çalışılmaktadır.

8.6 ALTERNATİF TIP İSE ROL ÇALİYOR!

Alternatif Tıp ve İşlevleri

1. Alternatif tıp kavramı çok yönlü olarak tartışılması gereken bir kavram. Her şeyden önce, alternatif tıp yanlış bir isimlendirmedir. Bu isimlendirme sayesinde alternatif tıbbın tıbbı alternatif bir alan ya da çaba olduğu izlenimi

yaratılmaktadır. Pratikte ise bu izlenim, tıbbi uygulamalara ve bu uygulamaların özünde yer alan ilaç uygulamalarına karşı ilaçların kullanılması yerine onlardan daha doğal ve faydalı olduğu iddia edilen ancak sağlık sorunları karşısında ne gibi faydaları olduğu kesinlikle bilinmeyen ve haklarında bu konuda araştırmaların yapılmamış olduğu bir takım “doğal” maddelerin kullanılmasıyla sonuçlanmaktadır. Oysa bu gibi uygulamalar sadece tarihi ve kültürel bakımlardan anlam ifade edebilir ve etkinliklerine dair bilgi tıp öncesi dönemlerden kaynaklanmaktadır. Yani alternatif tıp denilen uygulamaların sadece tarihsel önemi vardır. Tarihlerine ve geleneklerine düşkün insanlar (en azından bir bölümü) alternatif tıbbın bu özelliği tarafından cezbediliyor.

2. Alternatif tıbbın bu özelliğinin yanısıra psikolojik daha doğrusu inandırıcı bir mekanizma üzerinden etkinliği vardır. Bu faktör tıp tarihinden de bilinmektedir ve adına “plasebo etkisi” denilmektedir. Plasebo etkisi, ilaç dışı bir maddenin ya da bir ilacın kullanılmadan önce tedavi edici değerine inanma sayesinde, kullanıldığı zaman alanın kendini daha iyi hissetmesidir. Plasebo etkisi, inanma yoluyla kendini rahatlatma ve iyi hissetmedir. Beynimizdeki inanma sistemi çok güçlü bir sistemdir ve her türlü inanmanın sonucunda yaşadığımız rahatlatma ve iyilik hissi plasebo etkisinin de nedenidir. Beynimiz yoluyla plasebo etkisinin ortaya çıkmasını sağlayan bir kimyasalımız da var ki, bunun adı dopamin’dir. şu ya da bu nedenle inanma ve motivasyon ihtiyacı yaşayan insanlar (en azından bir bölümü) bu tür açılımın hedefindedir.

3. Alternatif tıbbın bir diğer özelliği, belki de ismini ona hak ettiren bir özellik olarak, sağlıkla ilgili bazı temel metabolizma gerçeklerinden yola çıkarak, bunları dolaylı yoldan hastalık bilgilerinin karşısına koymaktır. Bu açılımın hedefinde, kafalarında bu mekanizmaları, örneğin; glükozun, keton'un, oksijenin, kolesterol'ün vs etkilerini genelleştiren insanlar (en azından bir bölümü) yer alır. Alternatif tıbbın bu alanında bazı akademisyen tıp insanların da yer alıyor olması izahı mümkün olmayan bir olgudur!

Sonuç olarak, alternatif tıp, sağlık alanındaki belirsizlik ve boşluk alanlarına çok yönlü sızma faaliyetinden başka bir şey değildir. Alternatif tıbbın bu işlevinin, düşman kabul edilen modern tıbbın geri hatlarına sızma faaliyeti olduğu da söylenebilir.

Bu kitapta incelenen Sahipsiz Alzheimer, yaşanan problemler nedeniyle, alternatif tıp için ideal sızma alanlarından biridir. İncelendiğinde, Alzheimer Hastalığı için yapılan alternatif tıp önerileri tam bir skandal ya da şehir efsanesidir. Bunların arasında ananas suyunu, havuç suyunu, siyah üzüm çekirdeğini, Hindistan cevizini, fındığı, sütü, zerdeçalı ve daha bir çok maddeyi sayabiliriz. İnternet ortamı, her konuda olduğu gibi, Alzheimer konusunda da, çoğunlukla var olan bir bilgiyi bozan, geçersiz hale getiren (dezenformasyon yapan) ve bu yolla izlenme oranını arttıran bu tür yalan haberlerle dolu. Aşağıda bu dezenformasyon ortamından dökülen incilerle ilgili örneklerden bazılarını görebilirsiniz.

Alternatif Tıbbın Rol Çalma Örnekleri

“Bitkilerle Alzheimer hastalığı tedavisi” (Gazeteler)

HİNDİSTAN CEVİZİ YAĞI VE ALZHEİMER

“Alzheimer nörolojik ve psikiyatrik bozukluklarla ortaya çıkan bunama ile karakterize bir beyin hastalığı olduğu belirtildi.” (DOĞRU) “Yaşlanma ile birlikte hastalık riskinin de arttığı kaydedildi.” (DOĞRU) Alzheimer gibi hastalıklarda beyin hücrelerine geçen glikozun azaldığı, bu durumda enerji yetersizliğine giren beyin dokusunun da küçülmeye başladığı belirtildi.” (DOĞRU) “Glikoz'un, beynin birinci öncelikli enerji maddesi olduğu, ancak beyin hücreleri yağ metabolizması sonucu elde edilen keton cisimciklerinden de tıpkı glikoz gibi enerji kaynağı olarak faydalandığı öne sürüldü.” (DOĞRU) “Bu şekilde hücrelerin canlı kalmasının sağlandığı belirtildi. Hindistan cevizi yağının en iyi keton cisimciği kaynağı olduğu için bu hastalığın tedavisinde kullanıldığı hatırlatıldı. Hindistan cevizi yağında önerilen günlük dozun yaklaşık 7 tatlı kaşığı olduğu belirtildi.” (ALTERNATİF TIP!)

ZERDEÇAL: Hint mutfağında 'Mutfığın Kraliçesi' olarak adlandırılan zerdeçal, Alzheimer'a karşı oldukça yararlı.” (!!)

Sarı çiçekleri ve köklerinden yararlanılabilen zerdeçal'dan bir tutam alarak, yaptığınız pilav, yahni veya mercimek gibi yemeklere ekleyebilirsiniz. Unutmayın, zerdeçal geçen gece anahtarı nerede unuttuğunuzu hatırlamanızı bile sağlayabilir. (ALTERNATİF TIP!!)

Alzheimer hastalığına süt mucizesi! (Gazeteler)

“Alzheimer hastaları üzerinde Omega-3, antioksidan ve B vitamini gibi 7-8 farklı besin ögesi içeren süt ile yapılan araştırmanın ümit verici sonuçlar içerdiği belirtildi.....
.....yaptığı açıklamada, yaşamsal aktivitelerde azalma ve bilişsel yeteneklerde bozulma ile kendini gösteren, ilerleyen bir hastalık olan Alzheimer’ın mevcut tedavi yöntemleriyle ancak belirtilerinin ortadan kaldırılabilirdiğini söyledikten sonra, Omega-3, antioksidan ve B vitamini gibi 7-8 farklı besin ögesi içeren süt ile yapılan araştırmanın ümit verici sonuçlar içerdiğini belirterek, "Karışımın erken dönemdeki hastalara belirli bir fayda sağladığı saptandı" dedi.”

(Özel Haber) Alzheimer Hastası Eşini Bitkilerle Tedavi Ediyor!

“.....ilçesinde bir vatandaş, Alzheimer hastası eşini kendi hazırladığı bitkisel karışımlarla tedavi ettiğini söyledi. 7 yıldır eşinin hastalığıyla mücadele eden..... "Yaptığım karışımlar sayesinde eşim artık ihtiyacını karşılayabiliyor" iddiasında bulundu.Yedi yıl önce eşinin Alzheimer tipi demans hastası olduğunu öğrendi. Birçok hastaneye eşinin tedavisi için başvurançareyi doktorların(!) tavsiye ettiği bitkisel ilaçlar ve sağlık kitaplarında buldu. Yaklaşık bir aydır eşini doktorların verdiği ilaçların yanı sıra kendi hazırladığı bitkisel ilaçlarla tedavi eden..... eşinin durumunun günden

güne iyiye gittiğini söyledi.bitkisel ilaçları kullanmadan önce..... , eşinin gece uyku problemi çektiğini, durup dururken yere düştüğünü, evde bıçak alıp kendisine saldırdığını dile getirerek çok zorluklar çektiklerini belirtti.”

