İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ VAKFI YAYINLARI No: 5

Prof. Dr.
ADNAN ZİYALAR

Psikiyatrik Semioloji ve Medikal Psikoloji

İSTANBUL — 1981

Prof. Dr. Adnan ZİYALAR

PSİKİYATRİK SEMİOLOJİ VE MEDİKAL PSİKOLOJİ

Basıldığı tarih : Temmuz 1981
Basım adedi : 3000
Kapak kompozisyonu : Gürbüz AZAK
Basıldığı yer : GÜRYAY Matbaası, Cağaloğlu - İstanbul
HER HAKKI MAHFUZDUR.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ ..... XI — XVI

PERSONALİTE - KARAKTER 1
Karakter (1), Kişilik (1), Kişilik yapısı (1), Kişiliğin anormal gelişimi (1), Siklotimik personalite (1). Hipomanik kişilik yapısı (2). Melankolik kişilik yapısı (2). Şizoid kişilik yapısı (2). Kompulsif kişilik yapısı (3). Histerik kişilik yapısı (4), Değişik kişilik yapıları (4), Pasif - agresif şekil (4). Heyecan kararsızlığı gösteren şekil (5).

PSİKOBİOLOJİK REAKSİYONLARDA SEMPTOMLARIN OLUŞUMU 7
Semptomların orijini ve işleyişi (7), Kişinin hayat hikâyesi ile ilgisi (8). Savunma semptomları (8). Motor davranış bozuklukları (9), Conation - uyarı bozukluğu (9), Attitude - tavır (10). Disposition (11), Assertion (11). Hareketliliğin artması (11). Hareket azalması (11), Repetitious activity (11), Otomatik davranış (12), Kompulsiyon (12). Nörolojik kaynaklı motor davranış bozuklukları (13), İdeomotor apraxia (14), Dressing apraxia (14), Facial apraxia (15). Verbal apraxia (15). Constructional apraxia (16) Complexity of task (16). Emotional setting (16), Modality of command (16). Vücudun hareketlilik durumunun belirtilmesi (17)

İDRAK BOZUKLUKLARI 18
İllusion (18), Hallucination (19). Akıl hastalıklarında hallusinasyonların oluşu: Şizofreni (23). Manik depresif hastalık (24), Histeri (24), Epilepsi (24), Organik beyin dokusu hastalıkları (24). Klinik tanınması (25), Nörolojik kaynaklı idrak bozuklukları (26), Görme idraki bozuklukları (26). Vizuel object agnosia (26). Prosopagnosia (27), Colour agnosia (27), Simultanagnosia (27), Vizual inattention (28). Metamorphosia (28), Vizual perseveration (28), Denial of blindness (29), Vizue - spatial disorientation (29). Nörolojik kaynaklı persepsiyon kusurlarının psikoanalizi (29). Beden idraki bozuklukları (32), Beden imajının psikolojik mekanizması (34), Beden imajı bozukluğunu açıklayan teoriler (36).

DÜŞÜNCE 38
Mefhum teşkili (concept formation) ve düşünce arasındaki münâsebetler (40), Düşünce bozuklukları (41), Düşüncenin üretimindeki bozukluklar (42). Düşüncenin progresyonundaki bozukluklar (42), Düşüncenin muhtevasındaki kusurlar (44). Hezeyan (45), Delusions of grandeur (45), Self - accusation (47), Delusions of persecution (47), İdeas of reference (48). Günah, suç, güçsüzlük ve hastalık hezeyanları (49), Suicidal thoughts (50). Hypochondria (52), Obsessions (54), Compulsion (56), Folie de doute (59), Phobias (59), Organik kaynaklı düşünce bozuklukları (60). Şizofrenide zekâ ve düşünce bozukluğu (65), Dil ve düşünce (68).

AFFEKT BOZUKLUKLARI 74
Affekt (74), Mood (74), Pleasurable affect (75). Exaltation (76). Ecstasy (76), Meditation (76), Hypocondriac attitude (76), Depression (76), Grief (78), Anxiety (78). İnadequate affect (82). Affektin yönelme bozukluğu (82), Ambivalence (83), Depersonalization (83).

ŞUUR BOZUKLUKLARI 85
Supratentorial lezyonlar (86), Subtentorial lezyonlar (86), Metabolik hastalıklar (87), Hormon bozuklukları (87), Toksik ve infeksiyöz hastalıklar (87), Epilepsi (87), Epilepsi etiyolojisi (88). Uyku (89), Overarousal (91). Loss of vigilance (91), Loss of retentiveness (92). Mood bozuklukları (92). Dikkatin bozulması (92), Distractibility (93). Confusion (93), Şuur bulutlanması (93), Delirium (95), Dysmnesic sendrom (96), Dream and fuge states (97), Twilight State (98). Mood, mizaç bozuklukları (99). Mood değişiklikleri (100). Orientasyon bozuklukları (103).

HAFIZA BOZUKLUKLARI 104
Retrograde amnesia (105). Anterograd amnesia (106). Hypermnesia (108), Paramnesia (109). Retrospective falsification (109), Deja vu (109), Jemais vu (109), Hafıza ile ilgili serebral sistemler (110). Hypothalamic - Diencephalic system (111), Hippocampal sistem (111).

KONUŞMA BOZUKLUKLARI 119
Organik kaynaklı konuşma bozuklukları: Non fluent dysphasia (119). Fluent dysphasia - Jargon (121), Diğer dysphasia şekilleri (122), Saf kelime sağırlığı (122), Saf kelime körlüğü (123). Saf kelime dilsizliği (123). Pure agraphia (124), Primary sensory dysphasia (124), Primary motor dysphasia (125), Nominal dysphasia (125), Conduction dysphasia (126), Konuşma alanlarının izole sendromları (126). Alexia vith agraphia (127), Jargon aphasia (127), Disfazi ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiler (127), Psikolojik kaynaklı konuşma bozuklukları (128). Şizofrenideki konuşma bozuklukları (129), Şizofren konuşmasındaki gramer ve sentaks bozuklukları (129), Şizofren konuşmasındaki mana ve muhteva bozuklukları (133), Şizofren konuşmasındaki ritm, ton ve mafsallanma «articulation» bozuklukları (136). Şizofren konuşmasındaki mükaleme bozuklukları (136), Şizofrenideki konuşma bozukluklarının patogenezi hakkında görüşler (138), Konuşmanın nörofizyolojisi (139)

ANLAMA BOZUKLUKLARI 141

MERKEZ SİNİR SİSTEMİNDEKİ İRTİBAT BOZUKLUKLARI 145

GENEL ANLAMDA KOGNİTİF BOZUKLUKLAR 147
Emotional lability (147). Perseverasyon ve stereotipi (147). Concreteness (148), Perplexity (148), Catastrophic reaction (148), Lokal ve genel kortikal kusurlara bağlı bozukluklar (149), Depresyon (150). Psikomotor davranış (151), Verbalization (151), Orientation (151), Perception (151). Reversible confusion (151). Demansın fizyolojik faktörleri (152).

KİŞİLİĞİN GELİŞMESİ 154
İd (154), Ego (154), Süperego (155), İlk çocukluk devresi (156), Çocukluk devresi (161), Sosyalizasyon devresi (162), Adolescence - delikanlılık (163). Yetişkinlik ve olgunluk (164). Ayrılık ve ölüm (164), Mental mekanizmalar (165), Conflict (165), Topografik model (166), Yapısal model (167), Ego'nun savunma mekanizmaları (168), Repression - bastırma (168), Complex (170), İdentification - benzeme (170), Transference (171), Empathy (171), İntrojection (171), İncorporation (172), Denial (172), İsolation (172). Displacement (173), Kendine dönüş (174), Negation (174), Undoing (174), Reaction - formation (175), Counterphobia (175). Projection (175), Referans fikirleri (177), Compensation (178). Rationalization (178), Substitution (179). Symbolization (179), Fixation (180). Regression (180). Dissociation (181), Somnanbulism (181). Automatic yazı yazma (181), Fuge (182), Resistance (182). Sublimation (182), Conversion (183). Fantasy (183).

UYKU 185
Normal bir gece uykusunda görülenler (185), Uykunun phylogeny'si (187). Uykunun ontogeny'si (187), Uykunun nörofizyolojisi ve kimyası (187). Uyku bozukluğu (188), Uykunun farmakolojisi (188), Akıl hastalığı ve uyku (189), Uyku patolojisi (190), Narkolepsi (191), Narkolepsinin kliniği (191). Cataleptic nöbetler (192). Hypnagogic halusinasyonlar (192), Düzensiz gece uykusu (193), Normal uyuklama (193), Narkolepsinin etyolojisi (194), Psikojenik teori (194), Pavlovyen teori (195), Organik teori (195). Nörofizyolojik teori (195), Diğer uyku bozuklukları (195), Kleine - Levin sendromu (195), Hypersomnia (196). Pickwickian sendromu (197), Somnanbulism (197), Gece korkuları (197)

HİPNOZ 199
Suggestibility - telkiniyet (200). Telkiniyet prensipleri (202). Consentration (203). Reversed effect (203), Dominant tesir kanunu (203). Prestige (204). Hipnotik fenomenler - Catalepsy (204), Anestezi (204), Hiperestezi (205), Extrasensory perception (205). Hiper amnezi (205). Age regression (205), Dream induction (205), Post hypnotic suggestion (206), Autohypnosis (206), Autosuggestion (206), Hipnozun günümüzde kullanılması (206).

RÜYALAR 208

AĞRI 218
Anatomi (218). Hızlı ve yavaş ağrı (218), Ağrının subkortikal idraki ve affektif özelliği (218), Talamik sendrom (219), Derin ağrı (219), Ağrının uyarılması (219). Adale ağrısı (220), Hiperaljezi (220), Somatik ve vizeral sensoryel mekanizmalar (220), Adale spazmı ve rijidite (221), Dermatom kaidesi (222), Refere ağrının konverjans kaidesi (223). Fasilitasyon tesiri (223), Merkezi inhibisyon (223), Kaşınma (224), Diğer sensoryel duyumlar (225). Ağrının psikopatolojisi (225). Ağrı pa-

tolojisi (227). Adale gerginliği (228). Freud'un ağrı anlayışı (228), Freud'dan günümüze kadar olan psikodinamik görüşler (229), Psikiyatrik hastalıklarda ağrının duyulması (232). Fantom ağrıları (233), Ağrı teorileri (235)

PSİKOSOMATİK HASTALIKLAR 237
Kısa tarihçe (238). Teoriler ve okullar (238). Psikogenez (244). Somatizasyon (244). Spesifite hipotezi (244). Nonspesifite hipotezi (245). Kişiye has özellikler (245). Psikosomatik hastalıkların kliniği - Mide, barsak hastalıkları (246). Anorexia nervosa (246), Obesite ve bulemi (247). Duodenal ülser (249). Barsak hastalıkları (250). Solunum hastalıkları (251). Deri hastalıkları (252). Adale hastalıkları (255). Jinekolojik ve obstetrik hastalıklar (255), Metabolik ve endokrin hastalıklar (258). Kardiyo - vasküler hastalıklar (260), Kanser Psikolojisi (263). Accident proneness, kaza yatkınlığı (263).

SEREBROVASKÜLER HASTALIKLAR 265
Serebral kanama (265). Serebral tıkanma (266), Serebral emboli (267), Serebral arter sendromları - Orta serebral arter (267), Anterior serebral arter (267). İç karotis arter (268). Posterior serebral arter (268), Vertebrobaziler sistem (268), Lacuner tıkanmalar (269), Geçici iskemik tıkanmalar (269). Vasküler aksidandan sonra ortaya çıkan kognitif bozuklukları (270) Bunama (271). Kişilik değişiklikleri (273), Depresyon (273), Sensoryel kusurlar (274), Beden imajı bozuklukları (274), Lisan zorlukları (275). Subaraknoid - kanama (275). Hipertansiyon (277), Migren (280). Migrenin psikiyatrik yönü (282). Migrene eşlik eden psikiyatrik belirtiler (283). Tension headache (285). Subdural hematoma (285). Büyük serebral anevrizmalar (286)

EPİLEPSİ 287
Epilepsi çeşitleri (287). Jeneralize nöbetler (288). Petit mal (288), Grand mal seizures (289), Diğer epilepsi çeşitleri: Reflex epilepsi (291). Tonic seizures (291), Gelastic epilepsi (292). Diencephalic veya autonomic şekil (292). Hypsarhytmia (292). Etyoloji (292), Sebebi bilinen epilepsiler (293). Epilepsinin genetiği (295). Aura (296). Prodromata (297). Frontal nöbetler (297). Paryetal nöbetler (298). Orta hat nöbetleri (298), Oksipital nöbetler (298). Temporal lob nöbetleri (298). Cognitive kusurlar (299), Psikomotor nöbetler (301), Epileptik otomatizmler (301). Petitmal nöbetleri (302). Fuges (302). Twilight hali (303), Post ictal bozukluklar (303). Epilepsi ile Psikiyatrik hastalık arasındaki ilişkiler - Kognitif bozukluklar (304). Psiko - sosyal tesirler (304), Beyin hasarı (305). Nöbetlerin ve elektroşok tedavisinin tesirleri (305). Antikonvulsan ilâçlar (306). Epileptik bunama (306), Epileptik kişilik yapısı (307), Epilepside seksüel bozukluklar (308). Epilepsi ve suçluluk (309). Epilepsi ve Nörozlar (311), Psikozlar ve epilepsi (311), Şizofreni ve epilepsi (312), Şizofreniye benzer psikozlar (312). Teorik ilişkiler (313). Şizofreniya benzer gelip geçici epizodlar (314), Affektif

psikozlar (315). İntihar ve epilepsi (315), Epilepsinin teşhisi (315). Ayırıcı teşhis (317), Epileptik otomatizmlerin diğer belirtilerden ayrılması (320),

ZEKÂ GERİLİKLERİ 324
Tarif ve sınıflama (324), Zekâ geriliği kavramının anlaşılması (326), Toplum içinde hastalığın sıklığı (327), Etyoloji ve patolojisi (327), Genetik faktörler (328). Native ability (328), Mutasyon ve radyasyon tesirleri (329). İnbreeding (329). Assortive mating (329), Zekâ geriliğinde üreme yeteneği (329), Çevre tesirleri (330), Doğum zararları (331). Foetal infeksiyonlar (332), Ana evlât uyuşmazlığı (332), Zekâ geriliğinin klinik görünümü (332). Gelişme bozuklukları (334), Genel gelişme geriliği (335), Moron - debil, feeble - minded çocuklar (335), Zekâ geriliğinde ilk çocukluk devresi (336), Okul sonrası (337), Cinsiyet ve evlenme (337), Hastalıklar (338). Zekâ geriliğinde suçluluk (338), Embesilite (339). İdiocy (341), Zihin geriliği ile beraber olan spesifik hastalıklar (341), Mongolizm (342). Sex kromozomu anomalileri: Klinefelter sendromu (343), Turner sendromu (343), Gen anomalileri: Epiloia (343), Phenylketonuria (344), Maple syrup hastalığı (345), Hartnup sendromu (345), Galactosaemia (345). Laurence - moon - Biedl sendromu (345), Familial amaurotic idiocy (345), Cretenism (345), Genlere bağlı olmayan diğer hastalıklar: Hydrocephaly (346), Oxycephaly (346), Rhesus uyuşmazlığı (346), Zekâ geriliğinde ayırıcı teşhis ve zekânın ölçülmesi (346), Zekâ geriliğinde prognoz (348)

AKIL HASTASI VE TOPLUM İLİŞKİLERİ 350
İstemli tedâvi uygulaması (353), Akıl hastasının hastahaneye yatırılış usulleri (355), Akıl hastasının medeni ve kanuni hakları (362). Evlilik ve boşanma (364), Sterilizasyon (366), Castration (367), Gebeliğin durdurulması (368), Ceza ehliyeti (369). Azaltılmış ceza ehliyeti (371), Drug addiction (375)

ÇOCUKLARDA GÖRÜLEN PSİKİYATRİK HASTALIKLAR 378
Çocuğun psikiyatrik muayenesi (378), Psikinörotik reaksiyonlar ve kişilik bozuklukları (379), Ebeveyn - evlât ilişkileri (380), Broken home (382), Uykusuzluk ve huzursuz uyku (383). Uyurgezerlik (384), Gece korkuları ve kâbus görme (384), Beslenme bozuklukları (384), Gıda reddi (385), Bulantı ve kusma (385). Pica (386). Dışkılama bozuklukları (386), Enuresis (386), Toilet training (387). Encopresis (388). Kabızlık (388). Seksüel gelişim kusurları (389). Masturbation (389). Homoseksualite (390). Konuşma bozuklukları (391). Stammering-kekemelik (391), Psikomotor hastalıklar (393). Sosyal davranış bozuklukları (395). Depressif ve nevrastenik sendromlar (397). Sıkıntı ve korku reaksiyonları (397). Histeri (398). İrritabilite (399). Obsesif - kompulsif reaksiyonlar (400). Şizofreni (400). Fokal semptomlar (401). Early infantile autism - Kanner sendromu (401)

KAYNAKLAR 403

Bu kitap, kendisi, ailesi, komşuları, içinde yaşadığı toplumu, bütün dünya insanları ile iyi geçinen herkese ithaf olunmuştur.

TAKDIM

Psikiyatri ile tanışalı otuz seneden fazla oluyor. O devirde Kraepelin'in klinik - deskriptif psikiyatrisi revaçta idi. Tek tek belirtiler tarif edilir, bunlar belli klinik tablolar içinde toplanır ve böylece teşhise varılır, sonra da hastalar o teşhislere göre tefrik edilmiş hastane koğuşlarında ikâmete mecbur edilirdi. Tedavi imkânları pek kısırdı, hepsi üç beş kalem ilâç, bir de şok tedavileri!..

O günden bugüne çok şey değişti. Sinir sistemi fizyolojisi, computer teknolojisi ile birlikte ve birbirine paralel olarak, büyük mesafeler kaydetti. Şimdi, birçok alt şubelere bölünmüş olan psikiyatri ile ilgili cilt cilt kitaplarımız, çeşit çeşit de ilâçlarımız var.

Buna rağmen, psikiyatri semiyolojisi Kraepelin devrinden bugüne pek az değişikliğe uğramıştır. İnsan gene o insan, semptomlar ve hastalıklar da aynı... İyi bir tedavi ise ancak ve elbette sağlam bir semiyoloji bilgisine dayanır. Semiyoloji bilgisi de sadece klinik görgü ve müşahede kabiliyeti ile kazanılan bir sanat, bir beceri, bir mârifettir.

Gene gözümüzü gerilere çevirelim. 30 sene önce Türk Nöro-Psikiyatri Cemiyeti'nin İdare Heyetine seçilmiştim. O zaman Doçent olan Dr. Sabahattin Kerimoğlu'ndan devraldığım üye kayıtları sadece bir masa takviminden koparılmış iki yaprağı dolduruyordu. Türkiye'deki bütün mensuplarımız, asistanlar dahil, 10-15 kişi bile yoktu. Bugün sayımız, zannederim, bini çoktan aştı.

İşte, cilt cilt psikiyatri kitabı arasında Kraepelin öğretisinin yeri nasıl değerini hiç eskimeden, yıpranmadan muhafaza ediyorsa, elinizdeki bu kitabın yazarı ile 20 seneyi aşkın mesai arkadaşlığımız ve dostluğumuz da, üzerine hiçbir gölge düşmeden, öylece sürüp gitmektedir. Bugün, asistanlık tayin evrakından başlayıp bütün diplo-

malarında imzamın bulunmasını bir mazhariyet telâkki ettiğim Adnan Ziyalar arkadaşımın bu kitabına bir «Ön Söz» yazmanın bahtiyarlığını ve iftiharını yaşıyorum.

Adnan Ziyalar, Sosyal Psikiyatri ve Psikiyatri Lügati'nden sonra bu kitabı da klâsik psikiyatri literatürümüze hediye etmekle büyük bir iş başarmıştır. Kitabı okurken onun üstün müşahede kabiliyetini ve gördüğünü nakletmedeki ustalığını bütün okuyucularının takdir ve tesbit edeceğinden eminim. Değerli arkadaşımı bir defa daha candan tebrik ederim.

Prof. Dr. Ayhan SONGAR

GİRİŞ

Mayer - Gross, Slater ve Roth, 1977 baskılı «Clinical Psychiatry» kitabında Psikiyatrinin tabii ilimlere ve nörolojiye sıkıca yapışmasının bir zaruret olduğunu ve bu günkü gidişi ile bu tıp dalının ilmî hüviyetinin giderek azaldığını ve rüzgâr ne taraftan eserse o yönde bir dalgalanmaya bırakıldığını ifade etmişlerdir.

Durum gerçekte de böyle görünmektedir. Kraepelin'in psikiyatriye getirdiği nozolojik görüş, hastalıkları belirli gruplara ayırmaktan başka bir fayda sağlamamıştır.

Freud teorisi ise «lack of precision of psychological data» açık ve çok kesin tarifler ve kavramlar getirmekten uzaktır. Gerek teori ve gerek psikopatolojik bulgular bu gün için münakaşa ve tenkide, alabildiğine açıktır.

Birçok okula ve teorik görüşe ayrılmış olan psikiyatri, çıkışını borçlu olduğu tıb ilminden ayrılmış bir görünümdedir. Bu gün için nörolojik ve medikal konseptlerin psikiyatriye uygulanmasındaki güçlük ve yetersizlik bu karmaşıklığı doğurmakta ve toplum için vazgeçilmez derecede önemli olan bu ilim dalı tabii ilimlerin metod ve uygulamalarından yeteri kadar istifade edememektedir.

Psikiyatrinin bir davranış ilmi olduğu «science of behavior», Masserman, görüşünün kabulü halinde bu tıp dalının boyutları alabildiğine genişlemekte ve işin içinden çıkılmaz hale gelmektedir. Bu defa psikiyatriye sosyoloji, sosyal - antropoloji, ekonomi, ekoloji, tarih, edebiyat, müzik ve hemen bütün ilim dalları da yaklaşmakta ve psikiyatri garip bir evrensellik kazanmaktadır. Psikiyatrik tanımlamalar ve kavramlar kesinlik ve gerçekliğini kaybetmekte ve hemen herkesin günlük lügatine girmektedir.

Curran ve Guttman, 1949, Psikiyatriyi «insanın ruh ve zihin sağlığını ve hastalığını inceleyen, korunmasına çalışan ve tedavisi ile

uğraşan bir ilim dalı» olarak tarif etmişlerdir. Bu gün için daha geniş kavramlı bir tarif psikiyatrinin «sebepleri, belirtileri ve tedavi metodları psikolojik fenomenlere dayanan bir tıp dalı olduğu» şeklindedir. Bu araştırmayı yaparken öncelikle neyin normal neyin patolojik olduğunu öğrenmek zorundadır. Misal olarak «sıkıntı» kişiye has bir semptom mudur yoksa insan'a has üniversal bir fenomen midir, bilinmelidir. Bu noktada sosyoloji ve antropolojinin verilerine ihtiyaç görülmektedir. Normalin ve normalden sapmaların «variants» çok iyi bir haritasının yapılması gerekmektedir.

Psikiyatri ve tıp : Bu güne kadar gerek bir nöroloğun ve gerek bir iç hastalıkları uzmanının dikkati, hastada fizik semptomları yakalamaya yönelik kalmıştır. Bu fizik belirtilerin temelinde ve sebepleri arasında pek çok psikolojik faktörün yattığını artık çok açık bir şekilde bilmekteyiz. Buna rağmen hekimler hastalarının kanlarını alırlar, idrarlarına bakarlar, filimlerini çekerler ve bir organik sebep yakalamaya çalışırlar. Böyle bir sebebin bulunamaması halinde ise görüş açılarını değiştirirler ve bir psikiyatrist gibi davranmaya başlarlar.

Olayın bu şekilde gelişmesi bütün hastaların psikiyatristlere aktarılmasını gerektirmez. Ancak bütün hekimlerin psikiyatrik bir orientasyona, hiç olmazsa belirli bir ölçüde sahip olmaları mecburiyetini getirir. Ülkemizde böyle bir yaklaşımın giderek artmakta olduğunu ve bir kooperasyonun geliştiğini memnuniyetle görmekteyiz. Elbetteki bunun aksinin de ayni ölçülerde yapılması ve psikiyatristlerin fizik hastalık sebepleri kesinlikle elimine edilmedikçe hastayı saf bir psikiyatrik vak'a olarak kabul etmemeleri de gerekmektedir.

Psikiyatri ve sosyoloji : Bu konu Anglo - Saxon ülkelerinde yeteri kadar önemsenmekte ve «psychiatric social worker» adı altında bir hizmet türü geliştirilmiş bulunmaktadır. Bu görüşün kurucularından Adolf Meyer'in 1918 yıllarında sosyal faktörlerin önemine işaret etmesinden sonra konu önem kazanmış ve juvenile delinquency, psikopati, suç ve suçlu psikolojisi ile şizofreninin erken teşhisinde sosyal çevrenin büyük önemi anlaşılmıştır.

Psikiyatri ve psikoloji : Psikolojinin psikiyatriye yakınlığı sosyolojiden fazladır. Psikiyatrik fenomenlerin anlaşılmasında ve takibinde psikolojinin büyük katkısı ve faydası olmuştur. Ancak bu konuda biraz temkinli olmak ve bütün yükü psikolojiye vermemek lâzımdır.

Psikiyatri henüz ölçülebilir değerler veremiyen psikolojiye dayanmak yerine şaşmaz matematik sonuçlar verebilen nörofizyolojiye ve nöropatolojiye yaklaşmanın bir yolunu bulmak zorundadır. Psikoloji kişilik yapısı, karakter, mizaç, içgüdü ve heyecan gibi çok karmaşık fenomenleri incelemek arzusunda ise öncelikle kendisini felsefî teorilerin önyargısından ve baskısından kurtarmasını bilmelidir. Bu ilim dalının daha elemanter tabiatta olan «sensory perception», «reaction time», «intelligence», «memory» ve öğrenme gibi konuları halletmesi çalışmaları öne alınmalı ve kompleks davranışların incelenmesi için bio-fizik, bio-kimya, nöropatoloji gibi araştırma dallarının verileri beklenmelidir.

Son otuz - kırk senenin çalışmaları bu umudu gerçekleştirmemiş Wundt, Kraepelin, Binet, Ribot, Janet, Henry, Head, Goldstein ve daha birkaç araştırıcının dışında psikoloji ve psikiyatri birbirine yeteri kadar sokulamamıştır. Özellikle akademik psikolojinin psikiyatriye yaklaşım zorlukları psikiyatristleri kendi psikolojik konseptlerini geliştirmek zorunda bırakmıştır.

Psikiyatristlerin mental patolojiyle olan yakın ilişkileri ruhî fenomenleri psikologlardan daha yakından ve daha gerçek bir şekilde tanımalarına imkân vermiştir. Depersonalizasyon duyumları, pasivite fenomeni, derealizasyon, kişiliğin kaybı ve parçalanması bir psikiyatrist için kolay tanınabilir fenomenlerdir. Beden imajının belirli bir nöropatolojinin sonucu ortaya çıkması, «déja vu» fenomeninde duyu idraki yanılmalarının görülmesinin mutad olduğunu öğrenmesi psikiyatristi sebep - sonuç ilişkisi bakımından daha lojik ve daha ilmî bir hüviyete yaklaştırmaktadır.

Buna rağmen bu iki araştırma dalında son yıllarda iyi bir yaklaşım göze çarpmaktadır. Page, 1947, Landis ve Bolles, 1950, psiko - biolojik bir orientasyonu gerçekleştirmekte önemli adımlar atmışlardır. Özellikle Gardner Murphy kişilik psikolojisini biolojik temellere dayandırma gayretini gösteren çalışmaları ile tanınmıştır. Eysenck'in «factor analysis» çalışmaları ve psikometrik teknikleri çok değerli sonuçlar vermiştir.

Psikiyatrik okullara kısa bir bakış :

a — Kraepelin'in görüşleri ve psikiyatrik hastalıkları anlayışı; Bu araştırıcı hastalıkların etyo - patogenezleri ile fazla ilgilenmemiş

ve «nosological» sınıflamaya daha fazla önem vermiştir. Kraepelin ruhî hastalıkları birincisi manik - depressif grup ve ikincisi şizofreni grubu olmak üzere iki ana sınıfa ayırmıştır. Kitle psikolojisi ile bir miktar ilgilenmiş olmasına rağmen ferdi esas almıştır. Bu sistemin zayıf tarafı psikotik ve nörotik hastalık arasında bir ayırım yapmamış olmasıdır. Kişilik farklılaşmaları ve nörotik hastalıklar arasındaki ilişkiye dikkati çekmek şerefi Adolf Meyer'e aittir.

Kraepelin hastaların hayat hikâyelerini incelemiş ve buradan sonuçlara gitmiştir. Aldığı sonuçlar «descriptive» tarife dayanan sayısal değerlerdir.

b — Wernicke ve lokalizasyon gayretleri: Bu araştırıcı psikiyatri ve nöroloji arasındaki ortak noktaları bulmaya çalışmıştır. Görüşlerinde Huglings Jackson'dan istifade ettiği anlaşılmaktadır. Sensoryel afaziyi teşhis ve tanımlaması bütün ruhî fonksiyonların beyinde bir lokalizasyonu olması gerektiği düşüncesine yöneltmiştir. Wernicke «reflex arc»ı ruhî fonksiyonlarda birim ünite olarak kabul etmiş ve bu mekanizmanın giderek daha yukarı seviyelere ulaştığını düşünmüştür. Böylece merkez sinir sisteminde kademeleşmelerin oluştuğunu, bir yukarı seviyenin bir alt seviyeyi kontrol ettiğini ve bastırdığını ve üst seviyelerin hastalanması halinde daha altındaki seviyenin fonksiyonlarının bir serbestleşme «liberalisation» göstereceğini ve görevinde bir aşırılık husule geleceğini bildirmiştir.

Henri Ey bu görüşü psikiyatriye uygulamış ve psikiyatride defisit ve liberasyon belirtilerinin çıkışını izah etmek istemiştir.

c — Psikobiolojik okul, Adolf Meyer tarafından kurulmuştur. Hasta kişiyi ayrılmaz bir bütün olarak görür. Hastalığın bir taraftan psişik diğer taraftan da biolojik faktörlerden oluştuğunu kabul eder. Bu teorinin zayıf tarafı kişiliğin gelişmesinde jenetik faktörleri önemsememesidir. Sosyal, çevresel ve ekonomik sebebler hastalığın oluşunda en önemli etkenler olarak kabul edilir. Şizofreni psikobiolojik ekol savunucularına göre sadece «hatalı bir gelişim sonucu» oluşmuş bir hastalıktır. Herediter komponenti yoktur ve gerçek hayata karşı verilmiş hatalı bir reaksiyondan ibarettir.

d — Psikoanalitik okul : Freud'un bir nörolog olması, teorisine «mechanistic» bir hava vermiş ve devrinin psikiyatrik görüşüne uygun olarak «dualistic» bir temele dayanmıştır. Bu dualistik yapı Freud teorisinin en zayıf tarafıdır ve en çok tenkide açık yönüdür. «Unconscious mind» şuuraltı bir zihni yapının varlığını ileri sürmesi teorinin en belirgin tarafıdır. Araştırıcı zihni materyelin çok önemli bir kısmının kişinin haberliliği dışında ve şuur altında saklandığını ve günlük davranışlarının önemli ölçüde bu saklı muhtevadan etkilendiğini ileri sürmüştür. Teorinin zayıf tarafı nöral uyarının nörofizyolojik lokalizasyonunu ve mihanikiyetini ihmal etmiş görünmesidir. Özellikle «conseption of instinct» içgüdü kavramını gerektiği kadar açıklığa kavuşturamamış olması tenkid edilmektedir. Bunun yanısıra psikolojiye bir derinlik kavramını getirmesi, haz-elem prensiblerini tanımlaması, ebeveyn-evlat ilişkilerinde psikoseksuel dinamikleri öğretmesi bakımından psikiyatriye büyük katkısı olmuştur.

e — Pavlov, Freud ile ayni devri yaşamıştır. Bir fizyolog olması sebebiyle çok farklı bir görüş açısına sahiptir. Psikiyatriye ve nörofizyolojiye katkısı çok önemlidir. Özellikle davranış psikolojisinin anlaşılmasında ortaya koyduğu teorinin büyük faydaları görülmüştür. Freud'un teorisi giderek taraftar kaybetmesi yanısıra bu çalışmacının görüşleri daha da değer kazanmaktadır. Psikiyatriye «experimental neuroses» kavram ve araştırma sahasını açması bu görüşün önemini arttırmıştır.

f — Existantial analiz : Bu teori diğerlerinden farklı olarak psikolojik fenomenleri filozofik görüş açısından inceler. Ilmi metodolojiyi çok materyalist ve teknolojik bulur ve zihnin daha çok metafizik komponenti ile meşgul olur.

Kişinin dünyada varoluşunun sebeb ve hikmetini araştırır. Özellikle Heidegger'in fikirlerini yansıtır ve insanın dünyada yalnızlığını, anlamsızlığını, yaratılışındaki hikmetsizlik ve tesadüfiliği dile getirir. Sıradan bir yaratık olmanın verdiği hüzün ve sıkıntının insandaki «temel sıkıntı»yı doğurduğunu ileri sürer.

g — Çok yönlü görüşler: Jenetik ve çevre faktörlerinin kişilik oluşmasında ve hastalıkların meydana gelmesinde sorumlu olduğu kabul edilir. Zekâ, mizaç ve karakter eğilimlerinin bir taraftan konstitüsyonel faktörlerle tayin edildiği ve sosyo-ekonomik değişkenlerin sonucu belirlendiği görüşü hakimdir. Özellikle, aile, ana - baba ve evlat ilişkileri üzerinde durulur. «Pathoplastik» elemanların - çevre değişkenleri - değişik reaksiyon tiplerini oluşturduğu kabul edilir.

SONUÇ: Psikiyatrik semiyoloji ve medikal psikoloji adı altında toplanmış olan psikiyatri ve nörolojinin psikiyatri ile çok yakından ilgili bahisleri bu kitapta geniş bir fenomen spektrumu içinde verilmiştir. Konuların aktarılmasında tarif ve tanımlamaların çok açık ve kesin olmasına dikkat edilmiş ve bu şekilde psikiyatrik teşhis ve sınıflamada esas olabilecek temel bilgilerin sunulmasına çalışılmıştır. Kitap öğrenci seviyesinin biraz daha üstünde tutularak hazırlanmış ve böylece diğer hekimlik dallarındaki ilgililere de psikiyatrik konsept ve kavramların, semptom komplekslerinin tanıtılması amacı güdülmüştür. Kitabı okuyan öğrenciler ve incelemek fırsatını bulan hekimler, psikiyatrinin kendi uzmanlık dalları ile ne derece içiçe ve ayrılmaz bağlarla bağlı olduğunu, bir psikiyatrik hastalığın, bir karaciğer sirozundan veya bir hipertiroididen, bir kalb hastalığından hiç de farklı olmadığını kabul ve teslim edeceklerdir. Psikiyatrik semptomların organik sebeplere sıkı sıkıya yapışıklığı ve ayrılmazlığı bütün hekimlik şubelerini psikiyatri ile daha yakın bir kolaborasyona itecek güçte ve gereklilikte görünmektedir.

Bu kitabın Tıp öğrencilerine, Psikiyatri uzmanlarına, diğer hekimlik şubelerinde çalışan doktorlarımıza ve tıp psikolojisi ile ilgilenen psikologlara faydalı olacağı umudundayım.

Kitabın bütün teknik işlerinde, tashihinde ve düzenlemesinde emeği geçen Uz. Dr. Fevzi Samuk'a ve Güryay Matbaası mensuplarına teşekkür ederim.

30 Temmuz 1981

Dr. ADNAN ZİYALAR

PERSONALİTE - KARAKTER

Karakter : Kişinin iç dürtüleri, ihtiyaçları ve arzuları ile geleneksel ve kazanılmış kültürünün yönlendirdiği istikâmette duyum ve davranışlarını ortaya koymasıdır. Diğer bir deyimle kişinin huylarını günlük hayata uygulamasıdır.

Bu tariften kolayca anlaşılacağı gibi karakter sayısı gerçekte mevcut insan sayısı kadar fazladır. Her kişi başlıbaşına bir karakterdir. Buna rağmen aralarındaki müşterek noktalardan hareket ederek belirli karakter tipleri tarif edilmiştir.

Kişilik : Birincisi; şahsın dışa yönelik gösterileri, ikincisi de iç ruhsal dinamikleri olarak iki ana gruba ayrılır. Birincisini «Kişiye has davranışlar», ikincisini ise «dürtüler ve ihtiyaçlar» ve bunların zihnî ve psikolojik anlatımı teşkil eder.

Kişilik yapısı : Benzer psikolojik sebep ve sürtüşmelerin benzer normal ve patolojik kişilik yapılarını oluşturması haline «psikolojik set» veya kişilik kalıbı adı verilir. Bu durumda organizma belirli bir şart için belirli bir cevap tipine alıştırılmıştır. Günlük hayatta bu kişilere «prensip sahibi» sıfatının verilmesi adet olmuştur.

Kişiliğin anormal gelişimi : Hernekadar toplumun bütün bireylerinde kendi kişiliğini ayıracak nitelikte küçük farklılaşmalar mevcut ise de büyük patolojik gruplaşmalara imkân verecek kadar karakter yapılarını da ayırmak mümkün olmuştur. Bu hastalıklı kişilik yapıları aşağıda anlatılacaktır:

Siklotimik personalite : Kahlbaum tarafından tarif edilmiştir. Bu kişilik yapısında mizaç kısa süreler içinde neş'e ve hareketlilikten durgunluk ve kedere dönüşür. Bu kimselerde yaşam temposu devreler halinde dalgalanmalar gösterir ve ya durgun ya hareketli

devreler birbirini takip eder. **Kretschmer**'e göre şahsiyetin bu salınımları patolojik hudutlara varmadıkça siklotimik bir karakter yapısı olarak kabul edilir.

Hipomanik kişilik yapısı : Bu kişilik yapısında istek, dürtü ve içgüdüler herhangi bir baskı ve kritikten geçirilmeksizin olduğu gibi ortaya konur. Kişi neşeli, hareketli, konuşkan ve çoğunlukta münakaşacı ve saldırgandır. İç ruhsal enerji hazza yönelik olup kendi kişisel doyumuna varmak ister. Aslında tenkitçi bir yapıya sahip olmalarına rağmen bu kimseler sırasında kendi rahatları için her şarta rıza gösterebilirler. Olaylardan ve çevreden kolaylıkla etkilendikleri için kararsız ve değişik bir emosyonel tavır gösterirler.

Melankolik kişilik yapısı : Siklotimik kişiliğin bir yönünü yansıtır. Bu gibiler sakin, şefkatli, sempatik, iyi huylu, kolaylıkla depresyona girecek bir yapıya sahiptirler. Günlük hayatın zevklerini özlemelerine rağmen gerçekleştirmek için gayretleri azdır. Durgun, yalnızlığı seven, mutî ve kederlidirler. Kendi kendilerini tenkit etmek ve suçlamak ve başarısızlık korkuları aralarında yaygındır. Mükemmeliyetçi, aşırı mesuliyet duygusu olan, titiz, işine çok düşkün kimselerdir. Yeni ve değişik ortam ve şartlarda çabuk demoralize olur ve sinerler. Yalnız kaldıkları zaman sık sık ağladıkları görülür. Çekingenlik, kararsızlık ve alınganlık yanısıra nadir de olsa paranoid fikirlere de rastlanır. Melankolik kişilik yapısının agresyon - saldırganlığa karşı geliştirilmiş bir **reaksiyon formasyonu** olduğu kabul edilir.

Şizoid kişilik yapısı : Bleuler'in şizoid ve **Kretschmer**'in şizotimik adını verdiği bu kişilik yapısı sosyal uyumun normalin altında olması ile belirlenir. Prepsikozdan psikoza girmiş bir şizofrenin temel psikolojik yapısının böyle bir şizoid yapıdan oluştuğu ileri sürülür. Affektif hayat melankoliktekinin aksine durgun ve donuktur. Mahçup, utangaç, sıkılgan, inatçı, sır tutucu ve şüphecidirler. Dikkatleri kendilerine dönüktür, devamlı şikâyet edecekleri bir konu bulurlar. Çocuklukları sebepli sebepsiz ağlamalarla geçer. Mücadele gerektiren oyun ve işlerden kaçarlar. Bunun yanısıra çoğunlukla sınıfın en çalışkanları bu gruptandır, çalışmayı kişisel gururları ve yükselme arzuları sebebiyle severler. Kişiler yerine kitaplarla arkadaş olurlar, daha çok abstre - soyut konuları severler. Felsefe, astronomi, matematik şizoidlerin imajinatif ve idealistik tabiatlarına

çok uygun düşer. Toplumun daha ileri gitmesi için başkalarına biraz müphem ve ulaşılması zor gelen proje ve planlar yaparlar. Çevreleri ve en yakınları tarafından bile az tanınan kimselerdir. İnferiorite ve huzursuzluk başlıca şikâyetleridir. Yalnızlık özlem ve duyguları öylesine fazladır ki, birçokları toplum hayatını bırakıp tenha yerlere çekilirler ve tabiatla başbaşa kalırlar. Hayallerinde kurdukları iç dünyalarında inisiyatiften ve değişiklikten mahrum yaşarlar. Spontanitenin kaybolması bu kimseleri, soğuk, donuk ve renksiz bir hale sokar. Canlı, neşeli, sokulgan ve başarılı kimseleri kıskanırlar ve çekemezler. Gençlik devrelerinde inatçı, dikbaşlı, sözdinlemez ve kötü huylu olurlar. Disiplin, terbiye ve nasihata karşı tutumları olumsuzdur. Kafalarının içinden yarattıkları fantezilerle kendilerince suçlu saydıkları kişi ve çevreleri cezalandırıcı plânlar yaparlar. Şizoidlerin bir kısmında soğuk ve donuk bir dış görünümün altında son derece hassas ve müşfik bir ruhî yapının varlığı tesbit edilir. Bunların sikloid kişilik yapısı ile karışık karakter yapıları olduğu kabul edilir.

Kompulsif kişilik yapısı : Bu kişilik yapısında olanlarda süperego fonksiyonlarının şiddetli cevapları görülür. Katı, titiz, teferruatçı, formal, esnekliği olmıyan kimselerdir. Tutuk ve aşırı bastırılmış davranışlı, mükemmeliyetçi ve her olayda şüphe payı ayıran, endişeli insanlardır. Aşırı bir mesuliyet duyguları yanında kanunlara ve kaidelere çok düşkün ve itaatli olurlar. Bu sebeple karar vermekte çok zorluk çekerler. İleri sürdükleri konularda inatçı ve ısrarcı olurlar. Esktrovertlerin aksine, hayalci, içine kapanık, dikkatlerini kendilerine çevirmiş durumdadırlar. Çoğunlukla aşırı doğru olurlar, bu onların içlerinden gelen düşman ve saldırgan duyumlara karşı aldıkları bir müdafaa reaksiyonudur. Aralarında çok çalışkan kişilere sıklıkla rastlanır, devamlı bir başarı ve kazanma arzusu içindedirler. Bu kişilik yapısının değişik variantları normal populasyonda oldukça çoğunluktadır. Kompulsivitenin karakteri kuvvetlendirdiği ileri sürülür. Kompulsif bir kişilik ile kompulsif bir nöroz arasındaki fark sıkıntının şiddeti ile ölçülür. Sıkıntı arttığı ölçüde bu kişilik yapısı hastalığa yaklaşır. Böyle bir kişilik yapısının ilk modeli çocuğun karakter formasyonunu geliştirmekte olduğu ilk çocukluk yaşlarında belirir. Suçluluk duygusu, kişinin kendisini koruma zorunda bırakılması, şuuraltı saldırganlığının şiddetli oluşu temel psikolojik sebep-

leri teşkil eder. Bunun yanısıra yetişkinde sürekli stresler, kronik ruhî gerginlikler de bir obsesif karakterin oluşumunu hazırlar.

Histerik kişilik yapısı : Histerik kişilik yapısında olaylar ve duyumlar olduğundan daha fazla ve büyütülmüş olarak çevreye aksettirilir. Dramatizasyon, ekshibisyonizm, ekzajerasyon, sembolizasyon histeriğin en çok kullandığı ifade tarzıdır. Dikkatini kendine çevirmiş olan bu kişilerde çevre ilgisini çekmek için ne mümkünse yapılır. Konuşma çoğunlukla yüksek sesle değişen ses tonları ile teatral bir tarzdadır. Kıyafetler çok renkli ve şekilden zengindir. Davranış el, kol hareketleri, beden hareketleri ve mimiklerle donatılmıştır. Kaprisli, kararları değişken, çevreyi kendisi için devamlı istismar eden tiplerdir. Bazen donuk ve ilgisiz, bazen de aşırı istekli olurlar. Neyi beğenip neyi beğenmedikleri kolay anlaşılamaz. Koket tavırları, her an cinsel birleşime yakın davranışlarının aksine genellikle bu konuda çekingen ve soğuk olurlar. Aralarında gerçek frijit olanlar sıklıktadır. Histeriklerin ilk çocukluklarında aşırı korunmuş, kusurlu görülmüş ve suçlanmış kimseler oldukları bilinmektedir. Bu tipin erkeklerinde hovardalık merakı ve gösteriş fazladır. Gerçek bir seksüel ilişkiye girmekten ziyade reklâmını ve hikâye edilmesini severler. Başarılı oldukları hallerde bile bir doyumsuzluk içinde oldukları ve kendilerini gerçekte güçlü hissetmedikleri görülür.

Değişik kişilik yapıları : Bu kişilik yapıları ilk çocukluk veya oyun çocukluğu devresine ait takılmalar ve hastalık yatkınlığı gösterirler. Somurtkan, huysuz. çekingen veya ani ataklık ve öfke gösteren tiplerdir. Dürtüleri zayıf ve yetersizdir. Sebatsız, dirençsiz ve karar vermekte başarısız olurlar. Okul hayatında, askerlikte, mesleklerinde genellikle başarısız olmalarına rağmen ruhî bir hastalığa ait açık belirtiler vermezler. Bu değişik kişilik yapılarından; a) Pasif - agresif kişilik yapısı; b) Heyecan kararsızlığı gösteren kişilik yapısı, c) Uygunsuz kişilik yapısı olarak üç tip tarif edilmiştir.

Pasif - agresif şekil : Emosyonel gelişmenin yeterli olmaması sonucu meydana gelir. Bu tipin üç şekli bilinmektedir 1 - Pasif - bağımlı tip: Bu kimseler kendilerini emin hissetmezler. Daima kusurlu idrak ederler. Umutsuz ve kararsızdırlar Kendilerini destekliyen bir ana veya baba figürüne ihtiyaç gösterirler. Çocuksu kalırlar ve mesuliyet alamazlar. Bu grubun erkekleri hemen bütün kararlarını eşlerine danışarak alırlar. Her yaptıkları işte desteklenmek ve tasvip görmek adetleridir. Sıkıntı ve saldırganlık gösterirler ve mesele çıkacağını inandıkları durumlardan devamlı kaçarlar. Tutuk, mahçup ve korkaktırlar. Bu mahçubiyet ve korkaklığın temelinde gizli bir düşmanlık duyumunun yattığı bilinir. 2 - Pasif - saldırgan tip; bu tipin kişilerinde defansif kaynaklı bir saldırganlık hali görülür. Bu direnme pasif bir şekilde olup, inatçılık, karşı çıkma, huysuzluk, mızmızlık, gıda reddi tarzında belirir. Tembel kendi çalışmadığı gibi çalışanı da rahat bırakmıyan tiplerdir, grupların moralini bozar ve ekip çalışmasını engellerler. Babaya karşı saklı bir düşmanlık besliyen, memnun edilmesi güç, katı ve yaklaşılması zor kişilerdir. 3 - Saldırgan tip; iç sürtüşme ve çatışmaların yüzeyde sürekli bir reaksiyonu olarak görülür. Gerginlik, huzursuzluk, mizaç değişikliği, zarar verici ve tahripkâr bir davranışla belirlidir. Bu grubun kişileri, provokatif, düşman, rekâbetten hoşlanan, herşeyin karşısında olan, aşırı meraklı insanlardır. Katı, toleransı olmıyan, yırtıcı ve ısırıcı bir mizaçları vardır. Otoriteden hoşlanmazlar. Aralarında grandiyöz fikirleri oluşturanlar sıklıktadır. Genellikle babaya karşı düşmanlık beslerler, temel psikolojilerinde derin bir bağımlılığın bulunduğu görülür, baba figürü yerine koyacakları bir liderin etrafında kolaylıkla toplanırlar. Kullandıkları müdafaa mekanizması çoğunlukla reaksiyon formasyonudur.

Heyecan kararsızlığı gösteren şekil : Bu kişiler çok önemsiz uyaranlara karşı bile şiddetli ve patlayıcı emosyonel cevaplar vermekle tanınırlar. Bu patlamaların dışında genellikle sakin, sevimli, dost ve uysal görünürler. Hissettikleri şiddetli düşmanlık fikirleri, sıkıntı ve suçluluk duyumları sebebiyle diğer insanlara karşı değişen bir tavır gösterirler. Devamlı bir gerginlik durumunda oldukları için her an bir yakışıksız tavır ve davranış gösterebilir ve umulmadık işler yaparlar. Bağırma, küfür, tehdit, hakaret ve saldırganlık bu durumlarda kaçınılmazdır. Daha hafif şekillerinde alınganlık, çabuk kırılma, vazgeçme, tariz ve taciz etme gibi durumlara rastlanır. Sıkıntıya ve değişikliğe tahammülsüzlük sonucu çabuk yeise kapılma, umutsuzluk ve bunun sonucunda intihar teşebbüsleri sıklıktadır. Karşı cinse karşı kıskançlık, şüphecilik ve sataşma çoğunluktadır. Bu tavır ve davranış kusurları bu kimselerde çoğunlukla ebeveynden tevarüs edilmiş bir gelişme yetersizliği olarak kabul edilir.

Uygunsuz kişilik yapısı : Iyi bir yaşam ortamı, oldukça yeterli bir tahsil, normal bir zekâ seviyesi içinde olmalarına rağmen bazı kişilerin günlük yaşam, ekonomik şartlarına uyum, meslekî ve sosyal ilişkilerinde yetersiz, başarısız oldukları ve çoğunlukla ters düştükleri görülür. Bu kimseler aslında iyi huylu olmalarına rağmen, zayıf, tesirsiz ve az ilgi çekicidirler. Yaşamlarında bir amaç ve haz yoktur. Inisiyatif ve otonomileri kaybolmuştur. Adeta uyur gezer gibidirler. Fizik ve emosyonel uyarılara karşı lakayddırlar. Mükâfat vadeden kolay hedeflere bile ulaşamazlar. Sürekli olarak «bana ne» felsefesi içinde yaşarlar. Kimsenin onlara verebileceği bir şey yoktur. Hırsları sönmüş kişilerdir.

PSİKOBİOLOJİK REAKSİYONLARDA SEMPTOMLARIN OLUŞUMU

Akıl hastalıklarında semptomların çeşitli mental fakültelerin bozulması sonucu ortaya çıktığı düşünülmüştü. Bu gün beynin müstakil, birbirinden ayrı çalışan bölümlerden meydana gelmediği, bir bütün halinde görev yaptığı bilinmektedir. Meselâ, orientasyon, dikkat, hafıza, muhakeme müstakil fakülteler olmayıp bir bütünün birbirine bağımlı parçaları olarak kabul edilmektedir. Zihin organizmanın entegre bir fonksiyonu olup daha alt kademelerden alınan enformasyonu birleştirici ve kavrayıcı gücü vasıtasiyle karar verici bir sonuca vardırır. Semantik ve tecrübî bir muhtevası ve dinamik bir fonksiyonu vardır. Zihni, bir makine ile karıştırmamalıdır. Zihin makinadan farklı olarak duyum, heyecan ve affekti olan bir sistemdir. Kendisine verilmemiş bir programı da tasavvur edebilir ve imajinasyon yapabilir. Değişik davranış setleri kurabilir, bir situasyondan bir diğerine geçebilir, çok farklı kavramları idrak edebilir ve sonsuz tercih yapabilir.

Semptomların orijini ve işleyişi : Senil demansta hafızanın bozulması veya konfüzyon halinde kazanılmış bilgilerin hatırlanmasındaki bozukluk beyin nöronlarının fizyolojik bir bozukluğu sonucu meydana gelir. Bunun yanısıra psikolojik prosesin bozulması sonucu nörotik semptomlar ortaya çıkar. nörotik olsun fizyolojik olsun bütün semptomların çıkış yeri mental seviye olup organizmanın bütününü ilgilendiren bir bozukluktur ve dinamik veya biolojik sebepli olabilir.

Semptomlar bizzat hastanın kendi içinden çıkabildiği gibi kişinin bedenî dışındaki sebepler ile de oluşabilir. Bir kısım semptomlar hastanın meselelerini yansıtır, bir kısmı ise mücadele tarzını or-

taya koyar, iç dürtülerine karşı tavrını belirler, evlât - ebeveyn ilişkilerini işaret eder, suçluluk, emniyetsizlik gibi duyumları açığa çıkarır, geçirilmiş tecrübelerden bir takım kalıntı ve birikintileri gösterir. Bu sebeple semptomların incelenmesi kişinin iç ruhsal yapısını ve dinamiğini ortaya çıkarmıya faydalı olur. Bundan dolayıdır ki kişilik yapısının normal dışı gösterdiği manifestasyonlara semptom adı verilir. Semptomlar kişinin iç dünyasındaki ihtiyaçların sembolik bir anlatımı mahiyetindedir ve bu sebeple de önemleri büyüktür. Bu patolojik psikiyatrik formasyonlar kişinin teşebbüslerini, amaçlarını, varmak veya kaçmak istediği şeyleri, iç dünyasındaki karmaşıklıklar ve karşılaştığı zorluklar ve varlığını sürdürmek için seçmek istediği yollar hakkında bize bilgi verirler.

Semptomlar sadece kişinin içinde bulunduğu patolojik şartları belirlemekle kalmaz, aynı zamanda kişinin hastalığa karşı verdiği mücadelenin mekanizmasını da açıklarlar. Bu mekanizma «savunma mekanizmaları» adı altında bilinmekte olup bu hususta daha sonra bilgi verilecektir.

Kişinin hayat hikâyesi ile ilgisi : Burada hastanın gösterdiği belirtilerle hayat hikâyesi arasındaki ilişki araştırılır ve kişiliği belirliyen dış sebepler incelenir. Her ne kadar hastanın gösterdiği semptomlar ve bunların motivasyonal faktörleri kişinin iç dünyasında saklı ise de bunların meydana gelmesinde önemli yeri olan prepsikotik yapının anlaşılmasında anamnez önemli bir yer tutar. Dikkat edilmesi gereken şey bu hayat hikâyesinin bütün teferruatı ile öğrenilmesi olmayıp hastanın şuur altında geçirilmiş nahoş tecrübeleri nasıl algıladığının anlaşılmasıdır. Bu sebeple psikiyatride kullanılan soruşturma ve bilgi toplama tekniği hekimliğin diğer şubelerindekinden çok farklıdır. Birçok psikiyatrik merkezde bu görüşme tekniği bir sualler cetveli şeklinde kalıplaştırılmış ve bir düzene sokulmak istenmiştir.

Savunma semptomları : Öncelikle hatırlanması gereken şey her semptomun kişinin yaşamında bir olayı hatırlattığı ve bir işareti olması gerektiğidir. Hemen her semptom bastırılmış, sıkıntı verici bir duyum, dürtü veya olayın sembolik bir ortaya konuşu olup nahoş bir idrakin ve bunun doğurduğu sıkıntının bir belirtisidir. Pek çok mental muhteva doğrulukla ve olduğu gibi ortaya konamaz, bu olay

şuur sathında nörotik bir tarzda ve imajiner bir görünümde şekillendirilir. Bu sebeple semptomlar gerginlik giderici özellikler taşırlar ve ayni zamanda kişiye sarılabilecekleri değişik konular temin ederler. Meselâ kişi problemini çözmek veya sıkıntısından kurtulmak için önce represyon, reaksiyon formasyonu veya sembolizasyon gibi bir müdafaa yolu seçmiş ve bunda başarılı olamamışsa bu defa bir semptom formasyonuna sığınır. Bunun için semptomlara kişiye korunma şansı sağlıyan ve onun nörotik veya patolojik plânda da olsa, bir yerde entegrasyonunu ve kişiliğin parçalanmasını önlemeye çalışan bir mekanizma gözü ile bakılır. Hezeyan, halusinasyon, kompulsiyon gibi semptomlar çoğu kere bir ağrı duyumu şeklinde idrak edilerek bu ilk belirtilerin geriye teptirilmeleri mümkün olur ve bu şekilde hastanın bir halusinasyonu etrafa anlatması yerine bir fizik ağrının kolaylıkla anlatılması sağlanır. Böylece nahoş bir olay veya deneme veya istenmiyen bir duyum bir ağrılı sendrom arkasına gizlenmiş olur. Kişi belirli bir gayeye ulaşmak için çok sayıda ve değişik tabiatta semptomu ayni zamanda kullanabilir. Bu şekilde birbirinden farklı hastalık tabloları husule gelmiş olur. Bu klinik tablolar, psikolojik, somatik, davranışsal veya sosyal kusurlar olarak ortaya çıkarlar. Hastalığın semptomatik görünümü ise harekette, idrakte, dikkatte, düşüncede, şuurda, affektte, hafızada ve orientasyonda artma, azalma, sapma ve kaybolma şeklinde belirir.

MOTOR DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI

Motor davranış bozuklukları, iradenin önemli rol oynadığı ve kişilik yapısının hareketlilik vasfı ile ilgili olan kusurlarıdır.

Conation - uyarı bozukluğu : Burada kişiyi harekete zorlıyan, iten, dürten gücün ve şartın bozukluğu bahis konusudur. Bu terim arzu ve iradeyi beraberlikle içerir ve iradenin temelinde yatan uyarıcı unsuru anlatır. İmpuls - dürtü ve irade birleşerek affekt - teessüriyet ve duyum denilen ruhî bir fonksiyonu meydana getirirler. Conation organizmanın bir **intention - set,** niyet ve meyil tavrı ve kalıbı olarak da düşünülür. Bu intention - set içinde bir kişinin ne niyette ve temayülde olduğu önceden belirlenmiş olur. Kişinin belirli bir şart için önceden hazırlıklı olduğu bir yatkınlık veya red durumunu belirler, arzu ve iradenin beraberce aldığı tavrı işaret eder. Bu durum

kişiliğin fakültatif olmak yerine bir Gestalt - bütün halinde hareket ettiğinin delilidir. Konatif bozuklukta şahıs inisiyatiften mahrum olup hiç bir şey veya belirli şeyler için istekli ve hırslı değildir, hareketsiz ve âtıldır. Herhangi bir obje veya olaya yönlendirilmesi mümkün değildir - aversion -. Çalışma, kazanma, seksüel istekleri çok yetersiz ve yavaştır.

Attitude - tavır anlamındadır. Kişinin önceden belirlenmiş, sürekli, kolay değişmiyen kendine has bir duyum ve düşünce yapısında olması şeklinde belirir. Tavır kişinin sonradan şuurlu olarak kazandığı bir his olabileceği gibi şuur altında da gelişmiş olabilir. Meselâ, geçirilmiş acı bir olay o kişinin düşünce yapısında, hissiyatında tefsir ve değerlendirmelerinde kendine has bir görüş açısı kazandırır. Bu görüşün lojik veya anlamlı olup olmaması söz konusu değildir. Attitüd bozuklukları arasında;

a — Abstre atitüd bozukluğu; geri zekâlılarda, bunamalarda ve şizofrenide görülen bir çeşit tasarlama ve davranışı plânlama yetersizliğidir.

b — Patolojik attitüd bozukluğu; katatoniklerde, stereotipik hareket bozukluklarında, paranoidlerde görülür.

c — Kollektif attitüd bozukluğu; gruplarda, toplumlarda görülen arızî hal ve değişimler şeklinde görülür. Bu grup ve toplumlar değer yargıları ve temayülleri bakımından alışılagelmişin dışında bir davranışa yönelirler. Agresif gruplar, uyuşturucu madde grupları, çıplaklar gibi.

d — Korku tavrı bozukluğu; daha çok çocuklarda görülen ve her objeden korkma şeklinde beliren bir davranış bozukluğudur.

e — Maskulin attitüd; kendilerini erkek gibi hisseden kadınlarda erkekliğe özenik duyum ve davranışların görülmesidir.

f — Referential attitüd; daha çok psikozlularda görülen bir tavır bozukluğudur, kişi çevresinden ve bu çevredeki insanlardan devamlı olarak olumsuz bir şekilde etkilenir. Meselâ, bir paranoid herkesin kendisine düşmanlık beslediğini ve içinde olduğu kötü durumun bu düşman çevre etkisiyle meydana geldiğini ifade eder.

Disposition : Dispozisyon kişinin bütün istek, eğilim ve yatkınlıklarının bilgi, tecrübe ve mantıklı düşünce sonucu oluşturulması yerine heyecan, duygusallık ve iç uyarılardan kaynaklanması demektir. Bunun sonucu olarak istek ve davranışlar yersiz anlamsız ve ölçüsüz olurlar. Bleuler bu kişiler için «manic mood» tabirini kullanmış olup, aceleci, ne istediğini bilmiyen, maymun iştahlı, ölçüsüz olarak tanınırlar.

Assertion : Dürtü tabiatında bir davranış olup, istekler kişinin kendisi ve gerekirse çevresini zorlıyarak ve bastırarak elde edilir. Daha çok az kültürlü kimselerde görülen bir davranış olarak kabul edilir ve bastırıcı babaların sert ve öfkeli idarecilerin bir kısmının girdiği gruptur.

Hareketliliğin artması : Aktivite bozuklukları psikiyatride, a) Overactivity - artmış hareketlilik, b) Underactivity - azalmış hareketlilik, c) Dysactivity - bozulmuş hareketlilik olarak bilinir.

Hareket artması : Genellikle manide, azalması depresyonda ve sapması veya bozulması ise şizofrenide, paranoid reaksiyonlarda görülür. Psikomotor aktivite artımında hareketin bir maksadı olmasına rağmen sonucuna ulaşamaz. Çünkü hareketin amacı devamlı değişir. Kişi devamlı bir işle meşgul göründüğü halde çalışmasının bir mahsulü yoktur. Bitmek üzere olan bir iş bırakılır ve yeni bir işe başlanır. «Flight of ideas» fikirlerin uçucu vasfı ve konatif değişkenliği planlı ve kararlı bir iş verimliliğine imkân vermez.

Hareket azalması : Yavaşlamış dürtülerin - konatif kaynaklı izlenimler -, motor faaliyeti etkilemesi sonucu psikomotor bir yavaşlama husule gelir. Burada hareketin başlatılmasında bir tereddüt olduğu gibi sürecinde de bir yavaşlama vardır. Aşırı şekillerinde hasta hareketsiz ve sessizdir. Bu hareket yavaşlamasına düşünce akışı yavaşlaması da eklenir.

Repetitious activity - tekrarlanan hareketler : Obsesif - kompulsif nörozlarda ve şizofrenik hastalıklarda hareketin bir defa başlatıldıktan sonra amacına ulâşsa bile durmadığı ve benzer hareket setleri şeklinde tekrarlandığı görülür. Bunlar bir belirli pozisyonun muhafazası - katatoni-, olduğu gibi «stereotipi» denilen tarzda baş, yüz mimikleri ve ekstremite hareketleri de olabilir. Verbal Stereotipi şek-

linde belirli kelime ve cümle dizileri tarzında da görülebilir. Vücudun bir kalıp gibi hareketsiz kalması halinde ise «catalepsy»den bahsedilir. Şizofrenlerde raslanan bir çeşit katalepsi, flexibilitas cerea - balmumulaşma olarak bilinir. Bu durumda hastaya verilen durumların çok uzun süre bozulmadan muhafaza edildiği görülür. Bu hareket kusurunun «manierism» adı verilen türünde mimikler, yüz buruşturması, yanak, dudak ve alt çenenin anlamsız tekrarlanan hareketleri dikkati çeker. Bazen bu hareketlerin seremonial bir vasıf aldıkları ve belirli bir seri hareketi icra ettikleri olur. Hareketin bu atipik özelliğine gene tekrarlanan ve anlamsız sözlerin eşlik ettiğine rastlanır. Verbigeration adı verilen bu durum her hastanın kendine has komplekslerinin bir ifade tarzı olup çoğunlukla yaşanmış nahoş tecrübelerinin sembolik anlatımından ibarettir. Bir süre sonra bu hareket dizisi bir adet haline gelir ve artık hasta için affektif bir yükü ve anlamı kalmaz.

Otomatik davranış : Kişinin kendisine yapılan telkinleri veya kendisinden arzu edilen şeyleri kompulsif veya otomatik bir şekilde yerine getirmesidir. Command automatism olarak bilinen bu durumda davranışın sebebi psikolojik olmaktan çok fenomenolojik bir negativism - menfiyet belirtisi olarak kabul edilir. Bu otomatik itaat hali hastaya söylenen kelimelerin aynen hasta tarafından tekrarı şeklinde olursa «echolalia» telkin edilen hareket tarzında olursa «echopraxia» adı verilir. Gerek ekolali ve gerek ekopraksi hastada ilk çocukluk sözcük ve hareketlerinin yeniden tekrarlanması şeklinde olursa «mocking»den bahsedilir ve bu halin şiddetli bir küskünlük ve düşmanlığın anlatımı olduğu düşünülür.

Negativism : Yapılması istenen şeye karşı kişide geliştirilmiş bir müdafaa mekanizması ve karşı çıkıcılıktır. Mutism, gıda reddi, uyumsuzluk ve tedaviye karşı çıkma şeklinde görülür. Negativist kişi bu hareketiyle karşı tarafa sıkıntı verdiğini bilir ve bundan haz duyar. Negativizm bunun yanısıra ilgi çekmek için de kullanılan ve normal kişilerde de görülen bir davranış tipidir.

Kompulsiyon : Zorlu hareketler, kişinin anlamsız ve maksadı olmıyan bir hareketi saçmalığını bildiği halde dayanılmaz ve önüne geçilmez bir dürtü ile tekrarlamasıdır. Bu mecburi hareket dokunma, elleme, ileri geri gezinme şeklinde olabildiği gibi ritüel adı verilen tarzda bir seri hareketin tekrarı şeklinde de olabilir. Kompulsion bir obsesyonun - zorlu fikrin hareket haline çevrilmesidir. Kompulsiyonlar gerçekte anlamsız hareketler olmayıp «displacement, substitution ve symbolism» gibi bir seri savunma mekanizmasının aracılığında geliştirilmiş ve sıkıntıyı çözme gayesi olan davranışlardır. Kompulsiyonların temelinde yatan gerçek duyum suçluluk olup hasta çevresine kompulsiyonuyla bunu anlatmıya çalışır. Meselâ devamlı olarak ellerini yıkayan ve musluk başından ayrılamıyan hasta bir «masturbation» suçluluğu içindedir. Kabulü mümkün olmıyan içgüdüsel duyumlar, sıkıntı ve suçluluk hissi bu şekilde normal kişilerde de pek göze batmıyan kompulsiyonlar yoluyla hafifletilir ve ortadan kaldırılır. Aşırı temizlik düşkünü, mükemmeliyetçi, teferruatçı kimseler bu tutumları ile vicdanlarını ve ruhlarını arıtmak çabasındadırlar.

NÖROLOJİK KAYNAKLI MOTOR DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI

Organizmanın hareket bütünlüğü ve kontrolü frontal korteksin arka kısmındaki nöron şebekesi ile temin edilir. Motor korteks adı verilen bu bölümde, tıpkı sensoryel kortekste olduğu gibi vücudun belirli bölümleri belirli alanlarda temsil edilirler. Hareketin motor korteksteki piramidal nöronlardan başladığı, kapsula interna, brain stem yolu ile spinal cord'a ulaştığı ve bu yolu üzerinde bir taraftan basal ganglia ve cerebellum'dan bağlantılı olduğu duyu yolları ile impulslar aldığı bilinmektedir. Bu sistemin herhangi bir parçasındaki harabiyet ve bozukluk aktivitenin azalmasına sebep olacak «parezi veya paralizi» veya bunun aksine bir hareket artması, «tic, tremor, jerk ve spasm» gibi belirtiler ortaya çıkaracaktır.

Hastalığın veya bozukluğun sadece motor bölgeyi tutması halinde hasta bu durumdan haberli olacak ve yetersizliği önlemek veya azaltmak için bir takım tedbirlere başvuracaktır. Meselâ, bir elinde tremoru olan hasta diğer eli ile bu hasta eli tutacak ve onun titremesini engellemiye çalışacaktır. Lezyonun daha geniş bir sahayı tutması halinde ve meselâ kapsula internayı tutan bir damar lezyonunda hasta sadece motor hünerini kaybetmekle kalmıyacak ayni zamanda abstre davranış ve düşüncesi de bozulmuş olacaktır. Bu defa hastada tanıma, kavrama, organlarını ve yerini idrak etme güçlüğü

de hastalığa eklenecektir. Bu şekilde koordine ve anlamlı motor hünerlerin kaybolması veya bozulması haline «apraxia» adını veriyoruz.

Aprakside motor adale liflerinin innervasyonunda bir bozukluk olmayıp hareketin uygun bir biçimde ve koordine olarak icrası bozulmuştur. Ataxi bir çeşit hareket bozukluğu olmasına rağmen apraksiden kesinlikle ayrıdır. Atakside ince ayarlar bozulmuştur. Meselâ önündeki bir cismi tutması istendiğinde ataksik şahıs elini bu cismi tutmak için uzatır, ancak tam yerini ve mesafesini bulamaz, o cismin ya önüne veya uzağına uzanmıştır. Aprakside ise kendisine bu cismi tutması söylenen hasta bu emrin manasını kavrıyamaz ve kendisinden ne istendiğini anlamaz.

Apraksiler **Liepmann** tarafından, a) Planlama bozukluğu yapanlar, b) Uygulama bozukluğu yapanlar olarak ikiye ayrılmıştır.

Ideomotor apraxia : Bir uygulama bozukluğu apraksisidir. Bu hastalıktaki beceri kusuru hem hasta ve hem de çevresi tarafından kolaylıkla farkedilir. Kişi daha önce kolaylıkla yapabildiği günlük işlerini beceremez. Heyecan ideomotor apraksiyi arttırır. Böyle bir kimseden, kutudan bir kibrit alıp sigarasını yakmasını isteseniz şaşırır, beceremez, ancak karşıdan bir istek gelmeksizin canı sigara içmek isterse bu defa bütün hareketleri şaşırmadan sırası ile yapabilir. Yemeğini çatal kaşık kullanarak kolayca yiyebilen böyle bir hastaya nasıl yemek yediğini hareketlerle «pandomim kusuru» göstermesi istenirse beceremez. Bu hastalarda imajinasyon ve abstraksiyon bozulmuş olup henüz bu bilgileri öğrenmemiş çocuklar gibidirler.

Dressing apraxia: Bu kusur da bir nevi ideomotor apraksi olup hasta giyinip soyunmayı, kendi kendine beceremez. Hasta burada giyinme kavramını kaybetmiş olmayıp giyinmesi için yapılması gereken hareket sırasını kaybetmiştir. Ceketini giymeyi çabalar, fakat nasıl giyileceğini unutmuştur. Özellikle düğmelerin iliklenmesi ve açılması çok zorlaşmıştır. Aralarında çoraplarını ayakkabıları üzerine geçirmek için saatlerce uğraşanlarına rastlanır. Ceketinin düğmelerini pantolonunun iliklerine geçirmiye çalışır. Bu tip apraksi kusurları genellikle bunamalarda, yıkılmış şizofrenlerde, ilerlemiş kronik alkolizmde ve konfüzyonel sendromlarda görülür. Daha ilerlemiş

şekiller demansın çok ilerlemiş olduğu hallerdir. Bu durumda bir giyinme beceriksizliği yerine eksik giyinme hali ortaya çıkar. Meselâ bir bunak veya yıkılmış bir şizofren ceketini gömleğini giyer, itina ile kravatını da bağlar, ama pantolonunu giymeği unuttuğunun farkında değildir, **Kerimoğlu, Songar.**

Facial apraxia : Huglings Jackson ve **Broca** tarafından tarif edilmiş olan bu apraksi türü, kendisinden istenen yüz hareketlerinin başarılamaması şeklinde görülür. Mimik ekspresyonunda bir beceriksizliktir.

Verbal apraxia : Konuşmanın mafsallanmasındaki bir bozukluktur. Disfaziden farkı bu ikincisinde cümlede gerekli kelimenin bulunmasındaki güçlüktür. Hastadan ifade edemediği şeyi yazması istenirse yazabildiği görülür. Daha çok sessiz harflerin artikulasyonu bozulmuş görülür. Bazen de sadece kelimelerin ses tonları bozulur. Bu tip bir intonasyon haline şizofrenideki konuşma bozukluğunda sıklıkla rastlanır. Hastaların ses tonu heyecansız kuru ve tekdüze olur. Total bir afazi şeklinde sonlanmamış verbal aprakside sessiz harflerin dizartrisine bağlı tutukluk ve melodik tonların bozulmasına bağlı olarak da, dysprosody, ton farklılaşmaları olur.

Constructional apraxia : Bu şekilde bir aprakside kişi becerikliliik ve hüner istiyen işlerde bir başarısızlık gösterir, kendisine verilmiş örneklerin benzerlerini yapamaz. Çizmesi istenen bir resim, bütünü verilmiş parçaların birleştirilmesi gibi. Diğer apraksi türlerinin kolayca ve hekim olmıyanlar tarafından bile farkedilebilmesine rağmen konstrüksiyonel apraksinin teşhisi için bir takım test uygulamalarının yapılması gerekir. Bunlar: 1) Kopya testi, kolaydan başlayıp giderek zorlaşan çizgi ve resimlerin kopya edilmesinin istenmesi, 2) Serbest resim çizme testi, burada hastadan, bir konu verilerek bir resim çizmesi istenir, ev, yüz, manzara ve benzeri gibi. 3) Çubuk testi, burada hastaya çeşitli boyda çubuklar verilerek tecrübeyi yapanın verdiği örneği taklid etmesi istenir. 4) Tuğla dizme testi, belirli bir resim verilerek bu resmi bu tuğlalarla inşa etmesi istenir. 5) Blok dizme testi, bir önceki test gibidir, hasta blokları düzenli ve tertipli bir şekilde dizemez. Bu testlerden elde edilen bulgular ve hastanın testleri uygulamadaki hataları aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

1 — Kopya edilen şekil sayfanın bir uç veya kenarına iyice sıkıştırılır ve sayfanın bütünü boş bırakılır.

2 — Yanyana giden çizgiler paralelizmini muhafaza edemez, birleşen çizgiler birbirini keserek devam eder, birleşmesi gereken uçlar açık kalır.

3 — Çizilen şekil verilen modelden ya büyük veya küçük olur.

4 — Tek çizgilerin üzerinden birkaç defa gidilir, vertikal çizgiler ya birbirinden çok uzak veya çok yakındır.

5 — Kopya edilen şekil örneğe göre döndürülür veya örneğin hemen bitişiğine sokuşturulur.

6 — Şeklin bütününden bazı parçalar çıkarılır veya eksik olarak çizilir, bu durum daha çok **Visuo - spatial** apraksili hastalarda görülür, resmin çoğu kere sol yanlarının eksik çizilmesi bu hususu akla getirir. Böyle bir hastadan bir saat resmi çizmesi istendiğinde rakamların kadranın sağ tarafında kümelenmiş olduğu görülür veya dairevî olarak dizilmesi gerekirken yukarıdan aşağı yazıldıkları dikkati çeker.

Psikolojik testlerin uygulanmasında özellikle zekâ testlerinde bir hataya meydan vermemek için öncelikle bu testlerin yapılmasında ve bir organik apraksinin ayrılmasında fayda vardır.

Aprakside psikolojik tesirlere bağlı belirtiler : Burada organik bozukluğun esas olması halinde psikolojik faktörün yaptığı tesirler gözden geçirilecektir:

1 — **Complexity of task :** Hastanın yerine getirmesi istenen işin basitliği, örnekteki parçaların sayısal azlığı nisbetinde deneğin rahat çalıştığı ve başarılı olduğu görülür.

2 — **Emotional setting :** Bu durum daha çok **ideomotor apraxia** için önem taşımaktadır. Hasta kendisinden istenen şey eğer emosyonları ve fantezilerine uygun düşerse daha başarılı olur. Bunun tersi ise yapmak istemez ve kendi iradesi ile bu isteksizliği kıramaz.

3 — **Modalitiy of command :** Burada denek sözlü direktiflere göre bir resim çizemediği halde verilen bir örneği rahatlıkla taklid edebilir.

4 — **Vücudun hareketlilik durumunun belirtilmesi :** Burada deneğe, koşan, sıçrıyan veya herhangi bir sporu yapan kimsenin görünümünü çizmesi istenirse bu sporları tanıdığı halde bile yapamadığı görülür.

Motor hünerlerin doğrulukla uygulanması için birincisi, «cognitive map» tanıma şeması ve onun maksadının bilinmesi ve «stimulus - response» bağlantısının daha önceden sıklıkla ulaşılmış olan gayeye göre kurulmuş olması gerekmektedir. Bu gün için bu tür bozuklukların etyolojisinde söylenecek tek doğru söz lezyonların değişik lokalizasyonuna bağlı olduğu düşüncesidir.

Bu lokalizasyonların paryetal bölgeyi tuttuğu kanaati yaygındır. **Lelpmann** bu apraksi kusurlarının sol supramargiral girusun derininde oluştuğunu ve sol hemisferin arka parçası ile motor bölge arasındaki konneksiyonların bozulmasının bu klinik tabloyu ağırlaştırdığını ileri sürer. **Warrington** hadisenin her iki hemisfer yarısında da olduğuna inanır ve lezyonun bulunduğu hemisfere göre: a) Bozukluğun şiddet ve oluş nisbetinin, b) Kusurun kalitesinin, c) Birden fazla bozukluğun birbiri ile ilgisinin değiştiğini bildirir.

Konstrüksiyonel apraksinin sağ yarıda soldakinden iki defa sıksıkla görüldüğü, ancak bu patolojinin oluşunda **reaksiyon zamanının yavaşlamasının,** topografik lezyonuna bağlı apraksilerde hastaların bütün teferruatı resme işlemelerine rağmen bunları orijinalinden farklı yerlere yerleştirdikleri, resmi bir bütün halinde çizmek yerine fragmente ettikleri - parçalarına ayırdıkları, bunun yanısıra sol hemisfer lezyonlu hastaların çizmede beceriksiz oldukları düzensiz ve dağınık çizgiler verdikleri, teferruatı tamamen atladıkları görülür.

İDRAK BOZUKLUKLARI

Disorders of perception: Gerçek bir uyaran olmaksızın kişide beş duyuya ait idraklerin uyanması ve kişinin buna inanması haline **idrak aldanması** adı verilir. Bu idrak aldanmaları, psikozlarda, intoksikasyonlarda, infeksiyon hastalıklarında, metabolik komalarda; merkez sinir sistemini uyaran ilâçların ve maddelerin alınmasında olabildiği gibi yalnızlık, açlık, şiddetli korku, ağır şokan durumlar - sevilen bir kişinin kaybı, bir organın kaybı, itibarın kaybı, yabancı bir ülkede yaşama, ağır ruhî komplekslerin bulunması hallerinde de rastlanabilir. Bunun dışında özellikle temporal epilepsi nöbetlerinde de sahne halusinasyonları adı verilen türden idrak kusurlarının görüldüğü bilinmektedir.

İdrak kusurları yukarıda tarif edildiği gibi ya objenin olmadığı durumda bir sensoryel intibaın alınması veya mevcut objenin hatalı veya değişik idrak edilmesi şeklinde de olabilir.

Illusion : Duyu organlarımız çevreden aldıkları enerjiyi duyar hücreleri vasıtası ile alır, bir elektrik enerjisine modüle eder ve götürücü yollar kanalı ile beyinde alıcı nörona ulaştırır. Bu uyarı alıcı organın cinsine göre, işitme, görme, tad gibi sensoryel bir imajın sinir sisteminde oluşmasına sebep olur. Daha önce edinilmiş tecrübelere göre de bu uyarı değerlendirilir ve tanımı yapılır. Kişinin emosyonel durum ve değişiklikleri bu tanımlamayı belirli ölçülerde kalitatif veya kantitatif olarak değiştirebilir ve bu takdirde idrak aldanmaları meydana gelir. Sensoryel idrak değişmelerine sebep olan bu emosyonel faktörler: şiddetli affektif dalgalanmalar, kuvvetli ve ateşli arzular, içgüdüler ve dürtülerdir. Bu elemanlar bastırılmış ve itilmiş oldukları şuuraltı derinliklerden satha çıkmak için büyük bir zorlama

ve enerji gösterirler. Kişinin moral mukavemetini kırmak için de değişik şekiller alırlar ve gerçek görünüm ve isteklerini değiştirirler. Böylece kişi tarafından tanınmaz hale gelirler ve **misinterpretasyon** hatalı tefsir dediğimiz duyum ve affekt sapmalarına yolaçarlar.

İlluzyonların tıpkı halusinasyonlar gibi psikolojik görevleri vardır. Ancak burada gerçek ile olan ilgi tamamen kaybolmamıştır. İlluzyonların çıkış kaynağının kişinin ihtiyaçları ve heyecan boşalımları olduğu bilinmektedir. Kişinin korkuları veya beklentileri illuzyonal tefsir hatalarına çevrilir. Bu beklentiler ve korkular bizim idraklerimizi kendi istikâmetlerinde değiştirir ve bozarlar ve sembolik doyumlar sağlarlar. Merkez sinir sisteminin toksik, infeksiyöz, travmatik ve metabolik bozukluklarında dış ve iç intibaların netliğini ve tanınabilirliğini kaybetmesi sonucu illuzyonların oluşu kolaylaşır. Ancak bu durumlarda bu illüzyonların ortaya çıkışında ruhî etkenin önemi azdır ve hadise organik tabiatlıdır.

İlluzyonların sıklıkla rastlandığı hastalıklardan biri delirium tremens'dir. Alkol zemininde bir beslenme bozukluğu olarak bilinen bu hastalıkta hasta daha çok yılan, böcek, akrep gibi hareketli illuzyonlar görür, onları vücudundan atmıya veya yerden toplamıya çalışır. Bunun yanısıra odadaki herhangi bir eşya da yanlış idrak edilerek korkulu şekiller halinde idrak edilir. Bu hastalıkta ayni zamanda hastanın mesleğine ait davranışsal illuzyonlara da rastlanır. Hasta sanki mesleğini icra ediyormuş gibi hareketler yapar ve âletleri kullanırmış gibi davranır.

Hallucination : Hiçbir uyarı ve objenin olmaması halinde meydana gelen idraklere halusinasyon adı verilir. Halusinasyonlar spontan, kendiliğinden ve istemsiz olarak oluşan duyusal idraklerdir. Kişinin dışından geldiği izlenimini vermesine rağmen bir dış kaynakları yoktur. Hasta çoğu kere bunun bir aldanım olduğunu bilmemesine rağmen bazen bunun bir gerçek dışı duyum olduğunu anlar, insight. İrade ve şuurluğun normal işlediği hallerde bir halusinasyondan bahsedilemez. Rüyalar şuurun tamamen yok olduğu bir fizyolojik durumda meydana geldiği ve sadece uyku safhasına inhisar ettiği için bir halusinasyon olarak kabul edilmemektedir. Daydream adı verilen imajinasyon ve hayal kurma hallerinde de objesiz idrakler bahis konusu olmasına rağmen, kişinin kontrolunda olması, zamanının ve

süresinin kişinin isteğine göre tayin edilebilmesi sebebiyle halusinasyon olarak kabulü mümkün olamaz. Buna rağmen gerek uykunun ve gerek hayal kurmanın bir çeşit halusinasyon olduğu, ancak burada irade ve şuurlulukta mutlaklık derecesinde bir değişikliğin olmadığı sanılmaktadır, **Ziyalar.**

Hallucination sözcüğünü ilk defa **Esquirol,**1772 - 1840, kullanmış olup tamamen bu günkü anlamında alınmıştır. Hernekadar bir dış uyaran mevcut değil ise de bu hatalı idrakin kişinin iç ruhsal durumundan kaynaklandığı bilinmektedir. Araştırıcılar halusinasyonda bir dış uyaran olmamasına rağmen **bir dış impression - intibaın** mevcut olmasını mecburi kabul etmektedirler. Halusinasyonun muhtevası onun dinamiğinde yansır. Şuur altındaki veya gayri şuurdaki muhteva sensoryel imajlar halinde kişinin psikolojik yapı ve ihtiyaçlarına uygun bir şekilde şuur sathına çıkar. Sıkıntı bu olayda çok önemli bir rol oynar ve derindeki muhtevayı yerinden oynatır. Bu şekilde:

1 — Doyurulmamış arzular,
2 — Kendi kendini kritik etme duyumunun artması,
3 — Suçluluk hissi,
4 — Kişinin kendi aleyhine yapmakta olduğu tenkitler,
5 — Kendini cezalandırma arzusu,
6 — Bastırılmış ve reddedilmiş arzuların doyurulma arzusu,
7 — Arzu edilen gerçeklere daha fazla yaklaşma isteği,

olarak yukarıda sınıflandırılmış duyumlar sembolik ve süperegonun kabul edeceği tarz ve biçimde şuur sathına çıkarılır ve idrak edilirler. Normal ruhî durumlarda bu tür objesiz idrakler reddedilir ve bu hatalı duyumların davranışsal cevapları verilmez. Ancak akıl hastalıklarında bu hatalı idrakler kişi tarafından benimsenir ve halusinasyonların sevkettiği istikâmette hareket edilir. Hasta oditif yoldan aldığı bir emre itaat eder ve uygular. Kendisini camdan atması istenen hasta bunu yapar. Bu hale **halusinasyonların davranışla harmonize** edilmesi denir.

Egonun böylesine bir halusinasyonu değerlendirerek gerçekle ilişkisini tesbit etmesi halinde kişi aldığı emirlere mukavemet edebilir. «Anticipatory» denilen durumda hasta kişi kendisini heyecanlandıran veya korkmasına sebep olan şeyi görmeyi o derece arzu

eder ki, bunun sonunda görülmesi arzu edilen şey bir idrak aldanması şeklinde belirir. Ancak bu görünüm, değiştirilmiş, illuzyona uğratılmış ve gerçek hüviyetinden saptırılmış ve artık hasta tarafından da tanınmaz hale gelmiş bir şekilde olur.

Halusinasyonlar bazen netlik ve açıklık durumlarını değiştirirler ve hasta bunun bir duyum veya sadece bir düşünce olduğunda karar veremez. Psikolojik materyel genellikle muhtevası ile uygun düşen bir duyu organına projekte edilir ve bu şekilde bir suçluluk duyumu bir işitme halusinasyonu şeklinde duyulur. Korku duyumu genellikle bir görme aldanmasına sebep olur ve kişi korkulu objeler görür. Koku halusinasyonlarının, kendini pis ve kirletilmiş hisseden kişilerde duyulduğu ve bu kokuların temizlik maddelerini temsil ettiği ileri sürülür.

Halusinasyonların çoğunlukla hastalığın akut devrelerinde ortaya çıktığı görülür. Şuuru daha açık hastalarda görülmesi halinde prognozun kötü olduğu, bunun yanısıra şuur bulutlanması gösteren hastalarda ortaya çıkması halinde ise durumun pek de fena olmadığı kanaatine varılır. Halusinasyonların delusyonlarla beraber olması halinde artık şuur altı muhtevasının satha çıkabilmesi için halusinasyondan daha konkret bir yolun seçilmekte olduğunu ve hastalığın daha ileri bir safhaya girmiş olduğunu gösterir.

Halusinasyonun görülmesi mutlaka bir akıl hastalığının olduğunu göstermez. **Hypnagogic hallucinations** normal sağlıklı kişilerde de görülebilir ve uyku ile uyanıklık arasında ortaya çıkar. Mescaline, D-Lysergic acid-diethylamide-25 gibi maddelerin alınması halinde de görülür. Esrar ve alkol zehirlenmelerinde ve abstinansında da ortaya çıkabilir.

Halusinasyonların ortaya çıkışında merkez sinir sisteminin çevreden gelen uyarılarının birden kesilmesi, uykuya geçiş gibi, veya birden bir uyarı bombardımanına uğraması, uyanış gibi, sebeplerin rolü olduğuna inanılmaktadır. Bu tür halusinasyonlara daha çok histeriklerde rastlandığı bilinmekte ve bu duruma **hypnopompic hallucination** adı verilmektedir. Özellikle uykuya geçişte zorluk çeken ve uzun süre uyku bozukluğu çeken kimselerde halusinasyonların daha sıklıkla ortaya çıkması ve yarı uyku durumunda daha çok seneztezik türden halusinasyonların meydana gelmesi bu görüşü destekler mahiyettedir. Bunun yanısıra aşırı fizik yorgunluk ve starvation -

açlık hallerinde de normal kişilerde halusinasyonun sıklıkla görülmesi bu halin bir elektrolit dengesizliği sonucu oluştuğu kanaatini vermektedir. Uzun süre yalnızlığa terkedilmiş kimselerde, hücre mahkümlarında, açık denizde mahsur kalmış denizcilerde, fener bekçilerinde, kutuplarda yaşıyanlarda görme ve işitme halusinasyonlarının ortaya çıktığı bilinmektedir.

Daha önce hiç bir psikotik belirti göstermemiş kişilerin ameliyatlarından sonra çeşitli halusinasyonlar geliştirmiş oldukları görülmekte bunda anestezik maddenin mi, elektrolit denge bozulmasının mı yoksa fonksiyonel reaktif bir psikozun mu mesul tutulması gerektiği kestirilememektedir.

Görme halusinasyonları : Akut infeksiyöz hastalıklarda ve intoksikasyon hallerinde sıklıkla görülürler. Beraberinde şuur bulutlanması çoğunluktadır. Akut, reversibil organik beyin sendromlarının ayrılmaz belirtilerindendir. Bu tür bir halusinasyon hastayı bir işitme halusinasyonundan daha fazla tedirgin eder ve korkutur. Kişinin gerçekle olan ilişkisini daha çok bozar. Delirium tremens, görme halusinasyonlarının çok bol görüldüğü bir hastalıktır.

İşitme halusinasyonları : İşitme aldanmaları anlamsız gürültüler ve sesler halinde-bunlara elemanter halusinasyonlar adı verilir-daha çok hastalığın ilk başlama devresinde görülür ve kısmen anlaşılabilir cümleler halinde oluşur. Hasta bu seslerle konuşur veya münakaşa eder. Bu seslerin ya kendi vücudunun her hangi bir parçasından veya dışardan geldiğine inanır. Bu sesler hastanın hoşlandığı türden olabildiği gibi kendisini tehdit eden, korkutan, aşağılıyan sesler şeklinde de olabilir. Bazen bu sesler sürekli ve yapılması istenen emirler ihtiva eder ve hasta çoğu kere bunlara uyar. Çoğu kere hastanın mırıldanma ve homurdanma şeklinde ağzı içinde duyduklarına cevap verdiği görülür.

Koku halusinasyonları : Bu çeşit halusinasyonlar şizofrenide ve temporal lob lezyonlarında görülürler. Nahoş kokular ve pislik kokusu, yanık kokusu tarzında duyulurlar. Şiddetli suçluluk duygusunu yansıtırlar.

Tad aldanmaları : Yalnız başına duyulmaları oldukça nadirdir, daha çok koku halusinasyonu ile beraber bulunur. Şizofren hastalar ve paranoidler yedikleri yemeklerin tadının değişmiş olduğunu, acılık ve burukluk hissettiklerini iafde ederler.

Temas halusinasyonları : Bu tip idrak aldanmaları, delirium tremens ve Cocaine alışkanlığı sırasında görülür. Hastalar derileri altında böceklerin gezindiğini ifade ederler ve bu haşeratı çıkarmak için derilerini yırtarcasına kaşırlar. Bunun yanısıra temas halusinasyonları şizofrenide seksüel temas aldanmaları şeklinde görülür. Hastalar anüslerinde acı, kaşıntı ve sert bir cismin girdiği şeklinde temas idraki aldanmaları tarif ederler. Bundan başka ellendiği, dokunulduğu, cinsel organları ile oynandığı şeklinde halusinasyonlar da tarif ederler.

Kinesthetic halusinasyonlar : Negatif veya pozitif halusinasyon şeklinde olur. Hastalar vücut organlarının, cinsel organlarının, yüz ve vücut parçalarının şekil değiştirdiğini, kendisinin olmadığını, değiştirilmiş olduğunu, bazı vücut kısımlarının eksik olduğunu iddia ederler. Mevcut bir uzvun olmadığının iddiasına negatif ve mevcut olmıyan bir uzvun varolduğunun iddiasına phantom, hatalı idrak edilmesine ise positif halusinasyon denilir. Uzun süre bir eli ile masturbasyon yapmış bir şizofren hasta bu suçlu gördüğü eli reddeder ve «bu benim elim değil» şeklinde zihnî bir halusinasyon geliştirir. Latent şizofren bir hasta bir oedipal kompleksin etkisi altında kendi gerçek cinselliğinden ürker ve «bu yüz benim değil» şeklinde bir inkârcılıkla halusinasyon yapar.

AKIL HASTALIKLARINDA HALUSİNASYONLARIN OLUŞU

Şizofreni : Bu hastalıkta sıklıkla işitme ve daha sonra görme şeklinde halusinasyonlara rastlanır. Ya bulanık ve iyi tarif edilmiyen sesler ve görüntüler şeklinde veya çok açık ve net idrakler şeklinde olur. Hastalar bu halusinasyonları ile diyalog kurarlar ve söyleşirler. Duydukları sesler çoğu kere kısa emirler taşırlar ve hastaların bu emirlere uymasını isterler. Pekçok şizofren hasta Allahın, şeytanın sesini duyduğunu nakleder veya bizzat kendi sesini içinde işitir. Bu sesler çoğu kere kötüleyici ve hastayı rahatsız edici türden olup nadiren hoşlandığı konularda olabilir. Bazı hastalarda «multiform» adı verilen şekilde ve birden fazla duyum aldanması gösteren halusinas-

yonlar olabilir. Eğer bu işitme halusinasyonları hasta için anlamsız kelimelerden oluşmuş ise ayni şekilde hastanın cevapları da konuşulan dilde mevcut olmıyan kelimelerden oluşur ve çok sayıda «neologism» ihtiva eden «glossolali»ler meydana gelir. Glosşolali lisan uydurma anlamındadır.

Manik - depresif hastalık : Hezeyanlı mani denilen hastalık dışında bu hastalıkta halusinasyonlar mutad değildir. Depresyon hallerinde daha çok bir illuzyonu hatırlatan idrak aldanmaları olabilir. Hastayı lanetleyen ve ona kendisini öldürmesini emreden sesler duyulur, geceleri gelen aldanmalar şeklindedir.

Histeri : Kompleks sahneler halinde çoğunlukla vizüel halusinasyonlar olur. Yaşanmış olayların ya bütün veya belirgin bir sahnesi hastanın heyecan tonüsünün artmış olduğu bir devrede tekrar idrak edilir.

Epilepsi : Epilepsinin «aura» safhasında büyük nöbetten kısa bir süre önce çeşitli duyumlara ait halusinasyon idrak edilir. Oksipital lobtaki deşarjlar bir ışık halusinasyonu şeklinde veya bir parlama, bir renk, bir alev veya şekilsiz renk saçılmaları şeklinde meydana gelir. Temporal lob lezyonlarına bağlı olarak ortaya çıkan koku idraki aldanmaları, bunlar «uncinate fits» olarak bilinirler, Uncal region deşarjlarına bağlı olarak ortaya çıkarlar ve nahoş kokular olarak duyulurlar. Bazen de ağızda fena tad olarak hissedilirler. Birinci temporal girus lezyonlarında ise zil çalması, vızıltı gibi sesler duyulur.

Canlı olduğu izlenimi veren işitme ve görme halusinasyonlarının görülmesi epilepside oldukça nadir olup bunlar kompleks sahneler oluştururlar. Birden fazla duyumu etkileyenleri de vardır. Bu tür halusinasyonların üç buutlu oluşu ve dinamik karakteri dikkati çeker. Hasta sanki gerçek ve canlı bir sahnenin içinde yaşıyor gibidir. Bazen hastalar bu halusinasyonlarını içinde yaşadıkları gerçek çevrenin tamamen farkında ve bilincinde oldukları bir devrede de idrak ederler ki bu durum **Huglings Jackson** tarafından «Mental diplopia» olarak isimlendirilmiştir.

Organik beyin dokusu hastalıkları : Kafa içi urları, kafa travması, senil demans, ateşli hastalıklar. metabolik hastalıklar, elekrolit bozuklukları, su kaybı, toksik psikotik hastalıklar, alkolik zehirlenme,

delirium tremens, esrar. uyarıcı aminler, LSD, mescaline, morfin ve eroin gibi maddelerle olan zehirlenmelerde de halusinasyonlar sıklıkla görülürler. Ayrıca bu maddelerin kesilmesi halinde de «abstinance syndrome» halusinasyon görülür.

Klinik tanınması : Hastanın halusine olup olmadığı çoğu kere kolaylıkla anlaşılabilir. Bazı hastalar kolaylıkla halusinasyonlarını anlatırlar. Bir kısmı ise halusinasyonlarını inat ve ısrarla saklarlar. Hastanın gözlerini sık sık oynatması, hekimden kaçırması, siyah gözlük takması, kulağına pamuk ve benzeri birşey tıkaması, yere bakmakta ısrar etmesi, dudaklarını oynatması, mırıldanması, bir şey dinler gibi görünmesi, duvarlarla, odanın köşeleri ile ilgilenmesi, başı ile red veya hayır anlamında hareketler yapması, sık sık yer değiştirmesi, kararsız hareketler yapması, ikide bir odanın kapısını açıp kapaması, renk değiştirmesi, korku, şaşkınlık ve öfke göstermesi halusine olduğunun bariz işareti olarak kabul edilebilir.

Bir halusinasyonun varlığından şüphelenen ve bunu tesbit eden hekim daha fazla bilgi edinebilmek için şu hususları da öğrenmek zorundadır. Bunlar:

1 — Halusinasyonun hangi duygu organını tuttuğu,

2 — Şiddeti, sıklığı, netlik ve açıklığı, realiteye ne nisbette yaklaştığı,

3 — Belirli bir kaynağının olup olmadığı,

4 — Gece veya gündüz meydana geldiği, uyanıklık veya uykuda olup olmadığı,

5 — Hastanın iradesi ile başlatılıp sonlandırılabilir olup olmadığı,

6 — Muhtevasının ne olduğu ve affektle ilgisi olup olmadığı,

7 — Muhtevanın vasfı, rahatsız edici olup olmadığı, kişi tarafından tanınıp tanınmadığı,

8 — Hastanın bu halusinasyona karşı tavır ve davranışının ne olduğu,

9 — Halusinasyonun gerçekle ilgisinin ne olduğunun bilinip bilinmediği ve vermek istediği bir mesajın olup olmadığı.

NÖROLOJİK KAYNAKLI İDRAK BOZUKLUKLARI

Görme idraki bozuklukları : Görme organlarının kısa anatomi ve fizyolojisi bize ilk uyarının retinadaki duyar hücrelerden başladığını, optik sinir yolu ile area striata'ya ulaştığını, bu bölgenin bir röle istasyon gibi çalıştığını, gerçek görme idrakinin bu bölgenin yakınındaki entegrasyon merkezlerinde meydana geldiğini göstermektedir. Sensoryel inputun - girişin kısmen bozulduğu hallerde, kör noktaların oluşumu veya optik sinirdeki defektler sonucu görme alanlarındaki daralmalar organik kaynaklı idrak bozuklukları olmasına ve sıklıkla görülmelerine rağmen, bunlar kantitatif bozukluklardır. Objelerin gerçek vasıflarının tanınması, şekil ve renklerin ayrılması ve bir bütün olarak idrak edilmelerinin bozulması oldukça nadir görünür hallerdendir.

Vizual object agnosia : Bu hastalıkta hasta gördüğü şeyleri tanıyamaz. Meselâ uzun zamandanberi giydiği elbisenin ne işe yaradığını kavrıyamaz, ama bu elbise eline verildiği zaman tanır ve giyer. Her gün gördüğü evindeki insanlar onun için yabancıdır, eşyaları görür fakat ne olduklarını bilemez. İlk defa insanda bu hastalık 1914 yılında **Goldstein** ve **Gelb** tarafından tarif edilmiştir. Işitme, elleme, koklama gibi benzeri duyumların yardımı ile hasta gördüğü şeyi tanıyabilir. Bu hastaların incelenmesinde organik bir lezyon tesbit edilmemiş olup olayın genel bir idrak bozukluğu olduğu sonucunu düşündürmüştür.

Geschwind, 1965, vizuel object agnosia ile aphasic bir hastanın ayrılmasında aşağıdaki kriterlerin uygulanmasını tavsiye etmektedir.

1 — Agnozi sınırlı bir hal olmasına rağmen afazi genel bir bozukluktur, hasta afazide herşeyi yanlış isimlendirir ve tanımlar. Agnozide ise çoğu kere sadece renklerin isimlendirilmesi bozulmuştur.

2 — Agnozik kusurlar karakter bakımından afazik kusurlardan ayrılır. Agnozik bir hasta için bir kalem bir bıçak olarak tanımlanır iken afazik bunun bir kalem olduğunu ve fakat kurşun mu mürekkep kalemimi olduğunu karıştırır. Afazik kendisine bir kitap gösterildiği zaman «bu bir kitap mı yoksa bir kaşık mı» sorusuna «kitap» şeklinde doğru cevap verir, ancak agnozik için neyin doğru olduğunu kestirmek imkânsızdır.

3 — Afazik, yardım edilirse doğruyu bulur, agnozik bulamaz,

4 — Agnozik, kusurunun farkında olur ve şekillerin ona farklı göründüğünden şikâyet eder. Persepsiyonundaki distorsiyonun çoğunlukla farkındadır.

5 — Agnozik, eşyanın ne işe yaradığını tarif edemez, fakat doğru olarak onu kullanabilir.

Prosopagnosia : Vizuel tanımanın bir bozukluğu olup hastalar daha önce tanıdıkları yüzleri tanıyamazlar. Bu durumun izolasyon sonucu meydana geldiğini ileri süren araştırıcılar vardır. **Bodamen, Warrington** ve **James,** 1967, bir seri hastada yaptıkları denemelerde fotoğraftan tanımanın bozulduğunu tesbit etmişlerdir. Bunların unilateral serebral lezyonlu hastalar olduğu tesbit edilmiş ve sağ taraf lezyonlarının sol taraf lezyonlarından daha ağır belirtiler verdiği görülmüştür. **De Renzi, Faglioni** ve **Spinnler** adlı araştırıcılar bu durumu teyit etmiş ve sağ taraf lezyonlarında genel bir vizuel agnozinin geliştiğini bildirmişlerdir, 1968.

Colour agnosia : Bu çeşit bir agnozi ya renklerin isimlendirilmesinde veya ismi verilen rengin doğru seçilmesindeki yanlışlık şeklinde görülür. **Gloning'e** göre bu hal çoğunlukla renk körlüğü ile beraber görülür. **Critschley,** 1965, renk agnozisinde şekillerin kenar çizgilerinin renginin cismin renginden farklı göründüğünü ileri sürer ve kenar çizgilerindeki renklerin oynadığını bildirir. Araştırıcı resim tarihinde mavi rengin en son görünen renk olduğunu ve lisanın gelişmesi ile bir paralelizm gösterdiğini iddia eder ve önce diğer renklerin isimleri oluştu, sonra mavi renk tanındı ve ismi kondu, bu sebeple öncelikle mavi renk karıştırılıyor demektedir.

Simultanagnosia : Birden fazla objenin bir arada ve ayni zamanda görülüp tanınamaması hali olarak bilinmektedir. **Wolport,** 1924, **Weigl,** 1964, sokağa çıktığı zaman yolunu bulmakta zorluk çeken hastalardan bahsetmişlerdir. Böyle bir hastanın önüne iki kalem konulsa hasta bunlardan sadece birini görür, diğerini göremez. Hasta ayni zamanda iki kişinin karşısında dursa sadece bunlardan

birini görebilir, diğerini göremez. Bir süre sonra dikkati ikinci kişiye çekilse bu defa ilk gördüğünü göremez. Okuması için bir yazı verildiğinde şahıs harfleri teker teker tanır fakat birden fazlasını, ayni zamanda göremediğinden okuyamaz. Veya bir cümlenin sağ tarafındaki kelimeleri okur soldakileri göremez. Hastaya bir resim verilip tarif etmesi istense resmin sadece bir tek figürünü tanımlar diğerlerini göremez.

Vizual inattention : Bu durumda şahıs ayni görme alanı içinde olmıyan birden fazla objeyi ayni zamanda göremez. Ancak ikincisine dikkati çekilirse görebilir. Simultanagnosia'dan ayrılması güçtür. Hastanın genellikle sol vizuel alanı inkâr ettiği ve görmek istemediği ifade edilir. Bu durum vücudun sol tarafındaki diğer organları inkâr etmesi ve küçümsemesi ile ayni kabul edilir. Bu hastalar bir resme bakarak çizmeleri istendiğinde sıklıkla resmin sol tarafını yapmayı ihmal ederler. Bu bulgular vizuo - perceptual hastalıkların genellikle sağ paryetal bölgede lokalize olduğunu düşündürür niteliktedir.

Metamorphosia : Bu bozuklukta objeler gerçek vasıflarıyle tanınabildikleri halde şekil distorsiyonuna uğratılırlar. Olduklarından daha büyük «macropsia», daha küçük «micropsia» ve titrek - şahıs yürürken ayağının altındaki kaldırımın oynadığını sanır - hissedilirler Şekiller burulmuş, kıvrılmış veya kesikli ve kopuk kopuk görülürler. Bu şekilde şekillerin distorsiyone olması nörotik hastalarda da sıklıkla görülür.

Çevre, içinde yaşadığı ev, kullandığı eşyalar hasta için yabancıdır. «Tavan, duvarlar, döşeme yerinden oynuyor gibi geliyor» sıklıkla işitilen şikâyet cümleleridir.

Critchley, kocasını olduğundan iri ve çok uzakta gören bir hastasından bahseder. Bütün bunlara rağmen hasta objeleri ve ne işe yaradıklarını bilir, doğru bir şekilde kullanır.

Vizual perseveration : Nadiren vizuel idrakin gerçeğinden çok daha uzun bir süre devam ettiği görülür. Kocasının odadan çıkıp gitmesinden bir süre sonra bile hasta kocasının odada bulunduğunu görür. Bu durum «paliopsia» olarak bilinir. Bunun yanısıra gerçekte bir defa tekrarlanmış olan bir hareketin hasta tarafından

müteaddid defalar tekrar tekrar görüldüğü olur, **Critchley,** 1953 Bu durum **Warrington** ve **Kinsbourne** tarafından da araştırılmış ve doğrulanmıştır, 1963. Bu olay psikiyatrik hastalarda hemen birbirinin ayni görüntülerin ardısıra tekrarlandığı iddiası ile çok yakından ilgili gibi görünmektedir. **Ziyalar.**

Denial of Blindness : Anton sendromu olarak da bilinen bir bozukluktur. Vizuel bir perseverasyondur. Hasta etrafındaki herşeyi son derecede netlik ve açıklıkla görebildiğini iddia eder. Kendisine verilmiş boş bir kâğıdı sanki içinde birçok şey yazılı imiş gibi okur. Bu durum delirium tremensli hastalarda da aynen görülür. **Gloning** ve arkadaşları serebral lezyonlu ve konfüzyonu olan hastaların bir kısmında bu durumu tesbit etmişlerdir. Araştırıcılar hastalığı daha çok psikolojik sebeplere bağlamış, öforik ve konfabule eden - masal uydurmaya meraklı - hastalarda bu durumun meydana geldiğini bildirmişlerdir.

Warrington, 1962, bu belirtinin daha çok sol görme alanı defekti olan hastalarda görüldüğünü bildirmiştir.

Vizuo - spatial disorientation : Bu bozukluk şekillerin ve eşyanın tanınmasında bir kusur olmadan mekandaki yerlerinin tesbit ve tanınmasındaki bir bozukluktur. Ilk defa **McFie** 1950, tarafından tarif edilmiş olup hasta kendisine gösterilen birden fazla eşyanın hangisinin kendisine daha yakın, hangisinin daha uzak, hangisinin yukarıda veya aşağıda olduğunu bilemez.

Bu hastalar eksik bırakılmış resimleri tamamlamada, çizgileri ve bir bütünün parçalarını birleştirmede büyük zorluk çekerler.

NÖROLOJİK KAYNAKLI PERSEPSİYON KUSURLARININ PSİKOANALİZİ

Bütün bu bozuklukların temel bir takım sebeplere bağlanması şeklinde bir eğilim mevcuttur. Hemen bütün belirtiler ve ortak bazı faktörlerin bulunduğu dikkati çekmiştir. Bunlar:

1 — Kusurlar sol vizuel alanda sağdakinden daha şiddetli ve yaygındır.

2 — Uyarının veya problemin güçlüğü ölçüsünde karmaşıklık ve kusurlar artmaktadır.

3 — Vizuel persepsiyon kusurları genellikle sensoryel - motor kusurlarla beraber görülmektedir.

4 — İnformasyonun yavaşlaması veya artması ile yakından ilgilidir.

5 — Vizuel imajinasyonun kaybı ile ilgili değildir.

Gestalt'çı görüşe sahip çıkan psikologlara göre bu olayların izahı, organizmanın bütününü ilgilendiren bir uyanıklılık ve haberlilik halinin bozulmasıyle mümkündür. Burada bu fonksiyonu tamamlıyan belirli parçaların bozukluğunun sayısal önemi fazla değildir. Aralarındaki integrasyonun bozulması daha fazla önem taşımaktadır.

Duyu organlarından gelen elemanter idraklerin bir bütün halinde «awareness» idrak edilmesi için aşağıdaki şartların gerçekleşmesi gerekmektedir.

1 — Kişinin geçmişinde tecrübe ile kazanılmış sensoryel bir stimulasyon, öncelikle mevcut olmalıdır.

2 — Bu kazanılmış kalıpların bağlantılı olduğu «verbal kalıplar» bulunmalıdır.

3 — Kişi bu iki muhtevayı sentez edebilecek bir olgunlukta olmalıdır.

4 — Bunları gelecekte karşılaştığı durumlarda uygulaması için gerekli «behavior Sets» davranış kalıplarına sahip olmalı ve gelecek için hazırlanmış bir programı bulunmalıdır.

5 — Süperegosunda bazı kısıtlamalar ve «taboos» tabu kavramlar olmalı ve kişinin heyecan düzeyi başkası için manası anlaşılmıyan ancak kendisi için anlamlı kelimeleri ihtiva eden «perceptual defence» bir tür müdafaa idrakine sahip bulunmalıdır.

6 — Vizuel kusur oyununun sergileneceği bir ortam mevcut olmalıdır.

7 — Organizmada kusurlu işliyen bir vizuel alan meydana gelmelidir.

Bir idrak tam gelişmiş şekli ile şuur sathında belirdiği zaman onu meydana getiren stimulusun birçok özelliği de belirgin hale gelir. Bu olay Psikolojide «Vor Gestalt» olarak isimlendirilir. Vor Gestalt içinde nihaî idrakin parametrelerinin birçoğu bulunur ve kişi bunlardan bir kısmını seçer ve kabullenir, bir kısmını ise yeniden şuur altına iter. Böylesine bir red ve kabul işleminden sonra nihaî idrak kişi tarafından bu son şekli ile algılanmış olur.

Vizuel agnozide idrakin bu Vor Gestalt safhasında sansür edildiği ileri sürülür. Hasta stimulustan kısmen haberli olur, ancak proses red ve kabul safhalarına ulaşamaz. **Perenin** and **Jeannerod,** 1975: **Warrington,** 1962; **Ettlinger,** 1960: **Underwood,** 1977.

Bu sayılanların dışında vizuel agnoziyi izah etmek için ortaya atılmış bazı görüşler daha bulunmaktadır. Bunlar:

1 — **Faulty vizual scanning :** Bu kusurda hastanın gözlerini henüz bir objeyi yeteri kadar fikse etmeden bir başka objeye çevirmesi sebep gösterilir. **Abercrombie,** 1960. serebral felç geçirmiş çocuklardaki kaçak göz hareketlerinin bu çocuklarda «visuo - constructional» fonksiyonları aksattığını ileri sürmüştür. **Marcel** ve **Rajan,** 1975, sağ görme alanına yakın işitilen kelimelerin daha iyi anlaşıldığını ortaya koymuşlardır. Hatalı vizuel taramada denek çoğu kere sağ tarafındaki eşyaları daha iyi görür ve tesbit edebilir. Genellikle normal insanların hepsi ilk defa girdikleri bir odanın önce sola bakan taraflarını ve sonra sağa bakan taraflarını gözleri ile tararlar ve sağdakileri daha doğrulukla tesbit ederler.

2 — **Yetersiz integrasyon : Gloning,** 1966 - 1967, tarafından tarif edilmiş olan bu kusurda gözle taranılan taraflar arasında bir entegrasyon eşitsizliği ve yetersizliği olduğu ileri sürülür. Bu tarama defekti sonucu hasta gördüğü şeylerin hepsini birden tesbit edemez.

3 — **Slowed Up Processing :** Simultanagnosia'nın sebebi olarak bilinir. **Kinsbourne, Warrington** ve **Birch,** 1967, tarafından tarif edilmiştir. Daha çok yaşlılıkta ortaya çıkan bir femomen olup kişinin basit objeleri kolay seçebilmesi yanısıra kalabalık objeleri seçmedeki güçlüğüdür. Yaşlanma ile beraber stimulusun ayırd edilmesi için harcanan zamanın uzaması sebep olarak gösterilir.

4 — **Faulty integration :** Şahsın belirli bir duyu organından çok sayıda uyarıyı ayni zamanda alması halinde bir integrasyon zorluğu ile karşılaştığı kabul edilir. Modaliteleri farklı impulsların integrasyonu ayni modalitede çok sayıda impulsun integrasyonundan çok daha zordur. Birim zamanda asimile edilen uyarı sayısı ile bu uyarıların asimilasyon sürati arttıkça kişide hatalı integrasyon ihtimali de o nisbette artar.

Nöropatoloji : Vizuel agnozinin paryeto - oksipital loblarda mevcut lezyonlara bağlı olduğu bu gün için genellikle kabul edilmektedir. Motor hünerlerin ve konuşmanın lokalize olduğu hemisferin ayni zamanda vizuel idrakle de görevli olduğu düşünülmektedir. Ancak son araştırmalar bunun her zaman böyle olmadığını ve vizuel hemisferin genellikle karşı tarafta olduğunu doğrulamıştır. Lisan kusurlarının vizuel agnozi ile beraberliğinin seyrek oluşu bu görüşü desteklemektedir. **Critchley,** 1953.

Gloning ve arkadaşlarının çalışmaları, 1968, vizuel idrak bozukluklarının gerek sağ ve gerek sol elini kullananlarda hemen daima sağ paryetal lobta olduğu görüşünü belirlemiştir. Konuşma kusurunun sıklıkla görüldüğü sol taraf lezyonlarında ise idrak kusurlarına çok seyrek olarak rastlanmaktadır.

BEDEN IDRÂKI BOZUKLUKLARI

Bu bahiste elemanter bir idrak bozukluğundan çok daha değişik bir kavram olan bedenin bütünlüğünün idrak edilmesindeki bozukluklardan bahsedilecektir. Bunlar:

1 — **Unilateral neglect :** Görünüşte önemli bir hastalığı var gibi görünmiyen bir hastanın bazen vücudunun bir yarısını inkâr ettiği ve yok saydığı; genellikle sol taraf reddedilir, görülür. Şahıs ayni zamanda bu yok saydığı tarafını kullanmak da istemez. Kollarını kaldırması istenirse bir kolunu kaldırır veya saçının sadece bir tarafını tarar. Ayakkabılarını giymesi istenirse genellikle sadece sağ pabucunu giyer. Burada dikkat edilmesi gerekli iki noktadan biri hasta serbest bırakılırsa bu reddettiği organını, kol veya bacağını normal olarak kullanması, ikincisi ise sağlam olan kolun hasta sanılan kola veya bacağa yardım için vücudun karşı tarafına uzatılmasıdır. Bu hal hemiparezili hastalarda da çok belirgin olup sağlam kol daima vücudun hasta tarafındadır, Hasta kişi bu inkâr edilmiş organa karşı ileri derecede bir lakaydi ve aldırmazlık içindedir,

2 — **Anosognosia :** Neglect'in daha aşırı bir şekli olup hasta sadece mahzurlu organını ihmal etmekle kalmaz, ayni zamanda onun gerçek olan varlığını da inkâr eder. Hasta olan kolunu kaldırması istense bile o gene sağlam kolunu kaldırır. Bu reddedilmiş organ bazı hallerde tamamen yabancılaştırılır ve bir başka insanın organı gibi idrak edilir Bazı hastalar bu reddedilmiş organlara birer sahip ve isim de bulurlar. «Bu benim kolum değil, bu Alinin kolu» gibi. Bazı hastalar ise yataklarında sağlam kolları ile tuttukları bu arızalı kolların kimin kolu olduğunu sorarlar.

3 — **Beden değişimi illuzyonları :** Hastalar vücutlarının çeşitli kısımlarının değiştiğini, çoğunlukla büyüdüğünü iddia ederler ve çoğunlukla bu hatalı idrakleri bir sar'a hamlesi takip eder. Bu aldanımların senestezik auralar olması muhtemeldir.

4 — **Asteriognosis :** Bir başka duyu organının yardımı olmaksızın objelerin elle yoklama ile idrak edilmesindeki güçlüktür. Burada korpus kallozum lezyonlarında görülen ve her iki hemisferi tutan ve objelerin isimlendirilmesi kusurundan bu durumu ayırmak lâzımdır. Hasta kendisine ismi verilen bir eşyayı birçok eşya arasından bir eli ile yoklıyarak bakar ve tanır. Ayni şeyi diğer eli ile de yapması istenirse yapamaz. Tanıdığı elle resmini çizebilir, tanımadığı elle resmini de çizemez.

5 — **Finger agnosia :** Hastanın parmaklarından şüphelendiği ve çekindiği bir bozukluktur. İlk defa 1924 yılında **Gerstmann** tarafından tarif edilmiş olup beraberinde sağ sol ayırım bozukluğu, agrafi, akalkuli ve renk agnozisi de bulunur. Teşhiste:

a — Hastadan belirli bir parmağını göstermesi istenir.

b — Belirli bir parmağı ile daha komplike bir emri yerine getirmesi söylenir.

Hastalar genellikle iki taraflı olarak bu kusurları gösterirler ise de bir tarafın daha beceriksiz olduğu dikkati çeker. Parmaklarını

işaret etmesindeki zorluk, isimlendirilmelerindeki zorluktan daha fazladır.

6 — **Phantom limbs :** Bu bozukluk herhangi bir sebeple organlarını kaybeden süjelerde belirli süreler içinde görülebilir. Daha seyrek olmakla beraber ayni hal hemiplejili hastalarda da ortaya çıkar. Bu ikinci şeklinde felçli kolun bir süre sonra sağlam tarafın hareketlerini taklid etmiye başlaması ve hareketini kazanması ile fantom limb - hayal organ imajının da hasta tarafından terk edildiği görülür.

Ampüte organların bir protezle tamamlanması, böyle bir hayal - organ imajını idrak etmiş ve daha sonra gerçeği algılamış olan kişiyi bu defa olmaması gereken yerde bir organ benzerini görmüş olmak daha da şaşırtır ve konfüzyona düşürür. Enteresan olan nokta bu fantom organlarda meydana gelen şiddetli fantom ağrılarının bazı hastalarda bu organlara takılan protezlerde hissedilmesidir. Parapsikolojide bu hale «duyuların ekstansiyonu» adı verilir.

Critchley, 1953, paralitik ekstremitelerde hissedilen fantomların sağlam kol tarafından tutulması ve temas edilmesi halinde bu hayal duyumun kaybolduğunu ileri sürer.

6 — **Asymbolia for pain :** İlk defa **Schilder,** 1928, tarafından tarif edilmiş olan bu idrak kusurunda hasta kaba ve keskin temas duyumlarını hissettiği halde hiç bir şekilde ağrı duyumundan haberli olmaz. **Brown,** 1962, hastanın ağrı duyumundan haberli olduğunu ancak süje tarafından bunun biolojik olarak önemsenmediğini ileri sürer.

BEDEN İMAJININ PSİKOLOJİK MEKANİZMASI

Pekçok insanın beden imajlarından haberli olmadığı bilinmektedir. Bu durumun açığı çıkması ancak bundan haberli olmayı gerektiren bir durumun meydana gelmesi sırasında olur. Beden imajının doğru işleyip işlemediği: 1) Sensoryel kortikal alanların incelenmesi, 2) Ampütasyonları müteakip fantom organların olup olmadığının araştırılması suretiyle anlaşılabilir.

Sensoryel kortikal alanlar vücudun çeşitli kısımlarından gelen

sensoryel inputun - uyarının alındığı yerlerdir. **Brodal,** 1969, bu şekilde çalıştığı bilinen üç sensoryel alan ayırmıştır:

1 — Post - central gyrus. Birinci sensoryel alan olarak da bilinir. Granüler hücrelerden zengindir. Bedenin çeşitli yerlerinden gelen «fibrous tract»ın sonlandığı bölgedir. **Penfield** ve **Boldery,** 1937 yılında bu alanın temsil ettikleri organlara göre temsili bir resmini çizmişler ve «homonculus» adını vermişlerdir.

2 — İkinci somato - sensory alan, birinci sensoryel motor alanın alt ucuna rastlıyan bölge olarak bilinir.

3 — Her iki hemisferin orta iç yüzleridir.

Brodal'a göre bu alanların hiçbiri gerçek manası ile sensoryal olarak kabul edilemezler, çünkü herbirinin uyarılması ile motor cevaplar alınabilir.

Fantom organların incelenmesi : Beden imajına ait bilgilerin toplanması ampütasyon sonucu aniden kaybedilen organların incelenmesi ile mümkün olmuştur. İlk defa **Mitchell,** 1871 yılında konuya dikkati çekmiş ve tesbitini yapmıştır. **Simmell,** 1963, ameliyattan çıkan hastaların uyandıkları anda kol, bacak veya parmak gibi organların kesilmiş olduğunu şiddetle reddettiklerini görmüştür. Çok gerçek ve canlı olarak hissedilen bu hayal organ bir süre geçince netliğini kaybeder. Hasta bu hayal organını giderek küçülmüş görmiye başlar. Önce ekstremitenin proksimali görüş sahasından silinir, daha sonra aşağı kısımlar kaybolmaya yüz tutar. Fantom parmakların uzun süre görüntülerinde direndikleri ve bedene yapışmış gibi hissedildikleri anlatılır. İlgi çekici bir nokta doğuştan kusurlu bir kol veya bacağın kaybedildikten sonra ortaya çıkan fantomunun normal bir fantom olmayıp gerçeğine uygun kusurlu bir fantom olmasıdır, **Weinsten, Sersen, Wetter,** 1964.

Fantomların ortaya çıkışında önemli faktörlerin:

a — Ampütasyonun yaşı,

b — Kaybedilen organın niteliği, olduğu bilinmektedir.

Simmell, 1962, yaptığı çalışmalarda organlarını çocuk yaşta kaybedenlerde fantomların ortaya çıkma şansının az ve kaybettiği or-

ganı uzun süre kullanmış olanlarda ise fazla olduğunu göstermiştir. Organlarını 4 yaşın altında iken kaybetmiş olanlarda fantom çıktığı görülmemiştir. Doğuştan organ eksikliği olan kimselerde de fantom aldanması görülmez. Cinsel organlarını kaybedenlerde fantom olayı cinsel gücün azalması nisbetinde seyrekleşir. **Weinsten,** 1968.

Memelerini kaybeden kadınların genç ve entelektüel olanlarında fantomun daha sıklıkla görüldüğü tesbit edilmiştir. **Simmell,** 1963.

Fantom organ aldanmasına sebep olan en önemli faktör, kaybedilen organın beden imajı ile geçmişte ne ölçüde entegre olduğu ve kişinin günlük yaşamına ne nisbette girmiş olmasıdır.

Bir organa ait fantomun gelmesi için o organın organizmada iyi bir izlenim bırakmış olması - bir pasif homoseksüel veya bir empotan için cinsel uzvun kaybedilmesi bir fantoma sebep olmaz çünkü o zaten aslında da yoktan farksız idi ve üstelik haz değil kişiye elem vermekteydi, **Ziyalar.** - bunun yanı sıra çok âni ve zamansız kaybedilmiş olması gerekmektedir. Nitekim parmaklarını yavaş yavaş kaybeden bir cüzamlıda bir fantom aldanması gelişmez.

BEDEN İMAJI BOZUKLUĞUNU AÇIKLIYAN TEORİLER

1 — **Dinamik teori : Schilder,** 1950, fantom fenomeni organizmanın bir kaybı reddedişidir. Ekstremiteler insan düşüncesinin ve zihninin birer uzantısıdır. Mekanda böyle bir uzantısını kaybetmiş olmayı insan hazmedemez. Aslında eksilen şey fizik olmayıp zihinseldir. Bu teori gerek «finger agnosia» ve gerek «anosognosia»da sağ hemisfer lezyonlarının sıklıkla görülmesi ile ters düşmektedir.

2 — **Yan sebepler teorisi : Weinstein, Cole, Mitchell,** 1964, gibi araştırıcılar beden imajı bozukluğunda verbalization, linguistic bozukluk gibi sebeplerin etkin bir rolü olduğunu ileri sürmüşlerdir. Araştırıcılar Gerstmann sendromunu incelemiş ve finger agnozi, akalküli ve sağ sol dizorientasyonu gibi birbiri ile ilgisiz görünen belirtilerin nasıl olup da bir sendromda toplanabileceğini düşünmüşler ve ilk defa saymayı öğrenen insan parmakla saymıya başlar, bu sebeple parmak tanıma ve akalküli bir arada entegre olmuş-

tur sonucuna varmışlar ve bu yoldan yan sebepler teorisini desteklemek istemişlerdir.

3 — **Organik hipotez :** Bu teoriye göre beden imajı bozuklukları tamamen fizyolojik tabiatta olup münferit anatomik alanları tutan lezyonlar sonucu meydana gelirler.

DÜŞÜNCE

Goldstein, mücerret düşünce ve davranışı birbirinden ayırmamış ve birbiri içinde mütalea etmiştir. Araştırıcıya göre abstre davranış çocuktan yetişkine, ilkelden medeniye, cahilden tahsilliye göre aşikâr bir gelişme göstermektedir. Her ne kadar lisanı iyi kullanan ve iyi kültür almış olan şizofrenlerde ve afaziklerde nisbî korunma mümkün olursa da normallerle yapılan kontrollarda mücerret düşüncede aşikâr bir noksanlık göze çarpmaktadır. **Goldstein** mücerret düşünüş ve davranış için esas kabul ettiği hususları şu şekilde sıralamıştır:

1) İradeli olarak zihnî bir meseleyi çözmeye teşebbüs etmek, inisiyativi ele almak, gerektiğinde meselenin çözümü için uygulamaya geçebilmek;

2) Düşünüşü bir görüş açısından diğerine kaydırabilmek ve düşünüş istikâmetini seçebilmek;

3) Bir meselenin çeşitli durumlarını sıralı bir şekilde zihinde muhafaza etmek, birden fazla birbiri ile ilgili olmayan uyarıya karşı aynı zamanda her birine uygun bir cevap verebilmek;

4) Verilen bir meselenin bütününe vakıf olabilmek, kavrayabilmek, ünitelerine ayırabilmek, o mesele ile beraber olan fakat ilgili bulunmayan diğer halleri ayırabilmek, o meseleye ait olan ayrılmış parçaları uygun bir sıra ile, bütünü teşkil edecek şekilde düzenliyebilmek;

5) Sembolik olarak düşünebilmek, fikir yürütebilmek, fikir yaratabilmek, plânlayabilmek, mümkün olan şekli bulup gerektiği şekilde hareket edebilmek;

6) Egosantriden kurtulabilmek, çevre ile objektif münasebetler kurabilmek.

Ancak, dikkati çeken nokta soyut düşünce bozukluğu gösteren hastaların günlük hayatları içinde davranışları bakımından normallerle çok fazla bir fark göstermemeleridir. Çünkü hepimizin günlük hareketleri büyük bir nisbette otomatize olmuştur. Fikir yürütmeyi ve çoğu kere abstre düşünüşü pek fazla gerektirmez. Adeta refleks bir vasıf kazanmıştır. Hasta günlük mutad yaşayışı dışında çözmek zorunda kaldığı bir mesele ile karşılaştığı zaman bocalar, şaşkınlık ve beceriksizlik gösterir. Bu safhada hastada müşahede ettiğimiz hareketler somut, pasif kompulsiv karakterde, stereotipik ve rijid olur. Meselâ, mücerret davranış ve düşüncesi bozulmuş böyle bir hastaya sayı sayması söylenirse kendisi sayı saymaya başlayamaz. Ancak biz herhangi bir sayıdan başlarsak oradan devam edebilir. Sayma sırasında durdurur ve tekrar sayması istenirse kaldığı yerden devam edemez, ilk başladığı sayıdan devam etmek ister. Yine böyle bir hastaya belli bir sayıda durması söylenirse yapamaz ve şaşırıncaya kadar saymaya devam eder. Ilk önce ayları, sonra da haftanın günlerini sayması istenirse hasta bir seriyi bitirip diğerine geçemez. Bir konuda konuşulurken birden yine onun bilebileceği başka bir konuya geçilirse ikincisini takip edemez ve ilkine ait teferruatta ısrar eder. Teker teker verildiğinde başarabileceği iki ayrı mesele ayni zamanda verilirse başaramaz. Meselâ, bir taraftan önüne konulan bir şekli çizmesi istenirken ayni zamanda sayı sayması söylenirse ikisini de beceremez. Birbirinden ayrı uzaklıkta olan deliklere topları muvaffakiyetle sokabildiği halde (müşahhas seviye) hangi deliğin daha uzak olduğunu söyleyemez. Evvelce tanımış olduğu bir bina içinde serbestçe dolaşıp arzu ettiği odalara girip çıkabilir ve binaya orientation'unu kaybetmez, fakat görmeden tarif etmesi istendiğinde bu binanın yapılışı hakkında en küçük bir bilgi veremez. En önemli unsur hastalarda istikbale ait hiçbir tasavvurun bulunmamasıdır. Kendisine bir adres verilip bir yere gönderilmek istenirse muvaffak olması mümkün değildir. Bu hastalara tarifle bir şeyi anlatmak ve öğretmek kabil olamaz. Ancak görmek suretiyle yeni eşyaları öğrenebilirler, fakat evvelce kullandıkları halde ayni maksada hizmet eden değişik şekilde bir eşyayı seçemez ve ne işe yaradığını söyleyemezler.

MEFHUM TEŞKILI (CONCEPT FORMATION) VE DÜŞÜNCE ARASINDAKI MÜNÂSEBETLER

«Meleke Psikolojisi» (Atomistik Psikoloji), Alman Psikoloji Ekolünün Dankpsychologie anlayışı ile dikkatleri insan davranışının bütününe ve düşüncenin kuruluşuna çekmesinden sonra şiddetli bir sarsıntı geçirdi. Temellerini bütüncü görüş açısına dayandıran Gestalt Psikolojisi ise bu atomistik psikolojiyi büsbütün itibardan düşürmüş oldu. Bütüncü görüşlerle beraber «düşünce formasyonunun» tetkiki de ön plâna geçti. Akıl hastalıklarının belirtileri de bu görüş açısından yeniden ele alındı. Artık tasnifler klinik deskripsiyonlara dayandırılmaktan ziyade, düşünce bozukluklarının tetkiki ve sınıflandırılmasına göre yapılmak isteniyordu. Düşüncenin ilk defa metodik bir şekilde araştırılması gayretlerine 1900 senesinde rastlamaktayız. **Rapaport.** Bu tarihlerde düşüncenin; 1) Çabalar, 2) Affeksiyonlar, 3) Arzular ve 4) Şahsî alâkaların birbirleriyle olan ilişkisi sonucu ortaya çıktığına inanılıyordu. Ancak, dikkati çeken nokta düşüncenin bütün bu alt yapılardan müstakil olarak geliştiği iddiası idi. **Rapaport** «bir zihnî fonksiyon şuura çıktığı zaman kolaylıkla seçilebilir ve belirli bir vasıfta ise, bir düşüncenin varlığından söz edilebilir» diyordu. Araştırıcı, bu «açık ve seçik olma» özelliğini «identifiabilite» olarak isimlendirmişti. Identifiabilite, yani belirli olma hali için üç şartın mevcudiyetinin gerektiği ileri sürülmüştür;

1) Şuura çıkmış olan fikir kendi çıkışını hazırlayan ve halen şuur altında olan fikirlerle ilişkili olmalıdır (yani bir background bulunmalıdır). **Rapaport,** bu tip bir bağlantıyı teşkil eden saklı fikirlere «hatıra» (memoire) adını vermiştir.

2) Şuura çıkmış olan fikir diğer fikirlerle benzer veya benzemez oluşuna göre kolaylıkla ayrılabilmeli ve bu fikirleri birbirine bağlayan irtibatlar çok belirli olmalıdır.

İşte, «identifiabilite», yani «düşüncenin belirli olması» halinin ikinci şartı olan «bağlantıların çok açık ve kesin olması» haline biz «mefhum teşkili» (concept formation) adını veriyoruz. Buna göre, mefhum teşkili, düşünceler arasındaki association faaliyetinin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır.

3) Identifiabilite'nin üçüncü şartı, düşünce belirlenmesinin zorlaşması ve kolaylaşması halidir. Bir fikre ait geçmiş referanslar ve o fikre ait hafıza engramları kolaylıkla şuura çıkabilecek cinsten iseler, yani fonksiyona iştirâk için herhangi bir zorlanmayı veya emotif yüklenmeyi icab ettirmiyorlarsa, bir akıcılıkları varsa, bu takdirde bir kolaylaştırıcı özellikten bahsedilir. Aksi halde, yani şuura çıkmış bir düşüncenin «background»ını teşkil eden engramlar ve fikirler şuur altında deşifre edilmemiş ve semboller halinde saklanmış iseler, bu takdirde şuura çıkmak için aktif bir orientation'u icabettirirler. Dikkat ve konsantrasyon işlemleri bunların şuura çıkmasına yardım eder. İşte bu halde «zorlaştırıcı bir durum»dan söz edilir.

Netice olarak, biz bir düşünceyi fenomenolojik olarak incelemek istersek bu düşünceye ait hafıza muhtevasını, mefhum teşkilini, dikkati ve konsantrasyonu araştırmak zorunda kalırız. Biraz evvel mefhum teşkili için söylenen «düşünceler arasındaki açık ve belirli bağlantılar»dır cümlesinden de anlaşılacağı şekilde, bir mefhumu ve onun bozuk işlemesini ölçmekle bir insanın düşünce muhtevası incelenebilir. Bu fonksiyonun adeta «düşünceler arası bir yol şebekesi» olduğu ve bu şebekenin tetkiki ile çok eski ve bugün için kullanılmayan düşünce bağlantılarının bile ortaya çıkarılabileceği anlaşılır. Bu görüş açısından mesele ele alınırsa **Jung**'un «kollektif alt şuur» anlayışı ile «mefhum teşkili» anlayışı arasındaki yakın benzerlik açıkça görülür, **Polvan - Songar.**

DÜŞÜNCE BOZUKLUKLARI

Düşünce; kazanılmış bilgiler, edinilmiş tecrübeler, tasavvur etme, hayal kurma, ihtimal hesaplama ve benzeri proseslerle karşılaşılmış olan yeni durumların bir muhasebeden geçirilmesi ve bir karar çıkarılması halidir.

Düşünce, bu çıkarılmış olan kararların doğruluk, uygulanabilirlik ve isabet derecelerini tayin ederek yeni alternatifler arama işlemidir.

Düşünce bozuklukları şu üç bölümde incelenebilir:

1 — Düşüncenin üretimindeki bozukluklar.

2 — Düşüncenin işleyiş ve geliştirilmesindeki bozukluklar.

3 — Düşüncenin muhtevasındaki bozukluklar.

1 — **Düşüncenin üretimindeki bozukluklar :** Düşünceye bir çeşit davranış gözü ile bakabiliriz. Her düşüncede bir uyaran ve bir de sonuç vardır. Sonuç kişinin heyecan ve psikolojik amacına uygun olmalıdır. Sağlıklı bir kişide düşünce; iç heyecanlar, affektif uyarılar, şuuraltı birikimler ve çevre şartlarından kaynaklanır. Bu uyarıların sonuçları akla yakınlık ve mantığa uygunluk bakımından bir süzgeçten geçirilir, sosyal değer normlarının uygunluğu araştırılır ve bunun sonunda sonuç kabul veya reddedilir. Bütün bu işlemler şuurun açık ve serbest olduğu bir şartta gerçekleştirilir. Akıl hastalıklarında düşüncenin «egocentric», «autistic», «dereistic» denilen bir şekilde bozulduğu görülür. Bu tür düşünce gerçeğe uygun olmıyarak işler ve «illogic» denilen türden mantık dışı sonuçlar verir. Adı geçen bu deyimler ilk defa **Bleuler** tarafından kullanılmıştır.

2 — **Düşüncenin progresyonundaki bozukluklar :** Düşüncenin ifadesini bulduğu kelime dizilerinin ve cümlelerin bir bütün olarak birbirini tamamlaması haline «düşünce akışı», «stream of thought» adı verilir. Akıl hastalıklarında bu düşünce akışı bozulur, kelimeler ve cümleler sırasız ve anlamsız bir şekilde dizilirler. Bozuk, kopuk, dağınık cümleler meydana getirirler:

a — Fikir kaçışı: Bir takım akıl hastalıklarında çağrışımların çok aşırı bir artışı sonunda fikir akışında bir süratlenme görülür, her fikir ilgili olsun olmasın bir başka fikri çağrıştırır ve sonuç olarak hiç bir anlam çıkarılamaz. Psikiyatride bu durum bir fikir kaçışı olarak tanımlanır. Fikir kaçışının sebebi iç dürtülerin şuur sathına çıkmak için çok acele etmeleridir. Bu süratli çağrışımlar az veya çok konu benzerliklerinden etkilenerek tedai edilir veya sadece kelimelerin ses tonlarındaki veya fonetiğindeki benzerliklerinden çağrışım yapılır. Bu ikinci şekil «Clangassociation» ses çağrışımı olarak adlandırılır. Şizofreni için çok belirgin bir semptomdur. Fikir kaçışları ise mani'nin ayrılmaz bir belirtisidir. Bu hastalıkta bazen bu tedailer devamlı ve bitmez tükenmez bir konuşmaya dönüşür ki «logorrhea» kelime ishali adını alır.

b — Retardation : Gerileme, fikir kaçışının aksine düşünce akışının yavaşlamasıdır. Hasta düşüncesinin yavaşladığını ifade eder.

Bu yavaşlama bazen durma derecesine varır ki bu hale «blockage» blokaj adı verilir. Yavaşlama depresyon hallerinde, şizofreninin katatonisinde, kafa travmalarında, yaşlanma ve bunamalarda sık görülen bir semptomdur.

c — Perseveration : Afazilerde, şizofrenide ve senil demansta görülen bir belirtidir. Bir düşüncenin belirtilmesindeki ısrarlı tekrarlar şeklinde görülür. Hastalar zaman ve mekân uyumu gözetmeksizin impulsif vasıfta ve bıktırıcı tekrarlar halinde genellikle hezeyan vasfındaki düşüncelerini tekrarlarlar. Obsesif - kompulsif nörozlu hastalarda da bu düşünce tekrarları fobi ve obsesyonlarına bağlı olarak aralıksız tekrarlanır. Şuur altından satha püskürtülen bir musallat fikir nörozlu kişide genellikle bir obsesyona dönüşür, şizofrenik bir hastada ise persevere hareketler halinde görünür ve hastanın bu kadar sıklıkla ortaya koyduğu bu düşünceye karşı garip bir şekilde ilgisiz ve donuk olduğu dikkati çeker.

Persevere fikirler nörozlu hastalarda nisbeten kolay tanınabilir ve informatif bir gayesi olan düşünce spotları halinde görünürken şizofrenik hastalardaki düşünce perseverasyonları ayni zamanda form değişikliğine de uğradıklarından çok absürd - saçma ve anlamsız fikirler şeklinde belirirler.

d — Dolaylı, tafsilatlı düşünce : Düşünceyi oluşturan istek ve içgüdülerle bu tür bir düşüncenin oluşuna karşı çıkan süperego arasındaki mücadele sonucunda düşünce basit, gerçek ve duyulduğu doğrulukta ortaya konamaz. Ardı arkası kesilmez teferruatla gizlenir ve yan yollardan ifade edilmek istenir. Bunun yanısıra kişinin düşüncenin amacını kestirememesi ve neyin önemli olup neyin olmadığını kavrayamaması zekâ geriliği, yaşlanma ve bunama halleri, epileptik konfüzyon, abstraktif yetersizlik ve motor anlatım zorluklarına da bağlı olarak görülebilir. Obsesif kompulsif nörozlu hastalarda bu teferruatçılık o kadar ileri bir hal alır ki, hastalar düşüncelerini günler önce sayfalar halinde yazmak zorunda kalırlar.

e — Incoherence : Kopukluk, tutarsızlık, fikirlerin birbirine zaman, mekân, oluş ve hikâye bakımından benzemeksizin birbiri içinde üretilmesi halidir. Bu üretilmiş fikirler birbiri ile hiç ilgisi olmıyan cümleler halinde sıralandığı gibi, çoğu kere ayni cümle içindeki kelimelerin de bir gerçek cümle teşkil etmekten uzak oldukları

görülür. Bu şekilde gramatikten mahrum, gelişi güzel kelime dizileri meydana gelir.

Affektif yükü çok fazla olan şuuraltı materyel hiç bir düzene uymaksızın şuur sathına akıtılır. Bir kompleks kargaşası husule gelir. Genellikle şizofrenlerde ve konfüzyonlu hastalarda görülen bu durumun daha hafif şekillerine «Scattering» saçılma adı verilir ve fikirlerin gelişigüzel şuura saçıldığı anlamını taşır.

f — Blocking : Düşüncenin akışındaki bir bozukluktur. «Thought deprivation, thought obstruction» olarak da isimlendirilir. Düşüncenin gerek gelişmesinde ve gerek ortaya konuşundaki bir bozukluktur. Şiddetli öfke, korku ve affektin artması hallerinde şuura itilmiş fikirlerin tanınması ve ifade edilmesi yavaşlar veya tamamen durur. Fikirlerin serbestçe şuura akışı sırasında hastayı rahatsız eden ana fikir veya «dominant complex» kendi çıkışı ile beraber bağlantılı olduğu diğer fikirlerin de akışını bir süre için durdurur. Şizofrenik mutizmde, nörotik mutizmde bu durum sıklıkla görülür. Hastanın dikkati değişik bir konuya çekildiğinde bu blokaj açılır. Kendi meseleleri ile ilgili olmıyan konularda rahatça fikir üreten bir şizofren hasta kendisini ilgilendiren bir konuya geçildiğinde bloke olur.

3 — **Düşüncenin muhtevasındaki kusurlar :** Fikirler birbirini çağrıştırarak ürerler. Bu sebeple de lojik olmaktan çok affektif bir yükle yönlendirilirler. Böylece bir düşünce çoğunlukla psişik bir eğilimi ve önemli duygusal bir içeriği taşır. Bunun sonucu olarak da bir düşüncenin önemi kişinin iç dünyasındaki ihtiyacının önemi ile orantılıdır. Böylesine aşırı önemsenmiş ve çözüm bekliyen bir arzu ile çevresine bakan kişi obje ve olayların işine gelenlerini görür ve değerlendirir, karşı çıkanlarını ise reddeder. Kişinin davranışlarını körlemesine etkiliyen bu tür fikirlere «trends» veya «overdetermined» fikirler adı verilir:

a — Delusions, hezeyanlar : Her şahıs kendi iç dünyasında bir huzur ve sükün oluşturmak için bir takım düşünceler ve inanışlar geliştirir. Topluma mal olmuş masallar, hikâyeler, bilgelik ve kahramanlık destanları, üstün kişilere ait övgüler kişinin bu uyumu için gerekli iç ruhsal malzemeyi temin ederler. Bazen hastalık hallerinde kişinin huzuru için kurmak zorunda olduğu iç dünyasındaki ihtiyaçlar öylesine bastırıcı olur ki, kişi artık bunların gerçeğe uygun olup olmadığına bakmaz. Kabulü mümkün olmıyan fanteziler üretir. Gerçek ne olursa olsun bunun kişinin ihtiyacına uydurulması söz konusu olur. Böylece başlangıçta hatalı inanışlar, «fals beliefs» ve tefsir hataları başlar.

Hezeyan :

Böyle bir hatalı inanışın normal bir insan için mümkün ve muhtemel olmıyan bir görünüm alması, akla ve mantığa uymaması, toplum çoğunluğunca duyulmamış, yaşanmamış ve idrak edilmemiş olması şeklinde tarif edilebilir.

Bu tarif hezeyanın var veya yok oluşunu belirlemez. Normal bir insan için yok olan ve idrak edilmiyen bir şey hatalı bir zihin tarafından pekâlâ var sayılabilir ve idrak edilebilir. Hasta için patolojik bir gerçektir ve çoğu kere yüksek bir ifade gücüne sahiptir. Çok yüklü bir emotif ve afektif muhtevaya sahip olan bu hezeyanların basit bir şekilde reddedilmesi ve hastanın buna ikna edilmesi başarılı olmaz. Hasta hezeyanların yönettiği doğrultuda hareket eder ve dış dünyayı algılar. Özellikle hastanın çok sayıda önyargı «prejudices» ile yüklü olması onu patolojik bir düşünce kalıbı içine sokar. Bu hale düşüncenin ısrarcılığı «persistance» adı verilir.

Hezeyanların prepsikotik kişilik problemlerinden ve ihtiyaçlarından oluştuğu bilinmektedir. Bu kaynaklar, bastırılmış dürtüler, sürtüşmeli beklentiler, inferiorite fikirleri, biolojik uyuşmazlıklar ve kusurlar, suçluluk duyguları, reddedilmiş arzulardır.

Delusyonlar, «problem - solving» meseleleri çözücü bir fonksiyon yaparlar. Ancak bu çözüm şekli açık ve anlaşılır olmaktan çoğu kere çok uzaktır. Tefsirleri de spekülatif olmaktan kurtulamaz. İyi bir uyum sağlamasına rağmen muhtevasının aşırı sembolik olması tanınmasını zorlaştırır ve amacı kolayca anlaşılamaz. Hezeyana sebep olan konunun çok iyi işlenmesi, sebep sonuç bağlantısı için uygun bağlantıların bulunması ve fikirler arası iştiraklerin iyi kurulması halinde hezeyanların «systematisation»undan bahsedilir.

Hezeyanlar oluşturuldukları zihnî mekanizmalar, hizmet ettikleri ihtiyaçlar, varmak istedikleri psikososyal amaçlarına göre belirli sınıflara ayrılırlar. Bunlar:

— **Delusions of grandeur :** Büyüklük hezeyanları, bu fikirler,

uygunsuzluk, yetersizlik, inferiorite fikirleri ve emniyetsizlik duygusundan kaynaklanırlar. Heyecan ve affeksiyon gibi duyumların aşırı artmış olması kişide bu büyütülmüş ve saptırılmış fikirlerin şuur sathında teşhis edilmesine engel olur ve hasta hezeyanının haberliliğinde olamaz. Büyüklük fikirleri genellikle duyulan şiddetli emniyetsizlik ve güvensizliği işaret ederler. Hasta kendisinde var olduğunu ileri sürdüğü büyüklük - Allahlık ve peygamberlik iddiaları gibi - ölçüsünde gerçeklik fikrinden uzaklaşır ve kendisini psikolojik ve sosyal tehditlerden kurtardığına inanır. Suçluluk duygusunu yaptığı konversiyonla bir mükemmellik duygusuna çevirir.

Büyüklük fikir ve hezeyanları sadece kişisel ihtiyaçlardan ve duyumlardan kaynaklanmaz. Geleneksel kültür ve değer yargıları da bu tür hezeyanların oluşunda önemli bir yer tutar. Kuvvetli, üstün, becerikli insana karşı asırlar boyu övgü ve özenti göstermiş ve kahramanlığı, insan üstü gücü aramış toplumların insanında bu tür büyüklük hezeyanlarının çok kolaylıkla oluştuğu bilinmektedir. Kişi böylece kaybettiği itibarını ve yerini kolaylıkla geliştirdiği bir hezeyanla imajinatif olarak yeniden kazanabilir ve toplum içindeki dokunulmazlığını ve erişilmezliğini kazanabilir. Bu şekilde kumandanlık, devlet reisliği, başvekillik gibi büyüklük yakıştırmaları ile yetinemiyen hastalar daha sonra abstre ve insan üstü yüceliklere ulaştıklarını iddia ederler. İlkel dinlerde fertlerin hayatlarında güçlü olduğuna inandıkları ölülerinin eşya ve kıyafetlerine sahip olma arzuları ve hatta onların vücutlarından bir parçayı yeme istekleri veya onların mezarları yakınında yaşamayı istemeleri hep bu tür yücelik özlemlerinin oluşturduğu davranış tipleridir, **Ziyalar.**

Büyüklük fikirleri normal insanda da gurur, kibirlilik, büyük burunluluk, asalet iddiası şeklinde görülebildiği gibi sınıflar teşkil edecek şekilde kitle ayırımlarına da sebep olabilir, **Ziyalar.**

Büyüklük hezeyanları, şizofrenide, manide, paralizi jeneralde, bazı tür zekâ geriliklerinde, demanslarda ve geçici olarak uyarıcı ve uyuşturucu maddelerle ve alkol ile olan zehirlenme hallerinde görülürler.

Bir kısım hastalar büyüklük ve yüceliklerini doğruladığını ileri sürdükleri işaretler ve semboller taşırlar. Bir kısmı ise gerçekliklerine sadece kendilerinin inandığı vesikalar ve eşyalarla iddialarını isbat etmiye çalışırlar.

— **Self - accusation :** Kendi kendini itham etme hezeyanı, bu tür hezeyanların şuur altında bastırılmış olan arzu ve eğilimlerin zamanla serbestleşmesi ve süperegonun tenkid ediciliğinin artması sonucu geliştiği ileri sürülür. Şuurlu olarak bastırılmış olan bu eğilimler represyonun azalması sonucu şuur sathında bir suçluluk duyumu şeklinde belirirler. Bu safhada yapılan bir rasyonalizasyon bu suçluluk duyumunu bir «remorse» pişmanlık ve «self - accusation» kendi kendini itham duyumuna çevirir. Hastanın bununla yetinmediği hallerde ise suçluluk duygusu kendi kendini cezalandırma «self - punishment»ya dönüşür. Hastalar vücutlarının bütününü, davranışlarını veya belirli bir organı suçlar ve cezalandırırlar. Buna «auto - mutilation» ve «suicid» örneklerini gösterebiliriz.

Kendini suçlu bulma ve itham etme hali depresyonların ve obsesif - kompulsif nörozlu hastaların temel belirtilerindendir. Bunun dışında aşırı konservatif aile ve kültürlerde de kişilerin kolaylıkla suçluluk, günahkârlık ve kendini itham fikirlerine saplandıkları ve hezeyan mertebesinde olmasa bile kendilerini, bunlardan arıtmak için aşırı, dinî rituellere düşkünlük, aşırı ibadet etme, aile fertlerini şiddetli ve sınırsız yasaklarla zorlama gibi davranış bozuklukları gösterdikleri görülür. Depresyonun aksine şizofrenide ve paranoid sendromlarda bu suçluluk ve kendini itham fikirlerine çok nadiren rastlanır. Bu hastalar bu fikirlerini çabucak ikinci ve üçüncü şahıslara projekte ederek kendilerini arıtırlar.

— **Delusions of persecution :** İtisafi fikirler, suçlama fikirleri psikozların ana belirtilerinden olup daha çok kronikleşmeye yüz tutan hastalarda görülürler. Değersizlik fikirleri ve kişiliğin eksik kalmış yönlerinin sebepleri yakın ve uzak çevrede aranır. Kişiliğin, kişinin kendisi ile doyum sağlıyamamış olması, kişilik yapısında uyumsuz elemanların bulunması, karşı kişilere bir düşmanlık duyumunun uyanmasına sebep olur. İtisafi fikirlerin oluşması «projection» çevirme mekanizması ile kolaylaştırılır. Bu takdirde gerçeklik duyumu etkilenir ve bozulur. Hasta ve hezeyanlı kişinin duyduğu düşman ve saldırgan fikirler ikinci ve üçüncü şahıslara yüklenir. Hastanın kendi vasıfsızlık ve yetersizliğini kabul edememesi sonucu husumet, itimatsızlık, şüphe, değerlendirme hataları, küskünlük ve itham fikirleri hemen daima şiddetli bir saldırganlıkla beraber olarak karşı taraftaki şahıs ve objelere yöneltilir. Bu çevirme ve karşı tarafı suçlama

sonucunda hasta önemli ölçüde mesuliyet duygusundan ve sorumluluktan kurtulur ve bunun verdiği sıkıntı azalır.

Hastada artık kendisini kritik etmekten vazgeçmesi «self - esteem» ve aşırı bir emniyet hissi «self - assurance» hali ortaya çıkar. Bu kişilerin analizinde çocuksu, şüpheci, kendine küskün bir yapıda oldukları ve çevre tarafından çok tenkit edilmiş kimseler olmaları dikkati çeker. Arkadaşsız, yalnız büyümüş, düşünceli ve kendileri tenkit ve şakaya tahammül edemedikleri halde başkaları için bunu çok yapan kimselerin kolaylıkla persekusyon fikirleri geliştirdikleri görülür. Hastalar böyle yapmakla kendi iç kritiklerini bastırır ve egolarını güçlendirirler. Kendini arıtma ve başkalarını suçlama fikirlerinin insanlık tarihi kadar eski olduğu bilinmektedir. Bu suçlamadan insanlar kadar, eşyalar, hayvanlar, tabiat olayları da kendilerini kurtaramamıştır. Şeytan fikri, tabu olan şeyler, uğursuz sanılan olay ve eşyalar, uğursuz yerler, benzeri düşünceler kişinin kendisini arıtmak için yüzyıllar boyu bulduğu çözüm şekilleridir.

Persekusyon fikirleri paranoid psikozlar ve şizofreninin ayrılmaz bir belirtisidir. Bu fikirler psikozun bütün süreci içinde görülebildiği gibi zaman zaman görülen ve kaybolan bir karakterde de olabilirler. Bu fikirler çoğunlukla halusinasyonlar ve referans fikirleri ile beraber olur veya bir konfüzyon ve şuur bulutlanması sırasında belirebilirler. Hastanın emosyonel ve affektif tonüsünün bir işaretçisi olarak kabul edilirler. İtisafi fikirlerin sahneye çıkması hastalığın prognozunun kötüye gittiğini göstermez, ancak bir alevlenme devresine girdiğine işaret eder.

— **Ideas of reference** : Referans fikirleri hastanın kendi duyuş, düşünüş, tenkit, horlama ve benzeri fikirlerinin sanki başkalarının fikirleri imiş gibi algılanması ve maledilmesidir. «Herkes bana bir homoseksüel imişim gibi bakıyor», «ne zaman sokağa çıksam herkesin bana güldüğünü, bana bakarken yere tükürdüğünü görüyorum», «radyoda, televizyonda, gazetelerde benden bahsediliyor», gibi hezeyanlar referans fikirleri olarak bilinirler. Vapur iskelesine yakın oturan bir hastamız, vapurlardaki iskele ve sancak lambalarını hezeyanlarına referans olarak kullanmaktaydı. Vapur iskeleye kırmızı ışığı görünecek şekilde yanaşırsa bunun anlamı, hasta için, kendisini linç etmiye gelecekleri, yeşil ışık görülecek şekilde yanaşırsa işlerin iyi

gideceği şeklinde oluyordu. Hastanın düşünce ve hezeyanlarını çevredeki kişi ve objelere yansıtması ile kendisini suçlama ve kritik etmekten kurtulduğu, itham altında tutulan egonun bir dış kaynak ile suçtan arıtıldığı ve desteklendiği görülmektedir. Normal toplum düzeninde de fertlerin yapıcı ve rahatlatıcı referanslarla güçsüz, başarısız ve zayıf kaldıkları durumlarda ortaya çıkması muhtemel sıkıntılarını hafiflettikleri bilinir. Allah böyle istedi, kısmetten gayrısı olmaz, hayır ve şer Allahtandır cümleleri «toplumsal referansların» çok iyi bilinen örneklerdir, **Ziyalar.**

Şizofren ve paranoid hastalar çevreden ve dış dünyadan geleceğine inandıkları kötülüklerin işaretlerini aldıklarını ileri sürerler. Depresyonlu hastalar ise kendi kötülük ve başarısızlıklarının sonucunda insanların felâket ve zararına sebep olduklarını iddia ederler. Sel felâketleri, zelzeleler, hastalıklar ve benzeri kötülüklere kendilerinin sebep olduklarını söylerler.

— **Günâh, suç, güçsüzlük ve hastalık hezeyanları** : Şuur sathında tanınması ve itiraf edilmesi utanç ve azap veren olaylar ve duygular kişide bir depresyona sebep olurlar. Bu depresyon sanki bir takım suçluluk fikirlerinin ve düşmanlığın bazı kişilere haksız olarak yöneltildiği şeklinde rasyonalize edilir. Bunun sonucu olarak kişi kendisini suçlu, başkalarının hakkına geçmiş ve günahkâr hisseder. Süperegonun sürekli suçlamaları sonucu kendi kendini itham etme hali «self - accusation» gelişir. Şuuraltındaki düşman fikirler ve saldırganlık duyguları dış dünyaya «fear of punishment» cezalandırılacağı korkusu şeklinde yansıtılır. Hastanın toplum tarafından sevilmediği ve istenmediği şeklinde bir izlenim alması hemen bir depresif gerilemeye sebep olur. Hasta kendisini toplumdan tecrit eder ve kendi iç dünyasına kapanır.

Bunun yanısıra hasta iyi düşünmiyen ve düşmanlık fikirleri beslediğine inandığı beynini, kötü işler yaptığına inandığı organlarını, günah işlediğine inandığı cinsel organlarını cezalandırmak için onların hasta ve işe yaramaz olduğunu iddia eder. Bunun sonucu olarak «negation» inkâr fikirleri geliştirir. Beyninin çürümüş olduğunu kalbinin, mide ve barsaklarının çalışmadığını, içinin pislik dolu olduğunu, her tarafa kötü kokular yaydığını iddia eder. Çoğu kere bu fikirler hastanın aslında nefret ettiği fakat rasyonalizasyon sonucu haklı ve mağdur göstermiye çalıştığı kişileri idantifiye ve refere eder.

Güçsüzlük fikirleri kişinin sosyal plandaki değerini kaybettiği varsayımının bir representasyonudur. Bu fikirler genellikle parasızlık ve fakru zaruret iddiaları şeklinde temsil edilirler. Hudutsuz mal ve para sahibi hastaların açlıktan ölmek üzere olduklarını ileri sürdükleri sıklıkla görülür. Bu nihilistik fikirler çıkışlarını ya kişiliğin değişmesinden veya emosyonel değişikliklerden alırlar.

Hastaların kendilerini başkalarının idare ettiği, dışardan gelen emirlerle yönetildikleri, düşüncelerinin okunduğu, devamlı kontrol altında tutuldukları şeklinde duyulan fikirlere «passivity feelings» pasiflik fikirleri adı verilir. Bu fikirler depresyonlarda görülebildiği gibi şizofrenide de sıklıkla rastlanır.

— **Suicidal thoughts :** Intihar fikirleri. Bu fikirler şadece düşünce bozukluğu sonucu husule gelmez. Affekt ve emosyonlar da intihar ve «self - destruction» kendi kendine zarar verme fikirlerinin oluş ve gerçekleştirilmesinde önemli bir yer tutar.

Kendine zarar verme fikri öncelikle kendi kendini tezyif ve aşağılama şeklinde başlar «self - derogatory ideas». Buna değersizlik, günahkârlık ve umutsuzluk fikirleri eklenir. Bazen de sevilen bir kişinin kaybı ve yeniden ona kavuşmak isteği bu fikirlerin oluşturulmasında rol oynar. Zaman zaman ölümü tanıma, deneme ve arzulama hissi hemen herkeste olabilir. Ancak bunu kompulsif bir şekilde fikir planında düşünme ve denemeye geçme hali patolojiktir. Çoğu kere kişi şiddetli bir intikam duygusu ile yüklüdür ve hedef seçilen kişiyi azap ve eleme uğratmak maksadını taşır. **Stengel,** çevresine kendisinin suçlu olduğu uyarısını yapan ve insanlararası münasebetlerinde belirli bir değişiklik yapan kimselerde intihar arzusunun çok ciddî olduğunu bildirmiştir.

Araştırıcının bir defa intihara teşebbüs etmiş kişilerde genellikle birden fazla denemeye rastlanmıyacağı fikrine iştirak etmiyoruz. Intihar fikrinin bir tutku halinde kişinin düşüncesini kapladığını ve hemen her emosyonel değişiklikte bir yeni denemenin yapıldığı görüşünü paylaşıyoruz. **Ziyalar**.

Genellikle puberteden önce intihara rastlanmaz. Ancak bazı küçük çocukların anne ve babalarının dikkatini çekmek için kasıtlı olarak kendilerini yaralaıklarını nadir de olsa görürüz. Şahsiyet

bozukluğu yapan şizofreni, depresyon gibi hastalıklarda intihar oranları yüksektir. Ailelerinde intihar olayının görülmesinin diğer fertler üzerinde de kötü ve teşvik edici bir rolü olduğu bilinir.

Freud, intiharı kişinin kendisine çevrilmiş bir saldırganlık olarak tarif eder. Bu tarifini de kişide mevcut bir «death instinct» ölüm içgüdüsü ile izah etmiye çalışır. **Schneidman** ve **Farberow** intiharı sosyal bir olay olarak görür ve aşağıdaki ayırımı yaparlar:

1 — İntiharı halen yaşadığı şarttan daha iyi bir şarta geçiş olarak kabul edenler. Bu kişiler dayanılmaz bir azap içinde olduklarını, sıkıntılarının tahammül edilmez bir halde olduğunu ve ölümün onlar için bir kurtuluş olduğunu düşünürler.

2 — Ölümün onlar için şeref kazandırıcı ve uhrevi âlemde iyi bir derece kazandıracağı düşünce ve inancında olanlar, «harakiri».

3 — Ölümleri ile yas ve eleme düşürecekleri kişileri devamlı bir sıkıntı ve suçluluk duygusu ile başbaşa bırakmak isteğinde olanlar. Veya bu şekilde reddedilmiş bir sevgi ve sempatiyi kazanacaklarına inananlar.

4 — Bitik, yaşlı, umutsuz olanlar. Toplum içindeki yerini, mevkiini, şeref ve haysiyetini kaybetmiş olanlar.

5 — Bir akıl hastalığı sebebiyle geliştirmiş oldukları hezeyan ve halusinasyonları sebebiyle intihar edenler. Bıktırıcı, bezdirici ve iyi olmaz bir hastalığa yakalanmış olanlar. Artık hayattan hiç bir zevk alamıyacak kadar yaşlanmış, terkedilmiş ve yalnız kalmış olanlar.

İntihar sebepleri arasında en önemli yerin kayıplar ve kayıp tehditleri olduğu tesbit edilmiştir. Sağlığın, sevilen bir kimsenin, bir arkadaşın, eşin, evlâdın, itibarın, makamın, hürriyetin, paranın kaybı bunlar arasındadır. Yetişkin evlâtların evden ayrılması «Empty nest syndrom» da bir sebep olabilir.

İntihar fikri çok değişik görünümlerde ortaya çıkabilir. Bunlar:

a — Organlarını kesme «auto mutilation»,

b — Vasıtaların önüne atlama,

c — El ve ayaklarını sigara ile yakma, kendisini ateşe atma veya benzinle yakma,

d — Uyuşturucu madde kullanma,

şeklinde olurlar. İntihar arzusunun varlığı veya kişinin böyle bir niyet içinde olup olmadığı önceden kestirilebilir. Bu belirtileri;

a — Değersizlik ve küçüklük fikirlerinin bulunması,

b — Cezalandırılma duygusu ve korkusu,

c — Umutsuzluk ve gerileme, içe kapanma, toplumdan uzaklaşma, yalnızlığı tercih etme,

d — Şiddetli sıkıntı ve ajitasyon hali içinde olma,

e — Beslenme, hareket, uyku ve cinsel dürtünün bozulması ve kaybı,

f — Daha önceden geçirilmiş bir psikotik hastalık ve yapılmış denemeler,

g — Sözlü ve yazılı ikrar ve bildirilerde bulunulması, sık sık ölüm arzusunun ortaya konması, yaşama hazzının kaybolduğunun ifade edilmesi,

h — Kanlı, gaddar ve vahşicesine metodların tarif edilmesi veya önceden yapılmış olması,

i — Uyuşturucu maddelerin iradeyi, şuurlu kontrolu bozmuş ve yıpratmış olması,

j — Homoseksüalite,

k — Sosyal izolasyon, mahrumiyet, mahkümiyet, mahçuriyet, sürgün, esaret hali içinde olmak.

Yukarıda sıralanmış hususları tesbit ettiğimiz hastalarımızda veya çevremizdeki kişilerde çok dikkatli olmamız gerektiği, onları anlamıya çalışmak ve öncelikle ruh sağlığı durumlarını bir ruh hekimine kontrol ettirmek lüzumu önemle hatırlatılır.

Hypochondria : Hipokondri kişinin sağlığına yöneltilmiş aşırı affektif bir yüklenme olup bir düşünce bozukluğu olarak da kabul

edilebilir. İlgi, bütünü ile kişinin kendi vücuduna yöneltilmiştir. Hasta genellikle depresyonlu olup, vücudunda tedavisi imkânsız bir organ hastalığını varsaymaktadır. Kişinin kendini hissetmesi «feeling of self» değişmiştir. Organizmada husule gelen ve psikolojik faktörlerin oluşturduğu «tension» gerilim otonom sistemden innerve edilen organ ve dokularda hastalık duyumunu uyandırır.

Bu sebeple hipokondriye bir «organ nörozu» gözü ile bakılabilir. Genellikle hedef seçilen organ heyecanlardan kolaylıkla etkilenen kalb veya mide veya sıkıntıdan çok çabuk etkilenen adale dokusu olabilir. Hipokondrinin başlangıcının bir emniyetsizlik duygusu olduğu ve bunun fizik bir hastalığın izleniminin alınması şeklinde rasyonalize edildiği ileri sürülür. Psikolojik proçesin gerilemesi, bu safhada bir psikobiolojik emniyetsizlik ve başarısızlığın görülmesi, hazımsızlık, çarpıntı, empotans, kişinin envolutif bir devreye girmesi hipokondri için başlangıç olabilir.

Belirli bir ölçüde normal kişilerde de hipokondrilere rastlanabilir. Bir çeşit «introspection» olarak kabul edilir. Deride bir sıcaklık veya soğukluk duyumu, midede dolgunluk hissi, geçici ve şiddeti fazla olmıyan ağrılar, rektum ve safra kesesinde gerginlik hissi, başta basınç ve ağrı duyumu bunlar arasındadır.

Normalde sürekli bir sensoryel inputun, uyarı akışının merkez sinir sistemine ulaştığı ve bu uyarımların insanda bir beden imajı yarattığı ifade edilir. Bunun sonucunda kişi kendisini tam ve sağlıklı hisseder. Hipokondrili kimsede ise bu sensoryel uyarılar emotif ve affektif bir değişikliğe uğrar ve kişi beden imajı idrakinde bir değişme hisseder ve bu değişimi hastalığa yorar, «discomfort».

Hipokondrilerin tahmin edilemiyecek kadar sıklıkla görüldüğü hekim tavsiyesi olmadan satılan çok sayıda ağrı kesici, adale gevşetici, laksatif ve benzeri ilâçtan anlaşılmaktadır. Dispepsilerin çoğunluğunun, baş ağrılarının ekseriyetinin ve jinekolojik şikâyetlerden önemli bir kısmının bu tür hipokondriler olduğu bilinmektedir.

Wiener hipokondriyi bir çeşit komunikasyon bozukluğu olarak düşünmüş ve merkez sinir sisteminde entegrasyon bozukluğu sonucu husule geldiğini ve bir «beden imajı distorsiyonu» olduğunu ileri sürmüştür. Araştırıcılar hipokondride ailevî bir yatkınlığın olduğu-

nu, hipokondriak aileler bulunduğunu ve belirgin bir «personality pattern» kişilik kalıbı gösterdiğini bildirirler. Hipokondriakları uyarmak ve meraklarını gidermek için özel bir basın sanayii kurulmuştur. Biz hekimler de bu hastalık hududundaki kişileri giderek huzursuz yapmak için elimizden geleni yapmaktayız. «Sizin kalbinizde pek bir şey yok ama gene de tedbir olarak bir elektro çekmek lüzumunu hissediyorum» sözcüğünü kullanan bir hekim müstakbel bir hipokondriakın yaratıcısı olarak kendini tebrik (!) edebilir.

Organik psikozlu hastalarda hipokondridekinin tersi bir durum görülür, hastalar ya «insight» iç görüş bozukluğuna bağlı olarak veya lakaydileri sebebi ile fizik hastalık belirtilerini hafife alırlar.

Manik - depresif hastalıkta ise, mani şeklinde hipokondrilere hemen hiç rastlanmaz. Depresyonlu hastalar ise genellikle göğüslerinde bir basınç ve ağırlıktan şikâyet ederler. Envolusyon melankolisinde ise hipokondriler sıklıkla görülür ve daha çok hezeyan vasfındadır, «delusional form». Kabızlıktan şikâyet eden hastalar barsaklarının tıkanmış olduğunu, midelerinin artık hazmetmediğini ileri sürerler.

Şizofrenide hipokondriak fikirler fizik huzursuzluk ve parestezi-ler şeklinde belirir. Basit şeklinde lakaydinin henüz çok belirgin olmadığı bir devrede şizofreniyi düşündürecek en önemli belirti bu ısrarcı olmıyan hipokondrilerdir. Hastalık geliştikçe bu yalancı nörotik belirtiler gerçek hezeyanlara dönüşürler.

Obsessions : Zorlu fikirler, kişinin iradeli ve bilinçli olarak karşı çıkmasına rağmen bir takım fikirlerin şuur sathına çıkmasına obsession adı verilir. Geriye itilmeleri son derecede müşkül olan bu fikirler akıl yolu ve mantıkla tesirsiz hale getirilmiye çalışılır. Bu zorlu fikirler aşırı heyecanla yüklü olup ya suçluluk veya depresif mahiyette fikirler taşırlar. Hasta bu düşüncelerin sebebini bilemez. Muhtevaları çok değişiktir. Çoğunlukla metafizik konuları içerirler. Hasta niçin dünyaya gelmiş olduğunu, kâinatın neden yaratıldığını kafasına takar.

Obsesif fikirler kompulsif hareketlerle yakından ilgili olup genellikle her obsession bir kompulsiyonu davet eder. Bu kompulsiyon yapılmadıkça hasta rahat edemez ve şiddetli bir sıkıntı duyar. Kompulsiyonun yapılmasından sonra bir süre için sıkıntı zail olur ve obsesif fikir gene şiddetlenir ve bir kompulsiyonla sonlanır. Bu şekilde obsesyonlar tekrarlanan kompulsif hareketlere yol açarlar. Meselâ ellerinin kirli olduğunu düşünen hasta ellerini yıkar, ancak temizlenemediği ve yeteri kadar iyi yıkanmadığı düşüncesi ile saatlerce musluk başından ayrılamaz. Bir hastamız düşmanları tarafından arkasından vurulacağı obsesyonunu geliştirmişti. Bu sebeple sokağa çıktığı zaman her adımda bir geri dönüp arkasına bakma kompulsiyonu ortaya çıkmıştı. Her adımda bir geri dönüp bakmak ona çok sıkıntı verdiği ve ağrına gittiği için evden dışarı çıkamıyordu. Bir başka hastamız kapalı bir yere girdiği zaman başını üç kere duvara vurmak isteği duyuyordu. Üç kere vuruncaya kadar da ne konuşabiliyor ne de oturabiliyordu.

Kişiliğin marazi muhtevası şahsı kişiliğinin sağlıklı yönü ile bağdaşmıyacak bir istek, bir dürtü, bir imaj, bir affektif duygu ile karşı karşıya getirir. Bu kabul edilmiyen iç dürtüye karşı şiddetli bir mukavemet belirir ve yerine getirilmesi reddedilir. Bu defa bu dürtü şekil değiştirerek anlamsız ve amaçsız bir motor paterne dönüşür. Bir hareket halinde ortaya çıkar. Bu hareket çok kararlı ve ısrarcı bir vasıfta olup en önemli özelliği tekrarlayıcı karakteridir.

Puberte öncesi devresi çocuklarında obsesif hallere benzer davranışlara sıklıkla rastlanması ilgi çekicidir. Her üç dört adımda bir zıplıyan çocukları, kaldırım taşlarının aralarına basmadan yürüyen çocukları veya ikişer taş atlıyarak koşanları, duvar kenarından yürürken eli ile birer ikişer atlıyarak tuğlaları tutan çocukları çok görürüz. Bizim Mehter yürüyüşümüz de böylesine bir repetitif özellik taşır. Evlerine gelen çocuklar merdiveni iki yukarı bir aşağı inerek bitirirler. Bu ikili ve karşıt davranış gerçekte zihnimizdeki evet ve hayır cevaplarına uyar. İçimizdeki her hayır cevabının yanında bir evet ve evetin hemen yanında daima bir hayır vardır. Evet iyiyi, hayır ise kötüyü temsil eder. Zamanla bu ritualistik davranış öylesine güçlenir ki «set rituel» teşekkül eder.

Çocuklardaki bu ritueller ve tekrarlanan hareketler primitif insanın dinî rituellerine çok benzer. İlkel insan ritüelleri ile kendisini düşman bir çevreden korumıya çalışır. Tekrarlanan hareketler ecdadımızın majik inançlarının bir yadigarıdır. Günümüz insanı bazı şart-

larda zihnî tavrını bu eski kalıntılara çevirir ve repetitif aktlar geliştirir. **Goldstein,** beyin travması geçirmiş kişilerde bu tür kompulsif hareketlerin göründüğüne dikkati çekmiştir. Araştırıcı bunun defansif bir mekanizma olup amacının bir «organic orderliness» beden düzeni oluşturmak ve bu şekilde meydana gelmiş olan defekti örtmek olduğunu bildirir.

Obsesyona çok benzer bir duruma «düşüncenin ısrarcılığında» rastlanır. Bazı kimseler için bir düşüncenin doğru ve güzel olması tercih sebebi değildir. O düşuncenin kendi heyecanları istikâmetinde olması gerekliliği vardır. Halk arasında bu kişiler için güzel bir söz vardır: «Kargadan başka kuş bilmez» derler. Bunun yanısıra özellikle gece çalışan fikir işçilerinde de uyumamak için «akıllarına taktıkları» sabit ve değişmez meseleler vardır. Uyumak istemedikleri zaman hemen bunları düşünür ve uykularını kaçırırlar. Tesirini arttırması için de bu artık geçerini kaybetmiş meselelere bir affektif yükü eklerler, «rumination».

Bu tekrarlanan ve ısrarcı hareketlerin genellikle hipnagojik hallerde, uyku durumunda, yorgunluk hallerinde ve sıkıntılı durumlarda ortaya çıktığı görülür. Elektroansefalografide bioelektrik faaliyetin bozulmuş olması nadir değildir. Post - ansefalitik devrede sıklıkla görülmesi uyku mekanizması ile yakından ilgili olduğunu düşündürmektedir.

Compulsion : Zorlu hareket. Diğer organik hastalıkların dışında bu semptomun uyku ansefalitinde görülmesi dikkati çekicidir. Bunun yanı sıra endogen psikozlarda sık rastlanır. Envolusyonel melankoli ve şizofreni kompulsiyonlardan zengindir. Katatonik bir hastanın manierizmleri öylesine komplike ve formalize edilmiştir ki obsesyonel bir kalıba tamamen uygundur. Bu hastalıkta «insight» kendiliğinden haberli olmanın bozulması bir seri compulsif aktın rahatlıkla şuur sathında motor bir davranışa dönüşmesini kolaylaştırır. Paranoid şizofrenide hezeyanlar öncelikle kompulsif fikirler halinde oluşurlar. **Stengel,** korku ve arzuların obsesif fikirlerle bastırıldığı zaman bir hezeyan şekline dönüştüğünü ileri sürer.

Kompulsif fikirlerin en kolay geliştiği hastalık depresyondur. Böyle bir hasta bir bıçak gördüğü zaman içinden bunu birisine veya kendisine saplamak arzusu duyar. Çocuklarını kesebileceği kor-

kusu ile mutfağa girmekten korkan birçok hasta vardır. Kendini atabileceği korkusu ile pencere kenarında duramıyan çok kişi biliriz. Bir hastamız torunlarını boğacağı korkusu ile senelerce kızının evine gitmemişti. Hastalığın hafiflemesi ile bu kimselerde de bu kompulsif fikirler silinir ve gerilerler. Kalıcı ve ısrarcı olanları azdır, «habit - patterns»

Bunların bir kısmı normal insanlarda da görülmekte olup «contrast ideas» tezat fikirleri adını alırlar. Tam sessizlik istiyen bir konserde şiddetli bir gülme arzusu, bağırma isteği veya osurma gibi. Hiç sebep ve gerek yokken ikide bir «ba bab», «ba bab», «ba bab» korna çalanlar, otobüste bir dolu boş yer varken kapı ağzında durup inen veya binen yolculara engel olanlar, yeşil ışığın sönmesini bekleyip kırmızıda karşıya geçmiye çalışanlar bu gruptandır. Bir hastamız otomobili ile otoyolun kenarında bekliyor ve gözüne kestirdiği bir arabanın arkasına takılıyordu. Arabasının burnu ile öndeki arabanın arkasına hafifçe dokundurmadıkça rahat etmiyordu. Bu kompulsiyonu sonucu geçirdiği elim ve de nafile bir trafik kazası sonucu bu gün bu dünyadan göçmüş bulunmaktadır. Bir başka hastamız bir camide müezzin idi ve ne zaman ezan okumıya çıksa abdest bozuyordu.

Kompulsif kişilik yapısının ana karakterleri arasında, düşünce katılığı, düşüncede esnekliğin olmayışı, uyum yetersizliği, disiplin severlik ve düşüncede ısrarcılık yaygındır. Geleneksel ve ahlakî değerlere şiddetli bir bağlılık gösterirler. İnanmayı, sadakati, verilen sözü tutmayı ve çağrılan yerde zamanında olmayı severler. Bu kimseler için «çok zor yürümeye başlarlar, ama bir defa da yürümeye başladılar mı, artık onları bir daha durduramazsın» cümlesi çok geçerlidir. Mizaçları histeriklerle tamamen zıddır. Bir obsesivin bir histerik manifestasyon göstermesi çok zordur. Bu kişilerde görülen takılmalar ve sabit yargılar onlara stabil - değişmez ve kolay tanınan bir kişilik kazandırır. Bunlara «minor obsessional traits» küçük obsesif eğilimler adı verilir. Faydalı ve kişiliğe renk katan bir özelliktir. Ancak bu eğilimlerin çok fazla olması halinde kişi kendisini bir takım kalıpların içine sıkıştırmış olur. Bu yapıda bir obsesivin uyumunun bozulması, kendisine bir mesuliyet veya ilâve işin verilmesi sırasında ortaya çıkar. Bunun yanısıra mekân ve iş değişmesi de çok olumsuz tesir eder. Buna terfi nörozu «promotion neurosis» adı verilir. Bunu günlük hayatımızda çok görürüz. Senelerce iyi bir me-

mur olan kimse terfi edince çok kötü ve başarısız bir müdür olur. Hariciyede sıradan bir memur olan bir hastamız aniden bir konsolos yardımcılığına tayin edilince bir konfüzyonel sendrom geliştirmiş ve ilk görevine iadesi istenince normale dönmüştü.

Obsesif - kompulsif nörozlu kişilerin psikoanalitik incelemesi bu kimselerde aşırı gelişmiş bir süperego bulunduğunu ortaya çıkarmıştır. Aşırı kritikçi bir tabiata sahip olan bu şahıslar «anal - erotic» eğilimlidirler ve kişilik yapıları sadistik bir yatkınlık gösterir. Dikkatleri kalın barsaklarına çekilmiş olup her tuvalete gidiş kendileri için bir mesele olur. Kirlenmekten ve tuvalette bir pisliğe bulaşacaklarından çok korkarlar. Tuvalette bir spermin kendilerine bulaşacağı korkusu genellikle saklı fakat yaygındır. Bunun dışında çoğunluğunda toplama ve kolleksiyonculuk merakı görülür. Hasislik ve para biriktirme tutkusu aralarında yaygındır. Psikoanalitik teoriye göre para feçes karşılığı olarak sembolize edilir. Böylece çocukluk tutkuları olan kabızlığı para tutma şeklinde sürdürdükleri iddia edilir. Bir kısmının daha sonra sado - mazohistik bir seksüel patoloji geliştirdikleri söylenmiş ise de araştırmalar bu hususu doğrulamamıştır, **Mannehim** ve **Slater,** 1947.

Obsesif - kompulsif bir norozun hastada yerleşimi belirli bir sırayı takip eder. Hasta önce ellerini kirli sandığı için yıkar. Yıkama bittiği anda kirli olduğu düşüncesi gene bastırır. İkinci bir defa yıkar. Obsesif fikir tekrar şuur sathında belirir, bir daha bir daha ve sonunda saatlerce durmadan yıkar. Yıkanma ve kirlilik fikrinin tekrar çıkışı arasında hasta giderek artan bir sıkıntı ve kendini bir fasit daire içinde kıstırılmış hisseder. Aklının ermediği bir davranış kusuru içine düştüğü kanaatine kapılır. Bütün defansları kırılır. Meseleyi artık akılcı yoldan ayrılarak çözümlemeye çalışır. Bir sayı kor, üç defa yıkarsam tamam diye düşünür. Üç defa yıkar, ikna olmaz bir üç defa daha yıkar, gene olmaz, ama bir kere üçün uğruna inanmıştır. Üç kere üç eder dokuz, ben de dokuz kere yıkarım elim temizlenir der. Dediği kadar yıkar ve elini havluda kurular. Bu defa aklına havlu takılır. Ya havlu kirli idi ise. Tekrar musluğun başına gelir saatlerce ellerini yıkar.

Bu tür obsesyonlarda sebebin endogen faktörlere bağlanması gerektiği ileri sürülür ve «suçluluk» duygusu ön planda tutulursa da

çevre faktörlerine bağlı olarak da bu hastalık gelişebilir. Bir kadın hastamız kocasını evlerinin bahçesinde evin köpeği ile oynaşır ve sevişirken görmüş ve köpeğin yanından ayrılan kocasının eve gelip kendisi ile sevişmek istemesi karşısında şiddetli bir «mizofobi» geliştirmişti. Günde yirmi dört saat durmadan yıkanmasına rağmen üzerindeki pisliğin temizlenemediğine inanıyordu.

Folie de doute : Obsesif bir davranış kusuru olup hastalar belirli bir görev ve rituelin gerektiği düzen ve doğrulukta yapılmadığına inanırlar. Bir arşiv memuru hastamız sırasından çıkarılmış bir dosyanın yerine konulup konulmadığından bir türlü emin olamıyordu. Yüzlerce defa dosyanın normal sırasına konulup konulmadığını kontrol etmekten o gün başka iş yapamıyordu. Bir başka hastamız gece yatarken yangın çıkmasından korktuğu için evinin sigortalarını söküyordu. Daha sonra oturduğu apartmanın diğer dairelerinin sigortalarını sökmek isterken yakalanmış ve hasta olduğu anlaşılmıştı. Saat tamirciliği yapan bir başka hastamız ise tamir ettiği saatleri yüzlerce defa kontrol etmekten sahiplerine iade edemiyor ve başı her defasında derde giriyordu.

Phobias : Fobiler. Bu grubun içinde korkular, şüpheler ve kararsızlıkları alabiliriz. Tıpkı obsesyonda olduğu gibi fobiler de ani olarak şuur sathına itilirler. Obsesyonda ortaya çıkarıcı sebep suçluluk duygusu ve depresyon olmasına karşılık fobide ana sebebin sıkıntı olduğu görülür. Çok sayıda fobi bilinmesine rağmen belli başlıları: pislikten, mikroptan, kanserden, kapalı yerlerden ve kalabalıktan olan korkulardır. Şahsın korktuğunu hissettiği obje aslında iç dünyasında sıkıntı doğuran bir kişilik kusurudur. Elbetteki hasta kendisini korkutan gerçek sebebi bilemez. O sadece kendisine sıkıntı veren obje ve situasyondan kaçmaya çalışır.

Bir bakımdan fobilere imajinatif tehlikeler olarak bakılabilir. Bazı kimseler ip ve tel gibi şeylere bakamazlar ve ellerine alamazlar. Çünkü bununla kendilerini boğabilecekleri korkusu vardır. Bazı genç kızlar ve latent homoseksüeller sokakta erkeklerin önlerine bakamazlar, çünkü orada kendileri için tehlikeli olabilecek organları görebilirler. Yüzleri kulakları ve burunları kızardığı için kalabalığa sokulamıyan, sokağa çıkamayan çok sayıda fobisi olan insan vardır. **Roth,** 1959, aşırı fobik reaksiyon gösteren hastalarda bir depersona-

lizasyon geliştiğini «anxiety - depersonalisation neurosis» bildirmiştir. Bu reaksiyon tipinde hasta sadece korku hissetmekle kalmaz, ayni zamanda şiddetli bir ölüm korkusu ve panik hissine kapılır. Çarpıntı, nabız hızlanması, terleme, bayılma ve baş dönmesi tarif eder. Bu sebeple senelerce evden çıkamıyan hastalara rastlanır. Aralarında fobik bir reaksiyon yanında temporal lobların veya limbik sistemin hastalanması sonucu, deja vu, panaromic memory ve sahne halusinasyonu belirtilerini gösterenlere rastlanır.

Pek çok fobinin «traumatic presipitating factor» geçirilmiş ruhî bir sarsı sonucu ortaya çıktığı tesbit edilmiştir. Kişinin yakınında feci bir olayla karşılaşması, sevdiği birinin ölümüne şahit olması, yangın, zelzele, kaza gibi sarsıcı sahnelere şahit olması böylesine bir korkuyu başlatabilir.

ORGANİK KAYNAKLI DÜŞÜNCE BOZUKLUKLARI

Bastian ve **Goldstein** afaziklerdeki düşünce bozukluğunu konuşma merkezleri ile daha yukarı entegrasyondaki merkezler arasındaki irtibat bozukluğuna bağlayarak izah etmek istemişlerdir. Bu sebeple transkortikal afazilerdeki mental fonksiyonların bozukluğuna dikkati çekmişlerdir. Bu tip vak'aların tetkikinden **Lichtcheim** ve **Wernicke,** ayrı bir «concept» merkezinin var olabileceğini düşünmüşlerdir. **Wernicke**'nin talebesi **Heilbronner** bir grup afazik hastada görülen konuşma bozuklukları ile mental fonksiyonların kaybı arasındaki münasebetleri incelemiştir. **Kleist** bu konu ile ilgili dikkatli bir çalışma yapmıştır. Bu araştırıcıların aksi kanaatte olan **Liedmen, Lingazini, Niessel, von Meiendorf** gibi araştırıcılar intellektüel fonksiyonların bozuk olduğu klinik tablolarda görülen konuşma kusurlarından bahsetmişlerdir. Bu arada, **Pierre Marie** afaziyi bir zekâ bozukluğu olarak tarif etmiştir. Ona göre sadece **Wernicke**'nin sensoriyel afazisi, afaziler grubuna alınabilir. Bunun dışındaki bütün konuşma bozuklukları doğrudan doğruya zekâ kusuruna bağlı olanlardır. Bu araştırıcı düşüncesinin esasını tetkik ettiği kafa travması geçirmiş vak'alara dayandırıyor ve belli bir beyin bölgesinin tahribinin belirli tipte bir konuşma bozukluğu meydana getirdiğini iddia ediyordu. Hadisenin lokal bir intellektüel

fonksiyon kaybı ve bunun neticesi olarak husule gelmiş bir konuşma kusuru olduğunu inanmıştı. **Pierre Marie,** konuşma kusuru gösterenlerde «intellektüel musabiyet» tabirinden çok hoşlanıyordu. Afaziklerde konuşma kusuru yanında mimiklerde görülen kusurlar, dikkat ve hafıza zaafı, fikirlerdeki assosiasyon kusuru ve alışılmış, profesyonel motor hünerlerin kaybedilmesi hadiseye eklenmiş ayrı ayrı bozukluklardır. Zekâ yıkımı olmaksızın görülen bu hallere, **Pierre Marie** «saf motör ve sensoriyel afaziler» adını vermiştir. Araştırıcı **Goldstein**'in afazileri anlamak için öne sürdüğü imajların kaybı nazariyesini reddediyordu. Zekânın bozulması ile afazinin ortaya çıkışı arasındaki münasebete kuvvetle inanmıştı. Onun **Aristo**'ya kadar eski bir tarihe dayanan ve konuşmanın, düşüncenin bir aksedişi olduğu inancından kuvvet aldığı düşünülür. Alman ekolü «Denkpsychologie - Psychology of thinking» konuşmalı düşünce ve konuşma olmadan düşünebilme arasındaki büyük farka dikkati çekmiştir. Elbette ki bu iki fonksiyon birbirleriyle ilgilidir. Ancak, bu basit bir bağlantı olmayıp, sekonder bir alâkadır. Bu konuda bir ilmî çalışmayı **Weisenburg** ve **McBride** yapmışlardır. Bu araştırıcılar afaziklerde zekâ testleri tatbik etmişler ve konuşmanın gerekli olmadığı bir metod kullanmışlardır «non verbal zekâ testleri». Netice olarak afazinin öncelikle bir konuşma kusuru olduğu kanaatine varılmıştır. Çünkü test sonucu alınan zekâ yıkım nisbetleri son derecede küçük değerler vermiştir, **Goldstein.** Fakat, bu iki araştırıcıya çeşitli noktalardan itiraz edilmiştir. Özellikle «clear cut» afaziler tabir edilen ve sadece konuşma kusuru gösteren hastalar seçilmemiş olsa idi elbette ki konuşma kusuru yanında zekâ yıkımı, davranış bozukluğu ve diğer meleke kusurlarının görülmesi icabederdi. Afaziklerin zekâ testleri karşısında gösterdikleri başarı şahıstan şahısa ve ayni şahısta çeşitli zamanlarda farklı olmaktadır. Zekâ testleri kademeli bir sualler sistemi olup, bir sonraki kademe evvelkinden biraz daha zor olmak üzere tertiplenmiştir. Eğer bunlar pratik zekâyı ölçmek üzere hazırlanmışlarsa her kademe gittikçe artan, daha kompleks bir davranışı gerektirmektedir. Gerek teorik ve gerekse pratik zekâ testleri tatbik edilen afazikler değerlendirilmesi mümkün olmayan neticeler vermektedirler. Meselâ, bir alt kademedeki sualleri cevaplandıramıyan afazik, bir, hatta iki yukarı kademeyi kolaylıkla başarabilmekte, bazen de normallerle yapılan kontrollerde daha fazla başarılı olabilmektedirler. Bunun niçin böyle olduğu ancak da-

ha zor olmasına rağmen üst kademedeki sualin icabettirdiği mental fonksiyon ünitesinin afazikte salim kalmış, bunun yanısıra daha az hüner icabettirdiği halde alt kademedeki sualin yapılamamasının ise bu sualin gerektirdiği zihnî faaliyet ünitesinin bozulmuş olması ile izah edilebilir, **Songar, Ziyalar.**

Afazikler zekâ testlerine adeta «sıçramalı» diyebileceğimiz bir şekilde cevap vermektedirler. Elbette ki bu durumda bu tip hastalara kantitatif bir test tatbiki düşünülemez. Bu husus gözönüne alınarak elde mevcut zekâ testlerinin geliştirilmesi cihetine gidilmiştir. İlk denemeyi **Bourdon** yapmıştır. Bir grup harf içinden denekten A harflerini ayırması istenmiş ve bu iş için harcadığı zaman ölçülmüştür. Ölçü, bir dikkat değerlendirmesi olarak kabul edilmiştir. Ancak, bu test de hastanın mental fonksiyonu hakkında fazla bir bilgi vermeyip, sadece bir melekenin kontrolünü yapabilmektedir. Hastadan her üç A dan bir tanesini ayırması istendiğinde durum değişmekte, bu defa harcanan zaman normallerle yapılan kontrollardan çok daha fazla uzun olmaktadır. Hasta bu ayırımı yapmakta büyük güçlük çekmektedir. Çünkü, hadise artık **sadece dikkat fonksiyonunu gerektiren bir iş olmaktan çıkmıştır. Burada önemli olan mücerret düşünce ve mücerret davranış**'dır. Yani, hastadan sorulan mücerret düşünce ve buna uygun mücerret davranışı icabettirir bir meseledir. **Micerret düşünce bozukluğu**'nun afaziklerin davranış bütünlüğüne ve düşüncesine ne derecede tesir ettiği açıkça görülmektedir. İlk bakışta böylesine basit bir işlem için mücerret düşünce ve mücerret davranışın gerekmesi garipsenebilir. Ancak, test ayni suallerle tekrar edilirse hastanın kolayca muvaffak olduğu «öğrenme», şartlar değiştirilirse ve meselâ her 4 B'den birini ayırması istenirse gene başarmada sıkıntı çektiği görülür. Bunun yanısıra ayni denemeden geçirilmiş normallerde bu şekilde bir başarısızlık görülmemektedir. Konuşma kusuru ile zekâ bozukluğu arasında birbirini hazırlayan simültane hadiseler görülebilir. Konuşma merkezlerini tutmayan, sadece zekâ kusuru yapmış konkomittant lezyonlarda başlangıçta konuşma merkezleri salim kaldığı halde düşüncenin bozulmasına bağlı olarak konuşma kusurları ortaya çıkar. Bunlarda verbal ve vizüel hayallerin kusurlu ve eksik oluşu sonucunda da yüksek zihnî fonksiyonlar ve mücerret düşünce bozulur. Başlangıçta bu gibi vak'alar zekâ ve konuşma kusuru beraberce husule gelmiş gibi yanlış tefsir edilebilirler ve konuşma kusurunun zekâ yıkımına sebep olduğu kanaatini uyandırabilirler.

Wernicke afazisinde görülen iç lisan bozukluğunun intellektüel bir kusur gibi hatalı mütaleasından kaçınılmak gerekir. Düşünce bozulma veya sapmasının hangi yollarla konuşma kusuruna sebep olduğu suali çok zorlukla cevaplandırılabilir: **Goldstein**'in tarif ettiği ve çoklukla kabul edilen imaj - konsept ve düşünce triadi hakikatte çok kompleks ve çok belirli olmayan kavramlardır. Bunların her biri bir diğerinin içine girmiş, kesin olarak tarif edilemiyen, beraber bulundukları zaman çok defa «background» lara ayrılamıyan ünitelerdir. **Goldstein** bu üçlünün bir konfigürasyon teşkil ettiğini bildirir. Bu üçlü, düşüncenin ana materyalini teşkil ettiği gibi, analiz ve sentez işlemlerine de tesir eder. Adeta yüksek zihnî fonksiyonun bir organizatörü rolündedir. Biz kafamızın içinde bir engramı uyarmak istediğimiz zaman «representation - vorstellung», bu üç şekilde ortaya çıkabilir: 1 — İdrak edilmiş bir imaj şeklinde, az çok müşahhas bir halde tahayyül edilir, 2 — Bir fikir halinde ortaya çıkar, 3 — Mücerret bir konsept halinde zihnimize gelir. Bu üç ana elemente, düşünceyi teşkil etmek üzere, arzular, emosyonlar ve alışılmış motivasyonlar eklenirler. Bu dinamik unsurlar hemen daima ayni sıra ile dizilirler. Representation'lar şahsiyetten müstakil olup, günlük hayatta rutin olarak kullanılırlar. Eğer representation'ların inşasında bir kusur olursa şahsın alışılagelmiş günlük hareketi ve davranışı değişecektir, **Goldstein.** Buna benzer bir şekilde representationların husule gelişi gibi concept ve düşünceler de şahsın kendine has bir aktivitesi sonucu ortaya çıkarlar. Meselâ, bir durumun bir concept veya düşünceyi gerektirdiğini farzedelim. Burada biraz önce bahsedilen gelişme aynen cereyan etmeyip bir kısaltma işleminden geçirilecektir. Bu da şahsa düşünüş ve davranışında zaman kazandıracaktır. Bu şekilde yukarda bahsedilen konstruktif bozuklukta konkret ve abstre düşüncenin ve bu iki tip davranışın ne yoldan müteessir olacağı ortaya çıkar.

Bu kısaltma (abbreviation) processus'ü şahsın evvelce bildiği ve ustalaştığı fonksiyonlar için gerekmişse «müşahhas fonksiyon» kısaltma otomatik olarak yapılabilir. Şahıs hastalandığı zaman «afazi» bu kabiliyet bozulmadan kalabilir. Ancak, evvelce öğrenmediği ve ilk defa karşılaştığı durumlarda sembolizasyon ve abstraksiyonu gerektiriyorsa inşa ve abrevasyon bir kademede takılır, mücerret düşünce ve davranış kusuru ortaya çıkar. İmaj, sabit mefhum (concept fixe) ve fikir (idées) lerin abstre davranışın özel yüksek bir fonksiyonu ol-

duğu kabul edilmiştir. Ancak bu görev birimlerinin düşünce mefhumlarının husule getirilmesindeki rolü bilinmemektedir. Lisana sadece düşünceyi nakleden bir sistem nazarı ile bakılamıyacağı, onun düşüncenin bir taşıyıcısı, desteği olduğu ve düşünceyi tesbite hizmet ettiği bir gerçektir. **Goldstein,** lisanın, düşünceyi inşa ve muhafaza ettiğini söylemiştir. Lisanın bozulması düşünce processus'unün anormal işleyişine sebep olacaktır «Paralogic thinking». Mefhumlar lisanda kelimelerle temsil edildikleri halde düşünceler cümle dediğimiz düzenli kelime dizileri ile ifade edilebilirler. Düşünce sentaksının iyi ve kombine bir organizasyonu cümlenin terkibini oluşturur. Düşünce oluşması, cümlenin terkibi, her kelime ve yardımcı kelimenin teker teker sıralandırılması ile mümkün olur, **von dar Gabelents'**e göre başlangıçta cümlenin bir şeması teşekkül eder. Hayal, représentation ve heyecanlar sonradan gerekli sıra ile cümle bütününe sokulur. Cümlenin sentaktik organizasyonu ise konuşanın emotif yapısına göre düzenlenir. **Goldstein**'a göre düşünce formasyonundaki diziliş ve sıra şu elementlere göre kurulmuştur:

a — Şahsın karakter yapısı ve kültürü ile uygun fikir, hayal ve representation'lar.

b — Öğretim teknikleri, gramer ve sentaks bilgisi, seslerin telaffuzu,

c — Ritm, accentuation, melodi.

Lisanın anlatılma şekli konuşanın içinde bulunduğu şarta olan cevabı ile değişebilir. Dikkati, muhatabı ile olan ilgisi, anlatmak istediği şey ve konuşanı motive eden, uyaran emosyon ve izlenimler lisanın şeklini değiştirebilir. Çok defa konuşmaya ya heyecan, ya gerginlik veya arzu hakimdir. Burada afazik hastalarda ve şizofrenlerde konuşmayı bozan ana unsurlar yanında yukarda sayılan hususların da lisanın bozukluğunda rol oynayabileceği görülmektedir. Nihaî bir faktör, düşüncenin lisana çevrilmesinde karşılaşılan kolaylık ve zorluklardır. Bazı düşünceler kolaylıkla ve çabucak kelimeler halinde tertip edilebilir. Bazı düşüncelerde ise lisana çevrilebilme normal insanlarda ve iyi kültür almış olanlarda bile güç olmaktadır.

Çocuklarda, geri zekâlılarda, bunamada, şizofrenide ve afazik-lerde mücerret düşünce noksanlığı ön plânda dikkati çekmektedir.

Çocuklarda bu fonksiyonun henüz gelişmemiş olduğu, oligofrenlerde doğuştan yokluğu, bunamalarda global bir yıkım sonucu kaybedildiği halleri bir tarafa bırakılacak olursa afaziklerde görülen mücerret düşünce bozukluğu ile konuşma kusurlarının şizofrenide rastlananlara aşikâr bir yakınlık göstermesi çok eski zamanlardanberi dikkati çekmiştir. Afaziklerin jargon afazisi ile şizofrenin neolojizmi, ayni şekilde parafazi ile şizofrenideki kelime salatası yakın bir benzerlik göstermektedir. Bunların yanısıra her iki hastalıkta da cümle kuruluşunun bozulması, manâ, şekil ve fonetik bozuklukları, sentaks kusurları arasındaki benzerlikler **bu iki hastalık grubunun temelde ihtiva ettikleri mücerret düşünce bozukluğu bakımından da** ilişkili olabileceğini akla getirmektedir, **Songar, Ziyalar.**

ŞİZOFRENİDE ZEKÂ VE DÜŞÜNCE BOZUKLUĞU

Şizofrenide zekâ bozukluğu olup-olmadığı meselesi uzun seneler araştırıcıları meşgul etmiş ve bu sualin cevabı ancak yakın zamanlarda verilebilmiştir. **Kraepelin,** ilk önce şizofrenide bir zekâ bozukluğunun mevcut olduğuna inanmış, intellektüel yıkılmayı bir kriter olarak kabul etmiş ve bu istikâmette tasnifler yapmıştır. Ancak, şizofreninin intellektüel bakımdan yıkılmaya sebep olması çok eski vak'alarda dikkati çekecek bir hal almakta, taze vak'alarda ise ön plânda affekt bozukluğu göze çarpmaktadır. **Bleuler** fikir çağrışımlarındaki gevşeme ve bozukluğun şizofrenide ana arazı teşkil ettiği kanaatine varmıştır. **Mayer - Gross** şizofreniye otistik ve dereistik düşünce tabirlerini ilâve etmiştir. Gerek Gestalt Psikolojisinin ve gerekse davranışçı psikolojinin gelişmesi ile tedailerin itibardan düşmesi **Bleuler**'in görüşünü sarsmış ve nitekim kendisi de bu hususta sonraları ısrar etmemiştir. Zekâ testlerinin gelişmesi ve geniş ölçüde şizofrenlere tatbiki sonunda, alınan neticeler normallerle yapılan kontrollarda karakteristik bir fark göstermemiştir. Araştırıcılar aradaki az bir farkın hastanın zekâ azalmasından çok ilgisizliğine bağlı olduğunu belirtmektedirler. Nitekim **Trapp, James, Kendig, Rich-Mond,** Binet - Terman testleri ile çalışmışlar ve hemen normallere yakın zekâ nisbetleri elde etmişlerdir. Bu araştırıcılar **Rapaport**'un **Vechsler - Bellevue** testi ile şizofrenlerden elde ettiği zekâ oranını % 91,6 ilâ % 110 derecesindeki I. Q. ile teyit etmişlerdir. **Green-**

blad ve **Solomon**'un çalışmaları da şizofrenlerde bir zekâ yıkımı olmadığını doğrulamıştır. **Noyes** ve **Kolb,** şizofren hastadan alınan cevabın informatif bir değeri olmadığını, çünkü onun enerji ve alâkasının tamamen egosantrisi ile ilgili bir konuya dönük olduğunu bildirmişler, normallere göre alınan küçük farkların ise kooperasyon güçlüğü, ilgi azalması ve düşünce bozukluğu ile izah edilmesinin daha uygun olduğu kanaatini belirtmişlerdir.

Düşünce bozukluğu

Biz kelimelerin verbal hayalleri ile düşünürüz. Düşünce zenginliği ise bu hayallerin zenginliği nisbetinde ve abstre oluşu derecesinde artar. Şizofrenlerde ise lisanın temelinden bozulduğu, uydurma verbal hayaller kurulduğu, bunların kalıplanmalarındaki intizamın kaybolduğu, düşünce sırasında birbirini tedai ettiren kelimelerin lojik olmaktan çok affektif tenbihlerle cümle dizisine katıldığı bilinmektedir, **Gregory.** Şizofren düşüncesinin bir otomatizm içine girmiş ve refleks vasıf almış bir düşünce şekli olarak görülmesi gerektiği iddiasındadır. Araştırıcı, otistik, dereistik, paralojik, paleolojik, majik, asindetik bir düşünce şeklinin şizofrenlere has olduğunu ifade etmiştir. Yukarda sayılan kusurların ise klinikte fikir kondansasyonu, neolojizm, assosiasyon kusuru, fragmantasyon ve hezeyan şeklinde görüldüğünü söylemektedir.

Otistik düşüncede hasta realiteye sırtını çevirmiştir. Düşünce olması gerektiği şekilde akmayıp, sapmış olan affektinin ve -varsa- persekütif fikirlerinin sevkettiği istikâmettedir. **Henderson** ve **Gillespie**'ye göre şizofren düşüncesi şu özellikleri gösterir:

a) Realiteden kaçar,

b) Düşünce hastanın kompleksleri tarafından sevkedilir,

c) Düşünce çocuksu ve arkaik bir safhaya kadar geriler,

d) Düşünce bozukluğuna uyacak bir şekilde şahsiyet desintegre olur.

Düşünce materyeli paleolojik ve majik'dir. Çünkü çok ilkel bir takım inanışları esas alır, sihre ve büyüye inanır, birtakım bilinmeyen kuvvetler vehmeder, insan üstü kuvvetler tasavvur eder. Bu haliyle

çok iptidaî kabilelerin kollektif düşünce yapısına uyar. Yukarda sayılanlara ilâveten assosiyasyonların kaybı ve fikir iştirakinin bozulması da kuvvetle kendini gösterir. Sualle cevap arasında hiçbir irtibat yoktur, fikirler uçucu vasıftadır; lisanı hatalı ve ifadesi müphemdir. Assosiasyonların kaybı, konuşmayı ve düşünceyi parçalı «fragmenté» bir hale sokmuştur. Ekseriya bir mevzuun tamamlanması mümkün olmaz; otomatik tekrarlar cümleyi anlaşılmaz hale getirir. Ekolali, verbigération, kelime salatası, assosiasyon kaybının sebep olduğu bâriz belirtilerdir. Düşüncesini, manâsını yalnız kendisinin bilebileceği kelime ve cümlelerle anlatmaya çalışır. Yeni fikir imali imkânsız hale gelmiştir. Şizofren düşüncesindeki aşikâr abstraksiyon kaybı yanında bozulan ikinci önemli mekanizma, umumileştirme «généralization» kabiliyetidir. Bir süjenin binlerce vasfı bulunabilir. İkinci bir süjedeki vasıfların da sayısı en az o kadar olabilir. İşte şizofren düşüncesinde görülen şey bu sayısız vasıflı süjelerin attribut'lerinin benzerliğinden hüküm çıkarılmasıdır. Süjelerin vasıf fazlalığına **Arieti**'nin bir hastası çok güzel örnek olabilir. Bu kadın hasta ayni anda kendisinin hem Meryem ana, hem mum ve hem de bizzat kendisi olduğunu iddia ediyormuş. Bu hükme şu paralojik mekanizma ile varıyor:

1) Meryem ana'nın başının etrafı bir hale ile çevrili idi.

2) Mumun alevinin etrafında hale vardır.

3) Ben de çevremdeki şahıslar tarafından bir nefret halesi ile kuşatılmış bulunuyorum.

Her üç kaziyedeki «hale ile çevrili olmak» vasıflarının benzerliğinden hareket eden hasta, süjelerin birbiriyle ilgisi olmamalarına rağmen, her üç süjenin (yani Meryem ana, mum ve bizzat kendisinin) ayniyeti hükmüne varmaktadır.

Kraepelin ve **Bleuler,** şizofrenlerin düşüncelerindeki mantık sapıklığından bahsetmişler ve bu kusuru ifade edebilmek için ilk defa **Kraepelin, «Paralogia»** tabirini kullanmıştır. **Bleuler,** şizofrenideki sapık mantıklı düşünceye otistik - dereistik düşünce adını vermiş ve assosiasyonların bozulmasının şizofreni için patognomonik olduğunu bildirmiştir. **Arieti** paralojik düşünce kusurundan bahsetmiş ve bunun sonucu ortaya çıkan idantifikasyon hezeyanını tarif et-

miştir. Misâl olarak yine Meryem ana olduğunu iddia eden bir başka hastasının hem Meryem ananın hem de kendisinin bakire olma vasıflarından hareketle bu hükme vardığını bildirmiştir. **Vigotsky Goldstein**'in abstraksiyondaki bozulmanın ehemmiyeti fikrini tebarüz ettirmiştir. **Domarus,** şizofren düşüncesi için ilk defa **«arkaik»** tabirini kullanmıştır. Bu müellifin yanı sıra pek çok araştırıcı şizofren düşüncesi ile ilkel insan düşüncesi arasındaki benzerliğe dikkati çekmiş ve ilk insan düşüncesi; çocuk düşüncesi ve şizofren düşüncesi arasındaki irtibatları tesbite çalışmışlardır. Bu konuda en ileri gidenlerden birisi, **Stroch** olmuş ve totemistik düşünce ile şizofren düşüncesi arasındaki benzerliğe dikkati çekmiştir. Bu araştırıcı neticelerini daha çok **Levy Bruhl**'ün çalışmalarına dayandırmıştır. Buradaki totemistik düşünüşe göre meselâ ayni totemden olan kabilenin bir ferdi ayni zamanda bir buğday tanesi, bir papağan ve kabilenin bir üyesi olabiliyordu. Ayni totemden olma keyfiyetinin, biraz önce **Arieti**'nin mum - Meryem ana ve kadın misalinde olduğu gibi, tipik bir paraloji göstermesi iptidaî insan düşüncesi ile şizofren düşüncesi arasındaki yakın benzerliği belirtmesi bakımından ilgi çekicidir. **Bolles, Landis** ve **Meadow** ile **Funkenstein** adlı araştırıcılar şizofren düşüncesi üzerinde çalışmış ve ilk ikisi insülin koma tedavisinden sonra hastalarda abstraksiyonun düzeldiğini, psikolojik test metodları ile göstermişler, son ikisi ise abstre düşünce ile otonom sistem arasındaki münasebetleri araştırmışlardır.

DİL VE DÜŞÜNCE

Düşünce, esas itibariyle, verbal bir fonksiyondur. Düşünebilmek için birtakım ana bilgilere ve bu bilgileri temsil eden verbal imajlara, kelime hayallerine ihtiyaç vardır. Buna yüksek seviyeli bir düşünce olarak, abstre - mücerret - düşünce diyoruz. Bunun daha basit seviyeden olanı doğrudan doğruya eşyanın hayalleri ile düşünme faaliyetidir «konkret düşünce». Verbal imajlarla düşünmeye **«iç lisan»** «language interieure» adı da verilir. Iç lisan zihnimizde saklanan hafıza engramlarını uyarır. Hatıraların kendi aralarında müşterek veya farklı taraflarını belirtir. Bu safha oditif hayallerin içimizde işitildiği, vizüel hayallerin ise içimizde adeta görüldüğü safhadır. Meselâ, düşünürken veya bir yazıyı sessiz okurken dahi okuduğumuz kelimele-

rin oditif hayallerini işitiriz, **Kerimoğlu.** Çocuklarda da dil öğrenimi aynen bu sırayı takibeder ve ortalama dördüncü yaşın sonuna kadar sürer, **Pichon, Öktem.** Dördüncü yaşın sonundaki safhaya «asıl lisan safhası» denilir. Asıl lisan safhasından maksat çocuğun konuşulanı anlaması ve buna uygun cevap verebilmesi halidir. Dördüncü yaşa kadar olan safhaya ise gene **Pichon,** «prelinguistik safha» adını vermektedir. Elbette ki çocukta bu iki safhanın yukarda belirtilen süreler içinde değişmesi ancak çocuğun normal zekâlı olması halinde mümkündür. **Kellog** ve **Kohts,** çocukta lisan ve düşüncenin tekâmülde çok aşikâr bir paralellizmini göstermişlerdir. Meselâ konuşma safhasına kadar çocuğa üstün durumda olan şempanze, çocuk konuşmaya başladığı andan itibaren ileri durumunu kaybetmekte ve çocuk 15 aylık iken düşünce bakımından şempanzeye tamamen üstün duruma geçmektedir. Yeni doğan bir çocuk, bütün organları ve merkezî sinir sistemi dahil, küçük fakat mükemmel organize bir yaratıktır. Her ne kadar henüz tam fonksiyone edemez ise de çevreye adaptasyon kabiliyeti, öğrenme gücü bir potansiyel enerji halinde saklıdır. Belli bir zaman sonra devreye girecek bir fonksiyonlar sistemidir. Bu şartlarda bir yaratıkda belirli bir davranış «behavioral pattern» gizlidir. Karakteri belirlenmiştir. Reaksiyonları çevre şartlarına göre feed back'lerle bağlanmıştır. Çocukta ilk iki hafta içinde umumiyetle sessiz bir safha görülür. Birinci haftanın sonunda ağlamalar kuvvetlenir ve solunumun gelişmesiyle çocuğun çıkardığı seslerin şiddeti artmaya ve tonları incelmeye başlar. Gözleriyle objeleri üçüncü aya doğru takibedebilen çocuk, dördüncü aydan sonra seslere karşı hassasiyet göstermeye başlar. Ilk üçüncü aydan altıncı aya kadar non - spesifik sesler çıkaran çocuk, altıncı ayın sonuna doğru ağız ve dudaklarını kullanarak spesifik sesler çıkarabilir hale gelir, **Luria.** Bu araştırıcı tek yumurta ikizlerinde ikizlerden birine lisan öğretmekle çocuğun diğerine nazaran mantıkî düşünce, muhakeme ve mücerret düşünce bakımından üstünlük kazandığını göstermiştir. Çocuk lisanı ve çocuğun düşüncesi arasındaki münasebetleri **Oleron, Piaget, Vigotsky** adlı müellifler göstermişlerdir. Son ikisi çocuklarda özellikle egosantrik lisan üzerinde durmuş ve bu lisanın iç lisana bir hazırlık olduğunu belirtmişlerdir. Iç lisanın iptidaî bir safhası olan egosantrik lisanın, şizofrenideki konuşma bozukluğunu belirleyen faktörlerden biri olduğundan bahsedilmiştir. Bu konuda **Watson** en fazla cesaretle konuşmuş, düşüncenin sadece

bir iç konuşmadan ibaret olduğunu ileri sürmüştür. Bu müellife göre iç konuşma ve düşünce, beynin olduğu kadar, larynx, dil, damak ve dudak kaslarının da katıldığı müşterek bir fonksiyondur. Periferik - sentral teori adıyla bilinen bu teori taraftarları elektromiyografi cihazı ile bahsedilen adale gruplarının, denek belli şeyleri düşünürken elektromiyografik etüdünü yapmışlardır. Bu sırada alınan traseler, düşünülen şeyin yüksek sesle söylenmesi sırasında alınan trase ile mukayese edilmiş ve iki trase arasında benzerlik dikkati çekmiştir. İç lisan fonksiyonunda duyulan oditif ve görülen vizüel imajlar düşüncenin ana yapısını teşkil ederler (*). Akıl hastalarının idrak bozukluklarında duyulan oditif hallüsinasyonların, bu bahsedilen oditif imajların, uygun bir stimulus olmaksızın, ortaya çıkarak mücerretlik vasfını kaybedip müşahhas birer idrak halini almaları ve hastada mevcut «insight» bozukluğu sebebiyle dışardan gelen seslermiş gibi telakki edilmeleri olduğu söylenebilir, **Ziyalar.**

Afaziklerde olsun, şizofrenlerde olsun iç lisanın bozulduğu bir gerçektir. İç lisan, mevcudiyetini zekâ, intellektüel fonksiyonlar, bilgi hazinesi ve kelime hazinesi gibi unsurlarla tamamlar. Bu sebeple, çeşitli hastalarda iç lisan ayni derecede bozulmaz. **Goldstein**'a göre bir insanın hastalık öncesi hayatında kullandığı oditif - verbal ve vizüel - verbal hayallerin sayısı ne kadar fazla ise ve ne derece sıklıkla kullanılmışsa, bu insanın iç lisanının bozulması ihtimali de o derecede azdır. Düşünmeye başladığımız zaman iki şekilde hareket ederiz: ya kelimelerin hayalleri ile veya eşyanın hayali ile düşünürüz. Böyle abstre ve konkret düşünce çeşitlerinden daha önce bahsedildi. Günlük hayatımızda iç lisan çok önemli bir yer tutar. Düşünme, konuşma ve yazma iç lisanın mevcudiyeti ile mümkündür. Elbette ki idrâk bozukluğu gösteren akıl hastalarında oditif - verbal ve vizüel - verbal hayallerin yanlış idrâk edileceği ve bu sebeple bu iki fonksiyona ait hatalı idrâkler sonucu hallüsinasyonların ortaya çıkacağı, ayni zamanda iç lisanın bozulması sebebiyle konuşma ve düşüncenin bozulacağı açıktır. Buna misâl olarak idrâk aldanmalarında görülen muhakeme kusurlarını gösterebiliriz.

(*) Burada «görülen» ve «duyulan» ile kastedilen şey; «görme ve duyma şeklinde hayal etme» faaliyetidir.

Biz ancak motör ve oditif imajlar yardımiyle düşünebilir ve konuşabiliriz. Burada vizüel imajların rolü çok azdır. Vizüel imajlar iç lisan için pek önemli addedilmemektedir. Daha önce de bahsettiğimiz gibi, lisan tekâmülünde evvelâ oditif imajlar vasıtasiyle anlama, sonra motor imajlar vasıtasiyle söyleme ve nihayet vizüel imajlar vasıtasiyle okuma mümkün olur. Okuma bilmiyenlerin dahi düşünebildikleri gözönünde tutulursa vizüel imajların düşünme fonksiyonunda önemli bir rolleri olmadığı ortaya çıkar.

İç lisan ile dış lisan arasında uyuşmazlıklar olabilir. Dış lisan bozuk olduğu halde, motor afazide olduğu gibi, **Goldstein,** iç lisan sağlam kalabilir. Bunun yanı sıra iç lisanın bozulduğu «santral afazi» bunun yanında konuşmanın motor komponentinin bozulmamış olduğu haller de mevcuttur. İç lisan, gelişmesi için bir tecrübe devresine ve bir materyel stokuna ihtiyaç göstermektedir. Burada oditif - verbal hayaller ve oditif - motor hayaller uygun bir sırayla görev almalıdır. Kendiliğinden konuşmanın kaybolması iç lisan bozukluğu için karakteristiktir. **Goldstein**'a göre bu hal muhakkak surette beyin dokusunun tahribi ile beraber olur. Bu bozuklukta kelimeler parçalara, hecelere ve hatta harflere bölünmüştür. Çok defa da hece ve harflerin dizisi manâ ve intizamını kaybetmiştir. Kelimenin bir kısmının harfleri muntazam dizildiği halde müteakip heceler ifadeden mahrum olabilir. Bazı harfler ise komşu kelimedeki harflerle yer değiştirir. Bütün bu değişiklikler **literal parafazi** adını alır. Bu klinik tablo şizofrenideki neolojizm ile sıkı bir benzerlik halindedir: Ancak, bütün bu kusurlarına rağmen hastalarda söyleme gayreti kaybolmamıştır. Doğrusunu bulamadığı hallerde bile kelimeleri ve harfleri, yanlış da olsa, çeşitli manâlarda kullanmaya gayret eder. Bu hal bir yerde hastaya istediğini anlatmak imkânını verirse de, yeni birtakım güçlükler ortaya çıkarır.

Biz, düşünürken kullandığımız öğrenilmiş pattern'leri ancak devamlı kullandığımız ve kontrol ettiğimiz için unutmayız. Eğer bu kontrol iç konuşmanın bozulması ile kaybedilirse, evvelce çok iyi bilinen fonksiyon düzeni unutulur. Yani, kullanılamama sonucu, evvelce saklanmış olan doğru ve kusursuz oditif - verbal hayaller bile ya tamamen unutulur ve hafızadan silinir veya yanlış bir şekilde kalıplanıp depo edilirler. Elbette ki bu hatalı hafıza engramlarının doğru şekillerini kaybetmesi halinde artık doğru düşünmek de müm-

kün olamıyacaktır. Verbal ve vizüel hayallerin ilk tesbit edildikleri şekilleri kaybetmeleri sonucu bu hatalı engramların uyaracağı motor hayaller farklı olacak ve hasta istediğinden tamamen farklı bir kelime ve ses çıkaracaktır. Tabiîdir ki yazı yazma fonksiyonu aynı mihanikiyetle bozulacak ve ifadesiz birtakım kelime ve harf dizilerinden ibaret olacaktır. Anlama fonksiyonu doğrudan doğruya oditif - verbal hayallerin doğruluğu ile kabil olduğundan ilk plânda anlamanın da bozulacağını düşünmek yerinde olur.

Okuma bir dereceye kadar salim kalabilir, zira, okumada oditif - verbal hayaller yerine vizüel - verbal hayaller kullanılmaktadır. Hasta okurken gördüğü taze vizüel - verbal hayalleri kullandığından ve bu vizüel hayaller okuduğu kelime ve harflerin aynısı olduğundan, doğru olan motör fonksiyonu davet ederler. Hasta görünüşte doğru okuyormuş gibi görünürse de, bir müddet sonra okuduğu ezberden tekrar ettirilmek istenirse bunu yapamaz. Çünkü, oditif - verbal hayallere ait engramlar bozulmuştur. Hadise aynen bir insanın bilmediği bir dildeki metni okumasında olduğu gibidir. Bunun yanısıra okumayı öğrenmiş, fakat kelime hazinesi çok fakir çocuk ve yetişkinlerde okumanın mümkün fakat anlamanın çok kısır olması da buna benzetilebilir. Çıkardıkları sesler bizim için ifadeli, fakat kendileri için manasızdır. Yazı yazma bir dereceye kadar salim kalabilir. Günkü şahsın evvelce kazanmış olduğu bir motör pattern mevcuttur. Kelime bütüniyle öğrenilmiş ve saklanmıştır. Bu sebeple bütün bir kelimeyi hatasız yazabilir, fakat hecelere ayırarak yazması istendiğinde yazamaz. Zira, evvelce hecelerine ayırarak yazmamış ve motör hayal bir bütün **(Gestalt)** halinde, beyinde saklanmıştır. Kendiliğinden yazmanın bozulması yanında kopye ederek yazma hemen hemen hiç bozulmaz. Iç lisanın bozulması ile doğru kelimenin bulunması ve seçilmesi imkânsızdır. **Goldstein,** bu şekilde cümle terkibine yanlış bir sıra ile girmiş kelimelerin «kelime salatası»nı «salade de mots» meydana getirdiğini söyler. Mamafih, bir cümle içerisinde bir veya iki kelimenin yanlış ve yersiz kullanılması genellikle cümlenin manâsını pek fazla bozmaz. Kelime içinde de bazı hecelerin yer değiştirmesi, sağlam insanda o kelimeye ait doğru hayaller mevcut olduğundan, kelimenin doğru bir şekilde tanınmasını etkilemez. Ancak, lezyonun anlamaya ait beyin bölgelerini de tuttuğu hallerde bu aksaklıklar cümle ve kelimelerin anlaşılması yeteneğini tamamen ortadan kaldırır.

Goldstein, amnezik afazideki kelime bulma güçlüğü ile iç lisan bozukluğundaki kelime bulma zorluğunun birbirinden farklı şeyler olduğunu söylemiştir. Amnezik afazide oditif - verbal hayalden motör fonksiyona geçişte zorluk vardır. Iç lisan bozukluğunda ise idéation ve concept formation bozulmuştur. Meselâ, çayına şeker isteyip de bir türlü söyleyemeyen bir amnezik afazili hastaya, kalem mi, para mı yoksa şeker mi istediği soruldukta, «şeker» kelimesini duyunca tasdik eder ve kelimeyi tanır. Buna karşılık, iç lisanın bozulması halinde «şeker» kelimesinin karşılığı da kaybolmuş olduğundan, hastanın kelimeyi tanıması mümkün olamaz.

Anlatılanların dışında, müelliflerin dikkatini çeken diğer bir husus da tekrar edebilmenin bozulmasıdır. **Goldstein**'a göre tekrar edebilme çok komplike bir hadisedir. Çünkü, hem konuşma, hem de konuşma ile ilgili olmayan mental processus'lerle ilgilidir. Evvelce bir kelime kavramının doğruluğunun ne derecede önemli olduğuna işaret etmiştik. Tekrar etme ise idrâk edilenlerin basitçe bir taklidinden ibaret değildir. Biz, sadece duyulan sesi taklit etmekle kalmıyoruz, bu sese ait mefhumun manasından da haberdar oluyoruz. Kelimelerin karşılıklarının depolanmasının bozulması tekrarı da bozar. Bu suretle, tekrar hataları sentral afazinin karakteristik vasfını teşkil eder. Elbette ki, çok nadir olarak total bir tekrar iktidarsızlığı görülebilir. Ancak, hadise umumiyetle parafazi veya verbal, yahut da literal afazi karakterindedir. Eğer tekrar edebilme tamamen bozulmuşsa korteksde geniş bir harabiyet bahis konusudur, **Goldstein.**

AFFEKT BOZUKLUKLARI

Affekt : Duygusal hayatımızın bütününü teşkil eder. Hislerimizdeki bütün değişiklikler ve dalgalanmalar, azalıp artmalar ve bunların bizim davranışlarımıza aksedişi, affektif «feeling - tone» duyuş tonları olarak bilinir. Affekt bir çeşit «self - feeling» kendini duyuştur. İstemek, istememek, arzu etmek, etmemek, sevmek nefret etmek, beğenmek hoşlanmamak gibi karşıt duyumları içerir. «Emotion» heyecan sözcüğü de çoğu kere «affekt» duygululuk sözcüğü ile eş anlamda kullanılır. Heyecan affektin fizyolojik komponenti olarak kabul edilir. Affekt canlının bütün hayatını renklendiren ve onun tavrını belirliyen bir fonksiyondur. Affektin «inherent dynamic» bir komponenti olduğu ve bu yoldan kişinin düşünce yapısını ve dürtüsel davranışlarını etkilediği bilinir.

Mood : Affektin belirli bir süre için belirli bir tavır alması halidir. Kişi belli sürede belirli bir istek ve yönelme gösterir ve kararlılık durumuna girer. Ya keyifli ve neşelidir İstekli veya isteksizdir. Arzulu veya arzusuzdur. Mood değişken bir heyecan durumu olup şahıs değişik sürelerde tam ters ve farklı isteklilik durumlarında olabilir. Daha önce beğendiği bir şeyi daha sonra isteksiz karşılıyabilir. İlgisi artmış, azalmış veya değişmiş olabilir.

Affektif faktörlerin kişinin iç ruhsal eğilimleri ile karışması sonucu kişinin şuur açıklığında bir karışıklık olur ve kabul edilmiyen istek ve arzular şuurda tanınmaz ve seçilmez hale gelirler. Böylece bir şaşkınlık hali veya depresyon husule gelir. **Bleuler,** bu konuya fazla önem vermiş ve bütün psikopatolojik değişikliklerin aslında «thymopaties» adını verdiği affekt bozuklukları olduğunu savunmuştur. Araştırıcı, zekâ gerilikleri, konfüzyon ve hezeyan hallerini «intelectuel disturbances» adını verdiği ayrı bir gruba almış bunun dışındaki hastalıklardan affekti mesul tutmuştur.

Dinamik etyolojik faktörlerin oluşumunda affektin büyük bir rolü olduğu inkâr edilemez Davranışın yönlendirilmesinde düşüncenin etkisi kadar ona yapışık olan duygululuğun da tesiri vardır. Düşünce kişinin tabiatına ve mood'una uygun olarak gelişir.

Affekt düşüncenin muhtevasını teşkil ettiği gibi onun işleyişini de yönlendirebilir. Emosyonel sebeplerden ötürü «over - valued» aşırı değerlendirilmiş fikirler düşünceyi saptırırlar. Assosiyasyonların affekt tarafından yönlendirilmesi sonucu düşünce lojik olmaktan çıkar ve emotiv, ilitere ve subjektif bir vasıf kazanır. Affektin nahoş ve istenmiyen fikirlerin assosiyasyonunu bozması sonucu ise düşünce durur veya «rigid» katı bir hal alır. Eğer kişinin ihtiyaçları ve arzuları gerçekle hiç bağdaşmıyacak bir ölçüye varırsa bu defa «delusional» hezeyani bir muhteva gelişir ve halusinasyonlar ortaya çıkar.

Idantifikasyon mekanizması ile affekt genişletilir ve kişinin dışına taşar. Kişi hazetmediği bir insanın fizik özelliklerine benzer bir fizik özellik gösteren diğer insanlara karşı da bir nefret geliştirir. Meselâ, öfke ve nefret duyulan uzun boylu bir babanın varlığı diğer uzun boylu erkeklere de nefret duyulmasına sebep olur.

Keder kişiyi suskun ve hareketsiz yapar, neş'e ise konuşturur ve hareketini arttırır. Dürtüler serbest hale gelir. Mood'un heyecan tonunun yükselmesi halinde «elation of mood» ise kişi bütünü ile bir iyilik hissi «feeling of well - being» içindedir. Bu durumda fikirler öylesine bir akıcılık kazanır ki buna «flight of ideas» fikir kaçışı adı verilir. Bu durumda artık iç görüş bozulmuş ve bütün düşünce yapısına emosyonlar ve affekt hakim olmuştur, «lack of insight».

Pleasurable affect : Affektin hafifçe haz cihetine yönelmesine verilen isimdir. «Euphoria» öfori olarak da bilinir. Öforik hasta «optimistic mental set» iyimser düşünce olarak adlandırabileceğimiz bir tavır benimser. Bu insan için her şey keyif verici ve iyidir. Hiç bir şey onu kolaylıkla müteessir edemez. Her olayın bir iyi ve haz verici yönünü bulur. Bu durum bir çok organik hastalığın seyrinde görülür. Bunlar: Multiple sclerosis, general paresis, bazı beyin urları gibi hastalıklardır. Hastanın kendine olan güveni «self - confidence» son derece artmıştır, motor faaliyet hızlanmıştır. Gerçeklik duyumu bozulmuş olduğundan bitik ve yıkılmakta olan hastalar bile durum-

larının çok iyi olduğundan bahsederler. Bu iyimserlik ve hareket artması haline «elation» adı verilir.

Exaltation : Elation'dan daha aşırı bir durumdur, şiddetli büyüklük fikirleri ile beraberdir. Hasta kendisini dinî veya siyasî mertebelerin en üstünde görür. Ya bir kumandan, ya bir devlet adamı veya bir peygamberdir. Bunlardan hiç biri değilse büyük keşiflerin ve sırların insanıdır. Keyifli ve neşeli bir zeminde ileri sürülen bu fikirlere karşı çıkarsanız şiddetli bir öfke ve saldırganlık gösterir. Genellikle iddialarını destekler görünümde şatafatlı ve süslü kıyafetler giyer. Aslı olmıyan vesikalar gösterir.

Ecstasy : Yukardakinin aksine hastanın sakin, sessiz ve aşırı huzurlu bir tavır geliştirmesi halidir. Heyecanlar ve affekt dinî ve uhrevî düşüncelerle doludur. Kişi suçlu ve teslimiyetçi bir davranış içindedir. Kendisini ilahî düşüncelerine teslim etmiştir. Hasta kendisini kozmik bir güçle idantifiye eder. Bir nevi ermişlik mertebesinde hisseder. Dünyevî plandan ayrılmış ve yeni bir varoluş kazanmıştır. Bu durum hastanın kendisi ile tam bir doyum haline gelmesi olarak kabul edilir. Bu durumdan uyandırıldığı zaman da izlenimlerini anlatmıya ve bu hali şuurlu olarak yaşamıya devam eder. Dissosiyatif, epileptik, şizofrenik ve affektif bozukluk gösteren hastalarda görülebildiği gibi tamamen normal olan ve değişik bir duygululuk geliştirmiş olan kimselerde de görülebilir. Kendiliğinden meydana gelebildiği gibi bir öğretim ile de oluşturulabilir.

Meditation : Eğitim ve öğretim ile geliştirilmiş bir Ecstasy halidir. Huzursuz, sıkıntılı, hipokondrili insanlarda faydalı olabilir. Kişi kendisini iyilik ve ferahlılıkla güzel düşünceler ve insan sevgisi ile dolu olduğunu farzeder ve bu şekilde telkinler yapar.

Hypochondriac attitüde : Feeling of ill - being, kişinin kendisini iyi hissetmesinin aksine kötü hissetmesidir. Hasta şikâyetlerini çok büyütür «exagerated complaints» Daha çok depresyonu olan hastalarda görülür. Bir kısım hastalar ise hezeyanlarını bu hipokondriak fikirlerle desteklerler. Iyimserlik ve kötümserlik duyumları çoğu kere ayni hastada birarada bulunur. Aşırı iyimser bir hastanın bunun yanısıra bir takım fizik şikâyetini de sıraladığı görülür.

Depression : Duygusallığın keder cihetine bir artmasıdır. Hafif,

orta ve ağır şekilleri vardır. Hafif şeklinde hasta, sakin, suskun, hareketleri azalmış ve yavaşlamış, müteessir, gayri memnun, kötümser, bitik, yorgun, cesaretsiz ve umutsuzdur. Düşünce yavaş olup karar verme zorlaşmıştır. Kendi kişisel problemleri ile aşırı ilgilidir. Dış ilgileri azalmış ve çevre münasebetleri çok seyrekleşmiştir.

Orta şeklinde hasta nahoş bir gerginlik ve huzursuzluk hisseder. Hasta melankolik tabiatta ve israrcı bir takım fikirler ve hezeyanlarla doludur. Her yeni duyum ve hareket hastada «mental pain» bir azap ve zihnî huzursuzluk yaratır. Konuşma oldukça zorlaşmıştır, buna musluğun yarı açık hali denir. Hasta konuşmanın kendisine acı verdiğini söyler. Şahıs kendisini ayırd edilmiş, terkedilmiş ve yalnız hisseder. Sevilmediği kanaatindedir. Bu adı geçen duyumlara ait tefsir hatalarını ve hezeyanlarını tekrarlar durur, «rumination»

Bu affektif kusurlar yanında hastalar, baş ağrısı, başta sıkışma hissi, yorgunluk, kabızlık, iştah kaybı, uykusuzluk, cinsel istek azalması gibi şikâyetlerde bulunurlar. Özellikle çok erken uyanma bu hastalarda karakteristiktir. Referans fikirleri affektif duyumlardan kaynaklanırlar. Hezeyanlar, daha çok suçluluk ve günahkârlık fikirleri ile yüklüdürler. Depresyonluların yüzlerinde bu hastalığa has bir görünüm vardır. Kaşlar «omega melancholica» denilen şekilde kaş uçları aşağı ve iki kaş bileşeği yukarı bakacak şekilde kaymıştır. Dudak kenarları aşağı sarkmış ve yüz süzülmüştür. Göz kapakları yarı kapalıdır. Gövde bütünü ile bir «flexion» bükülme durumundadır. Gözler devamlı yere bakar. Adalelerdeki antagonizma bozukluğuna bağlı olarak ektremite ve gövde hareketleri çok zorlaşmıştır.

Depresyon «reactive» ve «endogen» olmak üzere ikiye ayrılır. Reaktif olanda dış şartlar ve çevre şartları sorumlu tutulur. Bu şekil tedaviye ve çevre değişikliğine genellikle iyi cevap verir. Kişiler arası münasebetlerden meydana gelen sürtüşmeler şahısta şuur altında bir suçluluk duygusunun oluşmasına sebep olur.

Bu sürtüşmelerin bilinç dışında terslik, düşmanlık, küskünlük duyumlarını geliştirdiği, özellikle onun isteklerine karşı çıkan ana ve babanın tabii hedefler olarak seçildiği görülür. Bu kişilere karşı geliştirilmiş düşman duygular ve saldırganlık depresyonda hastanın bizzat kendisine çevrilir. Endogen depresyonda bu hale sıklıkla rast-

lanır. Reaktif olanında ise genellikle «sıkıntı» ortaya çıkar ve hasta bir «retardation» gerileme gösterir.

Depresyonlu hasta, a) Belirli bir gayret ve başarı gösteremediği için duyduğu utançtan, b) Bastırılmış düşmanca duygularını hissetmesinden, c) Duyduğu aşırı elem ve kederden dolayı affektif bir bocalama içindedir. Hasta kendisini kirlenmiş ve aşağı hisseder.

Grief : Elem ve keder karşılığı olarak kullanılır. Kişinin düşmanlık ve öfke beslediği bir insanı kaybettikten sonra ortaya çıkan bir nedamet, utanç ve pişmanlık duyumudur. Devamlı kötü davrandığı bir koca, bir anne, bir evlâdın ölmesi sonucu hasta kendisini bu ölümden suçlu ve sorumlu tutar. Grief kişiyi önemli ölçüde davranış bozukluğu veya bir intihara sürüklememekle beraber çoğunlukla günlük yaşamında hazza yönelik hareketlerden uzak kalmasına sebep olur. Bazı kültür ve dinlerin, haz verici şeyler, yiyecekler ve davranışlardan kişiyi yasaklamasının da bu elem ve keder halinin sürdürülmesinde rolü olduğu bilinmektedir. Ölü evinde müzik çalınmaması, matem elbiselerinin ve takılarının giyilmesi, perhizler, toplumsal grief davranışları olarak bilinir.

Anxiety :

Sıkıntı, sebebi bilinmeyen çözümlenemiyen bir olay karşısında duyulan şey. Bir tür korku ve panik hissi, şuurun derinliklerinden gelen bir tehdit hissi, nahoş bir uyarı, kabul edilmiyen iç tavırlar karşısında duyulan huzursuzluk olarak tarif edilir.

Kişi sıkıntısının kaynağını bilemez ve bir objeyi mesul tutamaz. Bir kısım araştırıcı ise sıkıntıyı süjenin sıkıntıyı doğuran kaynakla sıkıntı nisbeti arasında uygun bir münasebet kuramaması şeklinde tarif eder. Buna lojik sıkıntı adı verilir ve böylesine bir sıkıntıda repression ve dissociation mekanizmaları işletilmez, bir ölçüde şuurlu bir sıkıntı olarak kabul edilir.

Sıkıntı genellikle çıkış kaynağından ayrıldıktan sonra görünümünü değiştirir ve kişinin üst benliğinde kabul edebileceği akla yakınlaştırılmış bir görünüm alır. Böylece izahı mümkün olmıyan ve azap verici özelliğini terkeder. Meselâ bir homoseksüel anksiete yerini bir kişiler arası sürtüşmenin aldığı sıkıntıya dönüşür.

Sıkıntının bazen hiç bir değişikliğe uğramadan serbestçe ortaya konduğu görülür. Buna serbest dalgalanan sıkıntı, «free - floating anxiety» adı verilir. Bunun karşıtı olarak «covert - anxiety» de vardır. Bu şeklinde hastada azap verici bir gerginlik hissi ve nahoş bir idrak yoktur ve sıkıntı fizik bir hastalık gösterisi şeklinde maskelenmiştir. Bir kalb ağrısı, bir mide ülseri, bir adale ağrısı gibi şikâyetler ortaya çıkar. Sıkıntı bu hali ile birçok nörotik sendromun temel belirtisini teşkil ettiği gibi birçok psikozun da ayrılmaz bir arazı olarak ortaya çıkar. Nörozlarda sıkıntının ortaya çıkış mekanizmasında egonun kontrol edilemiyen güçlerinin ve süperegonun «self - destructive» yapısının arasındaki mücadele sonucu sıkıntının oluştuğu kabul edilir.

Sıkıntının önemli bir özelliği otonom sistemi etkilemesi ve fizyolojik semptomlar halinde ortaya çıkma eğilimidir. Çarpıntı, ekstrasistol, iritabilite, kabızlık, diyare, bulantı, bayılma, sıcak basması, titremeler, sıkıntının çok sık rastlanan fizyolojik görüntüleridir.

Sıkıntılı hastalar kendilerini sıkıştırılmış, daralmış ve kıstırılmış hissederler. Tahammülsüz ve sabırsızdırlar. Çabuk alınırlar ve paniğe kapılırlar, hareketleri telâşlı ve kararsızdır. Ağlama sık görülen bir belirtidir. Motor huzursuzlukları sebebiyle bir yerde duramazlar. Elleri ile devamlı olarak burunları, kulakları, elbiseleri veya ellerinde bulunan bir eşya ile oynarlar. Rahat oturamazlar. Devamlı tedirgin ve kötü bir şey bekler durumdadırlar. Kolaylıkla «agitation» aşırı bir heyecan ve aşırılık durumuna girebilirler. Şiddetli sıkıntı hallerinde ise impulsif saldırganlıklar veya suicidal ataklıklar gösterirler.

Normal sıkıntı : Sıkıntı normal kişilerde de hissedilen bir duyum olup kişinin çevreye uyum sağlamasında kullandığı bir mekanizmadır. Insan böylece nahoş ve istenmiyen durumlardan sakınmayı öğrenir. Bir tehlikenin beklenişi, bir işi yapmak için zamanın yeterli olmayışı, uygunsuz bir duruma düşme ihtimalinin olması gibi.

Bunun yanısıra korku uyandıran durumlar, toplumun belirli bir tehlike karşısında kalması, yangın, zelzele, harb hali, temel gıda maddelerinden birinin olmaması, uçak düşmeleri, gemi batmaları gibi çok sayıda insanı ilgilendiren felâketler de kişisel ve kitlesel sıkıntıyı davet ederler.

Fizyolojik sebepler : Gellhorn, 1943, sempatik ve parasempatik sistemin artmış aktivitesini sıkıntının oluşunda sorumlu tutmuştur.

Kanda adrenalin seviyesinin yükselmesi, karaciğerden şekerin mobilizasyonu, kan basıncının artması, kalb atım sayısının artması kişide bir huzursuzluk ve sıkıntı husule getirir. Teneffüs hızlanır ve derinleşir, cild solar, adale tonüsü azalır ve titremeler başlar. Barsak peristaltizminin artması, sık işeme ve diyare parasempatik aşırılık olarak dikkati çeker. Buna benzer durumların öfke ve seksüel cevapta da görülmesi sıkıntı ile bu iki duygusal davranış arasında bir yakınlığa işaret sayılmaktadır.

Sıkıntının beraber görüldüğü durumlar : Sıkıntı klinikte öncelikle depresyonla beraber görülür. Sıkıntının fizyolojik değişikliklere sebep olması yönünden depresyonlu kişide öncelikle hipokondriler başlar. Hastanın kafası içindeki nahoş fikirlerden uzaklaşma isteği onun dikkatini bedeni üzerine çevirir ve «nevrastenik» bir tavır gelişir. Güçsüzlük ve kuvvetsizlik fikirleri bir süre içinde yerini konversion semptomlarına bırakır.

Hiper adrenalinemi ile beraber giden böbrek üstü tümörleri, post - koreik sendrom, senilite, serebral ateroskleroz ve parkinsonizm tablolarında görülen sıkıntı ruhsal bir sıkıntıdan mutlaka ayrılmalıdır.

Envolusyon melankolisi, depresif psikozlar, şizofrenik psikozda ortaya çıkan sıkıntı da saf sıkıntıdan kendilerine has gösterileri ve belirtileri ile kolayca ayrılabilir.

Oluş : F. Brown, 1942, sıkıntının ailevî karakterine dikkati çekmiş ve sıkıntıda soya çekimin bir rolü olduğunu ileri sürmüştür. Sıkıntının kadınlarda, erkeklerde olduğundan daha sıklıkla görülmesine rağmen cinse has bir özelliği olduğu kabul edilmemektedir. «İmmaturite» kişiliğin yeteri kadar gelişmemiş olması ve «advanced age» ilerlemiş yaş önemli unsurlardır. Çocuklarda, yalnızlık, büyük çocuklardan korkma, karanlık korkusu, yabancılardan korkma, köpeklerden korkma, gece ve gece ile ilgili korkulu hikâyeler dinleme sıklıkla sıkıntı sebebi olmaktadır. Ayni şekilde dehşet rüyaları görme, rüyada şiddete ve eziyete maruz bırakılma da çocuklarda sıkıntı sebebidir. Bunlar çocuğun gelişmesi ile giderek kaybolmasına rağmen adolesant devrede tekrar görülebilirler. Delikanlılık devresinde bu korkular şekil değiştirir ve karşı cinse yaklaşma korkusu, cinsel yakınlaşma korkusu, masturbasyon korkusu, gece boşalmalarının verdiği korku ve panik hissi, seksüel organlarının değişeceği veya zarar göreceği imajinasyon ve fantezileri veya kişiliğinin saldırgan bir tavır alacağı endişesi yeni yetişmekte olanda şiddetli sıkıntı reaksiyonuna sebep olur.

Olgunlaşma devresinde ve orta yaşta bütün bunlar terkedilir ve kişi saf bir sıkıntı geliştirir, «Free - floating anxiety». Orta yaşın ötesinde erkek ve kadında hormonal denge kusurları, menopoz ve andropoz başladığı zaman sıkıntının tekrar arttığı ve yaşlanmanın ilerlemesi ile bu sıkıntının da giderek şiddetlendiği görülür.

Senile anxiety : Genel metabolizmanın bozulması, hormonal faaliyetin yetersizleşmesi, izolasyon, fizik gücün azalması, beyin beslenmesinin bozulmasının beraberce rol oynadığı ve sıkıntı, huzursuzluk ve ajitasyonla beraber olan bir durumdur.

Premanstrual tension : Kadınlarda adet önü devresinde ortaya çıkan bir sıkıntı durumudur. Bio - hormonal denge bozukluğuna bağlıdır. Aşırı duyarlık, yorgunluk, depresyon ile beraberdir. Menstürasyonun başlaması ile sıkıntı sona erer. Kadınların % 40'ında görüldüğü tahmin edilmektedir. Bu devrede su tutulmasına bağlı olarak bir miktar kilo artması, oliguri ve göğüslerde terleme görülür. Baş ağrısı, bulantı, başdönmesi, çarpıntı, susama ve iştah artması olur. Uykuya düşkünlük, bir kısmında hiperseksüalite görülebilir.

Temel değişikliğin östrogen - progesteron arasındaki uygunsuzluğa bağlı olduğu sanılmaktadır.

Psikopatik kişilik yapısında olanlarda daha sıklık ve şiddette görüldüğü ve psikolojisinde bir «self - pity» kendini acındırma gayesinin bulunduğu ileri sürülmektedir. Kadınlarda menstürasyon sırasında psikotik atakların ve suç yatkınlığının arttığı tesbit edilmiştir, **Morton,** 1952.

Gebelik : Gebelik sırasında önemli ölçüde metabolik ve hormonal değişikliklerin olması, kadında bu devre içinde psikotik hastalık ihtimalini arttırmaktadır. Gebelerde bir «emotional lability» heyecan kararsızlığı olduğu görülmekte bunun yanısıra koku ve tad duyumlarının arttığı dikkati çekmektedir. Pica, gıda maddesi olmıyan şeylerin yenmesi ve arzu edilmesi «aşerme» psikolojik kaynaklı oral bir agresiviteyi işaret etmektedir. Hyperemesis fizyolojik tabiatta

olsa bile emosyonla aşikâr bir artma göstermektedir. Ananın psikotik olduğu veya çocuğun istenmediği hallerde bu hiperemezis çok ağır seyretmektedir. Gebelerde reaktif depresyonların çok ağırlaştığı ve çoğunlukla intihar teşebbüslerine yol açtığı görülmektedir. Bunun yanısıra bazı nörotik hastaların gebelikleri sırasında çok iyi bir düzelme gösterdikleri ve hastaların bu devreleri için «hayatlarının en mesut devresini yaşadıklarını» ifade etmeleri de nadir değildir. Gebeliğin ilerlemesi ile, doğum tehlikeleri, korkusu ve fizyolojik toksemiler hastalarda konfüzyonel ve deliran gösterilere yol açabilirler.

Panic : Sıkıntı, ego fonksiyonlarının dizorganizasyonu sonucu bir panik halinde de kendisini gösterebilir. **Diethelm**, «Panik duygusu, uzun sürmüş bir gerginlik duygusu, şiddetli bir korku hali, emniyetsizlik, şüphecilik gibi duyumların projeksiyonu ve bir dizorganizasyon halindeki görünümüdür» demektedir.

Projeksiyonlar sonucu oluşan misinterpretasyonlar - tefsir hataları hastada tehdit ve itham edici vasıfta halusinasyonların oluşumuna sebep olur. Homoseksüel ve başarısız heteroseksüel denemeler önemli sebepler arasındadır. Emniyetsizlik ve hakkının yendiği düşüncesi «self - assertion» kişiyi süratle paniğe ve saldırganlığa sürükler. Bu panik halindeki hastalar herhangi bir davranışa cesaret edemedikleri için çok sakin durmalarına rağmen çok ani ataklıklar yaparlar, «raptus».

Inadequate affect : Duygu uygunsuzluğu. Hastaların bir kısmında duygu donukluğu, apati, lakaydi görülür. Bu kimselerde haz ve elem veren şeylere karşı olan reaksiyon normallerde görülenden çok farklıdır. Normal insanı üzecek sevindirecek bir olay bu kimselerde ters tepki yaratır. Yüzleri herhangi bir duygunun izlenimlerini taşımaz, «mask face». Buna maske yüz denilir. Dürtü ve ilgi yoksunluğu bu kimselerde esastır. Estetik, sanat duyumları hemen yok gibidir. Şefkat, sempati, hürmet, ümit ve benzeri duyumlara hiç rastlanmaz. Bu duyum eksikliği kişiyi dış çevreden uzak tutar. Bir müdafaa olarak apati geliştirmeleri azap verici idraklerden korunmaları için olsa gerektir.

Affektin yönelme bozukluğu : Paraffeksiyon olarak bilinen bu duruma özellikle şizofren hastalarda rastlanır. Uyarı ile affektif cevap birbirine tamamen zıddır. Hasta üzülmesi gerekirken sırıtır veya güler. Çünkü bu cevap belirli bir dış uyarana karşı verilmemiş olup hasta kendi iç dünyasındaki olaylarla kominike etmektedir, gerçekte verdiği cevap iç uyarılarınadır. **Stransky** adlı araştırıcı bu durum için «intrapsychic ataxia» deyimini kullanmıştır.

Ambivalence : Bleuler, bütün kişilik yapılarının eğilimler tarafından yönlendirildiğini, ancak bunların hemen yanısıra karşı eğilimlerin de bulunduğunu farketmiş ve bunun üzerine «ambivalence» karşıtlık deyimini psikiyatriye getirmiştir. Affekt ambivalansında aynı objeye karşı iki karşıt duyum ayni zamanda geliştirilir. Kişi ayni şeyi hem ister hem de reddeder. Bu duyumlardan birisi şuur sathında var olur ve idrak edilirken diğeri saklı olarak kalır ve şuur altında bulunur. Ancak bu karşıt duyum depresyonda olduğu gibi sıkıntı ve suçluluk duygusu uyandırmaz. Ayni kişiye karşı duyulan sevgi ve nefret hissi bu karşıtlığın en belirgin misalidir.

Bu karşıt duyumlardan birisi diğer duyum için bir güçlendirme uyarısı da olabilir. Kişi aslında bir nefreti ve düşmanlığı saklamak için aşırı bir sevgi ve şefkat gösterisinde bulunabilir. Ambivalansa normal kişilerde rastlanabildiği gibi şizofrenik bir psikozun karakteristik gösterisi olarak da ortaya çıkabilir. **Bleuler** bu duyguyu, şizofreninin esas belirtilerinden saymıştır.