DEMANSIN ŞIFASI ALTERNATİF TIPTA (Gazeteler)

“Vitamin C ve vitamin E'nin demansın tedavisi ve hastalığı önlemede faydalı olduğunun kanıtlandığını söyleyen....Dr.... demansın tedavisinde alternatif tıbbı anlattı.”

Sanıyoruz bu örnekler, alternatif tıbbın Alzheimer konusundaki rol çalışının boyutlarını göstermek açısından yeterli!

8.7 Alzheimer Hastalığında Alternatif Tıbbın Mantığı

Alzheimer Hastalığıyla ilgili alternatif tıp yaklaşımlarında ağırlığın, hastalığın belli olmuş bazı risk faktörlerinin azaltılması ya da sınırlanmasıyla ilgili öneriler üzerinde değil de, hastalıkta risk faktörü olduğu ortaya konulmamış bir konu üzerinde yoğunlaşmış olması dikkati çekiyor. Bu konu, beslenme konusudur. Yukarıda örneklerini verdiğimiz alternatif tıp önerilerinden hiç birisi yaşam tarzı ve zihin işlevleri üzerinde yaşam tarzının rolü, öğrenme ve okuma, farklı seçenekler üzerinde düşünme, yaratıcılık ve yeni

beceriler üzerinde yoğunlaşmayla ilgili değil. Oysa, bu sayılanların hastalığın etkilerinin azaltılması yönünden rolleri gösterilmiş durumda. Çünkü bunların hepsi de, beyin esnekliğinin ve direncinin artmasına etkileri gösterilmiş etkenler. Kitabın içinde tıbbın Alzheimer riskleri konusundaki ihmallerinden bolca söz etmiş durumdayız. Bu durumda merakımızı çeken, alternatif tıbbın, kendisinden de beklenebileceği üzere, neden bu ihmal edilmiş konular üzerinde alternatif tıplığı değil de beslenme üzerinden bunu yaptığıdır.

Beslenme tarzı konusu koruyucu hekimlikte ve bazı hastalıklarla ilgili olarak zaten tıp tarafından önemi yıllardır vurgulanan bir konu. Kalp hastalıklarında, yüksek tansiyonda, şeker riskinde, beyin damar hastalıklarında, obezitede ve metabolik sendromda ve daha birçok sağlık probleminde bu konularla ilgili benimsenmiş ve uygulanan öneriler var. Buna rağmen, bu konularda bile en zararlı cinsten bir alternatif tıp anlayışının yayılmakta olduğunu görmekteyiz. En zararlı'dan kastımız, önerilenlerin beklenen zarar değil fakat bu alternatif tıp anlayışının bizzat tıp mensupları ve akademisyenleri tarafından yayılıyor olması!

Alzheimer riskiyle ilgili beslenme tarzı bağlamında sadece dolaylı yoldan etkileri bakımından yapılabilecek tek bir öneri bulunuyor. Bu da Akdeniz Diyeti adı verilen beslenme tarzıdır. Bu beslenme tarzının Alzheimer'la ilişkilendirilmesi, Alzheimer Hastalığının risk faktörleri arasına damar risk faktörleri denilen faktörlerin katılmasından sonradır. Yapılan

araştırmalarda bu risk faktörleri, zaten bilinen hastalıklara yol açmalarının yanısıra, bir tür bunama hastalığının gelişmesiyle de ilişkilendirilmiş ve damarsal bunama adı verilen bu hastalıkta rol aldıkları gösterilmişti. Ardından, bu bağlantı genişletilip bunların Alzheimer riskini de arttırdıkları ileri sürüldü. Net olarak aydınlatılmış bir konu olmamakla birlikte, iki hastalığın birlikte olduğu örnekler üzerinden Karma Demans adıyla tanımlanan vakalarda bu riskin her iki durum için de rolünün olduğu kabul edilebilir. Bu bağlantının bir gereği olarak, Alzheimer riskiyle ilişkilendirilebilecek tek beslenme faktörü olarak Akdeniz Diyeti'nin uygun bir mantığının olduğu söylenebilir. Ama sadece onun!

Oysa alternatif tıbbın Alzheimer Hastalığını önlemek adına önerdiği ve aralarında baharatların, sebze ve meyve sularının ve süt dâhil bir takım doğal içeceklerin yer aldığı birçok besin maddesi bulunuyor. Bunların önerilmesindeki mantık; yararlarıyla ilgili bilinen genel klişelerin üzerine, hepsinin de antioksidan ve hücre yenileyici rolleri olduğu iddiasını ekleyerek Alzheimer Hastalığına da iyi gelebilecekleri konusunda bir piyasa yaratmak! Bu iddialara, mevcut Alzheimer ilaçlarının hiçbir etkilerinin olmadığını eklemeyi unutmuyorlar. Alternatif tıbbın neden ağırlıklı olarak beslenme tarzı üzerinden öneriler getirdiğine gelince, bunun da, günümüzde beslenmenin, yeni doğan bebekten yaşlılara kadar her yaş grubundan insan için önemi konusunun sömürülmesiyle ilgili olduğu muhakkak! Alzheimer'da doğal besinlerin gündeme getirildiği haberlerin altından aktar

reklamlarının sırtması boşuna değil! Alternatif tıbbın bu konu dışında sömürdüğü bir iki alan daha var. Bunların arasında akupunktur ve kök hücre gibi konular bulunuyor.

zet olarak, bu yazdıklarımızdan sonra Alzheimer'da alternatif tıp konusunu nasıl bağlayacağımız okur için hiç de sürpriz olmayacak: **EğER 113 YILLIK TARİHİNDE ALZHEIMER HASTALIğIYLA İLGİLİ GEÇMİŞE NAZARAN BİR YERLERE GELDİYSEK, BU YİNE DE BİLİMİN VE TIBBIN SAYESİNDE OLMUŞTUR. ALZHEIMER'DA ALTERNATİF TIBBIN ANLAMI, HASTALIğIN İLERLEMESİNE BİLE BİLE GZ YUMMAKTIR!**

9

HASTASINA ve HASTA YAKININA GÖRE ALZHEIMER HASTALIĞI

Hastalıkların başlangıcı, etkileri, gelişme hızı ve biçimleri konularında hasta ve yakını yerine göre değişken önemde bilgi sağlama kaynaklarıdır. Verilen bilgilerin güvenilirliği açısından bu ikisi arasında rollerin farklı paylaşıldığı iki yol olduğu söylenebilir. Bunlardan birincisi ve çoğunlukla gerçekleşeni, bu konularda hastanın, hasta yakınına göre daha aktif olduğu ve amaca uygun bilgi sağladığı durum, ikincisi ve daha az sıklıkla gerçekleşeni ise hastanın bilincinde, düşünce bütünlüğünde, konuşma ve anlamasında ve belleğinde yaşadığı zorluklar nedeniyle, güvenilir bilgi kaynağı olmaktan çıktığı ve hasta yakınının bu bilgileri sağladığı durumdur.

Nörolojide ve psikiyatride bilgi kaynağı olarak her iki duruma da uygun bir çok hastalık bulunuyor. Birinci rol dağılımında, yaşanan problemin neredeyse tümüyle hasta tarafından deneyimlendiği ya da hastayla yakınının birlikte deneyimlediği ancak bilgi kaynağı olarak hastanın rolünün hala birinci planda kaldığı durumlar olabilir. Örneğin; baş ağrıları ve migren, trigeminal nevralji, inmeler, Parkinson hastalığı, depresyon ve panik hastalığı, hasta yakınları da devrede olmak üzere, öncelikle hastası tarafından bilgi sağlanan durumlar olarak anılabilir. Buna karşın; koma,

epilepsi, konuşma, anlama ve dikkat bozukluklarıyla şizofreni ve psikopatik kişilik durumlarında hasta yakını gözlemleriyle bilgi kaynağı olarak ön plana geçer.

Alzheimer Hastalığının, onun hakkında bilgi elde etme konusunda hangi modele uyduğu, hastalığın ilerlemiş hallerine yönelik algıdan kaynaklanan kötü şöhreti nedeniyle, kolaylıkla tahmin edilecek bir konu sanılabilir. Bu tahmin, hasta yakınının bilgi sağlamada başrolü oynadığı model yönündedir. Hasta nasıl olsa unutkanlık hastasıdır ve kendi yakınmalarını da unutmuş olacağı için ondan ne bilgi alınabilir ki? Doktora kendi isteğiyle değil yakınlarının teşviki ya da zoruyla getirilmiş, doktorun karşısında ya hiç konuşmamakta ya da bir şikayeti olmadığını hatta hastaneye yakınının muayenesi için geldiğini söyleyen bir kişidir. Bu örneğe uyan hasta ifadelerini aşağıda göreceğiz.