Depersonalization : Kişiliğin çözülmesi, dağılması ve parçalanması anlamına gelir. Hasta kendisine karşı bir yabancılaşma hisseder. Kendisinden aldığı izlenimler ve duyumlar gerçekle uyuşmazlık halindedir. Bu değişik algılama iki şekilde olur. Şahıs ya kendisini veya çevresini değişmiş hisseder. Bu ikisinden birisi yoktur veya gerçek değildir zehabına kapılır. Daha sonra kendisinin kendisi olmadığını iddia eder. Ya ani ve şiddetli emosyonel bir şoktan sonra veya yavaş gelişen fizik veya heyecanî hastalıklardan sonra ortaya çıkar. Kendi düşünceleri insana yabancı gelir. İçinde konuşan şeyin kendisi olmayıp bir makina olduğunu zanneder. Şekiller ve insanlar ondan uzakta değişik renklerde ve görünümdedirler. Bu idrak kusurlarından dolayı hasta huzursuz ve şaşkındır. Zihnini toparlıyamaz ve beyninin durmuş veya ölmüş olduğunu iddia eder.

Depersonalizasyon bizzat bir hastalık olmayıp çeşitli hastalıkların seyrinde ortaya çıkan geçici veya kalıcı bir belirtidir. Histeri,

şizofreni, hipokondri ve depresyonda sıklıkla görülebilir. Çok aşırı yorgunluk ve bitkinlik hallerinde normal kişilerde de rastlanmıştır. Psikopatolojisinde bir «withdrawal» gerçekten kaçma eğiliminin yattığı bildirilir.

Shorvon, 1946, depersonalizasyonu obsesif kişilik yapısında gelişen bir patoloji olarak tarif etmiş ve «derealization» gerçek dışı fikirlerin bu kişilik bozulmasında etken olduğunu savunmuştur. Kişinin kendi kişilik yapısındaki kusurların kısmen farkına varması ve bundan huzursuzluk duyması halinde hemen bir ilgi azalması, aktivitesini değiştirmesi ve gerçekten uzaklaşmıya çalışmasının oluştuğu sanılmakta ve bu şekilde kendisine nahoş gelen bu kişilik yapısından uzaklaşmış olmaktadır şeklinde bir izah yapılmaktadır. Şizofren hastaların bu şekilde birkaç defa depersonalizasyon safhasından geçtikleri söylenmektedir.

Depersonalizasyon kısa bir süre için bile olsa mescaline zehirlenmesinden sonra da görülmektedir. Araştırıcılar bu tesirin beyinde oksijen alınımının bozulması sonucu olduğu kanaatindedirler. Epilepside rastlanan depersonalizasyon süreçlerine kendi bahsinde yer verilecektir.

ŞUUR BOZUKLUKLARI

Şuurun ne olduğunu ve şuur kavramından neyin kasdedildiğini bu gün için kestirmek oldukça güçtür. Şuur basit kavrama, idrak, haberli olma, bilinç, karar verme ve benzeri bir seri fizyolojik ve ruhî fonksiyonu içine alan ve çok yukarı seviyelerinde tamamen abstre ve filozofik karakterde bir fenomendir. Bizim burada incelemek istediğimiz şuurun elemanter görevleri ve özellikleridir. Ancak şunu belirtmek isteriz ki şuur bilinç demek değildir, bilinç şuurun sadece belirli ve kısıtlı bir fonksiyonudur, **Songar, Ziyalar.**

Bir klinikçiye göre şuur sensoryel bir uyarı sonucu meydana gelen bir davranış değişikliği ve uyumudur. Yukarı memelilerde ve insanda bu değişiklik ve uyum görevini beyin yüklenmiştir.

Bu bölümde şuurun çeşitli kademeleri, belirli alanların aktivitesi ve bunların bozukluğu sonucu ortaya çıkan özel şuur bozuklukları incelenecektir. Şuur bir başka açıdan giderek karmaşık bir hal alan bir görevler dizisi olarak da tarif edilebilir. Bu klinik görüşe göre şuur:

1 — Basit refleks aktivite,

2 — Maksatsız hareketler,

3 — Maksatlı hareketler,

4 — Hareketlerin yanısıra birkaç kelime konuşma, anlaşılabilir birkaç ses çıkarma,

5 — Konuşma ve maksatlı hareketler - bu safhada henüz disorientasyon ve amnezi var,

6 — Tam orientasyon, sosyal kavramların gelişmesi, **Russel,** 1959.

şeklinde sıralanabilir. **Plum** ve **Posner,** 1972, ayrı bir sınıflama ile şuurdaki bozukluğu coma, stupor, delirium, confusion ve clouding of consciousness olarak ayırırlar.

Şimdi şuurun bu değişik durumlarına sebep olan anatomik bozuklukları ve belirtilerini görelim.

1 — **Supratentorial lezyonlar :** Burada beyinle beyinciği ayıran ve beyni ikiye bölen zarın üstündeki lezyonlar kasdedilir. Bu zarın ortasındaki bir boşluktan «brain stem» geçer. Uncus ve hippocampus'un bir parçası tam bu boşluğa rastlar. Beynin iki tarafındaki tazyik artmaları bu organları müteessir eder ve sıkıştırır. Şuur kaybına yol açan supratentorial lezyonların başlıcaları, kafa travmaları, serebrovaskuler lezyonlar ve kafa içi urlarıdır.

a — **Kafa travmaları :** Concussional tipteki travmalarda hemen şuur kaybı olur ve hasta genellikle birkaç saat içinde tamamen açılır. Fizyolojik olarak tamamen normal görünmesine rağmen bu hastalar birkaç hafta süreyle hafıza kusurları gösterebilirler.

b — **Kafa içi urları :** Burada şuur kaybı ya geçirilmiş bir epilepsi nöbeti, ya kafa içine tümörün kanaması, ya tazyik artması veya hipotalamus veya talamusun tümörden direkt olarak etkilenmesi sonucu olur. Brain Stem'in üst parçasında veya talamus çevresindeki lezyonlarda daha çok bir uyku durumu görülür. Bu uyku hali kesikli olup hastanın arada bir açıldığı ve buna bir epilepsi nöbetinin katıldığı dikkati çeker. **Cairns,** üçüncü ventrikül kistik tümörlerinde kistin boşaltılması ile düzelen şuurluluk halinden bahsetmiştir. Hipersomni atakları, akinetik mutism belirtileri de bu bölgenin kendine has arazını oluştururlar.

2 — **Subtentorial lezyonlar :** Arka çukur adı da verilen bu bölgenin lezyonlarına, serebrovasküler hastalıklar, urlar, beslenme bozuklukları sebep olur. Kafa içi tazyik artması belirtileri arka çukurda en şiddetli olarak ve öncelikle ortaya çıkar. Brain Stem'in alt parçası lezyonlarında ani ve çok şiddetli şuur kayıpları görülür. Bu şuur kayıpları nabız, teneffüs, kan basıncı değişikliği, adale tonüsü değişikliği şeklinde refakat belirtileri gösterirler. Reticular bölge lezyonları ise bir coma husule getirmeksizin, **Plum** ve **Posner,** 1972, bir zihnî tutulmaya «locked-in syndrome» sebep olurlar. Bunun akinetik mutismden farkı Locked-in sendromunda hemisferlerin «arousing» denilen uyarılmasının geniş ölçüde bozulmuş olması kabul edilir.

3 — **Metabolik hastalıklar :** Serebral metabolizmanın bilinen başlıca üç görevi vardır. Bunlar: 1 — Sodyum ve Potasyumun transportasyonu için gerekli elektrik enerjisini üretmek, 2 — Asetilkolin ve Noradrenalin ve benzeri transmisyon yapan maddelerin sentezini yapmak. 3 — Katabolize edilmiş enzimlerin yerlerini değiştirmek ve yıpranmış hücreleri onarmak. Beyin bu görevleri için glükozu enerji maddesi olarak kullanır ve beyin her bir dakika için ağırlığının yüz gramı başına 5.5 mg. şeker harcar. Ayni zamanda bu şekerin yakılması için 100 gram beyin dokusu dakika başına 3,3 cc oksijene ihtiyaç gösterir. Bunun yanısıra katalizor olarak çeşitli vitaminlere ve özellikle «thiamine ve pyridoxine»'e ihtiyaç gösterir.

Şeker eksikliği, diyabetiklerde insulin zerklerinden sonra ortaya çıkar ve kendisini sık sık şuur kayıpları ile gösterir.

Thiamine eksikliği alkoliklerde sık rastlanır, mamiller cisimcikleri ve gri maddeyi etkiler ve şuur bulanıklıklarına sebep olur.

4 — **Hormon bozuklukları :** Hormonlar şuur bozukluklarından çok davranış bozuklukları, iritabilite ve agresyon yapan maddelerdir. Sadece tiroid hormon bozukluklarında şuur bozuklukları ve koma görülebilir.

5 — **Toksik ve infeksiyöz hastalıklar :** Ateşli hastalıkların konfüzyona yol açtığı veya hastanın uyarılara verdiği cevaplarda bir karmaşıklığa sebep olduğu uzun zamandanberi bilinmektedir. Pek çok insanın ateşinin yükselmesi ile sayıkladığı, halusinasyon ortaya çıkardığı görülür. Tüberküloz menenjit ve uyku ansefaliti bunun iki örneğidir.

6 — **Epilepsi :** Bütün nöbetler bir şuur kaybı ile sonlanmasa bile sar'a şuur bozukluğu yapan hastalıkların başında sayılır. **Schmid** ve **Wilder** ve diğer araştırıcılara göre sar'a nöral strüktürlerin bozulmuş bir bioelektrik deşarjıdır.

Fokal kortikal hamlelerde hasara uğramış bölgelerden başlıyan anormal deşarjlar sınırlı kalır ve hasara uğruyan dokunun genişlik ve özelliğine göre motor veya sensoryel kusurlar ortaya çıkar.

Eğer bu elektrik dizritmi orta hat teşekküllerini, retiküler sistemi, talamusun projeksiyon sistemini tutacak şekilde bir yayılma gösterirse bu defa tam bir şuur kaybına sebep olan nöbet şekilleri görülür. Bu nöbet tipine jeneralize kortikal hamle denilir.

Şuurun çok kısa süreler için tutulduğu veya hareketlerde gene kısa süreler içinde duraklamalar olduğu nöbet şekilleri ise, sentransefalik hamleler olarak tanınır.

Kaynağını temporal loblardaki lezyonlardan alan nöbet şekilleri ise «psikomotor nöbetler» olarak bilinirler. Bu nöbetlerde şuur çeşitli derecelerde tutulur fakat tam şuur kaybı olmaz. Hastanın sonradan haberli olmadığı otomatik hareket ve davranışlar görülür. Bu nöbetlerin başlangıcında genellikle «auras» adı verilen ve halusinasyonlu devreler gösteren idrak yanılmaları veya déja vu tarif edilir. Ayni zamanda kısa süreli depersonalizasyon hali ortaya çıkar.

Fokal kortikal hamlede hasta nöbet sonrası yarım bıraktığı işine devam eder. Jeneralize kortikal hamlede nöbet sonrası bir şaşkınlık veya uyku devresi vardır. Epilepsili hastaların nöbet aralarındaki iyi devrelerinde zaman zaman idrak kusurları gösterdikleri, hareketlerinin yavaş, kaba olduğu, kendilerini kontrol etmede zorluk gösterdikleri, çabuk öfkeye kapıldıkları ve saldırganlığa geçebildikleri tesbit edilmiştir.

Pür psikiyatrik tab'oların kusursuz bir şekilde tanımlanabilmesi için organik kaynaklı hastalıkların çok iyi elimine edilmesi gerektiği kanaatinde olduğumuzdan burada epilepsinin etyolojisinden kısaca bahsetmeyi faydalı bulduk.

Epilepsi etiyolojisi :

a — Tümörler. Kafa içi urlarının yaklaşık % 50 kadarında jeneralize nöbetlerin ve % 50'sinde fokal nöbetlerin meydana geldiği görülmektedir. Yavaş gelişen orta hat tümörlerinde sar'a görülme ihtimalinin daha fazla olduğu bilinmektedir. Bunun yanısıra basal ganglionlar, talamus ve derin orta hat teşekküllerinde sara nöbetinin görülme şansı azdır.

b — Kafanın delici travmalarında sar'a görülme ihtimali yaklaşık % 30-35 iken kapalı kafa travmalarında bu oran % 5 kadardır. Oksipital bölge travmalarında ise şuur kaybı çok seyrek görülür.

c — Metabolik hastalıklar : Hipoglisemi, yağ metabolizması bozuklukları, böbrek hastalıkları ve alışkanlık yapan ilâçlardan kesilme hallerinde epileptik nöbetler ortaya çıkabilir.

d — Serebrovasküler hastalıklar : 50 yaşını geçmiş kimseler arasında yukarıda sayılan sebeplerin dışında % 15 nisbetinde epilepsiye rastlanmaktadır. Hipooksiye bağlanabilen bu sar'a tipinin bazen daha yüksek oranlarda ortaya çıktığı da ifade edilmektedir.

e — Ateşli hastalıklar : Özellikle predizpozisyonu olan çocuklarda ateş yükselmesi çok sıklıkla konvulsiyonlara sebep olmaktadır. Burada su ve tuz metabolizmasının bozulması sebep gösterilir.

f — Sensoryel uyarılar : Epilepsiye karşı merkez sinir sisteminin eşik değeri düşük olan kimselerde ritmik ışık uyarıları, televizyon, gece yolculukları, yatay ve dikey hatları olan cisimler, hareket halindeki cisimler nöbete sebep olurlar, **Wilkins,** 1975. **Sherwin,** 1966, bazı tetik kelimelerin ve gürültünün de nöbeti uyarabileceğini bildirmiştir

g — Elektrik akımı : Beyinden geçirilen elektrik akımının da bir nöbet yapacağı bilinmektedir, elektroşok tedavisi bu metodla yapılır

Nöbet sırasında beyinde husule gelen önemli metabolik değişiklikler, beyinde kan akım hızının artması, hücrelere sodyumun girip potasyumun atılması, bağlı asetilkolinin azalması ve buna karşılık serbest olanın artması, seretonin artması ve hücre içi aminoasitlerinde değişiklikler, kişinin davranışında çok önemli farklılıklara yol açmakta ve kişilik yapısını etkilemektedir.

UYKU : Uykuyu fizyolojik tabiatta peryodik bir şuur kaybı olarak tarif edebiliriz. Uykunun bozulması hallerinde zihnî faaliyetin bozulduğu, bunun yanısıra emosyonel bozuklukların da ortaya çıktığı bilinir. Uykusu bozulmuş kimselerde öncelikle iradeli dikkatin azaldığı, zamanlamanın bozulduğu görülür. Ancak son zamanlarda, **Dement** 1972, normallere göre çok az uyuyan kimselerde yapılan kontrollarda zihnî ve bedenî hiç bir kusurun tesbit edilememesi eski görüşü sarsmıştır.

Bu gün için uykunun aktif bir beyin proçesi olduğu, bio - genic aminlerin aracılığı ile uyku durumunun sürdürüldüğü ve bir beyin aktivitesi azalması olmadığı ileri sürülmüştür, **Williams,** 1971.

Uykunun, süresi boyunca, değişiklikler gösterdiği birincisi «rapid eye movement» REM, hızlı göz hareketleri safhası veya «paradoxical», ikincisi ise NREM Nonrem veya «orthodox» safha olmak üzere ikiye ayrıldığı bilinir. NREM'in ayrıca dört kademesi olduğu ve bu safhaların elektroensefalogramda farklılıklar gösterdiği tesbit edilmiştir. Birinci safhada, REM, EEG desonkrenize olup, adale tonüsü azalmıştır. Kan basıncı ve beyinde protein sentezi artmıştır. NREM de elektro, senkron olup adale tonüşü artar, «growth hormone» salgılanması hızlanır. **Lewis,** 1976, REM safhasında beyinde tamir progesinin oluştuğunu NREM de ise gerçek uykunun yer aldığını ileri sürer.

Uykuda şuurluluk hali değişmiş olmasına rağmen patolojik hallerden, haberlilik halinin «awareness» tamamen kaybolmaması ile ayrılır. Sensoryel sistem çevreden gelen tenbihlere açık olup «monitoring» adı verilen bir süzme işlemi sonucu önemli «significant» uyarılar değerlendirilir ve diğerleri devre dışı bırakılır. Uyarı önemli ise tedbir alınır veya kişi uyanır. Uyarının önemsiz bulunup reddedilmesine «rejection» veya tersine değerlendirilmesine «selection» adı verilir. Bu iki fonksiyon arasındaki «strange half world» yarı idrak hali, rüya olarak tanımlanır.

Moruzzi ve **Magoun**'un, 1940, çalışmaları, ARAS, asandan retiküler sistem üzerine dikkatleri toplamıştır. Eğer bu bölgeden gelen uyarılar kortekse ulaşamazsa bir «wakefulness» uyanıklık hali husule gelmez. **Thompson,** 1960, ARAS'ın görevlerini şu şekilde özetlemiştir:

a — Retiküler bölge gerek anatomisi ve gerek fizyolojisi bakımından birkaç parçaya ayrılmıştır.

b — «Behavioral arousal» davranışsal uyanma ve elektroansefalografik uyanış paterni birbirine bağlı değildir, birinin yokluğunda diğeri olabilir.

c — «Sleep - waking» uyku - uyanış devreleri ve «attentive behavior» dikkatli davranış hayvanlarda ARAS tahrip edilse bile ortadan kalkmamasına rağmen sensoryel yolların bozulmasından daha çok etkilenir.

a — ARAS'ın şuurluluk olayındaki rolü sanıldığı gibi büyük değildir.

Denemeler, 1970, ARAS ile çeşitli çekirdekler arasındaki iştiraklerin şuurlulukta önemli rol oynadığını ve «neuro - transmitters» iletici aminlerin bu işte etkisinin bulunduğunu ortaya çıkarmıştır. Seretonin, 5HT, adlı maddenin bu konuda önemli bir aracı olduğu sanılmaktadır.

OVERAROUSAL : Şimdiye kadar şuur bozukluklarını kişinin çevreden gelen uyarılara yeterli cevabı verememesi şeklinde tarif ettik. Bunun yanı sıra çevreden gelen uyarılara uygun olmıyan cevapların verildiği durumlar da vardır. Bu durum uyarıların şuur sathında idrak edilmeden önce bir süzgeçten geçmeleri ile izah edilir; «filtered out». Biz pek çok ses ve gürültünün olduğu bir yerde sadece işitmeyi arzu ettiğimiz ses kaynağına dikkatimizi verebilir ve diğer sesleri duymayabiliriz. Bazı durumlarda bu süzücü mekanizmanın bozulduğu olur. Bu durum «autistic» içe kapanık çocuklarda çok belirgindir. Bu çocuklar özellikle sosyal uyarıları alamazlar ve gerilerler. Stereotipik hareketler, anlamsız ve tekrar edilen mimikler ve davranış tutukluğu gösterirler. **McGhie, Charman** ve **Lawson,** 1964, adlı araştırıcılar şizofrenide böyle bir bozukluğun söz konusu olduğunu ileri sürerler.

Özellikle şizofrenlerin bütün uyarılara karşı bir cevap verme eğiliminde olduğu «abstractive» süzmeyi yapamadıkları, «immediate situation»u, o andaki durumun aciliyet ve önceliğini kavrıyamadıkları için davranışlarının karmaşık ve anlamsız olduğunu **Goldstein** ileri sürmektedir. Araştırıcı bu duruma «concreteness» somutluk adını vermiştir. **Payne** ve **Friedlander,** 1962, ise konuyu «over inclusiveness» kapsam aşırılığı olarak tanımlamıştır.

Marchbanks ve **Williams,** 1971, şizofrenlerdeki bu dağınıklığı bir skaning bozukluğu olarak düşünmüşlerdir. Çok sayıda uyarı merkez sinir sisteminde uygun sayı ve sırada görüntüye girmemekte, bunlardan birkaçı idrak edilebilmekte ve objeler oldukları gibi kavranamamaktadır. **Cromwell,** bu olayı «slow processing» yavaş işleme olarak tarif etmiştir. Araştırıcı bu durumun basit tip şizofreni için daha belirgin olduğunu söylemiştir. Bunun yanı sıra paranoid ve hebefrenik şekillerde bir «fast processing» hızlanmış «skanning» olduğu görüşünü savunmuş ve hastanın aldığı idraklerin daha da karmaşık ve anlaşılmaz olduğunu belirtmiştir.

Loss of Vigilance : Vigilans kaybı. Sadece belirli bir işin göze-

timine verilen veya nöbete konan insanların bir süre sonra dikkatlerini azalttığı ve kaybettiği görülür. Nöbetçi askerlerin veya önemli makinaların başında bekliyen kimselerin bu hataları çok önemli kayıplara sebep olur. Bu kimselerde reaksiyon zamanı giderek uzar. Kişi görünüşte uyanıklılık halini muhafaza ettiği halde vijilansı azalmıştır. Bu takdirde uyarı şiddetinin arttırılması gerekli olur. Bu durum duyumlar ve sempatilerimiz için de geçerlidir. Sevdiklerimiz veya nefret ettiklerimize karşı davranışsal uyanıklılığımızı aynen sürdürdüğümüz halde bu hissettiğimize karşı gerçek vijilansımız çoğu kere çok azalmış olur. Hiç kopamıyacağımızı sandığımız bir kimseden ayrıldığımız zaman hiç de sandığımız kadar müteessir olmadığımızı görmek bizi çok şaşırtır

Loss of Retentiveness, tesbitin bozulması : Şuurun aşağı kademelerinde impresyonların hatırda tutulması zorlaşır. Concussional sendromlarda hafıza bir ölçüde bozulur. Ayni şekilde uyanıklılık durumunu bozan hastalıklarda da hatıraların hafızada tutulması bozulur. Uyku sırası ve sonrasında oluşan izlenimler unutulurlar.

Mood bozuklukları : Şuur değişiklikleri ile mizaç değişiklikleri arasında çok yakın bir ilişki vardır. Tüberküloz menenjitte ve intrakranial tümörlerde depresyona oldukça sık rastlandığı gibi, bazı şuur bozukluklarında mizaçta öfori derecesinde bir artma görülebilir. Uyku ansefalitinde ise mood'da bir düzleşme olur.

Aggressiveness, saldırganlık : Çocuklardaki uyku bozuklukları hemen daima davranış bozuklukları ile beraber gider. İspanyol gribi geçirmiş çocukların beraberinde böyle bir saldırganlığı da geliştirdikleri bilinir. Çok rüya gören çocuklarda huzursuzluk ortaya çıktığını **Clardy** ve **Hill,** 1949, göstermişlerdir.

Dikkatin bozulması : Dikkat organizmanın dış dünyayı, kendisi için faydalı bilgileri toplamak için incelemesidir. Başarılı bir incelemeye iyi bir vigilans ve ısrarlı bir uygulama ister. Dikkat, dürtüler, affeksiyon ve assosiyasyonlarla yakından ilgilidir. Duyumlar ve atitüd dolaylı olarak assosiyasyonlara tesir ederek dikkati etkilerler. Yorgunluk, zehirlenme halleri, organik lezyonlar hem vigilansa hem de ısrarcılığa tesir ederek dikkat üzerinde değişiklik yaparlar ve azaltırlar. Kuvvetli affektif duyumların eksikliği, belirli bir objeye karşı

assosiyasyonun yeterli olmayışı o objeye yöneltilecek dikkati azaltır.

Distractibility : Dikkatin yeterli bir sonuç alınıncaya kadar bir obje üzerinde teksif edilmesindeki zorluk «distractibility» olarak bilinir. Burada affektin değişkenliği veya herhangi bir uyarı, obje üzerindeki dikkatin bir başka yöne kaymasına sebep olur. Meselâ seksüel bir davranışa hazırlanmış empotanslı bir erkek, kapının biraz gıcırdaması ile ereksiyonunu ve dişi üzerine çevrilmiş olan dikkatini kaybeder. Ayni zamanda «tenacity» o konudaki ısrarı ve istemin sürdürülmesi de durur.

Şizofrenlerdeki emosyonel dizorganizasyon bu hastaların dikkatlerini sürekli olarak etkiler ve bozar.

Confusion : Bu terim şaşkınlık, fikir fakirliği, assosiyatif fonksiyonların bozulması ve karışıklık ifade eder. Beyin dokusu toksik, infeksiyöz veya travmatik bir sebeple etkilenmiş ve fonksiyonu bozulmuştur. Bunun dışında post epileptik, post operatif, post partum ve elektroşok tedavisinden sonra görülen konfüzyonlar vardır. Konfüzyonlu hasta zaman ve mekân orientasyonunu kaybeder. Telaşlı ve kararsızdır. Uyarılara doğru cevap veremez. Tanıma, ayırma, seçme bozulmuştur. Araya halusinasyon ve hezeyanların da girmesi ile daha kararsız bir duruma girer. Metabolik faktörlerin de -ateş, susuzluk, kuruluk, açlık, bulantı, kusma- eklenmesiyle eksitasyon, agresivite gibi belirtiler de ortaya çıkar. Kaçış, intihar, halusinasyonlara bağlı şiddetli korku ve panik hissi görülür.

Şuur bulutlanması : Akut psiko - organik sendrom. Şuurun tam açık olmadığı bir durumdur. Kimyasal veya fizik sebeplerden ötürü beyin dokusunun assosiyatif fonksiyonu bozulmuştur. Düşüncede netlik kaybolmuş, sürat azalmış, uyarı - cevap ilişkisi bozulmuştur. Anlama zorlaştığı için çoğu kere yüksek sesle konuşmak, bağırmak ve hatta sarsmak sureti ile hastayı tenbih etmek mümkün olabilir. Hastanın çevresini algılaması ve anlaması bozulmuştur. Serebral metabolizmanın bozulması ve beyin oksijenlenmesinin yetersiz oluşu ana sebepdir. Bunun dışında dissosiyatif sendromlarda da görülür. Bu ikinci şeklinde mekanizma, şuur sathına çıkmış nahoş hatıraların şuurda bir bulanıklık husule getirerek idrak edilmelerine engel olmaktadır.

Daha açık bir deyimle şuur bulutlanması, uyanıklılık ve haberlilik halinin kaybolmasıdır. Çeşitli derecelerindeki şuur bulanıklığını hipnagogic hal, hafif uyku ve derin uyku safhalarına benzetebiliriz. Ancak şuur bulanıklığında conative ve cognitive unsurlar da önemli rol oynar.

Hafif şekillerinde zihnî aktivite hem reseptif hem effektör yönü ile bozulur. Kişi dikkatini teksif edemez ve belirli bir konu ve objeye yöneltemez. İdrakin bozulmasıyle vizuel tipten illuzyonlar ortaya çıkar. Hastanın kendisini kontrolu zorlaşır. Önce çok abstre ve karmaşık durumların kavranılması bozulur. Bu devrede yapılmış olan idrakler hafıza engramlarının netliğini bozar. Şekiller ve eşyalar netlik ve kesinliğini kaybederler. Kazanılmış eski tecrübeler yeni karşılaşılan durumlarla karşılaştırılamaz. «Chaotic» karmaşık bir hal husule gelir. Hafıza depolarındaki hatıralar uygun bir şekilde şuura çıkartılamaz. Özellikle kelime bulma «word - finding» yeteneği bozulur. Hastadan istenen görevlerin yerine getirilmesi yavaşlar. Düşüncede ve motor davranışda perseverasyon husule gelir. Muhakeme uygunsuz kararlar alır. Gestalt psikolojisi yardımı ile **Conrad,** 1960, şuur bulutlanmasını incelemiş, dikkat ve anlamanın «backgraund»dan yükselen güçlerle etkilendiğini tesbit etmiştir. Gestalt'ların kesin şekillerini kaybettiği, figür - Gestalt ilişkisinin bozulduğu ve «goal - directed» gayeye yönelik olma vasfını kaybettiğini ileri sürmüştür.

Hastanın «figure - formation» figür teşkili serbestisi bozulmuş ve bunun yerini «unwanted Gestalts» istenmiyen Gestalt'ler almıştır. Bu istenmiyen Gestalt'lar sürekli değişen illuzyonlar şeklinde oluşmaktadır.

Konseptüel düşünce bozulmuş, kopuk ve parçalanmış maddelere dönüşmüştür. Bu parçalar halusinasyonlu veya psödohalusinasyonlu unsurlarla birleştirilmek egilimindedir. Affektif ve konatif bozukluklar şuurda mood ve davranış bozukluğu şeklinde değişiklik yapmaktadır. Bunun sonucu da kişide eksitabilite ve iritabilite şeklinde görülmektedir. Merkez sinir sisteminde uyarı eşiğinin düşmesi sonucu şahıs gürültüye ve seslere karşı tahammülsüz olur, çok kolaylıkla uyarılabilir, huzursuz, münakaşa çıkaran, en küçük teferruattan bile etkilenen ve şikâyet eden bir hale gelir.

Çok hafif şekillerinde hastaların kısa süreler önce yapılmış olan

işleri özellikle konuşulmuş olan konuları unuttukları dikkati çeker. Bazı günler kendilerini daha açık ve daha dikkatli hissettikleri görülür. Yorgunluk dikkati çeken bir belirti olarak alınmalıdır. Motor huzursuzluğun belirmesi şuur bulutlanmasının artacağına işarettir. Tefsir hatalarının görülmesi hemen arkasından halusinasyonlu ve hezeyanlı bir devrenin başlıyacağını gösterir. Sıkıntı, huzursuzluk, iritabilite ve depresyonla klinik görünüm tamamlanır. Uykunun bozulması ve çok canlı rüyaların görülmesi teşhis koydurucu olabilir. Bazı şekillerinde diğer belirtiler olmaksızın inatcı bir şüphecilik vardır.

Delirium : Akut beyin sendromu, bu sendrom şuur bulutlanması, şaşkınlık, konfüzyon, huzursuzluk, dezorientasyon, inkoherant ve hayalî düşünce, illuzyon, halusinasyon, korku ve anlama kusuru ile karakterizedir. Ateş, toksik haller, infeksiyon hastalıkları, kafa travmaları ve beyin kan akımı bozukluklarında görülür. Kısaca, imajiner düşünce ve sensoryo - motor bir bozukluk olarak bilinir. Başlangıçta kopuk ve birbirinden müstakil hareketler halinde başlıyan delirium, şuurun kapanması ile «muttering delirium» denilen bir şekle dönüşür. Hareketler yavaşlar, repetitif bir görünüm alır. Konuşmanın mafsallanması bozulur, titrek ve dizartrik bir hal alır. Hasta gündüz uykulu, gece uykusuz görülür. Sensoryel idrak kusurları gece hastayı çok rahatsız eder. Uzun ve derin bir uykunun başlaması hastanın deliriumdan çıkacağının ve iyileşeceğinin belirtisidir. Uyku sonu uzun bir süre hafızanın avdet etmesi gecikebilir. Hastanın kilo kaybetmesi, dudaklarda devamlı mırıldanma hareketlerinin olması, ellerde kaçak ataksik hareketler prognozun kötüye gittiğinin işaretidir. Bu devreden sonra tam ve derin bir koma yerleşir.

Epileptik konvulsiyonlar deliriumun çok sık rastlanan refakat belirtileridir. **Banhoeffer,** deliriumda «twilight states»lerin sıklıkla görülduğünü kaydeder. Bu durum şuurun birden bulutlandığı, reaksiyonların çok yavaşladığı, hareketlerin monoton bir hal aldığı, şiddetli korku ve öfkenin belirdiği bir tablo olarak tanınır.

Araştırıcılar deliriumda «indivîdial pattern» kişiye has bir davranış şekli olduğunu ileri sürerler. **Wolf** ve **Curran** ise bu fikre karşı çıkar ve deliriumun şiddetini klinik tablonun tayin ettiğini savunurlar.

Ağır bir deliriumun geçirilmesinden sonra daha hafif birkaç de-

lirium nöbetinin daha ortaya çıkabileceği bildirilmiştir. Buna «residual delirium» adı verilir. Çok etkin ve bastırıcı halusinasyonların buna sebep olduğu görülmüştür. Harpte yaralanmış bir askerin bu olayı halusinasyon şeklinde sık sık yeniden idrak etmesi böyle tekrarlayıcı bir deliriuma sebep olur. Ayni şekilde yaşanmış ve tekrarı arzu edilmiyen nahoş bir olay, bir homoseksüel deneme ve bir «escape motive» kaçış davranışı da deliran bir durum yaratabilir.

Silik paranoid referans fikirleri ile başlıyan bir şuur bulutlanması hastada kısa bir süre sonra gelişecek olan bir «paranoid attitüde»ün işareti sayılmalıdır.

Deliriumun ilerlemiş devrelerinde tanımanın ileri derece bozulması ile hastanın en yakınlarını bile tanımada zorluk çektiği görülür. Gerçeğin idraki imkânsızlaşır. Komunikasyon ve kooperasyon bozulur. Impulsif hareketler ortaya çıkar. Bir ay veya daha uzun sürmüş konfüzyonlarda dokusal değişiklikler ve harabiyet husule gelir, özellikle ilerlemiş yaştaki hastalarda bu durum irriversibl olur. Puerperal psikozların seyrinde görülen delirium hallerinin prepsikotik karakterde olduğu ifade edilir.

Subakut deliriumlu tabloların daha çok psikozların seyrinde görülen geçici haller oduğu tesbit edilmiştir. Özellikle şizofrenide bu durumlara çok sık rastlanır. Hasta kısa sürede şuur bulutlanmasına girer. Hareketler yavaşlar, konuşma kopuk ve frangmante bir hal alır. Hareketler amacını ve yönünü şaşırır. Motor veya verbal stereotipiler belirir. Illuzyon ve halusinasyon ortaya çıkar. Bu tablo kısa süre sonra açılır. İnsight kısmen avdet eder, hasta kendisinde bir değişiklik olduğunu farkeder ve «ne oluyor, ben neredeyim, bunların manası nedir» gibi sualler sorar. Bu durum «flectuation of consciousness» olarak tanımlanır.

Dysmnesic sendrom : Semptomatik bir deliriumdan sonra görülen Korsakoff psikozuna benzer bir haldir. Orientasyon bozukluğu, yakın hafızanın hatırlanması zorluğu ve hastalık süresinde tesbit hafızasında bir bozukluk şeklinde görülür. Uzak hafızanın etkilenmediği tesbit edilmiştir. Konfabülasyon eğilimi ve zaman idrakinde yanılmalar vardır. Hasta gündüz şuurlu ve açık olduğu halde gece hastalık şiddetlenir. Temelde yatan semptomatik hastalığın sürecine bağlı olarak hastalık haftalar ve aylar sürebilir.

Orta yaşlılarda daha çok infeksiyonlara bağlı olarak görülen şekline «post - infective dysmnesia» adı verilir, daha çok hafıza kusurları ile beraberdir.

Dream and fuge states, uyku ve kaçış halleri : Dream states ayni zamanda «twilight states» olarak da bilinirler. **Kammerer, Alajouanine** gibi araştırıcılar bu hallerin retiküler bölgenin uyanıklılık yapan parçasının bir hiperaktivitesi sonucu ortaya çıktığını ileri sürmektedirler. Bu devrede hastada ortaya çıkan bioelektrik dizritmi belirli peryodlar içinde tamamen düzelmekte ve normale dönmektedir. Temporal lob stürüktürleri ile retiküler dokular arasındaki resiprokal fonksiyonel antagonizmin iktal dalgaları inhibe ettiği düşünülmektedir. Bu durum **Magoun,** 1958, tarafından da doğrulanmış ve sağlıklı dokuların bioelektrik aktiviteyi düzenleyici bir rolü olduğu görüşü savunulmuştur.

Gerek dream ve gerek fuge halleri sırasında hastaların şaşkın ve dağınık oldukları, çevreyi algılamakta zorluk çektikleri, karmaşık ve tekrarlanan hareketler yaptıkları, kaçma, saldırganlık ve impulsivite gösterdikleri ve bu durumu birkaç dakikadan birkaç güne kadar sürdürdükleri görülür. Hasta açıldığı zaman olanları bir rüya görmüş gibi hatırlar ve teferruatın önemli bir kısmını ise hiç hatırlamaz. Şizofreni ve epilepsi bu tür haller için çok karakteristik olup epilepside olay bir temporal otomatizm, şizofrenide ise nahoş durumdan ve ilişkilerden bir kaçış olarak izah edilir.

Psikolojik kaynaklı olanı, ruhî belirtilerin baskın olması ile ayrılır. Motor ve vegetatif kusurlar da beraberlikle görülür. **Penfield** otomatik hareketlerin görüldüğü bir «twilight» halde temporal lobların mesul olduğuna inanır. Olfaktör, vizüel ve oditif halusinasyonların da tabloya eklenmiş olması obsesif düşünce, depersonalizasyon ve çiğneme hareketlerinin bulunması bu nöbetin temporal lobda başladığını doğrular. Nöbetten sonra hastanın açık bir şekilde bir «aura» tarif etmesi de temporal lokalizasyon lehinedir. Otomatizmin bir petit Mal veya Grand Mal'den sonra görülmesi ise temporal lokalizasyon aleyhine bir bulgu olarak kabul edilir. **Landolt,** twilight hallerini aşağıdaki şekilde ayırmıştır:

a — Petit Mal, bir twilight state olmayıp epileptik bir hamledir.

b — Post - ictal twilight state, çeşitli epileptik nöbetlerin sonrasında görülür. Temporal loblara ait psikomotor bir hamledir. Genellikle antiepileptik ilâcın azalması veya kesilmesi sonucu ortaya çıkar. EEG de frontal bölgelerde slow faaliyet görülür. Birkaç dakikadan birkaç güne kadar sürebilir. Şuur bulutlanmış kişinin kendisinden haberli olması hali bozulmuştur. Anlama bozulmuş olmasına rağmen uyarı eşiği çok düşmüştür. Primitif reaksiyonlar, öfke, saldırganlık vardır. Bu devrede anlamsız ve maksatsız kaçışlar görülür. Stereotipik ve repetitif hareketler dikkati çeker. Örtünme ve saklanma hareketleri karakteristiktir.

c — **Cobb,** 1950, elektroansefalogramlarında bilateral senkron teta ritminin çıktığı twillight state'li hastalarda üçüncü ventrikül civarındaki lezyonların mesul olduğunu ileri sürmüştür.

d — Şuur bulutlanmasının ilâç doz aşımına bağlı olabileceği de bilinmektedir. Özellikle ataksi, dizartri, nistagmus gibi belirtilerin ortaya çıkması teşhisi kolaylaştırır. Donukluk, anlamanın zorlaşması, impulsif ataklıkların olması ruhî refakat belirtileridir. EEG de spike'lerin olmayışı ve yavaş dizritmi görülür.

e — Bu şeklinde twilight state akut psikotik semptomlarla beraber görülür. Illuzyonlar, kompulsif hareketler, affekt tutulması vardır. Hasta dezoriante göründüğü halde şuur tutulması olmıyabilir. Amnezi daha sonra ortaya çıkar.

Twilight state, imsak arazı : Harekette görülen aşırı yavaşlama ve duraklama halleri, bazen şiddetli panik halleri ve saldırganlıkla bozulur. Cinayet, ırza geçme, dolandırma ve benzeri suçlar sıklıkla işlenir. Bu boşalımlar daha çok bir psychomotor equivalents'ler tabiatında olup hasta birkaç dakikadan birkaç saate kadar bir şaşkınlık ve amnezi geçirir. Nöbet sonrası hastalarda şiddetli bir yorgunluk ve uyku hali görülür. Uyandığında olaya karşı tam bir amnezi vardır. Hastalığın daha hafif şekillerinde bu motor aşırılıklar olmaz, bunun yanısıra imsak hali daha uzun sürer.

Twilight state'in ana karakteri bir «dream - like» uykuya benzer durum olması yanısıra, «fuge» kişinin otomatik ve habersiz bir şekilde gelişigüzel gezinmesi ve hareket etmesidir. Bundan dolayı «fuge» kaçış bir tür «twilight state» olarak kabul edilir. **Marchan** ve

Ajuriaguerra «fuge»'ün, epilepside belirli bir oranda ve erkeklerde kadınlardan iki katı sıklıkla görüldüğünü bildirmişlerdir.

«Fuge»li kişi evinden çıkar, herhangi bir vasıtaya biner. Bu iş için, tedbirsiz ve kararsızdır. Çoğu kere yanında uygun bir kıyafeti ve parası da yoktur. Ekseriya etrafındakiler onu sarhoş sanır, «drowsy and absentminded» uykulu görünüşte ve sersemlemiştir. İstemsiz olarak birçok suçun içine itilir.

Bazı araştırıcılar Fuge'ü bir tür histerik davranış olarak kabul ederler ve «vigilambulism» adını verirler. Fransız ekolü beraberinde epileptik semptomlar göstermiyen «fuge»leri şüpheyle karşılar, temaruzî veya psikopatik reaksiyonlar olarak düşünür.

Mood, Mizaç bozuklukları : Kişinin mizacının kendisindeki psikolojik veya fizyolojik değişiklikler veya çevre değişikliğinden etkilenmesi ve değişmesi normaldir. Mood bir tür davranış biçimi ve mizacımızdır. İç ruhsal yapımız ve kültürümüzün bir karışımıdır. Bazı hastalık hallerinde mizacın değişkenliği kaybolur ve sabit bir hal alır. Manide çok artar, depresyonda azalır ve dissosiyatif hastalıklarda düzleşir. Bir kişi tuttuğu takım kazandığı zaman sevinemiyorsa veya kaybettiğine de üzülmüyorsa veya bir yakınının kaybı onu ilgilendirmiyorsa onun mizacında bir bozukluğun olduğuna hükmedilmelidir.

Mood, davranışın sübjektif yönüdür. Sempatileri ve heyecanları içerir. Mood, olaylar ve objeleri kişiye has duyumlarla bezer ve değerlendirir. Değerlendirilmesi ve tanımlanması zor bir ruhî fonksiyondur. Mood'un incelenmesi için bir takım testler hazırlanmıştır. MMPI Foulds, symptom - sign inventory, Hamilton rating scale bunların başlıcalarıdır.

a — Manic mood, mizacın çok aşırı ve yükselmiş bir seviyede olması halidir,

b — Depressed mood, mizacın çok aşağı bir seviyede bulunması halidir,

c — Bipolar mood, mizacın her iki uca sıçramalar yapması, elasyon ve depresyon hallerinin birbirini kovalamasıdır. Depresif mizaçta aşağıdaki hastalıklar ortaya çıkar:

a — Kaynağını psikolojik olaylardan alan reaktif depresyonlar,

b — Fizyolojik çıkışlı endogen depresyonlar,

c — Endokrin bozukluğu sonucu gelişenler, involutional - menapausal şekil,

d — Psikolojik başlamış ve kronikleşmiş şekiller.

Mood değişiklikleri : Mizacın çok değişik şekillerine epilepside sıklıkla rastlanır. Epilepsi nöbetinin hemen başlangıcında bir iritabilite görülür. Buna «preceded the fit» adı verilir. Nöbet sonrası ise ya bir «depression» veya gene bir «irritability»nin günlerce sürdüğü olur. Mizaç değişikliğinin beyin biolektrisitesi ile yakından ilgili olduğu bilinmektedir. EEG de post - epileptik dizritmi ne kadar belirgin ise depresyon ve iritabilitenin de o ölçüde şiddetli olacağı tahmin edilebilir. Bunun yanısıra pre - ictal mizaç değişikliklerinin EEG ile ilgisi önemli değildir. Petit Mal nöbetlerinin Mood'u etkileme şansı fazla değildir. Ayni şekilde şuur kaybı husule getirmemiş EKT, elektrokonvulsif tedavilerin bir depresyonu iyileştirme gücü yoktur.

Epileptikler nöbet geçirsin veya geçirmesin devamlı olarak şiddetli mizaç değişikliği gösterirler. Bu karakterleri ile manik - depresif hastalarda görülen «mood swings» mizaç sıçramalarını hatırlatırlar. Süratle «elation», «excitation» veya «ecstasy» durumuna girerler. Ecstasy bir nevi vecd ve trans durumu olup hasta zihnen belirli bir telkiniyet durumundadır.

Böyle bir hasta intihara karar vermiş ise bundan vazgeçirmek hemen hemen imkânsızdır. Bir başka saldırganlık eğiliminde ise bundan caydırılamaz. İntihar olsún homocid olsun daima en azap verici ve gaddar metodları seçer. Böyle bir hastamız sivri bir makası ensesine yavaş yavaş batırarak intihara teşebbüs etmiş, bir başka hastamız ise kendisini yanan bacadan içeri atmıştı.

Iritabilite, mizacın en belirgin değişikliği olarak görünmektedir. Epileptik hastalarda iritabilite hiç bir sebep olmadan ortaya çıkar. Sürekli bir saldırganlıkla beraberdir.

Mizaç değişikliği sonucu husule gelmiş bir amnezi, kişinin davranışlarındaki düzenliliği bozar. Akılcı davranış yerini emotif bir

davranışa bırakır. Gezinme tabir edilen maksatsız kaçış ve dolaşmalar, yer değiştirmeler, uzun yürüyüşler dikkati çeker. Bu davranış bozuklukları bir kısım hastalarda «dipsomania» adı verilen içme nöbetlerine dönüşür. Akıl almaz miktarlarda hiç durmaksızın alkol alan bu kişiler nihayet derin bir uyku devresine girerler ve bu uykunun sonunda tamamen açılmış bir şekilde uyanırlar.

Hastaların bir kısmı belirli bir süre için bir «paranoid experiences» şüphecilik devresi geçirirler. Mood değişmesi ile beraber bu paranoid fikirler silinirler.

1 — Mizaç bozukluğuna eşlik eden psikolojik değişiklikler: Mizaç değişikliği sıklıkla depresyona eşlik eder. Depresyonlu kişi değersizlik fikirleri ile yüklüdür. Şiddetli suçluluk duygusundan muzdariptir. Hiçlik, işe yaramazlık, kötülük ve uğursuzluk timsalidir. Kimin başına ne gelmiş ise o sebep olmuştur. Herşeyi ile lânetlenmiştir. Bütün insanların başına gelen belâların tek sebebidir. Bu şekilde inkâr fikirleri ile yüklü olan depresyonlu kişi iyi bir mizaç durumunda olmasa bile insight'ı bozulmamış olduğu için gerçeğin farkındadır ve oldukça kusursuz bir iç görüşe sahiptir. Bunun yanısıra «elation» halinde bir mizaç durumunda ise bu hezeyan ve yakıştırmalarının farkına varamaz ve davranışları daha da dağınık olur.

2 — Mizaç bozukluğuna eşlik eden fizyolojik bozukluklar: Burada en önemli bozukluk olarak «psychomotor retardation» dikkati çeker. Reaksiyon zamanı uzar. Hareketler arasında gereksiz bir boş zaman bırakılır. Veya bunun tersi olur ve reaksiyon zamanı mani ve eksitasyonda kısalır. Davranış çok sayıda hareketle dolar, «spontaneus speech» adı verilen biteviye bir konuşma görülür.

Uykuya girmede zorluk, iştah kaybı ve seksüel istekte azalma mizaç değişikliğinin sık görülen refakat belirtilerindendir. Bunun yanısıra «diurnal rhythm» hastaların kendilerini sabah kötü hissettikleri ve akşam üzeri düzeldikleri bir siklus ortaya çıkar.

3 — Mizaca tesir eden faktörler : Her ne kadar mizaç hastalıklarının bir taraftan çevre faktörlerine diğer taraftan da iç ruhsal faktörlere bağlı olarak geliştiği bilinmekte ise de bu iki faktörü değiştirmek sureti ile mizaca etki yapmak mümkün olmaz ve bu yoldan tedavi edilemez. Bunun yanısıra fizyolojik tedavilerin son derecede faydalı ve etkili olduğu görülür.

Özellikle elektrokonvulsif tedavinin bu hastalıktaki etkinliği tartışılmaz. 1937 yılında **von Meduna** tarafından medikal metodlarla başlatılmış olan bu tedavi şekli daha sonra **Cerletti** ve **Bini** adlı iki Italyan hekim tarafından elektrik tedavisi şeklinde geliştirilmiştir.

Mizacın fizik uyarılarının dışında kimyevî ajanlarla da etkilendiği bilinmekte ve bu şekilde bir seri antidepresif ilâç çeşitli ülkelerde halen kullanılmaktadır.

4 — Mizaç bozukluğunun sebepleri : Klinik tablonun bütün belirtilerini veren bir depresyonun tanınması ve teşhisi kolaydır. Ancak bunun silik şekillerini ve sadece mizaç değişikliği gösteren şekillerini belirlemek kolay değildir. Bu sebeple depresyon deyimi yerine bu gün için «nervous breakdown» deyimi daha sıklıkla kullanılır hale gelmektedir.

Depresyonun gerçek sebebi henüz belli olmamış ise de beyin aminlerinin önemli derecede sorumlu olduğu anlaşılmaktadır. Burada diensefalik ve hipotalamik çekirdeklerin bu amin dengesi düzenlenmesinde rol oynadıkları ve bir taraftan fizyolojik diğer taraftan da psikolojik değişikliklere sebep oldukları anlaşılmıştır. Bunlar:

a — Psikolojik kaynaklı olanlar: Sevilen bir objenin kaybı - bu obje bir insan, bir fikir, bir amaç, bir hüner veya vücudun bir parçası olabilir-. **Freud** bu şekilde kayba uğramış kişilerin sorumluluğu ve sebebi çevrede aramalarına karşılık depresyonlu kişinin bu kaybını bir ego yetersizliği şeklinde algıladığını bildirir. **Klein** ise bu kaybın bir çocukluk günahı ve suçu olarak hissedildiği ve bu sebeple agresif unsurların kişinin kendisine çevrildiğini ve «self - destruction»un başladığını savunur,

b — Davranışçı teoriye göre oluşanlar: **Festinger,** hemen birbiri ardından gelen ve karşıt arzular uyandıran iki impulsun «approach and avoidance» denilen yaklaşma ve kaçınma eğilimlerine sebep olduğunu, bu kararsızlığın ise kişide kayıp ve güçsüzlük hislerini uyandırdığını ve davranış bakımından kişiyi hareketsizlik ve atalete götürdüğünü ileri sürer.

c — **Seligman**'ın ileri sürdüğü «learned helplesness» umutsuzluğun anlaşılması teorisine göre ise kişi kaçamıyacağını anladığı

azap verici bir durum karşısında geriler, atıl ve lakayd olur. Bu durum daha sonra değişse bile bu depresif davranışını artık değiştiremez.

d — Fizyolojik sebepler arasında: psikolojik streslerle pekiştirilmiş bioşimik faktörler, beslenme yetersizlikleri infeksiyonlar başta gelir. Diensefalik merkezleri tutan virutik hastalıklar, kafa travmaları, depresif mizacın sorumluları olurlar.

f — Herediter geçişin de önemli bir rolü olduğu anlaşılmıştır. Genetik predizpozisyonlu kişilerin bu tip hastalıklara yakalanma şansları fazladır.

ORIENTASYON BOZUKLUKLARI

Kişinin çevresini tanıması ve bu çevre içindeki yerini belirlemesi haline orientasyon denir. Kişi eğer bulunduğu bu durumda zamandan da haberli ise, mekân ve şartlar bakımından haberliliğini devam ettiriyorsa ve eğer bu belirli şartlar içindeki diğer kişilerle ilgi ve münasebetlerinin farkında ise oriante olduğu ifade edilir.

Bu bir anlık orientasyonun dışında kişinin ihtiyaçlarını, doyumlarını, daha önce yaşanmış ve denenmiş peryodik fizyolojisi ışığında tanıması ve haberliliği de orientasyonun sürekliliğini sağlar.

Orientasyon öncelikle hafızanın önemli ölçüde bozulması sonucu kaybolur. Buna dikkatin bozulması ve idraklerin bozulması da eklenince «dezorientation» denilen bozukluk meydana gelir. Orientasyon bozuklukları akut beyin sendromlarının karakteristik arazını teşkil eder.

HAFIZA BOZUKLUKLARI

Hafıza bozuklukları psikiyatride büyük önem taşıyan ve öncelikle beyin dokusunda strüktürel harabiyet ve yıkımı belirliyen klinik tablolardır. Gelip geçici bir fenomen olarak çeşitli hastalıklarda ortaya çıkabildiği gibi doğrudan doğruya beyin dokusunun etkilenmesi sonucu olarak görülürler. Hafıza kusurları genellikle yaygın intelektüel bozukluk, delirium ve koma belirtileri ile eşlik edebildiği gibi sade ve tek başına da ortaya çıkabilirler.

Organik amneziler birincisi fokal, ikincisi diffüz beyin dokusu hasarına bağlı olmak üzere iki ana bölümde toplanabilir. Bu sebeple amneziler;

1 — Hafıza tesbitinin kısmen bozulduğu haller,

2 — Basit veya önemli ölçüde artmış unutkanlıklar,

3 — Şiddetli hatırlama bozuklukları, yaşanmış olayların tesbitindeki total bozukluklar,

4 — Uzak hatıraların dışındaki bütün hafızanın kaybı halleri,

5 — Belirli bir peryod içinde sınırlı veya total amnezi halleri,

6 — Gerçek dışı hikâyelerle doldurulmuş hafıza boşluklarını içeren amnezik devreler, şeklinde bir ayırıma tâbi tutulabilirler, **Whitty,** 1966.

Hafıza bozukluklarının organik veya psikolojik kaynaklı olup olmadığının araştırılması ve bilinmesinin fazla bir pratik fayda sağlamadığı görüşü uzun tartışmalardan sonra hakim olmuş ve daha çok uygulama ve tedavide fayda sağlayan ve amnezileri iki ana bölümde toplıyan görüş bu günün ortak kanaati olarak paylaşılmıştır. Buna göre amneziler:

1 — Retrograde amnesia - hastalık veya tutulmadan önceki yaşam devresine ait olay ve hatıraların hatırlanmasındaki güçlük,

2 — Anterograde amnesia - yeni hünerlerin ve bilgilerin kazanılması ve tutulmadan sonraki olay ve hafızanın hatırlanmasındaki zorluk olarak iki ana gruba ayrılırlar.

RETROGRADE AMNESIA

Bu hafıza bozukluğu şeklinde, önceden kazanılmış ve tesbit edilmiş olan hatıralar, beyin dokusunun herhangi bir sebeple - daha sonra anlatılacak - hastalanmasından sonra hastalığın başladığı devreden geriye doğru ilk önce kazanılanlar en sonra unutulmak üzere belirli bir sıra içinde yıkılır ve kaybolurlar. Bu yıkılış sırası ilk defa Fransız hekim **Ribot,** 1885, tarafından tesbit edilmiş olup «law of regression» **Ribot**'un hafızanın yıkılması kanunu adı ile bilinir.

Zangwill, 1950, bu tür hafıza kayıplarında sadece olayların ve hafıza kaybına yol açan kazaların değil ayni zamanda «generic images»ların da kayba uğradığını bildirir. Böyle bir hastaya bir kadın resmi çizmesi istenirse yaşadığı günün giyimini değil seneler öncesinin kıyafetini taşıyan bir resim çizer. Ayni şekilde bir otomobil resmi çizmesi istenirse kazadan önceki yıllara ait bir otomobili resmettiği görülür. Yaşadığı gerçek zamana ait obje ve hafıza engramları kaybolmuş, bunun yanısıra eskileri muhafaza edilmiştir.

Ancak bu kaidenin her zaman geçerli olmadığı **Sanders, Warrington** adlı araştırıcılar tarafından ileri sürülmüş ve meşhur adamların fotoğrafları ile yapılan araştırmalarda organik amnezi gösteren kişilerde uzak hafızanın daha iyi korunduğuna dair kesin deliller elde edilememiştir.

Bunun yanısıra **Seltzer, Benton,** 1975 ve **Marslen - Wilson,** 1975, gibi araştırıcıların çalışmaları Ribot kanununun doğru işlediği ve uzak hafızanın yakın hafızaya göre daha iyi korunduğunu doğrulamıştır.

Kafa travmalarından sonra retrograd amnezinin sıklıkla ortaya çıktığı, çoğu kere hastanın uzun bir yaşam devresini ilgilendirmeyip sadece belirli bir peryod için bir hafıza boşluğu yaptığı «gab» görülmüştür. Bu hafıza kaybının klinik tablonun ilk geliştiği andaki şiddetinde ve genişliğinde kalmadığı, zamanla gerilediği ve belirli

bir süreyi içine aldığı bilinmektedir. Bu şekilde bir kısım hafızanın zamanla avdet etmesine «shrinkage» hafızanın fire payı adı verilmektedir. **Symonds** 1937, **Russell** 1959, **Zangwill** 1952, bu olayı tesbit etmiş ve bildirmişlerdir. Bunun sebebinin yıkılmış olan hafıza dizisinde ilk önce kazanılmış olanların yeniden inşa edilmesi olduğu sanılmaktadır.

Tıpkı kafa travmalarından sonra olduğu gibi tüberküloz menenjitten sonra da amnezinin ortaya çıktığı görülmektedir. Hastalığın tam şifa bulduğu hallerde bile bu retrograd amnezi defektlerinin bulunduğu tesbit edilmiştir.

Elektrokonvulsif tedaviden sonra hastalarda retrograd amnezinin ortaya çıkması sıklıkla görülmektedir. Hastanın şoktan açılması sırasında önce ismini, mesleğini ve adresini hatırlamıya başladığı, daha sonra zaman ve mekân bilgilerinin tekrar kazanıldığı bilinmektedir. **Lancaster, Steinart, Frost** ve **d'Elia** en son düzenlenen idrakın zaman idraki olduğunu tesbit etmişlerdir.

ANTEROGRAD AMNESIA

Organic amnesic Syndrome, **Korsakoff** 1889, **Talland** 1965, **Zangwill** 1952, tarafından tarif edilmiştir. Dezorientasyon, konfabulasyon ve informasyonun muhafazasının bozulması bu sendromun ana belirtilerindedir. Bu sendromu **Talland** kronik alkoliklerde, **Milner,** bilateral mesial temporal lob rezeksiyonunda, **Williams** ve **Pennybacker** üçüncü ventrikül tümöründe, **Williams** ve **Smith,** tüberküloz menenjitli bir vak'ada tesbit etmişlerdir. Anterograd amnezinin bu sayılanlar dışında kafa travmalarından sonra sıklıkla görüldüğü bildirilmiştir. Bu hastalarda görülen belirtileri aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz:

1 — Yeni durumların öğrenilmesi bozulmadığı halde bu öğrenilenlerin çok çabuk çözüldüğü ve unutulduğu görülür.

2 — Deneme sayısının ve tecrübenin arttırılması öğrenimi geliştirmez ve yapılmış olan hataların da sayısını azaltmaz.

3 — Ayni zamanda birden fazla şeyin öğretilmiye kalkışılması başarısız olur.

4 — Bu kimselerde şartlı reflekslerin oluşturulması çok zordur ve çok çabuk unutulur.

5 — Çabuk unutma sebebiyle denekten istenen şeyler birbirine karıştırılır.

6 — Düşünmeyi gerektirmiyen basit el işlemlerinde başarı oranları zihnî faaliyeti gerektiren işlere göre daha yüksektir.

7 — Heyecan ve affekt yüklü konuların öğrenilmesi ve kavranılması nötr konulardan daha zordur.

Anterograd amnezili kimselerde görülen muhafaza zorluğu ve materyelin birbirine bağlanmasındaki güçlük yanısıra bu hastalarda olaylar ve objeler daha basite indirgenerek idrak edildikleri için hatırlandıkları anda bile hasta tarafından gerçek vasıfları ile tanınamazlar. Meselenin sadece özü hatırlanır ve teferruat ihmal edilir.

Williams'a göre elektroşok sonrası konfüzyon safhasında hafızanın geri gelmesinde aşağıdaki özellikler tesbit edilmiştir:

a — Hastaya gösterilen bir resimdeki şekil ancak ikinci gösterilişinde tanınabilir.

b — Hastanın objeleri isimlendirmesi ilk görüşte yapılmaz. Hasta «approximations» adı verilen şekilde önce bir takım kelimeler mırıldanır ve şeklin ikinci gösterilişinde doğru ismi söyler.

c — Isimlendirmede düşülmüş olan hatalar aynen tekrarlanmak eğilimi gösterir.

Üçüncü gözlem konfüzyonel safhada behavyoral cevapların alınabildiğini, ancak bunların gerçek sensoryel imajların aynısı olması mecburiyetinin olmadığını ve şuurun tam açılmasından önce çok sayıda yanılmanın olabileceğini göstermektedir.

Williams ve **McCurdy** konfüzyonel devredeki hatırlama hatalarının emotif ve affektif tecrübelerle ilgili olduğunu ve kişinin hatırlamasından sıkıntı duyduğu obje ve olayları değişik hatırladığını bildirmişlerdir.

Elektroşok tedavisinden sonra görülen amnezide elektrodların lokalizasyonunun önemli rolü olduğu bildirilmiştir.

Bu değişiklikler :

1 — Dominant olmıyan hemisfere uygulanan unilateral elektrodla yapılan ECT de kelime bulma bozulmaz, **Pratt** ve **Warrington,** 1972.

2 — Ayni uygulama şeklinde ilk şaşkınlık devresi çabuk açılır, **Halliday,** 1968.

3 — Unilateral ECT de tedavi sayısı bilateral olandan daha fazla olmak gerekir, **D'Elia,** 1974.

4 — Gerek RA (Refrograde amnezi) ve gerek AA (Anterograd amnezi) unilateral tedavi şeklinde daha silik geçer.

5 — Dominant olmıyan hemisfere konan unilateral elektrodlarla yapılan ECT hatırlama, isim bulma ve verbalizasyon prosesleri, sağ elini kullanan ve iki taraflı elektrod uygulanan hastalara göre çok çabuk düzelme ve açılma gösterir.

HYPERMNESIA

Hipermnezik hallerin mani, paranoid sendromlar ve katatonide görüldüğü tesbit edilmiştir. Bu aşırı hatırlama halleri bütün bir yaşamı tutan olaylar için geçerli olmayıp belirli bir hayat sürecini içine alır veya belirli konuları içerir. Paranoidler hezeyanları ile ilgili olay ve teferruatı çok iyi hatırlarlar. Manikler artmış olan spontan dikkatleri ve çağrışımların hızlanması sonucu artmış bir hafıza gösterirler. Obsesif - kompulsif nörozlu hastalar teferruatçı ve titiz kişilik yapıları sonucu belirli konuları çok iyi hatırlarlar. Katatonikler kendi iç dünyalarındaki obje ve olaylara karşı büyük bir hatırlama yeteneği gösterirler. Bütün bunların dışında «occupational hypermnesias» adı verilen meslekî hatırlama şekilleri vardır. Doktorlar hastalarını, satrançcılar senelerce önce oynadıkları veya seyrettikleri oyunların bütün hamlelerini, müsizyenler son derece karmaşık nota dizilerini kolaylıkla hatırda tutabilir ve hatırlarlar. Hipermnezide emosyon ve affektin oynadığı rol çok büyük olup kişi bu sayede çok lüzumsuz gibi görünen bir yığın teferruatı senelerce muhafaza eder.

PARAMNESIA

Kişiye tahammül edilmez azap ve sıkıntı veren hatıraların normal şeklinden saptırılması ve değişik hatırlanması halidir. Hasta hafızasında bu nahoş ve istenmiyen kısımları örter ve «gaps» adı verilen hafıza boşlukları husule gelir. Bu boşluklar sonradan gerçekle aslı olmıyan hiç yaşanmamış ve hiç denenmemiş olaylarla doldurulur ve hasta bir takım hikâyeler üretir. Bu uydurulmuş muhtevaya «confabulation» adı verilir. Fabrication adı da verilen bu üretme işlemini hasta öylesine benimser ki bunların gerçek olduğuna kendisi de inanır. Senil psikozların hepsinde görülen bu durum Korsakoff hastalığı için karakteristiktir.

Retrospective falsification : Kişinin kabulü zor affektif ihtiyaçları için kullandığı bir metod olup hafıza illüzyonları tarzında görülür. Özellikle paranoid sendromlarda sık rastlanan bu durum hastanın ihtiyaçlarını karşılamak için «imaginary experiences» hayalî ilişkiler ve hafıza saptırmaları şeklinde başlar, «defensive distortions». Bu illuzyonların başlangıcı tekrarlanan rüyalar şeklinde olur. Hasta rüyasında kendisini kaybolmuş, ölmüş veya ölümle tehdit edilir veya kontrolunu kaybetmiş görür. Bu tip rüyaların anlatmak istediği şey psikotiklerde kişinin kendisini reddetmesi «neglect», nörotikler de ise aşırı bağımlılık «overdependency»dır.

Déja Vu : Bir hafıza illuzyonudur. Hasta daha önce hiç tanımadığı ve görmediği kişileri sanki çok eskiden tanırmış ve görmüş gibi davranır. Hiç bilmediği yerleri sanki daha önce oralarda yaşamış gibi hisseder. Hastanın böyle bir hafıza illuzyonu yaşaması için mevcut durumla mazi arasında bir bağlantı kurması gerekir. Psikolojik olarak olayın izahı, kişinin çatışması ile ilgili denemeleri bir represyonla bastırması ve unutması sonucu duyduğu huzursuzluktur. Bu bastırılmış duyumların yeniden çözümü için kişi fırsatlar arar ve bir bağlantı kurabileceği obje ve olayla karşılaşınca sanki görmüş gibi bir illuzyonla onu yeniden sembolik olarak yaşamak ister. Bu illuzyon artık geçmişteki o nahoş olayın bir «substitute» ikâmesi olur.

Jamais Vu : Déja Vu olayının bu defa ters işlemesidir. Kişi daha önce bildiği ve tanıdığı obje ve olayları sanki hiç görmemiş ve duymamış gibi davranır.

Her iki fenomen de şizofreni, psikonevrozlar ve temporal lob lezyonlarında, şiddetli yorgunluk hallerinde ve intoksikasyonlarda sıklıkla görülür.

HAFIZA İLE İLGILI SEREBRAL SİSTEMLER

Hafıza kusurları ve serebral patoloji ile bulgular giderek daha iyi tanınmaktadır. Psikolojik testlerle muayene metodlarının geliştirilmiş olması gerek hayvan ve gerek insanda bu fonksiyonun teferruatlı bir şekilde araştırılmasını sağlamıştır.

Bu gün için en önemli mesele hafızanın depolanmasının nasıl olduğunun öğrenilmesidir. Nöronların bioelektrik değişikliği ve bunun internöronal etkileşimi sonucu çok kısa süreli hafıza tesbitlerinin yapılabileceği kabul edilirken çok uzun süreler içinde bunun muhafazasının mümkün olmadığı bilinmektedir. Özellikle bu bioelektrik aktiviteyi temelinden sarsan elektroşok tedavisi, epilepsi, anestezi ve hipotermi hallerinde bu fizyolojik hipotezin kabul edilmesi ihtimali yoktur. Ayni şekilde her hafıza için değişik bir anatomo - sinaptik ünitenin kurulduğunu da düşünemeyiz. **Penfield,** 1968, bu görüşe karşı çıkmakta ve beyin dokusunda yapılacak fokal kesilerin bir hafıza kaybına sebep olmadığını, bunun yanısıra bir odağın uyarılmasının bazen belirli bir hafıza dizisini çağrıştırdığını sebep olarak göstermektedir.

Meselenin çözümünün RNA sentezinde yattığı ve bu kodlama işinin bu strüktürlerde yapıldığı sanılmaktadır. Bu gün için amnezi ile çok yakından ilgili iki merkezin varlığı bilinmektedir. Bunlardan birincisi «hypothalamic - diencephalic bölge», diğeri ise «hippocampal» parçadır. Bu her iki bölgenin tahrip edilmesi kalıcı vasıfta hafıza kayıtlanması bozukluğuna sebep olur. Ayni zamanda retrograd tipte bir amnezi de ortaya çıkar. Bunun yanısıra yakın hatıralarda bir bozukluk görülmez. Ancak bu iki bölgenin de gerçek hafıza depoları olmadığı, hafızanın tekrar canlandırılmasında görevli yardımcı bölgeler olduğu kanaati hakimdir.

Biz hatıralarımızın önemli ve dikkati çekici olanlarını muhafaza ederiz. Bu sebeple bunların depolanmasında ve yeniden hatırlanmasında emosyonların görevi büyüktür. **Lishman,** 1974, beynin «emotional apparatus»unun bu yeniden hatırlamada büyük rolü olduğuna inanır.

Hypothalamic - Diencephalic system : Posteryor hipotalamus ve orta hat yapılarının «midline structures» amnezi ile doğrudan ilgili olduğu kabul edilmektedir. Korsakoff hastalığında bu iki bölgenin birinci derecede sorumlu olduğu anlaşılmıştır. Bunun yanısıra üçüncü ventrikül çevresi, periakaduktal gri madde, «upper brain stem», talamik çekirdeklerin bir kısmı da amnezi ile ilgili görülmektedir. **Brierley,** 1964, mamillar cisimlerin Korsakoff hastalığındaki hafıza defektlerinden sorumlu olduğunu iddia etmiştir. **Victor,** 1964, dorsomedyal çekirdeklerin Korsakoff hastalığında amnezinin gelişmesinde daha önemli rolü olduğunu ortaya koymuştur.

Bütün bu bölgelerin hasara uğramasının temel sebebinin «thiamine» eksikliği sonucu olduğu ve amnezik belirtilerin Wernicke tipi bir ansefalopatinin tabii bir sonucu olduğu görüşü hakimdir. Thiamine eksikliği yapan başlıca faktörlerden birisi kronik alkolizm olup bunun dışında mide kanserleri, gebelik, kötü beslenme ve sebebi ne olursa olsun şiddetli ve uzun sürmüş kusmaların da rolü olduğu tesbit edilmiştir.

Korsakoff psikozu deyimi tartışmalı bir konu olup bir kısım araştırıcı alkolden olma dışında diğer etyolojik faktörleri kabul etmezler, bir kısmı ise sebebi ne olursa olsun bu tabloyu Korsakoff teşhisi için yeterli kabul ederler.

Hipotalamus komşuluğundaki tümörlerle üçüncü ventrikül tümörlerinin benzer bir klinik tablo husule getirdiği, amnezik tabloların akabinde görülen hemorajik tabloların bu tümörlerin kanamasına bağlı olduğu görülmüştür. Tüberküloz menenjitin ağır devrelerinde de Korsakoff'a benzer görünümler ortaya çıktığı hastalığın gerilemesi ile birkaç hafta içinde amnezinin gerilediği sadece hastalığın akut devresine ait bir hafıza defektinin «gap» kaldığı dikkati çeker.

Williams ve **Smith,** 1954, kaide tüberkülozunda eksudanın üçüncü ventriküle, mamiler cisimciklere ve anteryor basal sisternalara dolduğunu ve bu sebeple bu bölgelerin etkilendiğini gösteren vak'alar tesbit etmişlerdir.

Hippocampal sistem : Son yıllarda belirtileri Korsakoff'un ayni fakat lokalizasyonu çok farklı amnezi vak'aları görülmüştür. Hippokampusun bilateral lezyonları ve hippokampal girusun hastalıklarının bu tabloları yaptığı tesbit edilmiştir. **Scoville** ve **Milner,** 1957, psi-

kotik hastalık ve epilepsi sebebiyle yaptıkları beyin kabuğu ekstirpasyonlarında adı geçen bölgelerin çıkarılması sonucu bu amnezik belirtilere rastlamışlardır.

Neokorteks lezyonlarının hafıza kaybı ile ilgili olmadığı tesbit edilmiştir. Uncus ve amigdaloid bölgelerin de amnezi ile ilgili olmadıkları kabul edilmektedir. **Milner,** 1966, hippokampal girus ve hippokampusun tahrip edilmesiyle global bir amnezinin yerleştiğini ve kalıcı olduğunu tesbit etmiştir.

Vasküler bozuklukların da amnezik belirtiler verdiği görülmektedir. **Victor,** 1961, posteryor serebral arter tutulması sonucu oluşmuş bir vak'asını bildirmiş ve otopside her iki temporal lobun inframedyal kısımlarında hasar görüldüğü açıklanmıştır.

Rose ve **Simons,** 1960 yıllarında virutik ansefalite bağlı amnezi vak'aları bildirmişler ve otopsilerinde «limbic lobe» ve hippokampus ve hippokampal girusu tutan lezyonlardan bahsetmişlerdir. **Fields** ve **Blattner,** 1953, bu bölgelerin psikomotor hamlelerin oluşundan da mesul tutulduğunu ve amnezik tablolar ile beraber bu tür hamlelerin görülmesi halinde durumun kesinlik kazanacağına işaret etmişlerdir.

Diğer klinik - patolojik ilişkiler : Başlangıçta hafızanın her iki hemisferi de içine alan tek bir sistem olarak oluştuğu düşünülmüştü. Ancak her iki hemisferi bağlıyan «Fornix bundles» forniks demetlerinin kesilmesinin amnezi husule getirmediği görülmüştür. **Dott** 1938, **Cairns** ve **Mosberg** 1951, **Sweet** 1959.

Neokortekste hafıza depolarının bulunmadığı ancak bu bölgelerin hafıza için entegratif bir görev yüklendiği görüşü hakimdir, **Wolff** 1959, **McFie** ve **Piercy** 1959.

Frontal lobların ameliyatlarında uzun süreli amnezilere rastlanmamaktadır. Kısa süreli retrograd bir amnezi ve gene kısa süren bir «current amnesia» yakın amnezinin varlığı birçok araştırıcı tarafından bildirmiştir, **Klein** 1952, **Durost** ve **Kral** 1953, **Whitty** ve **Lewin** 1960.

Korteksin belirli kısımlarının değişik hafıza tipleri ile ilgili olduğu görüşü hakim olmuştur. Verbal, vizuo - spatial ve motor öğrenmenin görevlendirildiği kısımlar ayrılmıştır. Dominant hemisferdeki bir temporal lob lezyonu öğrenmeyi ve verbal materyalin muhafazasını bozduğu gibi, okunan ve duyulan şeylerin unutulmasına sebep olur. Bunun tersine nondominant bir temporal lezyon nonverbal olayların muhafazasını, objelerin hatırlanmasını etkiler ve bozar. **Milner** 1966, bu tür lokal lezyonlar sonucu ortaya çıkmış dağınık amnezik belirtileri gerçek amneziden ayırmış ve «limited amnesias» deyimi altında toplamıştır.

Amnezinin klinik görünümü : Hafıza, klinik uygulamadaki kolaylığı sağlamak için «immediate» anında, «recent» yakın ve «remote» uzak hafıza olarak üç gruba ayrılmıştır.

a — **Immediate** için «Ultra - short» çok kısa deyimi de kullanılmaktadır. Bu türde Short - term adı verilen kısa süreli hafıza depolarının görevlendirilmiş olması mümkündür. Hastaya birkaç rakam verilip arkasından hemen tekrar etmesi istenirse bu tür bir hafızanın kontrolünün yapıldığı kasdedilir. Doğru cevap alındığı takdirde kayıtlama işleminde bir bozukluk olmadığına karar verilir. Şuur bulutlanması hallerinde veya dikkatin psikolojik sebeplerle dağılmış olduğu hallerde bu anında hafızanın etkilendiği ve bozulduğu görülür.

b — **Recent,** yakın hafıza «current memory» adını da alır. Kayıtlamanın yanısıra bir Consolidation fonksiyonunu da gerektirir ve hafıza depolanır. Hastaya bir takım bilgiler verilir ve belirli bir süre sonra bunların tekrarı istenerek muayene edilir. Lakaydi, yaşlanma, şiddetli sıkıntı, şuur bulutlanması hallerinde bu recent hafıza bozulur.

c — **Remote,** uzak hafıza, hatıraların günler ve seneler boyu muhafaza edilmesi halidir. Yukarıda belirtilen hastalıklar ve şartlar içinde bu hafızanın kullanılması ve muhafazası bozulur.

Uzak hafızanın bozulmasında uzun bir süre içinde gelişmiş olan beceriler ve hünerler etkilenmez. Hasta konuşma, yazma ve hesap etme gibi fonksiyonları yapabilir. Temporal lobların kesilmesinde veya hastalıklarında bu «remote» uzak hafıza tamamen salim kaldığı halde, Korsakoff psikozunda uzak hafızanın da kısmen bozulduğu görülür.

d — **Disturbances of time sense :** Zaman idrakinin bozulması Korsakoff psikozu için karakteristik bir bulgudur. Hasta olayları doğru bir şekilde hatırladığı halde bu olayların zaman sırasını şaşırır. Eski bir olayı yakın bir tarihe lokalize etmiye çalışır veya tersini yapar. **Talland** 1965, bu durumun zamanın akışının takdirindeki bir bozukluk olmayıp bir kondensasyonu olduğunu ve zamanın sıkıştırılmış olduğunu «contextual isolation» olduğunu ifade etmiştir.

e — **Confabulation :** Hikâye uydurma hali «hypo thalamic - diencephalic» lezyonlarda karakteristik bir bulgu olmasına rağmen bilateral «hippocampal» bölgelerin tahribinde ortaya çıkmaz. Konfabulasyon genellikle tutulmanın başlangıç fazında görülen geçici bir fenomen olarak dikkati çeker ve daha sonra kaybolur, **Victor** 1971. Çok nadir hallerde bu durumun uzun yıllar devam ettiği görülür.

Berlyne, konfabulasyonu kusurlu bir hatırlama olarak tarif etmiş, 1972, bu devrede hastanın tam şuur açıklığında olduğunu ileri sürmüştür. Araştırıcı konfabulasyonun iki şeklinden bahsetmiş, birincisinin: 1 — «Momentary type» kısa muhtevalı olduğunu, yakın hatıralardan kaynaklandığını ve provokasyonla ortaya çıktığını bildirmiştir. Bu şeklinde nakledilen hatıraların doğru ve yaşanmış olduğunu, sadece zaman sırasının değiştirilmiş bulunduğunu ve bunun yanısıra hatıralar arasındaki ilgi sırasının bozulmuş olduğunu ifade etmiştir. 2 — «Fantastic type» bu ikinci şeklinde «grandiose» büyüklük fikirleri ile ilgili konular işlenmekte olup hasta hiçbir zaman ve mekânda yaşanmamış bir takım hüner ve kahramanlık hikâyeleri uydurmuştur. Bu tür konfabulasyonun uyarılmıya gerek olmaksızın hasta tarafından kendiliğinden sürdürüldüğü, «wish - fulfilment» doyum ve «prestige» itibar kazanma arzusunu içerdiği görülür.

Konfabulasyonun amnezik güçlüklerden kaynaklanmasına rağmen bunun tam bir hafıza bozukluğu olduğu söylenemez. İki taraflı hippocampal girusların tahribi ile meydana getirilememiş olması bunun delilidir. Daha önemli bir sebep de yaşanmış hafıza dilimlerinin zaman içinde disloke olmalarıdır. **Barbizet,** 1963, yeni bilgilerin muhafazasında güçlük çeken hastaların eski hatıralarını kullanma eğilimine gireceklerini ve karşılaştıkları yeni durumlar için bu eski malzemeyi kullanacaklarını ileri sürmüştür. Konfabulasyonun bazen

anormal ve karmaşık hafıza birikintilerini içerdiği görülür. Bunlar «misidantifications» ve «misinterpretations» hatalı tanımlamalar ve tefsirlerdir. Wernicke ansefalopatisinin başlangıç devresinde sıklıkla bu duruma rastlanır. Şuurun bulutlandığı ve insight'in bozulmuş olduğu bir devredir.

f — **Diğer «cognitive» görevler :** Amnezik kusurların şiddetli olduğu hallerde bile davranış ve zekâ gibi fonksiyonların oldukça iyi korunduğu görülür. Hastanın «allert» uyanık olduğu, çevre şartlarına uyabildiği tesbit edilir. Temporal lob rezeksiyonlarından sonra ise gerek amnezik ve gerek behevyoral görevlerin normal yapıldığı dikkati çeker. Sosyal davranışlar, motivasyon ve heyecan kontrolu, kişi eğer pre - morbid bir bozukluk taşımıyorsa amnezik bozukluktan etkilenmez.

Korsakoff psikozunda durum böyle olmayıp yukarıda sayılan fonksiyonlar önemli ölçüde bozulurlar. **Talland** 1965, **Zangwil** 1966, **Victor** 1971. Bu hastalıkta dikkat azalması, «inflexibility» esnekliğin kaybolması, zihnî aktivitede azalma, düşünce esnekliğinin bozulması esastır. Bunun yanısıra kişilik yapısında da önemli yıkılma belirtileri görülür.

g — **Diffüz serebral bozuklukta görülen amneziler :** Diğer belirtilerin, özellikle entelektüel kusurların çok ön planda olması diffüz serebral hastalıkta amnezinin klinik önemini azaltır ve çoğu kerede dikkati çekmez. Akut organik beyin sendromunda şuur bulanıklığı amneziyi örter. Kronik şekillerde diğer belirtiler ortadan kalkarken amnezik spotların varlığı dikkati çekebilir.

Diffüz beyin dokusu hastalıklarında amnezi globaldir. Hem uzak ve hem de yakın hafıza etkilenir. Uzak hafızanın daha iyi korunmasına karşılık yakın hatıralarda «clear - cut» çok açık bir kaybın bulunduğu görülür.

Yakın hafızanın daha çok etkilenmesi sebebinin ilgi azalması ve «current memory» o andaki hatıraların karışıklığı olduğu söylenmektedir. Uzak hafıza normal gibi görünmesine karşılık, muhtevasının banal, teferruattan yoksun ve stereotipik yapıda olduğu tesbit edilir.

Demanslarda görülen hafıza kaybının global yıkımın bir bölü-

mü olduğu, hafıza depolarının boşalmış bulunduğu, assosiyasyonların bozulması sonucu henüz bozulmamış hafıza bölgelerine de ulaşılamadığı ve korteksin çeşitli bölgeleri arasındaki irtibatın kopmuş bulunması sebep gösterilir. **Brierly** 1961, **Corsellis** 1970, Alzheimer hastalığında görülen hafıza bozukluğunun hippocampal bölge ve mamillar cisimlerdeki geniş harabiyet sonucu husule geldiğini bildirmişlerdir. **Miller,** hippocampal bozukluğun hafıza bozukluğunda önemli olduğunu ancak yeterli bulunmadığı kanaatindedir. Araştırıcı bu hastalıkta görülen öğrenme zorluğunun da dikkate alınması gerektiği sonucuna varmıştır.

Yaşlılarda görülen hafıza kusurları kısmen jeneralize ve kısmen lokal dejeneratif bozukluklara bağlıdır. **Busse,** 1962, yaşlılarda temporal lob bioelektrik anomalilerine sıklıkla rastlandığını bildirmiştir.

h — **Psychogenic amnesia :** Bu tür bir amnezi ya global veya belirli bir konuyu içine alacak şekilde lokal olur. Global olanında çoğu kere uzun bir hayat süresi amnezik kalır. Hasta bazen de kişisel tanımlanmasını da kaybeder «loss of personal identity». Bu durumda bile hastanın intelektüalitesini oldukça iyi koruduğu dikkati çeker. Bu hastalarda cognitive şuurluluk prosesinin bozulduğu görülür.

Histerik hastaların hafızanın örtülü kaldığı devreler içindeki olayları olmamış gibi iddia ettikleri, «amnesic gap» dikkati çeker. Sınırlı psikojenik amnezide hastanın işi ve evliliği gibi önemli olayları unuttuğu tesbit edilir. Hastanın son birkaç saniye içindeki olayları hatırlamakta zorluk çektiği veya uzak hafıza eksiksiz hatırlanırken yakın hafızanın etkilenmiş olduğu hallerde psikojenik bir hafıza bozukluğu göstermekte olduğu düşünülmemelidir. Çok belirgin bir olayın veya önemli bir objenin unutulması ve bu halin birkaç hafta ile daha da uzun bir süre devam etmesi psikojenik amnezi için karakteristik olur. Bazen organik ve psikojenik amnezi beraberlikle bulunur ve organik amnezi psikojenik amnezinin tanınmasını zorlaştırabilir.

i — **Amnezinin tanınmasında ortaya çıkan zorluklar :** Amnezik sendroma yeni bir durumun konsalidasyonundaki bir zorluk olarak bakılabilir. Böyle bir durumda ultra - short hafıza normal, uzak hatıralar oldukça normal kalırken «current» yakın denemeler ve hatıraların muhafazası ve depolanması bozulur. Örnek olarak hastaya ayni resim birden fazla defa çizdirilirse hasta bu resmi daha önceden de çizmiş olduğunu hatırlamaz, **Corkin** 1968. Motor hünerlerin öğrenilmesi ve bunların muhafaza edilmesi için normaldekinden çok daha uzun bir zaman harcanması gerekir.

Konsalidasyon kusurunun tesbiti için **Warrington** 1968, **Weiskrantz** 1968, tarafından geliştirilmiş bir test tekniği «technique of partial information» kısmî bilgi verme tekniği ile yapılan denemeler başarılı sonuçlar vermiştir. Bu durumun deneğe bir kelimenin harflerinin dağıtılmış şekli veya bir resmin parçaları tanınmasını giderek kolaylaştıracak şekilde gösterilir. Her gösterişte tanınma safhası tesbit edilir ve hastanın müteakip denemelerde daha erken tanıması halinde öğrenmenin mevcut olduğuna karar verilir. Korsakoff hastalığında ve hippocampal hasar gösteren hastalarda bu tür öğrenmenin çok zorlaştığı ve çok uzun zaman aldığı görülür. Bu deneme amnezik hastaların öğrenmekte devam ettiklerini ancak bu öğrendiklerini yeniden şuur sathına çıkaramadıklarını göstermektedir.

j — **Uzun süren retrograd amnezi :** Genellikle bir kafa travmasını takiben kısa süreli, birkaç dakikalık bir amnezinin ortaya çıkması en son öğrenilmiş olan bilgilerin muhafazası için bir zamanın geçmesine gerek olduğu izlenimini vermektedir. Bu geçmesi gereken zamana «consalidation time» konsalidasyon devresi adı verilir. Bu devrenin sonunda yeni kazanılmış bilgiler uzak hafıza olarak saklanabilirler.

Ancak bu görüşle çok uzak hafızanın kaybını izah etmek mümkün olamaz. Bunu bir hatırlama mekanizması bozukluğu olarak da kabul etmemiz çok zordur. Çünkü amnezik sendrom retrograd bozuklukta genel olmayıp parçalar halindedir. Hasta amnezik bir devrenin öncesini kolaylıkla hatırlar. Bundan başka kafa travması sonucu veya tüberküloz menenjit sonucu oluşmuş amnezilerde yakın hafıza yeniden normale döndüğü halde uzak hafıza uzun süre kusurlu kalabilir.

Papez, 1967 ve **Kral,** 1959 yıllarında emosyonların algılanmasında ve izharında **Papez**'in adı ile anılan bir devre'nin varlığından söz ettiler. Bu devre hippocampal sistem, mamiller cisimler ve reticular sistemden oluşuyordu. Bu sistemde bir mekanizmanın hangi hatıraların kayıtlanacağı ve hangilerinin unutulacağına karar verdirdiği dü-

şünülmüştü. Dissosiyasyon sendromlarındaki ağır emosyonel bozukluklar, dissosiyatif tabiattaki «fuge states» bu kayıtlanma işlemini ileri derecede etkilemekte ve bozmaktaydı. Böylece mutad yollardan hafızanın kayıtlanması ve korunması mümkün olmuyordu.

Psikojenik amnezide meselenin «voluntary recall» iradeli hatırlamada bir bozukluk şeklinde olduğu sanılmaktadır. Bu durumlarda hafızanın hipnoz veya «drug abreaction» ilâçla çözülme gösterdiği bilinir.

KONUŞMA BOZUKLUKLARI

Konuşma bozuklukları organik ve psikojenik kaynaklı olmak üzere ikiye ayrılırlar. Organik kaynaklı konuşma bozukluklarında hastanın tamamen konuşmasının durduğu çok nadir görülür. Bunun yanısıra katatonide konuşmanın tamamen durduğu devreler vardır. Disfazik olan hastalar konuşma için bir gayret ve zorlama içinde oldukları halde psikotik olanlarda - şizofrenikler; demanslar - hiç bir konuşma isteği görülmez.

Organik olanda anlatım birkaç kelime veya cümle ile sınırlandığı halde psikotik olanda normal kelime hazinesinde bir eksilme olmaz. Ancak kelimeler normal tonlarında telaffuz edilmez, mırıldanma şeklinde veya şekil değiştirerek neologism - kelime uydurma şeklinde veya tamamen anlamını kaybetmiş bir biçimde, **Jargon,** kullanılırlar.

A — ORGANİK KAYNAKLI KONUŞMA BOZUKLUKLARI

Non - fluent dysphasia : Head tarafından ilk defa kullanılmış olup «isim bulma» güçlüğü anlamındadır. Bu konu **Rochford** ve **Williams,** 1964, tarafından incelenmiş ve isim bulma zorluğu yanısıra, hareketlerin ve fiillerin bulunması ve renklerin isimlendirilmesinin de bozulmuş olduğu anlaşılmıştır. Bu bozuklukta en önemli unsurun kelime bulmadaki güçlük olduğu tesbit edilmiş ve buna tesir eden faktörlerin neler olduğu aşağıda sıralanmıştır:

1 — Memory: Nominal afazinin öncelikle bir hafıza bozukluğu olduğu kabul edildiğinden, bu hastaların demans ve şizofreni gibi konuşma bozukluğu yanısıra zihnî bozukluk gösteren hastalarla karşılaştırması yapılmış ve disfaziklerin çok sıklıkla adlandırma hatası yapmalarına rağmen tanıma kusuru göstermedikleri dikkati çekmiştir. Bu hastalara ayni resimler birkaç kere gösterildiğinde hasta resmin kendisine daha önce de gösterildiğini tanır fakat adlandıramaz.

Bu deney bize hafıza kusurunun isim bulma zorluğu ile bir ilgisinin olması gerekmediğini göstermektedir.

2 — Idrâk : Adlandırma bozukluğunun önemli bir sebebinin hastaların objeleri gerçek görünümleri ile algılıyamamaları olduğu gösterilmiştir. Senil demanslarda bu kesindir. Hastaların yaptığı idrak yanılmaları gerçek isimlendirmeyi engeller. Disfazik hasta, ismini bulamadığı objenin vasıflarını tarif etmiye çalışır, bunun yanısıra bunamalı hasta hiç ilgisi olmıyan bir isim söyler. Meselâ bir davul resmi gösterilen disfazik, bu âletin ismini söyleyemez ama «çalınır» der. Adlandırma kusurlarının demanslılarda idrak kusurlarına bağlı olmasına karşılık disfaziklerde idrak kusurları ile ilgisi yoktur.

3 — Zekâ: **Goldstein** 1948, isim bulma zorluğunun zekâ ile yakından ilgili olduğunu ve düşüncenin «abstractive thinking» soyutlama özelliğinin kaybının önemli bir sebep olduğunu yazmıştır.

4 — Yorgunluk : Test çalışmaları disfazinin sanıldığı gibi yorgunlukla bir ilgisinin olmadığını ortaya koymuş ve elde edilen hata sayısının uzun süreli test uygulamalarında değişmediği görülmüştür.

5 — Kelimenin kullanılma sıklığı: **Rochford** ve **Williams** yaptıkları çalışmalarda sık kullanılan kelimelerdeki hata payının seyrek kullanılanlara göre daha az olduğunu tesbit etmişlerdir.

6 — Sıralama: Bu isim bulma kusuru daha çok çift kelimeli isimlerde görülür. Birinci kelimenin basit ve kolay bulunur olması halinde ikinci kelime hiç zorlanmaksızın kendiliğinden söylenir. Meselâ: Parmakkapı, Çiftehavuzlar, Tahtaperde gibi. Hastaya birinci kelimede yardım edilirse ikinci kelime kolayca bulunur, «sequency».

7 — Muhteva: Disfaziklerin muayenelerinde ismi bulunamıyan kelime eğer bir cümle içinde verilirse hastanın bu kelimenin adını bulduğu görülür. Meselâ «Bunlar bizim görmek için kullandığımız .....» cümlesi içinde boş bırakılan son sözcük hasta tarafından kolayca bulunur ve «gözlüktür» kelimesi tanınır, **Rochford** ve **Williams,** 1963.

8 — Situation: Kelimenin birden fazla anlama geldiği hallerde o kelimenin tanınması zorlaşır. Bazı dillerde özellikle İngilizcede bu tür kelime sayısı çok fazladır. Hasta bu kelimenin hangi anlamı daha sık kullanılıyorsa kelimeyi o şekilde tanımlar.

9 — Arousal: Kelimenin fonetik elemanlarının kelimenin bulunuşundaki tesiridir. «Rhyme» kafiyenin kelime bulmada bir rolü olmadığı tesbit edilmiştir. Bunun yanısıra kelimenin bir kullanış şeklinin bulunmasının diğer daha az kullanılan şekilleri için bir kolaylaştırıcı faktör olduğu görülmüştür, «Context arousal». Heceleme uyarısı «spelling arousal» denen şeklinde söylenmesi arzu edilen kelimenin birinci harfi veya hecesi verilirse hastanın gerisini tamamladığı görülür.

Bütün bu denemeler disfazik hastaların kelime hazinesinin pek fazla tahrip olmadığını ve bazı yardımlarla kullanılabilir hale geldiğini gösterir. Bu yardımlar kelime üretim eşiğini düşürür. «De-blocking, **Wiegl** 1963»

Kafiyenin kelime bulmada bir yardımının olmamasının sebebi bu özelliğin kelimenin son hecesinde bulunmasıdır. Ancak disfazinin çözülmesinde önemli faktör kelimeye giriştir. Ilk hecenin bulunması kelimenin tamamlanması için yeterlidir. Bu normal kimselerde de böyle olup kelimeleri tersinden heceliyerek okumaya meraklı kimselerde ilk hecenin verilmesi halinde kelimenin tersinden daha kolay söylendiği görülür.

Fluent dysphasia - Jargon : Non - fluent dysphasia'dan tamamen farklı olup 1 — Komunikatif değerinin azlığı, 2 — Muhtevasındaki kusurların fazlalığı gibi iki belirgin özelliği vardır. **Geschwind** 1974.

Weinstein 1966, bu bozukluğu bir «self - awareness» kendisinden haberli olmada bozukluk olarak tanımlamıştır. Ancak **Kinsbourne** ve **Rochford** eğer hastalara konuşmaları tekrar dinletilirse bir kısım hataları farkettiklerini tesbit etmişler ve bu durumun bir «anosognosia» olmadığı kanaatini bildirmişlerdir.

Rochford non - fluent ve fluent «jargon» disfaziler arasında şu farklara dikkati çekmiştir;

a — Fluent afazide kullanılan kelimenin sıklığı ile hata nisbeti arasında bir ilişki kurulamaz. Non - fluent şeklinde sıklıkla kullanılmış kelimeler daha kolay bulunur.

b — Kolaylıkla ve çabuklukla bulunmasalar bile sorulan kelime

ile hastanın mırıldandığı kelime arasında yakın-bir benzerlik fluent disfazide mevcuttur.

c — Jargon afazide perseverasyon sayısı normal afazidekinden çok fazladır. Bu afazik süreçler daha uzun sürer.

d — Jargon afaziklerin konuşması bir şizofren konuşmasına çok benzer. Bu hastalar kendilerinden üçüncü şahıs olarak bahsederler, kendilerini pek çok kişisel referanslarla vasıflandırırlar.

e — Jargon afazikler hatalarının çoğu kere farkına varmazlar. Normal birkaç cümleden sonra bir seri anlamsız kelimenin konuşmayı tamamladığı görülür.

Çocuklarda görülen disfaziler: Çocuklarda dominant hemisferde meydana gelen beyin zedelenmesi sonucu ortaya çıkan disfaziler yetişkinlerde görülenlerden oldukça farklıdır. Bu değişiklikler aşağıda sıralanmıştır:

a — Rezidüel konuşma nadirdir. Stereotipi, parafazi ve perşeverasyon çok seyrek görülür.

b — Okuma ve yazma ileri derecede bozulduğu halde anlatımın etkilenmediği dikkati çeker.

c — Kelime bulma zorluğu yanısıra konuşmada çok sayıda artikulasyon kusuru bulunur.

Beyin dokusu hasara uğramış çocuklar genellikle suskunluğu tercih eder ve konuşmazlar. Zorlandıkları zaman ya tek kelime ile cevap verirler veya, «bilmiyorum, yapamam» gibi cevaplar verirler. **Alajouanine,** 1965, travma yaşı ilerledikçe bu tür kusurların şiddetinin arttığını ileri sürer. Tersine küçük yaşta geçirilen travmaların sonucu oluşan disfazinin gerileme şansı fazladır. Bu iyileşmede etyolojik faktörün önemi büyük olup epilepsinin eşlik etmediği durumlarda prognoz daha müsaittir.

DİĞER DİSFAZİ ŞEKİLLERİ

Saf kelime sağırlığı, «Subcortical auditory dysphasia» : Afazinin bu şeklinde hastanın hatasız ve anlamlı bir şekilde konuştuğu,

yazabildiği ve okuduğunu anladığı görülür. Ancak bütün bunları yapabilen hastanın anlaması çok sınırlıdır. İşittiklerini anlıyamaz. Bir konuşmayı takip edemediği gibi kulağına gelen elemanter seslerin de tanımını yapamaz. Sesleri herkesin duyduğu gibi duyar, fakat ne anlama geldiklerini ayıramaz. Bu duruma konuşulan kelimelere ait bir «agnosia» gözü ile bakılabilir. Çok nadir görülen bir sendromdur. Lezyonun dominant hemisferde olduğu ve temporal lobu tuttuğu kabul edilir. Lokalizasyonu Heschl girusu olarak bilinen birinci temporal büklümdür. **Geschwind,** dominant temporal loba ulaşan işitme yollarının kesilmesinin ve korpus kallosumun beraber tutulmasının hastalığa sebep olduğunu savunur. Hastada işitme kaybı olmaması non - dominant hemisferdeki korteksin henüz sağlam olmasına bağlanır.

Saf kelime körlüğü, alexia without agraphia, subcortical visual aphasia : Hasta normal konuşur ve konuşulanları ayni şekilde anlıyabilir. Ancak okuduğunu anlamaz. Daha ağır şekillerinde cümlelerin yanısıra okunan harflerin de tanınmadığı görülür. Hafif şekillerinde kelimelerin anlaşıldığı ancak cümlelerin anlaşılmadığı dikkati çeker. Okuma, kopya etme bozulmaz ve dinliyen bir insan için hastanın okuduğunu anlamadığı farkedilmez. Bu hastalarda «sağ homonymous hemianopia» ayrılmaz bir belirti olarak daima bulunur. Renk ayırımı gerçekte bozulmadığı halde hastaların renkleri isimlendiremedikleri görülür. Renk isimlendirmenin saf bir «visual - verbal association» prosesi olduğu ve bu sebeple bu fonksiyonun da etkilendiği sanılmaktadır. Kelime körlüğünün lisanın visuel paterni olduğu, kelime ve harflerin tanınmasında bir bozukluk olduğu ve hastanın yüksek sesle söylenen şeyleri kolaylıkla tanımasının bunu doğruladığı ifade edilmektedir. Sembolik kelimelerin ve fonksiyonların anlaşılmasında bir kusur görülmez. Lezyonun sol visüel kortekste korpus kallosumun kuyruk kısmında olduğu ve bu sebeple visüel inputun sadece sağ tarafa ulaştığı ve sol hemisferdeki lisanla ilgili sistemlere varamadığı düşünülmektedir. Sol posterior serebral arter okluzyonu en sık rastlanan sebepler arasındadır.

Saf kelime dilsizliği : Apraxic anarthria, subcortical motor dysphasia, aphemia. Bu sendromda hasta bütün konuşulanları ve yazılanları anlar, en karışık emirlere bile uygun davranışlarla cevap vere-

bilir. Düşündüklerini ve isteklerini yazı ile anlatabilir. Bu husus iç lisanın hastada bozulmamış olduğunu gösterir.

Bütün bunlara rağmen hastanın konuşamadığı ve kelimelerinin dizartrik ve anlaşılmaz olduğu görülür. Tekrarlanması istenen kelimeleri tekrarlıyamaz. Yüksek sesle okuyamaz. Hastalığın ilerlemiş şekillerinde hastanın hiç bir ses çıkaramadığı dikkati çeker. Bu motor bozukluğa rağmen dil ve dudakların hareketlerinde bir bozukluk görülmez. Doğruluğu kesin olmamakla beraber lezyonun insula'nın alt kısmında olduğu sanılmaktadır. Kelimelerin motor şemasının bulunduğu kortikal merkezden motor merkeze ulaşmasında bu bölgede bir kesiklik olduğu düşünülmektedir.

Pure Agraphia : Okuma kusuru görülmeksizin ortaya çıkan bir yazı yazma bozukluğudur. Genel bir dizfazi veya genel bir agrafinin seyrinde ortaya çıkar. Bazen de bir kelime dilsizliğinin ekivalenti olarak görülür. Yazılı ve sözlü cümleler anlaşıldığı halde ve kişinin konuşmasında bir bozukluk olmamasına rağmen hastanın kendiliğinden veya dikte edilmiş bir kelime ve cümleyi yazamadığı görülür. Bunun yanısıra hasta kendisine verilen yazılı bir metni kusursuz kopya edebilir. **Brain,** 1965, yazı yazmanın konuşmadan daha kompleks bir olay olduğunu, yazı sırasında «visual graphic schemas»ların uyandırılmasının gerekli bulunduğunu ve bunların «motor schemas» larla irtibatlarının yapılmasının lüzumlu olduğunu ileri sürer. Saf motor agrafide lezyonun sol angular gyrus'tan sol motor kortekse ulaşan ve eli idare eden duyu yollarında olduğu sanılmaktadır.

Primary Sensory Dysphasia : Receptive dysphasia, Wernicke dizfazisi. Esas kusur konuşulanın anlaşılamamasıdır. Kelimelerin anlaşılmasına hizmet eden gramatiğin bozulduğu ve anlamının kaybolduğu görülür. Hastanın sorulanlara cevap veremediği ve istenen tekrarlıyamadığı dikkati çeker. Daha hafif şekillerinde basit emirlere cevabın alındığı, istenen şeyin zorlaşması nisbetinde hastalığın belirgin bir hal aldığı tesbit edilir. **Benson** ve **Geschwind,** 1971, hastanın bedeni ile ilgili emirleri kusursuz bir şekilde yerine getirdiğini bildirmişlerdir. Bunların yanısıra kendiliğinden konuşma, yazı yazma ve okumanın da bozulduğu dikkati çeker.

Kelimelerin yanlış kullanılması, parafazik hatalar ve neologizm sıklıkla görülür. Gramer ve sentaks hatalarının da eklenmesi ile konuşma anlaşılmaz bir şekil alır. Lezyonun dominant hemisferde birinci temporal büklümde olduğu bilinmektedir, Wernicke alanı.

Primary motor dysphasia : Cortical motor dysphasia, expressive dysphasia, Broca dizfazisi olarak da tanınır. Konuşmanın efektör komponenti bozulmuş olup seçilen kelimeler, artikulasyonları ve cümlelerin dizilişi kusurlu olarak yapılmaktadır. Konuşma ile beraber yazı yazma da bozulmuştur. Anlama kısmen salim kalmış olup çok kompleks olmadıkça bir aksama göstermez. Konuşma yavaş, dağınık ve çekingendir. Konuşmanın ritmi, artikulasyonu ve esnekliği kaybolmuştur. Hastanın konuşurken çok sıkıntılı olduğu görülür. Kelime bulma çok zorlaşmıştır. Kelimeler yanlış seçildiği gibi telaffuzları da hatalıdır. Çok sayıda kelime perseverasyonları vardır. Hasta bu hataları farkedince sıkılır ve tashih etmiye çalıştığında daha da fazla hata yapar. Bulamadığı kelime birkaç kelime içinde hastaya söylenirse arasından doğrusunu seçebilir. İfade eksikliğini tamamlamak için el ve mimiklerini kullanır «pandomime». Cümleler kısaltılmış olup ekler ve bazı kelimeler çıkartılmıştır. Bu şekilde «telegraphic speech» telgraf konuşması denilen bir şekil alır. Buna rağmen cümlenin bir anlamı olabilir. Hastalığın ilerlemiş şekillerinde kelime sayısı çok azalır veya sadece bir iki kelimenin tekrarı şeklinde görülür. «Recurring utterance» denilen şekilde anlamsız mırıldanmalar ortaya çıkar. Bunun yanısıra otomatik tekrarlar oldukça iyi yapılır, hasta ayları günleri veya sayıları hatasız söyleyebilir. Yazılı ifadelerin anlaşılmasında da kısmî bir bozulma görülür. Yüksek sesle okuma, yanlış telaffuzlarla doludur. Yazı yazma bozulmasına rağmen kopya etmede bir belirgin kusur görülmez. Lezyonun üçüncü frontal büklümün arka kısmında olduğu bilinmektedir. Bazen presentral büklümün alt kısmının da etkilendiği tesbit edilmiştir.

Nominal dysphasia : Amnesic aphasia, anomic aphasia. Afaziler içinde en sık rastlanan şekildir. İsimlerin hatırlanmasında görülen bir bozukluk ve güçlüktür. Ağır şekillerinde bütün isimler unutulmuş olmasına rağmen hafif şekillerinde seyrek kullanılan isimlerinin hatırlanamadığı görülür. **Rochford** ve **Williams,** 1965, hastanın ismi hatırlamamasına rağmen kullanılmasını tarif ettiği, aralarında hastanın aradığı da bulunan birkaç isim arasından doğrusunu seçebildiği, çoğu kere de bir süre sonra kendiliğinden hatırladığını bildirmişlerdir. Hastanın konuşması düzgün, fasih ve akıcı olduğu halde bulama-

dığı kelimeler boş bırakılır ve bu şekilde «empty words» ortaya çıkar. Bu boşluklar «şey» «bu», «şu» kelimeleri ile doldurulur. Kendisine söylenenleri, ay, gün ve sayı gibi çok kullanılan kelimeleri hatasız ve unutmadan söyleyebilir.

Brain, hastalığın, «word - schemas» ile «meaning schemas», kelime ve anlam şemaları arasındaki bağlantının kopması sebebiyle oluştuğunu ileri sürer. **Geschwind**; olayın bir assosiyasyon bozukluğu olduğunu ve kelimenin tanınmasına hizmet eden yardımcı atribülerin, sıfatların, bağlantılarının yapılamadığı kanaatindedir. Beyinin fokal olmaktan çok diffüz bir hastalığı sonucu meydana çıkar. Toksik ve dejeneratif sebepler ön plandadır. Girus angularis, temporo - parietal bölge lezyonları sıklıkla sorumlu tutulur. Akalkuli ve Gerstmann sendromunun diğer belirtileri de beraberlikle görülebilir.

Conduction dysphasia : Central dysphasia, syntactical dysphasia. Bu hastalığa primary sensory dysphasia'nın bir değişik formu gözü ile bakılır. Konuşma ve yazı yazma ileri derecede bozulmuştur. İlerlemiş vak'alarda sadece «evet» veya «hayır» cevapları vardır. Gramer ve sentaks hataları yanında konuşma tekrarının da tamamen kaybolduğu dikkati çeker. **Geschwind** hastalığın Wernicke ve Broca alanları arasındaki irtibatın bozulması sonucu ortaya çıktığını iddia eder. Wernicke alanı gelen informasyonu oldukça iyi değerlendirmesine rağmen bunu Broca alanına ulaştıramaz. Lezyonun «fasciculus arcuata»da olduğu ve bu iplikçilerin frontal lobdan temporal loba geçişleri sırasında paryetal lobda hasara uğramış oldukları kabul edilir. **Warrington** ve **Shallice,** 1969, bu hastalarda yakın kelime hafızasının bozulduğunu göstermişlerdir.

Konuşma alanlarının izole sendromları : 1948 yılında **Goldstein** ve 1968 de **Geschwind,** konuşmanın bozulduğu, tekrar etmenin ve yeni bilgiler edinmenin ve öğrenmenin salim kaldığı sendromlar tarif ettiler. Gerek Broca ve gerek Wernicke alanlarının normal olduğu, aralarındaki konneksiyonun bozulmadığı, bunun yanısıra bu iki sistemin korteksin diğer sistemleri ile irtibatının bozulduğunu ileri sürdüler. Çok nadir görülmesine rağmen bu hastalığın iki belirgin formu olduğu, birincisine, «transcortical motor dysphasia» ve ikincisine «transcortical sensory dysphasia» adı verildiği bilinir. İlkinde hasta konuşulanı anlar, lezyon Broca alanının önünde ve üstündedir. İkincisinde konuşmanın ifadesinde bir bozukluk olmaz ve lezyon bütünü ile dominant paryetal lobu tutar.

Alexia with agraphia : Visual asymbolia. Hastada tam bir kelime körlüğü olup okuyamaz. Bunun yanısıra konuşma ve anlama oldukça iyi korunmuştur. Yazı yazma da bozulmuş olup, hasta harflerin şekillerini bulamaz ve bunları bir kelime teşkil edecek şekilde dizemez. Kopya etme oldukça iyi yapılabilir. Hastalık tek başına olmaktan çok global bir dizfazinin seyrinde ortaya çıkar. Lezyonun ve bozukluğun lisanın vizüel komponentinin sembolizasyonundaki bir kusur olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir. **Brain,** bu olayı «visual wordschemas» deyimi ile tarif etmektedir. Hastalığın lokalizasyonunun gyrus angularis ve supramarginalis'te olduğu kabul edilmektedir.

Jargon aphasia : Bu konuşma bozukluğunda kelimeler ve cümleler rahat, akıcı bir şekilde kullanılmalarına rağmen kelimelerin hatalı kullanılmaları sonucu cümlenin bir manası yoktur. Fonetik değişiklikler, neolojizmler, anlamsız bir şekilde birbirini tamamlamıyan kelime dizileri yanyana bulunurlar. Ritim ve entonasyon bozulmuştur. Hastalık primer sensoryel disfaziye çok benzer. **Kertesz** ve **Benson,** 1970. gerek Wernicke ve gerek conduction disfazisinde bir çok neologism ve Jargonlara rastladıklarını bildirmişlerdir. **Weinstein,** 1966, olayın bir «anosognosia» olduğunu ileri sürdü ve iç konuşma ile ilgili yapıların bozulduğunu ifade etti. Jargon'un hastanın hastalığı hakkında konuşulduğu zaman daha belirgin hale geldiği, hastayı heyecanlandırmıyan konuşmalarda dikkati çekmediği görülmüştür. Hastalığın dominant hemisferde yerleştiği, bazılarında ise bilateral olarak görüldüğü bildirilmiştir. Jargonun primer reseptif bir defekt olduğu ve hastanın konuşmayı üreten mekanizmaları idare edemediği sanılmaktadır.

Disfazi ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiler : Benson ve **Geschwind,** 1971-3, disfazik hastalarda görülen psikiyatrik bozukluklardan bahsetmişlerdir. Primer motor disfazide «Broca disfazisi» depresyon ve früstasyonların sıklıkla görüldüğü, «catastrophic reaction» olarak tanımlanan şiddetli öfke ve ağlama krizlerinin ortaya çıktığı, hastaların yetersizliklerinin farkında olmaları sebebiyle bir yeis ve keder içinde oldukları bildirilir. Araştırıcılar früstasyon

ve depresyonu bir haberli olma belirtisi olarak olumlu bulduklarını ve bu hastalarda prognozun müsait olduğunu, bunun yanısıra negativizm ve öfkenin tedaviyi zorlaştırıcı birer belirti olarak kabul edilmesi gerektiğini söylemektedirler.

Birincisinin aksine sensoryel disfazi «Wernicke disfazisi» hastanın kendinden haberli olma halinin ve «insight»inin bozulduğu bir hastalık olup hasta konuşma kusurlarından haberli değildir. Hasta kendisinin normal ve anlamlı konuştuğunu, bunun yanısıra karşısındakilerin kendisini anlamadıklarını iddia eder. Ajitasyon, paranoid fikirler, şüphecilik, tefsir hataları sıklıkla görülür. **Benson** bu hastalarda, hemen hepsinde anlama kusuruna bağlı olarak paranoid bir reaksiyon geliştiğini tesbit etmiştir.

Dikkat edilmesi gereken bir husus şizofrenlerde görülen kelime salatası ile beyin dokusu hasarına bağlı olarak ortaya çıkan disfazinin dikkatle birbirinden ayrılması gereğidir.

B — PSİKOLOJİK KAYNAKLI KONUŞMA BOZUKLUKLARI :

Düşünce, konuşma ve davranış insanlığın çok eski zamanlarından beri fertlerin cemiyet içindeki mevkilerini tayin etmiş, sadece bu vasıflara itibar edilerek o kişinin toplumdan tecridine veya en mutena köşeye yerleştirilmesine sebep olmuştur.

Henüz akıl hekimliğinin ve akıl hastalıklarının söz konusu bile edilmediği ilkel çağlarda konuşma kusuru gösteren insanların cemiyet tarafından hoş karşılanmadığı, ya tecridleri veya imhaları yoluna gidildiği bilinmektedir. Halk arasında pek yaygın olan «deli saçması», «zırvalama», «ipe sapa gelmez konuşma» gibi tabirler özel bir psikiyatri öğrenimini gerektirmeksizin sıklıkla ve hemen daima da şaşmaz bir doğrulukla akıl hastasının teşhis ve ayırımında kullanılagelmiştir.

Konuya ilmî bakımdan ilk eğilen hekimlerden birisi **Esquirol'**dur. Bu müellif ilk defa akıl hastalarının kendi kendileri ile ve hallüsinasyonları ile konuştuklarını kaydetmiştir. Daha sonra ilk kelime uydurma tabiri 1852 senesinde **Snell** tarafından ortaya atılmıştır.

1890 senesinde İtalyan akıl hekimi **Tanzi** neologisme'i tarif etmiş ve kronik hastalıklarla neolojizm arasındaki münâsebetleri araştırmıştır. **Seglas** konuşma bozukluklarını incelemiş ve disfaziler, dislaliler ve dislojiler adı altında gruplandırmıştır. Disloji'ler grubunda akıl hastalıklarının sebep olduğu konuşma kusurlarından bahsetmiştir. **Kraepelin** bazı şizofrenlerde rastladığı konuşma bozuklukları için «Sprachenwirrtheit» tabirini kullanmış ve bunun verbal bir konfüzyon olduğunu ifade etmiştir. Bu tip vak'alara şizofreni ismini teklif etmiştir. **Kraepelin**'den sonra **Bleuler** şizofrenideki konuşma bozuklukları ile ilgilenmiş, bunun yanısıra **Henri Ey, Bobon, Schneider, Pfersdorf** ayni konu ile uğraşmışlardır.

Şizofrenideki konuşma bozuklukları : Her ne kadar şizofrenideki konuşma bozuklukları radikal bir ayırıma ve sınıflandırmaya imkân vermiyecek bir karışıklık ve dağınıklık göstermekte ise de müellifler klinik tabloya, patogeneze ve psikopatogeneze göre bazı ayırma şekilleri denemişlerdir. En fazla tutulmuş olanı **Jackson'**un görüşüne göre yapılmış olan tasniftir. Burada konuşmada görülen eksiklikler ve fazlalıklar dikkate alınarak bir ayırma yapılmıştır. Eksiklik belirtileri için «déficit», karşıtı için «libération» tabirleri kullanılmaktadır. Bu sınıflamaların yanı sıra konuşmanın gelişimindeki takılmalar dikkate alınarak tamamen linguistik görüşlerle yapılan ayırmalar ile fenomenolojik sınıflandırma gayretleri de göze çarpmaktadır. Biz **Piro, Racamier** ve **Levy** ve **Valency** sınıflamasını örnek olarak uygun bulduk ve bu sınıflamayı aldık. Bu müellifler şizofrenlerdeki konuşma bozukluklarını kliniko - morfolojik bir görüşle dört grupta incelemektedirler:

1) Gramer ve sentaks bozuklukları,
2) Manâ ve muhteva bozuklukları,
3) Ritm, ton, artikülâsyon ve uslüb bozuklukları,
4) Mükâleme bozuklukları.

1 — Şizofren konuşmasındaki gramer ve sentaks bozuklukları:

Şizofren konuşması **agramatik**'dir. Birçok vakalarda kusurlar

alışkın olmayan bir kulağın dikkatinden kaçabilir. Pek çok hastada ise bu, herkesin hissedebileceği kadar bârizdir. Hiçbir gramer kaidesi tanımayan, birbiriyle ilgili olmayan, kelime dizileri arasında bağlı unsurları bulunmayan, zarf, takı, edat gibi eklerden çok fakir bir konuşmadır. Zamirleri sınırlıdır. Fiil çekimi bozuk ve zamanları hatalıdır. **Kraepelin** bu tip konuşma için «agrammatisme», **Bleuler** ise «paragrammatisme» deyimlerini kullanmışlardır. Bu tip bir konuşma şeklinde her ne kadar isimler, işaret ve şahıs zamirleri doğruluklarını muhafaza edebilirlerse de hastalığın ileri şekillerinde bunların da sayıca çok fakirleştiği görülür. Adeta stereotipik bir vokabüler tecessüs eder. **Zipf** ve **Whitehorn** beraber yaptıkları bir çalışmada bu şekilde bir vokabüler daralmasını göstermişlerdir.

Şekil bozukluklarının daha ziyade déficit belirtileri olarak ortaya çıktığı ve kelimenin sentezinde fevkalâde gerekli olan bu küçük kelimeciklerin yokluğunun şekil bozukluklarına sebep olduğu görülmektedir. Bu hususa **Racamier, Henri Ey, Pfersdorf** dikkati çekmişlerdir. Bu bağlayıcı kelimelerin kaybolması ile ortaya garip bir konuşma şekli çıkmaktadır. Telgraf konuşması «telegraphic speech» denilen bu konuşma şeklinde manâ bütünü ile kaybolmamakla beraber, cümlenin ifade gücü azalmakta ve fiil çekimi yapılamadığından zamanı tayin edilememektedir. Nitekim fiillerin tamamen zaman ayırımından mahrum olması ve hemen daima mastar şekilleri ile kullanılması telgraf konuşmasından da daha monoton ve manâsı daralmış bir konuşma şekli ortaya çıkarmaktadır. Halk arasında «Tarzan konuşması» da denen bu konuşma kusuru literatüre «Parler - petit - negre» küçük zenci konuşması deyimi ile geçmiş bulunmaktadır. Ancak, hemen kaydetmek gerekir ki, bu tabir ile anlatılmak istenen konuşma kusuru hemen bütün çocukların geçirdikleri bir devredir ve zenci çocuklarına has olmayıp genellikle bütün çocuklarda görülebilmektedir. Bunun biraz daha ilerisinde bir konuşma bozukluğu şekli sentaks yokluğu halidir «asyntaxie». Bu tip bozuklukta hiçbir gramer kaidesine rastlanmamasına rağmen kelimenin dizilişi bir manâ çıkarılmasına mani değildir, cümlenin, azalmış da olsa, bir ifade gücü mevcuttur. Cümle yapısında bazen bağlayıcı unsurların, bazen de kelimelerin eksikliği ile meydana çıkan ve fakat bunun yanı sıra özel bir anlatma gücü kazanmış ifade şekillerine de rastlanabilir. Bu konuşma şeklinde cümleler kısalmış ve

çok mücerret bir anlam kazanmıştır. İlk bakışta adeta bir vecize gibi görünür. Bu tarz bir konuşmaya «kısa konuşma» veya «eliptik konuşma» denir. Birçok müellif şizofren konuşmasının bu özelliği üzerinde durmuştur. **Bleuler, Schneider, Schilder, Racamier, Jaspers, Rosen**

Ancak, bu şekilde bir kısa konuşmanın sıklıkla veciz bir anlam taşımak yerine manâ ve ifadeden çok fakir olduğu görülmektedir. Agramatizmin bütün örneklerini bu tip konuşmalarda görmek mümkündür. Meselâ bir hebefren'in ardı arkası kesilmeyen konuşmaları sırasında «parole élliptique» denebilecek, nisbeten iyi tertiplenmiş ve ifade gücü yüksek gibi görünen kelime dizilerine rastlanabilir. Fakat, çok defa bu cümlelerin sürekli ve monoton olan konuşmanın neresinde ve hangi kelimelerden başladığı, nerede bittiği kolaylıkla kestirilemez. Hastayı müşahede eden hekim kelime dizilerini bir yerinden yakalamakta ve bir yere kadar takibetmektedir. Bunların başladığı ve bittiği yer hasta için başka, müşahede eden hekim için ise bambaşkadır; herhangi bir noktalama işareti de mevcut değildir.

Verbal stereotipi veya verbigération denilen konuşma bozukluğu da yukarda izah edilen gruptandır. Her ne kadar araştırıcılar verbigération'un konuşma kusurlarının hangi bölümüne ithal edileceğinde fikir birliği etmemişlerse de, biz verbigération'un hem sentaks bozukluğu, hem de manâ ve muhteva bozukluğu ihtiva etmesine rağmen, «muhteva bozuklukları» bölümünde incelemeyi uygun gördük. **Bobon** ve **Piro** ise verbigération'u bir mükâleme bozukluğu olarak ele almışlardır.

Stereotipinin basit şekillerinde aynı manâda kelimeler üst üste tekrarlandıkları halde daha ileri bozukluklarda bütün vokabüler birkaç kelime etrafında döner. Bazı hallerde ise sadece kelimelerle kalmayıp ya kelime dizileri veya cümleler ard arda aynen tekrar edilirler. Verbal stereotipilere her ne kadar sıklıkla şizofrenide rastlanırsa da, bu hastalık için spesifik değildir. Bu tip konuşma bozukluklarına afazilerde ve atero-sklerozun sebep olduğu demansiyel sendromlarda da rastlanmaktadır. **Levy - Valency** bu tip demansiyel tabloları tarif etmektedir. Araştırıcı bu tip konuşma bozukluğuna amnezilerin sebep olduğunu bildirmekte, bu suretle motör afazi ile

şizofrenideki konuşma bozuklukları arasında bir benzerliğe işaret etmektedir.

Pick, Pfersdorf, Guiraud adlı müellifler aradaki benzerlikler üzerinde durmakta ve telgraf konuşması, sentaks bozukluğu ve yokluğu ile her iki sendromun benzerlik gösterdiğine dikkati çekmektedirler. Nitekim **Goldstein** motör afazisinde vokabüler azalması, defisiter araz ve küçük - zenci - konuşması'nı içine alan bir semptom topluluğu tarif etmiştir. **Head** tarafından tarif edilen sentaktik afazide kelimelerin kendisinde mevcut agramatizm sebebiyle kelimenin iç muvazenesinin bozulması ve Jargon halini alması görülür. Bu hal bir taraftan **Pick**'in agramatizmi ile aşikâr bir benzerlik gösterirken, **Ajuriaguerra** ise paralizi jeneraldeki Jargonları hatırlatmaktadır. **Head**'in bizzat tarif ettiği bir sentaktik afazi vak'asında konuşma «speak», ayak «foot» kelimeleri «peat» ve «pook» şeklinde bir deformasyon gösteriyordu. **Leopoldstein** bu şekilde bir bozukluk için dyslalic tabirini kullanmaktadır. Dikkat edileceği üzere, her iki kelimede ilk ve son harfler değiştirilmiştir. Çocuklarda lisanın öğrenilmesi sırasında da görülen bu hale **Schultze** dikkati çekmiş ve çocukların daha kolay telâffuz edebilmek maksadiyle sesleri larinks ve damakları yerine dudakları vasıtasiyle çıkarmaya çalışmalarını sebep göstermiştir. Nitekim çocuklarda değiştirilen harfler daha kolaylıkla telâffuz edilebilen harfler olup kelimelerin başına alınırlar. **Kusmaul** ise bunu kabul etmemekte ve çocuklarda rastlanan bu tip dislaliye öğretme ve belletmedeki yetersizlik ve başarısızlık gözüyle bakmaktadır. **Wundt** ise bunun sadece bir optik ve akustik idrâk yetersizliğinden olduğunu, çocukların işittikleri kelimeleri yanlış idrâk ettiklerini ve bu sebeple telâffuz hatalarına düştüklerini ileri sürmüştür. **Fröschels** ise **Wund**'u destekler mahiyette işitmeye ait ileti yollarında bir kusur aramış, periferik organların idrâk etme ve icra mihanikiyetlerinde bozukluk düşünmüştür. **Head**'in sentaktik afazisinde kaybolan sadece sentaktik şekillerle gramer işaretleri olmayıp, hafıza kusuru ve lojik bozukluklar da tabloya ilâve olmuşlardır. Sentaktik bozukluklar ise lojik bağlantıların sembolleri olduğundan bir fikir uygun bir şekilde sembolize edilemiyecek ve hafıza kusurlu olacaktır. Hafızanın kusurlu oluşu ise konuşmayı bozacaktır.