Ancak bu tahmin her zaman doğru olmayabilir. Yani Alzheimer hastası birinci modele uygun biçimde kendisi hakkında güvenli bilgiler sağlayabilir. Alzheimer bağlamında bu iki bilgi alma modeli arasında görülen farklılaşmanın nedeni, karşımıza gelen hastanın içinde bulunduğu evredir. Eğer bu evre, hastalığın hafif başlangıcı sayılan ve sadece unutkanlığın söz konusu olup da henüz ilerlemediği ayrıca dikkatin ve farkındalığın korunmuş olduğu evreyse, hasta var olan unutkanlığını gayet bilinçli biçimde ifade edebilir. Örneğin, “namaz dualarını ve rekatlarını eskisi kadar kolay hatırlamıyorum” ya da “evde bazı eşyalarımın yerini unutuyorum” diyebilir. Bu ifadeler hastanın araştırılması için

yeterli ifadelerdir. Burada hasta yakını yönünden yaşanan ilginç bir olay, bu tür ifadeler kullanan hasta adaylarının kimi yakınlarının “bu kadar unutkanlık ben de de var” ya da “kendisi gelmek istedi” türünden ifadeleridir.

Alzheimer Hastalığında hastanın bilgi sağlayıcı konumunu kaybettiği durum, bir orta-ileri evre belirtisi olan demansın ortaya çıktığı evredir. Sadece unutkanlığın değil aynı zamanda dikkat, farkındalık ve içgörünün de etkilendiği bu evrede hasta yakınları artık hastalığı reddetmedikleri gibi hastaları hakkında tek bilgi kaynağı konumundadırlar.

9.1 ÖRNEKLER

1. 51 Yaşında, Kadın (Augusta Deter Örneği)*

Görüşme - I

Dr: 'Wie heissen Sie?'	- Adınız Nedir
Hasta: 'Auguste'	- Auguste
Dr: 'Familienname?'	- Soyadınız?
Hasta: 'Auguste'	- Auguste
Dr: 'Wie heisset ihr Mann?'	- Eşinizin adı nedir?
Hasta: 'Ich glaube Auguste'	- Sanırım Auguste
Dr: 'Ihr Mann?'	- Eşiniz?
Hasta: 'Ach so, mein Mann.'	- Ah, eşim

- Dr: 'Sind Sie verheiratet?' - Evli misiniz?**
- Hasta: 'So, Auguste' - Yani, Auguste**
- Dr: 'Frau Deter?' - Bayan Deter?**
- Hasta: 'Ja. So Auguste Deter - Evet yani Auguste Deter**

Görüşme - II

**(Alzheimer yemek saatinde Bayan Deter'in yanına oturur.
Yemekte karnıbahar ve domuz eti vardır.)**

Dr: ' Frau Deter, was essen Sie?'

- Bayan Deter, ne yiyorsunuz?**

Hasta: 'Spinat'

- Ispanak**

Dr: 'Was essen Sie jetzt?'

- Şimdi ne yiyorsunuz?**

Hasta: 'Ich esse erst Kartoffeln und dann Meerrettich'

- Önce patates yedim ve daha sonra da turp**

Görüşme - III

Dr: 'Frau Deter, wie geht Sie Ihnen heute?'

- Bayan Deter, bugün nasılsınız?**

Hasta: -

- Yanıt yok.

Dr: Ich zeige Ihnen einfach Gegenstaende und Sie sagen mir welche das sind, ja?

'Size basit bir kaç nesne göstereceğim ve siz de bana ne gösterdiğimi söyleyin olur mu?'

(Doktor hastaya önce bir anahtar gösterir ve Deter doğru adlandırır. Daha sonra bir kitap gösterir ve hasta yine doğru adlandırır. Son olarak bir kurşun kalem gösterir ve Deter yine nesnenin adını doğru söyler. Kısa bir zaman sonra doktor, hastaya ne göstermiş olduğunu sorar ve yanıt alamaz. Hasta endişelidir.)

Dr: 'Was habe ich Ihnen gezeigt?'

- Size ne göstermiştim?

Hasta: 'Ich weiss nicht. Angstlich.

- Bilmiyorum. Korkuyorum.

Dr: 'Wie viele Finger sind dies? (3)

- Kaç parmağımı gösteriyorum?

Hasta: 'Drei'

- Üç

Dr: 'Sind Sie noch angstlich?

- Hala korkuyor musunuz?

Hasta: 'Ja. Ich habe mich so zu sagen, verloren'

- Evet, ben kayboldum gibi

(* Dr. Alzheimer tarafından 26 Kasım 1901 tarihinde tutulan görüşme notlarının Almanca- Türkçe uyarlaması Uzm. Psk. İnci Birincioglu tarafından yapılmıştır.

İzlenim

Bu görüşmenin yarattığı izlenim, otopsi 5 yıl sonra yapılacak olan hastanın görüşme tarihinde içinde unutkanlıkların, anlama bozukluklarının, yanlış isimlendirmelerin olduğu ilerlemiş bir hastalık tablosu içinde olduğudur.

2. 65 yaşında, Erkek

"Hoş geldiniz!"

"Hoş bulduk!"

"Yakınmanızı öğrenebilir miyim efendim?"

"Son zamanlarda etrafın dikkatini çeken bazı unutkanlıklarım başladı."

“Ne gibi?”

“Son 3 ay içinde bir kez arabamı sürekli park ettiğim parkı bulamadım, iki kez parkın içinde arabamı aradım, hatta birinde arabam çalındı diye güvenliğe başvurdum. Eşim evin içinde bazı eşyalarımı aradığımı söylüyor.”

“ Başka bir hastalığınız ve kullandığınız ilaçlar var mı?”

“Hayır.”

“Peki ailenizde, kendi yakınlarınız içinde benzeri şeyleri yaşamış ya da yaşayan birisi var mı?”

“Evet, babama bunama teşhisi konmuştu, ağabeyim 70 yaşında babama benzer belirtiler gösteriyor.”

“İşiniz?”

“Mali müşavirim.”

“ İşinizle ilgili bir karışıklık yaşıyor musunuz?”

“ Bunlarla alakalı mı bilmem bir kez bir şirketin hesaplarında önemli bir karışıklık yaşadım, tekrar etmedi gerçi.”

İzlenim

Burada hastanın yardım almadan düzgün ve anlamlı biçimde kendini ifade ettiğini ve yakınmalarını aktardığını görüyoruz. Anlaşıldığı kadarıyla, ısrarcı unutkanlıklar ve

mekan tanıma problemleri yaşıyor. Aile geçmişinden haberli ve kendi durumuyla ilgili bazı benzetmelerde bulunuyor. Ortaları evrelerde ortaya çıkan bir bunama tablosundan çok, başlangıç evre belirtileri gösteriyor.

3. 85 yaşında, Kadın

“Efendim hoş geldiniz!”

“Teşekkür ederim”

“Geçmiş olsun, bir şikayetiniz var mı?”

“Hiç yok. Şuramda (Gözünün altındaki beni gösteriyor) bir şey var, bu alınır mı? ”

“Alınabilir efendim.”

“Alınmaz diyorlar doktorlar, tehlikeli diyorlar.”

“Bence alınabilir efendim, onun dışında bir rahatsızlığınız var mı?”

“Yok!”

“Peki bana niye geldiniz?”

“Kontrole.”

“Neyin kontrolüne?”

“Hastalığımızın.”

“Ne hastalığı?”

“(Duruyor, düşünüyor...) Şimdilik bir şey yok!... Unutkanlıktan!”

“ Unutkanlık nedeniyle geldiniz demek ki?”

“Ama herkes unutuyor doktor.”

“Peki bu unutkanlığınız konusunda ne düşünüyorsunuz?”

“Yaşlılık... Yaş 85 ya!... Herkes unuttur bu yaşta.”

İzlenim

Burada unutkanlığın yanısıra farkındalığın belirgin biçimde azaldığı ve evre olarak ilerlemiş bir Alzheimer hastasının konuşmasını izliyoruz. Bu konuşmadan hastalığın başlangıcı ve ilerlemesi konusunda bir izlenim almamız mümkün değil. Bu konuda bize hastayı görmeden önce kendisinden bilgi aldığımız hastanın yakını (gelini) yardımcı oldu. Bu konuşmanın dökümünü aktarıyoruz.

4. 73 yaşında, Erkek

“Geçmiş olsun!”

“Teşekkürler..... Bende bir şey yok canım.”

“Ne amaçla geldiniz?”

“Onun için geldik (Eşini gösteriyor). O hasta!

“Sizde bir şey yok yani?”

“Hayır. Kolum bacağım sağlam, bir yerim ağrımıyor.”