2 — Şizofren konuşmasındaki manâ ve muhteva bozuklukları:

Manâ ve muhteva bozuklukları, şizofren konuşmasının en karakteristik vasfıdır. Hattâ, teşhis için patognomoniktir denilebilir. Manâ ve muhteva bozukluğundan kastedilen neolojizm «néologism», yani «kelime uydurma hali»dir. Neolojizm, afaziklerde görülen parafazi ve jargon afaziye aşikâr bir benzerlik göstermektedir. Daha önce sözü edilen dislalia'da kelimenin hatırlanışı ve söylenişi ve kelimede yapılan sentaktik değişiklik dahi bu grup içine girebilirse de dislalide kelimenin manâsının kolayca anlaşılabilmesi ve cümle teşkilinin kusursuz oluşu ayırıcı unsurları teşkil eder. Neolojizm ile ilk ilgilenen müellifler **Snell** ve **Tanzi** olmuştur. **Tanzi** neolojizmleri : a) Şahısları ve sembolik varlıkları imâ edenler, b) Pseudo - scientifique olanlar, c) Fizik ve ruhî halleri, arzuları, cinsî hisleri ima edenler, d) Sistemsiz ve manâsız olanlar şeklinde bir ayırmaya tâbi tutmuştu. **Seglas** ise neolojizmi aktif ve pasif olmak üzere ikiye ayırmış, aktif olanların hasta tarafından uydurulduğunu, iradî ve sembolik yeni kelimelerden meydana getirildiğini, pasif olanların ise «psikolojik bir otomatizm» sonucu teşekkül ettiğini, çok defa hasta için bile hiçbir mana taşımadığını bildirmiştir. **Seglas,** aktif neolojizmlerde unutulan kelimelerin uydurmaları ile telâfi edildiğini, bu kelimelerin emotif bir yükü bulunduğunu ve hasta için bir anlatma gücünün olduğunu söylemektedir. **Teulie**'ye göre ise neolojizmler ancak hezeyanlı bir düşüncenin mahsulü olabilirler. Neolojizme çok fazla sayıda rastlanılmamaktadır. Bir hastanın birkaç tane uydurma kelimeden fazlasını kullandığı pek görülmez. Bu kelimelerin herbiri adeta tetik kelime diyebileceğimiz vasıfta olur, hastanın hezeyanlarına yapı taşı görevini ifa ederler. Ancak çok nâdir hallerde bu kelimelerin sayısı çok fazla olup, bütün bir lisanı kaplıyacak hale gelebilir. Bu halde «langage néoformé»den bahsedilir. Bu tip lisan bozuklukları ile **Cenac** ilgilenmiş ve ne emotif ve ne de lojik bir anlam taşımayan, adeta harf dizilerinden meydana gelmiş konuşma şekilleri tarif etmiş ve bu hale «glossomania» adını vermiştir. Bunun yanısıra **Cenac ve Teulie** tarafından tarif edilen glossolali'de ise hastalarda adeta yeni bir lisan yaratma gayreti sezilir. Uydurulan yeni kelimeler için yeni ve yine uydurma gramer kaideleri ve sentaktik unsurlar da beraberce icad edilir. Bu şekilde ortaya sadece o şahıs

için bir manâ ifade eden yeni bir lisan çıkmış olur. Ancak, buna bir lisan demek elbette ki mümkün değildir. Lisanın var olabilmesi için en az iki kişinin bu sesleri manâlandırması ve karşılıklı anlaşabilmesi, bu sesleri verbal - oditif kalıplar halinde muhafaza edebilmesi ve bu engramlarla düşünebilmesi gerekmektedir. Misalimizde olduğu gibi, düşüncenin âleti olmayan ses hayallerine kelime ve lisan adını veremiyeceğimizi evvelce belirtmiştik. Bu uydurma lisan nev'ine «langage martien» Merihli dili denilir. **Racamier** bu kabil uydurma bir lisanı kolaylıkla günlük lisana çeviren hastalarından bahseder. **Stuchlik** bu şekilde 17 lisan uydurmuş bir hastasını bildirmektedir. **Jaspers** bütün glossolalilere özel bir lisan gözü ile bakmaktadır. Glossolalinin tam teşekkül etmemiş şekilleri arasında psödöglossolali adını verebileceğimiz uydurma lisan nevileri de vardır. Meselâ kelimenin ilk ve son hecelerini değiştirmek veya kelimelerin başına ve sonuna belli harfler koymak gibi. Dikkati çeken bir husus bu kabil kelime uydurmaların çocuklarda sık rastlanılması halidir. Nitekim hepimizin bildiği «kuş dili» gibi belli hecelerin harflerin başına eklenerek kelime uydurulması, buna iyi bir misaldir. **Bobon** bu şekilde psödo - glossolaliler hakkında sayısız misaller vermektedir. Manâ ve muhteva bozukluklarının ikinci önemli şekli «salade des mot» kelime salatasıdır. Kelime salatası manâ ve anlatım gücünü tamamen kaybetmiş kelime ve cümle dizilerine verilen isimdir. Burada manânın kaybolması dinleyen için olduğu kadar söyleyen için de bahis konusudur. Çünkü tekrarı imkânsızdır ve affektif yükten mahrumdur. Bu düzensiz kelime dizileri bazen normal, bilinen kelimelerden yapıldığı halde bazen de uydurma kelimelerden kurulu olabilirler. Elbette ki bu şekilde bir cümlede gramatik unsurların yerinde ve doğru bir şekilde kullanılamıyacağı aşikârdır. Lisan bu kullanılma şekli ile düşünce yaratmak ve düşünceyi nakletmek vasıflarını kaybetmiştir. Hele mücerret düşünce tamamen imkânsız hale gelmiştir. Nitekim **Kraepelin** bu halde bir «verbal confusion»dan bahseder. **Bleuler** ve **Kraepelin** bu şekildeki manâsız kelime dizilerine şizofazi, **Chaslin** ise «folie discordante verbale» adlarını takmışlardır. Ayni surette yazı bozuklukları için şizografi ve okuma bozuklukları için de şizoleksi deyimleri teklif edilmiştir.

Manâ ve muhteva bozukluklarının üçüncü unsuru ses tedaisi

«Klangassociation»dir. Klangassociation konuşmayı, konkret ve abstre düşünce unsurlarının değil sadece kelimelerin ses benzerliklerinin sürüklemesi halidir. Burada bir kelimenin fonetiği diğer benzer fonetikte olan kelimeleri çağrıştırmakta ve cümlede manâ bütünlüğüne dikkat edilmeksizin değişik anlamda fakat benzer ses yapısında kelimeler ard arda kullanılmaktadır. **Lewis Carroll,** bu tip kelimelere «portmanteau - words», «mot - valise» bavul kelime adını vermektedir. **von Angyal,** bu gibi konuşma bozukluklarına insülin koması sırasında sık rastlanıldığından bahsetmiştir. **Pfersdorff,** konu ile çok ilgilenmiş bu arada şizofrenlerin bazen bir kelimeyi birden fazla manâda kullandıklarına dikkati çekmiştir. **Piro,** meseleyi bir başka yönden ele almış, şizofren konuşmasını semantik bir bozukluk olarak incelemiştir. Müellife göre kelimelerin manâlarını kaybetmesi ve bir kelimeye birden fazla manâ yüklenmesi halinde bir mot - valise tabirinden bahsedilebilirdi. Semantik distorsion halinde neolojizm ortaya çıkmakta, kelime salatası ise semantik distorsiyona uymakta idi.

Konuşmadaki manâ bozukluklarının patogenezinde **Jackson, Pfersdorff, Ey, Racamier** ayni görüş açısından hareket etmekte ve meseleye bir **liberasyon belirtisi** olarak bakmaktadırlar. Bilhassa neolojizm liberasyonun tipik bir örneği gibi kabul edilmektedir.

Şizofrenideki manâ bozuklukları ile sensoriyel afaziler arasındaki benzerliğe pek çok müellif dikkati çekmiş, bazıları ise bu konuda çok iddialı bir şekilde düşünmüşlerdir. Meselâ **Kleist** her iki sendromun adeta strüktürel bir ayniyet gösterdiğini iddia etmiştir. Nitekim bu fikrin öncülerinden olan **Jackson,** 1866 senesinde afazilerde dissolüsyon neticesi yukarı seviyelerin fonksiyondan kaldığını «déficit arazı», buna mukabil bir alt seviyenin libere olduğunu, serbest hale geldiğini ve emosyonel bir lisan nev'inin tabloya hakim olduğu fikrini ortaya atmıştır. Bugün bile **Head**'in semantik afazisindeki bozukluk ile şizofrenideki semantik bozukluk arasında derin benzerlik olduğu kabul edilmektedir. Ayni şekilde **Goldstein**'in santral afazisinde rastladığımız jargon afazi ve mücerret düşünce bozukluğu ile diğer konuşma kusurları şizofren konuşmasındaki bozukluklara yakın benzerlik göstermektedir. **Pfersdorff** ve **Claude** sensoriyel afazideki parafazi, paragrafi ve paraleksinin şizofrenide-

ki şizofazi, şizografi ve şizoleksi ile olan patogenetik ilgisine dikkati çekmektedirler.

3 — **Şizofren konuşmasındaki ritm, ton ve mafsallanma «articulation» bozuklukları :**

Ritm bozuklukları : Tıpkı düşüncede, davranışta ve emotivitede görülen kararsızlık gibidir. Konuşmada hiç sebepsiz sür'atlenmeler ve yavaşlamalar olur. Bazen konuşma ritmi ondülan bir vasıf kazanır ve bu arada sebepsiz durmalara da rastlanır. **Ton bakımından olan değişikliklere** ise fısıltı ile konuşma, genizden konuşma, dişler arasından konuşma gibi şekillerde rastlanır. Ton değişmeleri kelimelerin fonetiğini de değiştirdiğinden kelime seçilmez hale gelir. Müellifler bu durumda parazit gürültüler tabirinden söz etmişlerdir. **Ey,** parazit gürültüleri konuşmanın arasına giren iç çekme, inleme, diş gıcırdatması, hırıltı gibi ilâve seslerle izah etmektedir. **Mafsallanma (articulation) kusurları** arasında ise kekeleme, peltek konuşma ve harflerin yanlış telâffuzu gibi haller bulunmaktadır. **Seglas** bu kabil bozuklukları dislaliler grubunda toplamıştır. Şizofrenlerin konuşma uslûbunda manierizm esastır. Nitekim ritm, ton ve artikülasyon bozukluklarına sadece bu istikâmetten bakılabilir. Bu arada çocuklarda görülen nazlanarak konuşma hallerini ve histerideki mızmız konuşmayı yukarda sayılan bozukluklara benzer haller olarak düşünebiliriz.

Her ne kadar şizofrenideki affektif bozukluğu konuşmada manierizme, marazî alaycılık haline «ironie morbide» menfî ve bazen mütecaviz konuşma şekillerine sebep olmakta ise de, bu affektif bozukluğun persekütif fikir ve hezeyanlara dayandırılmak istenmesi, düşünce bozukluğu ile konuşma bozukluğunun psikopatogenetik bağlantısını ortaya koymaktadır, **Barison, Racamier.**

4 — **Şizofren konuşmasındaki mükâleme bozuklukları :**

Daha evvel de tarif ettiğimiz şekilde, şizofren lisanı karşılıklı konuşma vasfını kaybetmiş, düşünce yaratmak ve nakletmek imkânından mahrum otistik bir lisan şeklidir. **Gottschalk,** hastaların sosyal ilişkilerinin ve sosyal adaptasyonunun bozulması nisbetinde lisanının da bozulduğunu gösteren çalışmalar yapmıştır. Araştırıcı bu hale «aliénation sociale» yabancılaşma adını vermiştir. Otizm ve katatoni hallerinde ise mükâlemenin tamamen kaybolduğu görülmektedir. Araştırıcılar hastalara yapılan çeşitli tenbihlerin bazen homurdanma, bazen diş gıcırdatması şeklinde cevaplandırıldığından bahsetmişler, bu seslerin her hasta için ayrı ayrı olduğunu bildirmişlerdir. Karşılıklı konuşma imkânını kaybetmiş olan şizofrenlerdeki kendi kendine mırıldanma ve konuşma halini **Jaspers** «langage privé» olarak adlandırmaktadır. Kendi kendine konuşan insanların ne sebeple ilk çağlardanberi toplumun dikkatini çektiğini ve bu tip kimselere halkın kolaylıkla «deli» teşhisini koyduğunu yukardaki izahtan sonra anlamak çok kolaylaşmaktadır.

Esquirol hastaların hallüsinasyonları ile konuştuğunu, **Seglas** ise verbal - motör halüsinasyonların monolog şeklinde ortaya çıktığını bildirmişlerdir. **Maurel** monologlarda bazen hayalî bir şahısla konuşulduğunu, bazen de tamamen otistik vasıfta bir konuşmanın cereyan ettiğini bildirir. Hastalarda rastlanan verbal impulsionların bir monolog vasfını taşıdığını ve hemen daima küfürler ve müstehcen kelimeler ihtiva ettiğini söylemek yerinde olur «koprolali».

Ekolali, fonetik benzerlikten istifade etmek suretiyle hastanın işittiğini aynen tekrarlaması halidir. Klangassociaiton'dan farkı ekolalide hastanın karşısındaki şahıstan veya eşyanın seslerinden işittiklerini aynen tekrarlamasıdır. Bazen bir mükâleme içinde birkaç kere tekrar edebilen bu hale nâdiren konuşmanın aynen kelime kelime tekrarlanması halinde de rastlanır ve konuşma imkânsız hale gelir. **Cotard** bu hale «papağan konuşması» «psittaocisme» adını vermiştir.

Yandan konuşma, cümle tertibinde ve cümlenin manasında bir bozukluk olmadığı halde sualle cevap arasında manâ bakımından bir benzerliğin bulunmaması halidir «parler â coté». **Henry Ey** şizofren konuşmasındaki yandan cevapların sualle hiç ilgisi olmaması halini bu yandan cevap sırasında hastadaki tam affekt küntlüğüne ve ilgisizliğine bağlamıştır. Klâsik literatüre bu hal «Ganser arazı» olarak geçmiştir.

Şizofrenideki konuşma bozukluklarının patogenezi hakkında görüşler :

Şizofren konuşmasındaki gramatik ve fonetik bozukluklarla düşünce yaratmak ve nakletmekteki kusurların gerçekte şizofrenide görülen genel kişilik yarılma ve parçalanmasının bir neticesi olduğu tesbit edilmiştir, **Bleuler, Piro, Ey.** Nitekim, düşüncedeki dissosiasyon cümle tertibine mani olmakta ve kelimelerin oditif hayallerinin de parçalanması kelime yapısının bozulmasına, yanlış hatırlanılması ise yeni birtakım kelimelerin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Bu görüşle kelime salatasının izahı kolaylaşmaktadır.

Şizofrenlerdeki konuşma bozukluklarını açıklıyan iki teori vardır:

1) Dissolüsyon teorisi,

2) Regression teorisi.

İlk defa **Jackson** tarafından afaziler için düşünülen, sonradan **Henri Ey** tarafından psikiyatriye tatbik edilen dissolüsyon teorisine göre, tıpkı sinir sisteminde birbirini inhibe ve kontrol eden çeşitli seviyeler gibi, ruhî fonksiyonlarda da bir seviyeleşme tasavvur edilmektedir. Bu görüş açısından konuşma bozukluklarının da bir dissolüsyon olduğu kanaatine varılmakta, bu dissolüsyonun afazilerde kısmî, şizofrenide ise total olduğu kabul edilmektedir. Bir üst seviyenin fonksiyonunun kaybı sonucu bu seviyeye ait inhibisyon kalkmakta, birincisi bozulan seviyenin fonksiyonlarının kaybı şeklinde defisit belirtileri «gramer ve sentaks bozuklukları, kelimenin sayı ve cinsinde fakirleşme, verbal stereotipi gibi eksiklik arazları» ortaya çıkmakta, ikinci olarak da alt seviye faaliyetinin serbest kalması sonucu pozitif semptomlar kendini göstermektedir. Bunlar da neolojizm, şizofazi, şizografi, şizoleksi şeklinde klinikte tesbit edilmektedir. Bu görüşe **Henri Ey**'in yanı sıra **Racamler** ve **Piro** da katılmaktadır.

Regression teorisi: İptidaî kavimlerin ve çocukların lisanında sesbenzerliğine dayanan tedailere çok rastlanması, kelime fakirliğinin ön plânda oluşu ve müşahhas lisanın hakim durumda bulunuşu yanında mücerret kelime sayısının azlığı gibi hususlar gözönüne alınarak şizofren lisanına «gelişimde geriye dönüş» nazarı ile bakılmak istenmiştir. **Schilder, Brady, Arieti, Delmond** bu şekilde düşünmekte ve bilhassa sembolik konuşma, eliptik konuşma, psödo - glossolali ve neolojizmin iptidaî insanın konuşmasında sıklıkla görüldüğünden bahsetmekte, bunun yanı sıra sübjektivite, emotif instabilite, egosantri gibi belirtilerin bu konuşma kusurlarına, geri kalmış toplum insanında da sıklıkla rastlandığını belirtmektedirler.

Konuşmanın nörofizyolojisi

Konuşmanın dominant serebral hemisferde lokalize olduğu ve bu hemisferin hastalıklarında konuşma bozukluklarının sıklıkla görüldüğü bilinmektedir.

Broca merkezi konuşmanın artikulasyon merkezidir. Kelime bulma güçlüğü genellikle temporal lobların hastalanmalarında görülür. Wernicke afazisinde **Geschwind,** hastalığın beyaz cevherde olduğunu bildirir. Lokalizasyonu ise temporal girusun altındadır. Bozukluğun vasküler sistemde olması halinde **Kerschensteiner,** damar sisteminin bozulduğu yere göre belirtilerin de değiştiğini söyler. Wernicke afazisinde posterior temporal arter tutulmuştur. Broca afazisinde precentral arter ve global afazide ise internal karotis arterinde rüptüre rastlanmaktadır. Bu kesin bulgulara rağmen konuşmanın bu bölgelere lokalize olduğu söylenemez.

Sağ elini kullanan kimselerde bütün bir sol hemisferin hastalanması halinde bile lisanın tamamen kaybolmadığı görülmektedir. **Smith,** 1966, sol hemisferi tamamen alınmış bir hastada basit cümlelerle konuşma ve anlatımın mevcut olduğunu bildirmiştir. Bu bulgu **Huglings Jackson**'un konuşmanın iki ayrı türü olduğu, yüksek ifade gücünün dominant hemisferde olduğu, diğerinin ise heyecan konuşması olarak tanımlandığı ve yerinin daha başka alanlarda bulunduğu görüşünü destekler niteliktedir.

Zangwill, 1963, **Russel** ve **Espir,** 1961 de yaptıkları çalışmalarda gerek sağ elini ve gerek sol elini kullanan kimselerde konuşmanın düzenlenmesinin sağ hemisferden yapıldığını, ancak sol elini kullananlarda, afazinin, sağ elini kullananlara göre daha hafif geçtiğini ve daha çabuk düzeldiğini tesbit etmişlerdir. **Gloning,** 1977, sol elini kullanan kişilerde konuşmanın her iki hemisferde birden tem-

sil edildiği ve bu temsilin sol hemisferde biraz daha etkin olduğu görüşündedir.

Konuşmanın subkortikal teşekküllerin hastalıkları ile de etkilendiğini gösterir deliller vardır. **Ojemann,** 1968, sol pulvinar ve her iki hemisferdeki perikallosal gri maddenin uyarılmasında isim bulma zorluğunun ortaya çıktığını göstermiştir.

Sonuç olarak sol temporal bölgenin konuşmanın bütününden sorumlu tutulamıyacağı ve sadece sağ elini kullananlarda bir «linguistic expression» merkez olarak çalıştığı bunun dışında konuşma ile ilgili birden fazla merkezin bulunduğu ifade edilebilir.

ANLAMA BOZUKLUKLARI

Anlama bozukluklarının tarif ve tanımı oldukça güçtür. Jargon disfazide hasta anlatabildiği ve verilen emirleri oldukça anlıyabildiği halde, ne konuştuğunun pek farkında değildir ve konuşmayı teşkil eden cümleler içinde birçok saçma ve anlamsız kısımlar vardır. Bazı konuşma bozukluklarında ise, «Word deafness», sadece anlama bozulmuştur. Kelimelerin ses tonları tanınamaz. Hastanın konuştukları bir «delaying filter» geciktirme süzgecinden geçirilerek tekrar kendisine ayni anda dinletilirse kulağına gelen hece ile kendisinin o anda söylediği hecenin ayni olmadığı hasta tarafından anlaşılmaz ve bir huzursuzluk gösterilmez. Oysa normal insana yapılan bu denemede kişi söylediği hece ile işittiği hecenin ayni olmayışından şikâyetçi olur. Sonuç olarak bu kimselerde «auditory feedback» in bozulmuş olduğu kabul edilir. **Worster Drought** ve **Allen,** 1928, çocuklarda sağırlık olmaksızın ortaya çıkan bir anlama ve cevap verme güçlüğünden bahsettiler. **Tallal** ve **Piercy,** 1975, bu çocukların kısa işitme uyarılarını tesbit edemediklerini ve süratli ses uyarılarını ayıramadıklarını tesbit ettiler. Ayni kelimeler yavaş söylendiği zaman anlamanın arttığını gösterdiler.

Amusia : Müzikal seslerin anlaşılmasındaki zorlukla kendisini gösteren ve çok sık görülen bir sendromdur. Genellikle afazi ile beraber bulunur. Ancak pek çok afaziğin müzikal ses tonlarını daha kolay tanıdıkları ve hatırlamadıkları kelimeleri bir şarkı içinde kolaylıkla söyleyebildikleri unutulmamalıdır. Amusi çoğunlukla ritim, ton, volüm anlaşılmasındaki bozukluklarla beraberdir. Notaların okunması ve tanınması da bozulmuş olup kişi eskiden çok iyi tanıdığı bir müzikal parçanın heyecan ve afektif yükünü de kaybeder, işittiği şarkı onun için anlamsız hale gelir. **Gardner** yüksek müzikal kalitelerin, müzikal yaratıcılığın sol hemisferde lokalize olduğunu söyler.

Anlamanın ölçülmesi : Anlama çok hafif şekillerde bozulduğu gibi bütünü ile de kaybolabilir. Hastanın cevap verme durumunun da beraberlikle bozulması anlamanın ne ölçüde bozulduğunu ölçmeyi zorlaştırır. Anlama bozukluğunu ölçmede kullanılan ilk testin **Pierre - Marie** tarafından hazırlandığı bilinir.

1962 yılında **Renzi** ve **Vignolo** «token test» adı ile bilinen bir test geliştirdiler. Dokuz ayrı şekilden oluşan bu testle ilgili olarak hastaya verilen talimatı ne ölçüde anlayıp yerine getirdiğini tesbit ettiler. Sol hemisfer lezyonlarında anlamanın önemli ölçüde bozulduğu bu metodla gösterilmiş oldu. **Gardner,** 1977, basit bir testle özellikle mecaz manası ile kullanılan kelimelerin anlaşılmasında zorluk görüldüğünü ifade etti. 1977 yılında **Blumstein, Baker** ve **Goodglass** bir grup Wernicke afazili hastada basit fonetik farkların anlaşılmasında bir kusur olmadığını tesbit ettiler ve anlama bozukluğunu elemanter bir bozukluk olmayıp konfiguratif - teşkil etmede bir kusur olarak ortaya çıktığını gösterdiler.

Anlamanın psikolojik bozuklukları : Normal kişilerde lisanın anlaşılmasında bir zorluğun olabileceği yakın çalışmalarla gösterilmiştir. Bu sebepler:

1 — Transitional probabilities, geçişim bozuklukları olarak bilinenler; cümleleri teşkil eden kelimelerin yanısıra pek çok gramatik ek ve takıların da cümleye girmesinin bir çok durumda anlamayı zorlaştırdığı ileri sürülmektedir. İnsanın daha çok kelime dizileri ve cümleler ile konuştuğu ve anladığı bu eklerin anlamada önemli bir rolü olmadığı kabul edilmekte ve kelime diziliş sırasının anlama için yeterli olacağı fikri savunulmaktadır.

2 — Filtering, süzme: Kişinin ayni anda duyduğu çok sayıda sesler içinde kendi istek ve temayülleri istikâmetinde olanları duyması ve diğerlerini duymazlıktan gelmesi ve anlamamasıdır. Bu husus çift - kanal metodu «dichotic» ile incelenmiş ve her iki kulağına farklı kanallardan beslenen kulaklıklar takılmış, süjelerin sadece bir kanaldan gelenleri işittikleri, duymayı istemedikleri kanaldan gelen seslere karşı lakayd kaldıkları görülmüştür. **Treisman** 1965. Böylece süzülmüş, «filtered out», bir mesajın alınmasında birden fazla faktörün rol oynadığı; **Boller** ve **Green** 1972, yüz yüze konuşmanın, telefonla konuşmanın, uzak bir mesafeden konuşmanın ve konuşulan kişiye karşı duyulan sempati ve antipatinin, sevgi veya nefretin söylenenlerin anlaşılmasında çok önemli farklar meydana getirdiğini ifade etmişlerdir.

Her iki kulaktan alınan seslerin değişik hemisferlerde kotlanmasının farklı olduğu ortaya çıkmıştır. Örnek olarak sağ kulakta mesajların kotlanmasının daha iyi olduğu bir durumda sol kulağın müzikal sesleri ayırmada daha güçlü olduğu görülmüştür. Bu durum, özellikle «non - verbal» ton farkları için daha belirgin olarak bulunmuştur. **Shankweiter** ve **Studdert - Kennedy,** 1967, her iki kulakta sessiz harflerin tanınmasında büyük bir fark olduğunu tesbit etmişlerdir. Sesli harflerin tanınmasında iki kulak arasında bir üstünlük yoktur.

Bu durum araştırıcıları, sağ kulağın «on - off» açılış kapanış ile ve «temporal sequencing» denilen bir çeşit zamanlama ile görevli olduğu düşüncesine sevk etmiştir.

Hines 1976, sağ kulağın çok alışılmış seslere daha duyarlı olduğunu, **Tucker** 1976, seksle ilgili uyaranlara sağ kulağın daha hassas olduğunu, **Borowy** ve **Goebel** 1976, sosyo - ekonomik seviye ile ilgili olduğunu; ailenin çok sayıda fertlerinin sol elini kullanan kişiler olması halinde sağ kulağın bu üstünlüğünü kaybettiğini, her iki elini ayni beceriklilikle kullanan kişilerde de sağ kulağın üstünlüğünü koruduğunu ileri sürmüşlerdir.

Heschen, 1977, deneklere, anlamı ustaca saklanmış tetik kelimeleri içeren cümleler verdiklerinde sağ kulağın bu saklı anlamı ortaya çıkardığı, sol kulağın ise bu kelimenin assosiyatif ekleri ile ilgilendiğini tesbit etmiştir.

3 — Chunking, kısaltma: Kişinin bir cümle dizisi içinde duyduğu bütün seslerle duyuluş sırasına göre ilgilenmediği tesbit edilmiştir. Örnek olarak «sukabağı» kelimesini duyan bir kişi birinci hece olan «su» sesi ve kelimesi ile ilgilenmez. Kelimenin ta başından beri bu kelimeyi bir bütün olarak algılar. Bu kısaltma işleminin yaş ve tecrübe ile geliştiği görülür. Bazı konuşma geriliği gösteren çocukların özellikle bu kısaltmayı yapamadıkları ve sadece hecelerden birisine takıldıkları görülür. Gerek süzme ve gerek kısaltma işlemi-

nin serebral hemisferde yapıldığı kabul edilmektedir. Bazı hastalarda süzme işleminin gereğinden fazla yapılması konuşmada «blockage» denilen bir kusura yol açar, konuşma kopuk kopuk ve anlamsız bir hal alır.

MERKEZ SİNİR SİSTEMİNDEKİ İRTİBAT BOZUKLUKLARI

Disconnection syndromes : Bu deyim altında kişinin önceden kazanmış olduğu hünerler bozulmaksızın beceri merkezleri arasındaki irtibatın kopması anlaşılır. Bu durum ya iki hemisfer arasındaki kopukluk «split brain condition» veya ayni hemisfer içindeki çalışma aksamasından doğabilir. Aşağıda her iki durum incelenecektir.

1 — **Ayni hemisferdeki çalışma düzensizliği :** Bu konunun çeşitli yönleri daha önce gözden geçirilmiştir. Agnosias, apraxias bunların arasındadır. **Geschwind,** 1965, bu durumu kişinin «sanki kendisi değilmiş gibi davranması olarak» tarif eder. Böyle bir hasta ayırması istenen renkleri bir demetin içinden doğru olarak ayırır, ton farklarını seçer fakat verilen bir örneğin ne renk olduğunu bilemez.

Ettlinger ve **Wyke** deneklere gösterdikleri eşyaların isimlendirilmesinde çok sayıda hata tesbit etmiş olmaları yanısıra bu defa elle dokunmalarına müsaade etmişler ve hata payının çok azaldığını görmüşlerdir. **Geschwind** bu olayı 1974 yılında şu şekilde açıklamıştır: Ilkel hayvanda primer algı merkezi ile motor merkez doğrudan bağlantılıdır. Gelişmiş canlılarda ise bu iki ana merkezin bir çok ara merkezle irtibatının olduğu görülür. Bu ara merkezler «association cortex» adını alır. Bu assosiyasyon alanlarının geniş harabiyeti halinde ilk iki merkez arasındaki ilişki kaybolur. Subhuman - insana yakın canlılarda primer idrak merkezleri ile limbik yapılar arasındaki bağlantılar çok sıkıdır. Insanda ise bu böyle olmayıp inferyor parietal lobulde ikincil bir assosiyasyon merkezi bulunmaktadır. Bu merkez vizüel, senestezik ve işitme ile ilgili bölgeleri daha eski assosiyasyor. merkezlerine bağlar. Görevi sensoryel limbik assosiyasyonların belirgin dominansından kişiyi kurtarmak ve «cross - modal» adı verilen yeni bir assosiyasyon görevi yapmaktır. Insanda bu assosiyasyon merkezinin «visual - auditory» ve «tactile - auditory» as-

sosiyasyonları tamamladığı ve konuşmanın gelişmesine hizmet ettiği ileri sürülmektedir.

Disconnection terimi **Geschwind** tarafından «agnosia»ya sebep olan temporo - parietal lezyonlar için teklif edilmiş ise de daha sonra «amnesia» karşılığı olarak da kullanılmıştır. **Iverson,** 1977. **Geschwind** insanda bütün motor hünerlerin ve idraklerin iyi işlemesinde lisanın büyük önemine inanır. Hayvanda Sensory - limbic konneksiyonların kesilmesi, bağlantı kopmaları için yeterli olmasına rağmen insanda sensory - speech assosiyasyonlarının kesilmesine gerek vardır. Bu durum superior temporal gyrus'un orta ve arka kısımlarındaki lezyonlarda sıklıkla görülür.

2 — **Commissurotomy ve split brain syndrome'u:** Insan ve hayvan gözlemleri korpus kallozumun kesilmesi veya konjenital yokluğu halinde herhangi bir fonksiyonel kusurun ortaya çıkmasının gerekmediğini göstermektedir. Callosum'ları kesilmiş kediler ve maymunlar normallerinden bir fark göstermemişlerdir. **Sperry,** 1961. **Trevarthen,** 1974, «split brain» maymun ve «split brain» kedide locomotion, alan idraki ve diğer idraklerin normal olduğunu göstermişler ve **Sperry** her iki beyin yarısının tek ve müstakil bir beyin gibi hareket etme yeteneğinde olduğunu ifade etmiştir.

İnsanda korpus kallozumun kesilmesi, hemisferlerin görevlerinin aksamasına tesir etmez, ancak iki hemisferin birbirinin durumundan haberli olmasına engel olur. **Sperry,** 1969. Split brain, korpus kallozumu ortasından uzunlamasına kesilmiş denekte, sağ görme alanına düşen bir imajı hasta sözlü olarak tanımlıyabilir ve adını söyliyebilir, bunun yanısıra sol görme alanına düşen bir imaj, sağ hemisfere aktarılacağından kişi bu objenin adını veremez. Ama ayni obje eline verilirse tanır ve adını söyler. Ayni şey «stereognosis» olayında olur. Sağ elde tutulan bir objeye ait sensoryel informasyon sol hemisferde algılanır ve kişi elindeki objeyi görmese bile adını söyliyebilir. Bu obje sol elde tutulursa şahıs sözlü olarak elinde tuttuğu şeyin ne olduğunu söyliyemez ama birçok obje arasından bir benzerini seçebilir, **Zangwill,** 1976.

Korpus kallozumun doğuştan yokluğu, agenesis : Bu sendrom genellikle diğer serebral anomalilerle beraber bulunmasına rağmen zekânın keskinliği, doğruluğu ve kararlılığı gibi hususların bu durumlarda kusurlu olduğu ileri sürülmüştür, **Dorsen,** 1975.

GENEL ANLAMDA KOGNİTİF BOZUKLUKLAR

1 — **Emotional lability :** Heyecan kararsızlığı. Bunamalarda heyecan kararsızlığı kendine has değişiklikler gösterir. Hastanın hiçbir sebep yokken birden gözlerinden yaşların boşandığı, sessiz bir şekilde ağladığı, bu halin 10 - 20 saniye kadar sürdüğü ve birden durduğu görülür. Ayni hasta hemen kısa bir süre sonra biraz önce ağlıyan kendisi değilmiş gibi bir gülme nöbetine tutulabilir. Bu şekilde gelen gülme ve ağlama nöbetlerine «spastik gülme ve ağlamalar» adı verilir ve bunamanın başladığına önemli bir işaret sayılır. Hastanın yapamıyacağı, onun kapasitesini aşan bir işi yapması istendiğinde şiddetle huzursuzlaşır, öfke ve ajitasyon gösterir. Bunun yanısıra becerebileceği bir iş teklif edildiğinde hemen sakinleşir ve memnuniyetini belirtir.

2 — **Perseverasyon ve stereotipi :** Hastanın bir uyarana verdiği cevabın bir süre sonra uyaran değiştiği halde aynen tekrarlanmasıdır. Hasta burnuna dokunması istendiğinde bunu doğru olarak yerine getirir ve elini burnuna dokundurur. Bu defa kulağına dokunması istenirse hastanın elini gene burnuna değdirdiği görülür. Ayni şekilde kendisine bir kalem gösterilip ne olduğu sorulduğunda «kalem» olarak doğru bir şekilde cevaplandırılır. Ikinci bir defa bir kitap gösterilir ve sorulur ise gene «kalem» cevabı alınır. Üçüncü defa bir sigara tablası gösterilse bile hastanın ilk cevabını değiştirmediği ve «kalem»de israr ettiği görülür.

Bunamalı hastanın yaptığı hatalardan haberdar olmaması ve bundan ötürü bir sıkıntı duymamasına karşılık «dysphasic» hasta yaptığı hatanın farkındadır ve bu hatayı düzeltmek için çaba gösterir ve sıkıntısını duyar.

Serebral lezyonun tek ve lokal olduğu hallerde görülen perseverasyon, lezyonun yaygın olduğu durumlarda çok sayıda diğer

semptomlarla beraber bulunabilir. Afaziklerin hemen hepsinde perseverasyona belirli bir ölçüde rastlanmaktadır.

Rochford, 1969, perseverasyonun Jargon afazide, non - fluent afazide olduğundan daha sıklıkla görüldüğünü bildirmiştir. Senil demansta görülen perseverasyon genellikle tek tek kelimelerin veya belirli bir cümlenin ufak tefek değişikliklerle sık sık tekrarı şeklinde görülür.

Stereotipi, kelime ve cümlelerin veya hareketlerin tekrarı yerine konseptlerin tekrarlanmasıdır. Daha çok bir tasnif ve sınıflama kusurudur, **Goldstein.** Hastanın bir tek sınıflama şekli vardır ve onu değiştiremez, yeni bir sınıflama yapamaz. Bu kusur **Goldstein** ve **Scheerer** testleri ile kolaylıkla ortaya çıkarılabilir. 12 şekilden ve dört renk üzerine yapılmış olan parçalardan ibaret olan bu test materyelini belirli bir prensibe göre ayırması istenen hasta bir çözüm şeklinden bir başkasına geçemez.

3 — **Concreteness :** Müşahhas davranış, somut davranış: Bu durum hastanın bütün sözlü ve motor davranışlarında görülebilir, **Goldstein.** Somut davranış bir «attitude» tavır alma olup kişinin yakın bir tecrübesi olmadığı bir şeyi yapmaması ve kendiliğinden bir tavır ortaya koyamamasıdır. Olayları ve eşyaları soyutlıyamaz, kritik edemez, renk ve şekil farklarını bir bütünün içinde değerlendiremez. Misal olarak, sapları ayni birkaç bıçak arasına konmuş sapı farklı bir bıçağı tanıyamaz ve bıçak olduğunu kavrıyamaz. Parçalarına ayrılmış bir objeyi bir bütün halinde toplıyamaz. Plan yapamaz, tasavvur edemez, hayal kuramaz, tarif edemez, ayni eşya değişik mekânlarda gösterilirse tanıyamaz.

4 — **Perplexity :** Şaşkınlık; **Goldstein,** tarafından tarif edilmiş olan bir somut düşünce şeklidir. Hastanın çözemediği bir durum karşısında hemen konuyu değiştirmesidir. Kendisine bir resim gösterilip ne olduğu sorulduğunda hasta, resmi tanımamış ise hemen resmin boş olan arkasına çevirip bakınması görülür. Veya sorulanla hiç ilgisi olmıyan saçma bir harekette bulunur.

5 — **Catastrophic reaction :** Hastanın belirli bir uyarana karşı verdiği şiddetli bir affektif cevap olup otonom sisteme ait değişikliklerle beraber olur. Şiddetli sıkıntı, huzursuzluk, ajitasyon ve öfke

yanısıra hastanın terlediği, kızardığı, kan basıncının yükseldiği, motor huzursuzluğun ortaya çıktığı görülür.

6 — **Lokal ve genel kortikal kusurlara bağlı bozukluklar :** Bunlar aşağıda bir şema halinde çıkarılmış olup hangi kusurların hangi test metodları ile incelendiği belirtilmiştir.

Hafıza kusurları : Benton hafıza testi, Wechsler hafıza testi, Williams hafıza testleri ile ölçülür.

	Lokal	Genel
Hüner kaybı	Yakın hafıza kaybı, Öğrenme kusuru	Hatırlama kusuru, öğrenme kusuru, eski hünerlerin unutulması.
Orientasyon	Zaman ve mekân orientasyon kusuru	Hatırlama, öğrenme ve hüner kaybı.
Insight	Normal	Bozuk
Mood	Öforik	Ajite, şaşkın, konfüzyonlu, dağınık, konfabulasyonlu.
Uyarılma	Normal	Konfabulasyonlu ve şaşkın.

Konuşma kusurları : Rochford ve Williams skalaları ile ölçülür. Eisenson disfazi testi de sıklıkla kullanılır.

Hüner kaybı	Anlatım ve isimlendirme bozulur, objeler tanınamaz	Anlama ve anlatım bozulur. Okuma ve yüksek sesle okuma bozulur.
Orientasyon	Normal	Bozuk, kusurlu
Insight	Normal	Bozuk, kusurlu
Mood	Kelimeyi bulamazsa huzursuz	Memnun
Uyarılma	Semantik veya mekanik yardımla uyarılır	Uyarıldığı anda şaşkınlık gösterir
Perseverasyon	Saçmalığını bildiği halde belirli kelimeler tekrarlanır	Kelime dizileri ve cümleler devamlı olarak tekrarlanır

Idrak kusurları : Bender Gestalt, Block inşa testi, resim adlandırma, resim - kelime testi ile değerlendirilir.

	Lokal	Genel
Hüner kaybı	Sentez, analiz kusuru, parça - bütün kavramının bozulması.	Bütünün tanınmasında bozukluk, parçaların bir bütün olarak idrak edilmesi
Orientasyon	Mekân orientasyonunun bozulması, zaman ve kişi orientasyonunun salim kalması.	Bütünü ile bozulması
Insight	Şaşkın ve sıkıntılı, kısmen kendisinden haberli.	Kısmen bozuk, buna rağmen halinden memnun
Mood	Şaşkın ve huzursuz	Rahat ve sakin
Uyarılma	Yardım edilirse davranış normal.	Sözlü ve motor yardımdan istifade edemez.

Motor fonksiyon bozukluğu : Belirli bir testi yoktur, hastadan yapması istenen şeylere göre karar verilir. Sigarasını yakması, giyinmesi, soyunması, kravatını bağlaması, eşyaları yerlerine dizmesi, katlaması gibi motor hünerlerin normal olup olmadığı araştırlır.

Hüner kaybı	Kompleks hünerlerde, bozulma, apraksi.	Yönlendirilme ve yardımla oldukça normal
Orientasyon	Normal	Bozuk
Insight	Normal	Bozuk
Mood	Başarısızlık halinde ajitasyon ve öfke var.	Şaşkınlık halinde ajitasyon var.
Uyarılma	Basit isteklerde, normal. Sözlü yardımdan istifade etmez.	Izahat verilirse başarılı.

7 — **Depresyon :** Yaşlanmakta olan hastalarda ve bunamalarda depresyon çok sık görülen bir refakat belirtisidir. Hastalarda depresif fikirlerin yanısıra değişik derecelerde paranoid fikirler ve özellikle «marazi kıskançlık» adı verilen türde kıskançlık hezeyanları görülür. Hastalar çok ileri yaşlarda olmasına rağmen karılarını, kendi kardeşlerinden kızlarını kıskanır ve iddialarını uzun hikâyeler şeklinde anlatırlar. Demanslı olan hastalardan farklı olarak bu hastaların hareketleri çok yavaşlar. Konuşmaları ileri derecede azalır. Nihilistik hezeyan adı verilen inkâr ve hiçlik fikirlerine saplanırlar. Yaşama zevkleri ve hazzı kaybolur.

8 — **Psikomotor davranış :** Bunamalı hastalar psikolojik testlere hatalı da olsa bir cevap verme gayreti içindedirler. Hasta beceremezse de bir giyinme gayreti gösterir, yolunu ve gitmek istediği yeri bulamazsa bile sokağa çıkar. Evin içinde kendi odasını, kendi eşyalarını karıştırır ve bulamaz. Kişileri, yakınlarını tanıyamaz ve nasıl davranması gerektiğini bilemez. Sofrada çatalı kaşığı karıştırır. Bizim bir hastamız nerede olursa olsun kendisini tuvalette zannediyor ve herkesin içinde salonun ortasına idrarını yapıyordu.

9 — **Verbalization :** Bunamalı hastaya sorulan sualle alınan cevap arasındaki ilişki konuşmanın en son cümlesine verilen cevap olarak kalır. Konuşmanın bütünündeki mâna ve muhteva kavranamaz. Konuşma mantık kurallarına göre değil hastanın affektif dalgalanmalarına göre değerlendirilir. Çocuğunun evlenme konusu hakkında kanaati sorulan hasta kendisinden neyin istendiğini unutur ve çocuğunun adı geçtiği anda ya ağlamıya başlar ya da güler, asıl sorulan şeyle hiç ilgilenmez.

10 — **Orientasyon :** Bunamalı hasta bir konu veya objenin bütünü ile değil ancak teferruatı ile ilgilenir. Gelinini beğenip beğenmediği sorulduğunda ayakkabısı güzel değil şeklinde bir teferruat cevabı verir. Çarşıya yiyecek almıya çıkan bir hastanın eve bir demet maydonozla döndüğü görülür. Üç aylık maaşını almak için evden çıkar, biraz sonra çoraplarını değiştirmek için geri döndüğünü söyler.

11 — **Perception :** Idrak: Bunamalı hastalar çoğunlukla sözlü ve vizüel uyarıları hatalı idrak ederler. Objelerin ne işe yaradığını çoğunlukla doğru bilmelerine rağmen hatalı olarak isimlendirirler. Kısa ve açık cümleler kolaylıkla anlaşılmasına rağmen komplike olanlar karıştırılır.

12 — **Reversible confusion :** Bunamalı hastalarda, kalb ve ak-

ciğer hastalıkları, genel serebral dolanım bozuklukları, diğer organların hastalıkları sebebiyle sık sık tekrarlanan şuur bulanıklıkları ve konfüzyon hallerine rastlanır.

DEMANSIN FİZYOLOJİK FAKTÖRLERİ

1 — **Serebral - vasküler hastalıklar :** Yaşlıların çoğunda serebral damarlarda bir sertleşme görülmesine rağmen ruhî değişikliklerin beraberinde bulunması şartı yoktur. **Corsellis,** 1977, «multiple small infarcts» adı verilen küçük ve çok sayıda damar tıkanmalarının mental bozukluklardan sorumlu olduğunu bildirmiştir. Bu tür lezyonların genel bir bunama yerine konuşma ve hafıza kusurları şeklinde klinik tablolar husule getirdiği kabul edilir.

2 — **Genel kortikal atrofi :** Kortikal atrofinin şiddeti ile entelektüel yıkılma arasında doğru orantılı bir ilişkinin bulunduğu tesbit edilmiştir. Yaşlıların entelektüel yeteneklerinde artan kayıpların ve firenin varlığı frontal ve temporal lobları etkiler, ventriküllerde genişleme görülür, **Corsellis,** 1977. Perseverasyon, perplexity, concreteness gibi belirtiler rutin muayenelerde bile görülürler.

3 — **Senil ve presenil bozukluklar : Miller,** 1977, bu hastalıkta görülen anatomopatolojik değişikliklerin sadece bu hastalık için vasfî olmadığını ileri sürmüştür. Ancak senil demanstaki atrofi, normal yaşlanmadakinden çok daha fazladır. Ayrıca «senile placues» adı verilen oluşumlar dikkati çeker. **Roth,** 1967, bu plakların sıklığının entelektüel yıkımın fazlalığına işaret ettiğini ve sinir dejenerasyonu sonucu meydana geldiklerini bildirir. Bu plakların Alzheimer hastalığında olduğu gibi, temporo - parietal alanlarda toplanması halinde «linguistic» ve «vizuo - spatial» fonksiyonlarda bozukluk görülür. Frontallerde toplanması halinde ise «Pick hastalığı» düşüncede netlik ve insight kaybolur ve öfori ortaya çıkar. Plakların ganglionlar civarında birikmesi halinde ise parkinsonien tablolar belirir, intellektüel yıkım daha az olur. Üçüncü ventrikül civarındaki lezyonlarda amnezik bulgular ortaya çıkar.

4 — **Talamus ve bazal ganglion lezyonları :** Bu bölgelerin fokal lezyonları, Huntington koresi, kafa travmaları, senil plakların bu

bölgelerde toplanması, parkinsonizm, Wilson hastalığı gibi hastalıkları takiben sıklıkla görülür. Öncelikle motor davranış etkilenir ve tremor, spastisite ve athetoid hareketler ortaya çıkar. Lezyonun yaygın olduğu durumlarda entelektüel deteriorasyon ve amneziler klinik tabloya hakim olur.

1950 - 1960 yılları arasında parkinson hastalığının tedavisinde uygulanan «stereotactical» metod sentro - medial nukleusta küçük bir lezyon meydana getirmek sureti ile bedenin karşı tarafındaki tremor ve spastisiteyi ortadan kaldırmayı amaçlıyordu. Hastalarda yapılan post - operatif kontrollar uzun zaman sonra bile bir negatif semptomun ve sekelin ortaya çıkmadığını göstermişti.

Jurko ve **Andy,** 1973, yaptıkları çalışmalarda nukleus ventralis posterior, pulvinar ve ventralis oralis'te yapılan lezyonlarda şiddetli defisit semptomlarının ortaya çıktığını gösterdiler. Abstraksiyon bozukluğu WAIS testi ile, öğrenme ve emosyonel labilite bozukluğu Rorschach testinde renk cevaplarının artması ile ve spatial - motor performans kusurlarının oluşu, Bender - Gestalt testleri ile gösterildi. L-Dopa'nın tedaviye girmesi ile talamus çekirdeklerinin ısıtılarak eritilmesi metodu terkedildi ve Parkinson hastalığı bu ilâçla tedavi edilmiye başlandı. L-Dopa ile tedavide hastalarda önemli yan tesirlerin görüldüğü, reaksiyon hızının arttığı, **Sevilla** 1973, huzursuzluk, konfüzyon ve halusinasyonların ortaya çıktığı **Wolf** ve **Davis,** 1973, adlı araştırıcılar tarafından bildirildi.

5 — **Frontal lob lezyonları :** Beynin bu bölgelerine ait lezyonlarda ortaya çıkan bulgular henüz münakaşa safhasındadır. **Smith,** sol frontal lobun linguistik, sağ frontal lobun «visuo - spatial» hatıralarla ilgili olduğunu, **Benton,** frontal lob hastalarının gösterdiği defektif kusurların ayni hemisferin rolandik lezyonlarında görülenleri andırdığını, **Sylvester,** paryetal loblardaki nisbî bir küçüklüğün subnormalite ile bağlantılı olmasının muhtemel olduğunu bildirmişlerdir.

KİŞİLİĞİN GELİŞMESİ

Şimdiye kadar kişilik yapısının bir takım fonksiyonel ve strüktürel bölümlerden oluştuğu anlatılmış olmasına rağmen beynin bir bütün halinde çalıştığı, böylesine bir ayırımın kuramsal olmaktan öteye gidemiyeceği bilinmelidir. Buna rağmen öğrenme ve tariflerin kolaylaşması bakımından biz gene de kişilik yapısının her fonksiyonunu ayrı ayrı incelemekte devam edeceğiz.

Id : Bu terim bütün primitif biolojik dürtü ve impulsların kollektif bir ismidir. Kişiliğin en derin ve saklı tarafını içerir. Fizyolojik olarak, hava açlığı, yiyecek açlığı, su içme arzusu, beslenme arzusu, bedenin korunması için gerekli diğer fizik ve biolojik şartların teminine duyulan ihtiyaç, üreme arzusu ve dürtüsü Id'in bütünlüğü ve görevleri arasındadır. Korunma, kaçma, saldırganlık arzuları ve sevme arzusu da Id'in fonksiyonları olarak bilinirler. Id'in bu görevlerinin aksaması veya Id'in gelişmesindeki bozukluklar bütün bu sayılan görevlerin şuurda fanteziler halinde belirmesine ve temsil edilmesine veya daha karmaşık anlatım ve doyum şekillerine çevrilmesine sebep olur.

Ego : Bu deyim «reality - testing self» kişinin kendisini ve gerçeği kontrol etmesi olarak da bilinir. Kişiliğin dünyaya açılan kapısı ve penceresidir. Ego dış dünya ile olan bu yaklaşımını idrak, düşünce, hissetme ve şuurlu bir kontrolla yapar. Değerlendirme, meseleyi çözme, mukayese etme, hüküm çıkarma ve bir takım savunma mekanizmaları kurma yolu ile kendi iç yapısı ve dış şartlar arasında bir denge kurmaya çalışır. Egonun bu çok önemli fonksiyonlarını:

1 — Beş duyumuzla aldığımız elemanter idraklerin kompoziş-yonu,

2 — Bu idraklerin hafıza depolarında muhafazası ve gereğinde kullanılması,

3 — Gerçeğin kontrolu ve değerlendirilmesi,

4 — Tecrübelerin birleştirilmesi,

5 — Tecrübeler ve duruma uygun tavır alma ve davranışta bulunma,

6 — İç ruhsal yapı ve dış dünya arasındaki ilişkinin kurulması, olarak belirtebiliriz.

Sonuç olarak ego kişiliğin planlayıcı ve uygulayıcı bölümü olarak kabul edilir. Ego gelişimini, çok yavaş bir şekilde bütün bir hayat sürecinde öğrenme ve kişiler arası münasebetleri geliştirme suretiyle yapar. Gerçeğin getirdiği ihtiyaçlara akıl yolu ile çözüm bulmıya çalışır, davranışı çevre şartlarına göre ayarlamak ister, id'den gelen dürtülerle süperego'dan gelen talepler ve eğilimler arasında bir ahenk ve armoni kurmayı amaçlar. Ego bu durumda bir «mediator» düzenleyici gibi çalışır. Id'in haz prensibini uygulamıya çalışması yanında ego «reality principle» gerçeklik prensibine göre hareket etmek ister. Id'den gelen içgüdüsel enerji en yüksek seviyede bir haz doyumu yaratacak şekilde ego tarafından şuur sathına kanalize edilir. Şuurlu kontrolla «conscious control» iç güçlerle ve çevre stresleri ile mücadele eder, toplumdan gelen istekleri rasyonalize eder. Bütün bu ağır görevlerinden dolayı egonun güçlü ve sağlıklı olması arzulanır. Böylesine güçlü bir ego, id, süperego ve dış dünyanın gerçekleri arasındaki lojik ve doyurucu bağlantıları kurabilir.

Ego primitif dürtüleri toplumun kabul edebileceği değiştirilmiş «modified» ve yüceltilmiş «sublimated» kavramlar ve davranışlar haline sokar. Böylesine kuvvetli bir ego kişiyi esnek «flexible» ve müsamahalı bir duruma getirir ve onun «repetitive» ve «inflexible» defanslara sığınmasını önler, nöroz ve psikozdan korur. Egonun güçsüz olduğu ve şuuraltı «unconscious» faktörlerin hakimiyetinde olduğu durumda sürekli bir repression'un baskısı altında ezildiği ve karakter kusurları «defects» ortaya çıktığı görülür.

Süperego : Kişilik yapısının üçüncü hipotetik parçası süperegodur. Görevi ego üzerinde şuurlu bir baskı kurmak ve egonun şuur sathına göndermiş olduğu muhtevayı şuurlu kontrolla incelemektir. Bunun yanısıra bu muhtevanın sosyal ve moral kavramlarla

olan uyuşabilirliğini değerlendirmektir. Süperego fonksiyonunun beş - altı yaş arasında başladığı ifade edilir.

Süperegonun bu gelişme süreci ilk gençlik yıllarından ilk yetişkinlik senelerine kadar devam eder. Kişilik yapısının «punishing» cezalandırma ve «rewarding» mükafatlandırma ile görevlendirilmiş olan kısmı giderek süperego şeklinde gelişir. Süperego bu davranış özelliğini kısmen idantifiye ettiği ebeveyninden veya onların yerine geçen kimselerden alır. İlk yasaklar ve mecburiyetler iç ruhsal yapının derinliklerine aktarılır ve çocuğun şuuralti psikolojik yapısı tarafından benimsenir ve tesahüp edilir. Bu olay «incorporation» kendine maletme olarak bilinir. Daha sonra çok sayıda telkin, yasaklama ve kültürel tesirler süperego tarafından absorbe edilir. İçinde yaşadığı sosyal gruba ait, dinî, etnik, linguistik ve moral değerler de süperegonun bünyesi içinde yer alırlar. Süperego, ego üzerinde bir müfettiş gibi davranır ve bastırıcı bir görev yapar. Nahoş impulsları ve dürtüleri kabul ettiği için ego'yu cezalandırır, bu sebeple bazen akıl dışı davrandığı ve hatta sadistik bir öfke gösterdiği de olur. Otoritesini kurmak için sıkıntı doğurur, suçluluk duyumu uyandırır ve kişiyi kendisine küskün eder. Süperego bu görevinde çok katı ve tâviz vermez bir durumda olursa sıkıntılı, nörotik, gayrimemnun, elemli kişilik yapıları oluşur.

Süperegonun görevine çok benzer bir kişilik fonksiyonu da «ego ideal» adı verilen ve kişinin olmak istediği tasarlanan bir kalıp kişiliktir. Bu tasarlanan kalıp kişilik egodan gelen dürtülere karşı geliştirilmiş bir plandır. Çocuğun baba, ana, öğretmen, arkadaş gibi yakın çevresindeki kişilerden yapmış olduğu idantifikasyonların bir kompozisyonudur.

Id ego ve süperego arasındaki dengelenme : Normal kişilik yapısında davranışlar bu üç kuvvet arasında bir sükünet husule getirecek şekilde ihtiyaçların doyumunu sağlar. Nörotik, psikotik ve patolojik kişilik yapısında olanlarda ise tekrarlayıcı ve uyumsuz dürtüler ve arzular dengeyi bozar ve herbirine ait uyum bozuklukları ve hastalıkların gelişmesine yol açar.

İLK ÇOCUKLUK DEVRESİ

Ana bağımlılığı : Yeni doğanda «objects relations» obje ilişkileri doğumla beraber başlar. Annenin çocuğun ihtiyaçlarını yerine getirmek için yaptığı ilk hareketler çocukla ana arasında bir etkileşimin doğmasına ve çocuğun ilk uyarıları almasına yol açar. Ana sütü ve ana koynunun sıcaklığı, çocuğun ilk temel ihtiyaçlarını karşılar. Bunun yanısıra ana, çocuğun idrar ve pislikle vücudunun ıslanmasını ve kirlenmesini engeller ve çocukta fizyolojik bir rahatlama da meydana gelir. Ananın bu işleri yaparken çocuğun vücudunun her yerini ellemesi ve oynaması çocukta sadece oral yoldan bir doyumun değil bunun yanısıra bütün «tactile - kinesthetic» sensoryel sistemin de etkilenmesine ve miyelinizasyonunu tamamlamasına hizmet eder. Çocuk bu ilişkiler sırasında ananın tavır ve yüz mimiklerinden de etkilenir ve sözlü uyarılar da alır.

Üç dört aylık çocuklarda bu beslenme dışındaki etkileşimler, ananın hudutları dışına çıkar ve çocuk doğrudan beslenmesi ile ilgili olmıyan bir seri davranışlar daha kazanır. Gelişiminin ilk bir iki senesi içinde çocuğun temel ihtiyaçlarına verdiği cevaplar ileride onun karakterinin temel yapısını oluşturur. Çocuğun bu süre içinde bir haz prensibi «pleasure principle» geliştirmiş olduğu, ihtiyaç hissettiği şeylerin geciktirilmesine tahammülü olmadığı ve çoğunlukla bir ağlama reaksiyonu ile cevap verdiği ifade edilir. Daha sonraki yıllar içinde bu haz prensibi yerini, «reality - principle» gerçeklik prensibine bırakır. Çocuk bütün isteklerinin yerine getirilmesinin, her arzusunun anında karşılanmasının mümkün ve doğru olmıyacağını kavrar. Bu normal değişimin olamaması ve çocuğun isteklerinin anında yerine getirilmesindeki ısrarcılığının sürmesi halinde giderek bir öfkeli davranış tipi kazanılır ve bu tür çocuklar ilk çocukluğun kişilik yapısına dönerler. Bu durum «infantil» kişilik yapısı olarak tanımlanır. Bu infantil kişilik yapısı ilk çocukluğun ana şefkat ve sıcaklığını, emniyetini ve kolay doyumunu özler. **Erickson,** bu kimselerin yetişkinlerinde, kimseye inanamıyan, güvensiz bir karakter geliştirdiklerini ve kusurun ego gelişiminde olduğunu ileri sürer.

İlk çocukluk devresi psikoanalitik teoride «oral stage» ağız safhası olarak adlandırılır. Bu safhanın başlangıçta «receptive» alıcı bir devreden geçtiği ve daha sonra «aggressive» saldırgan bir görünüm aldığı bildirilir. Çocuk, doğum öncesi, ana kanından beslenir ve bu safhada bir beslenme içgüdüsü ve ihtiyacı söz konusu değildir. Doğumla beraber bu kaynak kesilir ve çocuk acıkır. Anne me-

mesinin emilmesi ile bu açlık giderilir ve çocuk bir rahatlama ve doyum hazzı duyar. Emme ve doyum arasında bir ilişki kurulur ve çocuk annenin yokluğunda baş parmağını emmesini öğrenir. Böylece ağız, doyum hazzının alındığı, ilginin çekildiği bir merkez olarak algılanır. Bu devrenin çocukta sekiz ile onsekiz ay kadar sürdüğü ve çocuğun emmenin yanısıra dişlerin çıkması ile ısırmasını da öğrendiği görülür. Isırmanın başlaması agresif dürtülerin ortaya çıktığını gösterir.

Auto - erotism : Bu devre çocuğun ağız yolu ile haz ve zevk almayı öğrendiği ve haz prensibinin henüz genital organlara çevrilmediği bir süredir. Bu safhayı psikoseksüel gelişimin ilk devresi olarak kabul etmek fazla gerçekçi olmaz. Ancak haz alıcı bir organ sebebiyle ağız «erogenous» uyarıcı bölge olarak kabul edilir. Kişinin kendi vücut bölgelerinden haz alması duyumuna «auto - erotism» denilir. Ana - çocuk ilişkisinin bu devrede kısa sürmesi veya kesiklilik göstermesi halinde «thumb - sucking» parmak emme şeklinde bir auto-erotism hali ortaya çıkar ve kabızlık ve masturbasyon - kişinin kendi kendisini tatmin etmesi hali - görülür. Çocuğun ebeveyni ile ilişkilerinin normal gelişmesi halinde bu auto - erotism safhası kısa sürer ve içgüdüsel dürtüler «sublimation» bir yüceltme mekanizması ile diğer türden faaliyetlere çevrilir.

Oral - personality : Kişinin ileri yaşlarda bile bu ağız yolu ile haz alma durumunu terkedememesi ve bütün duyumların «mouth - centered» ağız ve çevresine inhisar ettirilmesi «oral - type» denilen türden bir kişilik yapısının oluşmasına sebep olur. Bağımlı bir kişilik yapısı olup çocuk sadece almayı ve hiç bir şey vermemeyi bir davranış prensibi olarak benimser.

Sexuality, cinsiyet : Freud, hazzı «pleasure» kişiliğin gelişmesinde temel bir prensip olarak kabul eder. Bu sebeple de «sexuality» deyimini kullanır. Ancak, bu deyim çoğu kere «adult» yetişkin seksualitesi ile karıştırılır ve **Freud**'un, çocuklar için kasdettiği anlamını kaybeder. **Freud**, «infantil sexuality» deyimi ile yetişkin seksüalitesini kasdetmez. Sadece zihnî planda bir duyuşu ve düşünceyi dikkate alır.

Aggression, saldırganlık : Araştırıcıların bir kısmı süt emmeyi çok aktif ve planlanmış bir davranış olarak görür ve çocukta bir

enerji sarfını gerektirdiğini içinde hırs ve aktivite olduğunu söyler. Bir kısım araştırıcı ise aggression'un daha ileri yaşlarda ve bir sürtüşmeye cevap olarak belirdiğini iddia eder.

Beden imajı ve ego : Çocuk gelişmesinin üçüncü ve dördüncü ayında çevreden aldığı uyarılara cevap vermeğe başlar. Tebessüme tebessümle karşılık verir. Çevresindeki insanların davranışlarını ve mimiklerini taklit eder. Altıncı ayında her iki gözle görmesini öğrenir. Mesafe kavramı gelişir. Gözlerde yönelme ve beden kısımları arasında ahenkli hareketler başlar. Elle alınan objeler ağıza götürülür, el ve ağız arasındaki ilişki kurulur ve çocuk kendi organlarını tanımıya başlar. Çocuğun algıladığı bu «tactile» temas ve «kinesthetic» motor duyumlar onda bir fizik bütünlük kavramı uyandırır ve bu durum, çocukta body ego -fizik ben-in idrak edildiğini gösterir.

Bedenî algılar : Çocuk bir taraftan kendi beden parçalarına ait idraklerini geliştirirken diğer taraftan da kendi bedenine ait kısımların ve organların çevresindeki insanlar tarafından nasıl algılandığına ve karşılandığına da dikkat eder. Çevrenin, çocuğun vücuduna karşı olan tutum ve tavırları müsbet olduğu sürece mesele çıkmaz. Ancak bunun tersi olduğu zaman çocuk da kendi vücudunu pis, kirli, nahoş ve utanç verici olarak görmeye başlar. Böylece çocuk vücudu ile ilgilenmez, anasının da kendisine yakınlaşmasını istemez ve bu durum yetişkinde devam ederek onun dış dünya ile olan temasını keser. Vücuduna karşı olumsuz ve güvensiz bir tavır almış olan bu kimseler bütün dış uyarmalara karşı - travma, hastalık, stres - olumlu bir uyum gösteremezler.

Sensoryal algılar : Çocuklarda «sensory deprivations» olarak bilinen ve beş duyudan bir veya birden fazlasının düzenli çalışmaması sonucu ortaya çıkan kişilik gelişim bozukluklarının neler olduğu bu gün için açıklıkla bilinmemektedir. Retinanın sağlam olduğu ve kongenital kataraktlı çocuklarda ilk beş yaş içinde bu kusur düzeltilmezse, daha sonra yapılan ameliyatlardan çocuğun istifade etmediği ve normal bir vizyonun sağlanamadığı tesbit edilmiştir. Ayni şekilde suni olarak korneası kapatılmış şempanzelerde de bir süre sonra göz açıldığında normal görmenin geri gelmediği müşahede edilmiştir. Gecikmiş sensoryel idraklerin fizyolojik gelişimi de engellediği görülmekte ve bu sürenin çocuklar için ilk beş yaş olduğu kabul edilmektedir.

Gelişmekte olan çocukta anne ilk besleyici ve gıda verici rolünü bir süre sonra terkeder ve çocuğa yardım edici bir hüviyet alır. Ona ellerini kullanmasını, konuşmasını ve yürümesini öğretir. Çocuk artık anasını bir besleyici değil bir öğretici olarak görür. İlk öğrenilen şeyler ise çocuğun büyük abdestini ve idrarını tutmasını öğrenmesidir. Eğer bu öğretim gayretleri çocukta henüz bu görevler için gerekli duyu yollarının miyelinizasyonu tamamlanmadan yapılırsa çocuk bu organlardan kalkan duyumları tanır, haber verir ve kontrol edebilir. Bu devrede çocuk bu türden başarısızlıkları için azarlanır veya cezalandırılırsa kendisini kontrol eden anasına karşı korku ve öfke gösterir. Bir süre sonra da temizlik, düzenlilik, itaat ve zamanla davranışlarını ayarlamak gibi bir karakter geliştirir. Bu davranış kalıbına «anal - character» anal kişilik yapısı adı verilir. Veya çocukta karşı çıkıcılık, öfke, kirlilik, düzensizlik, inatçılık ve gerçek dışıcılık şeklinde bir patolojik karakter eğilimi belirir.

Çocuğun bu safhayı olumlu geçirmesi halinde «self - control», kendini kontrol, kişilik yapısında bağımsızlık «personal independence» kendine güven, gurur ve «autonomy» kendiliğindenlik gibi önemli ruhî gelişmeler olur. Aksi halde ise çocukta «utanma», gözetlendiği hissi, sıkılganlık gibi duyumlar oluşur. Utanmanın çok aşırı olduğu hallerde ise «hiç bir şeyden utanmama» gibi garip bir duyum, çocuğun psikolojisine hakim olur.

Psikoanalitik teoriye göre bu devrede çocuğun «anal stage» anal safhada olduğu kabul edilir. Çocuğun kendi ihtiyaçlarını kendisinin görmesi ile ağız, haz verici rolünü diğer organlarla paylaşmıya başlar. Çocuk idrarının ve büyük abdestinin boşalmasından da haz almayı öğrenir. Büyük abdestin tutulması ve bırakılması sırasında anal mukozanın uyarılmasından haz almıya başlıyan çocuk bunu bir oyun ve ebeveyne karşı bir koz olarak kullanmayı dener. Ananın bu konu ile ilgilenmiş olması da çocuğun bu bölge ve organlara dikkatinin çekilmesine sebep olur. Rektal sfinkterin kortikal kontrolunun, çocuk ayakta durabilir ve yürüyebilir hale gelmeden tamamlanmadığı sanılmaktadır. Bu hususu bilmiyen ve bu sfenkterlerin kontrolu için belirli bir zaman süresinin geçmesi gerektiğini düşünemiyen annelerin takındığı gereksiz katı tavır ve cezalandırıcı tutum çocukta, çatışmalı emosyonların uyanmasına ve kişilik yapısının hatalı olarak gelişmesine sebep olur.

Anal kişilik yapısı : Yukarıda sayılan sebeplerden ötürü anal safhada gelişmesi duraklamış çocukların yetişkinliklerinde kompulsif nöroz, obsesif davranış kusurları ve ambivalans gösterdikleri bilinmektedir.

ÇOCUKLUK DEVRESİ

Genel olarak bu devrenin, çocuğun konuşmaya başladığı birinci ve ikinci yaşlar arasında başladığı kabul edilir. Haberleşmenin başladığı bu devrede çocuk ilk sosyal etkileşimlerini, yaşadığı aile içindeki fertlerden alır. Böylece çocukta bir tavır transferi gerçekleşir. Bu kazanılmış tavır çocuğun daha sonra karşılaşacağı diğer kişilerle olan ilişkilerini ayarlar. Çocuk ebeveyninin davranışlarını benimser «identification». Daha sonra aile içindeki diğer fertler ve dış dünya ile tanışır. Bu kimselerle olan yakınlaşması anası ile olan yakınlaşmadan çok farklıdır. Bu münasebetlerde çocuk değişik eğilimleri tanır. Özenme, kıskanma, öfke bunlar arasında en başlıcalarıdır. Bu duyumların tanınması ile çocukta bir şuurluluk hali belirir, «conscience». Yeni bir kavram, davranış ve düşünüş tipi ortaya çıkar. Çocukta artık bir süperego'dan bahsedilir. Süperegonun gelişmesi ile beraber çocukta ana ve babaya karşı bir öfke ve nefret belirir. Sorumluluk ve suçluluk duyumları idrak edilir. Bu devrede çocuk ya bir ilk çocukluğa gerileme veya ebeveynin kusurlu bulacağı duyumlarını saklama davranışı gösterir. Birçok duyum bu devrede şuur altına bastırılır ve gizlenir. Psikoanalitik teoriye göre bu devre «Phallic stage» fallik safha olarak adlandırılır. Gelişimin birinci yılında ağızdan anal bölgeye geçen haz duyumu üçüncü yaşa doğru bu defa genital bölge ve organlara kaymış olur. Yedinci yaşa kadar sürdüğü sanılan bu devrede alâka, cinsel organın varlığı, büyüklüğü ve şekli ile ilgili konulara yönelir. Genital bölgeden alınan uyarılar ve haz ön plana geçer. Sıklıkla masturbasyon görülür. Ancak bu devrede de henüz yetişkin anlamında bir seksüaliteden bahsedilemez. Çocuk sadece penisinin önemli olduğunu ve ona narsistik bir dikkatin gösterilmesi gereğini kavrar. Kız çocuk ise kendisinde bu organın olmadığını idrak eder ve daha önce varmış gibi bir duyuma kapılır. Yukarıda anlatılmış olan diğer safhalarla beraber bu olayın bütününe «pregenital» cinsellik öncesi devresi adı verilir.

Oedipus complex, ödip kompleksi : Fallik safhadan başlıyan ve beş - altı yaşa kadar süren bir devre içinde çocuk dikkatini ve ilgisini karşı cinsten olan ebeveynine çevirir ve kendi cinsinden olanına karşı bir kıskançlık ve düşmanlık geliştirir. Bu durum **Freud** tarafından «oedipus complex» olarak adlandırılır. Antropologlar **Freud**'un bu konuyu bütün çocuklar için genellemesine ve adeta bir kanun hükmünde göstermesine karşı çıkarlar. Bir kısım araştırıcı ise bunda çocuğun aktif bir rolü olmadığını, olayın çocuğa değil ebeveyne ait olduğunu ve çocuğa karşı geliştirdikleri tavırla ilgili bulunduğunu iddia ederler. Babaların erkek çocuklarına karşı daha sert, kız çocuklarına karşı daha müşfik oldukları bir gerçektir. Ancak bunun da sebebi Oedipal olmayıp kültürel olsa gerektir. Erkek çocuğun daha sert, daha disiplinli ve daha mücadeleci olması istenmekte ve daha acımasız yetiştirilmektedir, **Ziyalar.** Bir kısım araştırıcı ise çocuğun geliştirdiği bu öfke ve karşı çıkışın kendi kişilik yapısının bağımsızlığı ve gelişimi için tabii bir şart olduğunda kararlıdır. Her ne sebeple gelişmiş olursa olsun bu arızî reaksiyon çocuğun kendisini babası ile idantifiye etmesi ve onun istek ve amaçlarını benimsemesi ile ve davranışlarını kendisine maletmesi ile çözülür. Ayni şekilde kız çocuğu da anasını idantifiye eder, benimsediği dişi rolde rahatlık ve emniyet bulur.

Bu idantifikasyonların sağlıklı bir şekilde yapılamadığı durumlarda kişi karşı cinsten olan ebeveynine ait bir takım vasıfları içine sindirir ve benimser. Bunun sonucu olarak da bu kimselerin anaları yaşında kadınlarla veya babaları yaşında erkeklerle evlendiği görülür.

SOSYALIZASYON DEVRESİ

Özellikle batı kültüründe altı ila oniki yaş arası, ana baba dışında, çocuğun çok sayıda kişilerle ve otorite ile karşılaştığı bir devredir. Öğretmen, oyun arkadaşı, akrabalar bunlar arasındadır. Bu kişiler çocuğa yeni ve değişik idantifikasyon imkânı verir ve çocuğun daha önce geliştirmiş olduğu davranış kalıplarını değiştirirler. Çocuk oyunları sırasında öğrenme ve uygulama zevklerini tadar, hazlarını ve meselelerini diğer çocuklarla paylaşmayı öğrenir. Mücadele ve kazanma zevklerini arar. Kaybettiği zaman üzülür ve tekrar kaybetmemek için gayret göstermeyi düşünür. Bu devre, eğer çocukta aşırı bir cinsel merak uyanmamışsa, psikologlar tarafından cinsel uyku devresi olarak tanımlanır. Bu, egonun süratle geliştiği, çocuğun toplumun yaşam şekli, gelenekler, âdetler ile ilgili şeyleri öğrendiği devredir. Çocuk bu devrede ideallerini planlar ve giderek artan sosyal baskılara karşı nasıl hareket edileceğini öğrenir.

ADOLESCENCE - DELİKANLILIK

Oniki ile onyedi - onsekiz yaşlar arasındaki devredir. Çocuk bu süreler içinde genellikle kendi cinsinden bir kişiye karşı derin bir ilgi duyar. Bu ilgi çoğunlukla bir arkadaşlık kavramı ve duyumu içinde olur. Kişinin grup ilişkileri içinde daha derin yakınlaşmalar için bir denemesi olarak kabul edilir. Bu ikili veya daha kalabalık yakınlaşmalar içinde gençler başarılarını veya mağlubiyetlerini paylaştırırlar ve yetişmekte olan, bir emniyet ve korunma içine alınmış olur. Bu devrede genital organların süratle gelişmesi kişinin ilgisini genital ve heteroseksüel konulara çeker ve gencin bütün düşüncelerini içine alır. Bunun dışında yetişmekte olan, insanların kendisini nasıl gördüğünü ve algıladığını merak eder ve kendi kendisini nasıl idrak ettiğini öğrenmiye çalışır. Gencin bu kendisini araştırması haline «personal identity», bir nevi kendini duyma olarak bakılır. Bu devre kişinin artık ebeveyn otoritesinden çıkıp kişisel otonomisini kazandığı ve bağımsız olmıya başladığı devredir. Yetişmekte olan kendi kişisel seksüel idantifikasyonunu yapabilmek için daha tecrübeli ve yetişmiş olan kimselerden yardım ve destek bekler. Erkek çocuklarda bu mücadele ve öğrenim devresinde, ailesi nezdinde, kendi erkek kişiliğinin tanıtılması ve kabul ettirilmesi için girişimler yapılır. Antisosyal davranışlar ve suça meyil bu devrenin karakteristik davranış bozukluklarındandır. Bu devrede karşı cinsten birisine rastlaması ve cinsel bir yaklaşım şansı bulması çok önemlidir. Başarılı olursa kişilik yapısı olumlu yönde gelişmesine devam eder, aksi halde kendisini ilk çocukluğun kompleksleri ve sosyal çevresinin getirdiği meseleler içinde bunalmış bulur.

YETİŞKINLIK VE OLGUNLUK

Yetişkinlik ve olgunluğun kesin bir tarifi ve sınırlaması yapılamaz. Çeşitli kültürlerde yetişkinlik ve olgunluktan anlaşılan şeyler başka başkadır. Geneliikle mesuliyet alabilme, kendi kendine yapacağı işlere karar verebilme, aile ve akraba ilişkilerini ayarlayabilme, kendisi için bir plan yapabilme, bir gelecek hazırlıyabilme, toplum içinde itibar sağlıyacak şekilde davranabilme bunlar arasında sayılabilir.

Genç yetişkinlerin karşılaştıkları ilk problemlerden ikisi kişinin kendisine uygun bir eş ve iş seçmesidir. Bu devrede gerek ailesi ve gerek onların yerine geçenler tarafından karşı çıkışlar ve sürtüşmeler görülür. Çocuğun ana - baba veya öğretmenine karşı geliştirmiş olduğu aşırı itaat veya karşı çıkış hali bu defa yeni kurduğu evde eşine karşı sürdürülür. Çocukların dünyaya gelişi ile ilk çocukluk bir kere daha yaşanır ve yetişkinde çoğu kere düşmanlık ve saldırganlık fikirlerinin yeniden ortaya çıkmasına sebep olur. Kişinin giderek aile içinde bir büyük ve reis durumuna gelmesi onda çocukluğunda kendisine karşı uygulanmış cezalandırıcı tutum ve tavırların hatırlanmasına yol açar ve kendisi de çoğu kere çocuk ve gençlere karşı ayni sert ve cezalandırıcı tavrı benimser. Kadınlarda ilerliyen yaş artık cinselliklerinin azaldığı ve çocuk doğuramıyacakları endişe ve korkusunu doğurur, kadınlıklarını kaybettikleri inancı yer eder.

AYRILIK VE ÖLÜM

Özellikle yaşlı erkeklerde sevdiklerinden ayrılacakları ve yalnız kalacakları korkusu «seperation fear» görülür. Sevilen bir kimsenin kaybı, eşlerden birinin veya çocuklardan birinin ölümü, herhangi bir sebeple birbirinden ayrı yaşama zorunda kalma, organlarından birini kaybetme, kişide şiddetli bir sıkıntının belirmesine ve onun kişilik yapısını bu yeni şarta göre yeniden hazırlamasına sebep olur. Bu durum yaşlıda bir taraftan fizyolojik, bir taraftan psikolojik değişiklikler yapar. Kişi çoğunlukla kaybettiği objeyi kafasında imajinatif olarak yeniden yaratır ve çok absürd fantaziler kurar, konfabule eder veya o güne kadar yapmadığı türden değişik davranışlar gösterir.

İlk beş yaşa kadar olan çocukların ebeveynlerinin ölümünü yetişkin kişiler gibi algılamadıkları görülür. Bu yaştakiler için ölüm sınırlı bir ayrılıştır.

Çocuk kaybettiği ana - babasını bir süre sonra tekrar göreceğine inanır. Çocuğun etrafındakiler de onun bu inancını güçlendirir. Ölenin misafirliğe gittiği, yakında geleceği ve benzeri hikâyelerle çocuk avutulur.

Beş ilâ on yaş arasındaki çocuklar ölümü bir çeşit ortadan kayboluş şeklinde yorumlarlar ve bu olayda sorumlu kişiler ararlar. Ancak on yaşından sonradır ki çocuk ölümün bütün canlılar için kaçınılmaz bir son olduğunu ve evrenselliğini idrak eder.

Ölenin ve kaybedilenin ardından ortaya çıkan ayrılık sıkıntısı ve yas tutma, kişisel olmaktan çok kültürel kaynaklı davranışlardır. Tutulan yasın ve sürdürülen elemin altı ay ile bir yıl arasında devam ettiği bilinmektedir.

MENTAL MEKANİZMALAR

Kişi, hayatı boyunca kendisini koruyacak bir takım teknikler geliştirir. Bu düzenleyici ve ayarlayıcı mekanizmalar, egonun fonksiyonları, iç korunma mekanizmaları olup şuurluluğun dışındadır ve kendiliğinden ve irademiz dışında görev yaparlar. Kişi sıkıntı, saldırgan impulslar ve duyumlar, küskünlük ve düşmanlık fikirleri ve çeşitli sürtüşmelere karşı bir savunma geliştirir. Bu şekilde savunma mekanizmaları dediğimiz bir seri davranış tipi ortaya çıkar. Kişi bu davranış örneklerini bir ömür boyu kullanır. Bu davranış şekillerinin hepsinin patolojik olması gereği yoktur. Böylece kişi kendi iç dünyasına ve çevre şartlarına karşı bir uyum sağlıyabilir. Emosyonel duyumlarına, ihtiyaçlarına dürtülerine ve sıkıntısına bir cevap bulabilir. Acılara, kayıplara, başarısızlıklara ve kişilerarası sürtüşmelere tahammül edebilir.

Conflict : Bu terim dilimize sürtüşme ve çatışma olarak çevrilebilir. İçimizden gelen arzu, istek ve dürtüler, içinde yaşadığımız kültür değerleri, sosyal kaideler ve yasaklar, inanç sistemleri ile

ters düşebilir. Arzu edilenin alınması veya uygulanması bu sebeple mümkün olmaz. Bu duyumlarını bastırması ve reddetmesi halinde kişide bir iç ruhsal mücadele başlar. Işte bu ihtiyaçlarla, şartlar arasındaki uyuşmazlık haline «conflict» sürtüşme adı verilir.

Psikoanalitik teori, sürtüşmelerin ilk çocukluk devresinde başladığını, birçok arzu ve ihtiyacın şuur altına bastırıldığını, saklandığını ileri sürer. Gelişmekte olan kişilik yapısında bir iç mücadele başlar. Kişiliğin bir parçası kişilik bütününe karşı çıkar. Kişilikte bir bölünme görülür. Şiddetli bir iç huzursuzluk ve sıkıntı belirir. Iç tansiyon yükselir ve şuurda bir karmaşıklık ortaya çıkar.

Topografik model : 1910 yıllarında **Freud,** «topographic model» olarak tanımlanan teorisi ile ruhî yapının anatomik yapısını tarif etti. Bu modelini izah etmek için birincisi «libidinal», ikincisi ise «life - preserving» hayatı sürdürme gayesi olan ve birbirine zıd olan iki temel içgüdünün varlığını ileri sürdü. Ikincisinin egonun bir fonksiyonu olduğunu, görevinin libidinal içgüdüleri kontrol etmek ve bir taraftan kişinin diğer taraftan toplumun kabul edebileceği şekillerde şuurda belirmelerine izin vermek olduğunu ifade etti. **Freud**'a göre ego bu kontrol görevini «repression» bastırma adını verdiğimiz bir mekanizma ile yapar, tehlikeli ve kişi tarafından nahoş karşılanan duyumlar ve istekler geriye itilir ve şuurun ulaşılamıyan derinliklerinde saklanır.

Freud, bu görüş açısından hareketle insan ruhunun birincisi şuur, ikincisi ego - benlik ve üçüncüsü gayrişuur veya şuuraltı olarak üç bölüme ayrılmış olduğunu düşünmüştür. **Freud** bu reddedilmiş duyumların ve dürtülerin şuuraltında depolandığını, yığıştırıldığını bildirmiş, ancak bu muhtevanın burada sakin kalmadığını, bir dinamizmleri olduğunu ve şuura çıkmak için devamlı bir basınç ve zorlama içinde olduklarını kabul etmiştir.

Bu zorlama halinin bir «psychic tension» ruhî gerginlik durumu husule getirdiği ve kişi tarafından nahoş ve istenmiyen bir durum olarak algılandığı bilinmektedir. **Freud**'un teorisinin temelini bu gerginlik durumu ve bunun boşaltılması için kişinin yaptığı gayret ve davranışlar teşkil etmektedir.

Freud, bu bastırılmış muhtevanın, kendisinin bir başka deyimi ile ruhî enerjinin, birincisi; toplumun kabul edebileceği ölçüler içinde bir boşalma «sublimation», ikincisi; savunma mekanizmaları vasıtası ile görünümlari değiştirilmiş semptom kompleksleri halinde, «psikonörotik reaksiyonlar» ve üçüncüsü; semptomların fizyolojik değişimleri halinde, «somatization», boşaltılabileceğini ifade etmiştir.

Yapısal model : Freud, topografik modelin psikoanalitik teorinin uygulanmasında yeterli olmadığını zamanla görmüş ve özellikle depression'un incelenmesi sırasında «self - love» narsistik duyumların ve «self - esteem» kendini beğenmenin yanısıra «self - preservation» kendini korumanın birer ego fonksiyonu olduğunu tesbit etmişti. Egonun en belirgin fonksiyonlarından biri olan libidinal duyumlarla «self - preservation»un birbirine karşıtlığı ve tersliği dikkatini çekmiş ve ego bütünlüğündeki bu uyuşmazlığın sebeplerini araştırmıştı.

Freud, ayni şekilde agression'u, libidonun ayrı bir komponenti olarak düşünmüş, intihar, kendi kendine zarar verme, «self - mutilation», kendi kendini yaralama gibi fenomenlerin izahı için agression'un eskiden iddia ettiği gibi egonun sado - mazohistik bir fonksiyonu olmadığı, ancak tamamen ayrı bir içgüdü olduğunu ve egoyu örten bir görünümde bulunduğunu varsaymıştı.

Topografik modelin **Freud** tarafından daha sonra değiştirilmesinde etken olan üçüncü sebep şuuraltı müdafaa reaksiyonlarının araştırılması sonucu ortaya çıkmıştır. Conscience control, şuurlu kontrolun ne ego ve ne de içgüdülere ait olmadığının anlaşılması **Freud**'u, yeni bir beyin haritası yapmaya mecbur etmiştir.

Bu yeni modelde Id, ego ve süperego bulunmakta ve bir bütün halinde çalışmaktadır. Id dürtülerin ve içgüdülerin kaynağı olarak görev yapmakta, bu duyumlar ego'da emosyonlar ve fanteziler olarak belirmekte ve şuurda imajinatif yapılar halinde idrak edilmektedir. Psikoanalitik teoriye göre seksüel dürtüler ve agresyon temel motivasyonlar olarak kabul edilmekte ve psikolojik çatışmaların esasını oluşturmaktadır. Bazı araştırıcılar ise agresyonun biolojik tabiatlı bir duyum olmayıp sonradan geliştirilmiş bir cevap tipi olduğunda israr ederler.

Ego organizmanın iç ve dış dünya ile uyumunu sağlar, duyum-

lar, idrak, mantıklı düşünme, lisanın kullanımı, motor davranışın düzenlenmesi, gerçeklik prensibinin denetimi gibi amaca yönelmiş davranışlarının bütününü temin eder. Ego, iç dürtüleri ve bunların ne yoldan akıtılması gerektiğini, kişiye zarar vermeden ve toplumun kabul edeceği şekilde nasıl kullanılacaklarını ayarlar.

Süperego «ego ideals» ego amaçlarının ve kişinin gelecekteki tasavvurlarının bir deposudur. Süperegosu ile kişi kendisini müşahede eder ve davranışın ego idealine uygunluğunu araştırır. Süperego, kendi egosunu, onun «self - esteem» kendisini beğenme duyumunu azaltıp çoğaltmak «elation - depression» sureti ile kontrolu altında tutar. Bu bahsedilen göreve «conscience» mantıklı davranış adı verilir.

Yapısal modele göre kişi kendi şuuraltını göremez. Id'in bütünü ve dürtüleri şuuraltı olarak kabul edilir. Ayni şekilde ego'un bazı kısımları ve hatta süperegonun bir takım görevlerinin de şuuraltı olduğu ifade edilir.

Yapısal modele göre sıkıntının tanımlanması da değişmiştir. Topografik modelde sıkıntı, libidonun boşaltılamıyan muhtevasının bir somatik değişimi olarak tarif edilmişti. Yapısal modelde ise sıkıntı egonun malıdır, bir ego affektidir. Kontroldan kaçmak istiyen bir id dürtüsü olarak bilinmelidir.

Depression, önemli bir objenin veya ego idealinin kaybına verilen bir cevaptır. Bu da bir ego affekti olup ruhî dengenin korunmasından sorumludur. Gerek agression gerek depression azap verici duyumlar olup egoyu bu ağrılı duyuma bir çare bulmak ve süperegoyu rahatlatmak için uyarırlar.

EGO'NUN SAVUNMA MEKANIZMALARI

Repression - bastırma : Çatışmaların «conflict» çözümlenmesinde kullanılan metodlardan biridir. Bu mekanizma ile arzular, impulslar, düşünceler, çekişmeli ve çelişmeli duyumlar şuur sathından uzaklaştırılır ve şuuraltına bastırılırlar. Hafızanın psikolojik bir inhibisyonu sonucu bu muhteva bilincimiz dışında tutulur ve böylece

azap ve sıkıntı verici olmaktan çıkarlar. Repression ego tarafından kontrol edilemiyen dürtü ve hatıraların bastırılmasında kullanılır. Serbest ve açık bir şuurlu gayret sonucu olmayıp otomatik ve irade dışı yapılmış olan bir «denial» reddetme olayıdır. Özellikle, suçluluk fikirleri, ayıp ve günahkârlık fikirleri, kişinin kendisini beğenmesindeki azalma ve inferiorite fikirleri represyona uğrarlar. Böylece şuurda bir arınma ve ayıklanma olur ve azap verici bir sıkıntının önüne geçilir. Şuur altına itilmiş olan bu muhteva bastırılmış olmasına rağmen dinamizmini devam ettirir ve kişiliğin çeşitli eğilimlerini yansıtırlar. Kişi bu reddedilmiş isteklerini ya belirli bir takım ilgiler, kişiye has inanışlar, değer yargıları şeklinde veya nörotik, psikosomatik veya psikotik semptomlar şeklinde ortaya koyar.

Repression'un sıkıntıya karşı en etkin bir savunma olduğu bilinir. Bu sebeple ilk önce uygulanan bir savunma tarzıdır. Başarısız olduğu takdirde «protection» veya «symbolization» savunmalarına başvurulur. Represyonun kırılması halinde «reality» gerçeklik prensibine sığınan hasta arzu ve kabul edilmiyen fikre sahip çıkmaz, reddeder. Dışarıdan ve yabancı bir sese bağlantılı olduğu kabul edilir ve bir halusinasyon olarak duyulur. Repression bu şekilde çatışmalı iç isteklerin, toplumun yasakladığı arzuların ethic ve sosyal normlara uydurulmasını sağlar. Buna rağmen bu arzu edilmiyen muhteva repression mekanizması ile ortadan kaldırılmaz ve yok edilmez. Ayni şekil ve şiddetlerini korumak şartı ile şuur altında saklanır. Bu materyel şuur altında şuurun haberliliği dışında ego tarafından bozulmak, parçalanmak ve denatüre edilmek istenir. Tanınmaz hale gelen bu muhteva tekrar tekrar şuur altına itilirler. Bu gayretler kişide bir takım önyargıların ve fikirlerin oluşmasına sebep olur ve karakter savunmaları adı verilen bir tür reaksiyon tipi meydana gelir. Bu defans tipi «reaction - formation» olarak tanınır.

Çok sayıda repression yapılmış olması o kişide çok sayıda ön yargının bulunduğu anlamına gelir. Çevresindeki insanların yaptığı hatalara tahammülü olmıyan kimselerin ayni şeylere karşı bir repression geliştirmiş oldukları ifade edilir. Buna rağmen ılımlı yapıldığı ve zorlanmadığı ölçüde olumlu ve kişiye uyum sağlıyan bir savunma olduğu belirtilmelidir.

Repression supression'dan farklı olup ikincisinde bastırılmış materyel şuurlu bir gayretle ve bilinçli olarak şuur altına itilir.

Complex : Bleuler ve **Jung** tarafından kullanılmış olan bir terim olup, iç ruhsal ihtiyaçlar ve eğilimlere karşı kişinin aldığı özel bir tavır anlamındadır. Repressiona uğratılmış olan muhtevaya da komlex demek yerinde olur. Sadece yasaklanmış arzular ve instinktif çatışmalar değil, ayni zamanda emosyonel yapıda ve azap verici nitelikte olan fikirler de bir komplex teşkil edebilirler. Komplex'in oluşması için birbirine bağlantılı olan fikirlerin şiddetli sıkıntı ve azap veren bir affektif yükünün de olması gereklidir. Bu birbirine yapışık ve bağlantılı fikirler şuur altında şiddetli bir basınç meydana getirirler ve kompleksin bütünü şuur altındaki tanınmaz hüviyetini muhafaza etmesine rağmen kısım kısım şuur sathına sızarlar. Zaman zaman bir iç veya dış uyaranla bütün bir komplex karmaşık ve kaotik bir şekilde şuura akar. Kompleksin çok sık görülen bir ortaya konuş şekli kişinin çok önemsiz ve ufak uyarılar karşısında şiddetli patlamalar ve davranış değişikliği şeklinde cevap vermesidir. Kişi bu ikinci şeklinde kendine has bir davranış tipi geliştirir, manierizmler, tikler, lisan sürçmeleri, unutmalar görülür. Dikkati azalır, dalgın ve lakayd bir hal alır.

Identification, benzeme : Bu savunma, kişinin egosunun gelişmesinde en önemli faktördür. Çocuk öncelikle beğendiği, sevdiği vasıflarını benimsemek istediği ebeveynini, daha sonra bu kimselerin yerine geçen kişileri idantifiye eder. Böylece onların davranış kalıplarını kendisine kazandırmayı amaçlar. Bir evlât babayı davranışları, eğilimleri, fikirleri ve hayat anlayışı ile bir bütün olarak algılar ve onun yoluna girer. Bu olay başlangıçta aktif bir şuurlu davranış olmayıp basit bir taklidden ibarettir. Çocuk için olumlu ve öğretici nitelikte olmasına rağmen çocuğa verilen ve gösterilen örnekler çok büyük önem taşır. Olumlu idantifikasyonlar yapıldığı gibi babanın istenmiyen kötü huy ve eğilimleri de idantifiye edilebilir. Bu durum «hostile identification» olarak tanımlanır. İdantifikasyon benzenilmek istenen kişide mevcut veya varsayılan üstünlükler ve güçler için bir haz alma ve övünme olarak da kullanılır. Çocukların babalarının kuvvetinden övünmeleri, güçlü bir insanın yakını veya soyundan gelmenin verdiği doyum hissi ve benzenilen kişiden benzeyene aktarılan «süperiority» üstünlük duyumları bu neviden duyumlardır. Bu hal psikotiklerde bir hezeyan görünümünde olabildiği gibi tavır ve davranış bozukluklarına da yol açabilir. Kendisinin İsa peygamber olduğunu iddia eden bir şizofren kıyafetini, saçlarını da ona benzetmiye çalışır. Kendisini babası ile idantifiye edecek yerde anaya idantifikasyon yapmış bir erkek çocuk, transvestist ve homoseksüel bir tavır geliştirir. İdantifikasyon sadece belirli kişilere değil hayal kişilere de yapılabilir. Kafasında geliştirdiği bir kaatil veya suçlu tipini idantifiye etmiş bir hasta gazetede okuduğu bir cinayet haberini hemen üstlenir ve bu suçu kendisinin yapmış olduğunu polise ihbar eder. Kişilerin belirli fikir ve akımlara kendilerini idantifiye etmeleri sonucu kitle idantifikasyonları ve endoktrinizasyonlar husule gelir.

Transference, transferans : İdantifikasyonun şuuraltı bir benzeme arzusu ile ana, baba veya benzeri bir modeli taklid etmesi yanısıra transferans, imajiner, varlığı ve vasıfları tasavvur edilen, varsayılan bir kişinin taklid edilmesi demektir. Böylece bir «imagery personality» yaratılır ve bu kişiliğin vasıfları benimsenir, buna uymıyan vasıflar reddedilir ve sevimsiz karşılanır. Bu duyum bizim ilk defa karşılaştığımız insanlar karşısında bile beğenip beğenmemek veya hoşlanıp hoşlanmamak tarzında bir ön fikir ve yargımız olmasını izah eder. Otoriter bir koca öfkeli ve haşin bir babayı idantifiye ettirir ve babanın bütün kötü vasıfları da kocada varmış gibi hissedilir. Düşmanlık, karşı çıkış ve benzeri menfî duyumlar ilk çocukluğun idantifikasyon ve transferansları olarak kabul edilir ve daha sonra kişinin karşılaştığı diğer kişilere uygulandıkları düşünülür.

Empathy : Sağlıklı bir duyumdur. Sınırlı ve geçicidir. Bir kişinin bir başkasının hissettiklerini anlaması ve onu çok iyi tanıması anlamına gelir. Böylece kişi kendisini başkalarının niyetlerinden koruyabilir ve arzu etmediği durumlardan kaçınabilir. Bir çeşit önsezi olarak düşünülebilir.

Introjection : Bir kısım araştırıcıya göre ayrı bir savunma mekanizması olarak tarif edilmiş olmasına rağmen aslında bir tür idantifikasyondur. Kişi karşısındaki insanın kişilik yapısının bir parçasını idantifiye eder. Adeta onu içine alır ve sindirir. Bizim bir hastamız ölmüş olan kardeşinin vasıflarını introjekte etmiş ve onun huylarını taklid etmiye başlamıştı. İlk olarak kendi içtiği sigarayı kardeşinin içtiği sigara ile değiştirmişti. Onun sevdiği yemekleri yiyor ve onun kıyafetlerini giyiyordu. Şiddetli intihar fikirleri mevcuttu ve

Complex : Bleuler ve **Jung** tarafından kullanılmış olan bir terim olup, iç ruhsal ihtiyaçlar ve eğilimlere karşı kişinin aldığı özel bir tavır anlamındadır. Repressiona uğratılmış olan muhtevaya da komlex demek yerinde olur. Sadece yasaklanmış arzular ve instinktif çatışmalar değil, ayni zamanda emosyonel yapıda ve azap verici nitelikte olan fikirler de bir komplex teşkil edebilirler. Komplex'in oluşması için birbirine bağlantılı olan fikirlerin şiddetli sıkıntı ve azap veren bir affektif yükünün de olması gereklidir. Bu birbirine yapışık ve bağlantılı fikirler şuur altında şiddetli bir basınç meydana getirirler ve kompleksin bütünü şuur altındaki tanınmaz hüviyetini muhafaza etmesine rağmen kısım kısım şuur sathına sızarlar. Zaman zaman bir iç veya dış uyaranla bütün bir komplex karmaşık ve kaotik bir şekilde şuura akar. Kompleksin çok sık görülen bir ortaya konuş şekli kişinin çok önemsiz ve ufak uyarılar karşısında şiddetli patlamalar ve davranış değişikliği şeklinde cevap vermesidir. Kişi bu ikinci şeklinde kendine has bir davranış tipi geliştirir, manierizmler, tikler, lisan sürçmeleri, unutmalar görülür. Dikkati azalır, dalgın ve lakayd bir hal alır.

Identification, benzeme : Bu savunma, kişinin egosunun gelişmesinde en önemli faktördür. Çocuk öncelikle beğendiği, sevdiği vasıflarını benimsemek istediği ebeveynini, daha sonra bu kimselerin yerine geçen kişileri idantifiye eder. Böylece onların davranış kalıplarını kendisine kazandırmayı amaçlar. Bir evlât babayı davranışları, eğilimleri, fikirleri ve hayat anlayışı ile bir bütün olarak algılar ve onun yoluna girer. Bu olay başlangıçta aktif bir şuurlu davranış olmayıp basit bir taklidden ibarettir. Çocuk için olumlu ve öğretici nitelikte olmasına rağmen çocuğa verilen ve gösterilen örnekler çok büyük önem taşır. Olumlu idantifikasyonlar yapıldığı gibi babanın istenmiyen kötü huy ve eğilimleri de idantifiye edilebilir. Bu durum «hostile identification» olarak tanımlanır. Idantifikasyon benzenilmek istenen kişide mevcut veya varsayılan üstünlükler ve güçler için bir haz alma ve övünme olarak da kullanılır. Çocukların babalarının kuvvetinden övünmeleri, güçlü bir insanın yakını veya soyundan gelmenin verdiği doyum hissi ve benzenilen kişiden benzeyene aktarılan «superiority» üstünlük duyumları bu neviden duyumlardır. Bu hal psikotiklerde bir hezeyan görünümünde olabildiği gibi tavır ve davranış bozukluklarına da yol açabilir. Kendisinin Isa peygamber olduğunu iddia eden bir şizofren kıyafetini, saçlarını da ona benzetmiye çalışır. Kendisini babası ile idantifiye edecek yerde anaya idantifikasyon yapmış bir erkek çocuk, transvestist ve homoseksüel bir tavır geliştirir. Idantifikasyon sadece belirli kişilere değil hayal kişilere de yapılabilir. Kafasında geliştirdiği bir kaatil veya suçlu tipini idantifiye etmiş bir hasta gazetede okuduğu bir cinayet haberini hemen üstlenir ve bu suçu kendisinin yapmış olduğunu polise ihbar eder. Kişilerin belirli fikir ve akımlara kendilerini idantifiye etmeleri sonucu kitle idantifikasyonları ve endoktrinizasyonlar husule gelir.

Transference, transferans : Idantifikasyonun şuuraltı bir benzeme arzusu ile ana, baba veya benzeri bir modeli taklid etmesi yanısıra transferans, imajiner, varlığı ve vasıfları tasavvur edilen, varsayılan bir kişinin taklid edilmesi demektir. Böylece bir «imagery personality» yaratılır ve bu kişiliğin vasıfları benimsenir, buna uymıyan vasıflar reddedilir ve sevimsiz karşılanır. Bu duyum bizim ilk defa karşılaştığımız insanlar karşısında bile beğenip beğenmemek veya hoşlanıp hoşlanmamak tarzında bir ön fikir ve yargımız olmasını izah eder. Otoriter bir koca öfkeli ve haşin bir babayı idantifiye ettirir ve babanın bütün kötü vasıfları da kocada varmış gibi hissedilir. Düşmanlık, karşı çıkış ve benzeri menfî duyumlar ilk çocukluğun idantifikasyon ve transferansları olarak kabul edilir ve daha sonra kişinin karşılaştığı diğer kişilere uygulandıkları düşünülür.

Empathy : Sağlıklı bir duyumdur. Sınırlı ve geçicidir. Bir kişinin bir başkasının hissettiklerini anlaması ve onu çok iyi tanıması anlamına gelir. Böylece kişi kendisini başkalarının niyetlerinden koruyabilir ve arzu etmediği durumlardan kaçınabilir. Bir çeşit önsezi olarak düşünülebilir.

Introjection : Bir kısım araştırıcıya göre ayrı bir savunma mekanizması olarak tarif edilmiş olmasına rağmen aslında bir tür idantifikasyondur. Kişi karşısındaki insanın kişilik yapısının bir parçasını idantifiye eder. Adeta onu içine alır ve sindirir. Bizim bir hastamız ölmüş olan kardeşinin vasıflarını introjekte etmiş ve onun huylarını taklid etmiye başlamıştı. Ilk olarak kendi içtiği sigarayı kardeşinin içtiği sigara ile değiştirmişti. Onun sevdiği yemekleri yiyor ve onun kıyafetlerini giyiyordu. Şiddetli intihar fikirleri mevcuttu ve

kendisini böylesine bir azaba uğrattığı için ölmüş kardeşine çok kızıyordu, **Ziyalar.**

Incorporation : Gelişimin oral safhasında başlamış bir çeşit idantifikasyondur. Çocuğun kendisine ilk yaklaşan kimselerin vasıflarını içtenlikle benimsemesi ve onları içine sindirmesi şeklinde görülür. İntrojection ile eş anlamda olması akla daha yakın gelmektedir.

Denial : Gerçeğin dış varlığının inkâr edilmesidir. Hepimiz bir şaşırtıcı olay karşısında «olamaz» veya «doğru değil» gibi sözleri sıklıkla söylediğimizi hatırlarız. Ama gerçek kendisini yeniden doğrular ve hakikatle yüzyüze geliriz. Bunun arkasından o olaya ait emosyonlar ve duygululuk davranışı tamamlar. Çok sevdiğimiz bir kimsenin ölüm haberine bir süre inanamayız ve daha sonra bu gerçeğe kendimizi alıştırırız. Bazı hallerde bu «denial» inkârın uzun bir süre devam ettiği ve kişinin bu çarpıcı gerçeği idrakte olumsuz bir ısrarcılık gösterdiği olur. Psikotiklerde uzun seneler geçmesine rağmen kaybedilen objenin yaşadığı iddia edilir. Bunaklarda da buna benzer inkârlar görülür. Bunamalı hasta kendisini eskisi gibi genç ve güçlü veya eskisi gibi varlıklı hissetmekte inat eder.

Denial, ayni zamanda ağır fizik hastalık geçiren kimselerde, hastalığı kabul etmemek şeklinde görülür. Kendisi de hakim olan bir hastamız kanser olduğunu kabul etmiyor ve kendisine göre hastalık teşhisleri uyduruyordu. Repression'da ve denial'de bütün kognitif fonksiyonlar şuur dışı bir işleyiş gösterirler, böylece akıl yolu ile bir kritik yapılmaksızın meselenin çözümü kabil olur. Bu iki savunma mekanizması birbirini destekler ve beraber çalışırlar.

Isolation : Tecrit, yalnızlık, kişinin kendisini diğer kimselerden uzak tutması anlamındadır. Bunun yanısıra rahatsız edici bir fikrin affekt bütününden ayrılması anlamına da gelir. Bu istenmiyen fikir şuurlu düşünceden uzaklaştırılır. Egonun kendisini agresif dürtülerden koruması maksadını güder. Kişinin dünya görüşünün emosyonel olmaktan çok mantıklı ve aklı selime hitap eder karakterde olmasını sağlar. Isolation aşırılığa kaçmamak şartı ile olumlu bir savunmadır. Kişiyi affektif zararlardan korur. Bir hekimi düşünelim. Hemen her günü insanların azap ve sıkıntılarını duymakla geçmekte onların çektiği acıyı görmektedir. Bu kimsenin bir nebze merhametsiz ve vurdum duymaz olması tabii karşılanmalı ve bu türden bir

isolation geliştirmiş olması kanıksanmamalıdır. Isolation'un aşırı bir hal alması karakter anomalilerine ve psikiyatrik hastalıklara sebep olur. Bu kimseler öfke ve saldırganlık geliştirirler.

Isolation bazı hallerde olaylar arasındaki ilişkilerin red ve inkâr edilmesi şeklinde görülür. Böyle kimseler genellikle hekimlerine karşı çıkan ve onun tavsiyelerini hastalıkları ile ilgili bulmıyan hastalardır. Bir angor ağrısı çeken kimse, hekiminin sigarayı yasaklamasını reddeder ve eskisinden sık içmiye kalkar. Midesi ülserli olan bir hasta içkinin iyi geldiğini ve midesini rahatlattığını iddia eder. İsolation sosyal açıdan da kolay teşhis edilebilir davranış bozuklukları ile karşımıza çıkar. Hemen hepimizin evinde hiç sebepsiz somurttuğu, yemeğe kusur bulduğu, sofrada konuşulmıyacak konuları seçtiği, pislikten, fareden, böceklerden bahsetmiye özen gösterdiği bilinir. Bir matem evinde şatafatlı ve renkli kıyafetler giyinmek, yüksek sesle gülmek, olayla ilgisiz görünmek gibi çok sayıda isolation çeşitleri sayılabilir.

Displacement : Bir dürtü veya heyecanın kaynaklandığı kişi ve yerden koparılıp bir başka kişi veya objeye aktarılmasıdır. Bu ikinci yerinde bu duyumlar artık asıl sahibine bir zarar ve sıkıntı vermeden ortaya konabilir. Displacement bir sıkıntı çözücü mekanizması olup bir yer değiştirme ve ikame etme «substitution» olayıdır. Örnek olarak bir üste karşı geliştirilmiş ve fakat ortaya konamıyan bir öfke kolaylıkla bir ast'a karşı uygulanabilir. Eve öfkeli gelen kocalar bu öfkelerini hemen daima karıları ve çocukları üzerinde boşaltırlar. Bir korku, şuuraltı bir transferle bir fobi haline dönüşür ve şuur altındaki yerini terkeder ve kişinin dışına çıkar, eksternalize edilir. Devamlı ellerini yıkayan bir kimsede affekt, geçirilmiş nahoş bir denemenin verdiği kirlilik duyumunu bir el yıkama şeklinde deplase eder ve böylece aslında moral çıkışlı olan bir kirlilik fikri basit bir el kirliliği şekline dönüştürülmek istenir. Bir öğrencinin öğretmenine veya arkadaşlarından birinin ebeveynine karşı geliştirilmiş seksüel fanteziler aslında kendi ebeveynine karşı oluşmuş libidinal duyumların bir deplasmanından ibarettir.

Duyumlar ve tavırlar en kolay deplase edilen şeylerdir. Ana - babadan birine karşı duyulan bir nefret bazen öylesine şiddetli olur ki kişi bu duygularını düşünmek bile istemez. Bu defa ebeveyne benzer

bir başka şahıs hedef seçilir ve böylece bu nahoş duyum saklanmış olur. Symbolism bir çeşit deplasman mekanizması olup sembolize edilenin kişiliğinde sevgi veya nefret duyumları kolaylıkla gerçekleştirilebilir. Deplasman ile kişi sıkıntısını bir organa bağlıyabilir ve o organın hastalığını taklid edebilir, arzularını bastırabilir veya bunları başka kişilere maledebilir. **Freud,** günlük hayatta kullanılan şaka'ların basit bir deplasman fonksiyonu olduğunu söyler.

Kendine dönüş : Dürtülerin ve emosyonların asıl kaynaklarından koparılıp kişinin kendisi ile bağlantılı hale getirilmesidir. Bu materyel repressionda olduğu gibi şuuraltına bastırılmaz, şuurda olduğu gibi muhafaza edilir, ancak sebep ve geçmişle olan irtibatları kesilir. Bir başka kişinin sebep olduğu öfke ve saldırganlık duyumları sanki sebep bizzat kendisi imiş gibi algılanır. Böylece öfke ve saldırganlık duyumları kişinin kendisine çevrilir. Bu kimseler depression ve masochistic bir davranış tipi geliştirirler.

Çocuğun evde yaptığı zararları, kırdığı kıymetli eşyaları kendisinin kazaen kırdığını kocasına söyliyen anne böylesine bir kendine dönüş ve mazohistik tavrı ortaya koyar.

Negation : İnkâr anlamında olup burada sıkıntı doğuran emosyon açık ve bellidir. Buna rağmen kişi kasdettiğinin tersini söyler. Günlük hayatımızda negation'a sıklıkla rastlanır. Bir misafirlikte sevdiğimiz yemeği biraz daha almamız istendiğinde önce «hayır daha fazla almak istemiyorum» şeklinde reddeder ve içimizden ısrar edilmesini bekleriz. Almamız için tekrar rica edilmezse de somurturuz. Çünkü aslında o yemekten biraz daha yemek istemişizdir. Kendisini bir başkası ile aldatan eşi için «ben zaten onu sevmiyorum, bunu öğrenmem iyi oldu» diyen bir kimse gerçek duyumunu saklamakta ve karşıtını ifade etmektedir.

Undoing : Obsesif - kompulsif nörozlarda görülen bir davranış örneğidir. Amacı sıkıntıyı azaltma olup çoğunlukla korkulu fantaziler ve impulslarla beraberdir. Undoing'te düşünülen ve arzu edilenle yapılan hareket arasında, görünüşte hiç bir ilgi ve münasebet yoktur. Aralarındaki bağ daha çok magical bir düşünce yakıştırmasından ibarettir: «Sabah evden sağ ayağımla çıkmazsam annem ölür, evde terlikleri yan yana koymazsam babama birşey olur, sokaktaki çivileri toplamazsam insanlar tetanoz olur» gibi çok absürd ve anlamsız düşünce dizilerinden ve buna uyan hareketlerden oluşur. Korkulan ve olması istenmiyen şey aslında gerçekte duyulanın ve istenenin tersidir ve karşıt bir anlatım şeklidir, ancak buna eşlik eden davranışın duyulan emosyonla bir ilişkisi olmayıp gelişigüzel seçilmiştir.

Reaction - formation : Kişinin karakterini şekillendiren önemli bir mekanizmadır. Şiddetle bastırılmış eğilimler, arzular, dürtüler ve kaçınılan kişilik yapılarının bir karşıtının geliştirilmesi sonucu ortaya çıkan bir davranış biçimidir. Bu davranış özellikle saldırganlığa, bağımlılığa ve pasiviteye karşı geliştirilir. İçindeki agresyonla mücadele etmek istiyen kimse diğer insanlarla çok fazla ilgilenir, özellikle küskünlük ve öfke uyandıran kişilere karşı son derecede tahammülsüz ve müsamahasız olur. Bağımlılığa karşı geliştirilmiş reaction formation'da kişi kendisine gösterilen her türlü ihtimam ve ilgiye karşı çıkar. Böyle hastalar hiç bir şekilde hastalığı ve hasta olmayı kendilerine yediremezler. Yakınlarının bile hastalanmasına tahammülleri yoktur. Bu durum «counterdependence» olarak bilinir.

Pasiviteye «passivity» karşı geliştirilmiş olan reaction formation'da kişi kendi erkekliğinden şüphe eder ve bu sebeple de her türlü kadınsı bulduğu davranıştan şiddetle kaçınır. Güç ve kuvvetlerini gösterecek spor ve benzeri faaliyetlere itibar eder. Tehlike ve yarışmadan hoşlanır. Aşırı şekillerinde bazı hastaların bir takım kuvvet makinaları inşa ve keşfiyle uğraştıkları görülür. Bizim bir hastamız bütün Haliç'teki batık ve enkazı bir anda yutacak bir dev makina projesi üzerinde senelerce çalışmıştı.

Counterphobia : Fobilerle ilgili sıkıntının çözülmesi için kullanılan bir defanstır. Hasta fobilerinden pasif bir şekilde şikâyet etmek yerine daha önce kendisine azap veren şeyden zevk almaya ve olayın veya korkulan şeyin üzerine gitmiye çalışır. Uçağa binmekten korkan bir kişi bizzat kendisi bir uçağı kullanmıya gayret eder. Yükseklikerden korkan bir kişi ise dağcılığı bir spor olarak benimser.

Projection : Bu mental mekanizma normal kişilerde de belirli ölçüde olabildiği gibi nörotik ve paranoid kişilik yapılarında da bulunur. Projection, kusuru ve kabahati başkalarına atma şeklinde tarif edilebilir. Günah keçisi hikâyesi «Scape Goats» çok eski çağlardan beri insanların bu metodu kullandığını anlatan eski bir hikâye-

dir. Musevilerden intikal etmiş bir efsane olup bütun günahların keçiye yüklendiği, keçinin ise çöle kaçtığını anlatır. Kişinin işlediği suçların ve yüklenmesi gereken sorumlulukların bir başkasına aktarılması halidir. Bir eşit «displacement» işlemidir. Paranoid hastalar sokağa çıktıklarında herkesin onlara güldüğünü ve alay ettiklerini, arkasından konuştuklarını ve kendisini homoseksüellikle itham ettiklerini iddia eder. Aslında bu duyumlar ve sesler kendi içinden gelen şeyler olduğu halde kişi bunları eksternalize eder ve sanki kendi dışında imiş gibi algılar. Bu mekanizma diğerlerinden farklı olarak kişinin idrakinde ve tefsirlerinde arızî değişimler husule getirir. Kişi çevreyi olduğundan değişik algılar. Suçun veya azap verici bir fikrin projection'u çoğunlukla tamamen ve gerektiği ölçüde yapılamaz. Hasta zaman zaman olayın gerçek yükünü hisseder ve asıl sorumlu ve suçlunun kendisi olduğunun farkına varır. Bu sebeple «partial falsification» adı verilen bir şekilde olaylar kısmen saptırılır ve orijinali ile arasında daima bir ilişki bırakılır. Kişinin iç ruhsal fantezilerini dış gerçeklerden ayıramadığı durumlarda ise -gerçeklik kontrolunun kaybolması-, hastada absürd hezeyanların yer aldığı görülür. Projection'da kişinin başkalarında bulduğu kusurlar çoğunlukla kendi kişilik yapısında görülenler arasından seçilir ve kişi aslında başkalarının şahsında kendisini eleştirir. Projekte edilen materyel kişinin kendi şuuraltının bir aynası gibidir. Suçluluk fikirleri hemen herkese öylesine sıklıkla yakıştırılır ki kişinin kendisi dünyada tek masum ve mazlum insan olarak görünür. Bir başkasının kendisini suçlu hissetmesi projeksiyon yapan kimseyi rahatlatır. Hastanın suçu yüklediği kimseye karşı sertlik ve saldırganlık geliştirmesi halinde sıkıntı daha da hafifler, öfke, korku, nefret gibi duyumlar yakın ve uzak çevreye yansıtılmak sureti ile kişi kendisine bir suç ve günah çemberi oluşturur. Kendi başarısızlıklarının sebebini çevresindekilere yükler. Kendisine haset ettikleri, çekemedikleri, ona engel oldukları tezini savunur. Projection'un çoğu kere «denial» ile beraber işlediği görülür. Bu durum **Freud** tarafından şu şekilde formüle edilmiştir: Ben ondan nefret ediyorum, cümlesi, o benden nefret ediyor şekline çevrilir. Repression ve projection ego üzerindeki aşırı yüklenmeyi önler ve saldırganlık, suçluluk ve nefret duyumlarını ego için tanınmaz ve sıkıntı vermez hale getirirler. Compensation mekanizmasında görüleceği gibi fizik yetersizlikler karşı reaksiyonlara sebep olurlar. Projection ayni zamanda böyle bir kompensasyon reaksiyonu gibi de görev yapar. Özellikle genital anatomik ve fizyolojik bozukluklar, deri hastalıkları böylesine defansif reaksiyonları uyandırırlar.

Durumların ve heyecanların yanısıra objeler ve materyel de projekte edilirler. Bu projeksiyonlar ya fikirler veya idrak aldanmaları şeklinde olur. Birinci şeklinde fikirlerin formasyonu ile ortaya hezeyanların ve perseküsyon fikirlerinin çıktığı görülür. Suçluluk fikirlerinin oluşturduğu bu tür bir projeksiyon sonucu paranoya gelişir.

Psikozlarda kişinin reddettiği kişilik parçası projekte edilir. Bu projeksiyon fikir planında olmaz ve idrak aldanması şeklinde ortaya çıkarsa halusinasyondan bahsedilir. Bastırılmış muhteva, kabul edilmemiş eğilimler, suçluluk fikirleri kişinin bedeni dışına çıkarılır ve işitilen sesler, göze görünen hayaller veya diğer duygu aldanmaları şeklinde projekte edilir.

Referans fikirleri, ideas of reference : Projection mekanizması sırasında ortaya çıkan fikirlerdir. Bu düşünüş tipinde kişi kendisinin bütün bir çevre tarafından hedef seçilmiş ve gözlenmekte olan biri olduğuna inanır. Herkesin dikkati ona yönelmiştir. Hasta bunun doğruluğunu ispat etmiye çalışır ve görüşünü desteklemek için her türlü vasıtadan istifade eder. Kendisine düşmanlık yapıldığını gazetelerin bile yazdığını, radyonun ondan bahsettiğini, herkesin ağzında kendi hikâyesinin anlatıldığını iddia eder. Tamamen başka kişilere ve başka maksatla söylenmiş sözleri kendisi için söylenmiş gibi algılar ve kabul eder.

Gerek projection ve gerek referans fikirleri hastayı rahatlatır ve sıkıntısını azaltırlar. Başkasını suçlamak insanın itiraf etmesinden daha kolaydır. Paradoxical denial ve reversal, inkârcılık ve olayları çevirme, projeksiyon yapan hastanın kullandığı en önemli tekniklerdir. Bu davranış normal insanın da sıklıkla kullandığı bir yoldur. Kişinin kendisini olduğu gibi görmesine engel olması, aşırı kritikten kişiyi kurtarması, iyimserlik ve güven kazandırması, tolerans kazandırması, önyargıdan uzaklaştırması ve sıkıntıya engel olması bakımından faydalı tarafları vardır. Bunun yanısıra şüphecilik, tedirginlik, başkalarına sokulma güçlüğü, alınganlık gibi olumsuz du-

yumlar geliştirmesi bakımından da zararlı bir savunma fonksiyonudur.

Compensation : Vücudun çeşitli organları tarafından kullanılan bir tamamlama mekanizmasıdır. Bozuk bir kalb kapakçığı, kalb adalesinin gelişmesi ve hipertrofisi ile kompanse edilir. Omurgadaki bir eğrilik bir karşı eğrilikle düzeltilmiye çalışılır. Ayni şekilde bir takım fizik ve organik yetersizlikler agresif ve bastırıcı bir karakter değişikliği ile telafi edilir. Ufak tefek bir kimse kavgacı ve hırçın bir karakter geliştirir. Eksikliklerinin farkında olan ve bunları örtmek istiyen bir kişi büyüklük fikirlerine sarılır. Kusurlar ve yetersizlikler kompensatuar ürünlerin ortaya çıkmasına sebep olurlar. Bu sonuçlar ya fizik veya ruhî tabiatta olurlar. Fizik bir inferiorite genellikle yapıcı bir kişilik yapısının belirmesine ve toplum için faydalı sonuçlar alınmasına sebep olur. Bunun yanısıra deformiteler ve hastalıklar normal içgüdüleri, amaçları, bozar ve kişiyi içinde yaşadığı gruptan uzaklaştırır. Bu defa nahoş eğilimler ve psikotik değişimler ve gerçek dışı temayüller ortaya çıkar.

Rationalization : Bu terim psikiyatriye **Ernest Jones** tarafından getirilmiştir. Kişiliği ve davranışı düzenliyen bir mekanizmadır, «self-adjusting». Akıl yürütme, düşünme, mantıklı hareket etme ve kişinin yaptığından haberli olması olarak tanımlanır. Bu yapılanlardan sonra ortaya çıkan sonuçlar ne olursa olsun bunların bilinen, beklenen ve akla yakın sonuçlar olduğuna kendisini inandırır. Herşeyin sonuçlandığı gibi olması gereğine kendisini inandırması halinde bir «pseudo - rational explanations» aslında gerçek olmıyan inandırmalardan bahsedilir. Böyle bir akla yakın getirmede çoğu kere olayın sadece çok küçük bir elemanında doğruluk vardır. Bu bile kişinin olayın bütününün doğru olduğunu varsayması için yeterli olur.

Rationalization bir anlamda kişinin mantığının hislerini savunmasıdır. Insan davranışının sadece belirli motiflerden kaynaklanması gereğine inanılır ve sadece bu doğru motiflerin değerlendirmesi yapılır. Dikkate alınanlar genellikle «ethical» etik değerleri olan motiflerdir. Bunların yanısıra kişinin davranışında daha önemli olmasına rağmen «selfish, emotional, instinctive» bencil, heyecanlı ve içgüdüsel tabiattaki motifler sanki yokmuş gibi düşünülür. Bu açıklama bize rationalization'un aslında «non - conscious» bilinç dışı bir mekanizma olduğunu gösterir. Kişinin böylesine davranmış olması onun dürüst ve samimî olmıyan bir insan olduğunu göstermez. Bu durumda şahıs karşısındakini değil kendini aldatmıya çalışmaktadır, «self - deception». Kişi kendi egosunu incitecek ve azap verecek bir olayın tefsirini değiştirmek sureti ile sıkıntıdan kaçınmayı amaçlamıştır.

Varılmak istenen sonuç bir «self - protection» ve «comfort» kendini koruma ve rahatlamadır. Rationalization'a çok benzer bir mekanizma «sour grapes» denilen bir savunma şeklidir. Ekşi üzüm anlamındaki bu iki kelime kişinin ulaşamadığı ve sahip olamadığı şeyleri «zaten değmezdi, iyi değildi, bana faydası olmazdı» gibi mülahazalarla değersiz gibi göstermesi ve bu şekilde o objelerin üzerindeki motiflerin heyecanını bastırmasıdır. Halk arasında bu düşünce tavrı bir darbımesel ile çok güzel anlatılır: «Ayı, uzanamadığı armuda murdar dermiş» sözü buna iyi bir örnektir.

Substitution : Bu mekanizma kişinin kendisini bir «frustation» sürtüşmeden kurtarmak için uyguladığı ve sıkıntı azaltıcı nitelikte bir işlemdir. Bir çeşit yerine koyma ve ikame etme halidir. Kişi böylece sembolik de olsa bir doyuma ulaşır. Kendisine sıkıntı verecek ve çatışma doğuracak olaydan kaçar ve onun yerine kendisine ona mesele çıkarmıyacak bir hedef seçer. Halk kültürümüz buna benzer bir davranışı «koyunun olmadığı yerde keçiye Abdurrahman çelebi denir» sözü ile ifade etmiştir. Substitution günlük hayatta pek çok uygulanan bir işlemdir. Bütün kültürler kişiyi bu istikâmette düşünmeye teşvik eder. Kanaatkâr olmak, yetinmek, iktifa etmek, aç gözlü olmamak, kendisinde olmıyan şeye imrenmemek hemen hepimizin bildiği sosyal nasihatlerdir. Kişi böylece bir fertlerarası rekabetten korunmuş ve sosyal gerginliğin önüne geçilmiş olur.

Symbolization : Bu fonksiyon insanın diğer insanlarla konuşma ve anlaşmasında kullanılmış bir gelişim kademesidir. Insanlar başlangıçta beden ve yüz hareketlerini, objeleri, tabiattaki sesleri kullanarak anlaşmıya çalıştılar. Daha sonra objelere isimler takarak kelimeleri yarattılar ve bir tür lisan doğdu. Bu safhanın da aşılması ve duyumlarla fikirlerin de adlandırılmasıyle «symbolic» türden bir lisan gelişti. Objeler ve kelimeler fikirlerin, duyumların ve eğilimlerin birer işareti haline geldi. Semboller birer anlam taşıyıcı vasfını kazandı. Hemen bütün lisanlar pek çok sembolik kelime ile doldu.

Sembolizasyon kişiye yeni bir anlatım gücü ve rahatlığı kazandırdı. Bir çok heyecan yüklü ve anlatılması zor kavram sembolizasyonla kişiye sıkıntı ve utanç hissi vermeden anlatılabildi. Toplumun kabul etmediği bir çok eğilim ve kavram şuurda sembollerle temsil edildi ve ifade edilebildi. Kullanılan sembolle gerçek anlatılmak istenen şey arasındaki yok denecek kadar az benzerlik asıl fikir ve duyumların kolayca saklanılmasını temin etti. Çoğu kere kullanılan bir sembolün ne anlama geldiğinin bizzat kullanan tarafından bile farkedilememesi kişiyi rahatlatır ve arzu edilmiyen bir davranışın motivasyonu görünür halde olmaktan çıkar. Gerek normal kişilerde ve gerek psikotiklerde bastırılmış materyel semboller halinde şuur sathına itilir. Bir nevi şuur altı dilidir. Rüyalar, halusinasyonlar, açık ve belirgin olmıyan fikirler halinde kişinin iç dünyasını yansıtır.

Fixation : Kişiliğin herhangi bir komponentinin veya bütününün bir gelişim safhasında takılması ve durmasıdır. Böyle bir kişilik yapısı ahenkten mahrum ve acaip görünür. Bir tarafı ile gelişmiş bir başka tarafı ile güdük kalmıştır. Çocuğun artık yaşı geçmiş olmasına rağmen bebek konuşmasını devam ettirmesi, anaya bağımlılığın ileri yaşlara ve hatta evlilik sonrası bile devam etmesi, huy ve davranışların çocuksu kalması, entelektüel gelişimin bir ölçüde normal olmasına rağmen emosyonel gelişimin yeterli olmaması bir fiksasyon için bilinen hususlardır.