Eğiyle görüşme;

“Eğinizle ilgili neler olduğunu anlatabilir misiniz?”

“Yaklaşık 5 yıldır unutkanlığı ve davranış değişiklikleri var.”

“Nasıl başlamıştı?”

“Önce sık sık alışverişte neler alacağını unutmaya başladı. Sonra bir gün yine alışverişe gitti ve geri gelmedi. Saatler sonra telefon ettiler gittik, aldık. Daha sonra bana yönelik kıskançlıkları başladı. Sık sık benim kendisini aldattığımı söylemeye başladı. Unutkanlıkları arttı bu arada.”

İzlenim

Yakınmaları konusunda hastanın kendisinden bilgi almamız mümkün görünmüyor. Daha önce de söylendiği gibi bu durum ilerlemiş ve demansa dönüşmüş hastalığın görüntüsü. Hasta yakını bu izlenimi doğruluyor.

5. 77 yaşında, Kadın

Kızıyla Görüşme;

“Hoş geldiniz!”

“Annemle ilgili konuşmak istiyorum.”

“Buyurun!”

“Annem son zamanlarda garip davranışlar göstermeye başladı.”

“Ne gibi?”

“Geçen gün yastığının altında bir torbanın içinde bir dilim ekmek ve peynir buldum.”

“Sordunuz mu?”

“Evet, başkası koymuştur.” dedi.

“Başka bir şey var mı?”

“Evet, son zamanlarda sofrada yemek yerken kendi pişirdiği yemeği tanımıyor,’ Bunu kim pişirdi?’ ” diyor.

“Evet...”

“Eskiden düzenli olarak banyo yapar, hijyenine çok dikkat ederdi. Son zamanlarda biz söylediğimizde ‘Daha yeni banyo yaptım.’ diyor.” Kokuyor, hiç önemsemiyor.”

“Unutkanlıkları var mı?”

“Eskileri çok iyi hatırlıyor.”

İzlenim

Burada hastayla bir görüşme imkanı bile yok. Yakınının bize söyledikleri, hastalığın ilerleyerek demansa dönüştüğü ve demansın da ilerlediği konusunda bizi ikna edecek düzeyde.

9.2 BİR HASTA YAKINI ALZHEIMER'İ ANLATIYOR!

Hastalık ilerledikçe hastaların gerçeklikle bağları zayıflar ve kendileriyle ilgili farkındalıkları giderek azalır. Bu, diğer bir çok hastalığın hastalarından farklı olarak, Alzheimer hastasının giderek bilgi kaynağı olmaktan çıkması demektir. Bunun sonucu olarak, hastaların yakınmalarını aktarma işi eğer varsalar ya da hastalarıyla ilgileri varsa hasta yakınlarına düşer. Yukarıdaki hasta diziliminde 3. Hasta olan 85 yaşındaki orta-ileri Alzheimer hastasında yakınmalarına dair farkındalığının neredeyse tümüyle kaybolduğunu izlemiştik. Aşağıda ise bu hastanın 30 yıllık geliniyle, kayınvalidesinin hastalık sürecinin aşamalarını anlattığı söyleşimizin Uzm. Psikolog İnci Birincioğlu tarafından yapılan yazılı dökümünü izleyeceğiz;

- **Merhabalar, hastamızın neyi oluyorsunuz?**
- **Geliniyim.**
- **Kaç yıldır gelinisiniz?**
- **30.**

- **Anladım. Sanki kızı gibisiniz?**
- **Evet, bir evlat, başka yok çocuğu.**
- **Yakın mı yaşadınız?**
- **Evet. Hiç kötülüğünü görmedim.**
- **Aranız iyi**
- **Evet, evet çok iyi**
- **Efendim bu hastamızın şikâyetleri ne kadar önce başladı, nasıl başladı bir kısa bilgi verebilir misiniz?**
- **Valla bir 5 sene kadar falan önce tahmin ediyorum kayınpederi kaybettik. Sonraki bir sene hiç umulmadık bir şekilde tek başına yaşamayı başardı. Ve düştü kolunu kırdı. Ondan sonra biraz bizde kaldı bir altı ay kadar. Sonra eve gitti, ondan sonra da zaten ne yemek pişirdi, ne yemek yedi, komşulara çıktı açım ben dedi. Ev pis kokuyor, bulaşıklar öyle. Piyasada ne kadar kapı satıcısı varsa onlarla çek imzaladı, eve aldı onları, çaylar kahveler ikram etti. Mümkün olduğu kadar, belki ben de orda yanlışım yanıma almamaya gayret ettim, yani yalnız yaşasın dedim. Yanına çok zor da olsa bir kadın tuttuk ama bir hafta sonra bayıldı annem kadına çok kızmış, bayıldı. Kadın dedi ki ben çalışmam bu evde. Gitti. Mecburiyetten annemizi yanımıza aldık. O sırada çok sinirliydi, çok asabiydi. Bir dediği bir dediğini tutmuyordu. Yalnız gençliğinden beridir de çok asabi bir yapısı vardır. Hiç sıkıntıya gelemez hemen bayılır, öyle bir huyu vardır. Yanımıza bir aldık alış o alış.**

- Anladım. Siz bunları böyle eşinin ölümünden sonra ani olarak başlamış bir şey olarak mı görüyorsunuz yoksa var olan bir şeyin hızlanması olarak mı değerlendiriyorsunuz?

- Hayır, o altı ay kolu kırılıp da bizde rahatlığa, ev ortamına, çünkü güzel bir ev ortamı var, alışıp da kendi evine dönünce sanki uyum sağlayamadı gibi geliyor bana. Çok uzun zaman ben annemin numara yaptığını düşündüm, yani bize duygusal baskı; yemek yapmıyorum, yemiyorum, beni yanınıza alın da yiyeyim hikâyesi diye düşündüm. Evden yaptım götürdüm, çamaşırını yıkadım, yani her türlü şeyini yaptım ama olmadı, olmadı. Bir de fikir sabiti vardı; asla yanıma kadın istemem, asla yanıma kadın istemem. İstemezsen o zaman gel bizimle otur dedik.

- Şimdi gündelik hayatı nasıl geçiyor?

- Sabah ona çeyrek kala onun bakıcısı bir kız var o geliyor, uyandırıyor onu, kahvaltı ediyorlar. Siz evvelki bir görüşmede gündüz uyutmayın demiştiniz, kıza sıkı sıkı tembih ettim. Televizyon izliyorlar, sohbet.. Ama sohbette hep aynı konular, değişik hiçbir şey yok. Kız 5'te gidiyor. Ben 19:30 gibi eve geliyorum, annem uyuyor, yani kız gider gitmez uyuyor, ben gelince 'anne merhaba ben geldim' 'Nerden geldin, aa gece mi oldu?'

- Yani gece gündüz uyumunu algılamakta problem var?

- Evet, yok algılamıyor. Cumartesi günleri eşim evde. Eşim evde olduğu zaman hiç ortaya çıkmıyor. Yani oğlundan

bir çekincesi de var herhalde. Hep uyuyor o zaman. Hiç odasından çıkmıyor, yani Süha sadece yemeklere kal diyor.

- Tanıyor mu oğlunu?**
- Tanıyor, hepimizi tanıyor.**
- Yani sizlerden herhangi birinizi başka birine?**
- Hayır katiyen**
- Kimliklerine**
- Hayır katiyen, hiç öyle bir şey yok. Pazar günü ben evdeysem hep ayakta. Yani gece ben yarım gibi falan yatarım, beraber yatıyoruz. Ama biz evde yoksak, bir yere gitmişsek uyuyor.**
- Anladım.**
- Bir ara bir korkuları vardı, ışıklar yanıyordu, işte elinde sopalar bir şeyler, işte onlar da kalmadı, onlar da geçti.**
- Anladım.**
- Peki efendim siz başlangıcından itibaren, daha önce şunu söyleyeyim; ailede kimde vardı?**
- Benim halamda vardı evet. Şimdi kayınvalidemle halam çok farklı. Kayınvalidem eğitimsiz ve kayınpederim kayınvalideme hiç sokak işi vermemiş. Yani ekmek bile almamış kayınvalidem hayatında. Halamsa son derece zeki ve her işini kendi gören bir kadındı.**
- Ama aralarında bir akrabalık yok?**

- Hayır yok hala benim halam.
- Peki efendim bu başından itibaren kendisine tedavi amacıyla bazı ilaçlar verdik. Öncelikle bu ilaçların adını vermesek bile siz eczacısınız, bence değerlendirebilirsiniz. Bu ilaçların kendisinin hastalığı konusunda ilerlemesinin sınırlanması konusunda bir faydası oldu mu?
- Mutlaka oldu, pozitif bir tarafı var ama, ilaçsız zannetmiyorum..
- Peki siz özellikle ilacın etkisini hangi alanlarda gördünüz?
- Yumuşak bir kere artık o kadar asabi değil, burada söylemesi şey çok afedersiniz ama deli Neriman derlerdi anneme hani öyle bir asabi tarafı vardı. Hiç yok 2,5 – 3 senedir hiç böyle bir pozisyonu yok. Gayet uysal, sinirli değil, asabi değil. Ne dersek olur, evet..
- Daha çok davranışlar üzerinde mi gördünüz tedavinin etkisini?
- Evet.
- Bunlar daha çok davranışlar.
- Evet davranışlar. Yani zaten evde ona iş yaptıran hiç yok. Yani suyunu bile ayağına getiriyoruz. İyi mi ediyoruz, kötü mü ediyoruz bilmiyorum ama. Meyvesini soyup önüne veriyoruz, yani pek işlerle alakası yok.

- Bunun yanı sıra acaba ilaçların kendisinin hafızası üzerinde, tanınması üzerinde, kelime belleği üzerinde bir etkisi oldu mu acaba?

- Valla doktor bey ona kesin bir şey söyleyemeyeceğim ama öyle acayip şeyleri hatırlıyor ve doğru hatırlıyor ki, hayret edersiniz.

- Herhalde eskiden beri mi böyle?

- Mesela geçen gün televizyonda bir ünlü vardı, bunun nişanlısı intihar etmişti dedi. Anne saçmalama bu kişi yeni ünlü oldu, yeni çıktı televizyona sen nerden bileceksin bunu dedim. Yok dedi ben iyi biliyorum. Ben ise unutmuşum. Sonra araştırdım, hakikaten olay doğruymuş, nişanlısı intihar etmiş.

- Anladım.

- Yani, bu sefer de konduramıyorum, bu ilaçtan mı, yoksa beynin bu hastalıkta farklı çalışmasından mı.. Ama mutfağa gidiyorum anne dizi başlayınca bana haber ver diyorum, o yok mesela.

- Anladım.

- Peki efendim, kendi başına evin içinde banyo yapabiliyor mu, kendisini giydirebiliyor mu?

- Kendisini giydiriyor. Banyoyu hiç izin vermedik. Biraz nefes darlığı var galiba, korkuyorum. Banyoyu, suyu biz tutuyoruz, bir de duşa alışık değil o, tasla yıkanmaya alışık,

bizde öyle bir usul yok. Duşu biz tutuyoruz o kendi yıkıyor, evet.

- **Çok teşekkürler.**
- **Ben teşekkür ederim.**
- **Sağolun.**

İzlenim

Hastanın yakını 5 yıl üzerinden bir değerlendirme yapıyor. Başlangıç etkeni olarak İlk dikkati çeken, bir çok kadın hastada da olduğu gibi, bir gerilim kaynağı olarak eş kaybı. İlerleyen yaşla birlikte ortaya çıkan beynin direncindeki azalma bir çok etkene benzeri tepkiler vererek zihinsel yavaşlama ve yetersizlikle sonuçlanabilir. Bu etkenler, kafa travması gibi fiziksel kökenli olabileceği gibi, beynin kan akımıyla ilgili bir inme, metabolizmasıyla ilgili genel anestezi ya da gerilim faktörünün artması olabilir. Bunların hepsi de bir neden olmaktan çok nedenin ortaya çıkmasına yardımcı olan etkenlerdir ve ileri yaşın yarattığı risk zemininde Alzheimer'ın ortaya çıkışını da hızlandırır. Buradaki örnekte depresyonla Alzheimer'ın üç başlı ilişkisinden birinin etken rolünü görmekteyiz. Depresyonun öncelik taşıdığı ve ardından Alzheimer belirtilerinin ortaya çıktığı örnek, depresyonun Alzheimer'la birlikte ortaya çıktığı örnek ve Alzheimer başlangıcının depresyon sanıldığı örnekten oluşan ve hastasına göre değişen bu örnekler içinde hastamızın

durumuna uyduğunu düşündüğümüz üçüncü örnek yani 85 yaşına kadar depresyon tedavisi görmeyen hastada ani oluşan bir kaybın yarattığı gerilim yükünün Alzheimer başlangıcına zemin yaratması. Hasta yakınının aktardıkları, kendi geçici yorumları dışında, bu tür bir süreçten geçildiğini örnekliyor.

Buradaki soru, üç örnek arasında ne gibi beyinsel ortaklıklar olduğu. İleri yaş depresyonu ve Alzheimer başlangıcı arasında bu çeşitlenmeyi yaratan ortak beyinsel mekanizma, her iki örnekte de, yakın dönem belleğin ve gerilimin beyinde limbik sistem denilen, içinde bellekle ilgili olarak hipokampusun ve gerilim faktörüyle ilgili olarak da amigdalın bulunduğu bölgedeki etkilenme. Bu ortak mekanizma üzerinden hastaların kişilik yapıları ve çevreleri arasındaki farklılıklar çeşitlenmeyi yaratıyor.

10

NE YAPMALI?

Eğer bu kitaptaki değerlendirmeler Alzheimer Hastalığının tarihindeki ve günümüz tıbbındaki problemlerle dolu sahipsiz halini ortaya koymayı başardıysa, bu problemlerle ilgili önerilerin aktarılması aşamasına gelinmiş demektir. Toplumsal ve mesleki açılardan önerilerin anlaşılması ve uygulanması, kitap boyunca çoğu zorunluluklardan oluşan tekrarlarla birlikte, dikkat çektiğimiz konularda farkındalıkların oluşmasına sıkı sıkıya bağlıdır. Bu nedenle, biz ilk olarak, hastalık ve onun problemleriyle ilgili olarak aşağıya koyduğumuz genel amaçlı farkındalık faktörlerinin değerlendirilmesini öneriyoruz.

10.1 ALZHEIMER FARKINDALIK FAKTÖRLERİ

1. Alzheimer bir hastalıktır. Demans ise bir hastalık olmayıp bir çok neden eşliğinde ortaya çıkabilecek ortak bir sendur. Hiçbir demans normal olmayıp, her birinin altında yatan hastalığa bağlı kendine özgü belirtileri vardır. Alzheimer demansa yol açabilecek hastalıklardan sadece birisidir. Her demans Alzheimer değildir. Alzheimer-dışı demanslar içinde Davranış ve Dil Demansı, Damarsal Demans, Depresif

Demans, Alkolik Demans, Parkinson Demansı, Travmatik Demans, Virütik Demans yer alır. Bunların hiç biri ne hastalık süreçleri ne başlangıç belirtileri ne de ilerleme hızları bakımından birbirine benzer. Bu boyutta bir demans ayrımı ancak nöropsikiyatri bilgilerine sahip olmakla mümkündür.

2. Alzheimer Hastalığı unutkanlık demek değildir. Unutma beynin normal çalışma biçimlerinden biridir. Öğrendikçe unuturuz. Ancak bu unutma yeri geldiğinde yeniden hatırlamayla ilgilidir. Alzheimer unutkanlığı tekrarlayıcı yakın dönem unutkanlığı ve unuttuğunu unutmaktır. Alzheimer unutkanlığında beyin unutulmuş bilgiyle hiç karşılaşmamış gibi davranır. Alzheimer'da eskiye ait hafızanın korunduğu doğru değildir. Gerçekte olan, yeniye ait hafızanın oluşmaması ölçüsünde eskiden öğrenilenlerin zamansal olarak onların yerini almasıdır. Bu yüzden eskiden olanların bilgisi yeni olmuş gibi hatırlanır. Alzheimer Hastalığında hafızada zaman eksenini kaymıştır.

3. Alzheimer Hastalığı bunama demek değildir, bir süreçtir. Bunama ise hastalık ilerleyince ortaya çıkan unutkanlık bunamasıdır. Alzheimer'ı bunamayla eşdeğer görme hastalığa ait büyük bir yanılgıdır ve hastalığı sonuyla eşdeğer görmedir. Oysa Alzheimer patolojik açıdan hiçbir belirti vermeden ya da yanıltıcı belirtilerle beyinde uzun yıllar öncesinden başlar. Alzheimer'a özgü unutkanlık tek başına olduğunda bile hastalığın orta evrelerine denk düşer.