Bir kısım araştırıcı fixation'un aşırı doyuma ulaşılmasından ve kişinin bu doyumun kazanıldığı devrede takılmasından, bir kısım araştırıcı ise aşırı bir «frustation» sürtüşmenin fixation'a sebep olduğundan bahsederler. Eğilimlerin ve emosyonel tavırların muhafazasında gösterilen bir ısrarcılık ve daha gelişmiş davranış kademelerine geçememek fixation için yeterli bir tarif olabilir. Yaşın ilerlemesi ile fixation'un yeni uyum yapılmasına engel olduğu ve davranışların yeterli olmadığı görülür. Özellikle sexüal fixation'lar kişinin bir takım cinsel patoloji geliştirmesine sebep olurlar. Masturbation, fellatio, frigidite, homosexüalite ve benzerleri gibi.

Regression : Kişiliğin evvelce mevcut olan ve iyi işliyen vasıflarından bir veya birkaçının bu görevini yapamaması ve gerilemesidir. Kişiliğin bütününde bir eksiklik sonucu kişinin daha ilkel ve daha basit ve aşağı bir seviyeden düşünme ve davranması halidir.

İdrarını tutmasını öğrenmiş bir çocuğun yeniden yatağını ıslatmıya başlaması, konuşmaya başlamış bir çocuğun kekelemeye başlaması veya konuşmayı kesmesi açık regression örnekleridir. Yetişkin bir kişinin hayatın günlük problemleri ile yeterince uğraşamaması, eskisi gibi başarılı olamaması, kendi iç ruhsal dünyasından gelen sürtüşmelere karşı çaresiz kalması, özellikle iç dürtüleri, konflileri ve emosyonel ihtiyaçları karşısında gerekli çözümleri bulamaması onun düşünce, emosyon ve davranış bakımından daha basit bir seviyeyi denemesine yolaçar. Kişi artık mesuliyetten kaçar ve müstakil hareket etmekten çekinir hale gelir. Bu sebepten kişiyi sıkıntı ve çatışmalardan kurtarmasına rağmen regression'un olumlu bir savunma mekanizması olduğu söylenemez.

Dissociation : Bu bozuklukta kişiliğin çeşitli fakülteleri aslında belirli bir kusur göstermemesine rağmen bu fonksiyonların kendi aralarındaki ilişki kopmuş ve çözülmüştür. Heyecanlar, davranış, düşünceler ve lisan kişinin kendi kontrolundan çıkmış ve gelişigüzel şuuraltının kontrolunda olarak işlemeye başlamıştır. İç ruhsal faaliyet zamanlamasını kaybetmiş ve şahıs dış mekânla da irtibatını koparmıştır. Karar verme, yönelme, kavramların anlaşılması, abstraktif düşünce bozulmuş, kişi içgüdülerinin ve emosyonlarının idaresine girmiştir. Kognitif prosesler ve sosyal normlar görev uygunluğunu bozmuş ve kişilik yapısı sanki çok sayıda kişilik varmış gibi bir görünüm kazanmıştır. Hastanın alışılagelmiş şahsiyeti gitmiş ve yerine hiç bilinmiyen bir kişilik yapısı gelmiştir. Kişi yıllarca içinde yaşadığı evine, ailesine ve toplumuna ters düşmüş ve uyuşmaz ve kabul edilmez bir seri davranışın modeli haline gelmiştir.

Somnanbulism : Uyur gezerlik olarak bilinen bu fenomen psikoanalitik teoriye göre asıl kişilik yapısının uykuda olduğu sırada tali kişiliğin aktif olduğu bir durum olarak tarif edilmektedir. Böylece asıl kişilik yapısının haberi olmaksızın uyur gezer bir seri karmaşık hareketi yapar. Uyur gezerliği saf ruhsal bir fenomen olarak kabul etmeden önce olayın bir epilepsi olup olmadığı iyi bir şekilde araştırılmalıdır.

Automatic yazı yazma : Özellikle şizofrenlerde görülen bir belirtidir. Hasta sürekli olarak sayfalarca yazı yazar. Bu yazılar incelendiğinde bir takım cümlelerin bir konuyu işliyecek şekilde dizilmiş

olması yanısıra hiç bir anlama gelmiyen kelime ve dizilerin birbirini takip ettiği görülür. İleri derecede sembolize edilmiş kelimeler, neolojizmler ve işaretlerden oluşan bu yazının iç ruhsal muhtevayı şuurun haberliği olmaksızın aktardığı ve bir tür mecaz anlatım olduğu kabul edilir. Bu yazı şekli obsesif - kompulsif nörozlu hastalarda görülebildiği gibi tamamen normal insanlarda kısa süreler içinde görülebilir. Vapur, tren, uçak gibi sıkıntı uyandıran vasıtalarda, toplantılarda, öğrencilerin ders dinlemeleri sırasında bu tür otomatik yazı ürünlerine sıklıkla rastlanır.

Fuge : Şuurlu kontroldan kaçan bir kısım materyelin kişiyi aktiviteye teşvik ve sevk etmesi halidir. **Stengel** bu kaçışların şuurun kısmen tutulmuş olduğu bir devreye rastladığını, amaçsız bir dolaşma ve gezinme şeklinde görüldüğünü bildirir. Kişinin tahammül edemediği bir durumdan kaçması olarak tanımlanır. Bu konunun bir epilepsi olarak kabul edilmesini gerektirir çok sayıda delil mevcut olduğunu ve olayın psişik olmaktan çok organik tabiatlı olduğunu ileri süren araştırıcıyı haklı bulduğumuzu bizde bildirmek isteriz.

Resistance : Bu durum bastırılmış muhtevanın şuura çıkmasını engellemek için gösterilen şiddetli bir mukavemet olarak bilinir. Psikoterapi sırasında tedavi edenin serbest assosiyasyonlarla hastayı daha rahat bir anlatım için cesaretlendirmesi karşısında böyle bir direncin geliştiği görülür. Hasta yüzyüze geldiği anda kendisine sıkıntı ve utanç verecek hatıraları hatırlamak ve canlandırmak istemez. Bir hastada analiz sırasında blokaj, sıkıntı, şaşkınlık ortaya çıkması halinde **Freud** «resistance»den bahseder.

Sublimation : Repression'dan bahsederken iç ruhsal muhtevanın şuuraltında bastırıldığını, saklı tutulduğunu, ancak bu muhtevanın enerjisinden istifade edilmediğini, şuurlu bir aktiviteye çevrilemediğini de belirtmiştik. Sublimation kişiye bu saklı enerjiden istifade etme şansını verir ve kişiyi olumlu ve faydalı bir davranışa yöneltir. Primitif ve kabul edilmiyen arzu ve dürtülerden oluşan enerji bir değişimden geçirilerek «transformation» şuura akıtılır ve topluma faydalı olacak çalışmalara harcanır. Böylece içgüdüsel arzu ve ihtiyaçlar kendilerine uygun bir anlatım ve doyum yolu bulurlar. Kişi böylece bu bastırılmış duyumlarını ve eğilimlerini kendi kişisel ve saklı amaçları için kullanacak yerde çevresindeki sosyal grupların ve bizzat kendisi için gurur ve haz verecek ölçüler içinde kullanmayı öğrenir. Saldırgan dürtüler sportif faaliyetlere dönüşür. Kişi çoğunlukla bu iç ruhsal enerjisinin aslında onu rahatsız eden fikir ve dürtülerden kaynaklandığını farketmez, dolayısı ile sublimation kişiyi kendine karşı küçültücü ve ikrah ettirici düşüncelerden korur ve ona yaşam hazzı ve gururu verir.

DEFANSİF PROSESLER

Conversion : Bu başlık altında incelenmesine rağmen conversion'un bir defans mekanizması olduğu şüphelidir. Kişide çalışma ve sıkıntı uyandıran affektif bir duyumun motor veya hissi bir inhibisyon meydana getirmesi olayı olarak tanımlanır. Bu işlem yapılırken kişi denial, identification, symbolization, repression gibi mekanizmaları beraberlikle kullanır. İnhibe edilmiş olan motor fonksiyon bastırılmış duyumu sembolize eder ve kişi rahatlar. Seçilen semptomun çoğu kere idantifiye edilmiş olan bir olayı yansıttığı düşünülür.

Fantasy : Yapıcı ve yaratıcı düşüncenin önemli bir unsuru olduğu kabul edilir. Kişi gerçekle ilgisini oldukça muhafaza ederek düşüncesini serbest bir akış ve dalgalanmıya bırakır, «freely wandering thought». Gerçeğin kişiye verdiği doyum yeterli değilse bu hayal kurma yoluyle ulaşamadıklarına varması mümkün olur ve kişi rahatlar. Regresif, geriye dönük ve substitutive bir düşünce şeklidir. İstediğinin tam karşılığını alamasa bile onun bir ikamesini - yerine geçenini elde edebilir.

Fantezi duyumların ve arzu edilenlerin bir illuzyonunu oluşturur ve böylece arzu edilen asıl gerçekle bir sürtüşmeye ve zamanlama kısıtlamasına uğramadan gerçekleşme imkânını bulur. **Freud**'a göre bu mekanizma ile «pleasure - principle» haz prensibi «realty - principle» gerçeklik prensibine galip gelir ve kişi doyuma ulaşır. Fantezi kendi başına bir fonksiyon olmayıp, bilgi, duyumlar, tefsirler, hafıza, affektif ve emotif elemanlar ve fikirlerin bir sentez halinde birleştiği karmaşık bir fonksiyondur. Arızî şekillerinde illuzyonlar yerini hezeyan ve halusinasyonlara bırakır. Psikotik hastaların biri fantezi diğeri gerçek olmak üzere iki ayrı dünyada yaşadıkları söylenir. Fantezi ve gerçeğin bir arada varoluşları rationalization ile

izah edilir ve «logic - tight compartment» adı verilir. Bu bağlantı şeklinde gerçek ve hayal duyumlar birarada bulunur ve birbirinden etkilenmezler. Bu bağlantı normallerde de işlemekte olup çoğu kere çok zıd ve ters kavramların bile ayni kişide belirli aralarla kullanıldığı görülür.

UYKU

Uyku hemen bütün hekimlik şubelerini ilgilendiren bir konudur. Özellikle psikiyatrisler ve nörologlar için uyku ve bozukluklarının bilinmesi büyük önem taşır. Uyku bozukluğu bazen bir sıkıntı sonucu ortaya çıkabileceği gibi bazen de belirli bazı hastalıkların işareti olarak görünür. Uykusuzluk, uykuya geçmede zorluk, çok fazla uyumak, gündüz uyuklama hali, tavşan uykusu olarak adlandırılan kesik kesik uyku bilinen uyku bozukluklarındandır.

Uykuyu; organizmanın behavyoral bir durumu olarak tarif etmek ve muntazam, belirli aralarla tekrarlanan, kolaylıkla uyanıklılık durumuna geçilebilen iç ve dış uyaranlarla derinliği değişebilen bir durumu olarak tarif edebiliriz.

Üzerinde durulması gereken uykunun davranışsal bir fenomen olduğudur. Her ne kadar EEG kayıtlarındaki değişiklikler uyku için karakteristik olarak kabul edilirse de bunların çoğu kere yanıltıcı olduğu akıldan çıkarılmamalıdır. Uykuda görülen iri yavaş dalgaların bazı uyanıklılık durumlarında, anestezi ve koma hallerinde de görülmesi gibi.

Normal bir gece uykusunda görülenler : Normal insanda uyanıklılık halinde saniyede 8 - 12 titreşimli, düşük voltajlı «alfa» dalgaları görülür. Uykuya giriş sırasında bu alfa dalgaları yavaş yavaş silinir ve ortadan kalkar. Bu devrede uykunun birinci fazı başlar ve düşük voltajlı, saniyede 4 - 6 titreşimli gayri muntazam dalgalardan oluşan bir faaliyet görülür. Uykunun bu birinci safhasına «hafif uyku safhası» adı da verilir.

Bu safhanın birkaç saniye veya dakika sonrasında uykunun ikinci fazı başlar. EEG deki dalgaların frekansları saniyede 13 - 15 arasına çıkar ve uyku dikenleri «sleep spindle» adı verilen sivri dalga-

ların meydana getirdiği gruplar meydana çıkar, bunlara «K» kompleksleri denilir.

Bu ikinci fazın da birkaç dakika sürdüğü ve arkasından saniyede 0.5 - 2.5 frekanslı yüksek voltajlı dalgaların belirdiği görülür. Bu safhaya üçüncü faz adı verilir. Bu devrede görülen dalga tipi ise «delta dalgaları» olarak adlandırılır.

Uykunun dördüncü fazında bu delta dalgaları hemen trasenin bütününü kaplar. Uyku siklik bir olay olup, uyku süresince bu fazlar birbirini muntazam bir şekilde birbiri ardınca takip eder. 2 - 3 - 4'üncü fazlarda uyandırılan bir kişi genellikle bir rüya gördüğünü ifade eder. Bu fazların ikinci bir özelliği hızlı göz küresi hareketlerinin olaya eşlik etmesidir, «rapid eye movements». Bu hızlı göz hareketleri yanısıra nabız süratinde intizamsızlık, teneffüs hızlanması, kan basıncında yükselme ve erkeklerde tam veya kısmî penis ereksiyonu görülür. Adale tonüsü azalır ve küçük adale gruplarında oynamalar ortaya çıkar. Bütün bu sayılanlara uykunun birinci devresinde rastlanmaz ve gerek nörofizyolojik ve gerek bioşimik karakterlerinin farklı olması sebebiyle uykunun diğer fazlarını da birbirinden açıklıkla ayırırlar.

Bu değişik uyku fazları sadece insanda değil kuşlar ve memelilerde de aynen görünürler. Uyku fazları birincisi D fazı ve ikincisi S fazı olarak ayrılır. D fazında EEG de desenkronizasyon ve rüya görülmesi karakteristiktir. S fazında ise EEG dalgaları senkronizedir.

Bu iki faz ayrıca: REM, hızlı göz küresi hareketleri ve NREM hızlı olmıyan göz küresi hareketleri şeklinde ayrılırlar.

Normal bir gece uykusu sırasında 4 - 5 adet D fazının bulunduğu ve bütün bu dört D fazının toplam zamanının bir buçuk saati doldurduğu ve total uyku süresinin % 20'sini kapsadığı tesbit edilmiştir. İlk D fazının uykuya girişten 90 - 100 dakika sonra ortaya çıktığı ve kişiden kişiye ufak farkların olduğu görülmüştür. Bu D fazları uyku süresinde her 90 - 100 dakikada bir tekrarlanır. İlk D fazının diğerlerinden kısa olduğu ve 10 - 15 dakika sürdüğü, diğerlerinin 25 - 40 dakika arasında olduğu tesbit edilmiştir.

S fazları uyku derinliğine göre ayarlanırlar. Birinci faz uykunun

en hafif, dördüncü faz uykunun en ağır olduğu devrelerdir. Bu durum uyandırılma eşiği metodu ve EEG ile tesbit edilebilir. İnsanda D fazının uykunun hafif hali olduğu, uyandırılma eşiğinin düşük olduğu bunun yanısıra adale tonüsünün daha fazla azalmış olduğu ve bu sebeple uyku ile uyanıklılık arası bir devre olarak kabul edilmesinin daha doğru olacağı ifade edilir.

Uykunun phylogeny'si : Uykunun bihevyoral - davranışsal bir fenomen olduğu görüşünden hareket edilirse bir çok vertebralının -kuşlar, sürüngenler, memeliler - kendine has bir uyku türü göstermeleri tabii karşılanır. Sürüngenlerin uyku türü insanın S uykusu ile benzerlik gösterir. Kuşlarda D fazının kısa sürmesi dikkat çekicidir. Bütün memelilerde D ve S fazları vardır. Et yiyenlerde D fazı, ot yiyenlerden uzun sürer. Hayvanların beden ölçüleri küçüldükçe metabolizmaları artar ve bunun yanısıra uyku devreleri kısalır. Ayni şekilde nabız hızları beden küçüldükçe artar ve beslenme süreleri kısalır. Bu özellikler uykunun memeli hayvanlarda temel biolojik fonksiyonlardan biri olduğu kanaatini vermiştir.

Uykunun ontogeny'si : Enteresan bir nokta gençlerde uyku süresinin yetişkin ve yaşlılarda olduğundan daha uzun olması ve özellikle D fazının uzun sürmesidir. Genç bir insan gününün 7 - 8 saatini uykuda geçirir ve bunun 1,5 saati D fazı, geri kalanı S fazı için harcanır. Yaşın ilerlemesi ile bu iki faz süresi yavaşça değişir. Yeni doğanda uyku süresi 16 - 18 saat arasıdır. Bu sürenin hemen yarısı D fazında geçer. Diğer memelilerde de bu durum böyle olup genç birey yaşlı olandan daha uzun uyur ve uykuda geçen zaman D fazının daha fazla olduğu bir süreyi içine alır.

Uykunun nöro-fizyolojisi ve kimyası : Uykunun nörolofizyolojik ve şimik özelliklerinin bütününün bu satırlarda verilmesine imkân yoktur. Sadece kısa bir özet verilmekle yetinilecektir. Senkronize uykunun «brain Stem»deki merkezlerin aktivitesi sonucu ortaya çıktığı, önbeynin orta kısmının ve hipotalamus ve talamustaki bir takım çekirdeklerin bu işte ihmal edilemez görevlerinin olduğu, özellikle «raphe» çekirdeğinin görevinin büyük olduğu ifade edilmektedir. Bütün bu merkezlerin ARAS - ascending reticular activating system - retiküler aktivatör sistemin yükselen parçası, aktivitisine tesir ettiklerini, bunun yanısıra uykunun başlatılması ve sürdürülme-

si için Brain stem'in iştirakinin gerektiğini, ponstaki bir kısım merkezlerin ve «locus ceruleus» «giant - cell» hücrelerinden oluşan Tegmental sahaların da bu olayda katkıları olduğunu ileri süren araştırıcılar ekseriyettedir.

Uyku kimyasında dikkati çeken bir madde de «seretonin»dir. Bu maddenin raphe çekirdeğinde fazla miktarda bulunduğu ve bu çekirdeğin tahrip edilmesi halinde hayvanda uykunun bozulduğu görülmüştür. Bunun tersine beyinde Catecholamine - norepinephrine ve dopamine - de artma olması uykusuzluk ve uyanıklılık hali husule getirmektedir.

Uyku bozukluğu : Fizyolojik olarak uyku bozukluğu gösteren kimselerde merkezi bir «hypoarousal» hali görülmekte ve çoğu kere buna bir «autonomic hyperarousal» refakat etmektedir. Uzun süren uykusuzluk günlerinden sonra EEG de alfa faaliyetinin bozulduğu, hızlı bir ritmin başladığı nabız hızının ve teneffüs hızının arttığı görülmektedir. Bu kimselerin tedavi edilmesinden sonra EEG den uykunun «3» ve «4» fazına ait EEG kayıtları alınmakta ve D fazı meydana çıkmaktadır.

Psikolojik olarak uykunun bozulmasını tesbit etmek genellikle zordur. Daha çok sosyal faktörlerin ve çevre şartlarının psikolojik olarak uykuyu etkilediği sanılmaktadır. Uzun süren uykusuzluk hallerinde egonun dezorganize olduğu, hezeyan ve halusinasyonların ortaya çıktığı görülmüştür. Normal kimselerde uzun süren uykusuzlukların psikotik değişimlere yol açtığı bilinmektedir. Özellikle D fazı sırasında uyandırılmış kimselerde bir «rebaund increase» husule gelmekte ve kişi bir reaksiyon olarak daha fazla uyumaya meyil göstermektedir. Buna rağmen uyku bozukluğu ile psikoz arasında **Freud**'un ileri sürdüğü gibi bir ilişkinin kurulmasının mümkün olmadığı anlaşılmıştır. **Agnev, Webb** ve **Williams** tarafından yapılmış olan çalışmalar 4. faz sırasındaki uyarılmaların süjelerde bir fizik letarji hali ve D fazında uyandırılanlarda ise bir iritabilite ve sosyal uyum zorluğu meydana getirdiği sonucunu vermiştir.

Uykunun farmakolojisi : Uyku ilâçlarının büyük bir kısmının ve bazı ilâçların uykunun D fazını azalttıkları tesbit edilmiştir. Bunun yanısıra bazı ilâçların da uykunun D fazını uzattıkları görülmüştür. Özellikle reserpine'in beyin amin seviyesini ve aktivitesini azaltmak

sureti ile böyle bir etkide bulunduğu bilinmektedir.

D fazını kısaltmak ve diğer fazlarını bozmak suretiyle alkolün uykuyu bozduğu bilinir. Barbituratlar uyku veren maddelerin başında gelirler. İlk alındıklarında D fazını kısaltırlar, sürekli alındıklarında D fazı normale döner ve kesilmeleri halinde ise D fazında bir artma ve uzama görülür, «rebaund». Bu maddelerin ilk alındıkları zaman uykuya geçiş süresini kısalttıkları, «sleep latency», uzun kullanımda ise bu sürenin tekrar normale dönmesi görülür. Kesilmeleri halinde ise bir taraftan subjektif şikâyetler ve diğer taraftan organik kusurlar ortaya çıkar. İritabilite, motor huzursuzluk, uykunun azalması ve gece boyunca devam eden hayal kurma halleri bunlar arasındadır. Burada belirtilmesi gereken önemli bir nokta geçici bir süre için uyku ilâcı alan ve sonra bırakan kimselerin öncelikle bu kesilme belirtilerinden haberdar edilmesi ve bunun bir ilâç bağımlılığı anlamına gelmediğinin hastaya açıklanmasıdır. İyi bir uyku ilâcının bir taraftan uykuya geçiş süresini kısaltması ve diğer tarafatn da D fazını etkilememesi gerekmektedir. Amino acid L - tryptophan'ın böyle bir etkisi olduğu kabul edilmektedir.

Uykudan beklenenler : Bir kısım araştırıcı uykuyu bir «non behaving time» hiç bir davranışın olmadığı ve adaptif bir gelişimin sürdürüldüğü bir süre olarak tanımlamışlardır. Bir kısmı ise uykunun temel biolojik düzenleme ve tamirler için ayrıldığını ifade etmektedirler. Uyku süresinin gençlerde ve çocuklardaki evrenselliği, bu süre bütün ırklarda ve her çeşit coğrafik dağılımda değişmemektedir, uykunun psikolojik proseslerle pek ilgili olmadığını ve biolojik reperatif bir fonksiyonu olduğu fikrini desteklemektedir. Deneme yolu ile uyku kısaltma çalışmaları süjelerin gecede 5 saatin altına indikleri takdirde huzursuzluk duyduklarını, dokuz saatten fazla uyutulan kimselerin ise sıkıntı, huzursuzluk ve kişisel şikâyetleri fazla olanlardan oluştuğunu göstermiştir.

Akıl hastalığı ve uyku : Psikozlulardaki akut alevlenmelerde D fazı kısalır. Ancak bu kısalma şizofrenik prosesle ilgili değildir, şiddetli sıkıntının bir sonucu olması muhtemeldir. Birçok kronik şizofren hastanın çok normal bir uyku uyuduğu bilinmektedir. Bir kısmında ise 3. ve 4. fazlar kısalır. Bu durum şizofrenlerde bir «central arcusal» halinin mevcut olmasına yorulmuştur.

Gerek manide ve gerek melankolide uyku bozuklukları sıklıkla görülür. EEG kayıtları manide uyku süresinin çok kısaldığını ortaya koymuştur. Uykunun bütün fazları eşit şekilde bir kısalma gösterir. Özellikle D fazı kısalması karakteristiktir. Melankolide şiddetli bir «insomnia» uykusuzluk esastır. Uykuya geçişten çok uykunun sürdürülmesi bozulmuştur. Gece erken uyanmak ve sabah erken uyanışlar depression için çok belirgindir. Bir kısım depresyonlu hastalarda ise «hypersomnia» aşırı bir uyku hali dikkati çeker. Bütün uyku fazları ve bilhassa D fazı uzar. Depresyonun ağırlaşması nisbetinde hastanın D fazındaki uzama artar. Bu fazda hastalarda göz küresi hareketlerinin de arttığı görülür. Bütün bu anlatılanlara rağmen depresyonla uyku bozulması arasında direkt bir bağlantı kurulamaz.

Uyku patolojisi : Bazı hastalıkların, özellikle psikosomatik tabiatta olanların uyku bozukluklarından etkilendiği ve belirtilerinin şiddetlendiği görülür. Anjinö nöbetler genellikle D fazı sırasında daha sık ortaya çıkar. Ekstrasistoller hem D fazı ve hem de 4. fazda daha çok görülürler.

Uyku sırasında bir takım «episodic» devri hastalıklar ortaya çıkar. Bunlar, gece işemeleri, uykuda gezerlik, geceleri gelen sıkıntı ve korku halleri, «night terrors» ve diş gıcırdatma ile başta görülen kaçak hareketlerdir.

Uyku bozukluklarının üçüncü bir görülüş şekli «sleep - waking» uyku ve uyanış mekanizması bozukluğudur. Narcolepsy, gündüz gelen kısa süreli uyku halleri olarak dikkati çeker. Bunun yanısıra Cataplexy, ani gelen adale tonüsü kayıpları sonucu hastanın birden olduğu yere yığılması şeklinde ortaya çıkar, beraberinde hipnagojik halusinasyonlar da vardır. Narkoleptik hastaların çok kısa bir D fazı gösterdikleri tesbit edilmiştir.

Uyku apnesi «sleep apnea» gece gelen ve kişiyi korku ile uyandıran bir durumdur, hasta nefes alamadığını ve boğulacak gibi olduğunu ifade eder. EEG kayıtları bu apnenin bazen 15 saniye kadar sürdüğünü ve hastanın uyanması ile teneffüsün düzeldiğini göstermektedir. Bu durumun ya hava yollarına ait bir tıkanıklıktan ve akciğerlere ait bir patolojiden olması veya brain stem'in solunumu düzenliyen mekanizmalarında bir bozukluk sonucu meydana çıkmış olması muhtemeldir.

İnsomnia, uykusuzluk gençlerde «sleep onset insomnia» uykuya geçişte bir bozukluk olarak görülür ve sebebi çoğu kere şiddetli sıkıntıdır. İkinci bir şekli ise depresyonlularda görülen ve kesik kesik uyuma şeklinde ortaya çıkan bozukluktur.

Bunun yanısıra şiddetli ağrılı durumlar ve huzursuzluk da uykusuzluğu doğurur. Haftalarca süren uykusuzluklarda uyku ilâçlarının ve trankilizanların kullanılmasının ani olarak kesilmesinin rolü olabileceği düşünülmelidir.

NARKOLEPSI

Gündüz saatleri içinde bir veya birkaç defa şiddetli ve önüne geçilmez bir uyku ihtiyacı ile kendisini gösteren kısa süreli uyku halleridir. «Narcoleptic attacks» olarak isimlendirilir. Catalepsy'den ikincisinin ani gelen adele tonüsü kaybının oluşu ve çoğu kere emosyonel bir uyarı sonucu husule gelmesi ile ayrılır. Catalepsy'de buna ilâveten hipnagojik halusinasyonlar ve illüzyonlar ayırıcı özelliklerdir.

İlk defa 1880 yılında **Gelineau** tarafından tarif edilmiş olan bu hastalık için birincisi organik beyin lezyonlarına bağlı olarak ikincisi ise psişik kaynaklı etyolojiler tarif edilmiştir. Bu gün için hastalığın beyin dokusunun daha çok fizyolojik bir bozukluğu olduğu, bazı hallerde irsiyetle geçtiği kabul edilmekte ve bir uyku bozukluğu olarak tanımlanması uygun görülmektedir.

Narkolepsinin kliniği : Yoss, Daly, Sours ve **Zarcone** 1973, adlı araştırıcılar hastalığın ilk 10 - 20 yaş arasında başladığını 40 yaşından sonra pek görülmediğini bildirmektedirler. Hastalık kişinin kendisinden çok yakınları tarafından farkedilir. Daha çok erkekleri seçtiği ve irsiyetle yakın ilgisi olduğu görülür. Hastaların % 70'inde catalepsy ile beraber bulunur. Bir kısmında ise hipnagojik halusinasyona rastlanır. Hastalık bir defa başladıktan sonra bir ömür boyu devam eder. Bir kısım hastalarda ise orta yaşta seyrekleşir, bazılarında da epizodlar halinde görülür.

Nöbet şiddetli bir uyuklama hali ile başlar. Gerçek uyku süresi çok kısadır. Hasta 10 - 15 dakikalık bir uyku devresinden sonra

açılır ve bu durum günde birkaç kere devam eder. Nöbetler genellikle öğle yemeğinden sonra gelir ve çevrenin sessiz ve monoton olduğu durumlarda daha sıktır, **Zarcone** 1973.

Hasta nöbetin başında bir iki dakika uyumamak için mücadele eder. Ancak şiddetli nöbetlerde kişi çalışırken, yürürken, bir vasıtada olduğu sırada veya konuşur ve yemek yerken nöbet geçirebilir. Özellikle suda veya denizde yüzen hastalarda nöbetler çok tehlikeli olur. Hastalar nöbetin başlangıcında uyumamak için ikaz edilirlerse uyanma sırasında çok huzursuz ve irite olurlar. Nöbetten açılan hasta eski normal durumunu kazanır ve ikinci bir nöbete kadar normal kalır. Dikkati çeken nokta böylesine sürekli nöbet geçiren hastalardan önemli bir kısmının bu nöbetlerinden haberli olmamalarıdır.

Cataleptic nöbetler : Hastanın adale tonüsünün birden kaybolması ve bir yığılma halinde, olduğu yere çökmesidir. Şiddetli şekillerinde konuşma ve bütün iradeli hareketler durur. Bu düşme sırasında yaralanmalar görülür. Tendon refleksleri kaybolur ve çoğu kere Babinski delili müsbet olur. Buna rağmen hastanın şuuru tamamen açıktır. Hafif şekillerinde hastanın sadece çenesinin düştüğü, el bileğinin tutmadığı veya birden bir halsizlik hissederek kendisini bir yere dayanmak zorunda hissettiği görülür. Dizartri, afoni ve ptoz çoğunlukla mevcuttur.

Nöbetler kısa süreli ve birkaç saniye içinde bitici vasıftadır. Günde birden fazla nöbete rastlanmaz. Hemen her nöbetin başında bir heyecanlanma veya sıkıntı olur. Özellikle suçluluk duyumu ile beraber olan saldırganlık hallerinde nöbete sıklıkla rastlandığı bildirilmiştir, **Sours** 1963, **Gelardi** ve **Brown** 1967, nöbetlerin özellikle gülme hallerinden sonra sıklıkla görüldüğüne dikkati çekmişlerdir.

Hypnagogic halusinasyonlar : Daha çok işitme halusinasyonları şeklinde görülmesi yanısıra görme ve temas halusinasyonları da olabilir. Bazı hallerde hem görme hem işitme halusinasyonu beraber görülür.

Uyanıklılık halinden uykuya geçiş sırasında ortaya çıkar. Uykudan uyanış sırasında ortaya çıkan şekline «Hypnopompic hallucination» adı verilir. Uyku ortasında görülenleri olduğu gibi narcoleptic ataklar sırasında gündüz görülenleri de olur.

Halusinasyonların özelliği çok canlı ve gerçek imiş gibi idrak edilmeleridir. Nöbetin bitiminde hasta idrak ettiği şeylerin gerçek olmadığının farkına varır. Bu halusinasyonların affektif yükleri çok fazla olup genellikle korku ile beraberdir. **Yoss** ve **Dally** 1957, bunların banal vasıflı ve **Bowling** ve **Richards,** 1961, ise hoş veya nahoş olabileceğini ileri sürerler. Birçok halde ise bu durumun gerçek bir rüya veya bir halusinasyon olduğunu ayırmak hasta için çok zordur.

Uyku felci : Uykunun bitimine yakın ve uyanma sırasında görülen ve tam bir hareket tutukluğu şeklinde kendisini gösteren bir durumdur. Gündüz uykusu sırasında da olabilir. Kişi birden hareket edemediğini ve konuşamadığını farkeder. Bütün vücudu tam bir gevşeme halindedir. Bazı hastalar zorlukla gözlerini açabilir ve kısık bir ses çıkarabilirler. Nöbet ancak birkaç saniye devam eder. Bu safhada görülen hastanın, ismi çağrılır veya elle dokunulursa nöbet durur ve hasta açılır. Halusinasyon türünde seslerin de bazen duyulması hastada bir panik hissi ve ölüm korkusu yaratır. **Roth** ve **Bruhova** 1969, bu hastalığın ailevî karakterine dikkati çekmişlerdir.

Düzensiz gece uykusu : Daha çok narkoleptiklerde görülen bir durumdur. Hasta birden uykuya dalar ve hemen arkasından sıkıntılı ve huzursuz bir şekilde uyanır. Kendi kendine konuşur, bağırır ve odanın içinde gezinir. EEG de sıklıkla uyanıklık halleri görülür. Canlı ve korkutucu rüyalar vardır.

Aralarında somnanbulistik olanları görülür. Bir kısmında süratli kilo artması, libido azalması, poliüri ve polidipsinin görülmesi saklı veya aşikâr bir diyabetin aranmasını gerektirir. **Daniels** 1934, bir kısım hastalarda geçici amnezik devreler olduğunu bildirmiştir.

Normal uyuklama : Normal uyuklama narkolepsiden, çoğu kere bir yorgunluk sonucu meydana gelmesi, narkolepsinin diğer refakat belirtilerinin görülmemesi, normal uyuklamanın kişinin istemi ile geri döndürülebilmesi ile ayrılır. Normal uyuklamada kişi uyarıldığında herhangi bir şaşkınlık veya sıkıntı göstermediği gibi bir işitme ve görme aldanması da olmaz.

Nörotik yorgunluk halleri : Bu tip bir yorgunluk hali çoğunlukla sıkıntılı ve depresyonlu hastaların yorgunluğu ile karıştırılır. Anam-

nezde sosyal ve ekonomik sebeplerden etkilenmiş bir emosyonel bozukluğun bulunması nörotik yorgunluk lehinedir. Bunun yanısıra narkoleptikler fizik ve adalî yorgunluktan hemen hiç şikâyet etmezler. Nörotiklerin peryodik uyuklama hallerini tarif etmeyişleri de narkolepsiden ayırıcı bir özelliktir.

Histeri : Değişik mizaçlı histeriklerde mevcut dissosiyasyon bazen bir uyuklama hali şeklinde ortaya çıkabilir. Histeriklerdeki uyuklama halinin «active withdrawal» aktif bir gerileme olduğu söylenir. Histerik hastalarda uyuklama süreleri çok uzar ve hasta uyandırılmıya karşı çıkar. Gerek histerik gerek şizofrenik hastalarda canlı ve fantastik halusinasyonların çıkması yanı sıra narkolepside halusinasyonların fakirliği ayırıcı olabilir.

Hipotiroidizm : Uyuklıyan hastanın yorgunluk, donukluk tarif etmesi halinde düşünülmesi gereken bir sebeptir. Eğer hasta bunlara ilâveten başta hafiflik hissi ve dönme de tarif ediyorsa hipoglisemi bakımından araştırılmalıdır.

Epilepsi : Çoğunlukla şuur kaybı ve konvulsiyonların olması ve diğer belirtilerinin bulunması ile narkolepsiden ayrılır. Kataleptik nöbetler ise hastada şuurun tamamen açık oluşu ve hastanın heyecanlı olmayışı ile teşhis edilirler.

Bir kısım hastalarda uyuklama ile beraber çift görmenin de olması bir multiple sclerosis veya myasthenia gravis ile karıştırılmasına yol açabilir. Cataplexy'de diplopik nöbetlerin ve sıklıkla ptozisin görüldüğü unutulmamalıdır.

Narkolepsinin etyolojisi : Bu sendromun oluşunda ne psikodinamik faktörler ve ne de organik beyin dokusu hastalıkları sorumlu görünmemektedir. Olayın uyku mekanizmasındaki bir fonksiyonel bozukluk olduğu görüşü daha akla yakın gelmektedir. Genetik faktörler hastalığın oluşunda geçerli etken olarak kabul edilmektedir.

Aşağıda konuyu açıklamıya çalışan teorilerden kısaca bahsedilecektir.

Psikojenik teori : Smith 1958, olayı bir stres faktörüne bağlamış ve psikoterapiden bu hastaların istifade ettiğini ileri sürmüştür. **Langworthy** ve **Betz,** 1944, olayın bir defansif fonksiyon olduğu görüşünü savunmuşlardır.

Pavlov'yen teori : Fabing 1946, narkoleptiklerin beyinlerinde bir inhibisyondan bahsetmiştir. Katalepside emosyonların sebep olduğu bir inhibisyonun motor ve postural merkezleri etkilediği savunulmuştur. Uyku felcinde ise bu inhibisyonun parsiyel bir şekilde tesir ettiği görüşü ileri sürülmüştür.

Organik teori : Narkolepsinin semptomatik olduğunu, diensefalik ve orta beyin lezyonlarında ortaya çıktığını bildirir. Uyku ansefaliti, paralizi jeneral, serebral ateroskleroz ve multiple sclerosis hastalarında ortaya çıkan narkolepsi nöbetleri tarif edilmiştir. Ancak bu sonradan ortaya çıkan narkolepsi nöbetleri sebebin ortadan kalkması ile düzeldiği halde idiopatik olan tipinde düzelme olmaz ve hayat boyu sürer.

Nörofizyolojik teori : Nöbetin olduğu sırada çekilmedikçe narkolepsi EEG'si bir anomali göstermez, **Daly** ve **Yoss** 1957. Ayni şekilde uyku felci ve kataleptik nöbetler sırasında da EEG normal kalır. Buna karşılık **Rechtschaffen** 1963, narkolepsi sırasında REM fazının oluştuğunu tesbit etmeyi başardı. Gündüz uykusu sırasındaki nöbetlerde de REM'e rastlanmıştı. Uyku felcinde görülen halusinasyon ve illuzyonların da REM fazında ortaya çıktığı tesbit edildi.

Sonuç olarak narkolepsi patolojisinin REM fazında meydana geldiği ve normal kişilerde bu fazın başlatılmasında bir ateşleme mekanizmasının bozuk olduğu sonucuna varıldı. Hipersomni ve kataplexi arasında bir yer işgal ettiği düşünüldü. REM'in yanısıra bu hastalıkta non REM'in de bozulmuş olduğu ihtimali üzerinde duruldu, **Toth** ve **Bruhova** 1969.

Genetik teori : Yoss ve **Daly** 1960, her üç vak'adan birinde ailevî bir yüklülüğün bulunduğu 400 hastayı incelediler. Hastalığın autosomal bir dominant genle geçtiğini birçok ailede tesbit ettiler.

DİĞER UYKU BOZUKLUKLARI

Kleine - Levin sendromu : Levin 1936, günler ve haftalarca süren uzun uyuklama devreleri ve şiddetli açlık hissi gösteren bir

sendromdan bahsetti. Ruhî belirtileri arasında motor huzursuzluk iritabilite ve heyecanlanma mevcuttu. Daha sonra bu konu ile birçok araştırıcı ilgilendi **Gallinek** 1954, **Critchley** 1962, **Gilbert** 1964 yıllarında kendi vak'alarını bildirdiler. Bu sendromun en belirgin semptomu «somnolance» bir uyuklama hali olup kırıklık ve halsizlikle beraberdir. Hasta gece gündüz günlerce uyuklar, sadece yemek yemek, idrarını ve büyük abdestini etmek için uyanır. Tıpkı normal bir uykudan uyandırılır gibi kolayca uyandırılabilir. Ancak bu uyandırılışlarda hasta huzursuzluk ve gerginlik gösterir. Uyandırıldığı zaman şiddetli bir açlık hisseder ve önüne ne konursa siler süpürür. **Critchley** 1962, bu duruma «megaphagia» adını verir. Ancak hasta kendisi açlıktan şikâyet etmez ve gözünün önüne bir yiyecek konmazsa kendisi aramaz. Nöbetler sırasında hastalarda fizik belirtilere rastlanmaz. EEG normal uyku trasesi verir.

Hastalığın ruhî belirtileri arasında iritabilite, agresyon, orientasyon kusurları, unutkanlık, depersonalizasyon ve konuşma bozuklukları olabilir. Gerçek rüyadan kolay ayrılamıyan adeta canlı imiş gibi sahnelere rastlanır. Hastalığın gerek uyku ve gerek iştah mekanizmasında bozukluğa sebep olan diensefalik bir düzensizlikten kaynaklandığı sanılmaktadır.

Hypersomnia : Bu tür bir hipersomni 1972 yılında **Roth** tarafından tarif edilmiştir. Hastalığın en önemli belirtisi «sleep drunkenness» uyku sarhoşluğudur. Hasta uyandığı zaman tamamen kendisine gelemez. Şaşkın, dezoriantedir. Motor koordinasyon yavaşlamıştır ve tekrar uykuya dalma meyli gösterir. Hastaların bir kısmı bu uyku halini gündüz de devam ettirme meylindedirler. Büyük bir kısmı ancak çok zorlanırsa uykudan uyanabilirler. Kendi haline bırakıldıkları zaman gece uykusundan gündüz uykusuna geçerler. Uyandırıldıkları zaman bir çeyrek saatten bir saate yakın bir süre şaşkın ve apatik bir durumda kalırlar. Uyku süreleri çoğu kere 16 - 17 saati geçer.

Hastaların ruhî belirtileri sıklıkla görülen baş ağrıları, depression nöbetleri ve heyecan kararsızlığıdır. Bu uyuklama devreleri sırasında hastaların bir takım suçlara yatkın oldukları ve uyku devresi geçince bunları hatırlamadıkları bildirilmiştir.

Pickwickian sendromu : Burwell 1956 yılında gündüz uykusu, aşırı şişmanlama ve alveolar hipoventilasyon ile karakteristik bir sendrom tarif etti. Narkolepsiye benzer tarzda periyodik uyuklama nöbetlerinin görüldüğü bunun yanısıra sağ kalb yetersizliğinin bulunduğu ve küçük adale gruplarında kasılmaların mevcut olduğu tesbit edildi. **Passounat** 1967, hastalığı bir karbondioksit metabolizması bozukluğu olarak kabul etmiştir.

Somnanbulism : Uykuda gezinenlerin daha çok erkekler olduğu tesbit edilmiştir. Gece işemeleri ve uyurgezerlik arasında yakın bir ilişkinin olduğu ve her ikisinin de ailevî bir karakter taşıdığı bilinmektedir. Çoğunlukla çocuklarda görülmekle beraber ileri yaşlarda da rastlanması mümkündür. Hasta uykuda maksatsız yürüyüşler yapar. Daha nadir olmakla beraber koşma, sıçrama veya bakınmalar tarzında hareket kusurları görülür. Motor davranış basit ve stereotipiktir. Amaçsız tekrarlanan hareketler şeklinde görülür. Göz küreleri sanki etrafı araştırır gibi bakınmasına rağmen seçmenin iyi olduğu söylenemez. Hastanın bu devrede dikkatinin şaşılacak kadar iyi olduğu ve kendisini düşme, çarpma gibi durumlardan koruduğu görülür. Hastaların bir kısmında uyurgezerlik süresi içinde telkine yatkın olduğu ve verilen emirleri uyguladığı dikkati çeker. Birkaç dakikadan birkaç saate kadar süren nöbetler vardır. Nöbeti biten hasta tekrar normal uykusuna döner. Bu durumda uyandırıldığı zaman şaşkınlaşır, adeta bir uyku şarhoşluğu içinde görünür ve uyku sırasında ve gezinmesi süresince olanlardan tamamen habersizdir. Çocuklarda görülmesinin fazla bir patolojik delaleti yoktur. Gelişmede bir gecikmeyi düşündürebilir. Ancak yetişkin kişide görülmesi şiddetli patolojik belirtilerle beraber olur. Şiddetli ruhî travmaların, ebeveyn evlât geçimsizliğinin başlatıcı sebepler arasında görüldüğü bildirilmiştir. Gerçek sebep bu gün için bilinmemektedir. Bir kısım araştırıcıya göre olay bir çeşit dissosiyasyondur, histerik «fuge» kaçışlara benzer tabiattadır. Uykunun 3. ve 4. fazlarının bulunduğu sürelere rastlar. **Kales** 1974 yılında non REM uykusundaki somnanbulistleri ayağa kaldırarak nöbeti başlatmıya muvaffak olmuştur. Ayni deneme normallerde bir uyurgezerlik ile sonuçlanmamıştır.

Gece korkuları : «Night terrors» olarak adlandırılan bu durum uykunun nonREM safhasında ve 3., 4. fazlarda ortaya çıkar. **Fisher, Kales,** 1974. Uyurgezerlik ve gece korkuları hemen daima beraber-

likle bulunur. Şiddetli sıkıntı, değişik sesler ve mırıldanmalar ve otonom sisteme ait boşalmalar görülür. Bir iki dakika kadar süren bu devre için hastalar bilinçsizdir. Hastanın korkulu imajlar gördüğü sanılmaktadır. Çocuklardaki şekli selim tabiatlı olup yetişkinlerde şiddetli gündüz sıkıntısı ve diğer psikolojik kusurlarla beraberdir.

HİPNOZ

İnsanlık, tarihi evriminin ilk yıllarından bu güne kadar hipnozun ve hipnotizmanın çeşitli gösterilerine şahit olmuştur. Büyücüler, sihirbazlar, din adamları, rahipler, doktorlar ve bu işi kendilerine meslek edinmiş insanlar hipnozla uğraşmışlar ve bu olayı insanüstü güçlerin bir hüneri ve gösterisi olarak halka duyurmuşlardır.

Hindli fakir çivili yatakların üzerinde yatmış, güney pasifiğin ateş dansı bu gün bile izahı zor bir fenomen olarak esrarengizliğini muhafaza etmiştir. Eski Mısırda «sleep temples» uyku mabedleri inşa edilmiş, eski Yunanda hastalar Aesculapius manastırlarında uyku kürleri ile tedavi edilegelmiştir. Modern hastanelerin en ilkel şekilleri olarak kabul edilen bu mabedlerde «God of Medicine» hekimliğin ilk güçlü kişileri hipnoz yolu ile isimlerini duyurmuşlardı. Eski Yunanda kahinler kendilerini hipnotik transa sokarak «self - induced hypnotic trance» bir peygamber edası içinde gelecekten haberler vermişlerdir.

Hindistandaki Sanskrit dilinde yazılmış «mantras»larda hipnotizme geniş yer verilmiş ve bu kültür bu günün Hind Yogilerine kadar ulaşmıştır. Ayni şekilde Moğollar, Persler ve Çinliler de hipnozla uğraşmışlar ve bu tekniği hasta tedavisinde kullanmışlardır. Çinlilerin getirmiş olduğu «akupunktür» bu gün bile kullanım sahası bulan bir telkin metodu olarak tanımlanabilir.

Hipnozun modern anlamda kullanılması **Franz Anton Mesmer** adlı bir Viyanalı hekim ile başlar. **Mesmer,** hipnoz tekniğini zamanın çok tanınmış bir katolik papazı olan **Gassner Baba**'dan öğrenmiştir. Bu papazın köy köy dolaşıp pek çok hastayı şifaya kavuşturduğu kilise zabıtlarından anlaşılmaktadır.

Mesmer göze görünmez bir sıvının insanın vücudundan dışarı

akıtıldığını, hastalık halinde ise bu akışın düzensiz olduğunu düşünüyordu. **Mesmer,** bu sıvının akışını düzenliyen bir güce sahip olduğuna inanmıştı ve bu güce «animal magnetism» adını vermişti. **Mesmer** kendi vücudundaki bu sihirli gücü bir demir çubukta topladığını iddia etmekte ve bu çubukla dokunmak suretile hastaları şifaya kavuşturmaktaydı. Çubukla dokunulan hastanın kendisini kaybedip yere düşmesi halinde tedavinin yapılmış olduğuna hükmediliyordu.

Mesmer'in görüşleri daha sonra **Liebealut** ve **Bernheim** tarafından geliştirildi ve kendi isimleri ile anılan hipnoz teknikleri ortaya çıktı. **Binet - Simon** testinin mucidi **Binet** de hipnoz ile ilgilendi. Daha sonra ilim dünyasının çok tanınmış kişileri **Charcot, Babinski, Luys** ve **Lombroso** da kendilerini hipnozun cazibesinden kurtaramadılar. İngilterede **James Braid** eski Yunancadaki «hypnos» kelimesinden hypnotism ve hypnosis kelimelerini üretti ve bu kelimeleri uyku ve uyutma karşılığı kullandı.

1821 yılında hipnoz değişik bir uygulama alanı buldu ve **Recamier** adlı bir Fransız cerrah hipnotik trans altında ilk cerrahî müdahaleyi yaptı. Bunu **James Esdaile** adlı bir İngilizin 1840 yıllarında yaptığı ameliyatta hipnozu kullanması takip etti. Ayni hekim Kalküta'da bir hipnozla tedavi hastanesi kurdu ve binlerce kişiyi hipnoz altında ameliyat etti. Fransız nörolog **Charcot,** hipnozu daha çok histerik hastalarda kullandı ve hipnozda «lethargy, catalepsy ve somnanbulism» olmak üzere üç fazın varlığını ileri sürdü. Bunların dışında çok sayıda tanınmış bilim adamı konuyu incelediler ve ilgilendiler, bunların arasında **Krafft - Ebing, Breuer, Freud, Moll, Kraepelin, Pavlov** ve **Tuke**'yi sayabiliriz.

Suggestibility, telkiniyet : Hemen her kişinin belirli bir ölçüde telkine müsait ve yatkın olduğu bilinmektedir. Ayni şekilde iyi bir metod kullanıldığı takdirde herkesin hipnoz alabileceği de ileri sürülmektedir. Telkiniyet derecesi veya hipnoz derinliği «trans derinliği» denilen bir metodla ölçülür. Birçok trans derinliği tarif edilmiş olmasına rağmen transın bir derecesinden diğerini ayıran kesin belirtiler yoktur.

Tecrübeli bir hipnotizör bile hipnozu alanın hangi trans derinliğinde uyumuş olduğunu açıklıkla söyliyemez. Aşağıda **Davis** ve

Husband tarafından geliştirilmiş bir hipnotik trans skalası görülmektedir:

Uyku veya trans derinliği	Objektif semptomlar
Insusceptible - telkin almıyan	Hiç bir telkiniyet bulgusu yoktur.
Hypnoidal - uykuya meyil	Adale gevşemesi - rahatlama. Göz kapaklarının oynaması. Gözlerin kapanması. Tam adale gevşemesi.
Hafif trans	Gözlerin sabitleşmesi. Kol ve bacakta hareketsizlik. Kol ve bacağın sertleşmesi. Eldiven ve çorap tarzında hissiyet kaybının husule gelmesi.
Orta trans	Kısmî amneziler. Posthipnotik anestezi. Kişilik değişmeleri. Basit posthipnotik telkinlerin alınması. Tam amnezi, kinestezik hezeyanlar.
Somnanbulistik trans	Transı bozmadan gözlerin açılması. Post hipnotik telkinler. Tam uyurgezerlik husule gelmesi. Post hipnotik positive vizüel halusinasyonlar.

Bu sınıflamadan başka birçok sınıflama daha mevcut olup bunların içinden **LeCrom - Bordeaux** sınıflaması en tanınmışlarındandır. Bir kimseye hipnoz verilmeden önce telkine ve hipnoza yatkın olup olmadığı araştırılmalıdır. Kişinin telkine müsait olup olmadığını tesbit eden çeşitli deneyler ve teknikler vardır. **Bramwell** adlı araştırıcı telkiniyet nisbetlerini şu şekilde sıralamıştır:

Telkin almıyan ..... % 10
Hafif hipnoz ..... % 32
Derin hipnoz ..... % 34
Somnanbulizm ..... % 24

Çocukların telkine ve hipnoza yatkınlıklarının fazla olduğu ve **Hull**'un iddiasına göre çocuklarda hipnoza girme oranının % 100 olduğu bilinmektedir. Kişinin yaşlandıkça hipnoz alma yeteneği azalır ve mukavemeti artar. Yaşlılarda hipnoz son derecede zor ve hemen hemen imkânsızdır. Akıl hastaları, özellikle şizofrenler ve paranoidler hipnoza müsait değildirler. Katatonik şizofrenlerde telkiniyet hali çok arttığı halde bu hastaları hipnotize etmek mümkün olmamıştır. Ayni şekilde oligofrenlerin de hipnoza ve telkine yatkın olmadıkları bilinir. Obsesif kompulsif nörozlu hastaların da telkiniyetleri azdır ve kolaylıkla hipnoza girmezler. Kültür seviyesi yükseldikçe kişinin hipnotizebilitesi artar. Kadınların genellikle erkeklerden daha kolay hipnoza girdiği görülür. Sağlıklı ve rahat kimselerin diğerlerinden daha kolay hipnoz aldıkları tesbit edilmiştir. Hipnoza en yatkın kişilerin histerikler olduğu ifade edilir. Meslek grupları arasında emir vermiye alışkın kişilerin ve subayların hipnoza mukavemet ettikleri, bunun yanısıra işçi, hizmetçi, asker ve gemicilerin emir almıya yatkın olmaları sebebiyle telkiniyete müsait oldukları görülmüştür. Elbette bu ayırımlar tam ve gerçek sonuçları göstermez. Telkiniyet herşeyden önce bu karakter eğilimi olarak kabul edilir. Ayni kişide bile değişik zamanlarda telkiniyet nisbetleri değişik olabilir.

Rahatlatıcı ilâçların ve uyku vericilerin telkiniyeti arttırması yanısıra alkolün düşük miktarlarda kolaylaştırıcı ve yüksek miktarlarda telkiniyeti azaltıcı tesiri olduğu tesbit edilmiştir.

Telkiniyet prensipleri : Tarif olarak telkiniyet bir kimsenin zihnine bir fikrin, bir inancın veya bir impulsun yerleştirilmesidir. Psikolojik anlamda telkiniyet daha değişik olarak tanımlanır. Kişinin telkini kendine yapması halinde «autosuggestion», bir başkasına yapması halinde «heterosuggestion» adı verilir. Bu telkinler ya «direct» doğrudan doğruya veya «indirect» dolaylı olabilir. Kişiye uyanık durumda iken yapılabildiği gibi hipnotik durumda iken de yapılabilir. **McDougal** telkini «taraflardan birinin, akla yakın olup olmadığına bakmaksızın sözlü bir teklifi kabul etmesidir» şeklinde tarif eder. **Boris Sidis,** hafif transta kişiye verilen indirekt telkinlerin daha olumlu ve kolay kabul edildiğini, trans derinleştikçe direkt telkinlerin daha tesirli olduğunu bildirmiştir. Telkiniyette uyulması gereken en önemli kaidelerden birincisinin verilen telkinde hiç bir zaman mutlakiyet hükmünün bulunmaması olduğu söylenir, «must» Yapmalısın, düşünmelisin gibi alternatifi olmıyan emirlere süjeler gerek uyanıklılık halinde ve gerek hipnotik transda karşı çıkabilirler. Kişiye arzu etmediği ve istemediği bir şeyi telkin etmenin imkânı yoktur.

Telkinin ikinci özelliği akla ve moral değerlere uygun olması ve telkini alana belirgin bir fayda sağlamasıdır. Kişi almış olduğu telkinle problemi arasında bir ilişki kurabilmeli ve rahatlama imkânı bulabilmelidir. Telkin şuurlu dikkatin belirli bir konuya çevrilmesini kolaylaştırmalıdır. Telkin edilen fikrin münakaşaya açık bir tarafı olmamalıdır. Telkin edilecek fikirlerin zamanlaması çok iyi yapılmalıdır.

Consentration : Kişinin spontan dikkatinin, telkini verenin istediği yöne çevrilmesidir. Telkini alanın hipnotik transda olduğu halde ise telkini veren süjenin şuur altı dikkatini belirli bir konuya çekmek zorundadır. Böylece şuur altında çatışma yaratan muhteva konuşulabilir hale gelir.

Reversed effect : Aksi tesir kanunu olarak bilinen bir durumdur. Kişi bu yolla analizi yapana önemli ip uçları verir. «Aslında böyle yapmak istiyorum ama elimden gelmiyor» cümlesi aksi tesir mekanizması için çok karakteristiktir. Kişi gerçekte arzu ettiği ve süperegosunun engellediği önemli bir ihtiyacını bu şekilde dile getirmiştir.

Dominant tesir kanunu : Pierce tarafından ortaya atılmış bir kavramdır. Kişinin zihninde mevcut birçok fikir arasında sadece bir tanesinin çok kuvvetli bir affektif yükü ve enerjisi olduğu görüşüne dayanır. Kişi bu fikri gerçekleştirmek istediği zaman şiddetli bir haz duyumu ve bunun yanısıra korku ve tehlike duyumunu da alır. Tehlike duyumu çoğu kere haz duyumunu bastırır ve fikir şuur altına bastırılır. İşte hipnotik transtaki telkinlerin hedefi bu haz - ceza ikilisini yakalamak ve ortaya çıkarmaktır. Analizi yapan kişinin yapmayı arzu ettiği fakat analizörün uygun bulmadığı haz verici bir arzuya böyle bir ceza ve tehlike duyumu eklemek suretiyle süjenin bu arzusunu bastırabilir.

Prestige : Telkini verenin kişiliği, bilgisi, kendine olan güveni, dürüstlüğü son derecede önemli unsurlardır. Hipnozu yapacak olan kişinin giyimi, odanın bakımı ve tertibi, hipnozu alacak olana güven verecek şekilde olmalıdır. Analizör ile süje arasında daima bir mesafe bulunmalı ve samimiyetten kaçınılmalıdır. Bu ikili arasındaki ilişki bir kooperasyon havasında olmayıp bir öğretmen - öğrenci görünümünde olmalıdır.

HİPNOTİK FENOMENLER

Catalepsy : İskelet adalelerinin tonüsünün artması sonucu vücudun tahta sertliğini ve hareketsizliğini almasıdır. Tedavi ve tıbbî açıdan aranan ve faydalı bir durum değildir. Daha çok sahne hipnozunda çarpıcı bir belirti olarak kullanılır. Kolları ve bacakları istenen duruma getirilen süje uzun süre bu durumunu muhafaza edebilir. Bu katılaşmayı şizofrenideki katatonik balmumlaşma ile karıştırmamalıdır.

Anestezi : Telkinle sensoryel idrakin azaltılması veya ortadan kaldırılmasıdır. Ancak hipnotik anestezide, sadece ağrı duyumunun azaltılması veya ortadan kaldırılması arzu edilir. Hafif anestezide hasta koluna batırılan bir iğneyi duymadığı gibi çimdikleme, sıkma, çizme ve kesme sonucu ortaya çıkması beklenen ağrıyı da duymaz. Hipnotik anestezi altında süjelere birçok büyük iç organ ameliyatlarının, organ ve ekstremite ampütasyonlarının, ağrısız diş çekim ve tedavilerinin ve doğumların yaptırılması mümkün olur. Ayni şekilde kronik ağrılı hastalıklarda ağrıyı durdurmada ve azaltmada hipnotik anestezinin yardımı olabilir.

Post hipnotik - hipnoz sırasında verilen telkinlerin hasta uyandıktan sonra da tesirinin devam etmesi hali - telkinlerle hastanın hipnozdan uyandıktan sonra bile uzun bir süre ağrısız bir devre geçirmesi mümkün olur.

Ağrı duyumunun yanısıra diğer duyumların da ortadan kaldırılması mümkün olur. Süjeye görmediği telkin edilir veya işitmediği söylenirse telkin süresince işitmez ve görmez. Ayni şekilde sesini

çıkaramıyacağı veya konuşamıyacağı telkin edilen süjelerin konuşamadıkları ve seslerini çıkaramadıkları dikkati çeker.

Hiperestezi : Anestezinin aksine duyumların arttığı ve şiddetlendiği bir durumdur. Hiperestezi çok az kimsede olabilen ve zor erişilebilen bir hipnotik fenomendir.

Extrasensory perception : Duyular ötesi idrak anlamındadır. Bazı süjelerin istatistik bir anlamlılık derecesinde çok uzaktaki cisimlerin seslerini ve titreşimlerini algılayabildikleri veya oyun kartlarını, büyük bir doğrulukla terslerinden okuyabildikleri görülmüştür.

Hiperamnezi : Hipnotik transtaki kişilerin hatırlama güçlerinin arttığını gösterir denemeler yapılmıştır. **Freud,** çocuklardaki hatırlama limitinin ilk beş yaşın altına inemiyeceğini ve bunun bir hafıza blokajı olduğunu bildirmiştir. Ancak hipnotik transta bu barajın aşıldığı ve daha küçük yaşlardaki hafızanın da şuur sathına çıkarılabileceği ileri sürülmekte ve daha da ileri gidilerek anne karnındaki hafızanın ve daha önceki yaşam devrelerine ait hafızanın canlandırılabileceği iddia edilmektedir. Bu denemeler Ekimnezi ve reenkarnasyon - daha önce de yaşamış ve varolmuşluk iddiaları ve varsayımları olarak bilinmektedir.

Age regression : Yaş gerilemesi olarak bilinen bir durum olup hipnoz altındaki süjeye daha gerideki yaşlarında bir devrede yaşadığı telkin edilir. Denek o yaşın hatıraları, tavırları, davranışları ve huylarını benimser ve o yaş seviyesine iner. Böylece o yaşa ait şuurluluğu keskinleşir ve toplanmak istenen bilgiler daha kolaylıkla alınır. **Wolberg** böylesine yaşını küçülttüğü bir çok hastasının ilk çocukluk yaşlarına inmesiyle konuşmalarını bile kaybettiğini bildirmiştir.

Dream induction : Rüya gördürme olarak tanımlanabilir. Süje ya hipnoz altında iken telkinle rüya görür veya normal gece uykusunda iken hipnozla rüya görmesi sağlanır.

Rüyaların psikodinamiği sadece bir takım varsayımlara dayandığı ve gerçek nörofizyolojileri henüz bilinmediğinden bu şekilde uyarılmış rüyaların muhtevasının incelenmesinden fazla bir pratik fayda sağlanamaz.

Post hypnotic suggestion : Hipnoz sonrası telkinleri olarak bilinen bir durum olup hipnozun en önemli ve faydalı yönünü teşkil eder. Hipnoz sırasında süjeye hipnozdan ayıldıktan sonra uyması gereken şartlar ve yapması gereken şeylerle alması gereken tavır ve sensoryel duygulardaki değişiklikler telkin edilir. Bu telkinler, «artık ağrı duymayacaksın, uyandıktan sonra hiç bir sıkıntı hissetmediğini farkedeceksin, uyandıktan sonra artık eskisi gibi sağlıklı ve rahat olacaksın» mealinden destekleyici, moral verici, nahoş duyumları ve hisleri kaldırmıya yönelik telkinlerdir. Süjeler genellikle bu telkinlere iyi cevap verir ve istifade ederler. Post hipnotik telkinle hastaya bazen uzun süreli programlar da verilebilir. Bir alkol veya uyuşturucu madde alışkını uzun bir süre bu yoldan alıştığı şeyden uzak tutulabilir. Bir obsesif - kompulsif nörozlu hasta alıştığı kompulsiyonundan veya fobisinden kurtulabilir.

Autohypnosis : Oto hipnoz, kendi kendine telkin etme olarak tarif edilir. Kendi kendine telkin kişinin günlük hayatında çok sıklıkla kullandığı bir şeydir. Hepimiz sık sık sıkılmadığımızı, acıkmadığımızı, iyi olduğumuzu, bir şeyimiz olmadığını telkin eder ve işin tuhafı bu kendi telkinlerimize inanırız. Kişi gerek sözle ve gerek bir takım adale gevşetici ve rahatlatıcı tekniklerle kendi kendine telkin yapabilir ve hatta hipnotize edebilir.

Autosuggestion : Bu olaya bir çeşit «rationalization» olarak da bakılabilir. Kişinin kendisine olan güvenini arttırması ve saygınlık kazandırması bakımından faydalıdır. Oto sügesyonda çoğunlukla dinî inançların telkini güçlendirici tesirinden de istiade edifir.

Hipnozun günümüzde kullanılması : Hipnozun günümüzde ve pratik hekimlikte kullanılması hemen hemen yok denecek kadar azdır. Gerek hipnoz tekniğinin gerek fenomenlerinin her zaman ve her kişide ayni sonuçları vermemesi, bir standardizasyon imkânının olmayışı ve hipnotik trans derinliğinin ölçülmesindeki güçlük ve farklılıklar bu tekniğin bu gün için tıbbın hizmetinde olmasını zorlaştırmaktadır. Psikiyatride kullanımı terkedilmiş sayılabilir. Ancak çok uygun şartlarda nörozlarda ve somatizasyon reaksiyonlarında faydası olabilir. Bunun yanısıra bir anestezi tekniği olarak operasyonlarda çok uygun süjeler bulunduğu zaman ve iyi bir uygulayıcı elinde işe yarayabilir.

Suggestion hipnozun bir ön kademesi gibi kabul edilebilir. Daha kolay ve uygulama sahası çok geniş bir fenomendir. Fazla ustalaşma ve bilgiyi gerektirmediği gibi her çeşit vak'a ve süje üzerinde uygulanması ve olumlu sonuçlar alınması mümkündür. Suggestion tedavisi hipnozun aksine psikiyatride önemli bir yer tutar ve çoğu kere başarılı sonuçlar verebilir. Psikiyatri, obstetrik ve diş hekimliği telkiniyet metodu ve uygulaması için çok müsait alanlar gibi görünmekte ve hemen dünyanın her yerinde kullanılmaktadır. Hastada mukavemet oluşmaması, ürkütücü ve çekindirici olmaması, bir takım mizanseni gerektirmemesi, hipnoza olan üstünlüklerini teşkil etmektedir. Bunun yanısıra psikozlarda ve diğer organik kaynaklı psikiyatrik hastalıklarda kullanılması ve tesiri çok azalmaktadır.

RÜYALAR

Dream : Uykuda görülen bir fenomen olup kişi rüyasında düşünceleri, istek ve dürtülerinin yönettiği istikâmette bir çok olayı sanki gerçekmiş gibi görür ve yaşar. Rüya gelişi güzel bir ruhî olay olmayıp ekonomik bir prensibe dayanır. Bir emniyet sübabı gibi görev yapar ve gerçek yaşamda uygulanması ve yerine getirilmesi son derecede zor ve sakıncalı olan bir çok olayı kolaylıkla yerine getirir. Kişiye has olmayıp dünyadaki bütün insanlar için geçerlidir. Sadece insanlar için var olan üniversal bir zihnî fonksiyondur. Şuur altındaki bütün impulsların şuur sathına çikabilecekleri bir yoldur. **Dement, Kleitman** ve **Jouvet** bu olayın saf psişik bir olay olmaktan çok psikobiolojik olduğu kanaatindedirler. Uykuda sensoryel reseptörlerin önemli bir kısmı, fonksiyonu bırakır ve kortikal bir inhibisyon husule gelir. Zihnî fonksiyonlar daha aşağı bir seviyeden işlemeye başlar. Vizüel imajlar verbal imajlara çevrilir, düşünce «archaic» gerilemiş, prelogic ve saptırılmış bir şekilde çalışır. Uyku birbirinden farklı iki nörofizyolojik sistemin etkisi altında gerçekleşir. İki ayrı faz gösterir. Bunlardan birincisi «telencephalic - sleep» veya «neo - sleep» adını alır ve korteksin retikülo - aktivator sistem üzerindeki inhibisyonu ile sağlanır. İkinci faz «rhombencephalic sleep» olarak bilinir ve «caudal pontile nucleus»ların retikuler sistem ve limbik sistem üzerindeki inhibitör tesirleri ile meydana gelir.

Uykunun eskiden sanıldığı gibi pasif bir olay olmayıp aktif bir beyin fonksiyonu olduğu ve uyku süresi içinde bu iki fazın birbirini takib ettiği kabul edilir. D-state denilen fazda hızlı göz hareketleri görülür ve bu sebeple ismi «rapid eye movement» kelimelerinin kısaltılmışı olarak REM remzi ile gösterilir. Bu fazda EEG de aktivite artar. Sürekli bir hippocampal «theta» ritmi ortaya çıkar. Mesencephalic reticular formationdan gelen süratli deşarjlar ve ponstan gelen uyku dikenleri «sleep spindles» görülür.

REM fazında otonom sistem aktivitesi artar, nabız ve teneffüs hızlanır, erkeklerde peniste ereksiyon husule gelir. Bu REM fazında kişinin rüya gördüğü ve REM'in uzunluğu nisbetinde rüya halinin de uzayacağı kabul edilir. Bu fazda olaylara ait «spatial» orientasyonlar ortaya çıkar. Rüyanın hatırlanan kısmına «manifest dream content» görünen rüya muhtevası denilir. Bunun yanısıra rüyanın saklı kalan kısmına «latent dream content» adı verilir ve bu saklı muhteva «free-association» serbest tedai metodu ile açığa çıkarılır. **Freud** rüyalar vasıtası ile «repression» savunmasından önemli ölçüde kaçınılabileceğini ileri sürer. Günlük olaylar kişide saklı düşünceleri ve hatıraları çağrıştırır. Böylece şuuraltındaki impulslar, bastırılmış arzular, ilk çocukluğun korku ve fantezileri, bu günün istekleri ile bağlantılı hale gelirler. Bütün bu güncel ve geçmişteki muhteva bir hamur haline gelir ve rüya şeklinde şuura çıkarlar. Rüyada görülenlerin kişi tarafından tanınmaz ve acaib olmaları halinde düşüncenin arkaik bir şekilde çalıştığı ve anlatım şeklinin aşırı derecede sembolik olduğunu kısıtlayıcı ve tasvip etmiyen bir kontrol ve süzgecin rüyada bile devam ettiğini gösterir.

Rüya psikolojik bir cevap ve reaksiyon tipi olmaktan çok nöro - fizyolojik bir dengelenme durumudur. Rüyayı başlatan şey bizim iç ruhsal ve şuuraltı çatışmalarımız olmayıp «sleep - wakefulness» uyku ve uyanıklılığı meydana getiren sistemin, şuuraltı muhtevasına şuurda temsil edilme şansını vermesinden ibarettir. Buna rağmen ikinci bir kontrol mekanizması, kişi rüyada iken bile işler ve rüyada şuura salıverilmiş olan bu muhteva «repression» mekanizması yolu ile bastırılır ve görülen rüya kolaylıkla hatırlanamaz, Dream amnesia.

Rüyada saklı olan muhtevanın görünür hale getirilmesi olayına «dream work» denilir. Bu işlemde kondensasyon, deplasman, sembolizasyon ve dramatizasyon yapılır.

Condensation: Bu işlemle tıpkı bir mıknatısın demir parçacıklarını toplaması gibi geçmiş ve bu günün bütün, düşünceleri, fantezileri, hatıraları toplanır ve şuur sathına yığıştırılır.

Displacement, şuur altı muhtevasının bir obje, bir eleman veya ilgisiz bir olaya aktarılmasıdır. Böylece bu nahoş anıların kişi tarafından teşhis edilmeden boşaltılması kabil olur. Displacement önemli muhtevanın önemsiz teferruat şeklinde idrak edilmesi ve tanınması

şeklinde de yapılabilir. Böylece çok az önemli olan bir olaya çok şiddetli bir affekt yükletilmiş olur. Önemli olan olayın üzerindeki affektif yük azaltılır.

Symbolism, saklı muhtevanın görünüşünün değiştirilmesi için en uygun yollardan biridir. Araştırıcılar sembolize edilen muhtevanın «varoluş» ile ilgili düşüncelerimizi yansıttığını ileri sürerler. Bedenimiz, hayat, ölüm, yaratılış sembolizasyonun esas konularıdır.

Sembolizasyon birçok yoldan yapılabilir. En sık görüleni figürlerin ve konuşmanın sembolize edilmesidir. Teşbih - benzetme sık rastlanan bir sembolizasyon metodudur. İki benzemez şey bir sıfat veya fiil atribüsü ile birbirine teşbih edilir - benzetilir. Daha sonra bu benzetme sıfat veya fiili kaldırılır ve bu iki benzemez şey yanyana kalır. Bu iki benzemezi birbirine yaklaştıran atribüye «metaphor» adı verilir. Meselâ bir çam ağacının görülmesi uzun bir hayat sürecini temsil eder. Karşı fikirde olmak belirli bir pozisyonla görüntüye gelir, karşılıklı oturan iki insan misalinde olduğu gibi. Abstre kavramlar somut görünümler kazanır. Yiyecek düşünceyi, sıcaklık mizacı yansıtır.

Dramatisation, geçmişteki düşüncelerin rüya ile manifest - görünür hale getirilmesidir. Gayesi sıkıntıdan ve nahoş impulslardan korunmaktır. Geçmişin olayları birbirine bağlanarak bir bütün halinde görüntüye getirilir.

Secondary elemination, saklı kalmış bütün arzu, dürtü ve olayların kondanse edilerek tek ve akla yakın bir hikâye halinde yeniden derlenmesidir. **Ernest Jones** bu savunmayı «rationalization» ile yakından ilişkili ve benzer bulduğunu ifade eder.

Ayni rüya birden fazla konuyu işliyebildiği gibi değişik rüyalar da ayni konuyu gerçekleştirebilir. Bütün bu teferruatın analist tarafından teker teker tefsirine gerek yoktur. Rüyanın tefsirinde bilinen bazı kaideler vardır. Zaman sırasına göre olayları yorumlamak, belirli bir olaydan başlamak, iki rüya arasındaki benzer noktaları tesbit etmiye çalışmak veya rüyayı görenin arzu ettiği şekilde serbestçe anlatmasına imkân vermek bunlardan birkaçıdır. **L. Wolberg** aşağıdaki tefsir tekniğini tavsiye etmiştir: (The Technique of psychotherapy, **Grune** and **Stratton,** New York, 1954.)

a — Rüyanın vermek istediği mesajın özetlenmesi,

b — Rüyayı görenin serbest çağrışım yapması için uyarıcı sualler sormak,

c — Rüyanın dinamiğinin analist tarafında yapılması, ne tür mekanizmaların kurulmuş olduğu, şahısların, çatışmaların, verilmek istenen karakterlerin tanınması ve teşhis edilmesi, transferans, karşıt transferansın olup olmadığının araştırılması gibi.

d — Hastanın dikkatini belirli ve daha saklı olaylara çekerek serbest çağrışımların kolaylaşmasını ve boşalmanın serbestleşmesini sağlamak.

Adler, rüyaların geçmişle ilgili olmaktan çok bir beklenti ve umud arayışı olduğuna inanır. Gerçek hayat güçlüklerine karşı bir ön hazırlık olarak kabul eder. Daima rastlanması mümkün ve kaçınılmaz olan problemleri çözmek için zihnî bir deneme olduğunu söyler ve rüyanın seksüel hayatla bağlantısı olduğunu kabul etmez. Rüyada beden ile ruhun bir işbirliği halinde olduğu ve gelecek için program yapma durumunda olduğu düşünülür. Rüyadaki tehlike, korku ve uğranılmış zararların birer ikaz ve tehlikeden kaçınmak için uyarı işareti olduğu kanaatini ortaya kor.

Dream, alternative : Freud, rüyaların «either - or» şeklinde ya o ya diğerleri gibi ruhî materyelin bir kısmını saklamak ve bir kısmını rüya şeklinde şuur sathına çıkarma seçenekleri olmadığını, herşeyin hiç bir ayırım yapılmadan görüntüye alındığını ileri sürer.

Dream, antihesis : Freud başlangıçta rüyadaki muhtevanın gerçek olanla tam ters ve zıd olduğuna inanmıştı. Şuurda kabul edilemiyecek olanın rüya şeklinde olsa bile temsil edilemiyeceğini düşünüyordu. Daha sonra bu kanaatini değiştirmiş ve rüyada «no» olmaz ve yok mekanizmasının geçerli olmadığını kabul etmişti. Iyi veya kötü, her türlü malzeme rüya ile şuurda belirebilirdi.

Dream, artificial : Bir dış uyaranla rüyanın başlatılabilmesidir. **Freud** rüyanın böyle bir mekanizma ile başlatılabileceğini, ancak bu uyarana bağlı olamıyacağını bildirmiştir.

Dream, biographical : Bu tür rüyalar kişinin hayatı boyunca yaşadığı olayların zaman sırası içinde bir tekrarı şeklinde görülür. Bir filmin ikinci defa görülmesi gibidir.

Dream, color : Rüyanın renkli olarak görülmesidir. Rengin ayrı bir sembolik anlamı olduğunun ifadesidir. Belirli bir vücud parçasını temsil ettiği gibi vücuda ait bir ifraz maddesini de anlatır. Bunun yanısıra nahoş bir tecrübeyi perdelemek ve örtme gibi bir görev de yapmış olabilir. Bundan başka renkli rüyalar organik bir hastalığın belirtisi olurlar. Epilepsi, migren ve «drugs» uyuşturucu ve uyarıcı maddelerle olan zehirlenmelerde bu durum ortaya çıkabilir.

Dream, compensatory nature : Bu terim rüyanın doğru yola getirici, ikaz edici ve kişinin tavrını düzenleyici vasfını belirtir. Bu husus **Jung**'un kollektif alt şuurun kompensatris karakteri olduğu iddiasını destekler özelliktedir, **Ziyalar.**

Dream, conceptual content : Kaide olarak fikirler rüyalarda vizüel imajlar şeklinde temsil edilirler. Bu fonksiyon bu muhtevanın ikinci bir defa düşünülmeden şuur sathına görüntüler şeklinde çevrilerek akıtılması yoluyla yapılır. Day - dream, hayal kurma bu durumdan farklı olup, aktif bir düşünme ve bunun yanısıra bu düşündüklerimizi görüntüleme şeklinde olur.

Dream, consolation : Rüyalar bir hareketi, bir fikri veya bir düşünceyi destekler ve teşvik eder bir muhteva ve mesaj getiriyorsa «consolation»dan bahsedilir. Ölümden şiddetle korkan bir nörotik, rüyasında ölümsüzlük ve ebediliğe ulaştığı şeklinde şeyler görür. Sınıfta kalma korkusu geçiren bir talebe rüyasında çok başarılı imtihanlar verir.

Dream - content : Bir rüyanın biri açık ve diğeri saklı iki muhtevasının ve mesajının olması hali. **Freud,** saklı olanının tıpkı bir hiyerolif yazısını çözer gibi teker teker açıklanması gerektiğini ileri sürer.

Dream, convalescent : Post travmatik nörozlarda nekahat devresinde görülen rüyalardır. Özellikle travmayı takib eden birinci sene içinde görülenler çok karakteristiktir. **Kardiner, A. Spiegel, H.**

Travmatik nörozlularda görülen rüyaların özelliği sık sık ayni şeylerin tekrarlanmasıdır. Hasta yok olduğu, öldüğü konusunu işliyen rüyalar görür.

Dream, convenience : Rüyanın kişinin şartlarına uygun olarak ikaz edici ve uyarıcı vasfının olmasıdır. **Freud,** geceleri geç vakitlere

kadar çalıştığı gençlik yıllarında erken uyanamadığını ve bu sebeple de geç kalma endişesi içinde olduğunu, bu devrede sık sık kendisini banyoda gördüğünü anlatır.

Dream, counter - wish : Freud, rüyaların önemli bir kısmında bir isteğin bulunmadığına dikkati çeker. Bu korku ve istememe halinin bir counter - wish olduğu ve gerçekte bir karşıt duyumu yansıttığı kabul edilir. Misal olarak empotanslı bir kişinin rüyada kendisini frengiye yakalanmış görmesi gibi. Hasta bu sifilize yakalanmış olmayı sevindirici bir müjde gibi kabul eder. Bir kadınla çiftleşmiş ve hastalığı kapmıştır. O da artık normal ve kuvvetli bir erkektir.

Dream - day : Rüyanın görüldüğü geceden önceki gün önemli olup kişinin görmüş olduğu rüyaya ait bir çok uyarıcı olayın o gün yaşanmış olması çok mümkündür.

Dream displacement : Freud, rüyadaki deplasmanla kişinin uyanık durumda yaptığı deplasman arasında gerçekte bir fark olmadığını, bütün muhtevanın deplase edilmesine gerek bulunmadığını, rüyanın her zaman çok acil ve güncel çatışmaları dile getirmediğini ifade etmiştir.

Dream, distortion : Rüyalarda sansür işleminin uygulanmasıdır. Rüyanın nahoş karakteri kişi tarafından farkedilmiyecek şekilde saptırılır ve değiştirilir. Rüyada şuur sathına çıkmış olan materyelin geriye bastırılması arzu edilmediğinden bu yola başvurulur.

Dream, egoism : Freud, rüyaların egoistik vasfından bahsetmiş ve gördüğü rüyalardaki yabancı kişilerin gerçekte kendi ego'sunu temsil ettiğinden emin olduğunu bildirmiştir. Rüyaların konusu daima o rüyayı gören kişinin kendi kişiliğidir.

Dream, embarrasment : Bu tür rüyalarda çıplaklık ve utanma ile ilgili konular işlenir. Bu rüyalarda utanmanın yanında sıkıntı da olmalıdır. Kaçmak, saklanmak, sıkıntı verici bir durumdan kaçınmak gibi durumlardan sonra bu tip çıplaklık rüyalarının sıklıkla görüldüğü dikkati çekmiştir.

Dream, examination : Denenme ve imtihan sıkıntısı geçiren kimselerde bu tür rüyaların görüldüğü bildirilmiştir. **Stekel** bu tip rüyalar için «matriculation - dreams» deyimini kullanmıştır.

Dreams, Exhibition : Kişinin rüyasında kendisini daima çıplak olarak temsil etmesidir.

Dream - forgetting : Uykudan uyanma safhasında görülmüş olan rüyayı unutmak için kuvvetli bir meyil duyulur. Rüya sırasında dağılmış olan sansür edici ve kısıtlayıcı güçler rüya sonunda toplanır ve rüya materyelini tekrar şuur altına iterler. Şuur, günlük hayat için hazırlanmış ve boşaltılmış olur.

Dream - formation : Rüyaların bir mesaj iletecek şekilde forme edilmesi, düzene sokulmasıdır.

Dream, fractional interpretation : Freud, bir rüyanın tefsirinin bir seansa sıkıştırılmaması gerektiğini ifade eder. Bir süre sonra bir seri assosiyasyonun ve dikkatimizi çekecek noktanın ortaya çıktığı görülebilir.

Dream - function : Freud, rüya bastırılmış bir arzunun doyuma kavuşturulmasıdır der. **Jung** ise, kişiliğin temel eğilimlerini yansıttığı kanaatindedir. Bu eğilimler rüyada uygun ve karşı çıkılmaz görünümlerle ifadelerini bulurlar. **Adler,** çocukluk arzularının «imaginary goals», geleceğin arzuları şeklinde potansiel bir düşünce birikimi yaptıklarını, bu birikimin kişinin arzu ve planlarını etkilediğini, rüyalarla bu yönlendirici düşüncelerin kendilerini açığa vurma şansının ortaya çıktığını, rüyanın asıl maksadının bir düşünce ekonomisi olduğunu söyler.

Dream, functional : Silberer bu terimden merkez sinir sisteminin fizik hastalıkları sonucu ortaya çıkan rüyaları kasdeder.

Dream, hyper - determination : Birçok rüyanın birden fazla uyarıcı sebebinin bulunmasına verilen isimdir. Rüyayı forme eden, oluşturan elemanlar çok önemli ve kişi için sıkıntı verici ise, bu elemanlar daha az önemde ve sıkıntı vermiyen uyarıcı elemanlarla değiştirilir. Böylece rüyayı oluşturan bir ana fikir yerini çok sayıda yardımcı düşünceye bırakmış ve rüya sanki çok sebepli imiş görünmüştür.

Dream, illusion : Rüyanın sensoryel bir stimulus ile yapışık olarak görünmesi halidir. Çalar bir saat çoğunlukla bir rüyayı başlatmıya yeterli olur. Kişi saat çalınırken aldığı uyarıyı rüya ile birleştirir ve sanki o anda bir tehlike içinde imiş gibi rüya görür. Bir otomobilin ona sürtünerek geçmesi, penisinde sanki kesilmiş gibi bir ağrı (bir hastamız rüyasında bir başka kadınla karısını aldatırken penisinde şiddetli bir sancı hissetmiş ve ondan sonra çok uzun süren bir empotans süresi geçirmişti) duyulması bu duruma birer misaldir.

Dream - illusion'lar iç uyaranlarla da husule gelir, misalimizde olduğu gibi, çoğunlukla çok renkli ve hareketli olurlar. Bir kısmı, gözler açıldıktan sonra bile devam edebilir. **Maury**'a göre şahsın hemen uykunun başlangıç safhasında «hypnagogic hallucinations» görülen rüyaların ve sahnelerin hemen uyanıklığı takib eden saniyeler içinde aynen tekrarlandığı kabul edilir.

Dream - illusion'lar organik, vizeral tenbihler sonucu ortaya çıkabilir. Fizyolojik bir dürtü veya bir hastalık sebebi ile aktive edilmiş olan organ «memory - images» denilen ve uyarı ile bir ilgisi olmıyan rüya imajları meydana getirebilir.

Dream - interpretation : Rüyanın tefsirine verilen isimdir. Rüya tefsiri bu gün **Freud**'un teklif ettiği usullerden çok ayrılmıştır. **Freud** rüyada biri saklı diğeri açık iki muhteva olduğunu, bunlardan saklı olanın iç ruhsal çatışmalar için önemli ve vasfi bulunduğunu bildirmiştir. Rüyanın manifest - görünen kısmının serbest çağrışım yolu ile incelenmesi ve açıklığa kavuşturulması saklı muhtevaya bir giriş yolu olarak kullanılır ve analiz derinleştirilir. Rüyalar genellikle «fractione» kısmî inceleme metodu ile araştırılır. Giderek bütüne yaklaşır.

Dream, lying : Rüya materyelinin tamamen şuur altı muhtevadan kaynaklanmadığı, preconscious ve hatta normal şuurdan bile materyel aldığı ifade edilir. **Freud** bu şuurlu materyelin akıtılmasında sağladığı kolaylıktan ötürü uykuya teşekkür borçlu olduğumuzu söyler. Birçok hastasının sanki görmüş gibi rüya uydurduklarına ve hikâye ettiklerine işaret eder. İşte rüyanın bu uydurulmuş muhtevasına «dream - lying» adı verilir.

Dream, made - to - order : Rüya muhtevasının hastayı tedavi eden hekim veya terapistin arzuladığı istikâmette oluşturulması. Şah-

sın gördüğü gerçek rüyalar bir takım değiştirme ve ilâvelerle hekimin arzuladığı şekle dönüştürülür.

Dream, manifest : Freud tarafından verilmiş bir isim olup, hastanın rüyasının saklı muhtevasına ulaşmak için ışık tutacak bilgilerin toplanmasına hizmet eder. Tefsiri yapacak olan bu manifest muhtevadan bir takım assosiyasyonlar kurarak saklı muhtevaya ulaşır. Böyle bir işleme «dream - work» adı verilir.

Dream, nonsensical : Bir rüyanın anlamsız ve mantıktan yoksun olması hali. Rüyanın çok fazla mantık dışı olması hali sahibinin de günlük hayatında böyle olmasını gerektirmez. Bunun tersine sıkı sıkıya mantığa bağlı rüyaların sahiplerinin hasta kişiler olduğu görülür.

Freud, bu anlaşılması ve çözümü zor olan rüyalar için «insoluble enigma» çözülmez bilmece tabirini kullanmıştır. Bir rüyanın tefsire açık olmayışı onun bir «nonsensical» rüya olduğunu göstermez. Her rüyanın kendisine has saklı bir mantığı vardır. Buna rüyanın iç mantığı adı verilir.

Dream - pain : Hypnalgia, uyku ve rüya sırasında şiddetli bir ağrı duyumunun ortaya çıkması olarak tarif edilir, nörotik kimselerde ortaya çıkar.

Dream, perrenial : Çocuklukta görülen bir rüyanın yetişkin yıllarda da sık sık tekrarlanmasıdır. Bir gelişim duraklaması olarak kabul edilir.

Dream, prophetic : Stekel, bazı kimselerin rüyalarında olacağını gördükleri olayların bir süre sonra gerçekten yaşandığını iddia ettiklerini söyler. Rüyalardan geleceği kestirme toplumun ve fertlerin ötedenberi bilinen bir özlemi olup, bu işle uğraşan kişilerin ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Eski Mısırda kahinler gece rüyaya yatıp ertesi gün Firavuna nasıl hareket etmesi gerektiğini bildirirlerdi. Bizim kültürümüzde de buna benzer bir durum mevcut olup «istiareye yatmak» olarak bilinmektedir. Bir karar verme durumunda olan kişi abdest alır, namaz kılar ve uykuya yatar, rüyasında vermek istediği kararı ya intuitif olarak sezer veya bir rüya şeklinde görür, **Ziyalar.**

Dream, psychosis : Freud, rüya gören hastanın zihnî durumunu tarif etmiş ve bu halin geçici, zarar vermeyici, rahatlatıcı, kişiye yön verici nitelikte olduğunu, uyanıklık husule geldiği zaman bütün bu değişikliklerin kendiliğinden silindiğini bildirmiştir.

Dream, reconstruction : Rüyayı göreni uyandıran bir dış impuls ile rüyadaki impulsun ayni olması hali. Hasta rüyasında bir çan görürken çalar saatin kendisini uyandırması. **Levin** bu durumu rüya göreni koruma olarak tanımlamış ve dış uyaran başladığı anda zihnî mekanizmanın rüyada olmuş gibi bu hali algılaması olarak kabul etmektedir.

Dream, secondary elaboration : Rüyada görülenle gerçekte anlatılan arasındaki farka verilen isim. Rüyayı gören kişinin rüya muhtevasını bir defa daha gözden geçirdiğini ve yeni bir düzenleme yaptığını gösterir.

Dream, speech : Freud, rüyanın kendine has bir dili olmadığını sadece «dream - thoughts» denilen ve rüyayı oluşturan materyelden pasajlar halinde cümlelerin alındığını, bunların gerçekte işitilmiş ve muhafaza edilmiş olan cümlelerden kısımlar olduğunu bildirmiştir.

Dream - stimulus : Freud, rüyayı başlatan uyarıları aşağıdaki gibi sınıflamıştır.

1 — Dış sensoryel uyaranlar,

2 — İç sensoryel ve subjektif uyaranlar,

3 — İç organik, fizik uyaranlar,

4 — Hiç bir uyaran olmaksızın bizatihi içimizden gelenler, tamamen ruhî tabiatta olanlar.

AĞRI

Anatomi : Ağrının duyu organı hemen bütün dokularda bulunan çıplak sinir uçlarıdır. Ağrı impulsu merkez sinir sistemine iki yolla ulaşır. Birincisi A lifleri adını alır, 2 - 5 milimikron çapında ileti hızları saniyede 12 - 30 metre arasında değişen iplikçiklerden oluşmuştur. Ikincisi C lifleri olarak bilinir, çapları 0.4 - 1.2 milimikron arasındadır. Birinci grup lifler miyelinli, ikinciler miyelinsizdir. Ikinciler arka kökün dorsal kısmını meydana getirir ve arka kök C iplikçikleri adını alırlar. Ileti hızları saniyede 0.5 - 2 metre arasındadır.

Her iki lif grubu talamusun lateral sipinotalamik nöronlarında sonlanırlar. Ağrı duyumu bu yoldan ventral posteriomedyal ve posteriolateral çekirdeklerde sonlanır. Burada bir röle istasyonu yaptıktan sonra serebral korteksin post sentral girisuna ulaşırlar. Her ne kadar dorsal kolumda ağrı sinirleri bulunmadığı bilinmekte ise de bu parçanın kesilmesi şiddetli ağrı ve nahoş bir duyuma sebep olur.

Hızlı ve yavaş ağrı : Iki çeşit ağrı yolunun bulunması iki ayrı çeşit ağrı duyumuna sebep olur. Birincisi keskin, belirgin ve lokalize bir ağrı olup, bunun arkasından kaba, yaygın ve nahoş bir ağrı duyumu alınır. Birinci ağrının A lifleri ile taşındığı, yavaş ağrının ise C lifleri ile sinir sistemine ulaştırıldığı öğrenilmiştir.

Ağrının subkortikal idraki ve affektif özelliği : Sensoryel uyarıların serebral korteks olmaksızın da algılanabildiği bilinmektedir. Bu ağrı için de böyledir. Kortikal ağrı tesbit merkezleri ağrının ayırıcı, gerçek ve anlamlı yönü ile idrak edilmesini sağlarlar. **Sherrington** ağrıyı hayati önem taşıyan ve ruhî komponenti olan bir korunma refleksi olarak tarif etmiştir. Ağrılı uyarılar kuvvetli gerileme ve sakınma cevaplarını uyandırırlar. Ağrı diğer duyumlar arasında emosyonla en yakın bağlantılı olanıdır. Çeşitli duyu yolları ile taşınan informasyon hoş veya nahoş emosyonlar uyandırır. Bu emosyonel duyumlar daha çok geçmişteki tecrübelerle ilişkili olmasına rağmen ağrı tek başına nahoş bir duyumdur. Bu hoş veya nahoş duyumlar ağrı yollarının talamustaki konneksiyonları ile temin edilir. Talamusun tahrip edilmesi ağrı duyumunu şiddetlendirir ve bir «over - reaction» aşırı duyarlık hali husule gelir. Bu aşırı duyarlık «thalamic syndrome» talamik sendrom olarak bilinir.

Talamik sendrom : Posterior serebral arterin talamogenikulat dalının tıkanmasına bağlı olarak ortaya çıkar. Posterior talamik çekirdek harap olur. Uzun süren, çok şiddetli ve çok rahatsız edici bir duyum alınır. Talamik hiperpati olarak bilinen bu durumda hastalar vücudlarına her hangi bir temastan çok rahatsız olurlar. Üzerlerindeki elbiseler bile onları rahatsız eder. Prefrontal lobotomi ile hasta rahatlamasına rağmen gene de ağrıyı azalmış olarak hisseder. Çok şiddetli kanser ağrılarında lobotomi tek çare olarak görünmesine rağmen hastalarda şiddetli karakter değişikliklerine sebep olur. Bunun dışında anterolateral kordotomiler de tavsiye edilir.

Derin ağrı : Derin ağrıların yüzeysel olanlarından farkı, lokalize edilmesindeki güçlük ve bulantı husule getirmesidir. Derin ağrılarda ayrıca terleme ve kan basıncı değişiklikleri de olabilir. Derin ağrılar adalelerde kasılmalar doğurabilir. Bu refleks kasılmalar, kemik, tendon ve mafsal yaralanmalarında da beraberlikle bulunurlar. Kontrakte - kasılı adale beslenemez ve iskemi, ağrı reseptörlerini uyarır. Ağrı husule gelir, ağrı tekrar adaleyi kasar ve böylece ağrı giderek artar.

Ağrının uyarılması : Ağrı reseptörleri kendine has olup «specific» diğer reseptörlerin aşırı da olsa uyarılması ile ağrı husule getirilemez. Buna karşılık ağrı uyaranları diğer reseptörleri uyarabilir ve kendilerine has duyumlar doğurabilirler.

Misal olarak ağrı reseptörleri hararetle uyarılabildikleri halde bu reseptörlerin uyarı eşiği hararet reseptörlerininkinden 100 defa daha yüksektir. Bunun yanısıra ağrı reseptörleri elektrik, mekanik ve özellikle şimik uyaranlara da cevap verirler. Ağrının kimyasal bir mekanizma ile algılandığı, ağrının uyarıldığı yerde şimik bir ajanın serbest sinir ucunu uyardığı düşünülmektedir. Bu maddenin polipeptid

tabiatında olduğu ve proteolitik bir enzim yoluyle proteinlerden temin edildiği sanılmaktadır.

Adale ağrısı : Adalenin normal miktarda kanlanması halinde genellikle bir ağrı husule gelmez. Kasılma ağrıyı doğurur. Adalenin kasılması sırasında «Levis P factor» adı verilen bir maddenin biriktiği, normal kan akımının sağlanması ile bu maddenin yıkanıp atıldığı ileri sürülmektedir. Bu maddenin «kinin» tabiatında bir madde olması veya doğrudan K iyonu olması muhtemeldir. Göğüste duyulan «angina pectoris» ağrılarında kalb adalesinde K birikmesi karakteristiktir.

Hiperaljezi : Patolojik durumlarda ağrı reseptörlerinin hassasiyeti artar. Yaralanan ve hasar gören bölgedeki ağrı reseptörlerinin uyarı eşiği düşer. Zedelenen bölge çevresindeki dokularda husule gelen vazodilatasyon sonucu meydana gelen bu olaya «primary hyperalgesia» primer hiperaljezi adı verilir. Dokuların zarar gördüğü bu bölgede parçalanmış hücrelerden sızan kimyasal maddeler serbest sinir uçlarını uyarır ve ağrı duyulur. Ayni şekilde zarar görmemiş komşu hücreler de bu kimyasal maddeden etkilenir ve uyarılırlar. Bu uyarıcı maddenin proteolitik bir enzim olduğu sanılmaktadır. Sekonder hiperaljezi ilk ve şiddetli ağrı duyumundan sonra duyulan kaba, fazla rahatsız etmiyen nahoş bir duyum olarak tarif edilir. Bu duyumun ağrının affektif bir komponenti olduğu ve primer ağrının kortikal bir fasilitasyonu sonucu meydana gelmiş bulunduğu ve ya «subliminal fringe effect» veya talamik kortikal seviyede geliştirildiği sanılmaktadır. Burada «fringe effect» deyimi uyarının spinal seviyede bir saçılma ve dağılması karşılığı kullanılmıştır.

Somatik ve vizeral sensoryel mekanizmalar : Otonom sinir sistemi birincisi, getirici duyu yolları, ikincisi merkez sinir sistemindeki karar verici istasyonlar ve sonuncusu da icra organlarına ulaşan götürücü duyu yolları olmak üzere üç bölümden oluşur. Vizeral afferent mekanizma organizmanın «homoeostasis» denge durumunda çok önemli bir rol oynar. Organlarda bulunan çok sayıda basınca, su miktarına ve kimyasal maddelere hassas reseptörler bu mekanizmayı düzenler. İç organlardan ve bu reseptörler kanalı ile alınan uyarılar aralarında çok sayıda iştirakler yaparak sistemlerin birbirinden haberli bir şekilde çalışmasını temin ederler. Deridekinden farklı olarak iç organlarda yüzeyel duyu reseptörleri bulunmaz. Karın

derisi bir yüzeyel anestezik madde ile infiltre edilirse karın açılabilir ve iç organlar ellenebilir, durumları değiştirilebilir ve kesilip dikilebilirler.

Vizerlerden kalkan afferent impulslar merkez sinir sistemine birincisi sempatik ve ikincisi parasempatik olmak üzere iki yoldan ulaşır. Bu sinirlerin ana hücreleri omurilikte arka köklerdedir.

Vizeral ağrı : İç organların ağrısı kolaylıkla lokalize edilemez. Daha çok nahoş bir duyum şeklinde hissedilir. Çoğu kere daha başka alanlara yayıldığı görülür ve olduğundan değişik yerlerde hissedilir.

Ağrı sinirlerinin uyarılması : İç organlarda ağrı reseptörlerinin sayısı oldukça azdır. Buna rağmen ağrı çok şiddetli hissedilir. Organların iç duvarında bulunan bu reseptörler dokuların gerilmesine karşı çok hassastırlar. Özellikle mide ve barsakların gazla gerilmesi çok şiddetli ağrılara sebep olur. Bu dokuların iltihablı ve konjesyone olduğu durumlarda en küçük bir uyarı çok şiddetli bir ağrı duyumuna sebep olabilir.

Dikkatleri iç organlarına çevrilmiş nörotik ve obsesif kişilerde ise durum daha da rahatsız edici olur. Ağrının daha şiddetle duyulmasına bir taraftan ağrının affektif yükü diğer taraftan da uyarının yayılması ve buna bulantı, kusma ve diğer otonom sistem reaksiyonlarının eklenmesi sebep olur.

Yollar : Göğüs ve karın organlarından kalkan ağrı duyumu sempatik sinir sistemi iplikçileri ve dorsal kökler aracılığı ile lomber spinal sinirlere ulaşır. Bu sinirlerin cerrahî yoldan kesilmesi bu sebeple göğüs, kalb, mide ve barsaktaki ağrıları azaltır. Bunun yanısıra trakea, özofagus ve vagustaki reseptörler vagus siniri ile ve pelvisteki derin organlar sakral parasempatik sinirlerle uyarıyı merkez sinir sistemine taşırlar.

Adale spazmı ve rijidite : Vizeral ağrı tıpkı derin somatik ağrıda olduğu gibi komşu adalelerde refleks kasılmalara sebep olur. Bu refleks kasılmalar genellikle karın duvarında hissedilir. Özellikle peritonun iltihabî hastalıklarında bu hal çok belirgindir. Bu kasılmanın mekanizması bu gün için iyi bilinmemektedir. Karın duvarındaki bu kasılma ve sertleşmenin hasta ve zedelenmiş olan iç organları

dış travmalardan koruma amacını taşıdığı ifade edilmektedir. Bu olay «guarding» olarak tanımlanır. Böylesine bir kasılmaya çoğunlukla nörozlarda ve histeride sıklıkla rastlanır. Organik bir kasılmadan farkı birincisinde terleme, hipotansiyon ve temasla karın duvarında hassasiyetin olması ve diğer otonom sistem belirtilerinin bulunmaması ile tesbit edilir.

Ağrının, hasta bölgenin uzağında duyulması ve inhibisyonu: Ağrının olması gereken yerin dışında ve uzağında duyulması halinde «referred» refere edilmiş ağrıdan bahsedilir. Refere ağrılar histerikler ve nevrastenikler için çok karakteristiktir. Histeriklerde ağrı lokalizasyonu telkinle kolaylıkla değişebilmesine rağmen organik ağrılarda refere edilen bölge değişmez. Nevrastenik kimselerde ise zaman içinde yeri ve şiddeti değişen atipik ve bir sebebe bağlanamıyan ağrılar vardır. Dikkat edilmesi gereken nokta derin somatik ağrıların refere edildiği, bunun yanısıra yüzeyel ağrının lokal kaldığı ve refere edilmediğidir. Yüzeyel ağrının hasta tarafından refere edilmesi halinde bunun gerçek organik bir ağrı olmadığı ve histerik veya nörotik bir ağrı olduğu düşünülmelidir.

Referal ağrının en belirgin örneği kalb ağrılarının sol kola vurmasıdır. Ayni şekilde diaframın sentral parçasının omuza vuran ve testislerin uretere vuran ağrılarıdır. Ağrının refere edildiği organın herzaman ayni olması veya ağrının ayni tarafta duyulması gereği yoktur. Meselâ bir kalb ağrısı bazen bir karın ağrısı şeklinde de refere edilebilir, sağ kola vurabilir ve hatta bir boyun ağrısı şeklinde de hissedilebilir.

Dermatom kaidesi : Genellikle ayni embrionik segmentten veya dermatomdan oluşmuş dokular refere edilir. Bu dokulardan birinin hastalanması halinde diğerlerinde ağrı duyumu alınır. Bu kaideye «dermatomal rule» dermatom kaidesi adı verilir. Misal olarak diyafram embrionik gelişimi sırasında boyundan ayrılan bir parçadan teşekkül eder ve sinirlerini de bu kısımdan alır. Frenik sinirin üçte biri afferent liflerden oluşur ve ikinci, üçüncü, dördüncü servikal segmentlerden spinal kord'a girer. Omuz bölgesi ağrı sinirlerinin afferentleri de ayni yerden omur iliğe ulaşır. Kalb ve kol afferentleri de ayni segmentlerden omur iliğe girerler. Bu sebeple bu organların ağrıları birbirine refere edilirler.

Ayni şekilde testisleri teşkil eden dokular da böbrek ve üreterlerin geliştiği dokularla ayni kaynaklıdır ve sinirleri de ayni dermatomla temsil edilir. Bu sebeple bu organların da ağrıları bir diğeri üzerinde duyuiur ve refere edilir.

Refere ağrının konverjans kaidesi : Vizeral organlardan ve somatik teşekküllerden kalkan afferent sinirler sadece ayni segmentlerden sinir sistemine girmekle kalmaz, ayni zamanda çok sayıda sensoryel sinirler de ayni segmentlere ulaşırlar ve arka köklere ulaşan sinir iplikçiği sayısı spinotalamik yoldaki iplikçik sayısından fazla olur. Böylece periferik sensoryel liflerin spinotalamik nöronlarda bir konverjansa uğradığı ifade edilir. Bu olay refere ağrının oluşunu izah eder. Somatik ve vizeral afferentler ayni spinotalamik nöronda toplanır. Somatik ağrının vizeral olana nisbetle çok daha sıklıkla olması sonucu beyin kendisine ulaşan uyarının bir iç organdan geldiğine hükmeder. Bunun yanısıra bir vizerden gelen ağrı uyarısı da beyin tarafından sanki somatik bir ağrı imiş gibi idrak ve projekte edilir.

Fasilitasyon tesiri : Vizerlerden kalkan ağrılı duyumlar, spinotalamik nöronların uyarı eşiğini düşürürler. Böylece hasta bölgenin komşuluğundanki iç organlardan kalkan ve normalde eşik değerin altında olan uyarılar spinotalamik nöronları uyarırlar ve refere ağrıları meydana getirirler. Bu olay daha önce «fringe effect» saçılma hadisesi olarak tanımlanmıştı.

Merkezi inhibisyon : Ağrının bastırılması olarak tarif edilir. Harpte yaralanan asker yaralandığı anda ağrı duymaz. Vücudun yaralanmış bir bölgesi, dokunulur veya sarsılırsa ağrı azalır. Telkinle ağrı duyumu hafifler veya ortadan kalkar. Akapunktür binlerce senedir ağrıyı azaltıcı bir teknik olarak kullanılmakta devam etmektedir. Bütün bu olaylar ağrının nakledilmesinin veya idrakinin bastırılabileceğini veya değiştirilebileceğini gösterir.

Splanknik sinirlerin uyarılması ile merkez sinir sisteminde uyandırılmış olan potansiyeller ayni zamanda somatik afferentlarin de uyarılması halinde sönerler. Ayni şekilde sekonder bir hiperaljezik bölge sürekli olarak uyarılırsa duyulan ağrının giderek azaldığı görülür. Bu inhibisyonun ağrılı impulsların spinotalamik sisteme ilk girdiği yer olan substansiya jelatinoza'da başladığı sanılmaktadır.

Arka kordonlardaki kolateral iplikçikler substansiya jelatinoza içine girerler ve arka köklerdeki ağrı liflerini inhibe ederler. Bu olayın presinaptik bir inhibisyon olduğu ifade edilir.

Beyinde, omurilikte ve mide barsak kanalında morfine hassas reseptörler vardır. Bu sebeple morfin ağrıyı azaltır ve öfori yapar. Ayni şekilde organizmada üretilen peptidlerin de bu reseptörlere bağlandığı bilinmektedir. Bu peptidlerin içinde en önemlisi «endorphine»dir. Ayrıca «enkephalin» adı verilen peptidlerin de ağrı kesici tesirleri vardır. Akapunktür sırasında bu tür peptidlerin salgılandığı ve bu sebeple ağrı duyumunun azaldığı sanılmaktadır. Beyinden gelen ve substansiya jelatinoza'ya ulaşan tenbihlerle ağrının bastırıldığı söylenmektedir. Bu tenbihlerin iradeli ve bilinçli olması muhtemel olup oto telkinle ağrının azalmasını izah eder niteliktedir. Dişi ağrıyanlara yüksek sesle konuşmak ağrıyı azaltır. Yakı koymak ağrıyı azaltır, iç organlardaki bir ağrı derinin uyarılması ile rahatlar. Bu ve buna benzer dış tesirlerle ağrının azaltılması mekanizmasına karşıt uyaranlar, «Counterirritants» adı verilir.

Kaşınma : Kaşınmanın C liflerinin tekrarlayıcı ve düşük frekanslı uyarılması olduğu düşünülmektedir. Cildin üzerinde bir şeyin çok hafif bir teması veya gezdirilmesi kaşıntıya sebep olur. Deri üzerinde tıpkı ağrılı noktaların olduğu gibi kaşıntı noktalarının da tesbiti yapılabilir. Kaşıntı duyumu ağrı duyumunda olduğu gibi miyelinsiz sinirlerin çıplak uçları ile alınır. Bu sinirler de spinotalamik demet içinde merkez sinir sistemine ulaşırlar. Kaşınma duyumu ile beraber çoğunlukla bir yanma ve gıcıklanma duyumu da beraber alınır. Ancak kaşıntı duyumunun rahatsız edici bir his uyandırmasına rağmen gıcıklanma duyumunun hoş ve zevk verici tarafı olması dikkati çekicidir. Bazı kimselerde kaşıntı ile beraber gıcıklanma duyumunun beraber algılanması kişide stereotipik vasıfta kaşınma hareketini meydana getirir.

Kaşınma cildin sürekli uyarılması sonucu ortaya çıkabildiği gibi kimyasal maddelerle de meydana gelebilir. Düşük dozlarda Histamin'in böyle bir tesiri olduğu bilinmektedir. Ayni şekilde Kinin de şiddetli kaşıntı yapar. Safra boyalarının cild altında birikmesi de şiddetli kaşıntıya sebep olur. Alkoliklerde, esrar, eroin kullananlarda da kaşıntı sık rastlanan bir belirtidir. Bazı nöroleptik ve antidepresif ilâçların da kullanılmaları sırasında kaşıntı ortaya çıkabilir.

DİĞER SENSORYEL DUYUMLAR

Sentetik duyumlar : Cildimiz ağrı, dokunma, sıcak - soğuk ve kaşınma duyumundan başka vibrasyon hissi, iki nokta ayırımı ve stereognosis olarak tanımlanan bazı duyumlara da hassastır.

Vibrasyon hissi : Cilde, titreşen bir diyapazon değdirildiği zaman bu titreşim algılanır. Alet kemiklerin üzerine konursa titreşimler daha net duyulur. Titreşim hissinin basınç reseptörleri ile algılandığı ve ritmik olarak meydana getirilen basıncın bir titreşim şeklinde duyulduğu bilinir. Basınç hissini taşıyan afferent lifler arka kordonda bulunurlar. Diyabet, pernisiyöz anemi, vitamin yetersizlikleri hallerinde vibrasyon hissi azalır veya kaybolur. Vibrasyon hissi nörotiklerde ve histeride sık rastlanan bir semptomdur. Bu hastalar çoğunlukla her taraflarının titrediğinden şikâyet ederler. Ancak bu titreme daha çok bir iç titremesi şeklinde tarif edilir. Bu hastaların diyapazonla yapılan vibrasyon muayenelerinde vibrasyon hissinde bir azalma görülmez.

İki nokta ayırımı : Deride birbirinden ayrı iki noktanın ayrı ayrı duyulabildiği en yakın uzaklık «2-point threshold» ayırım eşiği olarak tanımlanır. Vücudun çeşitli yerlerinde bu mesafe farklı olup parmak ucunda 3 mm. ve sırtta 65 mm. olarak ölçülmüştür. Histerik ve nörotik hastalarda buna benzer bir duyum tarif edilir ve hastalar bütün vücudlarında batma ve çok sayıda iğnelenmelerden şikâyet ederler.

Stereognosis : Objelerin gözün yardımı olmaksızın elle kontrol ve muayene edilmek suretiyle tanınmasıdır. Temas ve tazyik hissinin beraber olduğu bir idraktir. Korteksin bozulmasının erken bir işareti olarak görülür. Paryetal ve post sentral girusların lezyonlarında ortaya çıkan bir bozukluktur.

AĞRININ PSIKOPATOLOJISI

Tarif ve tanımı : Bu duyumun ne tarif ve ne de tanımlanması bu güne kadar gerektiği gibi yapılamamıştır. Ağrının sadece fizyolojik bir duyum olduğu veya bir emosyonel kalite olduğu kolaylıkla ifade

edilemez. Ağrı kelimesi hemen herkes için yeterli bir anlatım gücüne sahip olmasına rağmen bu duyumu birkaç kelime içinde tanımlamak kabil değildir. Bu konu ile ilgilenmiş olan **Lewin, Livingston, Kolb, Bishop, Lhermitte,** gibi araştırıcılar ağrının tarif edilemiyeceği kanaatinde birleşmişlerdir.

Tarifindeki zorluk ağrının daha açık ve geniş bir şekilde tanımlanmasına yol açmıştır. **Oxford English Dictionary** ağrının tanımlanmasında aşağıdaki özellikleri tesbit etmiştir.

1 — İşlenmiş bir suç veya kabahatten dolayı uğranılan kayıp veya duyulan üzüntü,

2 — Şuur düzeyinde idrak edilen bir duyum. Hazzın tersi, bedenin yaralanması sonucu alınan bir duyum. Zihnî bir azap hali.

3 — Rahatsız edici ve huzursuzluk verici bir acı duyulması. Doğum sırasında ananın duyduğu sancı.

4 — Zihnî üzüntü, zihnî bir elem hali, keder, azap ve benzeri duyumların bütünü.

Yukarıda sözü edilen bütün kategoriler aslında yazılandan daha fazla bir anlatım gücünü taşırlar. Ağrı sözcüğü birçok lisanda birbirine yakın bir fonetikle söylenir. İngilizcede «pain», Latincede «poena», Yunancada «poine» Fransızcada «peine» kelimelerinin benzerliği dikkati çekicidir. Bütün bu kelimeler bir duyumu ifade ettikleri gibi «punishment» cezalandırılma anlamını da taşırlar. **Hart,** 1947 bu ceza kavramı üzerinde durmuştur. Gerek İngilizcede ve gerek Fransızcada bu kelimelerin «ağrı» anlamı ikinci derecededir. Asıl anlatmak istediği şey cezalandırma tehdidini getirmesidir. **Keele** 1962 ağrı kavramının cezalandırılma kavramının bir somatizasyonu olduğunu ifade eder. **Szasz** ağrı kelimesinin operatif bir kavramı olması gerektiği ve bir doku hasarı sonucu husule gelmiş bir nahoş ve tasvip edilmiyen durum olarak algılandığını bildirmiştir.

Szasz'ın bu tarifi ağrının biolojik açıdan izah edilmesini mümkün kılmasına rağmen «phantom pain» fantom ağrısı ve «organic sentral pain» organik zihni ağrıyı izah edemez. Emosyonel faktörlerle sıkı sıkıya ilgili olan bu son iki ağrı tipine «psychogenic paln» ruhî ağrı adı verilir.

Psikolojik ağrıdan kasıt periferik bir uyaran olmaksızın ağrı duyulmasıdır. Bu ağrı şeklinde herhangi bir doku zedelenmesi veya hasarı yoktur ve sebep doğrudan doğruya emosyonel yapıdaki bir huzursuzluktur. Organik ağrıda ise ya periferik sinir uçlarının iritasyonu ve sinirlerin uyarılması veya merkez sinir sistemindeki bir hastalık bahis konusudur.

Psikolojik ağrı «mental pain» zihni ağrı ile karıştırılmamalıdır. Zihnî ağrıda keder ve elem ön plânda olup bedenî bir huzursuzluk yoktur. Gerek organik ve gerek psikolojik ağrıda kişi kendi bedenindeki bir hastalık veya sıkıntıdan dolayı ağrı duyar, zihnî ağrıda ise sebep kişinin dışında olabilir ve bir başkasının üzüntüsü de buna sebep olabilir.

Ağrı bazen değişik bir vasıfta da duyulabilir ve bir ağrı olarak fark edilmiyebilir. Kaşıntı, sancı, başta hissedilen bir basınç hissi bu neviden duyumlardır. Buna benzer bir şekilde bulantı bir vizeral ağrı sonucu ortaya çıkmasına rağmen ağrıdan farklı bir duyumdur. **Melzack** ve **Scott,** 1957, dar bir alana sıkıştırılmış hayvanlarda bir süre sonra ağrıya karşı bir lakaydi ve tahammül artması müşahede ettiklerini bildirmişlerdir. Bu araştırıcılar ağrının kendisinden çok ağrı uyandıran şartın kişiyi rahatsız ettiğini ifade etmişlerdir. Nitekim sevdiğimiz bir insanın kazaen bize zarar vermesi bizde fazla bir ağrı ve huzursuzluk uyandırmadığı halde bu zararın sevilmiyen bir kimseden gelmesi canımızı olduğundan fazla acıtır.

Hare, 1964, bu durumu ağrıya eşlik eden bir başka duyumun varlığı ile izah etmiş ve 1 — İlgi çekmiyen ağrılı durumlar, 2 — İstenmiyen ağrılı durumlar şeklinde ayırmıştır. Sokakta her gün döğüşüp arkadaşlarından dayak yiyen çocuk bunların acısını unutur, fakat babasından yediği bir tek tokadın acısını senelerce unutmaz, **Ziyalar.**

Ağrı patolojisi : Cobb ve **Bonner** 1955, **Rothenburg** 1959, a göre bir kimse ağrıdan şikâyet ediyorsa ve bu ağrıyı izah edecek fizyolojik bir sebep ortada mevcut olmasa bile bir ağrının mevcudiyeti öncelikle kabul edilmelidir demektedirler. Gerçekte kişinin bu ağrısı çok düşük seviyede bir ağrı olabilir ve nörotik yapısı dolayısı ile büyütülmüş bulunabilir. **Harrowes** psikiyatrik olarak tanımlanmış baş ağrılarının çoğunluğunda hastanın tarif edemediği diğer

nahoş duyumların sebep olduğunu bildirmiştir. **Butler** ve **Thomas** psişik baş ağrıları gerçek baş ağrıları değildir der, bu ağrıların dikkatin başa çekildiği, başta bir ur olduğu ve deli olma korkusunun bir değişik idraki olduğunu ileri sürerler.

Hoefer, Mackeith ve **O'Neill** çocuklarda görülen abdominal ağrıların epilepsiye bağlı olduğunu göstermişler ve aralıklarla seyreden ağrılarda bu teşhisin doğruluğunun artacağını bildirmişlerdir.

O'Neill kadınlarda pelvis civarındaki ağrıların emosyonel tabiatlı olduğunu tesbit etmiştir. **Benson,** 1959, kronik pelvis ağrısı çeken kadınların büyük çoğunluğunda psikiyatrik bir bozukluk olduğunu göstermiştir.

Blanton ve **Kirk** apandisit bölgesindeki ağrılar üzerinde durmuş ve bu hastaların üçte birinde gerçek bir patolojinin olmadığını bildirmişlerdir.

Adale gerginliği : Romatizma ve fibrozitin çok belirgin bir özelliğidir. Buna rağmen bu teşhisle tedavi edilmekte olan hastaların çoğunluğunda **Ellman** adlı araştırıcı, gerçek sebebin psikiyatrik bir hastalık olduğunu bulmuştur.

Ziskin ve **Moulton** ağızda ve dilde yanma ve ağrı hissinden şikâyet eden hastaların hemen tamamında emosyonel bozukluğun sebep olduğunu ortaya koymuştur.

Baş ağrılarının büyük çoğunluğunun kardiyak şikâyetlerden, prekordial ağrıdan, solunum yollarındaki hastalıklardan, adale ve mafsal hastalıklarından, mide ve üriner sistem bozukluklarından gelen «refleks» ve «referred» ağrılar olduğu görülmektedir.

Freud'un ağrı anlayışı : Müşahede ettiği iki vak'a **Freud**'u ağrı ve emosyonlar arasındaki yakın ilgiyi araştırmıya sevketmiştir. Bunlardan birincisi kardeşinin ankiloze olan kolunun açılması sırasında çıkan çatırdıyı duyunca hastanın duyduğu şiddetli sancının **Freud**'u şaşırtması, diğeri de kız kardeşinin kocasına âşık olan ve bu sevgisini dile getiremiyen bir genç kızın dudak ve ağız çevresinde hissettiği şiddetli ağrının gerçek psikolojik sebebinin öğrenilmesi olmuştu.

Freud'a göre ağrı aşağıdaki özellikleri gösteren bir fenomen idi:

1 — Ağrı basit bir konversiyon semptomudur,

2 — Nahoş duyumlar ve affekt, bedeni bir ağrı şeklinde değiştirilmiştir,

3 — Ağrının yeri ve şiddeti, organın zedelenmesinden çok geçmişteki sıkıntı verici olaylarla ilgilidir,

4 — Ağrının her zaman bir sembolik anlamı ve ifadesi vardır,

5 — Ağrı çoğunlukla soya çekici bir vasıftadır, bütün fertleri ağrıdan şikâyet eden aileler vardır,

6 — Her ağrının temelinde organik bir sebep vardır, bu bir lezyon olabildiği gibi, bir adale gerginliği de olabilir.

7 — Konfli, suçluluk hissi ve kişinin kendine küskün oluşu ağrı husule getirici vasıfta değildir.

Freud'un ortaya koymuş olduğu bu şartlardan 5 ve 6 numaralısı dışında ilk dördü bu gün için de geçerliliğini korumaktadır. 7 numaralısı da yakın çalışmalarla doğrulanmış durumdadır. **Freud** başlangıçta ağrıyı bir «ayrılığa karşı geliştirilmiş reaksiyon» olarak tarif etmiş ve sıkıntıdan ayırmıştır. İkincisinin bir obje kaybı tehdidi sonunda meydana geldiğini ileri sürmüştür. Araştırıcı hiç bir ağrı kaynağı olmaksızın da ağrı husule gelebileceğini göstermiş ve fizik ağrıda ağrının duyulduğu yerde bir «narcissistic cathexis» oluştuğunu ve bunun psikolojik bir diversiyona - saptırılmaya uğratıldığını mental ağrıda ise «obje - cathexis»inden bahsedilmesi gerektiğini bildirmiştir.

Freud daha sonra bedeni ağrının lokal bir çözülme olduğunu ve bunun sebebinin uyarının şiddetinden ego direncinin kırılması olduğu şeklinde izah etmiştir.

Freud'dan günümüze kadar olan psikodinamik görüşler: Reik 1941 yılında karılarının doğumu sırasında doğum sancılarına benzer sancılar çeken kocalardan bahsetti. Daha sonra birçok araştırıcı erkeklerde görülen ve sempatik sinirlerin uyarılmasına bağlı olarak ortaya çıkan histerik ağrılardan söz ettiler.

Çok sayıda araştırıcı suçluluk hisleri, kendine karşı duyulan küskünlük, saldırganlık, düşmanlık fikirlerinin bir ağrı duyumu şeklinde sembolize edildiğini ileri sürdüler.

Schilder daha önce haz almakta kullanılmış olan organlarda özellikle seksüel organlar - daha sonra kolaylıkla bir ağrı duyumu meydana geldiğine dikkati çekti. Ayni araştırıcı homoseksüel fantezileri olan kişilerde de lokal ağrı duyumlarının oluştuğunu ve bu tip ağrıların defansif tabiatta olduğunu, kişinin kendisini bu tür patolojik fantezilerinden dolayı cezalandırmak istediğini bildirmiştir.

Pek çok empotanslı hastada cinsel birleşim ve ereksiyon sırasında ortaya çıkan ve genital bölge ve organları tutan şiddetli ağrılar bizim de dikkatimizi çekmiş ve bu durumun bir seksualiteden kaçma ve sado-masohistik eğilimi yansıttığı kanaati uyanmıştır. **Ziyalar.**

Schilder birçok hastasında ağrılı stimulusa karşı uygun bir kaçınma cevabının alınmadığını ve bu kimselerin ağrıya karşı lakayd kaldıklarına dikkati çekmiş ve olayı uyarı ile beden imajı arasındaki ilişkinin kurulamaması şeklinde izah etmiştir. **Schilde**r ağrı duyumunun idrakinde bir «communicative value» özellikten bahsetmiş ve yaşanmış olan tecrübelerin, çocukluk hatıralarının, münakaşacı ve öfkeli baba tiplerinin ağrının algılanmasında önemli rolü olduğunu ifade etmiştir.

Kolb fantom ağrılarında kişinin beden imaj bütünlüğünü sürdürmek için şiddetle ısrar ettiğini, **Szasz** ise ağrının kaybedilmiş olan beden parçasına karşı oluşturulmuş bir inkâr içinde olduğunu ifade ederler.

Wittkower göğüs ağrılarında agresyon ve düşmanlık fikirlerinin temel etyolojik faktörü oluşturduğunu ileri sürer. **Weis** romatizmal ağrılarda «küskünlüğün» önemine işaret eder. **Eisenbud,** agresyon, düşmanlık fikirleri ve baş ağrıları arasında yakın bir ilgi bulunduğuna inanır.

Marcussen ve **Wolf** migrenli hastalarda öfkelendirme yoluyla nöbetleri başlatmıya muvaffak oldular. Bunun yanısıra **Szasz** ve **Engel** hostilite teorisinden vazgeçtiler ve **Szasz** tekrar id-ego-süperego ve dış gerçek dörtlüsü ile olayı izah etmiye çalıştı. Egonun bedeni bir obje gibi gördüğünü, bu objenin zarar görmesi ve kaybı

tehdidinin bir dış objenin kaybına karşı duyulan bir sıkıntı gibi idrak edildiğini ileri sürdü.

Ağrının kişinin iç dünyasını yansıtmak ve ifade etmek için ortaya konulmuş bir sembolizasyon olduğu ifade edilmektedir. Bu sembolizasyon için üç kademe bildirilmiştir. Bunlar:

1 — Birinci kademede hasta sadece fizik şikâyetlerini konuşuur ve bu devrede fizik şikâyetlerden ruhî şikâyetlere bir geçişe hazırlanır.

2 — Sembolizasyonun ikinci devresinde şikâyetler çoğunlukla belirgin bir ağrı etrafında toplanır. Bu safha ayni zamanda hastanın çevreden yardım istediğinin bir işaretidir.

3 — Üçüncü safhada hastanın istediği yardım anlaşılmaz ve gerçekleşmezse hastada ağrının ısrar ettiği ve «rejection» istediği şeye karşı bir red etme ve karşı çıkıcılığın belirdiği görülür. Tekrarlanan ağrı şikâyetleri agresyonun gelişmekte olduğuna ve suçluluk fikirlerinin başladığına işaret eder.

Engel, mazohistik bir etyolojinin fasial ağrılı hastalarda ön planda görüldüğünü bildirmiş ve «self-punitive» kendini cezalandırma davranışının bu kimselerde belirgin olduğunu savunmuştur.