4. Alzheimer Hastalığı bir akıl hastalığı değildir. Hastalık boyunca akıl ve zeka işlevlerinden çoğu korunmaya devam eder. Unutkanlığın ötesinde yapılan değerlendirmelerde geç evrelere kadar Alzheimer hastalarının mantıksal ve duygusal zekalarının, yargılama ve fikir yürütmelerinin, empati ve sevgilerinin korunduğu görülür. Günümüzde artık psikiyatrik bozukluklar bile akıl hastalığı sayılmamakta, bunlara beyne ait bozukluklar gözüyle bakılmaktadır. Alzheimer Hastalığı kendi başına bunlardan hiç birine de benzemez. Benzerlik kurulduğunda bunun anlamı, hastaların kişilik yapılarının ve geçmişlerinde varolan psikiyatrik bozuklukların Alzheimer süreci içinde kendilerini belli etmeleridir.

5. Alzheimer Hastalığı yaşlanma demek değildir. Alzheimer için yaşlanma, bir neden değil bazı insanlar için kolaylaştırıcı bir etkidir. Seksen ve üzeri yaşlarda Alzheimer olmayan çok insan vardır. Alzheimer'ın yaşlanma süreciyle ilişkisi nedensel değil yaşlanma sürecinin o kişideki hızı ve kapsamıdır. İlk vakasının 51 yaşında olması nedeniyle Alzheimer zaten orta yaş bunaması olarak tanımlanmış bir hastalıktır. Bu hastalığa beyinde erken yaşlanmayla ortaya çıkan bir hastalık gözüyle bakmak daha doğrudur.

6. Alzheimer Hastalığı her vakasında genetik değildir. Erken ortaya çıkan (40-60 yaşları arası) Alzheimer'da ailede hastalığın olması genetik olma olasılığını güçlendirir. Geç ortaya çıkan (80 ve sonrası yaşlarda) Alzheimer'da diğer tıbbi ve çevresel faktörlerin etkisi baskındır. Tanımlanan 4 sorumlu kromozomdan üçünün erken başlangıçla, birinin ise

erken damarsal yaşlanma üzerinden Alzheimer'la ilişkili olduğunun gösterilmesi bu kanıyı destekler. Başlangıç belirtileri bakımından, genetik etkinin güçlü olduğu ailesel ve erken başlangıçlı Alzheimer Hastalığı zayıf olduğu geç başlangıçlı Alzheimer Hastalığından farklı görünüm arz edebilir ve bu gibi vakalarda "psikiyatrik" belirtiler unutkanlığa nazaran daha ön planda olabilir. Down Sendromunun sorumlu kromozomu olan 21. Kromozomun aynı zamanda erken başlangıçlı Alzheimer'ın sorumlu kromozomlarından biri olması, Alzheimer'da genetik riski doğum öncesi süreçlere taşıyan bir faktördür. Nitekim, çoğu Down vakasının beyinlerinde 30-40 yaşları arasında Alzheimer'inkine benzer değişiklikler olması bu bağlantıyı doğrulayan bir faktördür. Denilebilir ki, Alzheimer Hastalığı gelişimsel bozukluklar ve aile öyküsü eşliğinde genetik riskin erkenden kendini gösterdiği bir hastalıktır.

7. Alzheimer Hastalığı ve depresyon birçok bakımdan ikiz kardeştir. Uzun süreli depresyon Alzheimer riskini artırır. Biri ya da öbürü önce başlayabilir ya da ikisi birlikte olabilir. Yapılan araştırmalarda kronik depresyonun varlığı ileriki yıllardaki Alzheimer riskini 2-3 misli arttıran bir faktördür. Alzheimer başlangıcıyla depresyonun beraberliği sadece belirtisel değil aynı zamanda iki durumda da beyinde etkilenen bölgeler bakımından benzerlik olmasındandır. Bu ikili beraberlik, kimi vakada Alzheimer'ın depresyon zannedilmesiyle kimi vakada da tersi durumla sonuçlanabilir.

8. Alzheimer Hastalığı yalnız yaşamı sever. Yalnız yaşam önce depresyonu davet eder ve Alzheimer için zemin hazırlar. Olumsuz ve kötümser ruh hali beyin sağlığı için zararlıdır ve hem depresyon hem de Alzheimer için zemin hazırlar. Bu bakımdan kişilik yapılarıyla Alzheimer riski arasında bir bağlantı bulunmuştur. Alzheimer Hastalığı olumsuz, kötümser ve gerilim yüklü kişilik yapısı olan insanlarda daha erken başlayabilir.

9. Alzheimer Hastalığı; tansiyon, şeker, kolesterol gibi damar faktörlerinin varlığında daha erken ortaya çıkar. Bunların daha çok geç başlayan Alzheimer'da riski arttırıcı rolleri vardır. Alzheimer Hastalığı doğasında damarsal kökenli bir hastalık olmamasına rağmen, hastalık sırasında beyinde istenmeyen biçimde birikim gösteren protein oluşumunda beyindeki beslenme bozukluğunun hızlandırıcı rolü vardır. Damar risk faktörlerinin varlığında bu şekilde ortaya çıkan bağlantı, bu faktörlerin eşliğinde ortaya çıkan tıkaçıcı ve kanayıcı beyin damar hastalıklarının yol açtığı inmelerle de kurulabilir. Yaş olarak 60 ve üzeri olanlarda ortaya çıkan bu hastalıklarda, hastalığın etkilediği beyin bölgelerinin genişliğine ve tekrarlara bağlı olarak düzelmelerin uzamasının ve yavaşlığının ardından genel zihinsel yavaşlama eşliğinde hastalığın baş göstermesi nadir değildir. Bu faktörlerle ortaya çıkan Alzheimer vakalarında, her ikisiyle de ilişkili olarak tanımlanan damarsal bunama hastalığı genetik bakımdan Alzheimer'a yakın bir hastalıktır.

10. Alzheimer Hastalığı geçmişinde tekrarlayıcı kafa darbeleri almış kişilerde daha erken ortaya çıkar. Bunun nedeni, yaşanan her ciddi kafa darbesinin beyin hücrelerinde üzerindeki olumsuz etkileridir. Kafa travmalarının oynadığı rol beyin damar hastalıklarının oynadığı role benzetilebilir. Ayrıca travmaların sadece Alzheimer riskiyle alakalı olduğu da söylenemez. Daha da geniş bir etkilenme yelpazesi içinde, eskiden beri bilinen ünlü boksör Muhammed Ali'nin ağır Parkinson hastalığına dönüşümü ve yakın zamanlarda tanımlanan Amerikan futbolundaki ağır kafa darbelerine bağlanan erken başlangıçlı bunama vakaları da burada hatırlanmalıdır. Kafa travmaları beyin sağlığına zararlı, hayatı ve zihnin sağlıklı yaşamını kısaltan bir etkidir. Bu etki örnekleriyle ortaya konulduğu halde, bu bakımdan yasaklanmaları gerektiği halde boksun ve kafa travmasının içinde olduğu "spor" dallarının devam ediyor olması, en hafif deyişle, beyin sağlığına yönelik bir aymazlıktan başka bir şey değildir.

11. Alzheimer Hastalığı 50-60 yaşlar sonrasında birden fazla genel anestezi alındığında daha erken ortaya çıkar. Bunun nedeni, anestezi yoluyla oluşturulan tansiyon düşüklüğünün ve yapay bilinç kaybının yaş nedeniyle beyin işlevlerinde zaten oluşmuş olan kapasite daralmasını arttırmasıdır. Acil olarak yapılması gereken genel anestezi dışında, anesteziye lokal ya da belden (epidural) yapılan anestezi tercih edilmelidir.

12. Alzheimer Hastalığı'nın eğitim düzeyi düşüklüğüyle ilişkisi net değildir. Eğitim düzeyinin düşük olduğu bir çok yaşlıda ortaya çıkmaz. Bilinenler bağlamında, eğitimle beyin gelişimi ve sağlığa arasında kurulmuş olan bağlantılardan yola çıkıldığında, eğitimsizliğin ya da eğitim düzeyi düşüklüğünün beyin erken yaşlanmasıyla ve dolayısıyla da Alzheimer riskiyle ilişkili olduğu söylenebilir. Ancak bir nedenle eğitim görememiş ya da ancak sınırlı eğitim görebilmiş insanların arasında çocukluk yaşlarından başlayarak öğrenme yoluyla kendini bir meslek doğrultusunda yetiştirmiş kişilerde bu ilişkinin doğru olduğunu söyleyemiyoruz. Dolayısıyla Alzheimer riski konusunda sadece formel eğitimin varlığı ya da yokluğu belirleyici olmayabilir. Bu ilişkide önemli olan, yaşam boyu öğrenmenin sürüp sürmemesidir.

13. Alzheimer Hastalığıyla ilgili olarak geldiğimiz noktada en önemli kavram erken tanıdır. Erken tanı, hastalığın ilerleme hızının sınırlı olduğu evrenin tespiti anlamına geldiğinden bu evrede başlanan tedavinin etkinliği daha fazladır. Diğer yandan, Alzheimer'da erken tanı imkanları vardır. Bu imkan çok yönlü beyin taramaları, beyinsuyu ve kan analizleriyle kullanılabilir.

14. Alzheimer Hastalığı doğası ve belirtileriyle nöropsikiyatrik bir hastalıktır. Günümüzün şartlarında nöropsikiyatri uzmanlık dalı olmadığından, başvuru doktorun nörolog ve psikiyatrist olmasına göre belirtilerinin yorumlanmasında ve tedavi seçeneklerinde karışıklık yaşanmaktadır. Bu durum

erken tanıyı geciktirmektedir. Buna karşın, Alzheimer ve demanslar konusunda deneyimli bir doktor ve araştırma imkanını araştırmak ve edinilen bilgiler güven uyandırdığı takdirde bu türden bir kaynağa başvurmak önem kazanmaktadır. Erken tanıda yapılan beyin taramaları içinde manyetik rezonans, beyin haritalaması ve zihin testleri yer almaktadır. Bunlarla birlikte tanıyı güçlendirmek amacıyla beyin-omurilik sıvısında yapılan biyokimyasal analizler ve aileden gelen ve aileye aktarılan genetik riski anlamak amacıyla yapılan genetik kan testleri önem taşımaktadır.

15. Alzheimer Hastalığı'nda yaşam tarzı, yerine göre bir risk ya da korunma faktörü olabilir. Çevresel uyaranlara, sosyal etkileşime ve öğrenmeye kapalı bir yaşam tarzı Alzheimer için bir risk faktörü, bunlara açık bir yaşam tarzı bir korunma faktörüdür. Duygusal zekayı teşvik eden ve yaratıcılıkla ilgili faaliyetler beyin sağlığı için faydalı olduğu gibi, zaman zaman insanı bulunduğu mekan ve zaman diliminden uzaklaştıran her türlü meditasyon (sadece Budist anlamıyla değil) koruyucu bir faktör olarak önerilmektedir.

16. Alzheimer Hastalığı'nda kök hücre tedavisinin rolü şu ana kadar gösterilmiş değildir. Hastalık tedavisinde beyin pili uygulaması yoktur. Bu konulardaki yanıltıcı bilgilere karşı dikkatli olunmalıdır. Alzheimer kök hücre tedavisindeki en büyük sıkıntı, programlı biçimde hücreleri ölüme planlanmış beyin dokusu içinde kök hücrelerin bunu önleme ve yeni hücre oluşumunu sağlama potansiyelinin olmamasıdır. Beyin pili konusundaki sıkıntı ise beyin pilinin Parkinson gibi

beyinde nereden başladığı bilinen hastalıklardaki başarısına karşılık Alzheimer için bunu söyleme olanağımızın olmamasıdır.

17. Alzheimer Hastalığı için beslenme faktörünün rolü şimdilik sadece bir beslenme tarzıyla ilişkilidir. Bu beslenme tarzı, damar hastalığı riskini sınırlayan Akdeniz Diyeti'dir. Akdeniz Diyeti; beyaz et, salata, meyva ve sebzelerden oluşan ve aslında diyet de olmayan bir beslenme biçimidir. Bu tür damar sağlığı üzerinden etki gösteren beslenme biçimi dışında önerilecek bir alternatif yoktur.

18. Alternatif Tıp deyimi yanlış ve amacını aşan bir anlam ifade eder. İlk bakışta tıbbı alternatifmiş gibi bir izlenim uyandırır. Bu izlenim içinde, tıbbın çözümünde zorlandığı ya da başarısız olduğu hastalıklara karşı başarılı olacak potansiyele sahip önerilerin alanı sayılabilir. Böylelikle hastalıklarına karşı haklı olarak çözüm arayan insanların umudu ve beklentileri üzerine oturur ve bunu kullanır. Alternatif tıp anlayışının arkasında iki faktör gizlidir. Bunlardan birincisi, modern tıbbın imkanlarından sınırlı biçimde ya da hiç faydalanmayan insanlara geleneksel kültürlerin uygulamalarının önerilme gayretleridir. İkincisi ise dünyada giderek yaygınlaşmaya başlayan doğal tıp akımının en temel düşüncesi olan ilaç düşmanlığıdır. Geleneksel kültürlerin tarihleri içinde modern tıp bilimi henüz yokken zorunlu olarak uygulanmış ve kimi yerde faydaları görülmüş bazı yöntemler, o kültürlere bağlı halkların arasında hala geçerli olan eski inanışlar üzerinden

takdim edilir. Öte yandan, ilaç araştırmaları sırasında harcanan para, emek ve süreleri kullanmayan bazı çıkarıcı ticari sektörlerin bu geleneksel yapıyı sömürmesini görürüz. Onca zorluklarına ve karşılaştığı problemlere karşın insan sağlığı için tek koruyucu ve tedavi edici seçenek tıp bilimidir. Alternatif tıp ise tıba alternatifmiş gibi gösterilen ancak tıpla alakası olmayan modası geçmiş beklentilerin ve temelsiz girişimlerin alanıdır. Alzheimer Hastalığı çok ciddi bir tıp problemidir ve çözümü ancak bilim ve tıp tarafından yapılabilir. Geline nokta, bu hastalıkta genlerin rolüyle beyinde sessiz biçimde uzun yıllar boyunca ortaya çıkan değişimlerin nedenlerini öğrenme uğraşı verilmektedir. Alternatif tıp bilimin ve tıbbın yaşadığı bu zorlukların istismarıdır. Günümüzde alternatif tıbbın Alzheimer Hastalığı için faydalı sayılabilecek hiçbir önerisi yoktur. Alternatif tıp Alzheimer için bir sömürü alanı olduğu gibi hastalığın geç tanı almasında yardımcı bir faktördür. Alzheimer'da alternatif tıp için söylenecek tek söz, onun önerilerinden uzak durulması gerektiğidir.

19. Alzheimer Hastalığı'nın önlenmesinde bulmaca çözmenin rolü konusunda yaygın bir bilinçaltı bulunmaktadır. Yukarıda belirtilen hastalığa çözüm bulma gayretleri yüz yılı aşkın süredir devam ederken bulmaca çözme önerisi sadece Alzheimer Hastalığını küçümsemektir ve bu yaklaşım etkisi gösterilmiş bir yaklaşım değildir. Kelimesel bulmaca çözme, yeni öğrenmeyi teşvik etmemesi bir yana kişinin kendi zihniyle sıkıntısını azaltmak için boğuştuğu bir uğraştır. Buna

karşın, beyni öne doğru olasılıklar yönünde çalıştıran sudoku hastalıktan çok bazı zihinsel faydaları olan bir uğraş olarak önerilebilir.

20. Toplumun ve hasta yakınlarının hastalığın özelliklerini anlamaları ve hastalara gösterilen davranışlar önemlidir. Bu konuda pratik bakımdan belki de en yararlı değerlendirme, 50 yaşının üzerinde bulunanlarda birkaç kez bile olsa gözlenen yakın dönem unutkanlıklarıdır. Örneğin, 5-10 dakika önceden birkaç gün öncesine kadar olmuş ya da kendilerine söylenmiş şeyleri hiç olmamış gibi karşılama ve bunlarla ilgili tekrar soruları başlangıç için uyarıcı kabul edilmesi gereken bir hastalık özelliğidir. Bu özellik, hastalığın bilinen en erken belirtisidir. Bu gibi şeyler gözleendiğinde hasta adayına bunların hatırlatılmasının ve onlarla iddialaşma içine girilmesinin bir faydası yoktur. Yapılacak iş, mümkün olan en kısa sürede erken tanı çalışmalarının yapıldığı bir merkeze ve doktora başvurmaktır. Dünyada ve Türkiye’de bu şekilde çalışan merkezlerin ve kökeninde nöroloji uzmanı olup da, bu konularda deneyimi olan uzmanların sayısı giderek artmaktadır.