Nihayet 1962 yılında toplanmış olan «Ad Hoc» adlı komite konuya bir açıklık getirmek maksadı ile yaptığı toplantısında, baş ağrılarının fizyolojik ve psikolojik sebeplerden oluştuğuna ve 15 ayrı türünün olduğuna karar verdi.

Bu sınıflamanın beş önemli sebebi aşağıda gösterilmiştir;

1 — Migren vasfında vaskuler tabiatlı baş ağrıları,

2 — Adale kasılmalarına bağlı ağrılar.

3 — Her iki tipin beraber olduğu şekil,

4 — Vazomotor bozukluğun sebeb olduğu huzursuzluklar,

5 — Hezeyan vasfında olanlar ve konversiyon veya hipokondriak vasıflı olanlar.

Bu ayırımda emosyonal faktörlerin beş grupta da önemli ol-

duğu belirtilmesine rağmen baş ağrılarının periferik sebeblerden meydana gelmediğinin üzerinde durulması dikkati çekicidir.

Sebebi tesbit edilememiş fasial agrıların «atypical facial pain» psikolojik bir hastalığa bağlanması uygun görülmektedir.

Psikiyatrik hastalıklarda ağrının duyulması: Psikiyatri ile ilgilenmiş olan araştırıcıların bu konuya fazla bir önem vermedikleri görülmüştür. **Mayer-Gross, Arieti, Bleuler** ve **Ey** ağrının konversiyon histerisinde sık sık görülen bir semptom olduğunu bildirmişler ve gezici vasıfta olduğunu, vücudun herhangi bir yerinde görülebileceğini ifade etmişlerdir.

Henderson ağrıyı bir sado-masohistik gösteri olarak tanımlamıştır. **Jaspers** şiddetli ağrıların bile bazen psikojenik vasıflı olabileceğini şöylemekle yetinmiştir. **Schneider** nahoş bedeni duyumların endogen depresyonda göründüğüne dikkati çekmiş ve bunların reaktif depresyonda raslanmadığına işaret etmiştir. **Kraepelin** heyecan durumlarında ağrı eşiğinin yükseldiğini tesbit etmiştir. **Curran** baş ağrılarının basit bir psikiyatrik semptom olduğu kanaatini savunmuş ve bunun kişinin kendisini kaybetmek veya korumak için bir işaret olduğunu iddia etmiştir. **Ziskin** ve **Moultan** kadınlarda görülen ağız ve dildeki ağrı ve yanmaların emosyonel çatışmalar, seksuel uyum bozuklukları ve kanser korkusundan kaynaklandığını ve histerik kişilik yapısında görüldüğünü tesbit etmiştir. **Michaux** ağrının kişinin gerçek şikâyetlerini tarif eden bir özelliği olduğuna işaret etmiş ve aşağıdaki ayırımı teklif etmiştir.

1 — Hezeyanlı ağrı: Burada muhakeme kusuru ve hezeyan vasfında bir ağrı beraberlikle bulunur ve hasta ağrısına sıkı sıkıya yapışmıştır. Ondan kurtulmak istemez ve hastanın fantezileri hep bir ağrı hikâyesi etrafında döner.

2 — Halusinasyonlu ağrı: Hasta kendisine elektrikle eza edildiğini, çeşitli cihazlarla canının yakıldığını, vücuduna birtakım cisimler batırılarak kendisine ağrı verildiğini ifade eder.

3 — Sezgisel «intuitive» ağrı. Hasta kendisine bir takım kötülüklerin ve cezaların uygulanacağına inanır, adeta olacakları sezer ve geleceğin azabını önceden ağrı şeklinde hisseder.

4 — Nörotik ağrı. Histeriklerde görülen bir ağrı şeklidir.

Fantom ağrıları: Hastaların büyük bir çoğunluğu kaza veya ameliyat sonucu kaybetmiş oldukları ekstremitelerini veya organlarını sanki gene mevcut imiş gibi hissetmekte devam ederler. Bunun sebebi bu eksilen organın merkez sinir sistemindeki reprezentasyonunun devam etmesidir, **Kolb, Gillis, Simmel.** Bunun sebebi: 1 — Body-image'nin bütünlüğünün sürdürülme isteği, 2 — Kesik organdan gelen hafif ağrı ve sızlamalar, 3 — Hastayı bazen önemli ölçüde rahatsız eden ağrılı duyumlardır.

Bu durumda duyulan ağrı sebebinin birincisi «causalgia» tipinde ve ikincisi de «central» merkezi tabiatta olduğu söylenir. Her iki şeklinde de sebebin periferik lezyon ve merkezî lezyon olduğu **Deny-Brown** tarafından ifade edilmiştir.

Fantom ağrılarının merkezi türden ağrılar olduğu, hastada mevcud diğer rahatsızlıkların da bu ağrıyı arttırıcı bir tesir gösterdiği, hastanın beden imajının bozulmuş olmasının önemli etken bulunduğu kabul edilmiş ve hastanın dikkati başka konulara çekildiğinde ağrının hafiflediği ve ortadan kalktığı görülmüştür. **Pilowsky** ve **Kaufman. Gillis,** fantom ağrısının emotif yapıda, çevre ve sosyal uyumu bozulmuş kimselerde daha sık görüldüğünü bildirmiş E.C.T. tedavisinden faydalandıklarını tesbit etmiştir.

Mazohizm: Bu bölümde mazohizm konusu sadece ağrı ile olan ilişkisi bakımından incelenecektir. Bir davranış bozukluğu olarak mazohizm **Freud, Deutsch** ve **Reik** tarafından etraflıca araştırılmıştır.

Masochism, adını ondokuzuncu yüzyılda yaşamış bir Avusturyalı yazardan almıştır, **Leopoid von Sacher - Masoch.** Mazohizm konusu ile **Krafft - Ebing** yakından ilgilenmiş ve **Ellis** adlı araştırıcı da konuya açıklık getiren çalışmalar yapmıştır. Daha sonra **Ford** ve **Beach** adlı çalışmacılar mazohizmin hayvanlarda da görüldüğünü bildirir gözlemler yayınlamışlardır.

Gerek insan toplumunda ve gerek hayvanlarda mücadele, boğuşma ve cinsel yaklaşım arasında yakın bir bağlantının bulundu-

ğu, ancak bu davranışın gerçek bir agresyon olarak kabul edilmemesi gerektiği ve bütün hayvan türlerinde görülmesinin şart olmadığı bilinmelidir.

Gerek insanda ve gerek hayvanda cinsel birleşim sırasında duyulan ağrının kortekse ulaşmadığı ve bir inhibisyona uğratıldığı görüşü hâkimdir. Bu görüş cinsel birleşim sırasında yapılan travmaların nasıl olup da ağrı yerine haz verdiğini izah edebilir. Cinsel birleşime eşlik eden ağrılı uyaranların bir kısım süjelerde çok şiddetli haz ve orgazm durumlarına sebep olduğu bilinmekte ise de bir kısmında mazohistik davranışın seksuel hazla doğrudan ilgili olmadığı tesbit edilmiştir.

Hayvanların bir kısmında erkeğin dişisi üzerinde onu sindirmek ve ikna etmek için sadistik bir davranışta bulunması bir gereklilik gösterir. Kedilerde ve beygirlerde bu husus çok belirgindir, bu hayvanlar canları yanmadıkça erkeklerine teslim olmak istemezler. Bu tür bir mazohizme birinci tipten mazohizm adı verilir. İnsanda travmanın gerek cinsel uyarının başlatılmasında ve gerek orğazma ulaşmada sıklıkla görülen önemli bir faktör olduğu ifade edilir. Hem karada hem de suda yaşıyan «mink» adlı hayvanda erkek dişisini sevişmeden önce şiddetle hırpalar, bu hırpalama sırasında dişide ovulasyon husule gelir, akabinde koit yapılır. Bu misalde olduğu gibi cinsel uyanmanın bir travma ile başlatılması haline ikinci tipten mazohizm adı verilir.

Her iki tipten mazohizmin de biolojik tabiatlı olduğu söylenir. **Freud** çocuklara uygulanan ağrı ve azap verici cezalandırma ve el şakalarının «libidinal sympathetic arousal» uyandırdığını tesbit etmiş ve buna «Erotogenic masochism» adını vermiştir.

Reik erkeğin cinsel uyarılmasında kendisine eziyet edilmesine ihtiyaç duyması halinde üçüncü tip mazohizmin varlığından bahsetmiştir. Ayni görüşü ifade etmiş olan **Freud** «feminine» mazohizm adı verilen bu şekilde erkeğin kendisini «feminine - passive» bir karakterde tasavvur ettiğini ileri sürmektedir.

Mazohizm, kişinin ilkel tahripkârlık duygularının ve içgüdülerinin kendisine çevrilmesi olarak tanımlanabilir. Bu görüşe göre hemen bütün iradeli eziyet ve zarar verici durumlar mazohistik bir

gösteri olarak alınabilir. Bu davranışlar seksuel kaynaklı olmaktan çok kişinin kendisini cezalandırmak için uyguladığı şuuraltı motiflerdir.

Kışın ortasında denize girenler, hergün soğuk su ile banyo yapanlar, dinî günlerin dışında oruç tutanlar, kendilerine bir doktorun tavsiyesi olmaksızın belirli yiyecekleri yasaklıyanlar, eziyet derecesinde sportif faaliyetlerde bulunanlar bu guruptandır. Ancak bunların arasından çok şiddetli ve ürkütücü metodlarla intihara teşebbüs edenleri, vücudlarının çeşitli organlarını kesenleri, gereksiz yere kendilerini ameliyat ettirenleri ayırmak ve bunların mazohizmle bir ilgisinin olmadığını bilmek gereklidir, **Menninger, Greenacre.**

Reik kendilerine sebebsiz yere mesele çıkaranlar, daima bir belâdan eksik olmıyanlar, çok basit konularda bile kendilerine bir üzüntü ve sıkıntı yaratanların da bir çeşit mazohist olduğunu ve bu gibilere «social» mazohist denilmesini teklif etmiştir.

Plato ağrının haz duyumu ile beraber bulunmasında bir engel olmadığını ve ayni olayda bile beraberce bulunabileceğini bildirmiş, **Aquinas** ise bu görüşü doğrulamış ve ağrı ve haz duyumlarının birbirine ters görünümüne rağmen değişik bakış açılarından ele alındığında ayni anda var olabileceklerini ifade etmiştir. Tedavisi mümkün olmıyan ve şiddetli ağrılar çeken bir kanserli hastanın ölümünün çevresindekileri üzmesi yanında çektiği azaptan kurtulmasının sevindirmesi gibi.

Ağrı teorileri: Ağrı duyumu hakkında yazdıklarımız ve ağrı teorilerinden anladıklarımız, aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

1 — Ağrı kişide geliştirilmiş düşmanlık fikirleri ve duyguları sonucu husule gelir ve bu düşmanlık duygularının bastırılmasından kaynaklanır, veya bu düşmanlık fikirlerinden dolayı duyulan suçluluk hissinin bir ağrı duyumu şeklinde ortaya konuşudur. **Eisenbud, Weiss.**

2 — Ağrı belirli kişilik yapılarında ortaya çıkan bir duyumdur. Bu kişilik yapıları «pain-prone» ağrıya yatkın olarak tanımlanır. Kişide emosyonel izlenimlerin bir anlatış şeklidir, **Engel.**

3— Ağrı beden bütünlüğüne yönelik tehditler sonucu ortaya çıkan bir fenomendir. Kişinin bedeni egosunun bir vazgeçilmez komponenti olarak kabul edilir ve egonun duyduğu azap, bedene yansıtılır. Bu sebeble de ağrı «psychogenic» ruhî tabiatlı karakterini kazanır. **Szasz.**

Bu teorilerin ağırlık merkezini ağrı ve ruhî stresler arasındaki ilişki teşkil etmesine rağmen bütünü ile ağrı mekanizmasını izah etmesi beklenemez. Özellikle bu teoriler ağrının lokalizasyonunu izah edemez. **Gittleson** kişinin egosunu kendi başı içinde lokalize etmesi sonucu birçok ağrılı duyumların başta duyulmasının tabiî olduğunu ileri sürer. Periferik beden zararlarından doğan ağrıların kişide bir yeis ve küskünlük duyumu uyandırdığı ve bu sebeble ağrının psikolojik komponentinin meydana geldiği ifade edilir.

Özellikle mahiyeti belirlenememiş kronik ağrılarda kişinin konuşma ihtiyacının «body language» beden lisanı ile gerçekleştirildiği düşünülür. Kişi bir ağrı şikâyeti ortaya koymakla kendisini çevresine daha kolay anlatmak ve ilgi çekmek imkânını bulur ve bu şekilde gerçekte açıklıyamadığı pek çok duyum ve istek açık ve basit bir anlatım yolu kazanmış olur. **Engel** nörotiklerde, bir kısım psikotiklerde ve pek çok normal kişide böyle bir ağrı yatkınlığının «pain-prone» bulunduğunu bildirmiştir.

PSİKOSOMATİK HASTALIKLAR

Beden ile ruhî fonksiyonlar arasındaki ilişkilerin varlığı çok eski zamanlardan beri dikkati çekmiştir. Eski Roma, Yunan ve İslâm kültüründe bu hususta çok geniş literatüre raslanmaktadır. Modern tıp açısından ise psikosomatik hastalıklar kavramı son elli yılın içine sığdırılabilir.

1952 yılında American Psychiatric Association Psikosomatik deyiminin meseleyi tam yansıtmadığı gerekçesi ile «Psychophysiologic autonomic and viseral disorders» adının kabul edilmesini teklif etti. Bu isimden, ruhî sebeplerle ortaya çıkan, tek bir organı tutan ve otonom sistemden sinirlerini alan dokuların hastalığının anlaşıldığını belirledi.

A.P.A. olarak bilinen «American Psychiatric Association» daha sonra yeni bir tarif ve sınıflama getirdi ve fizik değişmelerde psikolojik faktörlerin etkisinden bahsetti. Bu ayırımda:

1 — Daha önceki sınıflamalarda yer alan psikosomatik hastalıklar,

2 — DSM II' nin koyduğu kriterler ışığında psikofizyolojik olarak değerlendirilmiş hastalıklar,

3 — Hastalığın başlamasında ruhî belirtilerin ve sebeblerin önemli rol oynadığı fizik bozukluklar,

yer aldı. Bütün bu ayırım ve isim değiştirme gayretlerine rağmen psikosomatik deyimi günümüz literatüründe sıklıkla kullanılmıya devam etti.

Psikosomatik tıp sadece hastalıkların oluşunda ruhî sebebleri incelemekle kalmaz, ayni zamanda kişinin gösterdiği değişik belir-

tilerin psikososyal değişkenler karşısındaki tutumunu da inceler. Sosyal, psikolojik ve biolojik faktörler arasındaki ilişkiyi araştırır.

Kısa tarihçe: Psikosomatik hastalıkların tarihi üç bölümde incelenebilir, **Lipowski** 1977. Birinci bölüm 1920 senesinden önceki çalışmalardır ve daha çok «philosophy» bir tıp felsefesi niteliğinde dir. Bu devrede histerinin bedenî ve ruhî belirtilerinin incelenmesi ve daha çok telkin ve hipnozun üzerinde durulmuş olması göze çarpar.

1920, 1950 yılları arası psikofizyolojik ve psikodinamik araştırmaların ağırlık kazandığı bir dönemdir. Psikodinamik çalışmalar psikoanalitik teoriyi araştırma metodu olarak seçmişlerdir ve bu konuda **Franz Alexander** ve çalışma arkadaşları psikosomatik hekimliğe katkıda bulunmuşlardır. **Alexander**'in kurduğu metodun zayıf ve yetersiz oluşu **G.H. Wolff**'u psikofizyolojik çalışmaların yanısıra epidemiolojik metodların da denenmesine sevk etmiş ve daha verimli sonuçların alınmasını sağlamıştır, **Lipowski** 1977.

1955 yılından sonra çevre şartlarına karşı gösterilen psikofizyolojik değişikliklerin incelenmeye başlaması ile üçüncü devre başlar. «Holistic» ve «behavioral» görüşlerin eklenmesi ile psikosomatik hekimlik yeni boyutlar kazanır.

TEORİLER ve OKULLAR

— 1818 yılında **J.C.A. Heinroth** ilk defa «insomnia» uykusuzluğun «psikosomatic» bir hastalık olduğundan bahsetti.

— 1822 yılında **K.W.M. Jacobi,** somatopsychic hastalıktan söz etti.

— **F. Groos** bu görüşlerden etkilendi ve akıl hastalıklarında somatik ve psişik komponentlerin beraberce patolojiyi oluşturduğunu ileri sürdü.

— 1775 yılında **Franz Anton Mesmer** sözlü telkinlerin fizik değişiklikler meydana getirdiğine dikkati çekti ve «animal magnetism» adını verdiği metodu ile hastalarını tedaviye başladı.

— 1880 yılında **Jean Martin Charcot** tıbbî uygulamıya «hypnosis» tekniğini getirdi ve kabul edilebilir bir metod olduğunu gösterdi.

Özellikle histerik hastaların tedavisinde ve tanınmasında psikolojik faktörlerin fizik semptomların ortaya çıkışında ne derece önemli rolü olduğunu belirledi.

— **Charcot**'un çalışmalarından ve aldığı sonuçlardan son derece etkilenen **S. Freud,** 1905 yılında şuur altı ve şuurun topografisi kavramlarını getirmekle psikosomatik hekimliğe çok geniş boyutlar kazandırdı ve gerek zihnî ve gerek psikodinamik fenomenlerin açıklanması bu teori ile mümkün hale geldi.

Freud'un sıkıntı ve histeri üzerindeki çalışmaları pek çok kavramın değişmesine sebeb oldu. Böylece ilk defa bir konversion semptomu, bir emosyonel gelişim takılması ile açıklanmış oluyordu. Araştırıcı bu hastalığın oral, anal veya fallik safhalarda bir takılma olarak geliştiğine inanıyordu. **Freud,** bastırılmış impulsların karşılaştıkları bu defansı bir somatik görünüme girmekle aştıklarını ve bir anlatım imkânı kazandıklarını bildiriyordu. Araştırıcı bu izahını fizyolojideki «refleks kavsi»ne dayandırıyor ve «gerek iç ve gerek dış bir uyaranın potansiyel bir enerjisi olduğunu ve boşalma ihtiyacında bulunduğunu, bu boşalımın ya bir hareket «action» veya bir düşünce şeklinde olacağını» kabul ediyordu.

Hareket şeklinde bir boşalımın engellendiği durumda bunun bir düşünce şeklinde akması gerektiği, bunun da olamadığı şartlarda ise bu enerjinin tekrar şuur altına geri itildiği ve bu itilmenin kişide şiddetli bir sıkıntıya sebeb olduğu ifade ediliyordu. Sıkıntının başlaması ile bastırılmış muhteva ile bastırıcı güç, süperego, arasında bir çatışma başlıyor ve bastırılmış enerji değişik bir görünümde «bir konversiyon semptomu» şuura çıkma imkânı buluyordu.

— Daha sonra psikosomatik konusunun **Charles Scott Sherington, I. P. Pavlov, Walter B. Cannon** tarafından incelendiğini ve bu araştırıcılardan sonra **Hans Selye**'nin görüşlerini ve fikirlerini buluyoruz.

— **Cannon,** 1920 - 32 yılları arasında kimyasal maddelerin emosyonel ve nöral mekanizmaları etkilediğini, sistemik cevapların alındığını, sempatik sinirlerin uyarılması ile uzak adale gruplarında ve kalb adalesinde cevapların alındığını gösterdi. Sympathin adlı maddenin bir adrenerjik transmitter olarak tesir ettiğini tesbit

etti. Araştırıcı Adrenal medullasının bir erken uyarı sistemi gibi görev yaptığını ve salgıladığı hormon ile bireyde bir «flight» kaçış veya «fight» mucadele durumuna yol açtığını ileri sürdü. **Cannon** ayni zamanda emosyonların talamik kaynaklı olduğunu bildirdi. Bu duyumların organizma için bir itici güce sahip olduğunu ve korteksi korkuya ve kızgınlığa karşı bir cevap durumuna hazırladığını ifade etti. Araştırıcı canlı organizmanın bir dinamik denge «dynamic equilibrium» durumunu muhafaza etmek istediğini ve bu dengenin bir «homoeostasis» olarak kabul edilmesi gerektiğini ve dış şartlara karşı bir ayarlama olduğunu bildirdi.

— **Selye,** 1946-50: Canlı organizmanın stres karşısındaki durumuna açıklık getirdi. «General adaptation syndrome» adı ile bilinen teorisini açıkladı. Pituiter adrenokortikal sistem üzerine dikkati çekti ve stres karşısında bu sistemin salgıladığı, ACTH, adrenokortikotrop hormunun bir düzenleyici olarak rol oynadığını ortaya çıkardı.

— Psikoanalitik okul: Bu okulun düşünürleri temel kavramları **Freud**'un kurduğu teoriden aldılar ve onu çeşitli yönleri ile geliştirdiler. Bunlar sırasıyle:

1 — **Sandor Ferenczi,** 1926: Bedenî fonksiyonları kişinin iradesi dışında gelişen belirtiler olarak tanımladı ve bir «involuntary nervous system»den bahsetti.

2 — **Felix Deutsch,** 1939, **Paul Federn,** 1940, **Phyllis Greenacre,** 1952. Bedenî travmaların ve libidinal gelişim safhasındaki aksamaların ileride hangi organ veya sistemlerde hastalık yapacağını belirliyeceğini ileri sürdüler.

3 — **Flanders Dunbar** ve **Franz Alexander, Freud**'un psikosomatik belirtilerin ortaya çıkışında bastırılmış arzu ve dürtülerin rolü olduğu görüşünü kabul etmediler ve bu semptomların sembolik tabiatını benimsemediler. Sadece emosyonel boşalımın bir blokajından bahsettiler. Hormonların ve otonomik sinirlerin bu işten sorumlu olduğunu belirttiler.

4 — **Dunbar** «Emotions and Bodily Changes» adlı kitabında ilk defa «personality profiles» kişilik yapıları ile «specific organ diseases» belirli organ hastalıkları arasındaki ilişkiye dikkati çekti. Araştırıcıya göre psikosomatik hastalığın sebebi otomomik sistemin ile-

ri derecede bir yüklenmesi idi, buna endokrin sistemin aşırı çalışması da katılıyordu ve her iki sistemin amacı ferdi, şiddetli emosyonel gerginlikten kurtarmaktı.

5 — **Alexander**, 1939 ve **French** 1948, görüşlerini psikoanalitik teoriye dayandırdılar. Bu iki araştırıcı sinir sistemini hidrostatik bir sistem gibi düşündüler ve bastırılmış enerjinin sinir sisteminin değişik kanallarına aktarıldığını ve boşaldığını tasavvur ettiler. Spesifik streslerin spesifik nörotik konfliler meydana çıkardığını ileri sürdüler, «constellations». Nörotik konfliler sıkıntıyı ve «central arousal» merkezî uyanışı başlatıyor ve bu da daha geri plândaki bir psikoseksuel seviyede entegrasyona sebeb oluyordu. Bu gerileme seviyesi ise primer çatışma ve konflinin ilk başladığı seviye oluyordu «fixation». Bu olay ise bir kısmî ego regresyonu olarak tanımlanıyordu.

Alexander, ayni zamanda spesifik emosyonel reaksiyonların spesifik duyu yollarından boşaldığını iddia etmekteydi. Şiddetli keder sağlama yoluyle, emosyonel gerginliğin bastırılması ise kronik bir sinirlilikle çözüme ulaşıyordu. Psikosomatik semptomların şiddeti kişinin herediter özelliklerine ve affektinin fizyolojik değişiklikler karşısındaki dayanıklılığına bağlı olduğu kabul ediliyordu. **Alexander,** «motor» fonksiyon bozuklukları ile «vegetatif» bozuklukları birbirinden ayırmış ve histeride görülen motor kusurların sembolik bir anlatımı olduğunu ancak vejetatif değişikliklerde bu sembolik anlamın bulunmadığını ve bunun bir defans mekanizması eksikliği olduğunu, bildirmiştir.

6 — Rochester okulu: Bu okulun savunucuları arasında, **Erich Lindemann** 1944., **George Engel** 1955., **William Greene** 1954., **A. H. Schmale** 1966, gibi araştırıcıları görürüz. Bu görüşün savunucuları psikosomatik hastalığın oluşunda «object loss» obje kaybının önemi üzerinde durmuş ve dürtülerdeki «frustation» sürtüşmeye dikkati çekmişlerdir. Ümidsizlik, birbirine yardım edememek, hayallerin kırılması kişide bir kendini bırakma ve herşeyden vazgeçme hali yaratmakta ve aşırı bir keder ve yeis hali doğurmaktadır. Diğer olumsuz şartların da beraber olması halinde bu duyumlar psikosomatik bir hastalığa sebeb olmaktadır.

7— Cornell okulu: **H.G. Wolf,** 1950 yılında psikosomatik semp-

tomların adaptif uyum sağlayıcı ve nonspesifik tabiatına işaret etti. **Wolf** bir yaşam stresinin algılanmasında kültürün çok önemli olduğunu ve idrak edilen sembolik manânın kültüre göre değişebileceğini ve buna göre hedef organın seçileceğini iddia etti. Bir takım streslerin üniversal karakterde olduğunu ve kişiye has olmaktan çok toplumsal özellikler gösterdiğini bildirdi. Kızarma, terleme, hipersekresyon, hipermotilite gibi belirtilerin herkesde aynen görüldüğünü ve strese karşı verilmiş nonspesifik müşterek bir cevap olduğunu gösterdi. Araştırıcı emosyonel cevaplara karşı verilmiş fizyolojik değişkenleri sınıflamak ve ölçmek için çalışmalar yaptı. Bu araştırıcının görüşleri aşırı naturalistik olarak kabul edildi ve özellikle psikoanalitik teori taraftarlarınca fazlasıyle tenkid edildi.

8 — Sosyokültürel okul: **Margaret Mead** 1947., **J.L. Halliday** 1946., hastalıkları ferdî olmak yerine toplum hastalığı olarak incelemeye başladılar. Bu görüşe göre hastalıklı bir kişinin ortaya koyduğu bir semptom hasta bir toplumun ortaya koyduğu bir semptomun basit bir taklidinden ibaretti. Bu iki araştırıcı çeşitli toplumlarda ana-evlât ilişkileri üzerinde durdular ve bir taraftan ekonomik faktörlerin diğer taraftan da değişen değer ve kültür kavramlarının psikosomatik belirtilerin oluşundaki etkilerini incelediler.

Bu görüşlerin ışığında «socio-cultural» çalışmalar başlatıldı. **Richard Rahe** ve **Thomas Holmes** sosyokültürel görüşle naturalist görüşü birleştirdiler ve hastalığın oluşunda «life changes» karşılaşılan değişikliklerin önemine işaret ettiler. Bu araştırıcılar sadece otonom sistemden innerve edilen organlarda değil diğer organlarda da bu hayat streslerinin etkileri olduğundan söz ettiler. Araştırıcılar bu şekilde etkili olan 43 sebep tesbit ettiler ve bunları bir skala «Schedule of Recent Experiences», SRE, içinde topladılar.

Her türlü can ve mal kayıpları, değer ve itibar kaybı, organ kaybı, başarı kaybı ve doğum gibi önemli olayları hastalık husule getiren ana faktörler olarak tanımladılar.

9 — Organistik görüş okulu: 1927 yılında **I. P. Pavlov,** şartlı refleks teorisi olarak bilinen teorisini açıkladı. Çalışmalarını hayvan deneyleri ile destekledi. Psişik şartla somatik sonuç arasındaki ilişkiyi deneysel olarak kurmayı başardı.

1968 yılında **Leo DiCara** ve **Neal Miller** otonom sistemin belirli sınırlar içinde şartlandırılabileceğini gösterdiler. Sinir sisteminin bu parçasının şuuraltı bir işleyişe sahip olduğu otomatik ve irade dışı çalıştığı kabul edildi. Otonom sinir sisteminin «ANS» dışarıdan bir metodla uyarılabilmesi ve kısmen de kişinin kendi kontroluna alınabilmesi yeni araştırma ve tedavi imkânlarının doğmasına yol açtı.

Miller kurarize edilmiş sıçanlarda kalb ritmini, kan basıncını değiştirmeyi başardı. **J. Kamiya,** 1961, sujelerin elektroensefalografik aktivitelerini kendilerine verilen bilgilerle değiştirebildiklerini gösterdi «biofeedback». **D. Shapiro** öğrenme teorisine dayanarak sujelerine kalb ritmini nasıl değiştirebileceklerini öğretmeyi başardı 1970. Operant şartlandırma metodunu kullanarak **T. Weiss** ve **B. T. Engel** hastalarına «premature ventricular contractions»ları durdurmayı öğrettiler. Ayni şekilde taşikardiyi yavaşlatabildiler. Ayni araştırıcı büyük abdestlerini tutamıyan hastalarda «anal pressure» kullanmak ve «biofeedback» öğrenim metodu ile dışkı kaçırmanın önüne geçebildiğini gösterdi.

Sargent, E. E. Green ve **E. Walters,** 1970, migrenli hastalarda el ısılarını kontrol etmek «handwarming biofeedback» suretiyle nöbetleri durdurduklarını bildirdiler. Hastaların elektromiografik kontrolu öğrenmesiyle «EMG» bir çok pareziler, adale gerginlikleri ve spazmları, spastik tortikolis nöbetleri ve ses tonu bozuklukları tedavi edilebilir hale geldi.

Konu ile ilgili hipotezler: Araştırıcılar psikosomatik hastalığın oluşunda şu özelliklerin bulunup bulunmadığına önem vermektedirler:

1 — Fizik bir hastalığın oluşunda veya belirtinin ortaya çıkışında önceden bir stresin varlığı şart mıdır?

2 — Emosyonel değişiklikler ve stres bir hastalığın seyrini değiştirir mi?

3 — Spesifik stresler veya spesifik emosyonel durumlar spesifik hastalık tabloları meydana getirebilir mi?

4 — Bu şartlardan herhangi birinin veya hepsinin birden doğru olduğu kabul edilirse stresin idrak edilmesi ile dokuda meydana gelen hasar arasında nasıl bir ilişki kurulacaktır?

Psikogenez: Hemen bütün psikoanalitik teoriler, karakter eğilimlerinin, intrapsişik muhtevanın, konflilerin, defansif paternlerin, affektin ve hatıraların somatik hastalık meydana getirdiğine ve en azından fizyolojik fonksiyon bozukluğu yaptığında hemfikirdirler. **Galdston**'a göre ruhî yapı adetâ bir hastalık yapan unsur gibidir. «morbific agent». Zihnin buradaki rolünün hastalık meydana getirmek olmayıp organizmaya gelen uyarıya karşı bir cevap vermek ve bir tavır belirlemek olduğu ifade edilir.

Somatizasyon: İlk defa 1908 yılında **Stekel W.** Somatizasyonu organizmanın «deep seated neurotic cause» içten gelen nörotik sebeblerle oluşmuş bir bedeni hastalık olarak tarif etti. Diğer psikoanalitik teorisyenler somatizasyonu:

1 — Kişilik elemanlarının somatik semptomlar haline dönüşmesi,

2 — Libidinal veya agresif enerjiyi nötralize edemiyen egonun bir regresyona uğraması ve bunu bir organa deplase etmesi sonucu semptom ve «sign»lerin oluşması,

3 — Şuuraltı zihni olayların fizik bir boşalımı,

olarak tanımlamışlardır. Davranış dinamiğini inceleyenler için somatizasyon bütün fizyolojik bozukluklar için bir temel unsur olarak kabul edilmiştir. Örnek olarak bir depresyon olayında uykusuzluk, anoreksi, impotans ve letarji gibi belirtilerin hepsi vejetatif bir düzensizlik sonucu meydana gelir demektedirler.

Spesifite hipotezi: Draper, 1924-42, **Alvarez,** 1931, belirli emosyon tipleri ile belirli kişilik yapılarının ortaya çıkardığı belirli hastalık tiplerinden bahsetmişlerdir. **Alexander** ve **Dunbar** bu hipotezi doğrulamış ve spesifik psikopatolojilerin spesifik somatik hastalıkları meydana getirdiğini ifade etmişlerdir. Ancak diğer çalışmacılar bu kanaati paylaşmamış ve belirli hastalık tiplerini oluşturan spesifik psikopatolojik paternlerin henüz bilinmediğini ileri sürmüşlerdir. Son yılların çalışmaları aşağıdaki hususları ortaya çıkarmıştır:

1 — Psikolojik değişkenler ve konfliler henüz bir hastalığın oluş ve seyrini tayin ettirecek güçte bulunmamışlardır. Ancak **Friedman** ve **Rosenman** tarafından koroner kalb hastalığı için konulmuş olan kriterleri bu şartın dışında tutmak gerekir. Bu iki araştırıcı bu hastalık için belirli bir kişilik yapısının varlığını göstermeyi başarmışlardır, 1974.

2 — Ayni psikopatolojik değişkenler ve konfliler çok geniş bir hastalıklar dizisi için sorumlu tutulmaktadırlar,

3 — Hayvanlarda çok sayıda nonspesifik streslerle ayni hastalık tabloları husule getirilebilmiştir.

4 — Spesifite teorisi sadece etyolojisi bilinmeyen hastalıklar için uygulanabilir, bu hipotezin tedavi ile ilgili tavsiyeleri bulunmamaktadır.

5 — İstatistik çalışmalar, psikolojik stresler, karakter eğilimleri ile somatik hastalıklar arasında anlamlı bir korelasyonun bulunduğunu göstermemektedir.

Nonspesifite hipotezi : G. F. Mahl, 1953 ve **Brody** 1954'de bu teoriyi ortaya atmışlardır. Araştırıcılar psikosomatik hastalığın oluşması için bir tek sebebin hiç bir zaman yeterli olmıyacağını ve çok sayıda faktörün sonuca etkili olabileceğini bildirmişler ve herediter, genetik faktörlerin yanısıra kondüsyonun ve şartlanmanın hangi organ veya sistemlerde hastalık meydana getireceğine karar verdireceğini savunmuşlardır.

Kişiye has özellikler: R. B. Malmo, B. C. Lacey, Smith ve **Green** gibi araştırıcılar çeşitli uyaranların belirli kişilerde spesifik fizyolojik sonuçlar verdiğini tesbit etmişlerdir. Bir «cardiac reactor» değişik ve ilgisiz uyaranlara palpitasyon - çarpıntı cevabını vermekte ve bir «muscle reactor» adalelerinden hassas olan kimse ise ayni streslere bir baş ağrısı ile cevap vermektedir. Göründüğü gibi sebebler ayni kalmasına rağmen şahıslar değiştikçe cevaplar değişmektedir. Belirli bir süre için bir «cardiac reactor» olarak reaksiyon veren kişi bir süre sonra bir «gastric reactor» olarak cevap verebilmektedir. **Lipowski, Miller** ve **Wittkower**'e göre bu olaylar genetik, operant şartlanma, kişilik yapısı, fizyolojik ve psikolojik reaksiyon karakteristikleri ve hastalığa karşı kişisel yatkınlık ile izah edilmektedir, 1968-1977.

Bu teorinin nonspesifite teorisinden ayrıldığı nokta «anxiety»

nin üzerinde durmaması ve spesifite teorisinden farkı ise çok sayıda etkenin ayni sonucu verebildiğini göstermesidir.

Lazarus, 1966, bir uyaranın fizyolojik bir değişiklik yapması için kişi tarafından önemsenmesi ve bir tehlike olarak algılanması gerektiğini ileri sürmüştür. **Thomas Hacket** ve **Ned Cassem** de bu görüşü desteklemiş ve optimiz'min önemine işaret etmişlerdir. Kişinin sıkıntı veren uyaranı reddetmesi «denial of worry» verilecek cevaba tesir etmektedir.

Fizyolojik cevabın oluşunda beden idrakinin «body image perception» rolü: Schilder, 1950, beden imajının kognitif ve affektif fonksiyonlara tesir ettiğini ve fizyolojik reaktivite ile de ilgili olduğunu ileri sürdü. Araştırıcı beden imajının sosyal, biolojik ve psikolojik faktörlere bağlı olarak geliştiğini ve sürekli bir değişim gösterdiğini bildirdi. Bu değişikliklerin de semptom seçiminde önemli bir rolü olduğunu savundu. **Bruch** ve **Taylor** plastik ameliyat geçirmiş kimselerin arasından beden imajlarının bozulmamış olanlarının daha fazla istifade ettiklerini bildirdiler. **Fisher ve Cleveland,** 1958, beden imajlarını belirgin hududlarla çizen şahıslarda daha çok deri, mafsal ve adale hastalıklarının ortaya çıktığını bunun tersine beden imajları kesin belirlenemiyen kişilerde ise daha çok iç organ hastalıklarının görüldüğünü ifade ettiler. **Nichols** ve **Tursky** ise beden imajlarının kesin olmadığı durumlarda ağrıya tahammülün arttığını açıkladılar.

PSIKOSOMATİK HASTALIKLARIN KLİNİĞİ

1 — **Mide barsak hastalıkları:** Gastroentestinal sistemin emosyonlarla olan yakın ilgisi çok eskiden beri bilinmektedir. İshal ve mide ülseri bu tip reaksiyonların en sık görülenlerindendir.

a — Anorexia nervosa: Hemen sadece kadınlarda görülen bir hastalıktır. Erkeklerde de olduğu ifade edilirse de bunun gerçek bir anorexia olduğu şübhelidir. Hastalığın psikojenik bir beslenme bozukluğu olduğu düşünülmektedir. İlk defa 1874 yılında **Gull** tarafından tarif edilmiştir. Bir anorexiadan söz edilebilmesi için hastanın vücud ağırlığının en az altıda birini kaybetmiş olmasının gerektiği kabul edilir. **Stanley Cobb,** 1943, anorexia nervosa için şu üç temel şartın bulunmasını şart koymuştur :

— Yemek yemeğe karşı iradeli bir direnç gösterme,

— Vücud ağırlığının en az beşte birini kaybetmiş olmak,

— Kadın hastalarda adetlerin bozulması ve kesilmesi.

Hastaların büyük bir kısmında başlangıçta bir iştah kaybı olmamasına rağmen zamanla açlığa bağlı olarak kanda keton cisimlerinin artması sonucu iştah azalır ve kaybolur. Bir çok hasta hissettikleri şiddetli açlıktan dolayı ağrı duymalarına rağmen yememekte ısrar ederler. Kaybettikleri kilo yetmezmiş gibi devamlı laksatif almak suretiyle daha da zayıflamayı düşünürler.

Bu sayılan esas belirtilerin yanısıra hastalarda anemi, bradikardi, beden ısısının düşmesi, kuruluk, hipertrikoz, saç dökülmesi ve tırnak kırılması, dişlerde çürüme ve dökülme gibi genel beslenme bozukluğu belirtilerine de rastlanır. Mortalite oranları % 15-25 arasındadır. **Bruch,** 1962, bu hastalarda nörotik yapının ve özellikle obsesif kişilik yapısının ön plânda olduğunu bildirmiş ve karakter özelliklerini şu şekilde sıralamıştır:

— Beden imajının bozulması ve zayıflamıya karşı inatçı bir ilgisizlik.

— Hastanın bedeninden gelen iç uyaranlara karşı, özellikle beslenme ihtiyacını bildiren uyarılara karşı, idrak bozukluğu ve değerlendirme bozukluğu,

— Kişisel inaktivite, kendi iç uyaranlarına karşı ilgisizlik, ancak dış uyaranlara bir cevap verebilme hali.

Anorexia nervosanın sık rastlanan sebepleri arasında annenin çocuğun beslenmesi ile aşırı ilgilenmesi, yiyeceklere karşı duyulan şiddetli korku ve nefret hissi, yiyeceklerin nahoş ve sembolik bir algılanması sayılabilir.

Psikoanalitik açıdan hastalığın bir «oral impregnation» ağız yolu ile gebe kalma fantezisinden kaynaklandığı ileri sürülmekte ve yemek yerse vücud şeklinin bozulacağı inancının hastalarda yer ettiği kabul edilmektedir. Etyoloji bu gün için tam açıklığa kavuşmuş değildir.

b — **Obesite ve bulemi** : Obesiteyi vücudun aşırı yağ toplaması

olarak tarif edebiliriz. Böylece kişinin vücud ağırlığı kendi yaşındakilerden yaklaşık % 10 kadar artar.

Bulimia «canine eating» çok aşırı bir yemek yeme halidir. Anorexia nervosa, zekâ gerilikleri, frontal sendrom, bunama hallerinde görülür. Organik sebepleri arasında hipertiroidi ön plandadır. Bunun dışında genetik faktörler, bioşimik bozukluklar, hipotalamus hastalıklarını sayabiliriz. Bunların dışında emosyonel sebeplerin de her iki bozuklukta çok önemli etkisi olduğu bilinmektedir.

H. L. ve **H. S. Kaplan** obesite ve aşırı yeme ile ilgili olarak oralitenin ve ana bağımlılığının ehemmiyetine dikkati çektiler. Birçok obur kimsenin gerçekte aç veya tok olduklarını ayıramadıkları ve midelerinde duydukları hissin bir açlık hissi veya huzursuzluk olup olmadığını bilemedikleri tesbit edildi.

Bir kısım hastaların beslenmede bir zamanlama bozukluğu gösterdikleri, sabahları gıdayı reddettikleri, akşam üzeri aşırı bir yeme arzusu duydukları, hemen arkasından uyumak istedikleri ve gece uyanıp tekrar yemek yedikleri «Night - eating syndrome» görülmüştür. Bir kısım hastalarda ise çok kısa bir süre içinde ve çok süratli bir aşırı yeme halinin ortaya çıktığı ve hemen arkasından bir pişmanlık ve kendilerini lanetleme durumuna girdikleri bilinmektedir, «binge - eating syndrome».

Stunkard, 1959, çok şişman kadınların bu şişmanlıklarından duydukları şiddetli tiksinme sebebi ile açlık duyumlarını reddettikleri ve bir fizyolojik gıda reddi durumuna girdiklerini ifade etmiştir.

Le Magnen, 1971, «stimulus bound» adını verdiği teorisinde şişman kişilerin bir beslenme uyarısı karşısında - önlerine yiyecek konması halinde - ne zaman doyduklarını kestiremediklerini ve önlerinde yiyecek bulunduğu sürece yemeğe devam ettiklerini iddia etmiştir. Bunun yanısıra yiyeceğin kaldırılması halinde ayni kişiler mideleri açlıktan kıvrandığı halde bir açlık duyumu hissetmezler. Ayni durumu özellikle içki sofralarında bir çok yiyeceğin, uzun süre masada kalması halinde hemen bütün sofradakilerin sürekli olarak yemeğe devam etmelerinde de görürüz, **Ziyalar.**

Bruch anorexia ve obesitede psikoanalitik psikoterapinin başarılı sonuçlar verdiğinden bahsetmiş olmasına rağmen, 1963, **Plesset** ve **Shipman** bu görüşe iştirak etmemiş ve şişman kimselerde bir rejim uygulanması halinde şiddetli sıkıntı ve durgunluk hallerinin ortaya çıktığını göstermişlerdir, 1973.

c — **Duodenal ülser:** Bu hastalığın en karakteristik belirtisi epigastrik ağrıdır. Yemeklerden iki üç saat sonra ortaya çıkar ve tekrar yiyecek alınması ve alkalilerle ağrı hafifler. Gecenin geç saatlerinde ağrının şiddeti artar ve bu durum giderek kronikleşir. Belirli süreler içinde geçici rahatlamalar ve tekrar şiddetlenmelerle hastalık periodik bir vasıf kazanır.

Duodenal ülserin strese bağlı bir hastalık olduğu, gelişmiş toplum insanında daha sıklıkla görüldüğü ve sosyo - ekonomik seviyede yükseldikçe insidansının arttığı tesbit edilmiştir. **Alexander** bu hastalarda şuuraltında bağımlılık ve bağımsız olma arasında şiddetli bir çatışma olduğunu ifade eder. Oral - reseptif eğilimlerin bulunduğunu ve sevgi ihtiyaçlarının fazla olduğunu bildirir.

Otto Fenichel, duodenal ülserli kişilerin sevgiye susamış olduklarını, bir kısmının aşırı bağımlılıklarını bir «pseudoindependent» yalancı bağımsızlık davranışı ile örtmek istediklerini ve çok aşırı bir kompensasyon içine girdiklerini söyler.

Mahl ve **Karpe,** 1953, bu kişilerde sıkıntının arttığı saatlerde midedeki asit seviyesinin en yüksek olduğunu, sıkıntının azalması ile asit seviyesinin düştüğünü göstermişlerdir.

G. L. Engel motor aktivitenin artması ile hidroklorik asit seviyesinin yükseldiğini, depresyon halinin ise azaldığını belirlemiş, **Kehoe** ve **Ironside** ise öfke halinde asit seviyesinde bir artma olduğunu, umudsuzluk ve kendisine yardım edilemiyeceğini sandığı durumlarda ise hastalarda asit seviyesinin azaldığın ıortaya koymuşlardır, 1963.

Mirsky, 1958, duodenal ülserli kişilerin idrarlarında ve kanda «pepsinogen» oranının arttığını göstermiş ve bu ifraz artmalarını psikolojik testlerle karşılaştırmışlardır. Sonuç olarak ülserli hastaların pasif oral istekleri olan kimseler oldukları görüşüne varmıştır.

Cohen, Bondurant ve **Sliverman,** 1960, ülserli hastalarda Catecholamine seviyesinin kanda arttığını, bu maddenin vagal refleks merkezlerini etkileyerek asit ifrazını fazlalaştırdığını ileri sürmüşlerdir.

d — **Barsak hastalıkları :** Anal konfliler, karakter eğilimleri ve gastro entestinal kanal arasındaki ilişkiler uzun zamandanberi dikkati çekmiştir. **Jones** nörotik çatışmaların parasempatik bir hiperaktiviteye yol açtığını bildirmiştir. Stres faktörünün özellikle, spastik kolit, iritabl kolon ve kronik kabızlıkta önemli rolü olduğu anlaşılmıştır.

Ulcerative colitis : Kalın barsak mukoza ve submukozasının hastalanmasıdır. Şiddetli bir konjesyon ve peteşial kanamalar ve ülserasyonlar görülür. Daha sonra gelişen fibrozla kalın barsak duvarı kalınlaşır ve sertleşir. Barsak lumeni daralır. İlk belirtileri kramp tarzında gelen abdominal ağrılar ve rektumdan taze kan gelmesidir. Daha sonra bulanık ve mukuslü bir sıvının aktığı görülür.

Kolitis ülserozada emosyonel faktörlerin önemi 1930 da **C. D. Murray**, 1945 de **E. Lindemann,** 1946 da **M. Sperling** tarafından bildirilmiş ve duyulan şiddetli bir elemin «morbid grief» temel etyolojik faktör olduğu ifade edilmiştir.

Ananın çocuk karşısında karşı çıkıcı ve reddedici bir tavır almasının ve çocuğu inisiyatiften mahrum ve tutuk bir yapıda görmek istemesinin çocukta destruktif impulsların bastırılmasına sebep olduğu ve daha sonraki yaşlarda bunun barsaklarında kanamalar şeklinde ortaya çıktığı bildirilmiştir.

Grace, Wolf, 1958, çevrelerinden çok fazla şey bekliyen kimselerin kendilerini bu aşırı isteklerden korumak için agresif bir tavır benimsediklerini ileri sürmüşlerdir. **Engel,** 1957 ve **Schmale,** 1967, obje kaybına uğramış kişilerin veya kendilerince çok önemli kimselerle ilişkileri bozulmuş olanların, umudsuzluk ve hayal kırıklığına uğradıklarını, bu durumun kolon mukozası ve submukozasında vaskularite bozukluğuna yol açtığını ve hastalığın bir neuroendocrine mekanizması aracılığı ile meydana geldiğini ifade etmişlerdir.

Ana - evlât münasebetinin başlangıçta tamamen «symbiotic» tabiatta olduğunu çocuğun temel ihtiyaçlarının onda sıkıntı uyandırdığını, suçluluk ve utanma duyumlarına sebep olduğunu, bu sebeple de çocuğun beslenmesi ile ilgili organlarında fonskiyonel değişiklikler meydana geldiğini bildiren çalışmacılar anayı bir «colitigenic mother» kolite sebep olan ana tarzında mütalea etmişlerdir.

Araştırıcılar sonuç olarak kolitis ulseroza ile affektif ve emosyonel faktörler arasındaki aşağıda çıkarılmış olan özellikleri tesbit etmişlerdir:

1 — Tıbbî tedavileri yanında psikoterapi ile tedavi edilen hastalarda iyileşme şansı sadece medikal tedavi yapılanlara oranla anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

2 — Paranoid, şizofrenik, depresif, şiddetli ana bağımlısı ve pasif mizaçlı hastalarda ortaya çıkmış olan kolitis ülserozanın prognozu normal zihnî yapı gösteren kimselere nazaran daha ağır ve uzun sürelidir.

3 — Uzun süreli psikoterapiler hastalara daha faydalı olmaktadır. Bu uygulama nisbeten bağımsız kişilik yapısında olan hastalarda interpretasyon ve abreaksiyona imkân veren psikoterapödik metodların, symbiotik - bağımlı kişilik yapısında olanlarında ise destekleme, telkin ve kademeli bir abreaksiyona sebep olacak uygulama tekniklerinin seçilmesinde fayda görülmektedir.

e — **Solunum hastalıkları :** Nefes yetersizlikleri ve nefes alamama halleri sıkıntı ve korkunun bir eşdeğeri olarak görülür. Heyecanla nefes sıklaşır ve kederle azalır. Kişinin nefesi ile ruhî durumu arasındaki yakın ilişki çok uzun zamandanberi bilinmekte olup bu durum pek çok toplumun edebî literatürüne, şiir, şarkı ve nazım şeklinde geçmiştir.

Asthma : Alerjik tabiatta bir hastalık olup, ekspiryum uzaması, ekspiryum sırasında bir ses çıkarılması ve zaman zaman akut dispne devrelerinin görülmesi ile belirlidir. Nöbet sırasında bronş spazmı, bronş ödemi ve bronşların içinde oluşan mukoid birikintiler hava yollarını daraltır veya kapatır. Allerjik tabiatı dışında, herediter, infeksiyöz, psikolojik ve sosyal faktörlerin de sorumlu olduğu ileri sürülmektedir.

McDermott ve **Cobb,** 1939, astmatiklerde nörotik eğilimlerin belirgin olduğunu, **Glasberg,** 1969, hastalıklı kimseler arasında «oral - dependent» bağımlı kişilerin çoğunlukta bulunduğunu, **Vachon,** 1976, «tender - mindedness» hassas insanların bu hastalığa daha kolaylıkla tutulduğunu tesbit etmişlerdir.

T. M. French ve **Alexander** anadan ayrılacağı korkusunun ve yalnız kalacağı endişesinin kişide bir astmatik eğilim uyandırdığını id-

dia etmişlerdir. **Fenichel** konuyu psikolojik bir çatışmanın pregenital bir konversiyon kanalı ile kendisini bir solunum bozukluğu şeklinde izhar ettiğini ifade etmiştir. Astma hastalığı ile ilgili görüşler aşağıda sıralanmıştır.

1 — **McDermott** ve **Cobb,** 1939, **Alexander,** 1941, **Deutsch,** 1951, kişinin gördüğü rüyalar, kurduğu hayaller, suda boğulma korkularının bu kimselerde giderek astma nöbetlerine sebep olduğunu, astmada görülen bronş ifrazlarının bu suda boğulma fantezileri ile benzetildiğini ileri sürmüşlerdir.

2 — **Stein** ve **Ottenberg,** 1958, **Herbert** ve **Glick,** 1967, astmatiklerin kokulara karşı hassas olduklarını, bu hastalığın kokuya karşı geliştirilmiş fizyolojik bir müdafaa olduğunu ve bunun şuuraltı çözülmemiş anal çatışmalardan kaynaklandığını bildirmişlerdir.

3 — **Mathe** ve **Knapp,** 1971, stres altındaki astımlı hastalarda teneffüsün yavaşladığını ve hava akımının azaldığını, bunun yanısıra strese karşı gösterdikleri sıkıntının normal deneklere göre daha az olduğunu gösterdiler.

4 — **Block,** 1964, allerjik hastaların allerjik testlere yüksek ve düşük cevap verenler olmak üzere ikiye ayrıldığını, düşük reaksiyon verenlerin diğer gruba nisbetle daha düşük psikojenik önyatkınlığı olduğunu tesbit etti.

5 — Astımlı hastaların aile içi streslerinin azaltılması veya hastanın bir başka muhite gönderilmesinin yarı yarıya hastalığı azalttığı görüldü. **Avni** ve **Bruderman** astımlı hastalarda tricyclic antidepresiflerin catecholamine salgılanmasını arttırdığını ve bunun antikolinerjik bir mekanizma ile bronşları genişlettiğini bildirdiler.

6 — **A. B. Alexander,** 1972, relaxation tedavisinin orta şiddetteki astım nöbetlerini çözdüğünü gösterdi. **Moore,** 1967, sistematik desensitizasyonun, **Vachon** ve **Rich,** 1976, ise «biofeedback» uygulamasının faydalarından bahsettiler.

Tüberküloz: Birçok araştırıcı tüberkülozda psikolojik faktörlerin rolü olduğundan bahsetmiştir. **Berle, Derner, Holmes, Korkes, Lewis, Merril, Wittkower** bunların arasındadır. Bir çok hastanın hastalık öncesi devresinde şiddetli streslerin bulunduğu görülmektedir. **Rebner,** 1956, tüberkülozlu hastaların projektif testlerle yapılan muayenelerinde normallere göre kendilerine dönük agresyonu daha fazla gösterdiklerini belirlemiştir.

Ruddick, 1963, psikolojik stres altında bulunan kimselerde basit soğuk algınlığı ve vasomotor rinitlerin daha sıklıkla görüldüğüne işaret etmiştir.

Hipervantilasyon sendromu : Pek çok kimsenin sıkıntılı oldukları zaman bir hipervantilasyon gösterdikleri bilinmektedir. Çoğu kere stresin şiddeti ile hipervantilasyonun şiddeti arasında bir orantı bulunmaz. Solunum süratlenmesinin hemen ardından alveoler karbon dioksid seviyesi düşer ve alkaloz husule gelir. Alkaloz ise serebral dolanımdaki damarlarda vazokonstriksiyon yapar ve serebral kan akımı yaklaşık üçte bir kadar azalır, **Kety** ve **Schmidt.** Bu azalma bir taraftan davranışlarda ve diğer taraftan da EEG'de değişiklik görülmesine sebep olur.

Periferik vazo konstriksiyon sonucu terleme, solukluk ve ekstremitelerde soğukluk görülür. Kan karbonatının azalması iyonize kalsiyumun seviyesinin düşmesine sebep olur ve bunun sonucu olarak ekstremitelerde parestezîler ve tetanik kasılmalar ortaya çıkar.

Koroner arterlerin daralması sonucu elektrokardiogramda S-T segmentinde düşme, T dalgasının tersine çevrilmesi ve premature vantrikuler kontraksiyonlar tesbit edilir.

Nöbetlerin sıklıkla tekrarlaması halinde hastada panik hissi, sıkıntı ve otonom sisteme ait diğer belirtiler ortaya çıkar. Psikoterapi, trankilizanlar ve antidepresiflerin yardımı olabilir. **Jacobson, Ballanger, Sheehan,** 1977.

f — **Deri hastalıkları** : Korku ve utanma hissinin kişiyi çok sarsıcı ve zihnini karıştırıcı bir stres olduğu bilinmektedir. Bu huzursuzluğun etkilerinin deride bir çok reaksiyonlara sebebiyet vermesi sıklıkla görülür. Bunlar sırasıyla:

Nörodermatidler : Bu terim «eczema» ile eş anlamda kullanılır. İltihabî tabiatta olup organizmanın genel bir aşırı duyarlığı sonucu veya lokal bir allergene karşı meydana gelir. Deri lezyonları eritem, vezikül tarzında olabildiği gibi ödem, eksudasyon şeklinde de olabilir.

Lezyonlar kuru veya yaş olabilir ve genellikle vücudun büklüm yapan diz, dirsek ve boyun gibi yerlerini seçer.

Derinin birçok psikolojik çatışmayı yansıttığı ve ekshibizyonizm, mazohizm, masturbasyon, utanma, kızma, öfke, sabırsızlık, taşkınlık, bastırılmış ağlama arzusu, seksuel uyanış gibi emosyonların bir gösteri sahası olarak kullanıldığı ve özellikle «infantile skin eroticism» ilk çocukluğun bütün cilde yayılmış erotizmine bir geri dönüş yolu olarak seçildiği ileri sürülmektedir. Deri reaksiyonları:

1 — Pek çok psikolojik stressler, özellikle obje kayıpları deri hastalıklarını alevlendirirler,

2 — Belirli deri hastalıkları için belirli kişilik yapıları veya belirli stres faktörleri seçilmemiştir,

3 — Psikolojik faktörlerin yanısıra irsiyet, şartlanma ve konstitüsyon da önemli oluşturucu şartlar arasındadır.

Clevelan ve **Fisher,** 1956, nörodermatidli hastalarda mazohizm, negatif «self-concept» kişilik tanımlanması, ekshibizyonizme karşı geliştirilmiş şiddetli bir defansın bulunduğunu, romatoid artritli kişilerde beden imaj bozukluğunun ön plânda olduğunu göstermişlerdir. **Anderson** ve **Cross,** 1963, dermatitin şiddeti ile emosyonel bozukluğun şiddeti arasında bir irtibatın bulunduğunu bildirmiş, **Miller** ve **Wittkower** ise ana-evlât ilişkilerindeki bozukluğun dermatit için önemli olduğunu ifade etmişlerdir.

Pruritus ve ürtiker: Prurit kaşınma ile kendisini gösteren bir hastalıktır. Seksuel çatışma, bastırılmış cinsel arzuların özellikle vulva ve anüste kaşıntıya sebeb olduğu görülmüştür. Kaşınmanın bir masturbasyon ekivalenti olduğu sanılmaktadır. **Macalpine,** 1953, erkeklerde görülen anüs kaşınmasının, anal, seksuel ekshibisyonistik ve homoseksuel duyumlarla beraber giden bir gebelik fantezisinden meydana geldiğini bildirmiştir. **Wittkower**'e göre kaşınma «pleasure-pain» haz ve acı arasındaki dengelenmeyi temin etmektedir. Özellikle obje kaybı sonucu ortaya çıkan acı duyumunun dermatitte etken olduğu ileri sürülmüştür.

Saul, Bernstein ve **Alexander** bastırılmış ağlama arzusunun deriden yapıldığı görüşünü getirmişlerdir. **Kepecs, Robin** ve **Brunner** ise ürtikerli şahısların gerek ağlama ve gerek ağlamanın bastırılması sırasında derideki sulanmanın arttığı görüşündedirler, bu araştırıcılara göre önemli olan ağlamanın bastırılması değil bir heyecan durumunun ortaya çıkmasıdır.

Psoriasis: Bu hastalık deride kuru, keskin kenarlı ve üzerleri gümüş renginde bir örtü ile kaplı plaklar halinde görülür. Kronik bir hastalıktır. Bu gümüş rengi plaklar kaldırıldığında çok sayıda küçük kanama noktaları ortaya çıkar. Yüz hariç vücudun görünen kısımlarında ve bazen kafa derisinde görülür. Bu hastalarda belirli bir kişilik patolojisi bulunmadığı gibi spesifik bir ruhsal çatışmıya da rastlanmaz.

g — **Adale hastalıkları:** Konnektif dokunun kronik ve iltihabî bir hastalığıdır. Psikosomatik tabiatı hemen hemen kabul edilmemektedir. Bir kısım araştırıcı bu hastalıkta -çoğunlukla kadınlar tutulmaktadır- kadınsı «feminine» karakterin reddedildiği ve bir erkeksi «masculine» karakterin benimsendiği görüşündedir. **Shapiro, Johnson** ve **Alexander** çocukların früstasyonlarını serbestçe ortaya koyamaması halinde ve özellikle agresif motor boşalımların yapılamaması durumunda bastırılmış olan motor fonksiyonun ileride motor hareketin yavaşlamasına sebeb olan bir mafsal tutulması şeklinde belireceğini ileri sürmüşlerdir.

Obje kayıpları, çocukluk sapmaları, anaya bağımlılığın sorumlu tutulmasına rağmen bu hastalıkla gerçek ilişkileri tesbit edilmemiştir. Psikoterapödik yaklaşımın tedavide anlamlı sonuçları görülmemiştir.

h — **Jinekolojik ve obstetrik hastalıklar:** Bu grup hastalıkların psikolojik sürtüşmelerle yakından ilgili olduğu ve özellikle seksuel fonksiyonlara karşı toplumun koymuş olduğu geleneksel sansür ve baskının böyle bir somatik anlatıma sebeb olduğu düşünülmektedir. Bu grup hastalıklar:

1 — Mentsruel bozukluklar: **Rubenstein** 1942, vaginanın «smear» incelemesi ve temperatür kartları metodu ile hormonal siklusu ile beraber giden bir emosyonel siklusunun da olduğunu tesbit etmiştir. Östrojen aktivitesi sırasında heteroseksuel bir istek artması olur. Bunun karşısında progesteron fazında pasif ve narsistik bir tavır ortaya çıkar. Menstürasyon kadınlığın çok belirgin bir vas-

fını temsil ettiğinden dolayı suçluluk ve korku duyumlarından aşırı etkilenir. **Simmel** spesifik konflilerin uterusta «dysmenorrhea» tarzında cevaplandırıldığını söyler. **Thompson** ise kültürel faktörlerin üzerinde durur ve dismenorenin erkeğin dominansına karşı ortaya konmuş bir küskünlük sonucu oluştuğunu bildirir.

2 — Premenstrual tension - gerginlik sırasında kadında memelerde şişme, karında şişkinlik ve huzursuzluk, hafif bir bedenî ödem, baş ağrısı, bulantı ve diyare görülür. Bu fizyolojik değişikliklere ek olarak depresyon, sıkıntı, öfori, iritabilite, mizaç değişiklikleri «mood swings» ve ağlama krizleri görülür.

Kişide mevcud karakter eğilimleri ve çatışmalar daha da belirgin hale gelir. Hernekadar asıl sebeb hormonal değişiklik olmasına rağmen psikolojik stresler bu safhada evvelce mevcud bütün aksamaları da ortaya çıkarır.

3 — Mensturasyonun olmayışı «amenorrhea» veya az oluşu «oligomenorrhea» hipotalamusun hipofiz ön lobu üzerinde etki etmesi ile meydana gelir. Luteinizan hormonu seviyesi düşerken östrojen seviyesi de alçalır ve ovaryan siklus baskı altına alınır. Bu durum psikososyal stresler, tehdid ve tehlike durumları, aktif seksuel hayatın azalması hallerinde ortaya çıkar. Normal cinsel davranışın başlaması ile de tekrar düzene girer.

Amenore ayni zamanda bir «false pregnancy» yalancı gebelik belirtisi olarak da meydana gelebilir, «Pseudocyesis». Bu halde amenore gebeliğin diğer belirtileri ile beraber olur. Karında bir gerginlik hissi, memelerde şişme, ağırlık artması görülür. Yalancı gebelik ya gebe kalmaktan şiddetle korkan veya gebe kalmayı çok arzu eden kadınlarda ortaya çıkar. **Benedekt,** 1956, bu tür yalancı gebelik fantezisine anaya karşı şiddetli düşmanlık besliyen ve çocukları olan kadınlara karşı kıskançlık ve öfke geliştirilmiş olan kısır kadınlarda rastlandığını bildirmiştir.

Bu duyumların yanısıra diğer kadınlarla rekabet arzusunun, bir erkeği kendine bağlama isteğinin, kadınlık kişiliğinin isbat gayretinin ve gebe kalırsa daha fazla şefkat ve ihtimama kavuşacağı düşüncesinin de böyle bir yalancı gebelik gösterisine sebeb olabileceği söylenmektedir.

4 — Menorrhagia ve noncyclic uterus kanamaları: Over hormonlarının düzensiz salgılanması sonucunda meydana gelen hastalıklardır. Menopoza yaklaşan kadınlarda daha sıklıkla rastlanır. Stres ve depresyon hallerinde arttığı ifade edilir.

5 — Menopause: Over fonksiyonlarının azalması bir taraftan vazomotor düzensizliğe diğer taraftan da emosyonel labiliteye yol açar. Buna rağmen menopozlu kadınlarda görülen psikosomatik şikâyetlerin kaynağı çoğunlukla sıkıntı ve depresyon olarak tesbit edilmiştir. **Benedekt,** 1959, adetlerin kesilmesinin kadında sublimasyon ve kompensasyon mekanizmasını bozduğunu ve kadının üretici gücünü kaybettiği inancının onda bir eksiklik duygusu uyandırdığına inanmaktadır.

6 — Conception ve gebelik: Sterilite bazen fallop kanalının tonüsünün azalması sonucu bir tenbelliğin meydana gelmesi ve yumurtanın uterusa kadar taşınamaması sebebiyle meydana gelir. Bu mekanizmanın psikolojik sebeblerle de aksadığı bilinmektedir.

Gebelik sırasında birçok kadında gebelik öncesi nörotik veya psikotik şikâyetlerin arttığı, bunun yanısıra bir kısmında ise azaldığı dikkati çekmiştir. Bulantı ve kusma, gebe kadında çalışma sırasında ortaya çıkan yalancı ağrılar, beslenme idiosinkrazilerinin ne sebeble ortaya çıktığı iyi bilinmemektedir. **Chertok, Monzain,** 1963, «hyperemesis gravidarum» gebelik kusmalarının ananın çocuğa karşı yöneltmiş olduğu ambivalent tavrın bir cevabı olduğunu ifade etmişlerdir. Doğum olayı anada önemli fizyolojik ve psikolojik değişikliklere sebeb olur, mevcud çatışmalar süt ifrazını durdurur. Bu durum çocukta iritabilite, huzursuzluk ve beslenme problemlerini ortaya çıkarır. **Kulka, Walter** ve **Fry,** 1963, ana çocuk sürtüşmesi sırasında her ikisinde de EKG ve EMG kayıtları yapmışlar ve birbirine benzer değişiklikler tesbit etmişlerdir.

Blau, 1963, premature doğmuş kadınların premature çocuk doğurma oranlarının yüksek olduğunu ve bu kadınlarda gebeliğe karşı düşman bir tavrın bulunduğunu göstermişlerdir. Stres altındaki gebelerin premature çocuk yapmaları nisbeti normal ruh durumundakilere oranla daha fazladır.

McDonald, Gynter ve **Christakos,** 1963, sıkıntılı analarla yeni

doğan ağırlıkları arasında olumlu bir korelasyon olduğunu açığa çıkarmışlardır. Ağır depresyon ve psikozların doğum öncesi ve sonrası durumlarında bir fark bulunmadığı ve doğum olayının psikozlar üzerinde sanıldığı gibi iyileştirici bir etkisi olmadığı anlaşılmıştır.

7 — Abortion, düşük: Yaklaşık her on doğumdan birinin bir spontan abortus ile sonlandığı bilinmektedir. Bu kendiliğinden düşüklerde psikolojik faktörlerin de sorumlu tutulduğu durumlar vardır. Çocuk düşürme alışkanlığı olan kadınlarda «habituel aborters» **Tupper,** 1962, plasentada kollagen doku artımı ile beraber olan patolojik değişiklikler tesbit etmiştir. Araştırıcı bu kadınların serumunda ayni zamanda «antibody» bulunduğunu göstermiştir.

Bu habituel düşük yapan kadınların en küçük bir uyarana bile şiddetli otonom sistem reaksiyonu verdikleri ve uterusun hassas olduğu anlaşılmıştır. Psikolojik stresin uterusun vaskularizasyonunu bozduğu ve ayrılmasına sebeb olduğu ileri sürülmektedir. **Tupper** bu kimselerde destek psikoterapinin düşük ihtimalini azalttığını ve bu kadınların doğuma kadar çocuklarını taşıyabildiklerini bildirmektedir.

i — **Metabolik ve endokrin hastalıklar :** Bu kimseleri aşırı artmış ağırlıkları, uygunsuz vücud ölçüleri, vücudlarında toplanmış yağ kitleleri, ileri fırlamış gözleri, sıkıntılı tavırları, uykusuzlukları, yorgunlukları ile kolayca tanımak mümkündür. Çalışmalar nöroendokrin sistemler, nörofizyolojik mekanizmalar, immün sistemler üzerinde toplanmış ve araştırmalar yapılmıştır.

1 — Tirotoksikoz: Tiroid bezinin hiperplazisi ve hiperfonksiyonudur. Tiroid bezinde lokal nodüler büyüme veya diffüz bir hiperplazi şeklinde oluşur. Tiroid hormonunun çok fazla mikdarda salgılanması vardır. Kilo kaybı, diyare, fazla yeme, göz belirtileri, miyasteni, miyopati ana belirtilerindendir. Sıkıntı, iritibalite, emosyonel değişkenlik ve otonom sistemde bir hiperaktivite görülür. Depresyon, apati, öfori, psikotik değişiklikler ve delirium nöbetleri ortaya çıkar. **Gibson** genetik olarak yatkın kişilerde âni streslerin hastalığı başlattığını bildirmiştir. **Lidz,** 1954, heyecan faktörünün

%80 nisbetinde hastalığın oluşunda rolü olduğuna inanmaktadır. **Haba** ve **Hinkle,** 1952, proteine bağlı iodun, PBI seviyesinde stresle değişiklik ortaya çıkarmışlardır. **F. Alexander** hipertiroidili hastalarda stres uygulaması ile 131 iod uptake artması meydana getirmişler, normal kişilerde bu değişiklik olmamıştır.

Ham, Alexander ve **Carmichael** hipertiroidili hastalarda spesifik karakter zaaflarının bulunduğunu bildirmiş ve özellikle ilk çocukluk devresinde kişinin emniyetine yönelik tehditlerin, früstasyonların, temel biolojik ihtiyaçların çocukta idantifikasyon bozukluklarına yol açtığını, bir «pseudoself» imajının doğduğunu, bunun sonunda da kişide bir «denial», «counterphobia» ve kompulsif davranışın ortaya çıktığını ve bu defansif mekanizmaların hipertiroidiye yol açtığını savunmuşlardır.

2 — Myxedema: Bu hastalıkta mani ve retardasyon arasında değişen psikolojik bozukluklar olduğu ilk defa 1873 yılında **William Gull** tarafından tesbit edilmiştir. Mental yavaşlama, psikoz, konfüzyon hali, depresyon, hafıza bozuklukları, muhakeme kusurları heyecan ve iritabilite bir hipotiroidizm olan myxedem'de sıklıkla görülür. Uygun tıbbî tedaviye rağmen bu hastalıktaki ruhî belirtilerin ve özellikle depresyonun israr ettiği görülür.

3 — Paratiroid hastalıkları: Birçok ruhî belirtinin bu hastalığın beraberliğinde görüldüğü dikkati çeker. Sıkıntı, iritabilite, depresyon, ajitasyon, delirium ve intihar teşebbüsleri sıklıktadır.

4 —Diabetes mellitus: İlk defa **Canon,** 1920, korkunun normal kimselerde bile glikozuriye sebeb olduğunu göstermiştir. **Wolf,** 1952, diyetlerini bozmamalarına rağmen diyabetli kişilerde umudsuzluk, umduğunu bulamama hallerinde ketosis görüldüğünü bildirmiştir. **Kollar,** 1963, obje kaybı, sıkıntı ve depresyon hallerinde diyabetik hecmelerin şiddetlendiğini ortaya koymuştur. **Kaplan,** 1930, depresyonlu diyabetiklerde antidepresif tedavinin kan şekerinde bir düzelme meydana getirdiğini göstermiştir.

5 — Addison hastalığı: Adrenal korteksin kısmen veya önemli ölçüde tahribi sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır. Hastalığın bi-

linen organik belirtileri yanında apati, negativizm, şüphecilik ve depresyon ön plândadır.

6 — Cushing sendromu: Adrenal korteksin bir hiperplazisi olup, merkezî şişmanlık, adale zaafı, aydede yüzü «moon face» hipertansiyon, hiperglisemi ve deri atrofisi ile belirlidir. Hastaların hemen yarısında ruhî belirtiler görülür. Depresyon ve ajitasyon en sık görülen ruhî belirtilerdir.

J — Kardiyovaskuler hastalıklar: Bu sistemin emosyonlarla olan yakınlığı çok eskidenberi bilinmektedir. **Ibnî Sina'**nın hastanın nabzını kontrol ederek bir delikanlının saklı aşk hikâyesini ortaya çıkardığı hikâye edilir. Nabız arzu ve panik hallerinde hızlanır. Bu sistemin emosyonlardan etkilenmesinin, elekrolit, kandaki yağ seviyesinin değişmesi ve diğer otonom mekanizmalarla olduğu sanılmaktadır. Psikolojik stresler sempatik ve parasempatik dengelenme aracılığı ile kalb ritmini etkiler. **Taggart, Car Ruthers ve Somerville,** 1973, yaptıkları çalışmalarda psikolojik faktörlerin kalb ritmini, trigliseridleri, serbest yağ asidlerini ve plazmanın noradrenalin seviyesini değiştirdiğini göstermişlerdir.

1 — Koroner arter hastalıkları: **Dunbar, Wolfe** ve **Rioch** bazı kişilerde bir koroner arter hastalığı yatkınlığı olduğundan bahsetmişlerdir «coronary arter prone personality». Bu kişilik yapısının karakteristikleri olarak:

a — Otorite özlemi ve ihtiyacı, çocukluğunda kişinin geliştirmiş olduğu çatışmalar,

b — Kompulsif, idaresi zor kişilik yapıları, titiz, plancı ve mükemmeliyetçi karakter,

c — Hobi azlığı entellektüel faaliyetlere düşkünlük, hareketliliği gerektiren faaliyetlerden kaçınma ve haz etmeme,

d — Baba idantifikasyonunun hatalı yapılması, emniyetsizlik duyumları,

e — Kompulsif tabiatta rekabet ve yarışma duygusu, başarısızlığa karşı aşırı tahammülsüzlük.

Daha sonraki araştırıcılar koroner arter hastalığı için belirli bir kişilik yapısının tesbit edilemiyeceğini savundular. Bir kişilik yapısından çok bir davranış kalıbının mevcudiyetinden söz ettiler. **Friedman, Rosenman** özellikle genç kimselerde bu davranış tipinin önemli rolü olduğunu ileri sürdüler.

Bu araştırıcılar:

a — Aşırı kompetitif dürtüleri olanlarda,

b — Hırslı ve hayalperest kişilerde,

c — Hayatları boyunca aceleci olanlarda,

d — Devamlı olarak herkese birşeyler vadedenlerde, sonra bunun sıkıntısını çekenlerde, kan-serum trigliseridlerinde, kollesterolde, fosfolipidlerde sakin, telâşsız ve hırsları aşırı olmıyan kimselere göre yükselme olduğunu tesbit ettiler.

2 — Esansiyel hipertansiyon: Kan basıncının maksimasının 140 mm ve minimasının 9 mm üzerinde uzun süre ısrar etmesi halinde bir esansiyel hipertansiyondan bahsedilir. Bu tarifin geçerli olması için bilinen bir sebebin olmaması gerekir. **Alexander** hipertansiyonlu kişilerin agresif ve seksuel duyumlarını bastırmış kimseler olduğunu söyler. **Oken,** 1960, öfkelerini bastırmış kişilerde artmış bir diyastolik ve ona nisbetle daha az yükselmiş bir sistolik basınçtan bahseder. Hostility - düşmanlık fikirlerinin kan basıncını yükselttiğini ve bunun muhtemelen catecholamine metabolizmasındaki bir değişiklik sonucu oluştuğunu ifade eder.

Henry, 1975, toplumun giderek aşırı kalabalıklaşmasının ve sosyal organizasyon bozukluğunun hipertansiyona sebeb olduğunu bildirmiş ve hayvan deneyleri ile bu hususu açık bir şekilde ortaya koymuştur. **Cobb** ve **Rose,** 1973, havacılık işlerinde çalışanlarda hipertansiyon nisbetinin yüksek olduğunu tesbit etmişlerdir. **Goldman** ve **De Leo** relaksasyon tekniğinin hipertansiyonun düşmesinde faydalı olduğunu göstermişlerdir. Bütün bunlara rağmen hipertansiyonun psikoterapi, şartlandırma ve biofeedback metodları ile tedavisi bugün için pek umud verici olmamıştır.

3 — Konjestif kalb yetersizliği: **Golden,** sıkıntının kalbde bir yüklenmeye sebeb olduğunu, **Reiser** ise konjestif kalb nöbetinin sıkıntılı insanlarda kolayca oluştuğunu bildirmişlerdir.

4 — Vasodepressor senkop : Bayılma ile eş anlamdadır. Kan basıncının birden düşmesi görülür. **Romano** ve **Engel,** senkop için şu özellikleri tesbit etmişlerdir:

a — Korku bayılmada önemli bir faktör olup, korkunun bastırılması sırasında bayılma olur,

b — Bayılma çoğunlukla bedene yönelik gerçek veya imajiner bir tehdid karşısında görülür. Kan akması, bir enjeksiyon yapılması, benzeri bedenî hasar ve zararlar sırasında kişi paniğe kapılır ve kendini kaybeder,

c — Bayılmadan önce şahıs genellikle ayaktadır veya ayağa kalkmak istemiştir.

d — Nöbet adeta bulaşıcı karakterde olup gruplarda birden fazla kişinin bayılmasına yol açar,

e — Emosyonel faktörler adale damarlarında genişlemiye sebeb olur, gevşek durumdaki adalelerde toplanan kan, basıncın düşmesine sebeb olur ve hasta düşer. **Graham, Kabler** ve **Lunsford** agresyon ve kendine güvenin yer çekimine karşı mukavemeti arttırdığını, sıkıntı ve umudsuzluğun ise azalttığını bildirmişlerdir.

5 — Migren: Hastalık devreler halinde gelir Nöbet sırasında şiddetli bir baş ağrısı, genellikle tek taraflı olur. Beraberinde görme azalması, paresteziler, konuşma güçlükleri ortaya çıkar. Fotofobi, bulantı ve nihayet kusma ile nöbet biter.

Kafa içi damarlarında meydana gelen vazokonstriksiyonun aşırı bir vazodilatasyonla kompanse edilmesi, ödem ve şiddetli ağrıya sebeb olur. Migren hastalarında spesifik bir kişilik profilinin bulunduğu ve çok sayıda çatışmanın hastalığı oluşturduğu kabul edilir. **Touraine** ve **Draper** bu kişilerin emosyonel gelişimleri gecikmiş, bağımlı ve aşırı zeki insanlar olduğunu ileri sürerken, **Knopf,** rahat, mağrur, meraklı olduklarından söz etmiştir. **Wolf** kompulsif, mükemmeliyetçi ve yarışmadan hoşlanır tabiatta insanların arasında hastalığın daha sıklıkla görüldüğünü bildirmiştir. **Fromm** bu kimselerin entelektuel ve çok zeki olduğunu ileri sürmüştür. **Selinsky** kendine küskün, sıkıntılı kompulsif eğilimli kimselerde migren tipi ağrıların sıklığından söz etmiştir. **Sargent, Green, Walters** biofeedback metodunun tedavide önemli katkısından bahsetmiştir. Son zamanlarda EEG çalışmaları migren ve epilepsi arasında bir ilişkinin varlığını düşündürecek sonuçlar vermekte ve antiepileptik tedaviden iyi sonuçlar alındığı bildirilmektedir.

6 — Ménierê hastalığı: **Fowler** ve **Zeckel,** 1953, bu hastalıkla otonom sistem, endokrin faktörler ve serebral korteks arasında bir ilişki bulunduğunu ve atakların şiddetli stres sonucu ortaya çıktığını göstermişlerdir. Eritrositlerin kısılmış olan kapilerlerde sıkıştığını, lokal bir reaksiyona sebeb olduğunu ve dokusal bozukluk husule geldiğini iddia etmişlerdir.

7 — Hepatolojik hastalıklar: Bütün dokular gibi kanın da emosyonlardan etkilendiği bilinmektedir. Otoimmün mekanizmaların daha iyi anlaşılabilir hale gelmesi ile bir taraftan kanın şekilli elemanlarının diğer taraftan da plasma'nın gösterdiği değişiklikleri izah etmek kabil olmaktadır.

Macht, 1952, sıkıntının pıhtılaşma zamanını etkilediğini göstermiştir. **Browne, Mally** ve **Kane** hemofilik hastalarda psikolojik faktörlerin kanama epizodlarına sebeb olduğunu ortaya çıkarmışlardır. **Benedict,** 1954, özellikle obje kaybının familial spherocytosis ve sickle cell anemi hastalıklarında nöbetleri başlattığını tesbit etmişlerdir. Pernicious anemi'de geç safhada şiddetli ruhî belirtilerin ortaya çıkması karakter eğilimlerinin etken rolüne işaret sayılmıştır. Bunun yanısıra **Levin,** 1959, pernicious anemili hastalarda belirgin ruhî belirtilere rastlanmadığını bildirmiştir.

Kanser psikolojisi: Kadınlarda görülen serviks kanserlerinin özellikle dulluk ve erkekten mahrum olma hallerinde ortaya çıkması dikkati çekicidir. **Miller** ve **Jones** emniyetsizlik duyguları hisseden ve hayattan umudunu ve hazzını kaybetmiş kadınların önemli bir çoğunluğunda serviksten alınan smear'lerde patolojik bulguların görül-

düğünden söz etmişlerdir. **Shan** ve **Worrington** kanserli hastanın aşırı bağımlı bir kişilik yapısını gösterdiğini öne sürmüştür. **Bahnson** ve **Wardwell** kanserli hastaların inkârcı, sosyal normlara sıkı sıkıya bağlı, emosyonalitesi yetersiz kişilik yapıları olduğunu ifade etmiştir. **Riley,** 1975, stres altında artmış olan adrenal kortikal aktivitenin defans sistemini etkilediğini ve kansere yatkınlığı arttırdığını ileri sürmüştür.

Accident proneness, kaza yatkınlığı: Herhangi bir organ sisteminin hastalığı olmaksızın ortaya çıkan bir fenomendir. **Marbe,** 1926, bir defa kaza geçirmiş bir kimsede tekrar kazaya uğrama şansının hiç kaza geçirmemiş olanlara oranla daha fazla olduğunu iddia etmiştir. Bu yatkınlıkta emosyonel faktörlerin ve psikososyal değişikliklerin rolü olduğu sanılmaktadır. **Dunbar,** 1947, bu fenomeni psikososyal, sosyal ve somatik bir hastalık olarak kabul etmiştir. Bu kişilerin, impulsif, küskün, otoriteye karşı kırılmış kimseler olduğu bildirilmiştir. Kaza yatkınlığında kişideki suçluluk duygusu sebeb olmakta ve bir çeşit «self-punishment» kendi kendini cezalandırma olayı gerçekleşmektedir.

Conger ve arkadaşları inceledikleri trafik kazalarında bu kaza yatkınlığı olan kişileri:

1 — Düşmanlık duygularını kontrol etmekte güçlük çeken,

2 — Aşırı «self-centered» dikkati kendine dönük, aşırı «social-centered» kaideci ve sosyal sınırlamalara eğilimli,

3 — Dış uyarılara karşı aşırı hassas, hayalci ve fantezi meraklısı,

4 — Kayba tahammülü az, korkak, çabuk geriliyen,

5 — Sıkıntıya tahammülü az, kimseler olarak tanımlamıştır.

Conger ve **Gaskill,** 1967, çocuklarda kaza yatkınlığını incelemiş ve bu çocukların;

1 — Normal çocuklardan daha sıkıntılı,

2 — Heyecanları daha çabuk bozulan ve kararsızlık gösteren,

3 — Gerek anne karnında gerek doğduktan sonra daha aktif,

4 — Motor hünerleri daha erken öğrenen ve daha iyi beceren,

5 — Ebeveynlerinin daha huzursuz ve güvensiz olduklarını tesbit etmişlerdir.

SEREBROVASKULER HASTALIKLAR

Serebro vaskuler hastalıkların çeşitleri: Beyin damarlarına ait bozukluklar başlıca iki kısımda toplanabilir. Bunlardan birincisi «infarction», ikincisi ise «haemorrhage» kanamadır. Her ikisinin de sonucu «stroke» felç veya inme olarak tanımlanır.

Infarction veya tıkanma, kanamadan daha sıklıkla görülür ve nisbet kanamaya oranla bire üçtür. Tıkanmalı hastaların yaklaşık dörtte üçünün yaşama şansının olmasına rağmen her beş kanamalı hastadan dördü hayatını kaybeder.

Tıkanma beyin damarlarının bir trombüsle daralması veya kapanması sonucu ortaya çıkabileceği gibi vücudun herhangi bir yerinden kopan bir embolinin bir damarda sıkışıp kalması sonucu da oluşabilir.

Hemoraji bir beyin damarının sızması veya yırtılması sonucu beyin dokusu veya subaraknoid mesafeye kanın akmasıdır. Stroke'lar ya tam bir felce veya kısmî felçlere sebeb olurlar. Kişinin hayatında bir defa gelebildiği gibi tekrarlayıcı vasıf da gösterebilirler.

Bazı hallerde tıkanmanın tam olmadığı ve beyin dokusunun kısmen beslenebildiği durumlarda çok hafif pareziler olabildiği gibi çok kısa süreli damar spazmlarında gelip geçici tutulmalar da olabilir. Bu şekilde kısa süreli vaskuler aksedanlara «transient ischaemic attacks» adı verilir. Hasta bir an kendini kaybeder gibi olur, dengesi bozulur, düşecek gibi olur ve hemen kendisini toparlar, daha şiddetli geçici iskemik ataklarda ise hasta düşebilir. Bunlara «drop attacks» adı verilir.

Serebral kanama: Primer intraserebral kanama ve subaraknoid kanama olarak iklye ayrılır. Birincisinde esas sebeb hipertansiyon-

dur. Subaraknoid kanamalarda ise bir anevrizmanın yırtılması veya angioma'nın kanaması bahis konusudur.

Primer serebral kanamalar bazen ventrikül boşluklarına da sızarak bir subaraknoid kanama izlenimi verebilirler. Primer kanamanın ileri yaşlarda, 60-80 arasında, görülmesi beklenmelidir. **Russel** bu tip kanamaların arteriollerin üzerindeki mikroanevrizmaların sızması ile oluştuğunu bildirmektedir. Başlangıç çoğunlukla bir zorlanma, nadiren de uyku sırasındadır. Hasta birden fenalaşır ve iyi tarif edemediği nahoş bir his duyar. Hemen arkasından da hemiparezi yerleşir. Baş ağrısı ve kusma sıklıkla görülür. Hasta kısa süre içinde kötüleşir ve konfüzyona girer. Derin koma, solunum bozulması ve ense sertliği ile nabızda yavaşlama, durumun kötüleştiğinin işaretidir.

Kanamanın en sık rastlandığı yerler, kapsüla interna ve putamendir. Sebep lenticulostriate arterin yırtılmasıdır. Kontrlateral hemipleji, baş ve gözlerin hasta tarafa çevrilmesi kanamayı doğruluyan belirtilerdir. Ağır intraserebral kanamalar ve hematomlar tensoryum fıtıklaşmasına sebeb olur ve «brain stem compression»una yol açarlar.

Serebral tıkanma: Tıkanma sebebi olarak trombüsün, emboliden daha sıklıkla görüldüğü tesbit edilmiştir. Hemen bütün tıkanmaların yarısının iç karotis arterinin yayıldığı alanlarda oluştuğu kabul edilir.

Tromboz: Genellikle 60 yaşın üzerindeki kimselerde rastlanır. İstatistikler son zamanda orta yaşlarda da sıklıkla görülmeye başladığını göstermektedir. Kontraseptif alan kadınlarda bir komplikasyon olarak ortaya çıkabilir. Başlıca sebebi aterosklerozdur. Hipertansiyon oluşu kolaylaştırır. Gençlerde diyabet hazırlayıcı bir faktördür. Damar içindeki sertleşme plaklarının kalınlaşması damar lumenini daraltır. Genellikle aort, karotis, orta serebral arter ve vertebrobaziler arter gibi büyük damarlarda tıkanma olur. Kan basıncı değişiklikleri, damar içinde geçici akım yavaşlamaları trombüs oluşumunu kolaylaştırır. Kardiak çıkışın yavaşlaması veya uyku gibi kan basıncını azaltan haller yetersizliğin başlaması için kâfi sebebtir, **Walton,** 1971.

Bazal ganglionlar, talamus, kapsüla interna, pons ve optik radyasyon bölgelerini sulayan terminal arteriollerde görülen multipl kanamalara «lacunal infarcts» adı verilir.

Klinik görünümleri giderek artan defisit belirtileri ile karakterizedir. Hemiparezi, hemipleji, dizfazi, diplopi, mental konfüzyon en belirgin semptomlardır. Serebral kanamalardan, daha önce de bir kaç hecmenin gelmesi, kısa sürede düzelmeler görülmüş olması ile ayrılabilir.

Serebral emboji: Kalb veya büyük damarların hastalanması sonucu meydana gelir. Trombüs parçaları ya aorttan veya karotisten koparak ayrılırlar. Veya kanda «white emboli» plateletlerden oluşan «aggregate» kitlelerden meydana gelen parçalar damarı tıkarlar. Kalbden kopan parçalar genellikle bir atrium fibrilasyonundan sonra görülürler. Bunun yanısıra mitral stenoz, bakteriel endokardit ve taze infarktüslerden sonra da emboliler teşekkül eder. Bazen kongenital kalb anomalileri sonucunda bacak venlerinden kopan embolik parçalar akciğerleri geçerek kalbe ulaşırlar. Buna «paradoxical embolism» adı verilir. Bunun dışında travmalardan sonra görülen yağ embolileri de bir tıkanma sebebi olabilirler.

Hastalığın kliniği akut başlar ve çoğunlukla bir hareket ve zorlanma sonucu oluşur. Bütün tablo birkaç dakika içinde gelişir ve saatler geçtikçe açılma ve düzelme görülebilir. Şuur kaybı çoğunlukla olmaz, trombüsten farklı olarak baş ağrısı yoktur. Multipl embolilerin görülmesine de rastlanabilir, **McDonald,** 1937. Hastaların yaklaşık beşte birinde tam düzelme, beşte birinde ölüm husule gelir. Geri kalanlarının değişik sekel belirtilerle hayatlarını sürdürdüğü görülür.

SEREBRAL ARTER SENDROMLARI

1 — Orta serebral arter: Bu damarın ana dalının tutulması kontrlateral hemiparezi ve merkezi tipte hissiyet kaybına sebeb olur. Buna çoğunlukla optik radyasyonun tutulmasına bağlı olarak hemianopsi de eklenir. Damarın distal parçasının tıkanması halinde yüzde, kolda ve elde hafif bir zaaf ortaya çıkar. Hadise dominant hemisferde ise disfazi esastır. Agnozi ve beden imajı bozulması da tabloya eklenir. Arterin derin parçasının tutulması, kapsüla internayı etkiler ve şiddetli bir global hemipleji yerleşir.

2 — Anterior serebral arter: Kolda hakim kontrlateral hemiparezi sebeb olur. Kortikal his kusuru ve disfazi de beraber bulunur. Zihni kusurlar global bir demansı hatırlatacak ölçüdedir. Idrar inkontinansı hasta ve çevresini çok rahatsız eder. Frontal loblara ait rezidüel karakter kusurları ortaya çıkar. Kapsüla internayı sulayan, Hübner arteri olarak bilinen dalının tutulması kontlateral felce sebeb olur, bu felç kol, bacak ve yüzü de içine alır. Hissiyet kaybı sipinotalamik tabiattadır.

3 — İç karotis arter: Bu damarın tutulması genellikle orta serebral arter tutulmasına benzer bozukluklar gösterir. Kollateral dolanımın olması çoğunlukla teşhisin ancak otopside konulması imkânını verir. Kontrlateral hemipleji, monokuler körlük olabilir. Boyunda bir tarafta arter nabzının alınmayışı teşhisi koydurabilir. Ayni tarafta Horner sendromunun görülmesi de bir işaret sayılmalıdır.

Ruhî belirtileri arasında uyuklama, spontan aktivitenin azalması, dispraksi, inkontinans gibi belirtiler sayılabilir.

4 — **Posterior serebral arter:** Kontrlateral hemianopsi, vizuel halusinasyonlar, vizuel agnozilar ve spasyal dizorientasyon şeklinde belirti verir. Alexia, dominant oksipital lobun da tutulduğunu gösterir ve buna korpus kallozumun kuyruk kısmının da hastalanması eklenir.

Talamus ve brain stem'e ulaşan dallarının tutulması halinde kontrlateral talamik sendrom görülür. Kontrlateral hemiparezi ve serebellar ataksi de beraberinde ortaya çıkar.

Bu arterin iki taraflı tutulmalarında kortikal körlük ve inkârcılık şeklinde ruhî araz ortaya çıkar, «Anton sendromu».

Adams ve **Hurwits,** 1974, bu damarın hastalanmasında psikolojik bozuklukların ortaya çıktığını bildirmişlerdir. Gelip geçici konfüzyon halleri, amnezik sendromlar bunların arasındadır.

5 — Vertebrobaziler sistem: Her iki vertebral arter birleşerek baziler arteri teşkil eder. Baziler arter de her iki posterior serebral arterleri besler. Bu sistemin terminal dalları brain stem ve serebellumun kan ihtiyacını temin ederler.

Baziler arter tıkanmaları genellikle öldürücü seyreder. Hastada tam şuur kaybı, deserebrasyon katılığı ve kuadripleji gelişir. Bu sis-

temdeki kısmî tıkanmalar yerine göre değişik görünümler ortaya çıkarır. Brain stem'in tutulması tek veya çift taraflı piramidal bozukluğa ve tutulan tarafta kraniel sinirlerin felcine yol açar. Bazen bir ekstremite bazen de dört ekstremite birden tutulabilir. Hemiparezinin karşı tarafında hissî yollar etkilenir, diplopi, pupilla değişiklikleri, Horher sendromu, yüzde hissiyet kaybı, baş dönmesi, tek veya çift taraflı sağırlık, disartri, disfaji, serebellar ataksi ve görme alanlarına ait defektler ortaya çıkar.

Plum ve **Posner,** 1972, vertebro baziler sistem yetersizliğinde ortaya çıkan, akinetik mutizm, deserebrasyon ve çeşitli derecelerdeki koma hallerinden bahsetmişlerdir. İnen motor yolların ponsun ventral kısmında tutulması sonucu meydana gelen nadir bir sendrom «locked-in» sendromu olarak bilinir. Alt kranial sinirlerin felci, bütün ekstremilerin felci, afoni mevcud olmasina rağmen hasta tamamen açık ve alerttir. Yapılan uyarılara karşı sözlü cevap veremiyen hasta kaş, göz ve baş işaretleriyle anladığını belirtir. Zamanla bu hastalarda sınırlı da olsa bir haberleşme ve komünikasyon görülebilir, **Fieldman,** 1971.

6 — Lacunar tıkanmalar: Fisher, 1968-71, tarafından bildirilmiştir. Çok küçük lakünlerin asemptomatik olduğu, bunun yanısıra büyüklükleri yarım ile birbuçuk santimetreküp arasında olanlarının defisiter bulgular verdikleri kabul edilir. Kapsüla internanın arka kısmında olanları motor hemipareziye sebeb olur. Talamüsun posteryolateralindeki tıkanmalar ise sadece sensoryel bulgular verirler. Bunun dışındakiler, ataksi, disartri ve kranial sinirlere ait eksiklik belirtileri gösterirler. Bunların bazen kümülatif-birikici tabiatta olanlarına da rastlanır ve psödobulber felç veya bunamaya kadar giden kusurlara sebeb olurlar.

7 — Geçici iskemik tıkanmalar - Transcient ischaemic attacks: Damar spazmının çok kısa bir süre için devam ettiği, geçici hemiparezi, disfazi ve diğer bulgularla belirli nöbet şekillerine verilen isimdir. **Russel,** 1970, **Marshall,** 1973, geçici iskemik nöbetin beyne bir süre için belirli bir bölgede kan akımının azalması şeklinde geliştiğini ifade etmişlerdir Fonksiyonun bozulması bunun yanısıra tam bir tıkanmanın olmaması ile belirlidir. Ya kan akımında bir azalma ya da geçici bir damar daralması bahis konusu olabilir. Tıkanmanın mikro embolilerle meydana geldiği ve muhtemelen kalb ve büyük damarlardan koparak beyne ulaştığı düşünülmektedir. Karotis internanın iç duvarındaki ateromatoz plakların kopması sık rastlanan bir sebebdir. Bu emboli içinde, küçük trombüs parçaları, platelet agregatları ve kolesterol bulunmuştur. İkinci durumda kanın hemodinamiğinin bozulması mesul tutulur. Serebroskleroz esas sebebdir. Başın hareketleri ile karotis arterinin bükülmesi veya vertebral arterlerin servikal bölgedeki osteofitlerle sıkıştırılması veya arter subklavia'nın lokal sıkışmaları geçici bir yetersizliğe sebeb olabildiği gibi «steal syndrome» çalma sendromu da sıklıkla bu iskemilere sebeb olabilir. Bu durumda heriki kolda damar basıncının farklı olduğu görülür. Anemiler ve polisitemiler de sistemik sebebler olarak bir yetersizliğe yol açabilirler.

Nöbetler birkaç saniyeden, birkaç dakikaya kadar sürebildiği gibi bir iki saat sürenlerine de rastlanır. Bu şekilde aralıklı nöbetlerle hastanın haftalar ve aylar boyu rahatsız olduğu görülür. Lezyonun karotis arterinde olduğu hallerde, kontrlateral hemiparezi, hemianopsi, disfazi, geçici körlük ve bazen de lezyon tarafında tamkörlük meydana gelir, «amarosis fugax». Bu durumda mikro amboli-nin retinal arterde oluştuğu oftalmoskopla görülebilir. Yüzde geçici hissiyet kaybı, mental konfüzyon, gelip geçici motor ve sensoryel kusurlar ortaya çıkar, **Adams** ve **Hurwits,** 1974.

Vaskuler aksidandan sonra ortaya çıkan kognitif bozukluklar: Damar tıkanmalarından sonra ortaya çıkan kognitif bozukluklar içinde intelektuel sahada görülenler ve yüksek kortikal bozukluklar sıklıktadır. Hastalığın genel belirtileri geriledikten sonra bile bu defisit belirtileri sekel halinde kalırlar.

Anlamanın bozulması, konuşma güçlükleri, dikkat azalması ve hastanın spontanitesinin -kendiliğinden karar verme ve yapma gücünün-azalması önemli kognitif bozukluklar olarak hastayı yatağına ve odasının içine bağlar. Düşüncede perseverasyon, verilen talimatın anlaşılamaması, insight - iç görüş kaybı ve hastanın durumuna vukufunun bozulması, çevresi ile hasta arasında bir iletişim bozukluğuna sebeb olur. Dominant hemisferde orta serebral arterin tutulması bu tabloyu daha da ağırlaştırır. Hastaların çoğu tutulmuş olan felçli organı reddeder veya bu organda gerçekte olmıyan değişiklik-

ler tarif ederler. Postural imbalans - hastanın mekândaki durumunun idrakindeki yanılmalar sebebiyle yattıkları veya oturdukları yerlerde bir türlü rahat edememeleri ve etrafındakileri, devamlı durumunu değiştirmeleri için rahatsız etmeleri çok görülür. Bu bulguların yanısıra disfazi, apraksi, katastrofi ve emosyonel değişiklikler de sıklıkla görülürler.

Fokal tıkanmalara bağlı olarak ortaya çıkan şuur bulutlanmaları zamanla açılır gibi olmasına rağmen mükerrer infarktlar sonucunda tam bir konfüzyon yerleşir. Orientasyon bütünü ile bozulur. Konfüzyonun giderek ağırlaşmasına kardiak ve respiratuar sistemin yetersizliği sebeb olur. Bu şaşkınlık halinin birkaç gün devam etmesi halinde reziduel mental defisitlerin oluştuğu ve hastanın artık açılma şansının olmadığı kabul edilir.

Bir kısım hastalarda ajitasyonun, depresyonun veya apatinin erken ortaya çıkması, hastanın demansa girdiği kanısını uyandırabilir. Özellikle arka serebral arter tıkanmalarında amnezinin ön planda olduğu bu tip bir görünüm ortaya çıkar.

Beden imajı bozuklukları, sağ taraf felçlerinde tabloya lisan kusurlarının eklenmesi, anlamanın bozulması ve apraksi, bazen motor kusurlar düzelmiş olmasına rağmen devam edebilir. Motor kusurları düzelmiş olan bu hastaların postural kontrollarının bozuk olması, denge kusurları göstermeleri, yürümelerinin bozuk oluşu, arkaya doğru düşme meyillerinin bulunuşu hastalığın progresif tabiatta olacağına işarettir, **Adams,** 1967.

Genellikle sağ taraf lezyonları zaman ve mekan orientasyonunu daha çok bozarlar. Hastalar sol taraflarına dikkat edemezler ve dış çevrenin sol yönünü red ve ihmal ederler. Kendi bedenlerini ve «self» lerini de hatalı idrak ederler ve bazı vucud kısımlarını reddederler.

Öğrenme, kognitif ve perseptuel yeteneğin bozulması sonucu çok yavaşlar, genellikle ilk altı ay sonunda bu fonksiyonların düzelmeyişi prognozu kötüleştirir.

Bunama: Yıkım belirtilerinin bir bunama yapacak kadar ilerlemesi için birden fazla tıkanmanın meydana gelmesi gerekir. Her nöbet daha fazla zihni gerilik yapar. Bu tip bir bunama aterosklerotik infarktlar için çok karakteristiktir.

Lacunar infarct'ların, bunamanın oluşundaki rolü «etat lacunaire» lakuner hamleler olarak adlandırılır ve bir taraftan demans ve diğer taraftan da «pseudobulbar palsy» yalancı boğaz felci olarak adlandırılan değişikliğe bağlı olarak gelişir. Zihnî yıkılma genellikle disartri, disfaji, küçük adımlarla yürüme ve bilateral piramidal belirtilerin arkasına gizlenir. Hasta ve çevresindekilerin dikkatinden kaçar.

Fisher, 1963, yukarıda sayılan belirtiler görülmeksizin gelişen ve sinsi bir şekilde ilerliyen bir demanstan bahsetmiş ve buna «parenchymatous senile demantia» adını vermiştir. Bu demansta birincisinde görülen spastik gülme ve ağlama nöbetlerine de rastlanmaz.

Kişilik değişiklikleri : Slater, damar tıkanmaları sonucu meydana gelen kişilik değişikliklerini incelemiş ve bu kimselerin küçük meselelerden çok çabuk etkilendiklerini, çabuk depresyona girdiklerini, huzursuzluk ve sıkıntı duyduklarını bildirmiştir.

Yenilikten kaçınma, daima alıştıkları şartları arama ve bu şartların değişmesine karşı çıkma «neophobia», çevre değişikliklerini en düşük seviyeye indirme, problemler karşısında şaşkınlık ve katastrofiye girmek, nörotik ve obsesif davranışın belirgin hale gelmesi, uykuya meyil, şübhecilik ve paranoid bir mizacın gelişmesi, zevklerin azalması, basitleşmesi, cevap fakirliği ve sadeliği, esneklikten ve hoşgörüden mahrum stereotipik bir düşünce yapısının oluşması bu kişilik değişiklikleri arasında sayılabilirler.

Depresyon : Ullman, felçlerden sonra depresyon nöbetlerinin sıklaştığını tesbit etmiştir. Felçli hasta kendisini yabancı bir çevrede, yeni ve tehdid dolu bir durumda hisseder. Etrafında iyi kavrayamadığı bir şeylerin mevcudiyetini var sayar. Duruma vukufun ve idrakin bozulması onu daha da tedirgin eder. Günlük konuşmada biraz farklı konuların seçilmesi hastayı yalnızlık, güvensizlik ve bir şeyleri kaybedeceği düşüncesine saptırır. Fizik güçsüzlük ve yetersizlik, bir başkasının yardım ve korunmasına bağlı olmak, işin, evvelce sahip olduğu statünün, mali imkânın kaybı ve artık bir işe yaramadığı inancı onu çok çabuk bir bedbinlik ve depresyona götürür.

Hastanın felçten önceki premorbid kişilik yapısı, ailenin ve çevrenin hastaya karşı tutum ve tavırları, hastayı koruyacak kimselerin ve sevdiklerinin hastanın yanında ve yakınında olmayışı, felç

sonrası meydana gelen entelekfuel kaybın derecesi hastanın mukavemetini ve hastalığa karşı tavrını ortaya kor. Bütün bu şartların olumsuz olması halinde depresyon kaçınılmaz bir sonuçtur.

Psikoz: Serebrovaskuler aksedandan sonra endogen depresyonların provoke olduğu, hipomanik reaksiyonların görüldüğü bildirilmiştir, **Visser** ve **Van der Lugt,** 1967.

Davison ve **Bagley,** 1967, geç şizofrenik nöbetlerin serebral tıkanmalar ile ilgili olduğunu göstermiştir. Ayni araştırıcılar paranoid reaksiyonların da serebral iskemiye bağlı olarak ortaya çıkabileceğini ve halusinasyonlu tabloların görülebileceğini ileri sürmüşlerdir. **Shapiro** karotis arteri okluzyonuna bağlı olarak ortaya çıkmış organik psikozlardan bahsetmiştir.

Ullman bu hastaların kısıtlı yetenekleri karşısında bir inkar ve reddetme durumuna girdiklerini ve güçlerini olduğundan çok fazla varsaydıklarını tesbit etmiştir. Hastalar bu eksiklerini konfabule etme, grandiyöz fikirler geliştirme ve aşırı övünme ile kompanse etme eğiliminde olmaktadırlar.

Sensoryel kusurlar : Hemiplejili hastalarda pozisyon hissinin kaybı önemli bir komplikasyon olarak görülür. Haftalar boyu sürebilir. Hastanın hasta kol ve bacağını mekan içindeki normal durumunda muhafaza etmek gereklidir. Kortikal sensoryel kayıplarda diskriminasyon hissî bozulur. Buna bağlı olarak parmakların ince hareketlerinde de beceriksizlik ortaya çıkar. Hemianopsi ve kuadrianopsi zamanla hastanın da bu durumdan haberli olması sonucunda düzelir. Bu devrede hastaya sağlam tarafından yaklaşmak ve yapılacak yardımları ve maniplasyonları bu normal taraftan yapmak lazımdır. Hastanın sol taraftaki mekan ve çevreyi inkar ve reddettiği veya bir sütre için işitme kaybının da bulunduğunu gözden uzak tutmamak lazımdır.

Beden imajı bozuklukları : Organ inkarı, hasta uzvu kullanmak istememek, felçli kol veya bacağın varlığından haberli olmamak şeklinde görülür. Bu bulguların yanısıra anosognozi, sensoryel duyumlardaki kusurlar da görülür. Hastanın aylar boyu hasta uzvu benimsememesi prognozu ağırlaştırır. **Adams** ve **Hurwits,** 1974, sağ hemisfer lezyonlarında disfazik kusurların beden imajı bozukluğunu daha da ağırlaştırdığını ve hastaya yapılması gereken sözlü telkinleri imkansız hale getirdiğini söylemektedirler.

Lisan zorlukları : Disfazik hastaların sadece konuşmalarının değil ayni zamanda çevrelerinde olan bitenden de haberli olma yeteneklerinin bozulduğu bilinmektedir. Hastanın konuşmaması, şiddetli korku ve früstasyona yol açmaktadır. Konuşmasını kaybetmiş olan hasta bunun yanısıra bir seri davranış paternini de kaybeder. Etraftan topladığı bilgileri yetersiz olur. Bu informasyon yetersizliği hastada şaşkınlığa ve izolasyona yol açar. İhtiyaçlarını anlatma zorluğu ve yönelme bozukluğu belirir. **Leche** hastaların yeniden bir lisan öğrenimine tâbi tutulmalarının gerekli ve faydalı olduğunu bildirir, 1972.

8 — Subaraknoid kanama

Serebrovaskuler aksidanların % 8 inde bir subaraknoid kanamanın sebep olduğu tesbit edilmiştir. Daha çok gençlerde rastlanan bu hastalıkta kanama yeri anjiografi ile tesbit edilebilir ve lezyon yeri lokalize edilebilir. Subaraknoid kanamaların % 60 ının anevrizmalar olduğu, % 5 - 10 kadarının anjiomaların yırtılmasından meydana geldiği, % 15 - 20 sinin hipertansiyona bağlı bulunduğu ve nadiren de olsa mono amine oxidase grubu ilâçların yaptığı hipertansif krizler sonucu oluştuğu bilinmektedir. **Villers,** 1966. Bunlardan başka, intrakranial ve spinal tümörler, kan dizkrazileri, beynin ve zarların iltihabi prosesleri de kanamaya sebep olabilirler. Anevrizmalar arterlerin çatallaşma noktalarında ve özellikle Willis poligonunda oluşurlar. Anteryör serebral arter veya anteryör komunikant arterde sıklıkla görülürler. Orta serebral arter ve posterior komunikant arteri de seçerler. Damarın ani yırtılması ile subaraknoid mesafe kanla dolar ve komşuluğundaki arterlerin spazmı ile çevre dokular beslenemez.

Kliniğinde, hasta başında nahoş bir ağrı hisseder. Arkadan başlıyan ağrı enseye ve başın diğer kısımlarına yayılır. Bazı hastalarda şuur açık kalmasına rağmen genellikle şuur bulanır ve kaybolur. Bir kısım hastalar ise şaşkın ve uykuya meyil eder bir durumda olurlar. Özellikle alkolik hastalarda bu durum anlaşılmaz ve sarhoş kabul edilirler.

Şiddetli ense sertliğinin oluşu bir özelliktir. Tendon refleksleri azalmış ve Babinski delili müsbet olmuştur. Papilla ödemi erken ortaya çıkan bir belirtidir. Fokal oftalmoplejiler sıklıktadır. Hemipleji ve afazi vazospazma bağlı olarak ortaya çıkar. Omurilik suyunda basınç artmış ve likor kanlanmıştır. Ksantokromi 36-48 saat sonra ortaya çıkan bir bulgudur.

Walton uzun süre takib ettiği hastalarında % 10 nisbetinde hemiparezinin, % 13 nisbetinde epilepsinin ve % 23 nisbetinde baş ağrılarının kalıcı belirtiler olduğunu göstermiştir. Ayni şekilde % 9 nisbetinde mental semptomlara, % 27 nisbetinde sıkıntıya rastlandığı kaydedilmiştir.

Kognitif kusurlar : Hastalığın başlangıç devresinde akinetik mutizm, şiddetli konfüzyon meydana çıkar. Beyin dokusunun zedelenmesi halinde bu kusurlar kalıcıdır. Hafıza kayıbları ve demans çoğunluktadır. Fokal disfazik semptomlar sıklıkla görülür. **Storey** hastaların % 40 ında entelektuel kusurlar kaldığını bildirmiştir. Her on hastadan birinde bunamanın meydana geldiği ileri sürülmektedir. **Logue,** 1968, anteryör serebral arter lezyonunda demansın çoğunlukta olduğunu söylemektedir. Ayni arterin tutulması hastaların % 40 ında disfazik şikâyetlerin oluşmasına sebep olmaktadır.

Ojeman, 1971, subraknoid kanamaların ventriküllere sızması halinde genişleme husule geldiğini bildirmiş ve ventrikülovenoz şantların bu tip vakalarda faydalı olabileceğini ifade etmiştir.

Amnezik sendromlar : Subaraknoid kanamalardan sonra Korsakoff psikozuna benzer klinik tabloların oluştuğu bildirilmiştir, **Walton** 1953, **Theandler** ve **Granholm** 1967. Bu hastalarda orientasyon kusurları, hafıza bozuklukları ve konfabulasyona karşı bir meyil vardır. Bu sendrom çoğunlukla gelip geçici olup kendiliğinden düzelmeler gösterir. Serebrospinal sıvının kanama sonucu akımının bozulması ve ventriküllerde genişleme husule gelmesi sebep olarak gösterilmiş ve **«shunting»** şant yapılan hastalarda iyileşmenin görüldüğü bildirilmiştir.

Linquist, Norlen 1966, anteryör komimikant arter anevrizmalarından sonra ortaya çıkan ve apati, mizaç değişikliği, hafıza bozukluğu ve emosyonel durgunluk ve lakaydi ile beraber olan sendromlardan bahsetmişlerdir. Operasyondan sonra bu hastalarda ilk altı ay içinde önemli iyileşmelerin olduğu bildirilmiştir.

Şahsiyet değişiklikleri : Subaraknoid kanamalardan sonra kişilik değişikliklerine çok sıklıkla rastlanır. Dürtü azalması, canlılığın «vitality» kaybı, ilgi ve inisiyatif azalması, huzursuzluk, gerileme, iritabilite kolaylıkla uyandırılabilen öfke krizleri ve sıkıntı başlıca belirtilerdir. Emosyonel labilite ve katastrofi sıklıkla görülür. **Storey** 1970, bu hastalarda bir «organic moodiness» organik huy değişikliğinden bahseder. Genellikle durgun olan hasta küçük bir uyarı ile birden parlar, aşırı bencil, çevreye karşı ilgisiz hale gelir.

Bu değişiklikler genellikle orta serebral arter anevrizmalarında görülür. Anteryör komunikant arter anevrizmalarında ise ilgisizlik, sıkıntının azalması, davranışın sorumsuz ve rahat bir hal alması ortaya çıkar ve bu görünüm frontal sendromu andırır, **Logue** 1968.

Sıkıntı ve depresyon : Walton, subaraknoid kanamalı hastaların yaklaşık dörtte birinde sıkıntının görüldüğünü bildirmiştir. Tekrar kanama geçireceği korkusunun bu sıkıntıyı doğurduğu sanılmaktadır. **Storey** 1972, hastalarda sıkıntının yanısıra şiddetli bir depresyonun da bulunduğunu tesbit etmiştir. Nörolojik defisitleri olmıyan hastalarda nörotik belirtilerin ve depresyonun daha belirgin olduğu görülmüştür. Posteryör komunikant arter anevrizmasında depresyonun daha şiddetli olduğu ve uzun süre israr ettiği ve hipotalamusa giden damarların yırtılması ile daha da ağırlaştığı ifade edilmiştir.

Diğer ruhî belirtiler : Hastaların bir kısmında «neurasthenic» belirtiler ortaya çıkar. Yorgunluk, baş dönmesi, gürültüye karşı tahammülsüzlük ve baş ağrıları olur. **Silverman** 1949, nadir de olsa paranoid belirtilerin oluştuğunu söyler. **Storey** 1972, çok az sayıda hastada psikotik arazın görüldüğünü bildirir. **Ecker** bir kısım hastalarda kanamadan önce bir emosyonel huzursuzluğun ortaya çıktığını, **Ullman** şiddetli psikolojik streslerin hastalığı başlattığını, **Adler** uzun sürmüş emosyonel huzursuzluğun arkasından subaraknoid kanamanın başlağını bildirmişlerdir.

9 — **Hipertansiyon :** Bu hastalığın psikiyatri konuları içinde incelenmesi şu sebeplere dayanmaktadır:

a — Hipertansiyonun etyolojisinde kısmen de olsa psikolojik

faktörlerin bir rolü vardır,

b — Hipertansiyonla, belirli kişilik yapıları arasında bir ilginin bulunduğu ve stres faktörünün hipertansiyona sebep olabileceği öğrenilmiştir,

c — Antihipertansif medikal tedavinin yanında psikoterapödik tedavi ihmal edilmez bir derecede önem taşımaktadır,

d — Hipertansif ansefalopatinin gelişmesi sırasında çok sayıda ruhî ve zihnî bozukluklar ortaya çıkmakta ve serebrovasküler aksedanın oluşmasında hipertansiyon önemli bir etyolojik sebep olarak görülmektedir.

Psikolojik faktörler : Hipertansiyonlu hastaların ancak % 10 kadarında belirgin organik sebepler bulunduğu görülmüştür. Bunlar: böbrek hastalıkları, böbrek arterlerinin daralması veya primer adrenal hastalıklardır. Bu sebeplerin dışında oluşmuş bir hipertansiyon için «essential» esansiyel hipertansiyon deyimi kullanılır.

Bu tip bir hipertansiyon için: Stres yaratıcı bir çevre, irsiyet, emosyonel labilite ve periferik damarların hiperreaktivitesi sorumlu tutulur. Bundan dolayı da bu hastalığın psikosomatik bir reaksiyon olduğu ileri sürülür. **McBinn** 1964, psikolojik uyarılma ve strese maruz bırakılma sonucu geçici kan basıncı yükselmesinin meydana geldiğini göstermiştir. Münakaşa, kişiyi yalan söylemiye mecbur etme, belirli bir tehdit durumunda kan basıncının yükseldiği görülmektedir. Hayvanlarda kronik streslerin hipertansiyon yaptığı tesbit edilmiştir. **Graham** insanlarda uzun süren zorlamalardan sonra diastolik basıncın 10 mm/Hg. üzerine çıktığını göstermiş, **Cruz - Coke** 1960, kültürel stres tesirleri sonucu Lima toplumunda, bu topluluk kısa bir süre içinde ilkel yaşamdan modern bir yaşama adapte olmıya çalışmıştı, ortalama kan basıncı değerlerinin yükseldiğini tesbit etmişlerdir. **Heine** 1969, elektroşokla tedavi edilmiş ajite depresyon vakalarında tedavi sonunda kalıcı bir hipertansiyonun geliştiğini göstermiştir.

Wheatley 1975, ağır ve zorlayıcı meslek insanında kan basıncının yükseldiğini, **Cobb** ve **Rose** 1973, hava pilotlarında yıllık kontrolları sırasında hipertansiyonun meydana geldiğini tesbit etmişlerdir. **Robinson** 1963, hipertansiyonlu kişilerin ruhî stresler karşısında normotensif kişilere göre daha duyarlı olduklarını ve kan basınçlarının daha kolay yükseldiğini görmüştür.

Kidson 1973, hipertansiyonlu kişilerin normallere göre gergin, emniyetsiz, nörotik ve Cornell Medical İndex'e göre somatik huzursuzluğu olan kişiler olduğunu göstermiştir. **Alexander** bu kişilerin agresivite ve düşmanlık duygularını bastırmış kimseler olduklarını, karar vermede güçlük çektiklerini, bir taraftan pasif bağımlı ve diğer taraftan da bastırılmış aşırı agresiv duyumların etkisi altında olduklarını bildirmiş ve bu paradoks eğilimlerin kültürel kaynaklı olduğunu ifade etmiştir. **Saul** 1939, ortaya konamıyan agresyon ve düşman fikirlerin ve aşırı heteroseksüel duyumların kan basıncını yükselttiğini, hipertansiyonun oluşmasında spesifik bir predizpozan kişilik yapısının gerekli olduğunu bildirmiştir.

Belirtiler : Robinson 1963, hipertansiyonda görülen belirtilerle emosyonel hastalıkta görülen belirtilerin benzerliğine dikkati çeker. Baş ağrısı, baş dönmesi, yorgunluk, çarpıntı, uykusuzluk ve depresyon her iki hastalıkta da sıklıkla beraberdir. **Stewart,** 1953, hipertansiyonundan haberli olan ve olmıyan hasta gruplarını incelemiş ve haberli olanlar arasında yukarıda sayılan belirtilerin diğerlerine göre % 75 nisbetinde fazla olduğunu tesbit etmiştir. **Robinson** 1969, hipertansiyonun komplikasyonları ortaya çıkmadıkça sessiz bir hastalık olduğunu, sıkıntı ve baş ağrıları dışında diğer belirtilerin hipertansiyon için spesifik olmadığını söylemiştir. Baş ağrısının artmış intrakranial basınç ve görme bozukluğundan olduğu bilinmektedir.

Hipertansif ensefalopati : Bu gün için uygun tedavi altında bulunan kimselerde ortaya çıkması çok nadir bir komplikasyondur. Hastalık, şiddetli bir uyuklama meyli, baş ağrısı, mental konfüzyon ve sersemlik ve anlama kusurları ile başlar. İlk yirmidört saat içinde tablo gelişir. Ortaya çıkan koma genellikle irreversibil olup morteldir. Diyastolik basınç 140 mm/Hg. üzerine çıkar, kusma ve papilla ödemi vardır. Retinopati hemen daima mevcuttur. Kısa süre içinde böbrek ve kalb yetersizliği yerleşir.

Nistagmus, kortikal körlük, ekstremitelerde kuvvet azalması fokal belirtiler olarak görülür. Bu belirtilerin ortaya çıkması tromboz, emboli ve hemoraji oluştuğunun işaretidir. Prognozun kötüleştiğini gösterir. **Dyrom** 1954, hastalığın oluşunda serebral arteriollerde seg-

mental daralmaların sebep olduğunu, otoregulasyonun bozulduğunu, kısa bir süre sonra dilatasyonun meydana gelmesi ile damar dışına sızan kan serumunun serebral ödeme yol açtığını ve böylece ansefalopatinin meydana geldiğini bildirmiştir.

10 — **Migren :** Migren çok sıklıkla görülen, normal dağılıma göre % 5 - 10 arasında, bir hastalıktır. **Pearce** 1969, **Sacks** 1970, **Lance** 1973, bu hastalıkta psikolojik faktörlerin çok büyük bir rolü olduğunu ifade etmişlerdir. Hastalığın normal bir baş ağrısı ile ayırımının yapılması çoğu kere imkânsızdır. **World Federation of Neurology** bu bozukluğun ailevî karakterde olduğunu, şiddeti ve süresi değişen ve tekrarlayıcı nöbetler halinde geldiğini, çoğunlukla tek taraflı olduğunu, bulantı, kusma ve gıdanın reddedilmesi gibi belirtileri olduğunu ve mizaç değişikliği ile yakından ilgili bulunduğunu ifade etmiştir.

Belirtiler : Hastalık bire üç, bire dört nisbetinde kadınlarda sıklıktadır. İlk nöbet çoğunlukla çocukluk yaşlarında başlar. Kırkbeş yaşın üzerinde başlaması çok nadirdir. Çocuklarda görülen peryodik kusmalar ve karın ağrıları gelecekte migrenin başlıyacağının işaretidir. Migrenli hastaların diğer allerjik hastalıklara da yatkınlığı görülmüştür. Baş ağrısı temel belirtisidir. Ağrı nöbeti 8 - 24 saate kadar sürebilir. Bazı hallerde hiç kesilmeksizin günlerce süren nöbetler vardır. Ağrının yeri temporal, supraorbital, retrobulber veya daha nadir olmak üzere paryetal veya oksipital olabilir. Başlangıçta tek taraflı başlıyan ağrılar hastalık ilerledikçe iki taraflı olmıya başlar. Başta zonklama ve sarsıntı olur ve bu duyumlar öksürme ve başın hareketleri ile artar. Fotofobi, sese karşı tahammülsüzlük, yüzde solma, ödem, konjonktivalarda konjesyon ve mide civarında huzursuzluk vardır. Hasta çoğunlukla nöbeti sırasında yatmak zorunda kalır. Hastalığın:

a — «Common migraine» basit şekli, bu şekil çoğunlukla «tension headache» gerginlik baş ağrısı ile karışır.

b — «Classical migraine» klasik şekil, vizüel aura ve şiddetli ağrı ile beraberdir. Nöbetin başlangıcında 5 - 10 dakikalık bir süre içinde görme bulanıklığı olur ve «fortification spectra» veya «teichopsia» adı verilen ve gözün önünde çok renkli ışık sıçramaları şeklinde oluşan illüzyonlar ortaya çıkar. **Hare** 1973, bu ışık illüzyonlarının yirmi dakika kadar sürdüğünü bildirmiştir. Bunun yanısıra hastalar

kıvrılan ışıklar, dönen şekiller ve bir dalgalanma duyumu idrak ederler. Mikropsi, makropsi, eşyanın şekillerinin ve durumlarının değişmesi, eşyanın uzaklaşıp yakınlaşması «zoom vision» ve dizilişlerinin değişmesi «mosaic vision» gibi sensoryel kusurlar gösterirler. Taktil paresteziler, beden imajı bozuklukları, koku ve işitme aldanmaları, tad duyumu idrakinde aldanmalar bu belirtilere eşlik ederler.

c — «Basiler artery migraine», **«Bickerstaff** 1961, vizüel aura ile başlıyan ve iki taraflı ağrıya sebep olan, bir süre için tam görme kaybı yapan ve arkasından brain stem bozuklukları gösteren - bunlar, vertigo, ataksi, disartri, çınlama, kollarda ve bacaklarda sensoryel duyumlar şeklinde kendini gösteren belirtilerdir - bir tablodur. Oksipital bölgede şiddetli bir zonklama hissi alınır. Ağır şekillerinde şuur kaybı olabilir. Hastalık adolesans devresindeki kızlarda ve ailevî bir migren hikâyesi olan kimselerde ortaya çıkar.

d — «Complicated migraine». Bu hastalık «hemiplegic migraine» olarak da bilinir. Esktremitelerde tek taraflı motor veya sensoryel kusurlar ortaya çıkar. Hastalığın başlangıcında veya sonunda vizüel aura vardır. Dominant hemisfer tutulduğu zaman belirtilere disfazi de eklenir. **Whitty - Breadshaw** ve **Parson,** bu migren tipinin de ailevî olduğunu bildirmişlerdir.

e — «Opthalmoplegic migraine», şeklinde baş arısı ve gözün dış adalelerinde pareziler vardır.

f — «Facial migraine». Bu şekli «lower headache» olarak da bilinir. Ağrı, yanaktan veya yumuşak damaktan başlar ve kulağa ve boyna yayılır. Tek taraflı olup migrenin diğer karakterlerini gösterir.

g — «Migrainous neuralgia». Baş ve yüzde tek taraflı şiddetli bir ağrıdır. «Cluster headache» olarak da tanınır. Belirli aralardan sonra hemen daima ayni günleri seçer. Ağrı tarafından gözde sulanma ve burunda kuruluk olur. Bazen bu belirtilere Horner sendromu da eklenir. Hastalığın migrenden ayrı bir sendrom olduğu düşünülmektedir.

g — «Migraine equivalents», çoğu kere ağrısız bir şekildir Sadece vizüel aura veya diğer nörolojik belirtiler vardır. Bulantı, kusma ve uyuklama görülebilir.

Hastalığın seyri : Bir defa başlamış olan migren nöbetlerinin hayat boyu sürdüğü kabul edilir. Bazı hastalar mevsimlere göre değişen nöbetler tarif ederler. Bir kısmı ise ayın belirli günlerinde hastalanırlar. Kadınların bazılarının adetlerinin başlamasına yakın hastalandığı görülür. Vak'aların % 60 kadarında gebelikte nöbetlerin durması ilgi çekicidir, **Whitty** ve **Hockaday.**

Nöbetlerin başlamasında, şiddetinin değişmesinde psikolojik faktörler çok önemli bir rol oynar. Uygulanan beslenme rejimleri de nöbetleri olumsuz yönde etkiler. Alkol, peynir, çukulata ve yağlı yiyeceklerin nöbetleri başlattığı görülmüştür. Oral kontraseptifler nöbetleri ağırlaştırır, **Bickerstaff** ve **Holmes.**

Etyoloji, patoloji : Hastalığın soya çekici karakteri bilinmesine rağmen gerçek etyolojisi karanlıktır, **Nielsen** 1965. Allerjik faktörlerin rolü olduğu görüşü tutmamıştır, **Waters** 1971. Gebelikte düzelmesi ve kontraseptiflerle şiddetlenmesi hormonal tabiatlı olduğunu düşündürmektedir. **Epstein** 1975, hastalıkta nöbetler sırasında vücudda sodyum ve tuz birikiminin olduğunu, nöbetlerin başında hastalarda ağırlık artması ve ödem oluştuğunu ve poliüri ile beraber ağrının azaldığını bildirmiştir. **Pearce** hipotalamik aktivitede bir bozukluk olduğunu söylemiş ve damarların otonomik kontrollarının bozulduğunu ileri sürmüştür. **Lance** kafa içi damarlarının genişlediğini ve uyarının «extracranial» kafa derisi arterlerinden geldiğini iddia etmiştir. **Blau** ve **Davis** 1970, öksürme ve başın ani hareketleri ile nöbetlerin başladığını ve kafa içi damarlarının bu hareketlerden etkilendiğini söylemişlerdir.

Teichopsia ve homonim görme alanı defektlerinin oksipital loblardan, illüzyon, şekil ve büyüklük değişmelerinin optik radyasyondan ve iki taraflı hemianopsilerin de kiasma damarlarının bozukluğundan ileri geldiği görüşü hakimdir. Retina damarlarının okluzyonunun monokuler skotoma yola açtığı, orta serebral ve internal karotis arterinin hemiplejik migrene sebep olduğu ve vertebro baziler sistem yetersizliğinin de brain stem bozukluğu yanısıra migren nöbetlerine sebep olduğu ifade edilmiştir.

Migrenin psikiyatrik yönü : Bütün araştırıcılar migrenli kişilerin çoğunluğunun obsesif eğilimleri olan yuksek zekâ düzeyindeki kişilerden oluştuğu fikrindedirler. Bu kimselerin çocukluklarında hassas,

utangaç bir yapıda oldukları, aşırı bir itaatleri olduğu, bunun yanısıra bazen anlaşılmaz bir karşı çıkıcılık ve inatçılık gösterdikleri dikkati çekmiştir. Çevrelerini domine etmiye meraklı, başarıyı seven, ısrarcı ve titiz kimselerdir. Dış görünüşleri ile iç dünyaları çok farklıdır. **Fromm - Reichmann** bu kimselerde bastırılmış bir düşmanlığın kişilik yapısını etkilediğini ve sevdiklerine karşı anlaşılmaz bir terslik içinde olduklarını bildirmişlerdir. **Sperling** 1964, oral bir fiksasyonun hastalarda varlığından bahsetmiş ve früstasyonlara karşı tahammüllerinin azalmış olduğunu göstermiştir. Migrenli hastalarda «anal - sadistic» eğilimlerin kompulsif bir davranışa yol açtığı ve düşüncede bir «rigidity» katılık oluştuğu düşünülmektedir. Başın bir hedef olarak seçilmesi «pre - genital» fantezilerin ve impulsların çatışmalı objeye çevrilmesine ve sevilen kişinin tahribi duyumuna yönelik bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir. Seksüel sürtüşmeler ve seksüel idantifikasyondaki kararsızlık ve kastrasyon eğilimi hastalığın psikodinamiğindeki esas sebeplerdir, **Fine** 1969.

Sacks 1970, doyum arayan emosyonel dürtülerin migrende obsesif ve bastırılmış kişilik yapısında bir doyum bulamadığını ve bu sebeple nöbetlerin meydana geldiğini bildirmiş, **Selby** ve **Lance** yaptıkları çalışmalarda bu kimselerin aşırı sıkıntılı, hiperaktif ve obsesif yapıda olduklarını ortaya koymuşlardır.

Hazırlayıcı sebepler : Migrenin ortaya çıkışında stres önemli bir sebep olarak görülmektedir. Zaman zaman ortaya çıkan emosyonel değişikliklerden çok, devamlı ve belirgin bir emosyonel gerginliğin hastalığın oluşundaki rolü önemsenmektedir. Karamsar bir kişilik yapısı hazırlayıcı bir sebep olarak kabul edilmektedir, **Rees** 1971. Aşırı hareket artmasından sonra nöbetin başlaması sıklıkla görülür. Zorlu bir çalışmanın arkasından, hafta sonlarında, tatilin başladığı ilk günlerde nöbetlere daha sık rastlanır. İşyeri sürtüşmeleri, kişiler arası münasebetlerin bozulması önemli bulunmuştur. Beklenmiyen olayların araya girmesi, alkol, aşırı yeme veya açlık, nadir de olsa, nöbetleri başlatabilir.

Migrene eşlik eden psikiyatrik belirtiler :

a — Iritabilite ve sıkıntı halleri, hiperaktivite, aşırı konuşma, eksitasyon ile beraber giden ve günlerce sürebilen durumlar görülür.

b — Açlık, cinsel dürtü ve neşe cihetine bir artma olur,

c — Bazı hastalarda günlerce süren bir sessizlik ve konuşmama hali yanında şiddetli bir yorgunluk hali ortaya çıkar,

d — Uyuklama, letarji ve apati baş ağrısına refakat eder,

e — Depresyon, kendine dönük düşmanlık ve küskünlük vardır,

f — Düşünce yavaşlamış, fikir imali azalmış ve muhteva fakirleşmiştir,

g — Şuur, nöbetin şiddetine göre çeşitli derecelerde tutulmuş, aşırı uyanıklılık durumundan uyuklama, letarji ve komaya kadar değişmiştir,

h — Disfazi, apraksi ve agnozi gibi serebral fonksiyon bozuklukları görülür,

i — Renkli halusinasyonlar, mikropsi ve makropsi metabolik bir zehirlenmeyi akla getirecek şekilde ortaya çıkar, bu durum daha çok çocuklarda belirgindir,

j — Amneziler yalnız başına oluştukları zaman hipotalamik ve hipokampal bölgelerin iskemisi bahis konusudur.

k — Beden imajı bozuklukları ya migren ağrısı sırasında veya ağrı kesildikten sonra meydana çıkar. **Lippman,** hastaların anormal bir takım duyumlar aldıklarını bildirir. Bazı hastalarda bedenin bir kısmının uzayıp kısaldığı, başın anormal derecede büyüyüp hafifleştiği, bedenin bir tarafının diğerine oranla daha büyük ve uzamış hissedildiği ifade edilir.

l — **Lippman** bir kısım hastalarında «autoscopy» adını verdiği ve hastanın kendisini çift görmesi olarak tanımlanan bir durumdan bahsetmiştir. Hasta nöbetin başında veya sonunda kendisini ikileşmiş gibi hisseder. Bütün duyumlar bu ikinci bedene aktarılır ve ikincisi sanki gerçek imiş gibi idrak edilir. Bu görünüm hastayı korkutur ve şaşkınlığa düşürür.

m — Affektif bozukluklar **Klee** ve **Sacks** 1968-70, tarafından bildirilmiştir. Sıkıntı, depresyon ve «forced mood» bastırılmış bir mizacın nöbetler sırasında ortaya çıktığı görülür.

n — **Moersch - Bruyn** nöbetin şiddetli olduğu devrelerde konversiyon histerisinin görülebileceğinden bahsetmişlerdir. Bir kısım hastalarda dissosiyasyon ve multipl personalite ortaya çıkabilir. Obsesyon, fobi ve kompulsiyonlar nöbete eşlik edebilir.

11 — **Tension headache :** «Muscle contraction», migren kadar sıklıkla görülen bir hastalıktır. Çoğu kere ikisi bir arada bulunur. Ayırıcı teşhis antimigrenö bir tedaviden hastanın istifade edip etmemesi ile yapılır. Basit migrenle gerginlik baş ağrısı hemen ayni prodromal belirtileri verirler. Emosyonel faktörler her iki hastalıkta da önemlidir. Gerginlik baş ağrısında sebep adalelerin şiddetli kasılmasıdır. Damarların etkilenmemesine rağmen adale içinde birikici metabolitler ağrıyı provoke eder, **Lance** 1973.

Friedman ve **Martin** hastalığın sıkıntı nörozunda, depresyonda ve emosyonel çatışması olan kimselerde görüldüğünü bildirmişlerdir. Ağrının beraberinde hastalarda, yorgunluk, uykusuzluk, konsantrasyon zorluğu ve ilgi azalması vardır. İki ağrı nöbeti arasında bir depresyonun varlığı dikkati çeker. Ağrının şiddeti hastadan hastaya değişir. Ağrının geceleri gelmesi mutad değildir. Başın iki tarafında ve daha çok frontal bölgede duyulur. Ense ve oksipital bölgelerde de sıklıkla görülür. Künt ve ısrarlı bir ağrıdır. Hastalar tarafından bir sıkışma, sertlik ve başta duyulan bir basınç şeklinde tarif edilir. Bulantı ve anoreksi yanısıra kusmalara da rastlanır. Bir kısım hastalar alkol aldıkları zaman ağrının hafiflediğini söylerler, bu durum migrenli hastalarda tam ters olup alkol alınımı ile ağrının migrende şiddetle arttığı görülür.

12 — **Subdural hematoma :** Bu hastalık genellikle kafa travmalarından sonra ortaya çıkar. Bazı hallerde kan diskrazileri ve antikoagülanların da kanamaya sebep olduğu görülmüştür. Korteksle duramater sinuslarını birleştiren venlerin yırtılması sonucu subdural mesafeye kan birikir. Dura ile araknoid zarlar arasında bir kitle teşekkül eder ve ankiste olur. Biriken kan kitlesi bir kafa içi basıncı husule getirecek kadar büyük değilse lokalizasyon arazı vermez. Kolleksiyon çoğunlukla iki taraflı olup frontal ve parietal lobların üzerine basar.

Şuur kaybı, dalgalanan törpör ve koma husule gelir. Hemipareziler ve okuler değişiklikler genellikle sıklıktadır. Bazı hallerde nöro-

lojik belirtilerin yaygın zihnî kusurlar tarafından örtülmüş olduğu görülür. Yaşlı kimselerde kronik subdural hematomlar teşhisi zorlaştırırlar. Kazadan sonra uzun bir geçmiş olması ve hastanın kazayı hatırlamaması tanınmasını geciktirebilir.

Belli belirsiz bir baş ağrısı, sersemlik, konsantrasyon azalması giderek artan belirtileridir. Hafıza yanılmaları ve geçici tam hafıza kayıpları olabilir. Hasta normal ve açık devrelerden, şuurun kısmen veya önemli ölçüde tutulduğu uyuklama ve apati devrelerine girer. Konfüzyon ve huzursuzluk halleri ortaya çıkar. Hastalığın tümör, serebral aksedan ve alkolizmden ayrılması seyrinin çok yavaş olması ile yapılabilir.

Ensefalografi, röntgen ve ekoensefalografi teşhiste yardımcı olur ve genellikle orta hat teşekküllerinde bir kaymanın «shifting» olduğu meydana çıkar. Anjiografi teşhis için çok değerli bir araştırma metodudur. Son zamanlarda geliştirilmiş olan, CAT, Computarised brain tomography de etkin bir teşhis metodudur.

Hematomun boşaltılması genellikle çok olumlu sonuçlar verir. Erken yapıldığı zaman daha da değerlidir.

13 — **Büyük serebral anevrizmalar :** Çapı 1 - 2 cm. aşan ve subaraknoid kanamaya yol açan anevrizmaların çok seyrek göründüğü bilinmektedir. Büyük anevrizmalar daha çok iç karotis arterde oluşurlar. Civar doku ve sinirlere baskı yaparak oftalmoplejilere ve trigeminal sinirde hissiyet kayıplarına yol açarlar. Anevrizmanın yırtılması pulsasyon veren bir eksoftalmiye sebep olur. Willis poligonundaki anevrizmaların yırtılması çok seyrek görülür, **Bull** 1969. Baş ağrısı, demansiyel araz, hemiparezi ve kranial sinirlerin felcine sebep olurlar. **Morley** 1967, yırtılmamış vertebrobaziler anevrizmaların multiple sclerosis, arka çukur tümörleri ve vertebrobaziler yetersizliği taklid ettiğini bildirmiştir. Bu anevrizmaların belirtileri, baş ağrısı, baş dönmesi, konuşma yavaşlaması ve yüzün depresif bir hal alması şeklinde tarif edilir.

EPİLEPSİ

Epilepsi Nörolojik ve Psikiyatrik disiplinleri ayni zamanda ve yakından ilgilendirir. Bu hastalığın motor fonksiyon bozukluğu ve şuur kayıpları yanısıra sebep olduğu davranış bozuklukları ve subjektif idrak bozuklukları, kognitif kusurları, kişilik yapısında meydana getirdiği değişiklikler ve psikotik hastalıklar da çok yaygın olarak görülmektedir.

Bu hastalığın psiko - sosyal yönünün çoğu kere organik tarafından daha ağır bastığı görülmekte ve epilepsi karşımıza kişiye has problemlerle çıktığı gibi çok değişik sosyal problemleri de getirmektedir.

Epilepsi çeşitleri : Brain, epilepsiyi «birden başlıyan, kendiliğinden geriliyen tekrarlayıcı vasıfta paroksistik bir hastalık» olarak tarif etmiştir, 1955. Alter 1972, hastalığı; intelektüel, sensoryel, motor, ve affektif aktivitelerde paroksismal bir değişiklik olarak tanımlamıştır. Bu değişiklik süresi bir saatin altında olmalı ve nöronlarda hipersenkron bir overaktiviteye yol açmalıdır.

Epilepsi, nöbetlerin cinsine, etyolojisine, gösterdiği patolojiye, EEG değişikliklerine ve beyindeki lokalizasyonuna göre bir çok sınıflamaya tâbi tutulabilir. Aşağıda, klinikte sağladığı kolaylıklar bakımından **Merlis** 1970 ve **Gastaut** 1970'ten alınmış bir sınıflama çıkarılmıştır:

1 — Jeneralize epilepsiler,

a — Primer jeneralize epilepsi
Petit mal, Grand mal

b — Sekonder jeneralize nöbetler

2 — Fokal epilepsiler

a — Elementar semptomlar gösteren şekiller
Jackson tipi motor nöbetler

b — Kompleks semptomlar gösteren şekiller
Temporal lob epilepsileri, kognitif ve affektif semptomlar gösteren şekiller, psikomotor nöbetler, psikosensoryel nöbetler

3 — Miks tipte değişik semptomlar gösteren şekiller

Jeneralize nöbetler: Bu nöbetler subkortikal teşekküllerden kaynaklanırlar, bilateral, simetrik bir tutulma gösterir ve nöbetin başlaması ile beraber şuur kaybına yol açar. Çıkış yerleri brain stem, retiküler formasyon ve diffuz talamik projeksiyon sistemidir. Nöbetin başlangıcında bir aura yoktur. Hasta bazen tarif edemediği nahoş bir his duyabilir. Genellikle subkortikal teşekküllerden ortaya çıkmasına rağmen, bazal frontal korteks veya bir başka bölgeden de başlıyabilir. Hemen arkasından bütün subkortikal teşekküller tutulur ve nöbet yaygınlaşır.

Subkortikal teşekküllerden başlıyan nöbet şekilleri «Primary generalised epilepsy, primary subcortical epilepsy ve centrencephalic epilepsy» adlarını alır.

İkinci şekil ise «secondary generalised epilepsy, secondary subcortical epilepsy» olarak tanınırlar.

Petit Mal: Daha çok çocuklarda görülür, yaşın ilerlemesi ile kaybolan selim tipte nöbetlerdir. Bazı hallerde ileri yaşlara kadar devam eder ve Grand mal tipinde nöbetlere çevrilir. Petit Mal nöbetlerinin Grand mal tipi nöbetlerle beraber görülmesi de mümkündür. Sebeb daima subkortikal teşekküllerde bir bozukluktur. Bu hastalığın bilinen üç şekli mevcuddur:

a — Petit mal absence: Bu şekil «piknolepsy» adı ile de bilinir. Çocukluk yaşlarında başlar ve adolesansta kaybolur. 1-4 saniye kadar ve bazen yarım dakika kadar çevre ile irtibatını kaybeder. Hareket ve konuşma durur. Hasta şaşkın ve donmuştur. Bakışlar sabit, yüz soluk, pupillalar genişlemiştir. Postür ve vücud dengesi genellikle bozulmaz. Adale gevşemesine bağlı olarak baş öne düşük olabilir. Göz çevresinde ve kollarda küçük adale kasılmaları görülür. Bu kasılmalara «myoclonic jerks» adı verilir. Bu safhada şuur tamamiyle tutulmuştur ve hasta olayın farkına varmaz, çoğunlukla konuşmaya nöbetin başladığı yerden devam ettiği görülür. Günde bir kaç nöbetten ard arda gelen çok sayıda nöbete kadar tekrarlar olabilir. **Lennox** günde en az bir defa nöbetin gelmediği hallerde bir Petit mal'den bahsedilemiyeceği kanaatindedir.

Bu nöbet şekli, «minor attacks»lardan EEG ve dikkatli bir gözlem ile ayrılabilir.

b — Akinetic seizures: Postural mekanizmayı bozan bir nöbettir. Adale tonusunun ani bir azalması sonucu hasta olduğu yere yığılır. Hasta nöbetin başlıyacağını anlamaz ve birkaç saniye süreyle yere düşer. Buna benzer düşürücü bir nöbet şekli Grand mal epilepside abortif ve kısa süreli nöbetlerde ortaya çıkabilir.

c — Generalised moyoclonic Jerks: Boyunda, kolda ve omuzlarda görülen saniyenin kısa bir parçasında gelişen şiddetli, sarsıcı kasılmalardır. Kasılmalar gövde ve bacaklarda olduğu zaman hastanın dengesini bozar ve düşürür. Nöbetin çok kısa sürmesi sebebiyle bir şuur kaybı olup olmadığı belirlenememiştir. Petit mal absans ve akinetik nöbetler sırasında da görülebilir. Normal kişilerde uykuya geçiş veya çeşitli beyin dokusu hastalıklarının seyrinde de ortaya çıkar. Sub-akut ansefalitler, serebral lipoidoz hastalığı ve Jakop Creutzfeld'de sıklıkla görülür.

Bu üç nöbet şeklinin bazen ayni hastada intervallerle yer değiştirdiği görülür. Bu sebebden dolayı da «petit mal triad» olarak isimlendirilir.

Elektroensefalogramda her üç şekilde de ayni biolelektrik değişiklik vardır. Nöbetin başlaması ile EEG de «spike and wave» diken dalga kompleksi olarak bilinen karakteristik dalgalar görülür. Saniyede 3-4 frekanslı ve başın bütününde ortaya çıkan deşarjlardır. Akinetik şeklinde dalga sayısı 2-3 arasındadır. Jerklerde bazen tek bir diken dalga veya çok sayıda diken ve bir tek dalga halinde görülür, «polyspikes and wave».

Grand mal seizures: Bir ön belirtisi ve aurası olmaksızın gelen ani şuur kayıplarıdır. Bazı hastalar nöbetin geleceğini, bulantı hissi, baş ağrısı ve nahoş bir takım duyumların saatler öncesi ortaya

çıkması ile hissederler. Nöbet bedenin her iki tarafında simetrik ve senkron olarak beliren tonik ve klonik kasılmalarla kendini gösterir. Nöbetin sonunda bir uyku devresi, bulantı, kusma ve baş ağrısı olabilir. Uyku görülmediği hallerde ise hastalarda bir şaşkınlık ve konfüzyon meydana gelir ve hasta bu devrede huzursuz, dezoriante ve dağınıktır. Bazı hallerde kendisinden de haberli olmayıp retrograd bir amnezi dakikalar ve saatlerce sürebilir.

EEG, nöbetin hemen başlarında düşük voltajlı seri bir faaliyet gösterir. Tonik fazda 8-12 frekanslı yüksek voltajlı dalgalar ortaya çıkar, 15-20 saniye sonra bu sivri dalgalarda bir gruplaşma dikkati çeker ve klonik fazın başlaması ile tekrar yavaş dalgalara yerlerini bırakırlar. Nöbetin bitiminden sonra ise düşük amplitüdlü teta dalgaları traseye hakim olur ve fokal bir dağılım göstermiyen saniyede 1-2 frekanslı titreşimler görülür. **Kiloh** 1972 hastaların yaklaşık %20-30'unda nöbetler arasında EEG'nin normal olduğunu, %40'ında ise karakteristik bir anomalinin görülmediğini, geri kalanlarında ise «formes frustes» adı verilen dağınık spike'ler, spike and wave'ler ve polyspike'ler görüldüğünü bildirmiştir.

Focal nöbetler: Bu hastalıkta nöbetler korteksin herhangi bir yerinden başlar. Hemen her seferinde beyin dokusunda lokalize bir lezyon mevcuddur. Beyindeki yerine göre değişik aura'lar şeklinde ortaya çıkar. Bu aura'ların sonunda genellikle bir jeneralize nöbetin başladığı görülür. Tedavi altında olan hastalarda ise sadece fokal belirtilerin ortaya çıktığı ve sınırlı kaldığı «partial» dikkati çeker.

Jackson nöbetlerinin bazılarında nöbetin koldan başladığı ve şuur kaybına yol açmadan gerilediği görülür. Bu tip nöbetlere «minor» nöbetler de denilir.

Geçirilmiş Grand mal nöbetlerden sonra bir kısım hastalarda uzun süren fonksiyonel defektler ve disfazilerin ortaya çıktığı veya nöbetin başladığı tarafta geçici tabiatta hemiparezilerin oluştuğu bilinmektedir. Sar'a nöbetleri sonunda görülen bu tip felçlere «Todd» felci adı verilmiştir.

Bazı hallerde temporal loblardan başlıyan anormal nöron deşarjlarının sentransefalik sistem yerine limbik sisteme yayıldığı görülmektedir. Bu takdirde nöbet süresince şuur bozukluğu görülmekte ve bunun yanısıra davranışlar etkilenmektedir. Bu nöbet tipine «pyschomotor attack» psikomotor nöbet denilmektedir.

Fokal epilepside EEG ritmik dikenler, sharp waves, slow waves veya ritmik teta ve delta ritminde dalgalar göstermektedir. Aktivite, lezyon tarafında bir lokalizasyon verir, ya bir hemisfer veya ikisi birden tutulur.

Temporal lob otomatizmlerinde bilateral senkron delta veya teta ritmi ortaya çıkar. Fronto-temporal loblarda bu değişiklik daha belirgindir. Hızlanmış bir aktivite görülebildiği gibi tamamen normal bir EEG paterni de mevcud olabilir. Nöbetler arası EEG kayıtları spike, sharp wave yığışmaları gösterir ve bazen de «miror» ayna delili olarak bilinen ve her iki hemisferde faz çakışması olarak tanımlanan bir görünüm ortaya çıkar.

Diğer epilepsi çeşitleri: Bunlar nadiren görülen ve tanınması oldukça zor nöbet şekilleridir. Sırasıyle:

1 — **Reflex epilepsi :** Belirli bir uyaran karşısında gelen nöbetlerdir. **Daube;**

a — Vücudun belirli bir yerine dokunulması sonucu ortaya çıkan,

b — Müzik dinlemenin sebep olduğu «musicogenic» nöbetlerden bahsedilmişler. **Critchley, Shaw, Hill, Dally, Barry** fotik stimulasyon sonucu ortaya çıkan epilepsinin mevcudiyetini ortaya koymuşlardır. «televizion epilepsy».

Robertson, Sherwood çocuklarda ellerin gözler önünden hızla geçirilmesi ile ortaya çıkan epilepsi nöbetlerinin varlığını göstermişlerdir. **Eickford** kolların ani hareketi ile nöbetin başlıyabileceğini bildirmiştir.

Refleks epilepsinin en önemli özelliği psikojenik tarafının ağır basmasıdır.

2 — **Tonic seizures :** Genellikle bütün vücuda yayılan tonik kasılmalardır. Bazen tek taraflı olur ve parmaklarda yazı yazmıya benzer hareketler şeklinde ortaya çıkar. Klonik safhası olmıyan bu kaçak hareketlerin psikojenik tabiatta olması çok muhtemeldir. Bazal gang-

lionlardan çıktığı düşünülen bu nöbetlerin ekstrapiramidal, subkortikal ve striatal şekilleri söylenmiştir, **Lennox.** Tonik postural hamle'de vücudun antigravite adalelerinde şiddetli kasılmalar olur ve şahıs opistotonus durumuna girer. Baş, boyun ve bacaklar ekstansiyonda, kollar fleksiyon durumundadır ve hasta yerde topukları ve başı yere değmiş durumda adeta bir köprü kurar. Bu hastalıkta orta beyin ve ponsun yukarı kısmında bir lezyon bahis konusudur. Brain stem'e bastırmış serebellar tümörlerde de görüldüğü tarif edilmiştir, «cerebellar fits».

3 — **Gelastic epilepsy :** Durdurulamıyan sebepsiz gülme nöbetleri şeklindedir. Çocukta başın birden öne düştüğü ve bir kıkırdamanın başladığı görülür. Çoğunlukla bir sar'a nöbeti olduğu anlaşılmaz. **Roubleck,** bu nöbetin bir heyecanlanma sonucu başladığını ve arkasından bir seri otomatizmin ortaya çıktığını ileri sürer.

4 — **Diencephalic veya autonomic şekil :** Çoğunlukla jeneralize bir nöbetin başlangıcında görülen otomatik hareketlerdir. Bazen bir büyük nöbet olmaksızın da görülürler. Hastalarda ani ortaya çıkan idrar etme, defekasyon isteği, sıcaklık veya üşüme hissedilmesi, kızarma teneffüs hızlanması, nefes almada güçlük ve midede nahoş bir duyum alınması şeklinde ortaya çıkar. Daha çok medial temporal lobların hastalanmasında görülen nöbet şekilleridir.

5 — **Hypsarrhytmia :** Çocuklarda ve bebeklerde görülen ve yaygın beyin dokusu hastalığına bağlı olarak ortaya çıkan bir EEG değişikliğidir. Belirli bir klinik görünümü yoktur. EEG de gayrimuntazam spike ve wave'ler görülür. Klinikte massif klonik kasılmalar ve büyük veya küçük nöbetler olabilir. Başın ve bedenin birden öne kasılması ile belirlenen şekline «slaam attack» adı verilir.

Bir süre nöbetleri devam eden çocuklarda zamanla zihnî bir geriliğin oluştuğu dikkati çeker.

ETYOLOJİ

İstatistikler her bin kişiden 4 - 5'inin epileptik olduğunu, her yüz kişiden beşinin hayatlarında en az bir defa nöbet geçirdiğini göstermiştir. Kadın ve erkekte tutulma nisbeti aynıdır. Hastalığın çocuklarda ilk yaşın içinde başladığı, yaşın ilerlemesi ile tutulma nisbetinin azaldığı, ileri yaşlarda ise nadiren görüldüğü bilinmektedir. Her dört vak'adan birinde ilk nöbetin beş yaşın altında ortaya

çıktığı, hastaların dörtte birinde 5 - 14 yaş arasının nöbetlerin ortaya çıktığı devreye rastladığı, ancak on vak'adan birinde 15 - 19 yaşlar arasında görüldüğü, geriye kalanlarda ise nöbetlerin yirmi yaşın üzerinde görüldüğü tesbit edilmiştir.

İlk yirmi yaş içinde başlıyan nöbetlerin çoğunlukla Grand mal tipinde olmasına rağmen yirmi yaşın üzerinde çıkan nöbetlerin daha çok fokal epilepsilerden oluştuğu dikkati çekmektedir. Bu açıdan bakıldığında epilepsinin bir hastalık olmaktan çok bir semptom olduğu görüşü benimsenmektedir. Sebebi bilinen şekiller için «symptomatic» veya «Secondary», bilinmiyenler için «primary» denilmesi adet olmuştur.

Primer şekil : Hastalığın hikâyesinde veya muayenesinde hiç bir sebebin bulunamadığı şekildir. Eskiden kullanılmakta olan «idiopathic» deyimi artık kabul görmemektedir. Bunun yanısıra aranırsa bir sebebin bulunabileceğini ima eder anlamında «cryptogenic», «functional» veya «metabolic» tabirleri daha sıklıkla kullanılmaktadır. Genel kanaat bu tür epilepsi için «sebebi bilinmiyen şekil» tabirinin en uygun olacağıdır.

Alstrom, Juul - Jensen, Gudmundson ve **Pond** gibi araştırıcılar sebebi bilinmiyen şeklin bütün epilepsi türlerine oranla yaklaşık % 60 ilâ 75 arasında olduğunda hemfikirdirler. Sebebi bulunamıyan epilepsiler içinde aurasız Grand mal ve Petit mal nöbetlerinin önde geldiği görülmektedir. Bu tür epilepside nöbet aralarında hiç bir nörolojik bulgu tesbit edilemediği gibi psikiyatrik belirtiler bakımından da belirgin semptomlar yoktur **Alstrom,** sebebi bilinmiyen epilepsilerde ruhî arazın ancak hastaların % 21'inde ortaya çıkmasına mukabil organik lezyon tesbit edilen şekillerinde ruhî belirtilerin % 58 oranında ortaya çıktığını göstermiştir.

Sebebi bilinen epilepsiler :

Doğum travması ve konjenital malformasyonlar : Doğum travmasına bağlı epilepsi nöbetleri çocukluğun çok erken devrelerinde ortaya çıkar. Travma sonucu ya bir serebral hemoraji veya anoksi husule gelir. Bunun yanısıra yeni doğanda kardiovasküler ve teneffüs yolu hastalıkları, metabolik bozukluklar ve infeksiyonlar da epilepsi-

ye sebep olurlar İnfantil hemiplejili ve spastik çocuklarda ve mental defekti olanlarda da hastalık ortaya çıkabilir. Poransefali, mikrogiri, tüberoz skleroz ve arteryo - venoz malformasyonlar da çok erken başlıyan epilepsi nöbetlerine sebep olurlar, Sturge - Weber ve Lindau hastalıklarını da bu arada belirtmekte yarar vardır.

Post - traumatic epilepsi : Kafa travması ve yaralanmaları genç-lerde çok sık görülen bir sebeptir. Ana sebebi süperfizyal kanamaların organize olması ve sikatris teşekkülüdür. Ayni şekilde glial reaksiyon ve lokal beyin dokusunun tahribi de önemli sebepler arasındadır. Post travmatik şekil sadece hastalık açısından değil getirdiği adlî ve sosyal meseleler bakımından da büyük önem taşır. **Jennet** kapalı kafa travmalarından sonra hastaların % 5'inde ilk haftalar içinde, yarısında ilk sene içinde, üçte birinde ise ilk dört sene içinde nöbetlerin ortaya çıktığını göstermiştir. Delici cisimlerle olan kafa yaralanmalarında ise epilepsinin ortaya çıkma nisbeti **Russel** ve **Whitty**'e göre % 30 - 50 arasındadır. Motor sahaya yaklaşan yaralanmalarda ise bu oranın % 65'e kadar çıktığı görülmektedir.

Post - infectious epilepsi : Gerek beynin gerek zarlarının iltihaplı hastalıkları erken safhalarda nöbetlerin başlamasına yol açarlar. Sar'a, ansefalitlerde, menenjitlerde olduğundan daha sık görülür. Çok geç yaşlarda ortaya çıkan epilepsi şekillerinde bir nöro - sifilizin varlığı araştırılmalıdır.

«Febrile convulsions» çocuklarda ateş yükselmesi sırasında görülen epilepsi şeklidir. Bir taraftan ateşin diğer taraftan da toksinlerin hamle eşiğini düşürmesi sonucu oluştuğu kabul edilir. Genetik bir predispozisyonun bulunduğu ve bu çocukların daha sonra 4 - 5 yaşlarında kalıcı bir epilepsi geliştireceklerine dair kanaat vardır.

Serebrovasküler hastalıklar : Hipertansif ansefalopati hecmeleri ve serebral ateroskleroz ileri yaş insanında epilepsi için sık rastlanan bir sebeptir. Özellikle serebral embolilerin sar'a nöbetlerine yol açtıkları bilinmektedir.

Serebral tümörler : Geç yaşlarda ortaya çıkan epilepsi nöbetlerinde öncelikle bir kafa içinde yer işgal eden proses düşünülmelidir. Tümörlerin çoğu kere bir sar'a nöbeti ile ilk belirtilerini verdikleri

ve yaklaşık beşte birinde epilepsinin ayrılmaz bir bulgu olduğu bilinmelidir.

Dejeneratif hastalıklar : Çocuklarda ve yaşlı kimselerde dejeneratif ve demiyelinizan hastalıklar sar'a nöbetlerine sebep olurlar. Çocuklarda lipoidoz ve tüberoz skleroz yaşlılarda multiple skleroz, presenil ve senil demansların seyrinde de epilepsi ortaya çıkabilir.

Drug ve toksinler : Alkol ve uyuşturucu maddelerden kesilme sırasında nöbetler ortaya çıkar. Yaşlılarda barbituratların birden kesilmesi sırasında sar'a nöbetlerine sıklıkla rastlanmaktadır. Amphetaminlerin, ergo alkaloidlerinin ve stereoidlerin nöbeti provoke ettikleri bilinmektedir. Ayni şekilde phenothiazine'ler, antidepressipler ve bazı böcek öldürücü ilâçların da evlerde kullanılmaları sırasında epilepsi nöbetleri görülebilir.

Metabolik sebepler : Çocuklarda galactosaemia ve pyrdoxine yetersizliği sar'a nöbetlerine sebep olur. Üremi ve hipokalsemi ise her yaşta hastalığı başlatır. Elektrolit dengesizlikleri, hipoglisemi ve eklampsi ve porphiria da sar'a için sorumlu hastalıklar arasındadır.

Temporal lob epilepsisinin sebepleri : Temporal lobektomiler sırasında ele geçen patolojik materyel arasında eskarlar, infarkte dokular, selim tabiatlı küçük tümörler «hamartomas» ve mesial temporal lob sklerozu sıklıkla görülmektedir. **Falconer** ve **Taylor** temporal lob sklerozunun temporal epilepsi vak'alarının hemen yarısında görülen bir sebep olduğunu bildirmişlerdir. Sklerozda Ammon boynuzu hücrelerinin ve komşu dokuların yaygın bir glial infiltrasyona uğradığı, olayın tek taraflı olduğu, ayni glial tutulmanın temporal lobun medial kısmında ve amigdalalarda da görülduğü tesbit edilmiştir. Olay, doğum sırasında posteryor serebral arterlerin sıkışması ve bunun sonucu bir anoksi oluşmasına bağlanmıştır.

İkinci ve önemli bir sebep de çocuklukta geçirilmiş febril konvulsiyonlar ve status nöbetleridir. Bu nöbetler sırasında ortaya çıkan anoksi sklerotik epileptojenik bir lezyon oluşmasına sebep olmaktadır, **Meldrum** 1974.

Epilepsinin genetiği :

Epilepsinin kliniğinde çok değişik ve yaygın bir semptomatolojinin bulunması bu hastalığın genetik ile olan ilgisinin net bir şekil-

de ortaya konmasına engel olmaktadır. Bir kısım hastalarda genetik faktörler sorumlu tutulabilmesine karşılık non - genetic olarak epilepsinin meydana geldiği de açık bir şekilde bilinmektedir.

Radermecker ve **Dumon** bir «convulsive treshold» konvulsiyon eşiğinden bahsetmişler ve bazı kimselerde bir uyarılabilme yatkınlığından söz etmişlerdir. **Pratt** ve **Slater,** ikizlerde, birinde hastalığın olması halinde diğerinde de ortaya çıkma ihtimalinin yüksek olduğunu tesbit etmişlerdir. **Conrad**'ın epileptiklerin aileleri arasında yaptığı çalışmalar bu hastalığın herediter bir geçişimi olduğunu düşündürmektedir. Özellikle «idiopathic» denilen tipinde genetik geçişim doğrulanmıştır. **Matthes,** çocuklarda görülen petit mal nöbetlerinin diğer petit mal nöbetlerinden farklı olduğunu göstermiş ve birincilerin genetik geçişimli olduğunu ileri sürmüştür.

Epilepside ağırlaştırıcı ve hazırlayıcı sebepler :

a — Herhangi bir sebeple beden gücünün azalması,

b — Uykunun bozulması,

c — Aşırı yorgunluk,

d — Açlık ve hipoglisemi,

e — Kadınlarda adetler sırasında,

nöbetlerin sıklaştığı görülmektedir. Bunların dışında şok ve heyecan hallerinde, kişiler arası münasebetlerin bozulmasında, stres ve gerginlik durumlarında da nöbetler sıklaşır. **Servit** dış şartların üçte bir nisbetinde epileptik nöbeti uyarıcı olarak tesir ettiğini bildirmiştir. Bu nisbet psişik konflilerde % 23 olarak hesaplanmış ve gerek mental gerek fizik aktivite artmasının ise % 6 kadar nöbetlerin sıklaşmasına sebep olduğu anlaşılmıştır.

Bunun yanısıra bazan hastaların fizik aktivite ve zihnî bir faaliyetle nöbete engel oldukları veya başlamış olan bir nöbeti hafifletebildikleri ileri sürülmektedir. **Symond** 1959, hastalardan % 5 kadarının zihnî bir konsantrasyonla nöbetlerine engel olabileceklerini söylemektedir. Bir kısım hastaların ise fokal hamleleri vücudlarına yaptıkları herhangi bir uyarı ile durdurabildikleri görülmüştür.

Aura : Fokal epileptik nöbetlerden önce gelen aura'lar nöbetin

başladığı yeri bildirmesi, lezyonu beyinde yaklaşık olarak lokalize etmesi bakımından çok önemlidir. Bundan başka aura'ların epileptik lezyonun iyice gelişmeden çok önce ortaya çıkması tedavide ve teşhiste zaman kazandırması bakımından da değer taşımaktadır. Auralar basit elemanter duyumlardan, çok karışık heyecan ve düşünce bozukluklarına kadar değişen belirtiler verirler. Belirtilerin özelliği auranın çıktığı beyin bölgesinin fizyolojik tabiatına bağlıdır. Şuur bir anda, kişi için çok yabancı duyumların istilasına uğrar. Birkaç saniye ve nadiren biraz daha uzun bir zaman için bu değişik duyumlar kişiyi rahatsız eder ve hasta subjektif olarak bu kısa süreyi daha da uzun imiş gibi algılar, **Pond** 1957. Nöbet geçtikten sonra hasta genellikle bu aura safhasını hatırlamaz. Ancak aura uyarısını aldığı anda kişinin korkulu gözlerle baktığı, bir yere sığınmaya çalıştığı veya anlaşılmaz bir iki ses çıkardığı görülür.

Prodromata : Bu ön belirtinin aura'dan farkı ani gelmemesi, yavaş yavaş ve bazen birkaç gün içinde, gelişmesidir. Daha çok çocuklarda görülür ve temporal nöbetler için karakteristiktir. Çoğunlukla psikolojik bir takım gösteriler halindedir. Anlama zorluğu, huzursuzluk, apati ve zihnî donukluk hastada giderek artan şiddette ortaya çıkar. Nadir olarak bazı hastalar bu devrede bir enerji ve hareket artması gösterebilirler. İştah artması, yüzde solma veya sıcaklık basması gibi otonom sistem belirtilerine de rastlanır. Böyle bir devre, arkasından nöbetlerin sıklaşacağı bir devrenin geleceğine işaret eder.

Frontal nöbetler : Frontal loblardan başlıyan nöbetlerin aura'sız oluşları primer jeneralize nöbetlerle karışmasına sebep olur. Frontal lobların posteryor kısımlarından kaynaklanan nöbetlerde ise «adversive aura» adı verilen ve baş ve gözlerin lezyonun karşı tarafına çevrilmesi ile belirlenen kaçak hareketler ortaya çıkar. Prerolandik korteksten çıkan nöbetler çoğunlukla bir «jackson march»a sebep olurlar ve ritmik klonik hareketler şeklinde başladığı tarafın dil, yüz ve ekstremitelerinde ortaya çıkarlar. Bazen de karşı tarafa atlar ve iki taraflı kaçak hareketlerle beraber şuur kaybına yol açarlar. Eğer lezyon, konuşma merkezinin bulunduğu tarafta ise aura bir disfazi şeklinde belirir. Frontal lobların orbital parçasından çıkan sar'a nöbetlerinde deşarjların limbik sistemi de etkilemesiyle sanki bir temporal lob nöbeti gibi karmaşık ve tanınması zor aura şekillerine rast-

lanır. **Penfield** ve **Erickson** bu tür nöbetlerde hastalarda bir düşünce karışıklığı ve yığışmasından bahsederler.

Paryetal nöbetler : Bu bölgelerin epilepsisinde sensoryel tipte bir Jackson nöbeti görülür. Hastalar parestezi, sıcaklık ve soğukluk hissi, donukluk, uyuşma ve acıma gibi duyumlar hissederler Paryetal lobların arka kısım nöbetleri ise beden imajında bozulma, bir uzvun veya bedenin bir kısmının olduğundan daha hafif veya daha ağır hissedilmesi, büyümüş veya küçülmüş hissedilmesi, yokluğu veya bedenin diğer kısımlarından ayrılmış gibi duyulması şeklinde idrak yanılmalarına sebep olur.

Bunun yanısıra ekstremiteler bedende yer değiştirmiş olarak veya nadiren bir fantom organ varmış gibi hissedilir.

Orta hat nöbetleri : Hemisferlerin iç yüzleri ile üst kenarlarından kaynaklanan nöbetlerde çok değişik görünümler ortaya çıkar, **Kennedy** 1959. Rolandi yarığının hemen önündeki suplementer motor bölgenin tutulmasında karşı taraftaki koldan başlıyan burulma hareketleri görülür Konfüzyon, konuşmanın tutulması «speech arrest» ve epigastrik duyumlar alınır. Bu bölgenin daha arkasındaki lezyonlarda karşı taraf ayak ve bacakta parestezi, rektal ve genital bölgelerde iyi tarif edilmiyen duyumlar ortaya çıkar. Bu duyumlar gerçek bir seksüel birleşimde duyulan hazzı andırır.

Oksipital nöbetler : Karşı taraf görme alanının yarısında görme kusurları şeklinde bozukluk yapar. Ya bir skotom veya hemianopik görme alanı defekti husule gelir. Bunun yanısıra elemanter halusinasyonlar, ışık ve renk aldanmaları, zigzag yapan çizgiler ve saçılan ışıklar görülür. Temporal nöbetlerden farki kompleks ve forme halusinasyonların ve sahnelerin olmayışıdır.

Temporal lob nöbetleri : Temporal lob auralarında motor konvulsiyonlar ortaya çıkmıyorsa bu auraların psikojenik kaynaklı olduğu ve bir zihnî bozukluğu yansıttığı düşünülür, «psychic seizures».

Bu bölgenin auralarında çok sayıda otonom sistem belirtisi ve vizeral duyumlar alınır. Epigastric aura bunların içinde en iyi bilinenidir. Hasta, karından göğüse doğru yayılan ve bazen ağrı ile de beraber olabilen nahoş bir his duyar. Bazı hastalar midelerinde bir

korku duyduklarından bahseder, **Falconer** ve **Taylor** 1970. Başta tuhaf bir ağrı duyumu, kızarma, sıcaklık ve soğukluk duyumları, taşikardi, prekordial ağrı, öksürük ve apne gibi otonom sisteme ait belirtiler de temporal loblara ait auralar olarak dikkati çekerler.

Bir kısım auralar idrak aldanmaları şeklinde kendisini gösterir. Boyut değişmeleri ön plandadır. Spontan halusinasyonlar oluşur. Duyulan gerçek sesler uzaklaşıp yakınlaşır veya aniden şiddetleri ve tonları değişir. Objeler canlı imiş gibi algılanırlar. Kişi kendisini çevresinden uzaklaşmış ve gerçek anlamını kaybetmiş gibi hisseder. Derealizasyon ve depersonalizasyon duyumları alınır. Tanıma ve hafıza bozulur ve kişi déjâ vu ve Jamais vu tarzında kognitif kusurlar gösterir.

Yaşanmış eski tecrübeler kompleks halusinasyonlar halinde görünür. Bir kısım materyel küçülmüş olarak sahneye gelir, buna «Lilliputian hallucinations» adı verilir. Bu durum gerçek objelerin olduğundan küçük görünmesi halinden ayrılmalıdır, «micropsia».

Süperyor lateral temporal girustan çıkan işitme halusinasyonları zil sesi, vızıldama türünden elemanter tabiatta olabildiği gibi müzik veya insan sesleri tipinde de olabilir.

Tad ve koku halusinasyonları orta temporal loblardan çıkarlar, özellikle uncinate bölge sorumlu tutulur. Yalanma, dudak emmesi, şapırdatması ve yutma hareketleri ile beraber olur. Koku ve tad halusinasyonları bazen de şuur bulutlanması ve depersonalizasyon duyumları ile beraber oluşur. Bu durum «dreamy state» veya «uncinate fits» olarak adlandırılmıştır.

Cognitive kusurlar : Konuşmanın, düşüncenin ve hafızanın bozulması olarak bilinir. Geçici disfaziler, inkoherant ve konu ile ilgili olmıyan konuşmalar, düşüncede ağırlaşma, zorlaşma ve şaşkınlık ortaya çıkar. Sadece belirli konuları düşünme obsesyonu görülür. Şahıs kâinatı, yıldızları, intiharı, ölümü veya öldürmeyi düşünür. Bu durum zorlanmış düşünce «forced thinking» olarak bilinir. Kişi iradesi dışında bir seri kelimeyi, cümleyi söyler, düşünce birden durur ve uzun bir süre düşünemez, «evocation of thoughts».

Hafıza kusurları ya hatırlama güçlükleri veya sadece belirli konuların hatırlanmaması şeklinde görülür Déja vu ve Jamais vu sıklıkta-

dır. Nadir durumlarda «panaromic memory» denilen şeklinde kişi bütün geçmişini canlı sahneler halinde yeniden görür. Zaman sıkışması bazen aura şeklinde duyulan garip ve izahı zor bir durumdur. Hasta zamanın hızlandığı hissini alır. Bazen de zaman tamamen durmuş gibidir. Hasta nadiren bu değişimlerin farkına varır ve bu duyumlarının gerçek dışılığını kavrar.

Affektif bozukluklar, temporal lob auralarının sık görülen bir karakteridir. Korku ve sıkıntı hiç bir provokasyon olmaksızın ortaya çıkar. Depresyon, öfke ve huzursuzluk kısa ve uzun süreler halinde devam eder. Keyif ve neş'e cihetine bir affekt artması hemen hemen çok nadirdir. **Williams,** temporal lobun ön yarısındaki nöbetlerde % 70 oranında korku duyumu alındığını bildirmiştir. Temporal lobların herhangi bir yerinin lezyonunda depresyon görülebilir. Posterior temporal lob lezyonlarında hastalar hoş veya nahoş duyumlar alırlar.

Temporal lob auralarının dinamik bir özelliği bir semptomdan diğerine hızlı bir geçiş göstermesidir. Bu değişime «march» adı verilir. Epigastrik bir duyum halinde başlıyan aura, hemen bir tad duyumu aldanmasına dönüşür, arkasından zorlu bir fikir ve düşünce ortaya çıkar ve bunu takiben ya déjâ vu tarzında bir hafıza kusuru veya affektif bir bozukluk olarak korku hali ortaya çıkar. Çoğu kere aura bu elemanter vasfını değiştirir ve hasta tarafından tarif ve tanımlanması imkânsız çok kompleks ve karmaşık idraklerin ayni anda belirdiği görülür. Bu karmaşık duyumların gerçek dışılığı hastayı son derecede rahatsız eder ve şaşkınlığa düşürür. **Williams** 1966, temporal lobların her çeşit duyumun entegrasyonunu yapmakla kalmadığını, bunun yanısıra emosyonların nöral «substrate» yapı maddelerini de oluşturduğunu söyler.

Hill ve **Mitchell** geçmişte yaşanılmış tecrübelerin kısaltılmış ve bir iki sembolik kelime içine sıkıştırılmış bir şekilde muhafaza edildiğini veya aura'nın ideal muhtevasının «ideational content» zamanla değiştiğini, gerçekliğini kaybettiğini ve kısaltılmış ve gerçek görünümünden saptırılmış bir şekilde tekrar şuura aktarıldığını ileri sürmüşlerdir. Bu görüş sembolizasyon mekanizması görüşü ile çok büyük bir benzerlik göstermektedir Bu fenomen «screen memories» adı ile bilinmekte ve represyon, kondensasyon ve sembolizasyon gibi çok önemli ruhî fonksiyonların temporal loblarda üstlendiğine işaret etmektedir.

Psikomotor nöbetler : Süreleri ve zamanlamaları değişik motor davranış bozuklukları dır. Elemanter şekilleri olabildiği gibi kompleks veya maksadı iyi belirlenmemiş nöbetler şeklinde de ortaya çıkabilirler, «semi - purposed». Başlangıçları ve bitişleri çok anidir. Nöbet sırasında EEG de bioelektrik değişim, nöbetin süresince devam eder. Epileptik deşarjın süresi boyunca devam eden davranışsal bir bozukluktur. Çoğunlukla hamlenin başında bir aura görülür. Aura'nın sonrasında genellikle motor konvulsiyonlar veya bir grand mal ile nöbet biter.

Psikomotor nöbetler başlığı altında «epileptic equivalents», «psychomotor attacks», «psychic variants», «automatisms», «fuges» ve «twilight states»leri sayabiliriz.

Bu isimlerin açık bir tarif ve tanımlaması yapılmamıştır. Bazen birisinin bir diğeri yerine kullanıldığı görülür. Psikomotor nöbetler çoğu kere temporal nöbetler karşılığı kullanılmaktadır. Ancak her yüz nöbetten yirmisinin beynin herhangi bir yerinden çıkabileceği öğrenilmiştir. Bunun yanısıra temporal lezyonlu hastaların % 20'sinin ise sadece grand mal tipi nöbetler gösterdiği de tesbit edilmiştir, **Stevens** 1966.

Epileptik otomatizmler : Bu deyim geçirilmiş bir sar'a nöbetinin ardından ortaya çıkan bir şuur bulutlanmasına verilen isimdir. Hasta postural kontrolunu ve adale tonüsünü kaybetmemesine rağmen kaçak bir takım hareketler yapar. Bu elemanter ve kompleks hareketlerinin farkında olmaz, EEG de bu devreye ait karakteristik bioelektrik değişiklik vardır, **Fenton** 1972.

«ictal automatisms» sar'a sonu otomatizmleri çoğunlukla temporal loblara ait aura'lardan sonra başlar. Genellikle bir epigastrik sansasyon duyulur. Konfüzyon, hatırlama zorlukları, başta hafiflik ve dönme hissi, yabancılık hissetme, derealizasyon, çiğneme hareketleri ve salya artması görülür. Bunların arkasından bazen bir grand mal nöbeti başlar.

Süreleri birkaç saniyeden birkaç dakikaya kadardır. Bazen bir saati geçebilir. **Knox** 1968, nöbetlerin % 80'inin beş dakikadan az

sürdüğünü bildirmiştir. Nöbet sırasında hasta çoğunlukla yapmakta olduğu işi sürdürür, sadece şaşkın göründüğü ve kendisi ile bir temas kurulamadığı dikkati çeker. Elbiselerini çekiştirdiği, elini yüzünde gezdirdiği, eli ile herhangi bir şeyle oynamıya başladığı görülür. Daha karmaşık şekillerinde hastanın oda içinde dolaşmıya başladığı «wandering», soyunmak istediği, hareketli cisimlere baktığı ve tekrarlayıcı hareketler yaptığı tesbit edilir. Hastanın yapmak istediği şey ve niyeti iyi anlaşılmaz, becerisi azalmış ve hareketin koordinasyonu bozulmuştur. Alışılmış ve ezberlenmiş hareketlerde nöbet sırasında önemli bir bozulma olmaz, bir terzi makinasında dikişini diker veya bir sürücü şehir dışı bir yolda arabasını sürebilir, ancak trafiğin çok kısa sürelerle değişmesi halinde değişen şarta uyamaz. Nöbet sırasında hastanın çevresi ile normal kognitif teması bozulmuştur, şaşkın ve sıkıntılıdır. Hasta bu durumundan uyandırılmak istendiğinde mukavemet eder ve karşı çıkar, öfke gösterir. Hastaların bu otomatizmleri sırasında tam bir amnezi içinde oldukları bilinir. Bazı hastalar bu devreye ait çok karışık ve bulanık bir takım şeyler hatırlıyabilirler.

Petit mal nöbetleri : Psikomotor otomatizmlerden daha uzun süreli ve EEG de saniyede üç frekanslı diken dalga kompleksleri gösteren bir nöbet şeklidir. Nöbet birden başlar ve ani olarak biter. Birkaç saate kadar sürebilir. Nöbet sırasında hasta şaşkın, persevere, hareketleri dağınık ve düzensizdir. Şuurun tam tutulmadığı hallerde bazı iradeli hareketler yapılabilir. Basit cümleleri anlıyabilir ve emirlere uyabilir. Hafıza tıpkı şuur tutulmasında olduğu gibi ya tamamen veya kısmen bozulmuştur. **Niedermayer** ve **Khalifeh** günlerarlarından bahsetmişlerdir. Petit mal nöbetlerinin dış uyaranlar karşısında ve çevre değişikliğine bağlı olarak kendiliğinden durduğu gözce süren ve «spike and wave stupor» adını verdikleri patit mal vak'arülmektedir. Şuurun tamamen kapalı olmadığı hastalarda bu metodla hastayı nöbetten çıkarmak mümkün olur.

Fuges : Otomatizmler içinde seyrek görülen kusurlardandır. Davranışta patolojik bir dolaşma isteği ile belirlidir. Bu bozuklukta şuurun pek fazla etkilenmediği bunun yanısıra davranışın bozulmuş olduğu söylenir.

Histeriklerdeki kaçışla depresyonlu hastalardaki kaçışlar arasın-

da gerçek bir ayırım yapmak oldukça zordur. EEG bir ölçüde yardımcı olabilir. Bazı araştırıcılar epileptik bir kaçışın gerçek varlığından şüphe eder ve bu bozukluğun psikojenik sebepli olduğunda ısrar ederler. Organik epileptik otomatizmlerin histerik dissosiyasyonda böylesine bir davranış kusuruna yol açtığı ifade edilir. Klasik literatürde epileptik füge'lerin, uzun süreler devam ettiği ve hastanın haftalar ve aylar boyu tamamen değişik bir ortam ve kişilik yapısında gerçek kişiliğinden haberli olmadan yaşadığı iddia edilmesine rağmen bu hikâyelerin doğruluk payı şüphelidir.

Twilight hali : Bu durum epileptik kişilerde çeşitli patolojik halleri izah için kullanılmıştır. Otomatizm ve füge'leri içerdiği gibi fonksiyonel psikotik bozuklukları da ifade eder. Motor bozukluklardan çok anormal subjektif duyumların algılanması şeklinde görülür.

Twilight states saatler ve nadiren de haftalarca süren bir durumdur. Şuur az veya çok tutulmuştur, hasta adeta uykulu «dream like» bir haldedir. Bazen de şaşkın ve geri zekâlı «absent - minded» gibi görünür. Reaksiyonları yavaşlamış ve anlaması zorlaşmıştır. Dış uyarılara karşı cevap vermez, nöbet sırasında bu psikomotor yavaşlama devam eder. Konuşmada ve hareketlerde bir perseverasyon dikkati çeker. Belirgin arazi affektif sahada ve idrakte görülür. Panik, dehşet, taşkınlık, öfke, saldırganlık ve bir nevi trans «ecstasy» husule gelir. Halusinasyonlar hastayı daha da şaşkınlaştırır. Hezeyan ve paranoid fikirler davranışı etkiler. Çok sakin ve sessiz bir şekilde duran hastada birden şiddetli bir motor hareketlenme görülür. Öfke parçalayıcı ve çok ilkel bir vasıftadır. Nöbetlerin uzun sürmesi halinde elektroşokun faydalı olduğu ifade edilmiştir.

Post ictal bozukluklar : Psikomotor nöbetlerden sonra görülen bir seri semptomdur. Grand mal nöbetinden sonra ortaya çıkan bir uyku devresi, bulantı ve kusma post-ictal belirtilerdir. Post-ictal automatic behaviour ise geçirilmiş bir nöbetin sonrasında görülen motor davranış kusurlarını ve şuurun henüz tam açılmamış olduğu bir devreyi işaret eder.

Bazı hallerde bu post - ictal bozukluklar kompleks davranış kusurları şeklinde ortaya çıkarlar ve hareketin maksadı çoğu kere iyi belirlenmemiştir, «semi - purposive». Hasta konfüzyonlu, hareketleri koordinasyonunu kaybetmiş ve hantaldır. **Pond** psikolojik faktörle-

rin davranışı önemli ölçüde etkilediğini bildirir. İritabilite ve ajitasyon yanısıra paranoid fikirlere de rastlanır. Ağır beyin hasarı olan kişilerde bu durum şiddetli bir agresivite ile beraberdir. «Epileptic furoe» olarak tanımlanan bu şiddet ve saldırganlık artması hastanın diğer insanlara hücum etmesi şeklinde ortaya çıkar. Bu safhada hastalarda tam şuur kaybı olduğu ve olanları daha sonra hiç hatırlamadığı görülür.

Post - ictal twilight state halinde hasta günlerce hareketleri ağırlaşmış, durgun bir halde kalır. Affektin bozulması ve halusinasyonların da ortaya çıkması tabloyu daha da ağırlaştırır. Şiddetli karşı çıkıcılık, en küçük uyarılara karşı şiddetli agresif cevaplar ve şizofreniye çok benzer bir görünüm ortaya çıkar.

EPİLEPSİ İLE PSİKİYATRİK HASTALIK ARASINDAKİ İLİŞKİLER

a — **Kognitif bozukluklar: Vislie** ve **Henriksen,** epileptikler ve normal kişiler arasında yaptıkları karşılaştırmalarda sar'alıların zekâ düzeylerinin daha düşük olduğunu göstermişlerdir. Beyin hasarı göstermiyen epileptik çocukların normal çocuklara oranla zekâlarında bir düşüş görülmemiştir. İkizlerde yapılan çalışmalar da ağır bir beyin hasarı olmadıkça epilepsinin zekâ üzerinde olumsuz bir tesiri olmadığını ortaya çıkarmıştır. **Lennox** bu sebepten ötürü epilepsinin korkulu bir hastalık olmadığını ifade etmiştir. Buna rağmen bir kısım epileptiğin zekâsının zamanla eski keskinliğini kaybettiği ve bir «intelectual deterioration» entelektüel yıkım husule geldiği de bilinmektedir. **Lennox** ve **Pond** bu zekâ gerilemesinde: 1 — Herediter faktörleri, 2 — Psikososyal sebepleri, 3 — Nöbetin yaptığı fizyolojik değişiklikleri, 4 — Antiepileptik ilâçları sorumlu tutmaktadırlar.

b — **Psikososyal tesirler :** Çevre şartlarının olumsuz olması epileptik çocukta zihnî gelişimin tamamlanmasına engel olur. Hastalığa karşı gerek ebeveynin ve gerek çocuğun aldığı tavır onun emosyonel kararlılığına, olayları algılama şekline tesir eder ve bir taraftan okul idarecilerinin diğer taraftan çocuğun ailesinin çocuğun okula devam etmesine karşı çıkıcı tavır almaları da bu gelişmeyi olumsuz yönde etkiler ve çocukta bir inferiorite ve izolasyonun başlamasına sebep olur. **Graham** ve **Rutter** sar'alı çocuğun kabiliyetinin daha altında bir seviyede tahsilinin kesilmesinde süratli bir gerilemenin başladığını bildirmişlerdir.

c — **Beyin hasarı :** Çocuğun zekâsının giderek gerilemesi halinde nöbetlere sebep olan beyin dokusu hasarı birinci derecede sorumludur. Grand mal ve Psikomotor nöbetlerin beraber görüldüğü vak'alarda bu zihnî yıkılma çok belirgindir. Nöbetlerin çok sık geldiği durumlarda ise gerileme daha da hızlanmaktadır, **Metrakos** 1960.

Beyindeki hasarın lokalizasyonu önemlidir, Grand mal nöbeti geçiren çocuklarda zekâ yıkımı petit mal geçirenlerden daha fazladır. Temporal lob nöbetlerinde bu zekâ yıkılması diğer bölgelerin epilepsisinde görülenden fazladır. Eğer temporal loblar, doğum travması, infeksiyon ve kafa yaralanmasına bağlı olarak zedelenmiş ise prognoz süratle kötüleşir.

Yetişkinlerde temporal lobların nöbetlerinde bu zekâ yıkımı çok belirgin olup grand mal nöbetlerinde böyle bir gerileme fazla görülmez. **Quadfasel** ve **Pruyser** sar'alı hastalarda komünikasyon yeteneğinde, hatırlamada ve tesbit hafızasında aşikâr bir kaybın ortaya çıktığını psikolojik testler aracılığı ile göstermişlerdir. **Guerrant** 1962, hafıza kusurları, konuşma yavaşlaması, konsentrasyon ve dikkat azalmasının ortaya çıktığını tesbit etmiştir.

Dominant hemisfer lezyonlu epileptiklerin verbal testlere olan başarıları nonverbal olanlarına oranla düşüktür. **Milner** 1964, çocuklarda öğrenmenin temporal lob epilepsisinin varlığı halinde çok zorlaştığını ortaya koymuştur.

d — **Nöbetlerin ve elektroşok tedavisinin tesirleri :** Sık sık gelen nöbetler bir taraftan konsantrasyonu azalttığı, diğer taraftan da çocuğun zamanını aldığı için okula devamını ve öğrenmesini engellemektedir. Bunun yanısıra nöbet sırasında meydana gelen metabolik değişiklikler de zihnî faaliyeti yavaşlatmakta ve aksatmaktadır. Özellikle nöbetler arasında gelen «subclinic» deşarjlar çocukta devamlı bir sıkıntı ve gerginlik durumu meydana getirmekte ve çocuğun dikkati hastalığına yönelmektedir.

Grand mal nöbetler husule getirdikleri anoksi sebebiyle mevcut beyin hasarını daha da arttırmakta ve statüs epileptikus hallerinde bu durum daha da ağırlaşmaktadır. **Pond** anormal elektrik boşalımları-

nın normal dokuları da giderek etkilediğini ve hasarlı beyin dokusu civarındaki ödemin giderek komşu bölgeleri de içine aldığını ve lezyonun genişlediğini ifade etmektedir. Inter - ictal, nöbetler arası devrede mevcut olan elektrik aktivitesinin de dokularda olumsuz etkisi olduğu bildirilmektedir. **Chaudhry** ve **Pond,** nöbetleri uygun bir şekilde kontrol altına alınmış çocukların kontrol edilmemiş sar'alı olan çocuklara oranla bir yıkım göstermediklerini bildirmişlerdir.

e — **Antikonvulsan ilâçlar :** Bu ilâçların yüksek dozda kullanılması halinde hastada konsantrasyon bozulması ve bir sersemlik yaptığı bilinmektedir. Bu maddelerin C vitamini yetersizliğine sebep olmalarının da entelekteül fonksiyonlarda bir gerilemeye sebep olduğu ileri sürülmüştür.

Iyi beslenme rejimine tâbi tutulan hastalarda antikonvulsif ilâçların olumsuz tesirleri fazla önemsenmemelidir. **Reynolds** ve **Travers** phenobarbitone ve phenytoin tedavisi altındaki hastalardan beyin lezyonlu olanlarında bu ilâçların kan seviyelerinin lezyonlu olmıyanlarına göre daha yüksek olduğunu tesbit etmişlerdir. Ilâcın kan serum seviyesinin yüksekliği nisbetinde hastalarda psikomotor yavaşlama artmakta ve bazen de zehirlenme belirtileri ortaya çıkmaktadır. **Reynolds** kronik hastalarda ilâcın uzun süre kullanılması halinde bir zihnî gerilemenin söz konusu olduğunu ileri sürmüştür. **Guey,** ethosuximide ile tedavi edilen çocuklarda, özellikle yaşı büyük olanlarında, düşünce yavaşlaması ve hafıza kusurlarının anlamlı bir şekilde arttığını göstermiştir.

Epileptik bunama: Çok ağır seyreden, çok uzun sürmüş ve beyinde bir lezyon sonucu oluşmuş epilepsi çeşitlerinde **Vislie** ve **Henriksen** bunamanın görülebileceğini ve bu kimselerde pnomoansefalografi ile yaygın bir kortikal atrofinin bulunduğunu göstermişlerdir. Şahsiyet yapısı değişiklikleri, öfke, iritabilite epileptiklerde sık görülen bozukluklar olmasına rağmen gerçek post-epileptik bir demansın varlığı şüphelidir.

Sosyal plânda nörotik gerileme belirtileri ve bazı hastalarda şizofreniye benzer tabloların geliştiği, epileptiklerin karakter eğilimlerinde giderek artan bir yıkımın husule geldiğini bildirir çalışmalar yapılmıştır, **Pond.**

Epileptik kişilik yapısı: Epileptiklerin kendine has bir şahsiyet yapıları olduğu veya sar'a hastalığının giderek belirli bir kişilik yapısına sebeb olduğu görüşü bu gün için değerinden kaybetmiştir. **Guerrant** «deterioration» yıkılmanın sar'alılar için bir kaide olmadığını ve eskiden sanıldığı gibi «kişilik değişikliklerinin» de herediter vasıflı bir «degenerative stigma» olarak görülmediğini, iyi tedavi görmüş ve bakılmış epileptiklerin bu tür parçalanma belirtilerini göstermelerinin zorunlu olmadığını bildirmiştir. Artık epilepsiye has bir kişilik yapısının varlığı kabul edilmemektedir. Bu hastalarda görülen kişilik değişiklikleri beyinde lezyonun yerine, psikososyal faktörlere ve nöbetlerin kontrol edilememesine bağlanmaktadır. Ancak temporal lob epilepsilerinin belirli fonksiyon bozuklukları yaptığı görüşü itibar görmektedir.

Eskilerin epileptik kişilik yapısı adı altında mevcut olduğunu varsaydıkları özellikler; bu kimselerin, itimat edilemez, kurnaz, sinsi, küskün, paranoid, toplum değerlerine karşı çıkıcı olduğu şeklinde tarif ediliyordu. Bunların yanısıra sar'alıların dinî duygulara ve rituellere aşırı düşkün, müz'iç, iritabl ve huylarına göre gidilmesi gereken insanlar oldukları, düşünce yapılarının konkret ve perseveratif olduğu, tavır ve hareketlerinin ağır ve insana sıkıntı verici tekrarlarla dolu olduğu ifade edilmişti.

Araştırıcılar bu sayılan belirtilerin bir kısmının eskiden çok fazla kullanılmış olan bromidlerin yan tesirlerine, bir kısmının çevrenin sar'alıya karşı almış olduğu olumsuz tavra karşı geliştirilmiş bir reaksiyon formasyonuna, bir kısmının ise doğrudan beyinde mevcud lezyona bağlanması gerektiğini bildirmişlerdir. **Pond** ve **Bidwell - Gordon** ve **Russel** epileptiklerde önemli bir özelliğin bu kimselerin çalıştıkları işlerde sebat etmeyişleri olduğunda fikir birliği içindedirler.

Alstrom, sebebi bilinen epilepsi çeşitlerinde kişilik yapısındaki bozukluğun daha belirgin olduğunu, grand mal'de, petit mal'de olduğundan daha fazla çözülme görüldüğünü, **Gudmundsson,** temporal nöbetlerde yıkımın daha belirgin olduğunu söylemişlerdir.

Pond petit mal nöbeti geçiren çocukların pasif ve mızmız olduğunu, nörotik belirtilerin sıklıkla görüldüğünü ifade etmiştir. Bunun

yanısıra beyin yaralanması geçirmiş olanlarının agresif, eksplosif ve değişken bir mizaç geliştirdikleri tesbit edilmiştir.

Nuffield 1961, nörotik semptomların korku, mahcubiyet ve gece korkulu rüyalar görme şeklinde toplandığını, agresyonun ise mizaç parlamaları, şiddet ve çevresine eziyet ve zulüm etme tarzında görüldüğünü bildirmiştir.

Ounsted, hiperkinetik olanların beyin hasarlı çocuklar olduğu, bunların zekâ bölümlerinde de belirli bir düşmenin bulunduğunu, oğlan çocukların kız çocuklarından daha sıklıkla bu belirtileri gösterdiğini tesbit etmiştir.

Gibbs, EEG'lerinde temporal loblara ait deşarjlar gösteren hastalarda şahsiyet kusurlarına daha fazla rastlandığını, bu bozukluğun en fazla anteryör temporal lokalizasyon gösterenlerde görüldüğünü söylemiştir. **Falconer** ve **Taylor,** agresivitenin temporal tipte nöbetlerde çok sık rastlanan bir belirti olduğunu ve her üç hastadan birinde görüldüğünü, ani sebebsiz ve durdurulamıyan şiddet hareketleri şeklinde ortaya çıktığını ifade etmiş ve **Herrington** ise impulsif davranışların hastaya antisosyal bir görünüm kazandırdığını, şübheciliğin, paranoid tavırların, sıkıntının, depresyonun ve histerik gösterilerin bu hastalarda eksik olmadığını belirtmiştir.

Yavaşlık, perseverasyon ve viskozite, sar'alılarda «ixophrenic sendrome» olarak bilinen bir sendromu oluşturmuştur.

Epileptik çocuğa aşırı bir dikkat ve ihtimamın gösterilmesi bir süre sonra hastanın bir «object of anxious concern» sıkıntı veren obje gibi görülmesine sebeb olmaktadır. Çocuk ebeveynine sıkıntı vermekte veya ana-babadan biri çocukla aşırı ilgilenince arada bir gerginlik ve sürtüşme başlamaktadır. Diğer kardeşlerden daha fazla anlayış ve hoşgörü beklenmekte, hasta kardeşi korumaları için kendilerinden de yardım istenmektedir. Hasta çocuğun nöbetlere karşı dikkat ve ilgisinin çekilmesi onda kendine karşı bir aşırı değerlendirme duyumu uyandırmakta «self-evaluation» ve bir süre sonra bir «isolation» yalnızlık duyumu gelişmektedir. Bunun sonucu olarak da egosantri, bağımlılık ve hipokondriler oluşmaktadır.

Epilepside seksuel bozukluklar: Bu kusurlar sar'alılarda daha çok bir hiposeksualite şeklinde görülür. Perversiyonlara pek rastlanmaz. **Gastaut** ve **Collomb** hiposeksualitenin temporal lob epilepsisinde daha çok görüldüğünü ve her üç hastadan birinde hiposeksualiteye rastladığını bildirmişlerdir. Fokal ve generalize nöbetlerin seksualite ile bir ilgisinin olmadığı sanılmaktadır. Cinsel merakın, cinsel fantezilerin ve erotik rüyaların olmayışı karakteristiktir. Hasta bu konularla ilgilenmediği gibi konuşmak da istemez. Cinselliğine karşı ilgileri hemen kalmamış gibidir. **Hierons** ve **Saunders** evli hastaların önemli bir kısmında empotans tesbit etmişlerdir. Bu hastaların bir kısmında istek normal olduğu halde beceri azalmış ve nöbetlerin ilâçla kontrol altına alınmasından sonra da bir kısım hastalarda empotansın ortaya çıktığı görülmüştür. **Taylor** temporal lobektomi geçirmiş hastalardan üçte ikisinde empotans ve azalmış bir seksualite ortaya çıktığını göstermiştir. Masturbasyonun azaldığı ve cinsel ilgide bir durgunluk ortaya çıktığı görülmüştür. **Blumer,** temporal tipte nöbetlerde önemli ölçüde hiposeksualite görülmesine rağmen nadir hallerde hiperseksualitenin de görüldüğünü söylemiştir.

Taylor, daha önce normal seksuel davranış gösteren bazı hastalarda temporal lobektomiden sonra homoseksualite, mazohizm ve ekshibisyonizmin görüldüğünü tesbit etmiştir. **Currier** 1971, bir kısım hastalarında temporal nöbetler sırasında masturbasyon ve seksuel birleşimi andıran hareket otomatizmleri müşahede etmiştir.

Epilepsi ve suçluluk: Bu hastalıkla suç işleme yatkınlığı arasındaki ilk ilişki **Lombroso,** 1911, tarafından ortaya atılmıştır. Bütün epileptiklerin suç işlediği söylenemezse bile suç işlemişler arasında epilepsinin sıklığı da gözden uzak tutulamaz. Bu sebeble suçlularda «epileptoid constitution» sar'a hastalığına bir yatkınlık olduğu ifade edilir.

Uzun süre saklı kalmış epilepsi çeşitlerinin öfke, alkol ve diğer uyuşturucu veya uyarıcı maddelerle açığa çıkarılması mümkündür. Hırsızlık, dolandırıcılık, cinayet, yangın çıkarma gibi suçlar böyle bir hastalığın zemininde kolayca gerçekleştirilebilir. **Maudsley** 1906, suçun âni işlenişi ve ortada gerçek bir sebebin bulunmayışı, şiddet ve gazap halini gösteren delillerin oluşu olayda epileptik bir etkenin olduğunu düşündürmelidir demektedir. «Blind fury» sözcüğü bir çeşit epileptik şaşkınlık karşılığı kullanılmaktadır.

Alstrom, 1950, epileptikler ile normal kişiler arasında belirgin bir

suçluluk farkı bulunmadığını ileri sürmüştür. Bunun yanısıra araştırıcı İsveç toplumunda ruhî hastalık belirtileri gösteren epileptiklerde normallere göre % 7 oranında suç işleme görüldüğünü tesbit etmiştir. Marazi sarhoşluğun suça iten sebebler arasında epilepsiden çok daha etken olduğu bilinmektedir. **Gudmundson** kuzey ülkelerinde erkek epileptiklerdeki suç oranlarının normal populasyondaki erkeklere göre bire üç nisbetinde fazla olduğunu hesaplamıştır. **Gunn** İngiltere'de hapishanelerde her 1000 mahküma 7-8 sar'alı düştüğünü tesbit etmiştir. **Bonn,** suç çeşitlerini incelemiş ve bu hastalarda daha şedid ve kanlı suç çeşitlerinin bulunmadığını görmüştür. **Stafford - Clark,** cinayetten mahkûm olanların EEG'lerini incelemiş ve EEG anomalisi ile suç arasında anlamlı bir korelasyon bulmuştur. Öldürme niyetinin çok açık ve belirgin olduğu mahkûmlarda bu anomalinin % 25 gibi önemli bir nisbette ortaya çıktığı gösterilmiştir. **Hill** ve **Pond** daha sonra bu bulguları yaptıkları çalışmalarla doğrulamışlardır. Kazaen ölüme sebeb olanlarda ve bir tahrik sonucu öldürenlerde EEG değişikliği ve anomalisi oranları düşük bulunmuş, bunun yanısıra hemen hiç bir sebebin bulunmadığı olaylarda kaatillerde önemli ölçüde EEG anomalisine rastlanması çok dikkati çekici bulunmuştur.

Öldürme fiilinin veya diğer suçların özellikle hamle sırasında veya post-ictal safhada işlenip işlenmediği sualine araştırıcıların hemen tamamı **hayır** cevabını vermekte ve suçun işlendiği sırada hastanın nöbet halinde olmasını çok nadir bir ihtimal olarak görmektedirler. **Gunn** ve **Fenton,** suçun işlendiği anda hastanın bir nöbet içinde olması ihtimalini yaklaşık «yok» kabul etmekte ve suçun işlenişinden önce veya sonra hastanın bir nöbet geçirme şansının ise %1-2 arasında olduğunu bildirmektedirler.

Araştırıcılar bir «automatic criminal behavior» doğrudan doğruya bir sar'a otomatizmine bağlanabilecek bir öldürme veya diğer suç olayına rastlamanın mümkün olmadığı kanaatini paylaşmaktadırlar.

Knox 1968, **Roth** 1968 ictal otomatizmler sırasında hastalarda çevre için tehlikeli olabilecek davranışların da çok seyrek göründüğü kanaatindedirler. Ancak hastanın tam şuur tutulması içinde olması halinde antisosyal bir şiddetin ortaya çıkması çok nadir de olsa görülebilir.

Epilepsi ve nörozlar: Pond ve **Bidwell** 1960, epileptiklerin hemen yarısının nörotik şikâyetleri olduğunu söylerler. Ancak epileptiklere has bir nörotik reaksiyondan bahsedilemez. Epilepside nöroz kişinin premorbid şahsiyet yapısına, aile ilişkilerine bağlı olarak gelişir. Epileptik fenomene bağlı olarak ortaya çıkan bir nöroz tipi yoktur. Epileptik hastanın psikososyal streslere uğrama ihtimalinin fazlalığı bu kimselerde nöroz olması şansını arttırır.

Depresyon ve sıkıntı epilepside sık görülen refakat belirtilerindendir. Kronik epileptiklerde yetersizlik ve başarısızlık kişinin çevre ile uyumunu bozar ve sıkıntı ve depresyon ortaya çıkar. Obsesif - kompulsif hastalığın epileptiklerde görülme oranı normal dağılımdan farklı değildir. Fobi şeklinde hastanın nöbet geçireceği korkusuna rastlanır. «Agoraphobia» oldukça sık görülür.

Psikozlar ve epilepsi: Bir psikozun epilepsi ile bağlantısı olup olmadığını kestirmek için elimizde inanılır bir kriter yoktur. Konfüzyon, şuur bulutlanması gösteren ve bunun yanısıra affektif elemanları belirgin olmıyan sendromların epilepsiye bağlı olabileceği bildirilmiştir. Epilepside ortaya çıkan psikotik değişikliklerin,

a — Çok azının nöbetle doğrudan ilgili olduğu,

b — Bir kısmının nöbetler sırasında ortaya çıkan bioelektrik değişiklikler sonucu oluşmuş geçici değişiklikler olduğu,

c — Geri kalanlarının sadece hemzaman olarak nöbetlerin beraberinde görüldüğü ve epilepsiden tamamen müstakil olduğu, kanaatine varılmıştır.

Birinci grup, serebral fonksiyonun ictal veya post-ictal sebeple bozulması sonucu meydana gelir. Birkaç dakikadan birkaç saate kadar sürer, otomatizmler şeklinde görülür.

İkinci grupta hem şuur tutulmasının değişik dereceleri ve hem de fonksiyonel psikotik belirtiler ortaya çıkar. Bu tür tablolarda temporal lob otomatizmleri sorumlu tutulur. Paranoid fikirler, depresyon ve stüpor görülür. Görme ve işitme halusinasyonları da beraberliktedir. Süresi birkaç günden birkaç haftaya kadar değişir. **Pond,** şi-

zofreniye çok benzeyen bu tabloların sonunda grand mal veya petit mal nöbetlerin görüldüğünü söyler. Bu hastaların antiepileptiklerden çok iyi istifade ettikleri dikkati çeker.

Üçüncü grupta şuur tutulması görülmez, affektif, şizo-affektif ve şizofrenik tablolar halinde görülür, «schizophrenic like - diseases» şizofreniye benzer tablolar adı altında toplanır.

Şizofreni ve epilepsi: Davison, Bagley, Flor, Henry bu konu ile uğraşmışlardır Şizofreni ve epilepsi arasındaki ilişki,

a — Şizofrenik hastalarda epilepsi nöbetlerinin ortaya çıkması,

b — Kronikleşmiş epilepsi vak'alarında şizofrenik belirtilerin görünmesi, şeklinde araştırılmıştır. **Hill**'e göre şizofrenik hastalarda sıklıkla epileptik dalga paternlerine rastlanmaktadır. Genç kimselerde akut başlamış nöbetlerde bu değişikliklerin hastaların %25'inde görüldüğü bildirilmiştir. Özellikle katatonik şizofrenide EEG değişikliği daha belirgindir. 3-4 frekanslı spike ve wave paroksizmleri görülmektedir. Bu hastalarda insulin koma tedavisi sırasında ve kendiliğinden grand mal gibi nöbetlere rastlanmaktadır. Hastalarda photo-metrazol uyarı eşiğinin düştüğü ve hipoglisemiye karşı daha duyarlı oldukları gösterilmiştir.

Bu iki hastalık arasındaki ilişkiler değişik fikirlere yol açmaktadır. Eski görüş, şizofreni ve epilepsinin bir arada barınamıyacağı şeklinde iken bu gün böyle bir ilişkinin varlığı kabul edilmemektedir. Bu gün için kabul edilen kronik halusinasyonlu paranoid tabloların epilepsi ile beraber görüldüğü ve temporal loblardan kaynaklanan sar'a nöbetlerinin şizofreniyi andırır tablolar husule getirdiğidir. **Slater, Beard, Glithero**'nun çalışmaları bu son görüşü doğrulamıştır.

Şizofreniye benzer psikozlar: Bu tür psikozlar **Hill** ve **Pond** tarafından tarif edilmiştir. Sistematizasyona meyil gösteren hezeyanlı ve halusinasyonlu sendromlardır. Neologizm, kelime sıkışması «condensation», cümle kopukluğu mevcuddur. Gerçek şizofreniden farkı affektin genellikle etkilenmemesi ve normal kalmasıdır. Hastalarda hebefreniklerde görülen yıkım belirtilerine de rastlanmaz. Hastalık antiepileptik tedavi sonunda epileptik nöbetlerin seyrekleşmesi ve durması sırasında meydana çıkar. 10-15 yıllık bir epilepsi hastalığı sürecinden sonra oluşur Başlangıç yaşı 30 civarındadır. Hastalık

birden hezeyanların ortaya çıkması şeklinde başlar. Kısa birkaç haftalık epizodlar halinde seyreder, daha sonra kronikleşir. Çocuk yaşlarda ve ileri yaşlarda ortaya çıkan şekillerinden de bahsedilmiştir. İlerlemiş şekilleri paranoid şizofreninin görüntüsüne girer. Hezeyanlar daha çok dini ve mistik karakterdedir. Depersonalizasyon ve derealizasyon fikirlerinden kaynaklanır. Kontrol edildiği, kendisine tesir edildiği şeklinde pasivite fikirlerinin ön plânda olduğu görülür. Bu fikirler sistematize olup itisafi vasıftadır. Şualar, elektronik tesirler, magnetik güçler, düşüncenin okunması, hipnotize edildiği inancı hastanın meşgul olduğu konulardır.

İritabilite, saldırganlık veya depresyon türünden emosyonel kusurlar da görülür. Korku, şaşkınlık, yalnızlık duyumları ve bazı vak'alarda affekt küntleşmesi tarif edilmiştir. Hastalık süratle kronikleşme gösterir. **Slater** organik şahsiyet değişikliklerinin de meydana geldiğini ve hastalarda spontanitenin kaybolması, gerileme, konkret düşünme ve hafıza kaybının görüldüğünü bildirmiştir.

Hastalarda görülen epilepsi türünün temporal tipte olduğu, her üç hastadan ikisinde nöbetlerin mevcut olduğu ve EEG de temporal bir lokalizasyon görüldüğü ifade edilmiştir. Hastaların önemli bir kısmında nöbetlerin organik bir lezyona bağlı olduğu, doğum travması, orta kulak iltihabları veya ensefalitlerin sorumlu tutulduğu veya temporal lobektomilerden sonra ortaya çıktığı görülmüştür.

Teorik ilişkiler : Symon 1932, epilepsi ve şizofreninin temporal loblarda meydana gelen ayni temel fizyolojik bozukluklar sonucu oluştuğuna inanmaktadır Sar'anın erken ortaya çıkan ve aralıklı seyreden bir serebral fonksiyon bozukluğu olduğunu ve şizofrenik psikozun, bu bozukluğun bir sonucu olduğunu ileri sürmektedir.

Bozulmuş elektrofizyolojik aktivitenin, temporo-limbic sistemdeki olumsuz etkisinin akut değişikliğinde sar'a nöbetlerinin meydana geldiğini bunun yanısıra «backgraund» nöbet husule getirmek için yeterli olmıyan temeldeki bioelektrik bozukluğun ise psikozu oluşturduğunu bildirmektedir. **Slater** bu görüşü desteklemektedir. Psikozun başlama yaşı ile epilepsinin başlama yaşı hemen hemen aynıdır. Organik şahsiyet bozukluğunun artması nisbetinde korteksteki atrofinin şiddeti bir paralelizm göstermektedir. **Slater** hücrelerin sayısal kaybının psikoza yolaçtığına inanmaktadır. **Flor-Henry,** lez-

yonun lokalizasyonu ile psikotik belirtilerin türü arasında bir benzerliğin bulunduğunu, şizofreniye benzer psikozların daha çok dominant hemisferde lokalize olduğunun anlaşıldığını, affektif psikozların ise non-dominant hemisferi seçtiğini bildirmişlerdir.

Konu henüz açıklığa kavuşmuş olmamakla beraber,

a — Şizofreni ile epilepsi arasında etyolojik bir benzerliğin bulunduğu,

b — Ayni patolojik proseslerin bir taraftan epilepsi ve diğer taraftan da şizofreni için bir sebeb olabileceği,

c — Temporal lobların her iki hastalıkta da etkin rolü oynadığı,

d — Serebral dominansın affektif ve nonaffektif psikozların oluşunda bir farklılık gösterdiği,

e — Ayni serebral lezyonun bazen epilepsi ve bazen de şizofreni için bir sebep olabileceği, ancak bu farklılığın mekanizmasının bu gün için bilinmediği,

f — Psikozun oluşmasında temel ve tek sebebin fizyojenik olduğu ve her psikozun progresif bir seyirle demansa yaklaştığı,

sonuçları bu güne kadar yapılmış olan deneysel ve istatistik çalışmalarla açığa çıkarılmış bulunmaktadır.

Şizofreniye benzer gelip geçici epizodlar : **Davison** ve **Bagley** epileptiklerde kısa süreli epizodlar halinde belirip kaybolan ve kendine has bir pato-fizyolojisi olan sendromlardan söz etmişlerdir. **Landolt,** birlikte görülen «twilight states» ve «psychotic episodes» den bahsetmiş ve psikotik nöbetler sırasında bu kimselerin EEG'lerinde anormal elektrik aktivitede bir düzelme tesbit etmiştir. Araştırıcı bu bioelektrik düzelmeye «forced normalisation» adını vermiştir. Hastalık bazı hallerde polimorf bir karakter göstermesine rağmen bir kısım hastalarda şizofreniden ayrılamıyacak kadar benzerlik göstermektedir. Hastalarda huzursuzluk, aşırı hareket artması, gürültücülük ve ruhî gerginlik vardır. Halusinasyonlar ve hezeyanlar çok belirgindir. Orientasyon genellikle normal olmasına rağmen bazen otistik davranıştan dolayı kısmen bozulmuş görülebilir. Düşünce çoğunlukla açık ve berraktır. Hastaların bir kısmı hastalığının farkında olabilir. Bazı hastalarda bir amnezi ortaya çıkarsa da hafıza genellikle normaldir. Hastalık birkaç günden birkaç haftaya kadar devam eder ve bu süre içinde hastada epileptik nöbet görülmez. Psikoz genellikle antiepileptik tedavinin başlaması ile başlar ve ilâcın kesilmesi ile beraber hastalık geriler. Bir iki elektroşok tedavisinin de nöbeti durdurduğu görülür. **Davison** ve **Bagley,** epileptik hastada yeni bir antikonvulsan ilâca başlandığında psizokun ortaya çıktığına işaret etmişlerdir. **Dongier** paranoid epizodların başlaması ile beraber EEG deki anomalitenin düzeldiğine dikkati çekmiştir. **Reynolds** folik asit ve B12 metabolizmasındaki bir bozukluğun hastalığın temelinde yattığını iddia etmiştir.

Affektif psikozlar : Affektif psikozlarla epilepsi arasında direkt bir bağlantı kurulamamıştır. Hernekadar sıkıntı ve depresyon hallerine sar'alılarda sıklıkla rastlanmış ise de bu değişiklikler nörotik tabiatta olarak kabul edilmişlerdir. Bir kısım hastalarda «dysphoria», iritabilite ve agresyonun görülmesi **Hans** ve **Magnus** tarafından mental instabiliteye bağlanmıştır. **Dongier**'in çalışmalarına göre geçici psikozların içinde affekt bozuklukları %30 nisbetinde görülmektedir. Temporal lobektomi geçirmiş hastalarda bu affekt kusuru daha da sıklıktadır. Epilepsiye bağlı olarak manik psikozun görülmesi nadirdir. **Gregoriadis,** sağ hamisfer lezyonlarında affektif bozukluğun sol taraf lezyonlarında ise şizofrenik ve paranoid reaksiyonların daha sıklıkla görüldüğünü bildirmektedir.

İntihar ve epilepsi: İstatistikler epileptiklerde intihar oranlarının normal dağılım oranlarına göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. **Prudhomme** bu nisbeti normallere göre bire iki olarak hesaplamıştır. **Henriksen** yaşlı epileptiklerde bu nisbetin bire üç olduğunu göstermiştir. Epileptiklerde ölümle biten intihar teşebbüsleri normallerde ölümle biten intihar teşebbüslerine göre daha fazladır. Ayni epileptik gerek sayıca ve gerek intihar etmek için seçtiği yolun daha gaddar olması sebebiyle normallerden ayrılır. **Gunn** mahkümlardan sar'alı olanların gerek teşebbüs ve gerek niyet bakımından diğer epileptik olmıyanlarına göre daha fazla intihar yatkınlığı taşıdığını göstermiştir.

Epilepsinin teşhisi: Epilepsinin öncelikle bir hastalık olmayıp bir semptom kompleksi olduğu unutulmamalıdır. Epilepsiyi teşhis ve

sebebini açığa çıkarmak için yapılan çalışmalar çoğu kere netice vermiyebilir. İleri yaşlarda nöbetin başlaması beyinde serebral bir lezyon olması ihtimalini arttırır. Baş ağrısı ve diğer nörolojik refakat belirtilerinin olması hastanın daha da dikkatle incelenmesini gerektirir.

İkinci önemli husus nöbetin tipinin tayin edilmesidir. Petit mal nöbetlerinde dokusal bir patolojinin aranmasına çoğu kere gerek yoktur. Grand mal nöbetlerde ise dikkatli olmak gerekir. Fokal nöbetlerde bir lokal sebebin bulunma ihtimali çok fazladır.

Nöbetin tipinin tayini tedavi açısından da önem taşımaktadır. Petit mal nöbetlerini temporal lob otomatizmlerinden dikkatlice ayırmak lâzımdır. Bu iki durumda kullanılan anti-konvulsan ilâçlar değişiktir. Bazı hallerde grand mal nöbetler sadece bir lobdan kaynaklanır ve cerrahi tedaviden istifade ederler.

Hastanın hikâyesinin öğrenilmesi büyük dikkat ister. Ailede epileptiklerin olması jenetik bir etyolojiyi düşündürür. Doğum zorlukları, geçirilmiş ateşli hastalıklar, ensefalitler, ağır bir kızamık, şiddetli bir gripal enfeksiyon, geçirilmiş bir kafa travması epilepsi için bir sebep olabilir. Yaşlılarda serebrovasküler iskemik ataklar, serebral tümörler, alkol, uyuşturucu maddeler dikkatten kaçmaması gereken hususlardır.

Muayenede kafa içi basıncının artmış olması, nörolojik belirtilerin varlığı önemli bulgulardır. El ve ayaklarda az da olsa büyüklük farkları, «growth asymetries» erken yaşlarda oluşmuş bir beyin hasarını düşündürebilir. Hipoglisemi, üremi, hipokalsemi uygun metodlarla araştırılmalıdır. Röntgen, gerek kafa içinde ve gerek organlardaki yer işgal eden prosesleri ortaya çıkarabilir. CAT de ayni maksadla kullanılabilir.

Elektroensefalogram çoğunlukla nöbetin yerini ve varlığını ortaya koymak ve doğrulamakta faydalı olur. EEG'nin çok faydalı olduğu hususlar,

a — Sık sık jeneralize nöbet geçiren ve taraf belirlenemiyen hastalarda lokalizasyon belirlemesi açısından,

b— Temporal lob nöbetlerinde taraf belirlemek maksadı ile,

c — Nöbetin başlamasına birden fazla sebebin etkili olduğu durumlarda,

d — Hamlenin klinik tanımlanması bir lokalizasyon tesbiti için yeterli değilse,

şeklinde sıralanır. Bundan başka tedavinin şeklinin tayininde ve temel bioelektrik aktivitenin bozulmuş olduğu hallerde gerçek patolojinin bilinmesinde de EEG hekime yardımcı olur. «Backgraund» temel aktivitenin belirli bir odakta azalması veya kaybolması bu bölgede dokusal bir lezyonun bulunduğuna işaret eder. Aynı şekilde bir delta dalgasının ortaya çıkması bir tümörü düşündürebilir. Temel bioelektrik aktivitede bir dizorganizasyonun görülmesi ve yavaşlamanın olması bir metabolik hastalık için delil sayılabilir

Bütün bunlara rağmen klinik olarak nöbet geçirdiği tesbit edilen bir kimsede EEG'de bir anomalinin olmayışı epilepsiyi reddettirmez. Ayni şekilde nöbet geçirmiyen bir kimsede de EEG anormal bir görünüm verebilir.

Psikometri: Epilepsinin özellikle temporal tipinde lateralizasyon tayininde bir yardımcı olabilir. Hastanın çalışıp çalışamıyacağına, entelektuel kapasitesinin tayininde ve tedavinin genel olarak düzenlenmesinde ve hastanın sosyal statüsünün belirlenmesinde yol gösterici olarak psikometrik testlerden geniş ölçüde istifade edilir.

Ayırıcı teşhis: Birçok serebral hastalık ve fenomen epilepsi ile karışabilir. Bunlar, hipokalsemi, senkop, geçici iskemik atak, migren, histeri ve birçok psikiyatrik hastalık olabilir. Aşağıda epilepsi ile karışması muhtemel olan hastalıklardan bahsedilecektir:

a — Paroksismal serebral fonksiyon bozuklukları. Bunların başında «vazovagal» nöbetler ve «syncope» gelir. Hasta tam ayağa kalkarken birden olduğu yere yığılır. Bazen ağrı duyulması, iğne yapılması gibi belirli bir sebeb vardır. Hastanın bir fenalık hissettiği, gözlerinin karardığı, başının döndüğü ve arkasından da şuurun kaybolduğu görülür. Şuur tutulması ile beraber yüz solar, nabız yavaşlar ve zayıflar, bazı küçük adale kasılmaları görülür, ancak idrar kaçırması ve dil ısırması hemen hiç görülmez. Nöbet bir iki dakika içinde biter ve epilepside olduğu gibi nöbet sonunda bir uyku devresi ve şaşkınlık devresi olmaz. Hafızanın sadece şuurun tutulduğu

devre için kaybolmasına rağmen sar'ada kısa veya uzun süreli bir retrograd amnezi vardır

Bu nöbet çoğunlukla «micturition syncope» adı verilen bir durumla karışır. Hasta gece idrar etmek için yataktan kalkar, postural hipotansiyona bağlı olarak kendini kaybeder ve düşer, bu sırada zaten dolu olan idrar kesesi de boşalır.

EEG syncope ile epilepsi arasında bir ilişkinin varlığını göstermemektedir.

Her nekadar **Gastaut** ve **Fischer** senkop sırasında EEG de yavaş bir aktivite tesbit etmişler ise de şuurun açılması ile bu anomali normale dönmüştür.

b — Stokes Adam sendromu : Tekrarlanan şuur kayıpları ve bazen konvulsiyonlarla beraber görülür. Kalb ritmindeki bu âni değişiklik kısa süreler içinde normale döndüğü için bir epilepsiden ayrılması zordur. Elektrokardiogram bazen nöbet aralarında da kalb ritmindeki kesiklikleri gösterebilir ve anormal bir EKG'yi işaret edebilir. Aort darlığının da bazen bu tür senkoplara yol açtığı bilinmektedir.

c — Hipoglisemik nöbetler : Bu hastalıkta görülen konfüzyon halleri ve anormal davranışlar kolaylıkla bir epileptik otomatizim olarak değerlendirilebilir.

Bayılmanın yavaş gelişmesi, terleme, çarpıntı, titremeler ve baş dönmesinin de olması bir şeker düşmesini düşündürmelidir. Nadir de olsa şeker azlığı bir grand mal veya petit mal nöbetini başlatabilir.

d — Geçici iskemik atak: Çok kısa sürdüğü zaman fokal epilepsiye çok benzer. **Gibbert,** nöbetlerin âni başladığını, birkaç dakikadan birkaç saate kadar süren bir düzelme devresi gösterdiğini, motor belirtilerinin bir sar'a nöbetine çok benzediğini, ancak paralizilerin olması ile tanınabileceğini bildirmiştir. Bu paraziler de bazen fokal epileptik nöbetlerden sonra ortaya çıkan Todd paralizisi ile karışabilir. Bu ikincisinde kuvvet zaafı birkaç saat kadar sürer ve sonunda tamamen kaybolur.

e — Migren: Bu hastalık genellikle ortaya koyduğu vizuel kusurlarla epilepsiye çok benzer. Bunun yanısıra diger sensoryel bozukluklara da yol açması epilepsi ile karışmasına sebep olur. Baş ağrısının olması migreni, epilepsiden ayıran önemli bir belirtidir. Nadir gelen ve saatler süren amnezik ataklarla beraber olan migren şekillerinde sar'a ile ayırım güçleşir. Migreno ataklarda küçük otomatizmlerin de olduğunu **Moersch** ve **Nielsen** adlı araştırıcılar göstermişlerdir.

f — Histeri: Günümüzde büyük histerik nöbetlerin giderek azaldığı görülmektedir. Bu iki hastalığı ayırmadaki güçlük her ikisinde de şuurun belirli bir ölçüde kaybolması ve postamnezik davranış kusurlarının ortaya çıkmasıdır. Bazı kimselerde her iki hastalığın da beraberlikle bulunması teşhisi zorlaştırır.

Alışkın bir göz için histerik bir hamle ile epileptik bir hamlenin ayrılması çok kolaydır. Tonik ve klonik fazlar histeride bulunmaz. Siyanoz ve soluklukda değişiklik olmaz ve patolojik refleksler ortaya çıkmaz. Epilepside mevcud olan kornea refleksi kaybı, grand mal'de görülür, dil ısırması, idrar kaçırma ve âni düşmelere bağlı çarpma ve yaralanmalar da histeride bulunmazlar. Tam tersine histerikler düşecekleri yeri önceden kararlaştırır ve itinalı bir şekilde düşerler.

Fokal kortikal kaynaklı epilepsi nöbetlerinde şuur kaybı olması şartı yoktur, bu tür hamlelerde nöbet sonunda hastada ağlama, inleme, oflama ve benzeri seslerin çıkarılması halinde bir histeriyi düşünmek yerinde olur.

Histeriklerde nöbetin başkaları tarafından görülmesi arzu edilir. Çoğunlukla nöbet öncesinde hastanın emosyonlarını uyaran bir olayın bulunması da histeri için karakteristiktir.

Nöbetin hemen öncesinde veya sonrasında EEG alınması teşhis için çok aydınlatıcı olur. Temel aktivite değişiklikleri, spike'ler, Spike - wave kompleksleri ve slow ritm epilepsi teşhisi için yeterli olur

g — Episodik sıkıntı nöbetleri: Sıkıntı nöbetlerini temporal bir epilepsi nöbetinden ayırmak çok kere zorlaşır. Özellikle panik hali ve depersonalizasyon da sıkıntı ile beraber olursa sar'a ile karışması mümkündür. Her ikisinde de korku, depersonalizasyon, déjà vu ve idrak distorsiyonu vardır. Nadir hallerde nörotik kişilerde de halusinasyon görüldüğü bildirilmiştir. Sıkıntının çok fazla olduğu durumlarda bayılmanın olduğu ve idrar kesesinin de dolu olması halinde bu sıkıntılı kimselerin idrarlarını da boşalttığı görülmüştür. Çok heyecanlı hastalarda şuurun kısmen de olsa bulutlanması bu hastalarda sı-

kıntı veya epilepsi arasında bir ayırım yapmayı oldukça güçleştirir. Ancak sıkıntının yanısıra şiddetli psikiyatrik belirtilerin de beraber bulunması episodik sıkıntı için karakteristiktir.

Sıkıntı, epileptik grupta birden başlar ve birden kesilir, nörotiklerde ise sıkıntı giderek yavaşlar ve kaybolur. Epileptiklerde semptomlar «march» denilen bir şekilde bir düzen içinde gelişirler ve şuur kaybı ile tablo sonlanır. Konuşma tutulması ve otomatik davranışın görülmesi epilepsi için belirgin olup nörotiklerde bu bulgulara rastlanmaz. Bunların yanısıra nörotiklerde «immaturity» ve «over-dependency» gibi olgunluğa erişememiş olmak ve aşırı bağımlılık da ayırıcı kriterlerdir.

h — Şizofreni ve temporal lob epilepsisinin birbiri ile karışabileceği daha önce de bildirilmişti. **Karagulla** ve **Robertson** bu her iki hastalıkta da görülen ortak belirtilerden bahsetmişlerdir. Düşünce boşlukları, düşünce yavaşlaması, başın içinde veya dışardan gelen seslerin duyulması, görme halusinasyonları, düşünce blokajı, mekân idrakî yanılmaları, beden imajı bozuklukları, birden duyulan gerçek dışılık duyumları, âni korkular, panik halleri, sıkıntı ve «ecstasy» hali bunlar arasındadır.

Grand mal nöbetlerinin görülmediği hallerde bu epileptik auralar çok kere şizofrenik episodlar gibi teşhis edilebilir. Epileptik halusinasyonlar çoğunlukla uçucu ve çabuk değişici türdendir. İyi hatırlanamaz ve tarif edilemez. Konuları çok değişiktir ve şizofrenide olduğu gibi hikayeleri de yoktur. Phenothiazine'lere bağlı olarak şizofrenlerde grand mal tipi nöbetlerin görülmesi veya EEG lerinde spike'lere rastlanması teşhisi karıştırır. Özellikle katatonik hastalarda bu durum sıklıkla görülebilir.

Klinik tablonun kısa sürmesi, arada «twilight state»lerin görülmesi halusinasyonların kesif, kompleks ve sadece vizuel tabiatta olması epilepsi lehinedir. Kısa süreler içinde anormal duyumların alınması ve arada tam açık ve şuurlu devreler bulunması da sar'a için düşündürücüdür.

Epileptik otomatizmlerin diğer belirtilerden ayrılması : Bu otomatizmlerin teşhisi ve tanınması eğer bir grand mal nöbet veya bir davranış bozukluğu ile beraber değil ise çok zordur. **Fenton** otomatizmlerin özellikle histeri, simulation ve alkol intoksikasyonu ve uyuşturucu maddelerle olan zehirlenmeler ile karışabileceğini bildirmiştir.

Bunlardan başka, hipoglisemi, serebral iskemi, Alzheimer hastalığı da ayrılması gereken hastalıklar arasındadır.

a — Katatonik şizofrenide görülen postür değişiklikleri ve stereotipik hareketler kısa süreler içinde ortaya çıktıkları takdirde epileptik otomatizmleri andırabilirler.

b — «Transient global amnesia», birden ortaya çıkması, âni olarak düzelmesi ve tekrarlayıcı vasfı ile bu amnezik tablo da epilepsiye benzeyebilir. Ancak hastanın sıkıntısının sadece hatırlama sırasında meydana gelmesi, davranış ve motor koordinasyonun tamamen normal olması ve hafıza defektleri dışında konuşmanın kusursuz olması kile sar'adan ayrılabilir.

c — İctal otomatizmler, somnanbulizm ile karışabilir. İkincisinde hastanın davranışının oldukça iyi ve düzenli olması, sorulan suallere tek kelime ile de olsa cevap vermesi, bunun yanısıra otomatizmde hastanın tamamen sessiz olması ve stereotipik otomatik davranışın daha belirgin olması gibi özelliklerle birbirinden ayrılırlar.

d — Histerik dissosiyasyon, amnezi ile beraber olduğu zaman sar'aya çok benzer. Histeride nöbetin genellikle bir olayın sonunda oluştuğu, davranışların belirli bir gayeye varmak için yapıldığı ve hastanın belirli bir situasyondan kurtulmayı amaçladığı görülür. Histerik amnezide, hasta hatırlamak istemediği nahoş bir olaya ait bir amnezi gösterir. Bu amnezik kusur «gap», haftalar ve aylarca sürebilir. Otomatizmde ise hafıza kusurları nöbet süresine inhisar eder ve birkaç saniyeden birkaç dakikaya kadar devam eder. Uzun süren epileptik kaçışlar «fuge states» sırasında hastada uzun yürüyüşler «wandering away» görülür. Histeride de bu şekilde günler süren yürüyüş ve kaçışlara rastlanmasına rağmen bu süre içinde kişinin bunun dışında bir davranış bozukluğu göstermesine rastlanmaz ve bir şaşkınlık hali görülmez. Sonunda hastanın kendisine iyi bakmış olduğu, iyi beslendiği bunun yanısıra epileptik hastanın bakımsız, kirli, zayıflamış ve öfkeli olduğu görülür. Histerik hasta bu yürüyüşler ve kaçışlar sırasında kendisini emosyonlarının ve iç ruhsal arzuları-

nın bulunduğu yere götürür, bunun yanısıra epileptiğin nereye gideceği tamamen tesadüfe bağlıdır. İlk hareket ettiği yerle son bulunduğu yer arasında hiç bir bağlantı yoktur.

Stengel histerik ve epileptik kaçışların maksad ve orijinleri arasında pek fazla bir farkın olmadığını, temelde bir «depression»un bulunduğunu ve duyulan şiddetli gezinme arzusunun aslında transforme edilmiş şiddetli bir «suicide» intihar arzusu olduğunu ve hangisinde görülürse görülsün asıl bozukluğun affektif komponentte olduğunu ileri sürmektedir.

e — Simulation: Çoğu kere adlî soruşturma ve sorumluluktan kaçmak istiyen hastalarda görülür. Bu durumda ortaya çıkan amnezi istemli olup hasta tarafından istiyerek yaratılır. Bazı hallerde de bu unutma hali hastanın gerçeği hatırlamak istememesinden olabilir. Hastanın hikâyesinde nahoş olaylar ve çok sayıda uyuşmazlıkların olduğu dikkati çeker.

f — Agresif kişilik yapısında ânî patlamalar: Bu durumun özellikle adlî tıpta önemi çok fazladır. Kararsız kişilik yapılarında «unstablo personalities» bu şiddetli öfke ve saldırganlık hallerine sıklıkla rastlanmakta ve çoğu kere ağır suç ve cinayetlere yol açmaktadır. Davranışın bozulması impulsif ve paroksismal tabiatta olduğu zaman bu durumun epileptik bir nöbetle ayrılması zorlaşır. EEG de temporal lob anomalilerinin görülmesi sar'a için karakteristiktir. Epileptik patlamaların çok âni olmasına karşılık basit agresyonda öfke yavaş gelişir ve uyarılmaya bağlıdır. Sar'ada otomatik davranışın bir maksadı ve planı olmamasına rağmen ikincisinde agresyon spesifik hedeflere çevrilmiştir ve öfke ile beraberdir. Epileptik epizodda hareketlerin koordinasyonu bozulmuş ve şuur belirli bir ölçüde tutulmuştur, nöbetin en azgın devresinde sar'ada aşikâr bir dissosiyasyon mevcuddur. Çevre şartlarından etkilenen ve muntazam aralarla tekrarlanan patlamalarda bir epilepsi düşünmek mümkün değildir. Saldırmış olduğu hedefle daha önce bir geçmişi ve tekrarlanmış sürtüşmeleri bulunan öfke nöbetlerinin de epilepsi ile bir ilgisi olmadığı düşünülmelidir.

g — **Mark** ve **Ervin, Maletzky, Rita** adlı araştırıcılar «syndrome of dyscontrol» adını verdikleri bir sendromdan bahsetmişlerdir. Organik ve psişik faktörlerin beraberlikle etki ettiği bu sendromda kontrol edilemiyen bir öfkenin bulunduğu ve bazen çok küçük ve ihmal edilebilir bir sebebin saldırganlığı başlattığı ve bazen de sanki bir sar'a hamlesi olaya sebep olmuş gibi «Quasi-epileptic» bir izlenim alındığını ileri sürmüşlerdir.

ZEKÂ GERİLİKLERİ

Tarif ve sınıflama: Zihnî gerilik, gelişmenin gecikmesi, geri kalması, tamamlanmaması veya anormal bir gelişimin ortaya çıkması halidir. Bu durum ya konjenital olarak doğumla beraber mevcuddur, veya ilk çocukluk seneleri içinde meydana gelen travma, infeksiyon, beslenme bozukluğu ve diğer hastalıklar sonucu meydana gelir.

Mental Deficiency deyimi 1927 senesinde kabul edilmiş bir kavram olup zihnin yetersizlik hallerinde ve geriliklerinde kullanılmakta idi. Bu gün için bu deyim terk edilmiş olup «Mental Subnormalities» zihnî anomaliler başlığı altında toplanması uygun görülmüştür.

Deficiency deyiminden zekâ'da görülen bir yetersizlik anlaşılır ve zekâ çok farklı şekillerde tarif edilir. **Jaspers** 1945, zekâyı «hayatın getirdiği problem ve güçlüklere karşı zihnin gösterdiği bir adaptasyondur» şeklinde tarif etmiştir.

Bu tarif daha sonra «zekâ belirli bilgi ve hünerleri toplama, bunları karşılaşılan problemleri çözmede kullanma, hatadan kaçınma, güçlükleri aşabilme ve muhakeme edebilme» şeklinde değiştirilmiştir.

W. Stern, zekâyı «yeni durumlara karşı genel bir adaptasyon» olarak tanımlamış ve zekânın bir tür amaca yönelmiş düşünce olduğunu bildirmiştir.

Robinson'a göre zekâ «cognitive capacity» tanıma ve bilmeden ibarettir. İnsan obje ve olayları tanımakla çevreye uyum sağlıyabilir ve yeni durumların ortaya çıkardığı problemleri «insight» içgörüşü ile çözebilir. Zekâ ayrıca çeşitli derecelerde abstre düşünceyi de içerir.

Amerikan Psikiyatri Cemiyeti'nin Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders'inde, DSM olarak kısaltılmıştır, zekânın beş dereceye ayrılması kabul edilmiştir:

1 — Borderline retardation: Bu kişilerde zekâ bölümü, IQ, 68-83 arasındadır. Toplum içinde müstakil yaşıyabilirler. Uygun bir eğitimle ve kendilerine iyi fırsatlar verilirse bu kimselerin oldukça önemli hizmetleri verebildikleri görülmüştür. Zekâları normalin hemen altındadır.

2 — Midly retarded: IQ oranı 52-67 arasındadır. Bu zekâ eksikliği kendisini gerek kişisel becerilerin eksikliğinde ve gerek toplum içi yaşamada hissettirir. Bu grup özel bir eğitimi gerektirir. Fazla beceri ve hüner istemiyen kaba el işlerinde ve hizmetlerde çalışabilirler.

3 — Moderately retarded: Zekâ bölümü 36-51 arasındadır. Okuma yazmayı zorlukla da olsa öğrenebilirler. Buna rağmen orta ve daha yukarı tahsil seviyelerini başarmaları mümkün değildir. Devamlı bakım ve korunmıya muhtaç olan bu kişiler ancak çok belirli ve kısıtlı çalışma şartlarına uyabilirler.

4 — Severe retardation: IQ skorları 25-39 arasındadır. Stanford-Binet testi ile bu oran daha da düşer. Bu geri zekâlılar, yemek yemeği, giyinip soyunmayı, kendilerini temiz tutmayı ancak iyi bir eğitim ve öğretim sonucu öğrenebilirler. Ancak ileri yaşlara gelseler bile sürekli bakım ve gözetime muhtaçtırlar.

5 — Profound retardation: Zekâ bölümleri 20'nin altında olan kimselerdir. Özel bakım ve korunmıya muhtaçdırlar. Biolojik fonksiyonlarını bile öğrenemezler. Kognitif yetenekleri hiç yoktur.

Bu ayırımın dışında daha sıklıkla kullanılan bir ayırım daha vardır. Burada:

1 — Debile'ler, bu kimselere «feeble-minded» adı da verilir, zekâ bölümleri 80-60 arasındadır. Normallere yakın olan bu şahısların çocukluklarında kolay öğrenemedikleri, özel bir bakıma ihtiyaç gösterdikleri, korunmıya muhtaç oldukları ifade edilir.

2 — Embecile'ler, zekâ bölümleri 60-50 arasındadır, normal okullarda okuyamazlar. Özel eğitim ve bakıma muhtaçtırlar. Ancak

çok basit işlerde çalışabilirler. Sosyal normları ve kaideleri öğrenemezler. Kolay ikna edilir ve suça teşvik edilebilirler.

3 — Idiocy, ileri derecede bir zekâ geriliğidir. Zekâ bölümü 50-0 arasındadır. Hiç bir şey öğrenemiyen ve yaşamak için devamlı özel bir bakım ve korunmıya muhtaç olan bu grubun çok basit biolojik kaideleri bile beceremedikleri bilinmektedir.

Zekâ geriliği kavramının anlaşılması: Bir kimseye zihnen geri diyebilmek için bu kişinin normallerden, psikiyatrik hastalardan, kültür yetersizliğine bağlı olarak ortaya çıkan durumlardan ayrılması gerekmektedir. **Doll** bu maksadla zekâ geriliğine ait altı özellik teklif etmektedir; bunlar:

a — Sosyal uyum yetersizliği,

b — Zihnî gerilik,

c — Gelişme geriliği,

d — Olgunluğun gecikmesi ve olamaması,

e — Yapısal olması,

f — Tedavi edilememesi.

Bu görüşte zamanla değişmeler olmuş ve bazı zekâ geriliklerinin «IQ» değerlerinin yükselme gösterdiği, bir kısmının ise «constitutional» karakterinin değiştiği ve daha başka sebeblerin de zekâ geriliğine yol açabildiğinin anlaşıldığı ve tedavi edilemez şartının da her zaman geçerli olmadığı tesbit edilmiştir.

Kanner, zekâ geriliğinde kültürel faktörlerin önemine işaret etmiş ve bir kültür için normal olarak kabul edilen bir kişinin bir başka kültür için yetersiz bulunabileceğini bildirmiş ve «mentally deficient» deyimi yerine «intelectually inadequate» kavramını teklif etmiştir.

Masland, Sarason ve **Gladwin** zekâ geriliğinin medikal, sosyal, psikolojik ve kültürel faktörlerden oluştuğunu ileri sürdüler ve öncelikle bunun bir hastalık olup olmadığına karar vermenin gerektiğine işaret ettiler. Hastalık halinde bu kimseler doktorların eline bırakılmalıydı. Değil ise meseleyi daha bütüncü bir görüş açısından ele almalı ve sosyal «subsystem» sistemlerde bu kişiler için adlî, idarî konularda ve eğitim ve öğretimlerinde özellikler düşünülmeliydi.

Gunzberg'e göre zihnî bir gerilik bir hastalık olamazdı, bunun ancak doğuştan gelme bir şanssızlık olarak kabulü gerekirdi. Bunun yanısıra doğuştan normal zekâ düzeyinde dünyaya gelmiş kişilerde sonradan bir takım sebeblerle zekâ seviyesinde bir takılma ve geriliğin meydana gelmesi bir hastalık olarak tanımlanabilirdi.

Toplum içinde hastalığın sıklığı : Lewis, okul çocukları arasında yaptığı çalışmalarda zekâ geriliği oranının %8 olduğunu göstermiştir. Bu sayının %5'ini idiot'lar, %20'sini embecile'ler ve % 75'ini de debile'ler teşkil etmekteydi. Kırlık alanlarda yapılan incelemeler zekâ geriliği oranının %6.7 nisbetinde olduğunu ve gelişmiş bölgelere nisbetle zekâ geriliğine daha az rastlandığını ortaya çıkarmıştı.

Mayer-Gross, Iskoçya'daki incelemelerinde zekâ geriliğinin okul çocuklarında %2.7 ve normal populasyonda %1.56 olduğunu tesbit etmiştir. Diğer ülkelerden elde edilen nisbetler yaklaşık bu değerleri vermektedir.

Etyoloji ve patolojisi : Psikolojik araştırmalar insanların akıllı veya aptal olarak ayrılmasının doğru olmadığını, toplumda zekâ dağılımının belirli bir skalaya göre olduğunu, bu dağılımın idiocy'den deha'ya kadar değiştiğini göstermektedir. Ortalama zekâ oranlarının toplumda çoğunlukta olmasına karşılık ileri ve geri zekâlılar nisbeti düşüktür. Bu hesaplar «mean» ortalama ve «standard deviation» standart sapma esasına göre yapılırlar. Örnek olarak ilkokul çocuklarında ortalama IQ'nün 100 olduğunu kabul edersek, bu grupta standart sapmanın 16 olduğu görülür. Bu gruptaki çocukların zekâ bölümlerinin standart sapma sayısının yarısı olan «8»in yüzden çıkarılması ve yüze eklenmesi ile bulunacak sayıların sınırları içinde kaldığı kabul edilir. Yani en düşük zekâ bölümü 92 ve en yükseği de 108 olmuş olur.

Zekâ bölümünün tesbitinde bazen iki test birden uygulanır. İki testin verdiği sonuçlar karşılaştırılır ve «corelation coefficient» adı verilen müşterek noktalar tesbit edilir.

Ikiden fazla zekâ testi uygulanarak yapılan karşılaştırmalar sonucunda elde edilen sonuçlar «factor analysis» olarak isimlendirilir.

Faktör analizi sonucunda belirgin bir ayırıcı faktörün tesbit edildiği görülür. Bu ayırıcı şarta «general factor» denilir ve «g»remzi ile gösterilir. **Spearman**'a göre «g» faktörü zekâ ile çok yakından ilgilidir.

Thorndike «g» faktörünün zekâdan çok, çok sayıda intelektuel yeteneğin bir sonucu olduğuna inanır ve **Spearman**'ın fikrine karşı çıkar. **Thorndike** bu özel yeteneklerin «verbal» ve «mechanic» kabiliyetler olduğunu ve bunların zekâya tesir ettiğini ileri sürer. Bazı kimselerin kelimeleri kullanmakta çok becerikli oldukları ve lisanı çok iyi konuştukları görülür. Bunun yanısıra çok zekî kimselerin makina ve cihazları kullanmada çok beceriksiz oldukları dikkati çeker. Araştırıcı çok sayıda özel kabiliyetin «special abilities» olduğunu ve bunlar arasında, matematik, müzik, oyun, fizik beceriler ve benzerlerinin sayılabileceğini ifade eder.

Genetik faktörler : Kişiye has çeşitli kabiliyetler, bir taraftan jenetik faktörler diğer taraftan da çevre faktörleri tarafından tayin edilir. Bir taraftan gen'ler bir taraftan ana-baba ve kardeşlerin örnek davranışları ve beslenme çocuğun zekâsı üzerinde önemli tesirler yapar.

Native ability: Çocuğun geliştireceği karakterlerin ana-baba ve yakın akrabalarının yetenekleri istikametinde olacağını anlatan bir terimdir. **Fraser Robert** gelişmekte olan çocuğun kazanacağı karakterlerin correlation coefficient'inin mevcut iki kardeşten her ikisinin ebeveynden aldıkları zekâ ile ilgili vasıfların eşit olması halinde +0.5 olacağını göstermiştir. Bir kardeş babanın jenetik materyalinin yarısını ve ananın jenetik materyelinin yarısını alır. Diğer kardeş de bu yarıları almasına rağmen her iki kardeşin aldığı jenetik yarılar birbirinden farklıdır. Buna rağmen her iki kardeşin aldığı jenetik materyelin en az dörtte birinin ayni olduğu kabul edilir. Böylece her iki ebeveynden alınan bu dörtte bir jenetik materyel kardeşlerde en az yarı yarıya müşterek materylin toplanmasına sebeb olur. Eğer kardeşler ayni yumurta ikizleri ise bu defa tam bir jenetik benzemeden bahsedilir ve bu hale «genetical identity» adı verilir. Bu olay bize zekâ dağılımında en önemli faktörün jenetik geçişim olduğunu göstermektedir.

Genlerin genellikle multifaktöryel bir tesire sahip oldukları ve meselâ ayni genin zekâ üzerinde çok az bir tesiri olması yanısıra

gelişme üzerinde önemli bir görevi yüklendiği görülebilir. Zekâ geriliği arttıkça bu kimselerin sayılarının azlığı dikkati çeker. Ayni şekilde zekâ bölümü yükseldikçe sayılarına da daha az rastlanır. Çok geri zekâlılar ve çok akıllılar toplumda nadir bulunurlar. Aile fertlerinin birbirine benzemesi multifaktöryel genler vasıtası ile sağlanır. Embesil ve idio'ların ana-babalarının normal zekâda kişiler oldukları sıklıkla görülebilmektedir. Buna rağmen debillerin ebeveynlerinin çoğunlukla normalin altında ve donuk kişiler oldukları tesbit edilmiştir. **Fisher** bu nisbetin %11 olduğunu hesaplamıştır.

Mutasyon ve radyasyon tesirleri: Radyasyona maruz kalmış bölgelerde yapılan çalışmalar bu olayların düşük bir gen frekansına sebep olduklarını ve yaklaşık % 3 nisbetinde hafif zekâ geriliklerine sebeb olduğunu göstermiştir.

Inbreeding: Yakın akraba evlilikleri, ebeveyn ile evlât arasındaki ortak gen sayısının yarı yarıya muhafaza edilmesine karşılık yeğenlerde bu nisbetin bire sekiz nisbetinde korunduğu bilinmektedir. Yakın akraba evlilikleri bireylerde belirli genlerin toplanmasına ve belirli genlerin atılmasına yol açar. Böylece hayvanlarda, «inekler, atlar ve diğer deney hayvanları», ırkların arıtılması ve standardize edilmesi sağlanmış olur. Özellikle memleketimizin kuzey Karadeniz bölgesi ve Güney Anadolu bölgesinde böyle yakın akraba evliliklerine sıklıkla rastlanır. Jeografik şartlar, dinî sebepler, sosyal ve geleneksel adetler ve ekonomik faktörler bu tür yakın akraba evliliklerinin bu güne kadar devam etmesine yol açmıştır. Ulaşım kolaylıklarının artması, yolların en uzak köylere kadar uzanması, göçler ve endüstrializasyon sonucu insanların sıklıkla yer değiştirmesi bu adetin önemli ölçüde bozulmasına sebep olmaktadır. **Dahlberg**'e göre birçok Avrupa ülkesinde yakın akraba evliliği %0 87 kadar düşmüştür.

Assortivive mating: Kendi jenetik yapısında olanla evlenme anlamındadır. Bu durum jenetik olarak benzer iki bireyin karşılaşması şeklinde olabildiği gibi evlilik sonrası eşlerin huy, karakter ve zekâ düzeyleri bakımından birbirlerine benzeme ve yaklaşmalarından da meydana gelebilir.

Zekâ geriliğinde üreme yeteneği: Debillerde fertilite oranları normallerle hemen ayni olduğu halde embesil ve idio'larda çok du-

şuktür. Bunun yanısıra çok hafif zekâ geriliklerinde normallerden yüksektir. **Fraser** okul çocuklarında yaptığı incelemelerde zeki çocukların kardeş sayısının azlığını ortaya koymuştur. Zekâ seviyesi ve kardeş sayısı arasındaki correlation coefficient'i - 0,22'dir. Araştırıcı bu sayının gerçeği tam yansıtmadığı ve zekâ düzeyleri düşük zekâ seviyesinden oluşan ailelerin daha uzun ömürlü olduğundan ve bu uzun süren evliliğe rağmen çocuk sayısındaki azlığın daha da belirgin olduğundan söz etmiştir. Baba mesleğinin fertilite nisbetine tesir etmediği anlaşılmıştır. Bunun yanısıra ekonomik seviyesi düşük fakat zekâ seviyeleri normal olan kişilerde de fertilite oranları yüksek bulunmuştur.

Çevre tesirleri: Normal jenetik şartlarda doğmuş kimselerin bile daha sonra bir zekâ geriliği geliştirdikleri görülmüştür. Özellikle doğum travmaları ve yeni doğanın geçirdiği «posterior basic meningitis»ler buna örnektir. **Tredgold** bu tür çevre tesirlerinin %5 nisbetinde zekâyı etkilediğini ileri sürmüştür. Yetersiz ve düzensiz beslenme zekâyı olumsuz yönde etkiliyen sebebler arasındadır. **Newman, Freeman** ve **Holzinger** beraber büyütülmüş MZ, monozigot, ikizlerin correlation coefficient'lerinin +0.91-0.92 olmasına karşılık ayrı büyütülmüş olan ikizlerin correlation coefficientlerinin +0,67-0,72 arasında bulunmasının anlamlı olduğunu ve bu farkın çevre faktörüne bağlı olduğunu savunmuşlardır.

Zekâ geriliğinin, diğer sendromlarla olan ilişkileri: Zekâ geriliği ile sıklıkla beraber bulunan hastalıklar arasında,

a — Friedreich ataxia,

b — Dysptrophia myotonica,

c — Neurofibromatosis'i sayabiliriz.