21. “ Evde Bakım mı?,Bakımevi mi?” sorusu Alzheimer hastalarının tedavi ve özellikle bakım sürecinde sık sık gündeme gelen bir sorudur. Alzheimer’ın kronik ve ilerleyici bir hastalık olarak, aynı özelliği taşıyan diğer hastalıklarda olduğu gibi, tıbbi prensiplere bağlı olarak ve sağlık eğitimi görmüş bakıcılar tarafından takip edilmesi çok normal görünse de, pratikte, bu sorunun yanıtı diğer bazı faktörlere

bağlı olarak farklı biçimlerde ortaya çıkmaktadır. Öyle bir farklılık ki, aynı hastalığın hastaları rneğin A.B.D. ve batı ülkelerinde olduklarında sorunun kesin yanıtı “Bakımevi” olmakta ve “Evde Bakım” seçeneği hemen hiç tercih edilmemekte, hastalar Türkiye’nin de aralarında bulunduğu Ortadoğu’nun, Asya’nın ve Afrika’nın bir çok ülkesinde olduklarında ise bu kez “Bakımevi” seçeneği hemen hiç tercih edilmemektedir. Dolayısıyla, bu seçeneklerdeki farklılığın gerçek nedeni tarihsel, kültürel ve sosyal algılamalarda aranmalıdır ve bu sorunun, örneğin bir fizik tedavi hastasında olduğu gibi ideal ya da standart bir cevabı yoktur. Gerçekten hangisi daha doğru diye sorgulandığında ise verebileceğimiz cevap ikilidir; kültürel ve sosyal algılamaların yönü aile kavramının ve içinde geçerli olan ilgi ve sevginin geçerliliği ynndeysel “Evde Bakım”, bu kavramların kaybolduğu ortamlar için “Bakımevi”. Birinci seçenekte önemli olan ise gereken tıbbi bakımın aile mensuplarından çok bakıcılar tarafından verildiği bir durumdur.

22. Hastalığın ailesel ve genetik türlerinin bulunması aile mensuplarının hastalığa riskinin araştırılmasını gerektirir. Bu tür bir risk araştırması beyin taramalarıyla ve biyokimyasal-genetik analizlerle yapılabilir. Beyinsuyu analizleri yoluyla, hastalıkta genetik olarak yanlış kodlanan iki proteinin miktarları llr bu yolla, sorumlu kromozomlardan 21 hakkında bilgi edinilirken, kan testleri yoluyla diğer iki sorumlu kromozom olan 14 ve 19 hakkında bilgi edinilir.

10.2 TÜRK NÖROLOJİ ve PSİKIYATRİ DERNEKLERİNE ÖNERİLER

Alzheimer farkındalık faktörleriyle birlikte kitabımızı bir dizi öneriyle tamamlamak istiyoruz. Toplumda ve ilgili meslek alanlarında bu önerilere uyulmasının; ihmal, yanlış anlama ve eksik hatta yanlış uygulamalarla çevrelenmiş Alzheimer kader anlayışını değiştireceğine inanıyoruz.

Alzheimer Hastalığında tıbbi başvuru odakları olan nörolojide ve psikiyatride, Dünya Sağlık Örgütü'nün açıkladığı gerçekler doğrultusunda ve onun gereği olarak, Alzheimer Hastalığı başta olmak üzere genel olarak beyin hastalıkları konusunda eğitim güncellenmeli ve beyinle ilgili hastalıklarından her birinin hem nörolojik hem de psikiyatrik hastalıklar olduğu gerçeği kabul edilmelidir. Bu konuda Türk Nöroloji Derneği'ne ve Türk Psikiyatri Derneği'ne büyük görevler düşmektedir. Türk Nöroloji Derneği faaliyetleri içinde bir dizi nörolojik hastalıkla birlikte ilgi duyan hekimler tarafından ve onlar sayesinde yürütülen Alzheimer ve ilişkili hastalıklar çalışma grubunun etkinliği en kısa zamanda tüm nörologları kapsayan zorunlu bir eğitim modeliyle değiştirilmelidir.

Türk Psikiyatri Derneği faaliyetleri içinde, psikiyatrik bozuklukların hepsinin beyinden kaynaklanan ya da beyinle ilişkili bozukluklar olduğu konusunda bilimsel ve inandırıcı bir eğitime öncelik verilmelidir. İnandırıcı diyoruz çünkü dünyada ve Türkiye'de nöropsikiyatri uzmanlık alanının

ortadan kalkması en olumsuz etkisini son 50 yıl içinde yetişen uzman nesilleri üzerinde yapmıştır. Bu bağlamda, genel ve özel beyin eğitimleri ortadan kalktığı gibi ilaç seçiminde faydalanılan beyin kimyası bilgileri dışında psikiyatrinin beyinle ilişkisi kaybolmuştur. Ortaya çıkmış olan beyin bilgileri dolayısıyla, psikiyatri artık yeniden biyolojik temelli bir tıp bilimi olmak istiyorsa ana ilgi alanını davranış bilimlerinden nörobilime çevirmek zorundadır.

Alzheimer Hastalığı'nın özünde nöropsikiyatrik bir hastalık olduğunun kabulüyle her iki alanın hekimlerinde erken tanı ve tedavi anlayışının yerleşmesi sağlanmalıdır. Bu bağlamda, Alzheimer ve ilişkili hastalıkların erken tanısı için beyin taramalarının ve biyokimyasal-genetik analizlerin yaptırılması yayınlanan algoritmalarla sağlanmalıdır. Bugünkü işleyiş içinde bir nörolog için örneğin Parkinson hastalığının, epilepsinin, inmenin ve migrenin; bir psikiyatrist için de şizofreninin, depresyonun, OKB'nin ya da bipolar hastalığın tanınmaması ve tedavi edilmemesi nasıl bir mesleki eksiklik hatta mesleği kötüye kullanma sayılıyorsa, aynı standartlar Alzheimer olmak üzere hem nörolojik hem de psikiyatrik belirtileri olan bütün hastalıklar için sağlanmalıdır. Hem nöroloji hem de psikiyatri içinde bölünmüş anlayışlar yerine nöropsikiyatrik anlayışa geri dönülmelidir.

Bu bağlamda, nörolojinin ve psikiyatrinin, hastaları hakkında bilgi toplayarak tanı koyduğu sorgulama ve muayene yaklaşımları değiştirilmeli ve genişletilmelidir. Alzheimer şüphesi olan hastalar için her bölümün kendi eski anlayışına

göre varsaydığı tanı olasılıkları yerine her iki bölüm tarafından ortak biçimde uygulanan tanı yaklaşımları oluşturulmalıdır.

KAYNAKÇA

Beauvoir S. YAŞLILIK. Milliyet Yayınları, 1970.

Diker H, Tuksavul ER. SİNİR HASTALIKLARI TELHİSİ. Cumhuriyet Matbaası, İstanbul, 1937.

Foucault M. DELİLİĞİN TARİHİ. İmge Yayınları, 7 Baskı, 2017.

Gökay FK. SİNİR HASTALIKLARI-Nöroloji. İsmail Akgün Matbaası, İstanbul, 1941.

Gür'ün S. SİNİR HASTALIKLARI SEMİYOLOJİSİ. Örnek Matbaası, Ankara, 1952.

Rimbaud L. SİNİR HASTALIKLARI (Çev. Diker H.) Maarif Matbaası, İstanbul,1940.

Sarıbaş ŞY. SİNİR HASTALIKLARI. Son Havadis Basımevi, Ankara, 1957.

Tanrıdağ O. Alzheimer Hastalığında Erken Tanı ve Yaşam Tarzı. Alman Alzheimer Akademi 21 Eylül Dünya Alzheimer Günü Sunumu ve Tartışması. Ankara, 2019.

Tanrıdağ O. Alzheimer Hastalığında Erken Tanı ve Yaşam Tarzı. Alzheimer Sempozyumu, Üsküdar Üniversitesi, 17 Mayıs 2019.

Tanrıdağ O. Alzheimer Hastalığında Erken Tanı ve Yaşam Tarzı. Aile Hekimleri Kongresi, Bodrum, 20 Nisan 2019.

Tanrıdağ O. Alzheimer Hastalığında Merak Edilenler. NP İstanbul Beyin Hastanesi Yayınları, 2017.

Tanrıdağ O. Alzheimer Hastalığında Merak Edilenler. Beyin-Davranış İlişkileri Üzerine KONFERANSLAR ve DERSLER. 197-221. T.C. Üsküdar Üniversitesi Yayınları-1, 2014.

Tanrıdağ O. Alzheimer Hastalığının Dünü, Bugünü, Yarını. Beyin-Davranış İlişkileri Üzerine KONFERANSLAR ve DERSLER. 222-226. T.C. Üsküdar Üniversitesi Yayınları-1, 2014.

Tanrıdağ O. Alzheimer Hastalığı: Dünü, Bugünü. Her Yönüyle Alzheimer Hastalığı (Ed. Işık, AT, Som Kitap,2012).

Uzman MO. PSYCHIATRIA. Kader Basımevi, İstanbul,1944.

WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.