Bu hastalıkların dışında «deaf-mutism» sağırlık-dilsizlik, «hypertelorism» ve Marfan sendromu da oldukça sık olarak görülürler. **Juda** zihnî geriliği olanlarda sar'a nöbetlerinin normal zekâ seviyesinde olanlara oranla altı defa daha fazla rastlandığını bildirmiştir. Buna karşılık manik-depresif psikozlular arasında zekâ geriliğine rastlamak şansı yok gibidir. Şizofreni ise her zekâ seviyesinde görülebilen bir hastalıktır. Şizofreninin zekâ geriliği olan bir kimsede oluşması halinde bir takım atipik semptomların ortaya çıktığı görülür.

Organik beyin dokusu hasarı bulunan kimselerde epilepsi ve mental kusurların beraber olması hali, «Epiloia» adı verilen hastalıkta çok açık bir şekilde görülür. Idiopathic epilepsy çocukluğun ilk devrelerinde bir taraftan beyinde organik zarara yol açarken diğer taraftan da bir zekâ geriliği oluşturur. **Conrad** epileptik ailelerin çocuklarının %6'sında moron, embesil ve idio'lara rastlandığını bildirmiştir.

Nörozlu ve değişik kişilik yapısında olanlarda zekâ geriliği bulunma oranı fazla değildir. **Lewis** İngiltere'de fahişelik, cinayet, dilencilik, serserilik suçlarından mahkûm olmuş ferdleri sıklıkta olan ailelerde zekâ geriliğinin çoğunlukta olduğunu tesbit etmiştir. **Blacker** bu tür kimselerin teşkil ettiği topluluklara «social problem groups» topluma mesele çıkaran gruplar adını vermiştir.

İkinci Dünya Harbi sırasında askerler arasında yapılmış olan çalışmalarda «neurotic soldiers» nörotik olanlarının normallere göre biraz daha düşük bir zekâ düzeyinde, sıkıntı nörozu, reaktif depresyon ve histerik reaksiyon tiplerinin orta ve ortanın altında, obsesiflerin ise daha yukarı zekâ seviyesinde olduğunu göstermek mümkün olmuştur.

Doğum zararları: Çocuğun dünyaya gelmesi sırasında: a — Gününden önce doğmuş olması «premature doğum», b — Düşük kiloda doğması, c — Doğum sırasında zedelenmesi ve zarara uğraması gibi önemli üç ihtimal vardır.

Geri zekâlı çocuklar ve okulların geri zekâlılar için ayrılmış sınıflarında yapılan çalışmalarda **Asher** ve **Roberts,** çok sayıda normalden daha düşük ağırlıkta çocuğun ve premature'nin olduğunu tesbit etmişlerdir. **McDonald** 6-10 yaş arası çok sayıda premature çocukta yaptığı incelemede körlük, sağır-dilsizlik ve cerebral palsy dışındaki çocukların zekâ bölümlerini ölçmüş ve premature çocukların sanıldığı gibi zekâ seviyelerinin düşük olmadığını göstermiştir.

Çocukta zekâ geriliğine yol açan sebeblerin premature doğum olmayıp, doğum olayının güç olmasının ve uzun sürmesinin, anormal gelişlerin ve doğum sırasında kullanılan âlet zararlarının daha önemli olduğu bildirilmiştir. Jenetik olarak zekâ geriliğine yatkın bebeklerin doğum olayına daha az mukavemet edebildikleri ve da-

ha kolay travmaya uğradıkları tesbit edilmiştir. **Straus** nörolojik belirtilerin iyi değerlendirilmesi gerektiğini, doğum sırasında ortaya çıkmış simetrik bulguların **«diplegia»** lokal travmadan çok anoksi ve jenetik faktörlere bağlanması gerektiğini bildirmiştir.

Foetal infeksiyonlar: Zekâ geriliğine sebeb olabilirler. Treponema pallidum infeksiyonu anadan çocuğa geçer. Bu bebekler ya ölü doğar veya doğumdan kısa bir süre sonra ölürler. Yaşayanlarında Wassermann reaksiyonu bir süre için positiv olur ve sonra değişir. Bu sebeble bu çocukların zekâ geriliklerini bir sifiliz infeksiyonuna bağlamak çoğunlukla mümkün olmaz Huchinson dişlerinin, keratitin, ragatların ve sağırlığın bulunmaması hallerinde ise teşhis daha da zorlaşır. Ana-babadan birinde hastalığın olması, ailede daha önceden ölü doğumların bulunması teşhise yardım eder.

Congenital toxoplasmosis, anadan çocuğa geçen bir parazit ile bulaşır. İleri derecede zekâ geriliğine sebeb olur. Rubella virusu anadan gebeliğin ilk üç ayında geçebilen bir zekâ geriliği sebebidir. Daha çok fizik zararlara sebep olur. Çocukta kalb lezyonları, katarakt, sağırlık ve zihnî gerilik husule gelir. **Manson, Logan** ve **Loy** bu virusun çocuğa geçmesi halinde %15 nisbetinde fizik zararlara sebeb olduğunu tesbit etmişlerdir.

Ana-evlât uyuşmazlığı: Çocuğun uterus içinde ve doğum sonrasında zararına sebeb olan bu uyuşmazlık ana kanı ile çocuk kanı arasında meydana gelir. Ana ve çocuk ayrı ayrı kan grubundan iseler anne çocuğun agglutinogen'lerinden müteessir olur ve kendi kanında «antibodies» geliştirir. Bu antibody'ler çocuk kanına karıştığı zaman çocuğun eritrositlerini tahrip ederler. Buna benzer bir şekilde ana kanındaki Rhesus agglutininlerinin çocuğa geçmesi halinde çocukta «erythroblastosis» ve ikter teşekkül eder ve bunun sonucu olarak basal ganglionlarda hasar husule gelir. Daha çok nörolojik belirtilerin meydana çıktığı bu hastalıkta zekâ geriliği çok şiddetli değildir.

Zekâ geriliğinin klinik görünümü: Gelişme ve zekâ geriliğini, çok belirgin fizik anomaliler, hareket kusurları, uyku ve meme emme bozuklukları yoksa kolaylıkla tesbit edemeyiz. Gelişmede zaman içinde oluşması beklenen ilerlemelerin olmaması halinde bir gecikmeden şüphelenmek ve en azından iki yıla yakın bir zaman içinde çocuğu takib etmek gerekir. Aşağıda çıkarılmış olan listede üç yaşına kadar olan çocuklarda beklenen değişiklikler ve gelişmeler bir sıra halinde verilmiştir, **Bühler, Hetzer, Schwab.**

Yaş	Gelişmeler
4 hafta	Başın yukarı ve aşağı hareketleri, ellerin açılıp kapanması, kavrama, ağzın açılıp kapanması, ananın gözlerle takib edilmesi,
8 hafta	Hareketli objelerin 90 dereceye kadar takib edilmesi, seslere karşı ilgi duyma, ellerin genellikle açık durumda tutulması, tebessüm etme ve ilgilenildiği zaman ses çıkarma, bakışların tesbit edilmesi, hareketli insanların takib edilmesi, konverjans ve tesbit etme.
12 hafta	Ellerin açık ve gevşek olması, grasping refleksinin kaybolması, elde objelerin kısa bir süre tutulabilmesi, zevk aldığını gösterir seslerin çıkarılması, kendi el hareketlerini seyretmek, sese dönmek, objelerin takib edilmesi,
24 hafta	Kendi kendine oturabilme, ayakları üzerinde durabilme, el ve ayaklarını tutabilme, düşürdüğü oyuncağı arama ve tekrar tutmaya çalışma, elleri ile süt şişesini tutup içebilme, ayna karşısında tebessüm etme ve ses çıkarma, beğenip beğenmediğini belli etme, yabancılara karşı korku gösterme, öksürük ve bazı dil hareketlerini taklid etme, gülme ve kıkırdama, elindekiler alındığı zaman hoşnutsuzluk.
10 ay	Kendi kendine oturabilme, eşyalara tutunup ayakta durabilme eşyaları işaret edebilme, basit suallere eliyle işaret ederek cevap verebilme, eliyle selâm verebilme, gülme, insanlarla oynama ve eşyaları karıştırma,
1 yıl	Emekleme, ayakta yardımsız durabilme, eliyle eşyaları atma, fırlatma, kısa cümleleri anlıyabilme, öpme, okşama, tırmıklama, utanma,

18 ay Yardımsız yürüme, merdiven inip çıkma, elinde bir eşyayı taşıma, kendi başına sandalyeye oturma, iki ayak üzerine sıçrama veya bir yerden atlama, kaşık kullanabilme, top ve benzeri oyuncaklarla oynama, ayakla vurma, vücudun bir iki organını tanıma ve işaret etme, bir kısım resimleri tanıyabilme, hayvanların resimlerini ayırabilme, kitap sahifelerini karıştırabilme, oldukça fazla sayıda kelimeyi söyliyebilme, küçük ve büyük abdestini haber verebilme,

2 yıl Topa vurma, eşyaları yerden kaldırma, kapı tokmaklarını çevirme, el ve ayaklarını yıkama, ayakkabılarını ve çoraplarını çıkarıp giyme, objeleri isimleri ile söyliyebilme, beden kısımlarını tanıma, kitap karıştırma, açlık ve susuzluğunu bildirme, tuvalet ihtiyacını söyleme, işaret zamirlerini ve sıfatlarını kullanma, oyuncakları ve bebekleri ile oyun tertip edebilme, soyma, giydirme, başkalarına yaklaşma, seyretme,

3 yıl Tek ayak üzerinde durma, sıçrama, oyun yapma, bisiklete binme, kendi başına soyunup giyinebilme, oyunlara iştirak etme, arkadaş seçme, resim çizme, çizilmiş resimleri taklid etme, şahıs zamirlerini kullanma, 10'a kadar sayma, devamlı sorular sorma.

Bu şema çok sayıda değişiklikler gösterebilir. Belirli bir sırada yer alan bir yeteneğin çocukta yapılamamış olması onun zekâ gerisi olduğunu göstermediği gibi, sıranın aşılmış olması da çok zeki olacağına işaret etmez.

Gelişme bozuklukları: Jenetik yapının kusurlu olması sebebi ile gelişme ya kalite veya gelişme hızı açısından gecikebilir. Veya foetal ve neonatal safhada araya giren patolojik faktörler sebebiyle aksıyabilir. Gelişmenin gecikmesinde zaman faktörü kişinin aleyhine işler ve yaşın ilerlemesi ile normal insanla olan fark artar ve daha belirgin hale gelir.

Gelişmenin gecikmesi ya belirli birkaç fonksiyon için olur ki buna «partial delay» kısmî gecikme adı verilir. Çocukta, oturma, ayakta durma, konuşma, yürüme ve sfenkter kontrolu gibi elemanter fonksiyonların yapılması ve düzenlenmesi gecikir ve buna rağmen zihnî gelişim prosesi normal ilerlemesinde devam eder ve sonunda çocuk emsallerine yetişir. Bu şekilde kısmî gecikmeler çocuğun davranışlarının bütününü incelemek ve takib etmekle tesbit edilebilir. Çocuğun belli situasyonlardaki davranışları, yeme şekli, diğer çocuklarla olan yakınlaşması, oyunları, dostluk ve düşmanlık tavırlarının uygun ve maksada yönelik oluşu kısmî gecikmelerin olmasına rağmen çocuğun genel gelişiminin normal istikamette olduğu kanaatini uyandırır.

Genel gelişme geriliği: Çocukta gastrointestinal bozukluklar ve infeksiyoz hastalıklar sonucu oluşur. Bu şartların düzelmesi halinde durmuş veya yavaşlamış olan gelişme hız kazanır ve çocuk kaybettiği zamanı çoğunlukla kapatır. Ayni şey premature çocuklar için de söz konusu olup bu çocuklar geri kaldıkları bir iki aylık süreyi kapatırlar ve normal çocuklara yetişirler. Aralarında bir iki senelik bir geri kalma süresi geçirenleri de puberte'ye doğru emsallerine yetişirler.

Araştırıcılar çocuklardaki gelişmenin düzenli ve zaman içinde muntazam seyirli olmadığı kanaatindedirler. Çocuk, gelişmesi sırasında duraklamalar ve hızlanmalar göstererek büyür. Bu duraklama ve hızlanma devreleri bütün fizik ve zihnî yapıyı etkileyebildiği gibi, sadece, fizik beceriler, motor hünerler zekâ veya emosyonel davranışı etkiliyecek şekilde kısmî olabilir.

Gelişme, çocuklarda osteomiyelit, tüberküloz, kardiak yetersizlik, raşitizm gibi sebeblerle de gecikebilir veya geriliyebilir. Bunun yanısıra çocuklukta geçirilen enfeksiyonlar, nörosifiliz, epilepsi ve ensefalitler de gelişimi herhangi bir safhada durdurabilirler.

Moron - debil, feeble - minded çocuklar: Bu gruptaki çocukları genellikle: a — Sakin olanlar ve b — Huzursuz olanlar şeklinde ayırmak eğilimi vardır. Bu ayırım emosyonları stabil olanlar ve olmıyanlar şeklinde de yapılır. Bu çocuklar, normal çocuklardan farklı olarak ilgisiz, meraksız ve kendiliğindenlikten mahrumdur. Sakin, sessiz ve uysal olurlar. Hayatları boyunca tutuk, istekleri zayıf ve kendilerine has tercihleri yoktur. Kolaylıkla kandırılabilir ve ikna edilebilirler. İyi ellerde iyi, kötü niyetli insanların ellerinde ise kötü olurlar. Kolay-

lıkla kötu şeylere alıştırılır ve suça teşvik edilebilirler. Duyu organlarında çoğunlukla bir kusur olmadığı halde anlamaları, çevresindekileri idrak etmeleri yavaşlar. Küçük farkları ve birbirine yakın şeyleri ayıramazlar. Ancak kuvvetli sesler, parlak renklerle uyarılabilirler. Abstre duyumlardan çok konkret izlenimlere sahiptirler. Kavramları basite indirgenmiş olup somut olaylarla pekiştirilir. Onlar için kiliseye ve camiye gitmiyen insan dindar değildir. Somut örneklerle ilgili değilse sayıların bir anlamı yoktur, sayı saymayı ancak önündeki düğmeleri veya elmaları sayarak öğrenir. Yalın olan, elle tutulabilir ve gözle görülebilir olmıyan şeyler ilgisini çekmez.

Huylarına, alışkanlıklarına ileri derecede bağlıdırlar. Alıştıkları çevre şartları değiştiği zaman bildikleri hünerlerini de yapamazlar. Kendi evlerinde yemek pişirmeyi veya buna benzer ev işlerini çok iyi beceren kızlar ayni şeyleri gittikleri koca evinde yapamazlar. Alıştığı bir otomobili sürebilen bir moron, kendisine bir başka marka otomobil verildiğinde kullanamaz. Inatçılık ve düşüncedeki israrcılık çok sıklıkla görülür. Aslında fikirlerini veya davranışlarını değiştirmek istememeleri inatçılıklarından değil bir başka şekilde davranmayı beceremediklerindendir. Nizamı, tertibi seven konservatif bir mizaçları vardır. Mizansene, teferruata önem verirler. Kendilerini kontrol etmekte güçlük çekerler ve otoriteden hoşlanırlar. Onlar için idare edilmek idare etmekten daha kolaydır. Seksualitelerinin emosyonel yönü normal olmakla beraber cevapları gecikmiştir. Konuşma geç öğrenilir ve zorlukla konuşulur. Basit, kısa ve konkret kavramlı cümleler bütün lisana hâkim olur. Motor koordinasyonun bozuk olması bu kişilerde konuşmanın artikulasyonunu bozduğu gibi el ve bedene ait motor kabiliyeti de azaltır. Yürüme dağınık ve dengesiz bir hal alır. Fizik yapıları ait oldukları toplum ferdlerinden daha ufak ve boyları daha kısadır.

Zekâ geriliğinde ilk çocukluk devresi: Zekâ yetersizliği ile kültürel yetersizliğin beraber bulunduğu durumlar ekonomik seviyeleri çok düşük ve çocuk sayısı fazla olan ailelerdir. Ananın bu kalabalık aile içinde çok yüklü ve meşgul olması, çoğunlukla işe gitmek mecburiyetinde olması, çocukların ana şefkat ve ilgisinden mahrum olarak yetişmesine sebeb olmakta ve bu çocukların yetersiz ve eksik oluşları hemen daima okula başladıkları yaşlarda ortaya çıkmaktadır.

Bu devrede ise çocuğa yardım için gerekli olan 5-6 yıl kaybedilmiş bulunmaktadır. Buna rağmen bu çocuklara yaklaşmak fazla zor olmamakta ve gerek uyum, gerek motor hünerlerin kazanılması ve basit bir takım bilgilerin öğretilmesi fazla bir zorluk çıkarmamaktadır.

Daha ileri yaşlardaki zekâ geriliklerinde gayret eksikliği, konsentrasyon güçlüğü, beslenme ve uyku bozuklukları öğretim ve eğitimdeki başarı oranının düşmesine sebep olamktadır. Eğer bir emosyonel bozukluk da söz konusu ise bu çocukların ayrıca bir psikiyatrik yardıma da ihtiyacı olmaktadır. Özellikle ana-babanın çocuğun bu yetersizlik ve geriliğini kabul etmemeleri ve çocuğun bu tip çocuklar için ayrılmış okul veya sınıflarda okumasına karşı çıkmaları geri zekâlının normal çocuklar arasında daha da ezilmesine ve başarısız kalmasına yol açmaktadır.

Okul sonrası: Zekâ gerilerinin okul sonrası bir iş sahası bulmaları şansı gelişmiş ülkelerde giderek azalmaktadır. Özellikle ziraî sahada makineleşmenin hızlanması ve iş yerlerinde kullanılmakta olan makine ve cihazların giderek daha karmaşık bir kullanıma ihtiyaç göstermesi bu kişilerde büyük güçlükler ortaya çıkarmakta ve özellikle kadın zekâ gerilerinde otel, motel ve benzeri iş yerlerinde kullanılan ev cihazlarının bu kimseler tarafından kullanılmasının öğrenilmesi büyük zorluk arzetmektedir. Buna rağmen **Hilliard** ve **Kirman**'ın çalışmaları zekâ seviyesi 70'in altında olan kişilerin bile eğitilebileceklerini ve kendilerinden istifade edilebileceğini göstermiştir. Özellikle basit, monoton, düşünmeyi gerektirmiyen işlerde bu kimseleri çalıştırmak mümkündür. Bu kişilerde görülen sadakat ve dürüstlük satış memurlarının önemli bir kısmının moron'lardan oluşmasına sebeb olmuştur.

Cinsiyet ve evlenme: Erginlik yaşına gelen defektifler stabil veya dengesiz oluşlarına göre değişik davranış gösterirler. Dengeli defektif kızlar çoğunlukla fazla mesele çıkarmaz, belirli bir işe girer ve uyumlu bir şekilde çalışırlar. Ancak çok kolay kandırılabildikleri için çoğunlukla evlilik dışı cinsel birleşimlere erken başlarlar ve gene evlilik dışı çocuk sahibi olurlar. Böylesine kandırılmış ve iğfal edilmiş kızların hikâyeleri hem kamu oyunu hem de mahkemeleri sürekli meşgul eder. Dengesiz defektif kızlar ise huzursuz ve öfkeli

olurlar, ailelerini çok erken terkederler. Çalışmak da istemedikleri için hemen daima fahişelik ve benzeri sosyal işlerde kullanılırlar. Bir kısmı yaptıkları şeyin iyi olmadığını farketmelerine rağmen heyecan tutkusu, şiddet ve saldırganlık arzusu ve müptezellikten haz etme duyumları bu kimselerin daha iyi ve kabul edilebilir şartlara geçmesine engel olur. Dengeli yetersiz erkeklerde cinsel dürtüler ya geç gelişmiş veya geri kalmıştır. **Gottard** bu kimselerin seksuel yönden normallerin çok altında bir yetenekte olduğunu bildirmiştir. Seksuel uyanışları sırasında çoğunluğunda öfke ve huzursuzluklar artar. Pederasti, bestialite ve gerantofili aralarında sıklıkla görülür. Profesyonel fahişeler arasında zekâ gerisi oranı yaklaşık %30 civarındadır. **Bonhoeffer, Schneider, Tage, Kemp** bu oranı doğrulamışlardır. Bu kimseler arasında çocuklarına eziyet edenler, yeni doğmuş çocukları sokağa, kilise ve cami kapısına, karakol kapısına terk edenler sıklıktadır. Boşanma oranları normallere göre iki-ikibuçuk nisbetinde fazladır. **Ramer,** İsveç'te zekâ geriliğinin getirdiği uyum bozukluğuna bağlı bozulmuş yuva sayısının küçümsenmiyecek bir nisbette olduğunu bildirmiştir.

Hastalıklar: Defektiflerin ağrı ve yaralanmalara karşı normallerden daha dayanıklı olduğu görülmüştür. Dikkatsiz olmaları, tedbiri akıl edememeleri sebebiyle çok sıklıkla travma ve her çeşit bedenî zarara uğramalarına rağmen aldırmazlıkları ve tahammülleri dikkati çekicidir. Buna rağmen bir kısım defektifin en küçük bir travma veya yaralanma karşısında telâşa kapıldığı, ortalığı velveleye verdiği ve panik içine düştüğü de görülür. Özellikle bu kimselerde ameliyata karşı şiddetli bir korku ve tahammülsüzlük vardır. Kazaen olana karşı dayanıklı oldukları halde bilinen ve karşılanması gereken tehdid ve tehlikelere karşı çok duyarlıdırlar. **Fraser** bu kimselerde fizik hastalığa karşı normallere göre anlamlı derecede bir yatkınlık olduğunu bildirmiştir. Zekâ seviyesi düştükçe hastalık kapma ihtimali de o ölçüde artmış görünmektedir.

Zekâ geriliğinde suçluluk: Çocuklarda zekâ bölümünün düşmesi nisbetinde kabahat ve suça yaklaşması şansının arttığı söylenmektedir. Bunun yanısıra yakın çalışmalar gelişmiş kültürlerde kabahat işlemiş «delinquency» çocuklar arasında zekâ bölümünün normalin üstünde olduğunu göstermiştir. Sakin ve itaatkâr olan defektiflerin çete teşkiline ve gruplaşmalara daha yakın olduğu dikkati çekmiş-

tir. Adlî tıptaki çalışmalarım sırasında sakin görünüşlü, sessiz ve tutuk mizaçlı defektiflerin daha kanlı ve şiddetli suçlara katılmış olduğunu daha sıklıkla görmüşümdür. Özellikle kurnaz, sinsi kişilerin elinde bu çocuklar kolaylıkla bir suç ve cinayet makinası haline gelmektedirler. Bu çocukların büyük bir çoğunluğunu, babaları veya anaları tarafından hırsızlık, dolandırıcılık, kapkaççılık, yankesicilik, fahişelik, puştluk ve benzeri suç ve kabahatlar için yetiştirilmiş olanlar teşkil etmektedir.

Cowie, suç ve kabahat yatkınlığının I:Q = 70-79 arasında olduğu kişilerde en fazla görüldüğünü ve I:Q bölümünün 70'in altında olduğu defektiflerde suç ve kabahat işleme nisbetinin önemli ölçüde azaldığını ifade etmiştir. **Parker, Wilson, Tredgold** gibi araştırıcılar ceza evlerindeki zekâ gerisi sayısının normallere nisbetle % 10 civarında olduğunu söylemişlerdir.

Ebmesilite : Embesilite, zekâ seviyesinin önemli ölçüde azalmasıdır. Bu sözün ifade ettiği gerilik ne debiliteden ve ne de idiocy'den kolaylıkla ayırd edilemez. Bu defektifler belirli özellikleri için kişiye has farklılıklar gösterirler. Zekâ bölümü bu kişiler için yaklaşık 50-20 arasında kabul edilir. Biolojik fonksiyonlarını kendi kendilerine sürdürebilir; devamlı, yoğun bir bakım ve korunmayı gerektirmezler. Idiot'lardan bire dört nisbetinde sıklıkla görülür ve bütün zekâ geriliklerinin yaklaşık dörtte birini teşkil ederler. Embesilitenin düşük dereceleri çok kolaylıkla teşhis edilir. Özellikle bu kimselerde fizik anomalilerin ve defektlerin de beraber bulunması bu teşhisi kolaylaştırır. Baş ve yüzün kendisine has görünümü, ekstremitelerden bir veya daha fazlasının felci, gelişme anomalileri hekim olmıyanlar tarafından bile farkedilir. Çocukta erken yaşta görülen huzursuzluk, huysuzluk, hareket aşırılığı, spontanitenin olmaması, uyarı tembelliği, diğer çocuklarla ve oyuncaklarla oynamak istememesi, tahribkâr oluşu, embesilite için erken işaretlerdir. Bütün araştırıcılar bu çocukların «instutition» özel bir eğitim müessesesinde eğitilmesinin şart olduğunda hemfikirdirler. **Tizard** bu çocukların kalabalık merkezlerden çok «family groups» küçük gruplar halinde eğitilmelerinin daha faydalı olduğunu bildirir. **Earl** bu çocuklarda en önemli kaybın «drives» dürtüleri olduğunu ileri sürer ve devamlı olarak uyarılmaları gerektiğini bildirir. Aralarında çok aşırı bir hareket artması gösterenlerinin «over-activity» basal ganglia'larında lezyon olduğu ve

huzursuzluk ve konsentrasyon bozukluğunun bu grupta fazla olduğu ifade edilir.

Embesillerin ikinci bir özelliği «emotional infantility» heyecanlarında çocuksu ve gelişmemiş kalmalarıdır. Bir çocuk gibi devamlı ilgi ve korunma isterler. Bu çocuklar sözle olmaktan çok elle dokunmak ve okşanmak suretiyle idare ve yöneltilirler. Emosyonel anlatım kalite bakımından çok fakirleşmiş olup, çoğunlukla gülme ve ağlama şeklinde kısıtlanmıştır. Hoşa gitmek, istemek, hazetmek, beğenmek gülme ile; arzu etmemek, istememek ve benzeri duyumlar ise ağlamakla anlatılır. Bazı geri zekâlı çocuklarda ise bu karşıt duyumların hepsi ağlama şeklinde ortaya konur. Bizim bir embesil hastamız istediklerini yavaş bir ağlama, istemediklerini ise şiddetli bir ağlama ile belirtiyordu, **Ziyalar.**

10-15 yaşları arasındaki embesillerin bir kısmının çok komplike oyunlarla eğitilebildikleri ancak üzerlerinden kontrol kalktığı anda bu öğrenilmiş hünerlerin kolaylıkla bir maksadsız aktiviteye döndüğü görülmektedir. Bir erkek embesil hastamız yuvada kendisine öğretilen kollektif oyunları çok iyi becermesine karşılık eve geldiğinde bu aktivitesini devamlı olarak koltuk, masa, sandalye gibi eşyaların ve yatakların üzerinde koşuşmak şeklinde değiştiriyordu, **Ziyalar. Earl** bu çocuklarda çevrenin çok basitleştirilmesi gerektiğini, arkadaş sayısının bir-ikiyi aşmamasının daha faydalı olduğunu, gelişmiş karmaşık oyuncaklar yerine basit eşya ve hayvan figürlerini temsil eden oyuncakların daha faydalı olduğunu, kalabalık gruplara sokulmalarında fayda olmadığını bu çocuklarda kendiliğinden ortaya çıkan «mood-swings» mizaç oynamalarının diğer çocuklar üzerinde olumsuz etkisi olacağını, özellikle aralarında çok sayıda sar'alı çocuk olması sebebiyle grup dinamiğine uymalarının zor ve sakıncalı olduğunu bildirmiştir.

Yetişkin embesillerin heyecanlarını bastırmadaki zorlukları ve telkine çok müsait olmaları bu kimselerin kolaylıkla başkaları tarafından bir suç âleti gibi kullanılmalarına yol açar. Bir suçu tek başına işledikleri zaman, kaçmak, saklanmak veya suçu örtmeye çalışmak becerisini gösteremezler ve kolaylıkla ele geçerler. Daha çok yaşlı kadınlara sataşmak, küçük çocukların ırzına geçmek, çalmak, hayvanlara musallat olmak gibi asosyal ve sapık davranışlar gösterirler. **Gunzberg** bu çocukların eğitilmelerinin kendilerinden çok aile ve ana-baba üzerinde olumlu tesirleri görüldüğünü, ailenin sıkıntı ve gerginliğinin azaldığını söylemiştir.

İdiocy: Zekânın çok düşük seviyelerde olmasıdır. Bu kimselerde I:Q 20'nin altında kabul edilir. Basit fizyolojik ihtiyaçlarını karşılayamadıkları gibi fizik tehlikelerden de korunamazlar. Bütün zekâ geriliklerinin %5'ini teşkil ettikleri hesaplanmıştır. Ölüm oranlarının çok yüksek olması sebebiyle ileri yaşlara ulaşmaları çok zordur. **Lewis** her iki cinste de idiocy nisbetinin normal dağılıma göre erkeklerde her bin kişi için 0,4 ve kadınlarda her bin kişi için 0,29 olarak bulmuştur. Bu defektiflerin çoğunluğunda baş deformasyonu, mikrosefali, beden ölçülerinde uygunsuzluk, merkez sinir sisteminin bazı kısımlarında konjenital aplaziler ve nörolojik kusurlar vardır. Önemli bir kısmı yatak hastası olup, ayakta duramaz ve yürüyemezler. Kendi kendilerine beslenemez ve sfenkterlerini kontrol edemezler. Birden fazla idiot bir araya konulduğunda yığışma ve kümeleşme meyli gösterirler, ilkel sesler çıkarırlar ve primitif hareketler yaparlar. Ritmik baş sallama, gövde sallanması, parmak emme, idrar ve büyük abdestleri ile oynama sık görülür. Bazıları birkaç kelime öğrenebilirse de çıkardıkları sesler çoğu kere anlamsız ve hayvan çığlıklarını andırır niteliktedir. Belirgin bulguları «blunting of sense perversion and perception» denilen şekilde idrak karışıklığı ve duyumlardaki karmaşıklıktır. Periferik duyu organlarında anatomik bir bozukluk olmadığı halde bu geri zekâlılar çevreden aldıkları uyarıları gerçek kalitelerinde idrak edemezler ve bunun sonucu olarak objeleri tanıyamaz ve ayırd edemezler. Bu sebeple çoğu kere yiyecek olmıyan şeyleri de ağızlarına aldıkları ve yuttukları görülür. Ağrı uyandıran ve eza veren uyarılara karşı çok isteklidirler. Bundan dolayı sürekli olarak kendi saçlarını çeker, ellerini ve bacaklarını ısırır ve çimdiklerler. Epilepsi idiot'ların yarısından fazlasında görülen bir hastalıktır. Çoğu kere ölümleri böyle bir nöbetin sonunda olur. Evde barındırılmaları hemen hemen imkânsız olan bu hastalar için özel bakım ve korunma üniteleri vardır.

Zihin geriliği ile beraber olan spesifik hastalıklar :

Bunlar,

1 — Kromozom anomalilerine bağlı olanlar,

a — Autosomal koromozom anomalileri

b — Sex koromozomu anomalileri,

2 — Gen anomalileri,

a — Dominant gen anomalileri,

b — Resesif gen anomalileri,

3 — Çevre değişikliğine bağlı anomaliler, olarak ayrılırlar.

Autosomal kromozom anomalileri:

Mongolizm: Bütün ırklarda ve etnik gruplarda rastlanan ve zekâ geriliği ile çok yakından ilgili olan bir anomalidir. **Penrose** her 700 doğumdan birinde mongolizmin görüldüğünü ileri sürer. Zekâ gerilerini barındıran müesseselerde %5-25 nisbetinde mongollara rastlandığı bildirilmiştir. Tek yumurta ikizlerinde ikizlerden birinin mongol olması halinde diğerinin de mongol olması mutlaktır. Çift yumurta ikizlerinde ise ikizlerden sadece bir tanesi hastalığa tutulur. Ortalama yaşam süreleri 5-19 yıl arasında hesaplanmıştır. Gerek erkek ve gerek kadınlarında üreme gücü vardır ve mongol annelerin çocuklarının yarısının mongol diğer yarısının da normal olduğu görülmüştür. Ana yaşının 30'u aştığı durumlarda doğan bütün çocukların mongol olduğuna dair kayıtlar vardır Son zamanlarda **Lejeune, Gautier** ve **Turpin'**in çalışmaları bu kimselerde 46'nın dışında ve özellikle bağ dokusu hücrelerinde ekstra kromozomlar olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu hastalığın akrosentrik kromozomlarda bir «triplication» üçleşme sebebiyle oluştuğu tesbit edilmiştir. Mongollarda diploid kromozom sayısı 46 olmayıp 47'dir. Bu sayının normal olduğu mongollarda en azından kromozomal materyelde bir fazlalık bulunmaktadır.

Mongolizmin belirtileri çocuğun doğumundan itibaren teşhis edilebilir. Başın yuvarlaklığı, değirmi ve yassı görünümü, yüzün ve oksiputun ezilmiş hali ve aydede yüzü «moon-face» görünümünü alması karakteristiktir. Konjonktivalarda konjesyon, burunda kronik bir akıntı, gözlerin çekik ve birbirine yakınlığı ve kraniografide yüz kemiklerinde anomaliler tamamlayıcı bulgulardır. Burun kısa ve basık, burun delikleri küçüktür. Dil büyük ve ağızdan taşar durumdadır. Yanaklar kırmızı, saçlar kaba kalın ve seyrektir. Eller yumuşak ve tombul olup baş parmak ve küçük parmak kısadır. Ayakta birinci ve ikinci parmaklar arasında yapışıklık görülebilir.

Zekâ bakımından mongollar embesil ve idio olurlar. İçlerinde moron derecesinde zekâ seviyesi yüksek olanlarına çok nadir rastlanır. Bütün motor beceriler ve hünerlerde bir gecikme vardır. Çoğunlukla sevimli görünüşlü ve sokulgan olurlar. Müziğe ve ritmik seslere karşı çok duyarlıdırlar. Çoğunlukla iyi huylu, topluma girebilen ve aile içi yaşamı iyi benimsemiş kimselerdir. Fizik güçlerinin azlığı ve aralarında sağ elini kullananların az olması sebebiyle endüstriel işlerde çalışamazlar. Basit ve kooperasyon istemiyen işleri başarabilirler. Aralarında 15 yaşını geçenlerine az rastlanır. Solunum yolları hastalıkları ve özellikle tüberküloz baş düşmanlarıdır. Bunun yanısıra kalb hastalıkları ve duodenal atreziye de mongollarda sık rastlanır, **Bodian.**

Sex kromozomu anomalileri

Klinefelter sendromu: Erkekte X kromozomunun duplikasyonu sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır. Bu erkekler kısır olup testislerinde atrofi mevcuddur. Jinekomasti ve diğer kadınsı belirtilere de rastlanır. **Penrose,** bu çocukların dişi sex kromatini ihtiva ettiklerini göstermiştir. Kromozom formülleri bir X fazlası ile XXY şeklindedir. **Biesele,** Klinefelter sendromunda şizofreniyi andırır bir hastalığın sıklıkla görüldüğünü ileri sürmüştür.

Turner sendromu: Kromozom fromulünde Y'nin kaybolması ve XO görünümünün ortaya çıkmasıdır. Genital organlarda eksiklik ve kusurlar, dişi genital yapı karakteristikleri ve zihni gerilik vardır. Cücelik ve benzeri fizik kusurlarına rağmen psikolojik yönü fazla ağır basmıyan bir anomalidir.

Gen anomalileri

Epiloia: Normalde hastalık yapan dominant genler özel bir ayırımla kromozom dizisinden çıkarılır ve gelecek nesillere intikal etmezler. Bu ayırımın bir mutasyonla bozulması halinde bu genlerin devreye girdiği kabul edilir. Mutasyona uğramış dominant genin dominans gücü zamanla azaltılır ve daha düşük seviyelere indirilir, böylece «accumulation of genes of minor effect» denilen şekilde gücü ve dominansı azalmış gen birikimleri meydana gelir. Bir zaman

için dominant olan bu genler zamanla resesif gen karakterini kazanırlar.

Dominant genlerin sebeb olduğu anomaliler arasında kemik dokusunda değişiklik yapan «hypertelorism» ve «acrocephaly»i sayabiliriz. Diğer bir anomali ise Epiloia denilen ve diğer ismi «tuberosesclerosis» olan hastalıktır. Belirtileri cildde «adenoma sebaceum» adı verilen yağ kitlelerinin bulunması, beraberinde sar'a nöbetlerinin görülmesidir. Doğuştan bir zekâ geriliği ile beraber olan bu anomalide hastaların yüzündeki bu adenomlar «butterfly rash» bir kelebek görünümünü andırır ve burun kanatları üzerinde, yanakların ön yüzlerinde akneler şeklinde görülür.

Resesif genlere bağlı anomaliler: Bunlar yeni doğanda bir takım metabolizma kusurları şeklinde ortaya çıkarlar. Her hastalık kendine has bir enzim yetersizliği sonucu husule gelir. Cerebral lipidoses, amino-acid anomalileri, carbonhydrate metabolizması bozuklukları ve elektrolit metabolizması bozuklukları olmak üzere dört ana grupta toplanırlar. Hastalık toksik metaboliklerin merkez sinir sistemini etkilemesi sonucu meydana gelir. Bu hastalıkların erken teşhis edilmeleri halinde zekâ geriliğinin ilerlemesinin önüne geçilebilir.

Phenylketonuria: Doğuştan olma jenetik tabiatlı bioşimik bir bozukluktur. Hastalar genellikle embesilite seviyesinde bir zekâ geriliği gösterirler. Nadir olarak normal zekâda olanlarına rastlanır. Ekstrapiramidal sistem tutulmasına bağlı hipertoni, hiperkinezi ve koreo-atetotik hareketler görülebilir. Bu hastalar bütün zekâ gerilikleri içinde % 1'i teşkil ederler. Resesif bir gen'le geçen hastalıkta ebeveynlerin normal zekâda kişiler olduğu görülür. Genellikle kardeş çocukları arasındaki evliliklerde sık rastlanır. Phenylalanine'nin tyrosine çevrilmesinde bir bozukluk vardır ve bu metabolik blokaj sebebiyle bu değişim ana benzen halkasında olacak yerde yan zincirlerde olur. Sonuç olarak bir seri keton asidleri meydana gelir ki bunların içinde en önemlisi phenylpyruvic asittir. Bu madde idrarla atılır ve ferric clorid ile idrarı gri renge boyar. Bu metabolizma bozukluğu doğuma kadar çocuğun metabolizmasının önemli bir kısmı anne tarafından düzenlendiği için fetusu etkilemez. Doğumdan sonar ilk üç hafta içinde idrarda bu madde görülmeye başlar. Erken teşhis edildiği zaman tedavisi mümkün olabilecek bir hastalıktır.

Maple syrup hastalığı: Kanda ve idrarda L-keto asidlerinin, leucine-isoleucine ve valine toplanması sonucu husule gelir. Ağır beyin dokusu dejenerasyonu ile beraberdir. Bu çocukların yaşama şansları yoktur. Bu asidlerin kandan elimine edilmesi ile bazı hastaların hayatını bir süre uzatmak mümkün olabilir.

Hartnup sendromu: Pellegrayı andırır bir görünümü vardır. Zekâ geriliği ve peryodik serebellar ataksi görülür. Autosomal resesif bir genle geçer. Yaşın ilerlemesi ile hastalığın ağırlaştığı görülür. Idrarda özellikle tryptophan ve diğer indol bileşikleri tesbit edilir. Asıl sebebin nicotinic asid yetersizliğine bağlı tryptophan kaybı olduğu ve bozukluğun böbrek tubulilerinde ve ince barsaklarda bulunduğu bilinmektedir.

Galactosaemia: Galaktozun glukoza çevrilmesinde bozukluk vardır. Çocuk doğumda normal göründüğü halde birkaç gün sonra kusmalar başlar. Hepatomegali, karında asid toplanması ve yaygın ödemler görülür. Zihni gerilik ve katarakt vardır. Süt ve sütten yapılma gıdaların kesilmesi ile metabolizma normale dönebilir.

Laurence-moon-Biedl sendromu: Resesif bir genle oluşan bu hastalıkta el veya ayak parmaklarında polidaktili, gözde pigmanlı retinit ve zihnî gerilik vardır. Obezite ve hipogenitalite hem hastanın kendisinde hem de yakın akrabalarında sık görülen belirtilerdendir.

Familial amaurotic idiocy: Merkez sinir sisteminin resesif bir gene bağlı olarak geliştirdiği bir hastalıktır. Doğumdan sonra birkaç ay içinde başlar. Ilk defa **Tay** ve **Sachs** adlı iki hekim tarafından tarif edildiği için **Tay-Sachs** hastalığı adı ile de bilinir. Çocuklarda, gençlerde ve ileri yaşlarda görülen şekilleri vardır. Başlıca belirtileri zekâda gerileme, adalelerde zaaf ve körlüktür. Karakteristik bulgusu macula lutea'da beyaza çalar zeminde kırmızı lekelerin görülmesidir. Çocuklarda görülen şekli öldürücü olup bir iki sene içinde gelişimini apati, zihni gerilik ve fizik belirtilerle tamamlar. Beyinde kortekste ve diğer bölgelerde lipoid birikimi görülür. Hastalığın oluşunda enzimatik bir anomali sorumlu tutulmuştur.

Cretinism: Endemik guvatr hastalığının sıklıkla görüldüğü bölgelerde ortaya çıkan bir hastalıktır. Tiroid bezinin yeterli çalışmaması sonucu husule gelir. Bazı nadir hallerde tiroid bezinin hiç bulun-

madığı görülmüştür. Doğumda tamamen normal görünümde olan çocuk ilk altı ay içinde hastalığı geliştirmeye başlar. Rengi kirli sarı bir görünüm alır. Meme emmekte zorluk çeker, reaksiyonları ağırlaşır. Kendine has bir ağlaması vardır. Yüz cildi gevşek ve buruşuk, gözkapakları şişiktir. Beden ısısı normalin altındadır. Ellerde, ayaklarda ve ensede ödeme benzer şişmeler olur. Saçları siyah ve sıktır. Hastalarda genellikle bir apati ve uyuklama hali görülür. Kretenler zihni yapıları bakımından sakin, pasif ve zararsızdırlar. Yaşlı olanlarında bile çocuksu bir masumiyet hali ve yumuşaklık vardır. Miskin denecek kadar hareketsiz ve yavaştırlar. Zekâ seviyeleri genellikle mongollardan biraz daha iyidir.

Genlere bağlı olmıyan diğer hastalıklar

Hydrocephaly: Serebrosipinal sıvının ventrikûller içindeki akışının bloke olması veya emilmesindeki bozukluk sonucu meydana gelir. Çoğunlukla sebeb bir kafa içi enfeksiyonudur. Erken yaşlarda meydana gelmesi halinde zihni geriliğe sebeb olur. Bunun dışında gelişme anomalilerinin de önemli ölçüde sorumlu tutulması gereklidir. Gelişim sırasında kemik dokusunun beyin büyümesine uygun olarak gelişememesi beyinde bir sıkışma ve atrofiye sebeb olur. Mikrosefalide böyle bir hidrosefalinin bulunduğu tesbit edilmiştir. Hidrosefalide kol, bacak paralizileri, sağırlık ve körlük sık görülen komplikasyonlardandır. Zekâ geriliği debilite seviyesinde olup basit işler için yeterlidir.

Oxycephaly: Bazı ailelerde soya çeken bir karakter gösteren ve kule kafa olarak tanımlanan bir anomalidir. Beraberinde körlük ve yapışık parmaklılık bulunur. Zihni bir geriliğe sebeb olması şübhelidir.

Rhesus uyuşmazlığı: Ana ile çocuk arasında bir gen uyuşmazlığı yoktur. Bunun yanısıra bir antigen uyuşmazlığı bahis konusudur.

Zekâ geriliğinde ayırıcı teşhis ve zekânın ölçülmesi :

Zekâ geriliğinin tanınması arada ağır nörolojik bozukluklar veya psikopatik karakter eğilimleri varsa oldukça zordur. İlk üç yaşa kadar olan zekâ tesbitlerinde kullanılan metodlardan daha önce bahsedilmiştir. Üç yaştan sonrakiler için «mental testing» adı verilen düzgün ve standart test metodlarının bulunması ve kullanılması mümkün olmuştur.

Bunların arasında:

a — Terman ve Merrill 1937,

b — Cattel 1948,

c — E. O. Lewis serial tests, bu testler Binet ve Simon skalalarının bir değişik şeklidir,

d — Griffiths 1954,

testlerini sayabiliriz. Testlerin yapılması sırasında deneğin gösterdiği davranışlar, teste karşı duyulan ilgi veya ilgisizlik alınan cevapları etkiler. Nörotik çocuklar testin uygulanması sırasında sıkıntı gösterirler ve çoğu kere kendilerini okulda imiş gibi hissederler. Bir kısım çocuklar ise çabuk yorulurlar ve bir süre sonra baştan savma cevaplar verirler. Bazıları ise o derece telâşlı ve acelecidirler ki, bunun sonucu olarak becerebileceklerinden daha kötü sonuçlar verirler. Ayrıca çocukta işitme kusuru, görme bozukluğu, okuma ve heceleme bozuklukları da varsa sonuçlar istenen doğrulukta olmaz. Gözden kaçan hafif enfeksiyon hastalıkları, asteni veya depresyon da testi olumsuz yönde etkiler. Adolesans devrede ise araya giren birçok psikotik hastalık, hafif şuur bulutlanmaları zekâ testlerinin doğru ve inanılır sonuçlar vermesini etkilerler.

Bu testlerin bir çoğunun verbal testler olması sebebiyle iyi konuşma yeteneği olan veya iyi tahsil görmüş deneklerde bu yetenekler gerçek zekâ seviyesinden daha iyi sonuçlar alınmasına sebeb olur ve zekâ bölümü olduğundan daha yüksek çıkar. Bu gibi durumlarda Penrose, Raven Progressive Matrices, Kohs blokları veya Porteus Maze testi gibi Non-verbal testlerin kullanılması tavsiye edilir.

Test cevaplarında sonuçlar bakımından yanıltıcı bir husus da kişinin zekâsının yeterli olmasına rağmen cevap ve başarı için gerekli diğer kabiliyetlerinin eksik olmasıdır. **Bleuler** bu durumda bir «proportional defect» kısmî yetersizlikten bahseder. Böyle kimseler sadece testler karşısında değil yaşamları boyunca sürdürmek zorunda oldukları bir çok işlerde de başarısız olurlar. İş zorlukları, iş kayıpları, boşanmalar, kişiler arası münasebetlerdeki uyumsuzluklar

bu neviden yetersizliklerdir. Güçlüğün bir «insight» iç görüş yetersizliği veya «co-operatif» yetersizlikten kaynaklandığı ileri sürülür.

Hafıza, zekâ geriliklerinde genellikle sağlamdır. Böyle kimselerin unutkanlıktan şikâyet etmesi halinde gerçek sebebin unutkanlık olmayıp, kişinin meseleyi iyi anlamaması, gerekli ilgiyi göstermemesi ve hatırlamak için bir gayrette bulunmamasının sebeb olduğu bilinir.

Bazı zekâ geriliklerinde ise şaşılacak derecede bir hafıza artması dikkati çeker «extraordinary mnesic ability». Iyi ve kolay konuşan kimseler bunun yanısıra böyle bir hafıza artmasına da sahip iseler, zekâ seviyelerinin normalden düşük olmasına rağmen bazı mesleklerde çok başarılı olurlar. Kâtiplik, haber taşıyıcılığı, kapıcılık, telefon memureliği, evrak memurluğu ve benzeri mesleklerde olduğu gibi. Bunların bir kısmı takvim olaylarını çok iyi hatırlarlar, bir kısmı ise canlı hesap makinasıdırlar. En karmaşık sayıları birkaç saniye içinde zihinlerinden toplar, çıkarır ve benzeri işlemleri şaşmaz bir doğrulukla yapabilirler. Bunlar için «idiot savant» deyimi kullanılır. **Rothstein** ve **Goldstein,** bazı zekâ gerilerinde böyle birden fazla kabiliyetin bulunduğunu bildirmişler ve bu kimseler için «talented aments» becerikli aptallar tabirini kullanmışlardır.

Bebeklerde ve çocuklarda zekâ geriliği daha kolay teşhis edilmesine rağmen puberte ve adolesansta «organic ancephalopathies» sebebiyle teşhiste yanılabilinir. Ayrıca paralizi Jeneralin Juvenil şeklinde, travmatik demansta ve epilepside zekâ geriliği intibaı alınabilir. Pubertede apati, semi-stupor veya düşünce bozukluğu ile başlamış erken şizofrenik reaksiyonda yalancı ve aldatıcı bir zekâ geriliği izlenimi alınabilir. Zekâ gerilerinde görülen tekrarlayıcı hareketler şizofrenik bir stereotipi gibi değerlendirilebilir.

Bunlardan başka fizik yetersizliğin ve zekâ geriliğinin beraber bulunduğu durumlar «zekâ geriliği ile beraber çocukta körlük ve sağırlığın olması», veya zekâ geriliği olmaksızın çocukta kısmî bir sağırlığın veya spastik bir felcin olması sonucu bir zekâ geriliğine hükmedilmesi gibi hatalı durumlara da dikkat edilmelidir.

Zekâ geriliğinde prognoz: Zekâ geriliği ister belirli organik bir patoloji sonucu ister bir subkültür sonucu oluşmuş olsun herhangi

bir ilâç tedavisi ile düzeltilemez. Geri zekâda bir çocuğun hayatının herhangi bir safhasında ve özellikle pubertede normal çocuklara yetişmesi beklenemez. Ayni şekilde zekâyı arttırıcı özel beslenme rejimleri, hormon preparatları olmadığı gibi psikoterapinin de bir tesiri yoktur. Yapılacak iş hiç vakit kaybetmeden çocuğun özel bir eğitim ve öğretim programına alınmasıdır. Bu eğitimin amacı bu kişileri fazla zorlamadan toplum içinde yaşıyabilecek bir bilgi düzeyine ulaştırmaktan ibarettir. Elbetteki ileri derecede zekâ geriliklerinde bu amaca ulaşmak mümkün değildir ve bu geriler, devamlı bir muessese kontrolu altında tutulmak zorundadırlar.

a — Embesiller ve idio'lar genellikle ilk üç yaş içinde teşhis edilebilirler. Yaşın ilerlemesi ile bu gibilerin ne ölçüde gelişecekleri aşağı yukarı tahmin edilebilir. Bu kimselerde başka fizik kusurların da bulunması halinde fazla ümidli olmamak gerekir. Diğerlerinde ise uzmanlaşmış ellerde ve müesseselerde bile bu çocuklar sürekli olarak başkalarına bağımlı kalırlar.

b — Debiller: Debilite derecesini kesinlikle kestirmek pek mümkün değildir. Zekâ geriliği bu kişilerde karakter yapısına, huylarına kültürüne bağlı olarak çok değişik bir görünüm alır. Bu çocuklar kendi tabiî şartlarında, aileleri yanında ve oyun arkadaşları ile beraber olduğu zaman gözlenmelidir. Psikopatik eğilimleri yoksa, iyi bir ailesi varsa ve iyi öğretmenlerin eğitiminde ise kimsenin yardımı ve desteği olmaksızın normal ve mesut bir hayatı sürdürebilirler.

Zekâ geriliği olan çocukların gelişimleri birden durabilir. Normal çocuk gelişmekte devam ederken defektif olanla arası giderek açılır. Bu duruma «standstill» duraklama adı verilir. Durmuş olan gelişmenin yeniden başlaması beklenemez.

AKIL HASTASI VE TOPLUM İLİŞKİLERİ

Akıl hastası ve toplum arasındaki ilişkilerin düzenlenmesi, insanları yüzyıllar boyu meşgul etmiştir. Her toplum meseleyi değişik görüş açısından almış ve kendi tabiat ve geleneklerine uygun tedbirler ve kaideler getirmiştir. Akıl hastalığı:

a — Normal insan düşüncesine, görgü ve geleneklerine uymıyan veya ters düşen bir tarzda hareket etmesi,

b — Akıl hastasının kendine has bir korunmaya ve bakıma ihtiyaç göstermesi,

c — Toplumun akıl hastasına karşı korunması,

bakımından bir takım tedbir ve düzenlemeleri gerektirmektedir. İlkel kültürlerde bu hastalar, dinî inançların ve tabuların korunmasına terkedilir, ayrıca sosyal tedbirler alınmaz ve istediği şekilde hareket etmesine ve davranmasına göz yumulur. Daha gelişmiş kültürlerde ise akıl hastaları için yasaklamalar getirilir ve istedikleri gibi hareket etmelerine ve yaşamalarına müsaade edilmez. Bu kültürlerde hasta sadece hürriyetini önemli ölçüde kaybetmekle kalmaz, ayni zamanda sosyal itibarını da kaybeder. Her kültürün adlî ve idarî uygulamasının farklı olması sebebiyle toplum ve akıl hastası arasındaki ilişkiler bu gün için çok karmaşık ve değişik bir görünüm almıştır. Sadece çok az ülkede bu kavram ve yaklaşımlar geleneksel inanışların tesirinde olmaktan kurtulmuş, bilime ve insanlığa yakışır bir seviyeye ulaşmıştır.

1957 senesinde İngiltere, klasik görüşten ayrılmış ve **Royal Commission** tarafından hazırlanmış bir rapora uyularak 1959 yılında «Mental Health Act» adı verilen bir reform yapılmıştır. Akıl hastalıkları, zekâ gerilikleri ve diğer fizik hastalıkları ayni kavram altında toplanmış ve tek bir statüye bağlanmıştır. Akıl hastalarının diğer fi-

zik hastalıkları sebebiyle istedikleri hastanelere müracaat ve yatış hakları tanınmış ve bütün kısıtlamalar kaldırılmıştır. Bütün hastanelere akıl hastalarını yatırmak veya kendi bünyeleri içinde akıl hastaları için servisler açma yetkisi verilmiştir.

Bunun yanısıra akıl hastanelerinin mevcudiyeti muhafaza edilmiş ve memleketin her yerinden gelen hastalara açık tutulmuştur. Her hastanenin bir ilgi alanı olmasına rağmen bu bölgenin dışındaki hastalar da hiç bir şarta bağlanmaksızın kabul edilebilir hale sokulmuştur. Üniversitelerin psikiyatrik öğretim ve tedavi yapan bölümleri genel tababetle uğraşan hastanelerle işbirliğine davet edilmiş ve bu şekilde psikiyatrik orientasyon ve psikiyatrik hastanın tanınması ve yaklaşımı kolaylaştırılmıştır.

Bu sayede gerek tıp talebesinin ve gerek hekimlerin psikiyatrik hastaların cerrahî ve dahilî hastalıkları ile ilgilenmesi ve yardımı sağlanmış, özellikle nörofizyoloji dalında önemli gelişmeler kaydedilmiştir. 1959 hareketi İngiltere'de akıl hastalığı ile ilgili kavram ve tariflerin değişmesine yol açmıştır:

a — «Mental disorder», akıl hastalığı deyimi yerini «mental illness» olarak daha yumuşatılmış bir deyime bırakmıştır.

b — «Severe subnormality» kişinin müstakil olarak kendi hayatını sürdüremiyeceği ölçüde bir zekâ düşüklüğü olarak tanımlanmıştır,

c — «Psychopathic disorder» bir zihnî hastalık olarak tarif edilmiş ve kişinin anormal agresif ve mesuliyetsiz bir davranışı olarak tanımlanmış ve bazı hallerde tedaviye lüzum olduğu kanaati belirtilmiştir.

Bu idarî değişikliklerin yanısıra Scotland, adlî uygulama daha değişik bir tutum izlemiştir. Sadece «mental illness» ve «mental deficiency» ruhî hastalık ve zihnî gerilik kavramları üzerinde durulmuştur. Bunun yanısıra «psychopathic disorder» dikkate alınmamış ve bir hastalık olarak kabul edilmemiştir.

Kuzey İrlanda'da değişiklik 1961 yılında gelmiştir. Akıl hastalığı «zihnin, sebebi ne olursa olsun her çeşit geriliği veya kusurlu çalışması» olarak tarif edilmiştir. Psikopatik hastalıklar bu tarifin dışın-

da bırakılmıştır. Ancak bu psikopatların herhangi bir hastanede tedavi olmaları isteğine karşı çıkılmamıştır.

Bu ülkede «subnormalite» için tıpkı İngiltere'de olduğu gibi «özel bakım ve korunma istiyen kişi» tarifi kabul edilmiştir. Bu tarifte zekâ geriliğinin derece ve şiddeti belirtilmemiş ve her şekli için ayni tanımlama yeterli bulunmuştur. Bu kimselerin devlet yardımından istifade etmesi ve sosyal korunma hakkı almaları için «subnormal» teşhisi yeterli bulunmaktadır.

Bizim ülkemizde zekâ geriliği kavramı ve hangi ölçüde devlet yardımı ve korunması altına alınacağı belirli değildir. Çalışma gücünün %80'ini kaybetmiş olması gibi tesbiti son derece güç bir şartı getirmektedir. Bu hususun açıklığa kavuşturulması gereği vardır.

Kuzey İrlanda'da hastanelerde bu işle ilgili özel «Special care management commities» komiteler görev yapmaktadır. Bizde bu görev hastanelerin sağlık kurullarına verilmiştir.

Belçika'da durum daha değişiktir. Bir akıl hastası herhangi bir evraka gerek olmadan bir hastaneye müracaat edebilir. Canı istediği zaman da hastaneden çıkabilir. Bizde ise akıl hastası ancak bir akrabası -ana, baba, evlât, karı, koca- gibi kişilerin müracaatı üzerine hastaneye yatırılabilir ve yatıranın izni olmadan düzelmiş olsa bile kendi arzusu ile ve serbest olarak çıkarılamaz. Bu hususun da kanaatimizce değiştirilmesi ve en azından düzelmiş olan hastaların serbest taburcu olması imkânının sağlanması gerekir.

Almanya, Avusturya ve İsviçre'de hastanın müracaatı için bir formalite ve müracaat belgesi gerekmez. Ancak bazı bölgelerde buna uyulmadığı ve bazı formalitelerin uygulandığı görülmektedir.

Ispanya'da da hastaların müracaatı için bir formalite gerekmez ve hasta istediği zaman serbest olarak yattığı hastaneden çıkabilir.

Hollanda'da hastanelerin kapalı ve açık kısımları vardır. Açık kısımlar hiç bir kayıt ve şarta tabi değildir.

Rylander'e göre bu açık hastane kavramını ilk getiren ülke Fransa olmuştur ve Paris'te iki hastanede öncelikle «services outvertes» adı altında akıl hastalarının serbestçe yatıp çıkabilecekleri üniteler kurulmuştur. Bizim ülkemizde de son yıllarda Devlet Sağlık Bakanlığı'na veya üniversitelere bağlı açık, gündüz hastaneleri kurulmuştur.

İstemli tedavi uygulaması

Bir çok ülkede akıl hastanesine yatan hastanın kendisinin bir istek formu ve yatış evrakı doldurması gerekmektedir. Fransa'da ise bu işi hastanın bir yakını, arkadaşı veya tanıdığı yapabilir. Hastanın yaşının küçük olduğu durumlarda ebeveyni veya çocuğun koruyucusunun yatışı kabul ve imzalaması lâzımdır. Bu yaş limiti Finlandiya'da 15, Güney Afrika, İsveç, Avustralya ve Yeni Zelanda'da 21'dir. Norveç, Meksika, İsveç ve Yugoslavya'da ise bir şahidin de hastanın yatma isteğini imzası ile onaylaması yeterli olur. Kanada'nın bazı kesimlerinde, İrlanda'da Brezilya'da ve Danimarka'da hastanın yatması bir vekâlete bağlanmıştır.

Alabama hariç Birleşik Amerika'da hastalar kendi istekleri ile yatabilirler, ancak bu bazı eyaletlerde bir takım şartlara bağlanmıştır. Hastanelerin çok kalabalık olması sebebiyle hastaların bir kısmı için bazı şartlar ve kısıtlamalar öne sürülür. Almanya, Avusturya ve İsviçre istemli tedavi için bir kısıtlama getirmez, ancak hastanın elinden kendi isteği ile tedavi olma arzusunda olduğunu belirtir ve her türlü mesuliyeti kabul ettiğini ikrar eden bir yazı alınır. Bizde de her türlü tedaviye razı olduğunu belirtir bir yazı hastanın ailesinden alınır.

Hollanda'da hastanelerin kapalı bölümlerine sadece adlî kanaldan gelen hastalar alınır. Acil hastalarda ise belediye reisinin yazılı teklifi geçerli olur. Bu ikili sistemin uygulamada mahzurları görüldüğünden ve fazla personele ihtiyaç gösterdiğinden açık ve kapalı bölümlerin birleştirilmesine doğru bir gidiş vardır. Bu ülkede sağlık bakanlığı zekâ gerilerinin ve yaşlı psikotiklerin bakım ve korunmaları için özel bir kanun çıkarmış ve bu iş için ayrı akıl sağlığı merkezlerinin kurulması kararlaştırılmıştır.

Yunanistan'da bir hastanın kendi isteği ile bir akıl hastanesine yatması veya kabulü imkânsızdır. Hasta sahibleri de hasta ev şartları içinde barındırılamaz hale gelmedikçe hastalarını yatırmak istemezler. Bizde de durum aşağı yukarı böyledir. Ailenin hastayı yatırmak için ikna edilmesi çok zordur.

İtalya'da bir akıl hastanesinde yatarak tedavi görmüş bir kişinin bu durumunu hüviyet kâğıdına kaydettirmesi mecburiyeti vardır. Herhangi bir resmi müracaatta veya devlet hizmetine girme arzusunda bulunduğunda bu kayıt dikkate alınır. Bu durum hafif vak'alarda hastaların bir hastaneye müracaatini engeller.

Rylander'e göre İngiltere'nin birçok bölgesinde hastaların kendi iradesiyle bir akıl hastanesine yatması ve gene kendi arzusu ile çıkabilmesi imkânı giderek artmaktadır. Kendi isteği ile bir hastaneye yatmış bir kimsenin yine kendi isteği ile istediği anda çıkma hakkına sahip olması çok tabii görünmektedir. Bu prensip genelde kabul edilmekle beraber bazı ülkeler bazı şartlar getirmişlerdir. Avustralya'da kendi arzusu ile yatan bir kimseye hastalığın cinsine ve ağırlığına göre bir süre verilir ve bu sürenin öncesinde hastaya çıkma hakkı verilmez. Bu ülke için limitler bir gün ile yirmi bir gün arasındadır. Bu usul Norveç'te de aynen uygulanmakta ve hastalar 1-21 gün arasında yatmak zorunda tutulmaktadır. Bu sınırların dışında hastanın daha fazla tutulması lüzumu halinde hasta buna karşı çıkarsa hastane yetkilileri adlî bir merciden hastanın daha fazla yatırılması için izin almak zorunda kalırlar.

Norveç ve Danimarka'da hastayı tedavi eden doktora daha geniş yetkiler verilmiştir. Hasta başlangıçta kendi rızası ve isteği ile yatmış olsa bile hastanede kalış süresini doktor tayin eder ve gerekirse uzatabilir. Norveç'te hasta en az üç haftalık bir yatış süresini kabul etmek zorundadır. Danimarka'da ise hasta hekimin tayin ettiği yatış süresine uymak zorundadır. Ancak bu durum bir rapor ile Adalet Bakanlığına bildirilir ve bu merciin onayı beklenir. Bakanlık kabul etmese hasta salıverilir. Bu ülkede hastanın hastane şartları dışında kendisi için bir tehlike var olmasının muhtemel olduğu durumlarda da hasta taburcu edilmez. Böyle bir duruma «ulempe» adı verilir. Manik hastaların aşırı cömertlikleri ve sarfları, herhangi bir venerien hastalık kapma ihtimalleri, aldatılabilecekleri ihtimalinin olması, evlilik dışı bir gebeliğin olmasına engel olmak gibi durumlar bu «ulempe» kavramı içindedir. Kendi kendisini geçindirecek ve koruyacak durumda olmıyanlar, korunmıya muhtaç olanlar kendi istekleriyle kanunun bu koruyucu vasfından yararlanabilirler. Kanun dışardaki hastayı yatırılması için zorlamaz, ancak yatmış olan hastayı korumayı amaçlar.

İsveç akıl hastaları ile ilgili olarak 1967'de yeni bir düzenleme getirmiştir. Hastaların bakım, tedavi ve korunmaları devlet sorumluluğundan çıkarılmış ve eyalet meclislerine verilmiştir. Mahallî idareler akıl hastası olsun olmasın bütün hastaların her türlü ihtiyaçları ile sorumlu tutulmuşlardır. Tedavi için bir sağlık müessesesine müracaat eden her hastaya, hastalık fizik bir rahatsızlık veya ruhî bir hastalık olsun, hiç bir formaliteye mecburî tutulmadan tedavi hakkını tanır. Bu şekilde serbest iradesi ile yatmış bir şahıs taburcu olmak istediği zaman eğer kendisi için veya çevresi için bir tehdid veya tehlike durumu taşıyorsa «bulaşıcı hastalık, venerien hastalık, suicid ihtimali, homisid arzusu» bulunduğu bölgede mevcud «local discharge board» görevli bir komite hasta hakkında serbest taburcu olup olamıyacağına karar verir

Amerika'da, bir çok eyalette hasta belirli bir devre için yatmıya zorlanabilir ve bu süre hastalığın durumuna göre uzun bir devre de olabilir. Sadece sekiz eyalette hastalar kendi arzuları ile yatıp çıkabilirler. Diğerlerinde en az iki gün ve en çok otuz günlük bir mecburi yatış süresi vardır. Bir kısım eyaletlerde ise bu mecburi yatış süresi dört aydan daha az olamaz. Bu ülkede hasta yatışı sırasında kanunî haklarından önemli bir kısmını kullanamaz. Hastaneden kendi isteği ile çıkamaz, haberleşemez, ziyaretçi kabul edemez ve vasıta kullanamaz. Bazı eyaletlerde ise hastaneye yatışla birlikte hasta bütün sivil haklarını kaybeder, hukukî bakımdan hiç bir faaliyette bulunamaz. Alım-satım, nakil, devir ve bağış gibi hukukî işlemleri gerçekleştiremez, parasını istediği gibi kullanamaz.

Bu son anlatılanlar bizim ülkemiz için de geçerli olup hasta hukukî bakımdan tam bir mahçuriyet altında bulunur. Fiilî ve kavlî hiç bir tasarrufta bulunamaz.

Amerika'nın sadece dört eyaletinde yatan hastalar için bu kısıtlamalar yoktur.

Akıl hastasının hastaneye yatırılış usulleri: İngiltere'de «the new mental health act» akıl hastaları hakkındaki yeni düzenlemeler, gerek hasta ve gerek uygulama bakımından birçok değişiklikler ve kolaylıklar getirmiştir.

Hastaneye yatmak istemiyen hasta en yakınlarından birinin ve-

ya «mental welfare officer» adını alan bir yetkilinin teklifi ve iki pratisyen doktorun tavsiyesi ile hastaneye yatırılabilir. Bu pratisyenlerden en az bir tanesi sağlık bakanlığının yetkili kıldığı bir doktor olmalıdır. Diğerinin de mümkün olduğu kadar hastayı daha önceden tanıyan bir doktor olması şartı aranır.

Bu iki doktorun hazırlıyacağı yatış gerekçesinde hastalığın teşhisi, yatış için hasta ve çevresi bakımından umulan faydalar açık bir şekilde belirtilmelidir. Bunun yanısıra hasta müşahede için yatırılmış ise yatış süresi en fazla yirmi sekiz gün olabilir. Tedavi için yatırılmış ise bir süre kısıtlaması yoktur.

Hiç bir yakını veya akrabası olmıyan kimselerin yatış sorumluluğunu «mental health officer» adını alan bir devlet sağlık sorumlusu yüklenir. Acil durumlarda hasta yatışı aile doktorunun tavsiyesi ile olur. Bu takdirde hasta yetmiş iki saat sonra tekrar kontrol edilir ve düzelme varsa taburcu edilir. Hastalık devam ediyorsa en fazla yirmi sekiz gün sonra ikinci bir uzatma endikasyonunun alınması gerekli olur. Hastalar müşahede altında yirmisekiz günden fazla tutulamaz.

Memleketimizde müşahede süresi altı haftadır. Bu sürenin uzatılması müşahede eden hekimin, hastanın bağlı olduğu savcılığa ve mahkemeye yazılı istemi ve bu mercilerin onayı ile mümkün olabilir.

Ingiltere'de bir kimsenin, bir akıl hastanesinde tedavi maksadı ile mecburi tutulma süresi bir yılı aşamaz, section 26. Hastayı tedavi eden doktoru ve yakın akrabalarının isteği ile bir kimse akıl hastalığı, embesilite derecesinde zekâ geriliği ve psikopatik davranış bozukluğundan dolayı bir akıl hastanesine kapatılabilir. Psikopatik davranış bozukluğundan dolayı ancak yirmi bir yaşın altındaki kimseler mecburi bir yatışa zorlanabilirler. Ingiltere'de section 60 ve sectoin 61 sayılı kanun maddeleri, mahkemeye, suçlu hastaların durumlarını tayin yetkisi verir ve ya «hospital order» bu kimselerin hastane kontrolu altında veya «guardianship» ceza evi kontrolu altında tutulmaları gerektiğine hükmeder. Ikinci şeklinde, çocuklar ve gençler kontrol ve korunma altına alınırlar. Mahkeme bu kararı almadan önce iki doktordan birinin ehliyetine inanmalı ve raporuna itibar etmelidir. Islah evlerine kapatılan bu suçlu akıl hastaları için bir alt yaş limiti yoktur.

Resmî islâh evleri dışında özel hastaneler, mahallî idareler ve otoriteler ve çevre tarafından çok iyi tanınmış kimseler de istedikleri hastaları korunmaları ve himayeleri altına alabilirler. Ancak bu mercilerin hepsi de «superior court» üst mahkemenin hazırladığı «restriction order» mahçuriyet talimatına uymak zorundadırlar. Bu şekilde korunma altına alınmış olan hastalar bu mahkemenin kararı olmadıkça serbest bırakılamazlar. Section 26 ile hastaneye kapatılmış olan psikopatlar 25 yaşını doldurdukları zaman serbest bırakılırlar. Bunun dışında serbest bırakılma kararı sağlık bakanının onayı ve «mental health tribunals» adı verilen bir komisyonun teklifi ile mümkün olur.

Iskoçya ve İrlanda: Bu iki ülkeden birincisinde «sheriff» adını alan bir sorumlu âcil ve zorunlu yatışlarda karar verir. Bunun dışında Mental welfare commission denilen bir heyet akıl hastası olanların bakım, yatış ve mecburî kapatılmaları hakkında söz sahibidir.

Kuzey İrlanda'da hastanın bir yakını, tedavi eden doktoru veya resmî bir yetkili hastanın yatırılmasını istiyebilir. Bu yatış süresi yirmi bir günü aşamaz ve bu süre sonunda hasta kendiliğinden serbest bırakılır, ancak kendi isterse tedavi süresi uzatılır. Hastane yetkilileri hasta hakkında yatışının 14-21'inci günleri içinde durumunu bildirir bir rapor hazırlamak zorundadırlar ve gerekiyorsa süreyi uzatmayı istiyebilirler. Sorumlu görevli istenen süreyi uzatıp uzatmamakta serbesttir. Ayni sorumlu hastanın bir seneye kadar hastanede tutulmasını istiyebilir.

Güney İrlanda'da hastanın bir akıl hastanesine yatışı ancak bir doktorun tavsiyesi ile olabilir. Hastanın yaşadığı bölgedeki sağlık sorumlusu altı ayı aşmamak şartı ile tedavisini ister. Bu altı aylık süre onsekiz aya kadar üç defa uzatılabilir.

Ayni şekilde bölge sağlık sorumlusu «medical officer» uyuşturucu madde alışkınları için de altı ayı geçmemek şartı ile bir hastane tedavisini istiyebilir.

İskandinav ülkeleri: Kasaba ve küçük şehirlerde aile doktoru hastanın yatırılmasında tamamen serbest ve yetkilidir. Bir aile yakınının isteği de hastanın yatırılışı için yeterli olur. Büyük şehirlerde aile doktorlarının bir psikiyatriste danışmaları usuldendir. Pek çok

büyük şehirde polisin ve mahkemelerin kendi hastaneleri vardır. Bu adlî merciler hastanın kendi isteği ile hastaneye yatmayı reddetmesi halinde müdahale ederler. Bunun dışındaki durumlarda ilgileri yoktur. Bunun yanısıra hastane baş hekimi gönderilen hastayı kabul edip etmemekte serbesttir. Hastanın ruhî sağlığının gerek kendisi ve gerek çevresi için tehlikeli olabilecek derecede bozulduğuna inanması şarttır. Yatan hasta yatışı süresince evlenememekten başka hiç bir kanunî hakkını kaybetmez. Ödeme gücü olmıyan hastaların masraflarını mahkeme öder. Hasta ya doğrudan bir akıl hastanesine gönderilir veya «observation wards» adı verilen müşahedehanelerde üç haftayı geçmemek üzere tutulur ve karar verilirse hastaneye gönderilir. Bir kimsenin bir akıl hastanesine gönderilebilmesi için «serious mental disorder» ciddî bir akıl hastalığına tutulmuş olması gerekir. Uyuşturucu madde kullananlar, ağır alkolikler ve psikopatlar eğer bunun yanısıra bir akıl hastalığı belirtisi de gösteriyorsa hastaneye kapatılırlar. Predelirium, geçici delirium halleri psikoz olarak kabul edilmez ve bu kimseler sadece yirmi bir günlük geçici müşahede evlerine alınırlar. Hastanın kendi arzusu ile yatmak istemediği ve ruhî durumunun mecburi bir yatış için fazla bozulmamış olduğu hallerde hastanın kanunlara karşı bir sorumluluğu veya bir suç işleyip işlemediği dikkate alınır. Marazi kıskançlık, «delusions of jealousy» hallerinde mahkeme kişinin çevresindeki insanlar için potansiyel bir tehlike teşkil edip etmediğini düşünür ve gerekirse kapatma kararı alabilir.

Bir kimse haksız yere bir akıl hastanesine kapatıldığına inanıyorsa «local board of control» mahallî denetleme bürosu'na müracaat edebilir ve serbest bırakılmasını istiyebilir. Hastane yetkilileri hastaları hakkında her türlü tedavi endikasyonuna yetkilidirler. Ancak cerrahi müdahaleler hastanın veya bir yakınının istemi dışında yapılamaz.

İsveç'te kendiliğinden bir akıl hastanesine yatmayı kabul etmeyen bir hastada:

1 — Kendisinden ve çevresinden haberli olmıyacak derecede bir konfüzyon hali mevcud ise,

2 — Hastalık gerek kendisini ve gerek çevresini ruhî ve bedenî bir zararla tehdit ediyorsa,

3 — Kendine bakacak ve koruyacak durumda değilse,

4 — Bir akıl hastalığının temel belirtilerini gösteriyorsa,

karısı, kocası, akrabaları, tedavi eden doktoru, işvereni, patronu, asker ise kumandanı tarafından bir hastaneye yatırılabilir. Yattırma isteği bir evrak halinde düzenlenir ve bu evrak bir psikiyatrist tarafından onaylanır. Bunun dışında adlî otoriteler de suç işlemiş bir hastanın tedavisini veya bir zekâ gerisinin bir hastaneye kapatılmasını emredebilirler.

Hastane yetkilisi ve uzmanı bu hastayı on gün içinde muayene etmek ve yatıp yatmıyacağı hakkında karar vermekle görevlidir. Hasta yatmak istemezse ve hastane yetkililerince yatmıya zorlanırsa bu duruma «local board» nezdinde itiraz edebilir. Bu heyette bir avukat, bir psikiyatrist ve bir idareci bulunur. Heyete girecek psikiyatrist bizzat hastanın seçtiği bir kişi olur.

Danimarka'da tehlikeli akıl hastaları tek bir doktorun istemi ile hastaneye yatırılır. Hasta tehlikeli değil ise iki doktorun yatış evrakını imzalamaları gerekir. Bu iki doktordan birinin resmî bir sıfatı olmalıdır. Ayni şekilde polisin de hastanın yatırılmasını teklif etme hakkı vardır. Hasta yatırılmayı kabul etmezse sağlık bakanı nezdinde itiraz edebilir, kabul edilmezse bu defa mahkemeye başvurup hakkını arayabilir.

İsviçre, Almanya, Avusturya : İsviçrede her kanton ufak tefek farklarla uygulamada diğer kantonlardan ayrılır. Zürih kantonunda kendisinden haberli olan bir hasta şahsen yatırılması için başvurabilir. Daha ağır hastalar bir doktorun tavsiyesi ve bir akrabasının muvafakati ile yatırılabilir. Bu ilk yatış süresi ondört gündür. Bu süre sonunda hasta çıkarılmasını istiyebilir ve hastane hekimlerince bu istek uygun görülmezse hasta özel bir konsültasyon istiyebilir. Bu heyetin üyeleri kantonal hükümet tarafından seçilir. Hasta yakınları isterlerse hastalarını tedavi yapılmadan da çıkarabilirler. Hastanın tehlikeli olduğuna karar verilirse hastane idaresi bu istemi reddedebilir. Ağır alkolikler ve psikopatlar da istemleri dışında bir hastane tedavisine tabi tutulurlar. Hastanın tedavinin cinsine her türlü itiraz hakkı vardır ve istemediği bir tedavi şekli, özellikle ECT, uy-

gulanamaz. Hastanede yatış süresi içinde hastaların her türlü hukukî ve kanunî hakları saklıdır.

Hitler devri ve bu günün Almanyasında akıl hastalarına karşı tutum ve tavır hemen çok az değişmiştir. Hastaların yatışları, muhafaza ve bulundurma süreleri Nazi Almanyasında çoğunlukla politik maksatlarla yapılmıştır. Bu günün Almanyasında ise bürokratik zorlamalar dikkati çekmektedir. Batı Almanyada birî resmî görevli olmak üzere en az iki doktorun yazılı istemi şarttır. Bunun yanısıra bir hakim kararı da istenmektedir. Üniversite kliniklerinde durum biraz değişik olup hastalar doktorları, akrabaları ve polis tarafından yatırılırlar. Bu kliniklerde daha çok öğrencilerin ve öğretmenlerin yattığı dikkati çeker. Almanyada bir kimsenin hastalığı için en önemli kriter «Social incapacity» sosyal uyum yetersizliğidir. Capacity to manage affairs bu ülkede çok büyük önem taşır ve «Geschaftsfâhigkeit» kendi çıkarlarını koruyamama bir hastalık olarak kabul edilir. Mahkeme sadece bir insanın kendi çıkarlarını koruyamadığına karar vermekle kalmaz, ayni zamanda alkolizma, psikopati ve benzeri haller için de ruhî ve zihnî yetersizlik kararı alabilir. Bu şekilde bir karar alınmış bir kimsenin mutlaka bir hastanede yatması mecburiyeti yoktur. Ancak hiç bir şekilde sivil ve kanunî haklarını kullanamaz «entmündigt» ve vesayet altında tutulur «Vormund». Bu mahçuriyet halinden maksat hastanın kendi haklarını yerinde ve doğru bir şekilde kullanamamasının önüne geçilmesidir. Bunun yanısıra hastanın aldatılması, kandırılması ve uygunsuz işler için ikna edilmesinin de önüne geçilmek istenir.

Alkolden dolayı bir kimsenin bir Vormund altına alınması için iş münasebetlerinin bozulmuş olması, aile ile şiddetli bir geçimsizlik ve sürtüşmenin başlamış olması, başkaları için zararlı ve tehlikeli bir hale gelmiş olması şartları aranır.

Kanun ayni zamanda hastanın kişisel çıkarlarını ve mal varlığını korumak için de hükümler getirir «Pflegschaft».

Diğer Avrupa ülkeleri : Hollanda'da hastanelerde açık ve kapalı koğuşların olduğu daha önce söylenmişti. Kapalı kısımlara yatışlar bir kanunla düzenlenmiştir. Bu yatış için selahiyetli bir mahkemenin kararı gerekir. Mahkeme kişinin akıl hastası olduğunu ve

yatırılmasının arzu edildiğini açık bir şekilde bildirmelidir. Bunun dışında hastanın bir yakını veya akrabası yoksa halk sağlığından sorumlu bir büro yetkilisi hastanın tehlikeli ve çevresi için zararlı olduğu gerekçesi ile kapalı kısma yatırılmasını istiyebilir. Suç işlemiş hastaların yatış istemi savcılıktan gelir. Suç işlemiş akıl hastalarında hastane yetkilileri hastanın çıkışına karar verseler bile Adalet Bakanlığı bu çıkışa engel olabilir ve halkın korunmasını dikkate alarak arzu ettiği sürece hastanın taburcu olmasını uzatabilir. Bu kişinin bir psikopat olması halinde doktor bir hastaneye kapatılmasını istiyebilir. Suç işlememiş akıl hastaları ise akrabalarının kefaleti ile ve her türlü mesuliyeti kabul etmeleri halinde serbest bırakılabilir. Bu serbest bırakılmış hastalar «public prosecuter» adı verilen sorumlu bir merci tarafından devamlı gözetim ve kontrol altında tutulurlar.

Belçika'da akıl hastaları, bir hekimin, psikiyatrist olması gerekmez, yazılı bir raporu ile hastaneye kabul edilirler. Bunun yanısıra yakın bir akrabanın da yatış istem belgesini imzalaması şarttır. Alkolikler, ilâç müptelaları da ayni yoldan hastaneye yatarlar. Psikopatlar çevrelerine belirli bir zarar vermedikçe akıl hastanesine yatırılmaz ve davranışlarında serbest bırakılırlar. Çıkışları ise tedavi eden hekimin tavsiyesi ve sivil mahkemenin de bu karara uyması suretiyle olur. Hastalar yatış süreleri içinde kanunî haklarını kaybetmemekle beraber bu hakları kullanmakta oldukça zorluk çekerler. Yapılacak tedavi hakkında hastaya danışılmaz, sadece yatıran kişinin muvafakatı alınır. Bu hastaneler Sağlık Bakanlığının tayin ettiği müfettişlerce kontrol ve teftiş edilir.

Fransa'da hastaneye yatış iki şekilde olur. Birincisine «placement volontaire» serbest ve hastanın kendi rızası ile yatış denmesine rağmen hasta ancak bir yakını tarafından yatırılabilir. Yatıran kişi beraberinde hastanın yatmasını gerektirir bir raporu da ibraz etmek zorundadır. Hastanın bu şekilde resmî olmıyan bir doktor tarafından gönderilmesi haline «préfet» adı verilir. Ikinci yatış şekli «placement d'office»dir. Burada doktor raporuna ihtiyaç yoktur. Hasta polis kanalı ile gönderilir ve bu işlem sadece çevresine zarar verme durumunda olan hastalara uygulanır.

Alkolikler ve psikopatlar hastanelere placement volontaire yolu

ile kabul edilirler. Bu kimselerin bir akıl hastanesine kapatılmaları gerektiğini belirtir açık bir kanun hükmü olmamakla beraber hastalığın akut belirtileri zail oluncaya kadar yatırılarak tedavi edilirler. Hasta yakınları isterlerse tedavisi bitmemiş bir alkoliği de hastaneden çıkarabilirler. Bu durumda hastanın bir suç işlememiş olması şartı aranır. Hastayı yatırmış olan hekim veya otorite «préfet» her üç ayda bir hastası hakkında bilgi almak için hastaneye müracaat edebilir. Ayrıca bir hükümet sorumlusu yılda iki kere bu hastaneleri teftiş eder.

Ispanya'da hastanın bir yakını, bir polis görevlisi, adlî yetkililer ve psikiyatrist olsun olmasın herhangi bir doktor yatırılma isteğinde bulunabilir. Hastanın bir akıl hastanesinde yatmış olması onun kanunî haklarını ortadan kaldırmaz. Hasta yatmak istemezse mahkemeye çıkarılır ve karar hâkimin takdirine bırakılır. Akrabaları, hasta çevresi için tehlikeli olmadıkça, istedikleri zaman tedavisi bitmemiş olsa bile hastalarını alabilirler. Hasta hastanede yatarken bile kanunî haklarını kullanabilir, alım, satım, evlenme ve boşanma gibi fiilî ve kavlî tasarrufta bulunabilir. Bu hakların hastanın elinden alınması ancak mahkemenin kararı ile olur.

Portekiz'de 1945'de kabul edilmiş olan kanun bu gün için akıl hastasının haklarını koruyan en modern kavramları getirmiş gibi görünmektedir. Kanun psikiyatrik tedaviyi profilaksi, tedavi ve hastanın çocuklarının bakım ve korunması açısından ele almış olup ayak tedavisi, hastane tedavisi, hastanın evinde yapılan tedavi ve hastanın bir başka ailenin yanına gönderilmesi ile yapılan tedaviler şeklinde ayırmıştır. Hastaneler, yataklı servis, gündüz hastanesi ve sosyal hizmet bölümü olarak üç kısma ayrılmış ve bunun yanında ayaktan tedavi için de ayrı bir servis hizmete açılmıştır.

AKIL HASTASININ MEDENİ VE KANUNÎ HAKLARI

Kanada, kuzey ülkeleri ve Amerika'nın bazı eyaletlerinde hastanede yattığı süre içinde akıl hastalarının medenî haklarını kullanmasına müsaade edilmez. Ingiltere'de 1959'da değiştirilen kanundan önce akıl hastalarının kavlî tasarrufu şarta bağlanmıştı. Tedavi eden hekimi ve hastane başhekimi hastanın kendisinden ve ne yaptığından, hak ve menfaatlerini korur durumda olduğundan haberli olduğunu bir raporla tevsik etmesi halinde hasta medenî haklarını kullanabilirdi. 1959'dan sonra bu şart kaldırılmış olup hastanın her türlü medenî hakkı saklı tutulmuştur. Akitleşme yapabilir ve her türlü fiilî tasarrufta bulunabilir. **Henderson** bu konuda tarafların her ikisinin de tam şuur açıklığında olması şartını koyarken **Overholser** sadece şuurun açıklığının yeterli olmadığını ve hastanın geçerli bir akitleşme yapabilmesi için bunun yanısıra hafızasının da normal ve gerçeklik duyumuna sahib olmasının da gerekli olduğunu ifade etmektedir.

İsviçre, Fransa ve Avusturya'da kişinin motivasyonlarının normal olması ve kendi kendisini idare edebilir halde olması şartı mevcuddur. Fransa'da bir ruh hastasının yaptığı mukavele geçerli olmasına rağmen akit tarihinde hastanın «démence» bunama hali içinde olması bu mukavelenin feshi için yeterli olur. Avusturya'da hastanın zihnî bakımdan yeterli olduğunun bir raporla tesbiti icab eder. Italya'da ise hastanın anlamasının normal olması ve herhangi bir irade bozukluğu göstermemesi arzu edilir. Isveç'te yapılmış olan bir anlaşmanın bozulması için hastanın, bu anlaşmayı hastalığın etkisi altında yaptığının tesbiti gerekir.

İsviçre'de bir kimsenin vasiyetinin geçerli olabilmesi için **«Urteilsfâhigkeit»** adı verilen ve düşüncede açıklık ve kararlılığını belirten bir rapor alınması zorunludur. İsveç'te de vasiyetname için ayni şartlar aranır. Bu ülkede akıl hastası olduğu bilinen kişilerin vasiyetnamelerini muteber addetmeme şeklinde genel bir eğilim mevcuddur. Vasiyetnamenin yazıldığı tarihte iyi durumda olduğu bir raporla belirtilse bile pek itibar edilmez. Amerika'da kişi vasiyetinde neyi, kime vasiyet ettiğini, yaptığının farkında olduğunu ve bu cömertliği niçin yaptığını açıkça belirtmek zorundadır.

Ingiltere ve İskoçya'da ise vasiyet eden kimsenin kanunun yetişkin ve reşit kabul ettiği yaşlar içinde olması, tam zihnî yeterlilikte bulunması ve yapılan işlemin kanunî şartlara uyması mecburiyeti aranır.

Bu ülkede zihnî yeterlilik için «A sound disposing mind» deyimi kullanılır. Bu tâbir o kişinin mükemmel bir zihnî yapıda olması şar-

tını getirmez. Ancak akıl hastası da olsa, vasiyetin yapıldığı sırada bir akıl hastanesinde yatar durumda da olsa bir ölçüde ne yaptığının farkında olması ve isteklerinin makul ölçüler içinde olması yeterli kabul edilir. **Henderson - Gillespie.** Hastadan istenen şey vasiyetin yapıldığı tarihte hastanın, a - sahip olduğu malların cinslerini, mikdarlarını ve değerlerini bilmesi, b - varislerinin kimler olduğunu eksiksiz hatırlaması, c - akrabalarının yakınlık derecelerini tayin edebilmesi ve bir sıraya dizebilmesidir. Bu şartları yerine getirebilen her kimsenin akıl hastası olsun olmasın vasiyeti geçerli olur.

Evlilik ve boşanma :

Akıl hastalıkları ve zekâ gerilikleri;

a — Bir evliliğin yapılmasına engel olabilir,

b — Gerçekleşmiş olan bir evlilik akitleşmesinin bozulmasına yol açabilir,

c — Taraflara hasta ve yetersiz olan eşlerinden ayrılmak için mahkemeye müracaat hakkı verebilir.

Bu üç işlem için de gerekli olan müracaatlar taraflardan normal olanı tarafından yapılabildiği gibi hastanın yakınları veya diğer tarafın yakınları tarafından da yapılabilir. Bütün bu uygulamalar değişik ülkelerde değişik düzenlemeler getirmiştir.

İsviçre'de «Geisteskranker» akıl hastaları evlenemezler. «Geisteskrankheit» kavramı ruh hastası kavramından daha değişik ve geniş kapsamlı olarak alınmıştır. Ruh hastaları evlenebilir ve ticarî ilişkilerde bulunabilirler. Evlenmek istiyen bir kişinin evliliğin ne olduğunu, görev ve mesuliyetlerinin neler olduğunu bilmesi ve idrak etmesi gereklidir. Teorik olarak aranan bu hususların pratikte tam karşılıklarının olması aranmaz. Almanya ve Avusturya'da işlerini çeviremiyen ve çıkarlarını koruyamıyanlar «geschâftsunfâhig» evlenemezler. Feeble - minded kişiler, psikopatlar, uyuşturucu madde kullananlar ve ağır beyin dokusu hasarı olan kimselerin de yetersiz oldukları kabul edilir ve evlenmelerine müsaade edilmez. Bu gibiler devamlı korunma ve vesayet altında tutulurlar, «guardianship »

İsveç'te de akıl hastalığı ve zihnî gerilik evlenme için engel teşkil eder. Kendi başına bir evde oturabilen ve geçinebilen kimselere Kral tarafından evlenme müsaadesi verilebilir. Ancak bu hakka sahip olabilmek için bu kimsenin kendisini sterilize ettirmesi şarttır. Eşlerden birinin ayrılmak istemesi halinde sağlam olan eş diğerinin hasta olduğunu öğrendiği tarihten en geç altı ay içinde boşanma isteminde bulunabilir. Altı aydan sonra eşinin hastalığı sebebiyle diğer eş boşanma davası açamaz. Hasta olan eşin ayrılma davası açabilmesi için iyileşmesi ve bu iyileşme halinden sonra altı aydan fazla zaman geçmemesi gerekir.

Finlandiya'da ve **Norveç**'te akıl hastaları ve zekâ geriliği olanlar katiyetle evlenemez. Birçok ülkede ise hastalığın şiddeti evlenmeye engel teşkil eder. İngiltere'de taraflardan birinin evlilik seremonisinin anlamını kavrıyamamış olması halinde bu evlilik iptal edilir «void». Ayni ülkede zihnî gerilik, tekrarlayıcı epilepsi nöbetleri, tekrarlayıcı ruhî hastalık halleri de boşanma için yeterli sebebdir. Evlilik sırasında hastalığını karşı taraftan saklamış olanlar ile en az bir yıl süreyle bir akıl hastanesinde yatmış olanların eşleri de boşanmak için hak kazanırlar.

Amerika'da «eugenic» eğilimler ön plândadır. Akıl hastaları ancak sterilize edilmelerine razı olurlarsa evlenmelerine müsaade edilir. Kadının kırkbeş yaşın üzerinde olduğu durumda sterilizasyona gerek görülmez. Bir kısım araştırıcılar hastalığın herediter natürü araştırılmaksızın bütün akıl hastaları için böyle bir şartın konulmasının haksızlık olduğu kanaatindedirler.

Yunanistan'da akıl hastalığı, geri zekâlılık evlenmeye engel teşkil etmediği gibi bir boşanma sebebi de sayılmaz.

Memleketimizde de akıl hastalığının her çeşidinde ve zekâ geriliğinin her kademesinde olanlar evlilik yapabilir ve istedikleri gibi üreyebilirler. Halkımızda bu tür hastaların evlenirlerse iyi olacaklarına ve zihinlerinin açılacağına dair çok yaygın bir kanaat vardır. Maalesef bazı hekimlerin bu kimseler için «evlendirin hiçbir şeyi kalmaz» şeklindeki hatalı tavsiyelerine de rastlamaktayız.

Katolik kilisesinin, bu inanışa bağlı toplumları üzerinde çok derin bir nüfuzu ve medenî kanunlarında tesiri vardır. Bu kiliseye bağlı olan hıristiyanlar eşlerini akıl hastası olduğu gerekçesi ile boşayamazlar. Belçika, Fransa, İtalya, Felemenk ve Hollanda'da da durum

böyledir. İspanya ve Portekiz ve yukarıda sayılan ülkelerde medenî nikâh bozulabilir ancak kilise nikâhı bozulmaz.

Birçok ülkede ise akıl hastalığının belirli bir süre devam etmesi ve tedavi edilemiyeceğinin anlaşılması halinde karşı taraf boşanma talep edebilir. Bizim memleketimizde de böyle bir kolaylık sağlanmıştır. Bu süre İngiltere ve İskoçya için beş yıl, bizim memleketimiz ve diğerleri için üç yıldır.

Sterilizasyon: Bir çok ülke tek amacı üremeyi durdurmak olan böyle bir müdahaleye müsaade etmez. Danimarka, İngiltere, Norveç, Isveç ve Amerika'nın bazı eyaletlerinde sterilizasyon belirli şartlara bağlanmış ve kanunî hükümlerle sınırlandırılmıştır. Böyle bir müdahalenin ilgili tarafa kabul ettirilmesinin çok zor olması bir yana uygulama sonucunda ortaya çıkması muhtemel hukukî meselelerin halli de oldukça zordur. Medikal yoldan yapılan geçici sterilizasyonlar meseleyi şimdilik kısmen de olsa çözümlemiş gibi görünmektedir. Eugenic maksadlı sterilizasyonlar bu gün için fazla önemli değildir. Ancak sosyal sebeblere dayanan sterilizasyonlar giderek daha fazla ilgi çekmektedir. Normal bir insana bu konuda yeterli bilgilerin verilmesiyle ailenin çok fazla çocuk sayısı altında ezilmesine engel olunabilir. Ama bir geri zekâlının veya bir akıl hastasının ayni şekilde hareket etmesi beklenemez. Kaldı ki ilk örnekte sayısal bir sakınca bahis konusu olurken ikincisinde dünyaya gelecek insanın kalitesi çok önemli ölçüde gerilemekte ve doğuştan hastalıklı veya geri bir insanın dünyaya gelmesi söz konusu olmaktadır. Kuzey ülkelerinde medikal, sosyal ve eugenic maksadlı sterilizasyonlara kanun müsaade etmektedir. Norveç 1933, İsveç 1941 yılında sterilizasyon kanunlarını kabul etmiştir. Gebeliğe engel olucu ilâçları kullanamıyan veya daha fazla çocuk sahibi olmak istemiyen kadınlar devlet hastanelerinde kolaylıkla sterilize olabilirler. Danimarkada 1939-1945 Alman işgalinden sonra nüfus azalmasına karşı toplumda bir korku olması sebebiyle sterilizasyona karşı saklı bir isteksizlik olmasına rağmen oligofrenik hastaların sayısının son yıllarda % 50 nisbetinde artması bu serbest üreme sonuçlarına bağlanmaktadır.

İsviçre'de sterilizasyonun ilmî endikasyon ve ölçüleri içinde kullanılması akıl hastalarının ve geri zekâlıların evlenmelerini engelliyen kanunun giderek daha yumuşak tutulmasına ve bu hastalıkla-

rın ılımlı şekillerinde evlenmelerine müsaade edilmesine yol açmaktadır.

Sterilizasyon bir taraftan doğuştan hastalığa yatkın bir bireyin dünyaya gelmesine engel olurken diğer taraftan sağlıklı doğmuş olsa bile bu çocuğun hasta bir ebeveyn ve uygun olmıyan bir ev şartında huzursuz ve azap verici bir hayatı paylaşmasına mani olmaktadır.

Amerika'nın sadece Minnesota ve Vermont eyaletleri'nde sterilizasyon kişinin serbest iradesine bırakılmıştır. 26 eyalette akıl hastalarının sterilize edilmeleri kanunî bir mecburiyettir. 27 eyalette ruh hastalarının evlendikleri takdirde sterilize edileceklerine dair kanun hükmü vardır. 18 eyalette bu sterilizasyon kanunu epileptikleri de içine alır. Diğer bazı eyaletlerde ise «hereditary criminals» suça yatkın ailelerin ferdleri, cinsel suç işlemeye tutkusu olanlar ve sifilitikler de mecburî kısırlaştırmaya tabi tutulurlar. **Lindman** ve **McInctyre** buna rağmen kısırlaştırılan hasta sayısının gerçekte çok az olduğunu ve ancak kendi isteği ile gelenlerin kısırlaştırıldıklarını bildirmektedir.

Buna rağmen kısırlaştırılan hasta sayısının giderek azaldığı tesbit edilmektedir. Özellikle Katolik kilisesinin nüfuzunun fazla olduğu eyaletlerde bu durum daha belirgindir. Kilise sterilizasyona karşı çıkmakta ve bu durum bir çok araştırıcı tarafından da desteklenmektedir.

Lindman ve **McInctyre,** kısırlaştırma mecburiyetini getiren kanunun yürürlükten kaldırılması halinde kişinin en köklü dürtülerinden birinin korunmuş olacağını ve kendi inisiyatifine bırakıldığı için de isteklilerin daha kolaylıkla böyle bir işleme razı olacakları fikrini savunmaktadırlar. Gelecek nesillerin sağlam ve kusursuz olması görüşü açısından bakıldığında sterilizasyona karşı çıkan görüşler sarsılmakta ve meselenin çözümü şimdilik ortada kalmış görünmektedir.

Castration: Üç Skandinav ülkesi dışında bu gün için hiç bir ülke operasyon yolu ile yapılan bir kısırlaştırmaya müsaade etmemektedir. Bu üç ülkede de bu işlem kişinin istemi dışında yapılamaz. Akıl hastaları, geri zekâlılar ve ağır cinsel suçlar işliyen psikopatlarda bu operasyon uygulanır. Psikopatlarda bu ameliyat sonucu suç işleme ve cinsel agresif dürtülerini kontrol etmedeki zorluğun önemli ölçüde azaldığı ve bu kimselerin topluma uyum sağlayabildikleri bildirilmiştir.

Gebeliğin durdurulması: Bu gün dünyanın hemen her ülkesinde sosyal, ekonomik ve psikolojik sebeblerle gebeliğin durdurulmasına yönelik bir eğilim görülmektedir. Buna karşılık konservatif aile çevrelerinde ve müslümanlık ve hıristiyanlık gibi büyük dinlerde çocuğun her ne bahasına olursa olsun korunması için amir hükümler bulunmaktadır. Japonya doğacak çocuğu ananın istememesini gebeliğin durdurulması için yeterli bir sebeb sayacak kadar hoşgörülü bir tutum izlemeye başlamıştır. Italya ve İspanya, anayı tehdid eden veya çocuğun yaşamasını imkânsız hale getiren tıbbî bir sebep olmadıkça, gebeliğin durdurulmasına karşı çıkmaktadır. İngiltere kürtajın serbest bırakılmasını sağlıyan kanunu 1968 yılında kabul etmiştir. Danimarka ve İsveç çocuğun yaşamasının ana için hayatî tehlike teşkil ettiği durumlarda, çocuğun hastalıklı ve sakat doğmasının tıbben muhtemel görüldüğü hallerde, zorla ırza geçilme sonucu oluşmuş hamileliklerde ve «incest» çok yakın kan bağı olan kimselerin birleşmelerinden meydana gelen hamileliklerde gebeliğin durdurulmasına izin vermektedir. Bunların yanısıra psikotik hastalıklar, reaktif depresif haller, intihar riskinin olduğu durumlar, psikastenik ve nevrastenik reaksiyon tiplerinde de hekim kararı ile gebeliğin durdurulması mümkün olmaktadır. Bu iki ülkede çok çocuklu ailelerde ve ananın daha fazla sayıda çocuğa bakamıyacak kadar hasta ve bitkin olduğu durumlarda da gebeliğin durdurulması için kanunî uygunluk sağlanabilir.

İngiltere'de 1968'de kabul edilmiş olan kürtaj kanunu İskoçya ve Wales'de de aynen uygulanmakta olup sadece Kuzey İrlanda'da kabul edilmemektedir. «Act of 1968»in öngördüğü şartların dışında yapılan kürtajlar suç sayılmakla beraber kanun aşağıdaki prosedüre uyulmak suretiyle hekimlere kürtaj, için daha geniş imkânlar tanımaktadır. Bunlar;

Section I (1). En az iki hekim aşağıda sıralanmış olan şartların bir kürtaj endikasyonunun var olduğunu yeminle tasdik etmelidirler.

a — Gebeliğin devamı halinde ananın taşıdığı risk, durdurulması halinde ortaya çıkacak tehlikelerden daha fazla olmalıdır.

b — Gebeliğin devamı halinde ananın maruz kalacağı fizik ve ruhî zarar, devamı halinde ortaya çıkacak zararlardan daha fazla olmalıdır.

c — Son çocuğun doğumu halinde daha önceki çocukların uğrıyacağı zarar doğmadığı takdirde ortaya çıkacak zararlardan daha fazla olmalıdır. (Bu maddeden kasdedilen diğer çocukların yetişmeleri, tahsilleri ve beslenmeleri için kendilerine düşen payın önemli ölçüde azalması ve mevcud çocuklar üzerindeki olumsuz psikolojik etkileridir).

d — Ailenin bir akıl hastalığı veya defektif bir hastalık sebebiyle yüklü olması halinde doğacak çocuğa önemli ölçüde hastalık riski getirmesi ihtimali bulunmalıdır.

Kadının bekâr olması halinde gebeliğin durdurulması için çocuğun babasının muvafakati aranmaz. Ancak evli olmasalar bile beraber yaşıyan çiftlerde her iki tarafın da rızasının alınması usuldendir. Yaşı 16'nın üzerindeki kızlarda ebeveynin fikrinin ve rızasının alınmasına gerek duyulmaz. 16 yaşın altında olan ve ebeveyni ile beraber yaşıyan kızlarda ise ana-babanın gebeliğin durdurulup durdurulmaması hakkında karar verme yetkisi vardır.

Ceza ehliyeti: İngiltere'de suçlunun bir psikiyatrik hastalığı olması halinde adlî soruşturma ve mahkemenin her safhasında hasta-suçlu lehine bir takım kolaylıklar vardır. Bu kolaylıklar ilk önce polis tahkikatı sırasında başlar. Suç çok ağır değilse ve hasta çok belirgin bir şekilde bir akıl hastalığının belirtilerini gösteriyorsa polis bu kişiyi mahkemeye sevketmeyebilir. Bu suçun hırsızlık, yaralama veya seksuel bir karakterde olması halinde bile suçlu bir adlî tahkikatı gerektirmeksizin doğrudan bir akıl hastanesine gönderilebilir. Ağır bir suçun işlenmesi halinde ise «Public procecution» savcılık duruma el koyar ve suçlunun adlî bir soruşturmaya veya bir akıl hastanesine gönderilmesine karar verir.

Mahkeme suçlu bulduğu bir hastayı isterse hapishaneye isterse bir akıl hastanesine göndermekte serbest olduğu gibi sadece gözetim altında tutmakla da yetinebilir. Suçlunun bir akıl hastası olduğuna dair iki doktorun beraberce vereceği bir rapor mahkeme için yeterli olur. Bu iki doktorun mahkeme karşısında verecekleri şifahî bir açıklama da geçerlidir.

Magistrate Courts, hukuk mahkemeleri çoğunlukla hafif suçlara bakar ve altı aya kadar olan hapis cezalarını gerektiren suçlu -

hastaların hastaneye veya hapishaneye gönderilmesine karar verirler. Higher courts, yüksek mahkemeler daha ağır suçlarla ilgilenirler ve bu mahkemelerde ayrıca bir jüri de bulunur. Jürinin suçlunun akıl hastası olduğuna ikna edilmesi ve inandırılması gereklidir. Bu mahkemeler akıl hastası suçluları bir zaman sınırlaması olmaksızın arzu ettikleri sürece bir akıl hastanesine kapatmaya yetkilidirler.

Bu mahkemeler suçlunun ağır bir akıl hastalığına düçar olması halinde ceza ehliyetini kaldıracak bir karar alırlar. Bunun dışında psikotik depresyon, kişilik yapısını çok fazla bozmamış hezeyanlı psikozlar ceza ehliyetini tamamen kaldırıcı özellikte kabul edilmez. Idiot'lar ve embesiller ceza ehliyeti bakımından yeterli sayılmazlar ve bu sebeble daha hafif derecedeki zekâ yetersizlikleri de kanunun bu boşluğundan istifade edip cezadan kurtulabilirler. Sanığın mahkeme karşısına çıkmadan önce ceza ehliyetinin mevcud olduğuna dair bir karar verilmiş ise jüri bu kararı münakaşa edemez. Özellikle hapishane otoritelerinin sanık hakkındaki ceza ehliyetine sahip olup olmadığı kanaati geçerli kabul edilir ve yeterli olur. Ayni şekilde bu kanaatte hapishane doktorunun da kanaatinin bulunması arzu edilir. Sanığın avukatı bu raporu bir müdafaa delili olarak kullanabilir. Ancak İngiliz adalet tarihinde iki doktorun akıl hastası olarak rapor verdiği ve mahkemenin bu rapora uymayıp sanığı suçlu bulduğu ve idama mahkûm ettiği de görülmüştür. Bu ülkede doktor raporu mahkemeyi bağlamaz. Önemli olan jürinin sanık hakkındaki kanaatidir.

The criminal procedure insanity act 1964, aksi isbat edilmedikçe herkesi normal kabul eder. Bu sebeble sanık veya suçlu, suçun işlendiği sırada kendisinin bir akıl hastalığı içinde olduğunu isbat etmek zorundadır.

Bir kişinin ceza ehliyetinden muaf tutulabilmesi için bu ülkede McNaughton rules adı verilen ve beş suali içeren bir usul vardır. Hâkim bu beş suale aldığı cevaplara göre suçlunun veya sanığın mahkemesinin yapılıp yapılmıyacağına ve suçlu sayılıp sayılmayacağına karar verir, bunlar:

1 — Aklî bir yetersizlik var mıdır,

2 — Zihnî bir hastalık mevcud mudur,

3 — Yaptığı işten ve işlediği suçun mahiyetinden haberdar değil midir,

4 — Ne yaptığını biliyor mu,

5 — Yaptığı şeyin hatalı ve suç sayılacak bir şey olduğunun farkında mıdır.

Bu beş kaideye göre ancak, embesiller ve idiot'lar ile çok ağır ve hezeyanlı psikozlar ceza ehliyetini ortadan kaldırabilirler. Ancak mahkemenin vereceği karar suçlunun tavrına, jürinin havasına, doktor raporlarının muhtevasına bağlı olarak geniş ölçüde farkeder.

Azaltılmış ceza ehliyeti: Diminution of responsibility. İngiltere'de «Homicid Act of 1957» ile cinayet suçlarında azaltılmış ceza ehliyeti kavramı getirilmiştir. Bu kanunun konu ile ilgili maddeleri:

1 — Bir kimseyi öldüren veya öldürülmesine yardım eden kişi eğer bir akıl yetersizliği, akıl zaafı, zihnî gerileme veya doğuştan olma bir hastalık, bir kafa travması sonucu husule gelmiş bir zihnî yetersizlik içinde bulunuyorsa katil suçu ile muhakeme edilmez,

2 — Böyle bir suçla suçlanan kimsenin kendisini müdafaa edebilmesi için böylesine bir zekâ noksanına musap olduğunu isbat etmesi gerekir,

3 — Birden fazla kişinin öldürme olayına iştirak etmesi halinde zekâca geri ve yetersiz olanın ne ölçüde öldürme fiilinde hissesi olduğunun tesbitine gerek yoktur. Suçun cezasının hafifletilmesi hâkimin takdirine bırakılmıştır.

Ağır psikopatlar ve çok düşük zekâ düzeyindeki kişiler kanunun bu hoşgörüsünden istifade edebilirler.

Cinayet dışındaki suçlarda hastalık bir diğer suçun işlenmesine engel olacak bir tedaviye cevap verecek cinsten ise hâkim bir ceza indirimine gitmeksizin suçlunun bir ceza evinde tedavisine karar alabilir. Emosyonel hastalıklarda, şahsiyet değişikliklerinde ve nörotik hastalıklarda «mitigation or variation of sentence» cezanın hafifletilmesi veya değiştirilmesi cihetine gidilebilir. Burada suçlunun tedavi olacağına ve bir daha bu suçu işlemiyeceğine hâkimi inandırması yeterlidir.

1905 yılından beri çocuk mahkemeleri bu ülkede faaliyette olup bu mahkemelere bu konuda uzmanlaşmış hâkimler bakar. Bu mahkemelere bağlı «social workers» sosyal hizmet servisleri «Child Care Committees» çocuk bakım komiteleri, çocuk eğitim uzmanları ve çocuk yetiştirme klinikleri vardır.

İskoçya'da: kanunlar ve uygulama İngiltere'dekinin aynıdır. Ancak bazı önemli noktalarda farklılık vardır. Sanığın adlî soruşturmanın başında bir akıl hastası olup olmadığının tesbiti gerekir. Önce suçlu olup olmadığı tesbit edilir ve sonra akıl hastası olup olmadığına mahkeme karar verir ve «guilty but insane» suçlu fakat hasta olduğu ifade edilir. Bu ülkede de indirilmiş ceza ehliyeti kavramı geçerlidir ve mahkemeler McNoughton kaidesine göre karar verir. Mevcud akıl hastalığının suçlunun anlamasını ve kendini kontrol etmesini önliyecek veya etkiliyecek derecede olması halinde cezada bir indirim söz konusu olur. Müebbet hapis cezası 7-10 yıl arasına indirilir. Psikiyatristler kanunun bu uygulamasına karşı çıkmakta ve bu kimselerin toplum için devamlı bir tehdid oldukları cihetle belirli bir zaman indiriminin faydalı olmıyacağını ve bu suçluların iyileşme husule gelinceye kadar kapalı tutulmalarının daha akla yakın olduğunu ifade etmektedirler.

Amerika'da: Çeşitli eyaletlerde farklı olmasına rağmen bu ülkede psikiyatriye ve akıl hastasına verilen önem ve değer çok fazladır. Bir çok eyalette ceza ehliyeti iki veya üç dereceye ayrılır. Birinci derecede ceza ehliyeti tamdır. Cinayet suçlarının dışındaki suçlarda «mitigation of sentence» ceza indirimi psikiyatrik hastalığın ağırlığı ölçüsünde yapılır. Bu ülkede jürinin gücü hâkimin yetkisinden fazladır. Jüri isterse hâkimin kararını reddedebilir. Hâkim çoğu kere jüriye kanun maddelerini açıklamak ve hangisinin uygun olacağını bildirmekle yetinir. Amerika'da McNoughton kaideleri geçerli değildir. Birçok eyalette «Wrong-right» doğru yanlış testi olarak bilinen bir sualler dizisi sonucunda kişinin ceza ehliyeti olup olmadığına karar verilir. Bu ülkede akıl hastalığı kavramı daha geniş tutulmuş ve kognitif ve entellektuel fakültelerin bozulmuş olmasının bir akıl hastalığı tanımı için yeterli olmıyacağı düşünülmüştür. Akıl hastasında «kişiliğin bütününde bir bozukluk olmalıdır» görüşü hâkimdir. Amerika'da kanun öncelikle hastanın vereceği zarardan

toplumu korumak ve ondan sonra hastanın faydasına olan kararları almayı öngörür.

Partial responsibility, kısmî mesuliyet kavramı bütün eyaletlerde farklı anlaşılmaktadır. Dokuz eyalette kısmî mesuliyet kabul edilmemekte, diğerlerinde de çok belirgin olmıyan şartları gerektirmektedir. New-York eyaletinde cinayet ve diğer suçlardan sorumlu tutulan ve bir psikiyatrik hastalığı olduğundan şüphe edilen bütün sanıklar Bellevue hastanesinde çok ciddî bir müşahede alına alınırlar. Bu müşahede ve soruşturmalara halktan istiyen herkes dinleyici olarak katılabildiği gibi basın mensubları, savcılar ve hastane ilgilileri de katılırlar. Karar hâkimlerin görüşü ve savcının kanaati ile müştereken alınır.

İskandinav ülkeleri : İsveç'te adlî tıp müşahedehaneleri, sanığın hasta olup olmadığına karar verirler. Bir çok mahkemede hâkimin yanında bir psikiyatrist bulunur ve çoğu kere sanığı beraberce sorguya çeker. Verilecek kararda önemli ölçüde etken olur. Psikoz, akıl zaafı sonucu suç işlemiş kimselerin bu suçları müteaddid defalar işlemesi halinde bile ceza muafiyeti uygulanır. Ağır beyin hasarına sebeb olmuş kafa travmaları, ensefalitler, psikopatinin ağır şekilleri -kişinin bir veya birden fazla bir akıl hastanesine yatmasına sebeb olmuş ise - kanunun bu hafifletici veya cezayı ortadan kaldırıcı hükmünden faydalanırlar. Cezanın, hastanın tedavisi için «irrational» akla yakın olmıyan bir metod olduğu kanaatinin hâkimde uyanması sonucu sanık psikiyatristlerin eline bırakılır. Hastanın hastanede yatış süresi «artık toplum için bir tehlike arzetmediği» kanaatinin hekimde uyanmasına kadar devam eder.

İsveç'te alkoliklere karşı müsamaha gösterilmez ve alkol tesiri altında işlenen suçlarda ceza ehliyeti tamdır. Kandaki alkol seviyesi ne olursa olsun kişi sanki tamamen alkolsüz imiş gibi muamele görür. Sadece delirium tremens bir hastalık olarak kabul edilir ve bu sırada işlenmiş bir suçtan ötürü muhakeme edilmez, tedavisi cihetine gidilir.

İngiltere'de ve **Amerika**'da alkoliklerin kanun karşısındaki durumları İsveç'te olduğu gibidir ve «bir insan kendisini sarhoş yapma sorumluluğunu kabul ettiği gibi bu sırada işlediği suçun sorum-

luluğunu da yüklenmelidir» şeklinde düşünülür. Norveç ve Danimarka'da psikotik alkolikler bir patolojik intoksikasyon halinde suç işledikleri takdirde ceza ehliyetlerinin olmadığı kabul edilir. Norveç ve Danimarka'da psikotik hastaların ceza ehliyetleri yoktur ve doğrudan bir akıl hastanesine gönderilirler. Hastane yetkilileri bu suçlu hastaları istedikleri ve uygun gördükleri anda salıvermek yetkisine sahiptirler. Norveç'te psikopatların ceza sorumluluğu vardır. Bununla beraber emniyet tedbirleri ve gözetim altında tutulmakla da yetinildiği olur. Danimarka ve Isveç'te sadece psikopatları tedavi eden ve barındıran özel kuruluşlar vardır. Bu kimseler bu müesseselerde 3-5 sene arasında kalır ve tedavi edilmeye çalışılırlar. Danimarka'da kısmî mesuliyet ve ceza kavramı yoktur. Hasta suçlular bir tıbbî merkezde iyileşinceye kadar muhafaza ve tedavi edilirler.

Diğer Avrupa ülkeleri: Hollanda'da ve Belçika'da benzer bir uygulama vadır. Bir akıl zaafı veya hastalığının mevcud olması halinde suçluya ceza verilmez. Belirsiz bir süre için bir akıl hastanesine gönderilir. Hastanın tekrar topluma salıverilmesi için sosyal güvenlikle ilgili bir komisyonun, sulh mahkemesinden bir yetkilinin, bir psikiyatr - antropoluğun ve bir avukatın beraberce karar vermesi lâzımdır. Isviçre'de, bu ülkelerden farklı olarak akıl hastalığı ve zekâ yetersizliği yanısıra şuurun önemli ölçüde tutulması halinde de ceza ehliyeti ortadan kalkar. Fransa'da bunlara ilâveten «önüne geçilmez bir dürtü ile suçun işlenmesi» halinde de ceza ehliyeti kaldırılır. Almanya'da kanun «suçun işlendiği anda kişinin şuurunun tutulmuş olması veya serbest iradesini kullanamıyacak derecede zihnî bir hastalığın etkisinde olması halinde» suçlunun ceza ehliyetinin olmadığını âmirdir. 1934 yılında bu maddeye suçlunun suçun işlendiği sırada bir zekâ geriliği veya zihnî yıkılma halinde olması şartı eklenmiştir. Bu ülkelerde alkolizmanın yaptığı şuur bulanıklığı bu kanun hükmünden çıkarılmıştır. Derecesi ne olursa olsun alkolik intoksikasyon ceza ehliyetini kaldırmaz. Isviçre, akıl hastalıklarının tanınmasında değişik uygulamalar getiren bir ülkedir. Histerik bir «twilight state» tesiri altında suç işlemiş psikopatların ceza ehliyetleri yoktur.

Avrupa ülkelerinin hemen hepsinde azaltılmış ceza ehliyeti kavramı mevcuddur. Almanya'da suç kabul edilen fiilin tamamlanmamış olması hafifletici sebep kabul edilir. Belçika'da «youth» gençlik, suçun cezasının hafifletilmesi için yeterlidir. Almanya'da 14-18 yaşları arasındaki gençler işledikleri suçun manâsını kavramamış iseler veya iradelerini kullanamıyacak kadar meseleyi anlamamışlarsa suçlu addedilmezler.

Drug addiction: Ingiltere uyuşturucu madde alışkanlıklarına karşı 1968 yılında yeni bir kanunî düzenleme getirmiştir. Bunlar:

1 — Supply to Addicts, hekimlerin ilâç müptelâlarına eroin ve kokain reçetesini yazmalarını şarta bağlamıştır. Uyuşturucu madde bağımlısının doktordan böyle bir reçete alabilmesi için «secretary» of State»den bir lisans ve müsaadesi olması gerekir.

2 — Bu şart hekimin hastasının organik bir hastalık veya yaralanma sonucu duyduğu ağrı ve azabı ortadan kaldırmak için bu maddeleri vermesi halinde gerekli olmaz.

3 — Bir hekim hastası hakkında elinde böyle bir lisans olmasa bile ağrısını kesmek için bu maddeleri kullanabilir.

4 — Secretary of State belirli bazı hastaneler ve bu hastanedeki hekimlere bu tür uyuşturucuları hastalarına uygulama müsaadesi «lisence» verir. Ministery of Health and Home Office 1968, alıştığı maddeyi almak için önüne geçilmez bir arzu duyma halini bir kişinin «addict» müptelâ sayılması için gerekli ve yeterli kabul eder.

5 — Notification of addicts, bütün doktorların tedavileri altındaki hastaları «chief Medical Officer of the Home Office» bildirmeleri şartı vardır. Doktor kendisine başvuran müptelânın en geç bir hafta içinde kimliğini ve durumunu bildirmek zorundadır.

Bu büro her alışkın için ayrı bir form düzenler ve bu şekilde hastanın birden fazla doktora başvurup yüksek mikdarlarda uyuşturucu madde temin etmesi engellenir. Doktor hastasına bir uyuşturucu vermeden önce ofise bu hastanın halen başka bir kaynaktan uyuşturucu alıp almadığını sormak mecburiyetindedir.

Ofisin ihbarını mecburî tuttuğu maddeler arasında sadece morfin ve eroin bulunmayıp bütün opium alkoloidleri ve türevleri, yarısentetik morfin deriveleri ve morfine benzer maddeler de bulunmaktadır. Bunlar methadone, pethidine ve phenoperidine'dir.

Memleketimizde ceza ehliyetini belirliyen kanun maddeleri Türk Ceza Kanunu'nda şu şekilde açıklanmıştır:

Madde - 46: Fiili işlediği zaman şuurunun veya harekâtının serbestini tamamen kaldıracak kadar akıl hastalığına duçar olan kimseye ceza verilemez.

Ancak bu şahsın muhafaza ve tedavi altına alınmasına hazırlık tahkikatında sulh hâkimi, ilk tahkikatta sorgu hâkimi ve son tahkikatta mahkeme tarafından karar verilir.

Muhafaza ve tedavi altında bulundurma müddeti şifaya kadar devam eder. Yalnız sanığa yüklenen suç, ağır hapis cezasını gerektiriyorsa bu müddet bir seneden aşağı olamaz.

Muhafaza ve tedavi altına alınan şahıs, muhafaza ve tedavisinin yapıldığı sağlık kuruluşunun sağlık kurulunca, şifaya kavuştuğu bir raporla bildirilince ayni kazaî mercice serbest bırakılır.

Bu hususdaki raporda ve kararda hastalığın ve işlenmiş olan suçun mahiyeti dikkate alınarak şahsın tıbbî kontrol ve muayeneye tabi tutulup tutulmayacağı ve tutulacak ise müddet ve fasılası tayin edilir.

Tıbbî kontrol ve muayene Cumhuriyet savcılarınca kararda gösterilen müddet ve aralara uygun olarak en yakın yetkili mütehassısca yapılır. Hastalığın tekrar etmesi halinde şahıs yeniden muhafaza ve tedavi altına alınabilir.

Madde - 47: Fiili işlediği zaman şuurunun ve harekâtının serbestisini ehemmiyetli derecede azaltacak surette aklî malüliyete müptelâ olan kimseye verilecek ceza aşağıdaki şekilde indirilir:

1 — Idam cezası yerine 15 seneden aşağı olmamak üzere hapis,

2 — Müebbet hapis yerine 10 seneden 15 seneye kadar ağır hapis,

3 — Amme hizmetlerinden süresiz uzaklaştırma,

4 — Diğer cezalar üçte bir nisbetinde indirilir.

Madde - 48: Suçu işlediği sırada arızî bir sebebten dolayı 46. ve 47. maddelerde belirtilen aklî malüliyet halinde bulunan kimseler hakkında o maddelerdeki hükümler uygulanır.

Madde - 49: Bir kimse haksız bir tahrikin husule getirdiği **gazap veya şedid bir elemin** tesiri altında bir suç işlerse cezası indirilir. (Bu maddede gazap ve şedid elemden neyin kasdedildiği iyi anlaşılamamakta ve hangi hallerin gazap hali ve şiddetli elem sayılacağı açıklanmamış bulunmaktadır.)

Madde - 53: Fiili işlediği zaman onbir yaşın altında olanlar hakkında takibat yapılamaz ve ceza verilemez. Bu çocuklar savcının lüzumlu gördüğü hallerde onsekiz yaşını geçmemek kaydı ile bir ıslâh evine kapatılırlar.

Madde - 54: Fiili işlediği zaman onbir yaşını bitirmiş, onbeş yaşını doldurmamış olanlar farik ve mümeyyiz olmadıkları surette haklarında hiç bir ceza tertip olunamaz. Eğer çocuk işlediği fiilin bir suç olduğunu fark ve temyiz ile hareket etmiş ise suçlunun cezası belirli ölçülerde indirilir.

Madde - 57: Fiili işlediği zaman onbeş yaşını bitirmeyen sağır-dilsizler hakkında takibat yapılamaz.

Madde - 58: Fiili işlediği zaman onbeş yaşını bitirmiş olan sağır-dilsizler yaptıkları işin neticesinden haberli değil iseler haklarında ceza verilemez.

ÇOCUKLARDA GÖRÜLEN PSİKİYATRİK HASTALIKLAR

Çocuk psikiyatrisi, önemi giderek artan ve bu gün için ayrı bir bilim dalı olarak gelişmekte devam eden bir hekimlik konusudur. Buna rağmen yetişkin psikiyatrisi ile ilgilenen uzmanların çok sayıda hasta çocukla karşılaşmaları ve bunun yanısıra hekimliğin diğer dallarında çalışan hekimlerin de çocuk problemleri ile sürekli karşılaşmakta olduğu gerekçesi ile kitabımızda, çocuklarda görülen ruhsal bozuklukların da konu edilmesinin lüzumlu olduğu kanaati uyanmıştır.

Bu görüşü kuvvetlendiren ikinci bir sebeb yetişkinlerde tesbit edilen psikiyatrik bozuklukların çıkışlarını ve kaynaklarını çoğu kere ilk çocukluk yaşlarının ruhî kusurlarından ve olaylarından almasıdır. Diğer bir deyimle psikotik ve nörotik hastalıkların orijini ilk çocukluğun problemlerinde yatmaktadır. **Freud**'un psikoanalitik teorisi ve modern psikolojinin çocukta kritik yaş dönemlerinin olduğunu bildirmesi, dikkatleri çocuğun ruhsal değişimleri üzerine çevirmiştir.

Bir üçüncü sebeb, çocuklarda rastlanan ruhî bozuklukların erken yaşlarda tedavisi ile yetişkinde ruhî bozuklukların ortaya çıkmasının önüne geçilebileceğinin anlaşılmış olmasıdır.

Dördüncü bir faktör, hasta ailelerde hasta çocuklara normallere göre daha sıklıkla rastlanmasıdır. Gerek hasta çocuğun ve gerek hasta ebeveynin bir diğeri üzerindeki olumsuz tesirlerinin bilinmesinde mecburiyet ve fayda vardır. Bu karşılıklı olumsuz etkileşime «reactif conditions» adı verilir.

Çocuğun çevreden çok çabuk ve fazla etkilenmesi onda bir takım psikojenik belirtilerin oluşmasına sebep olur.

Çocuğun psikiyatrik muayenesi : Hekimin hasta bir çocuğa yaklaşımı ve onunla bir yakınlık kurabilmesi çocuğun ruhî durumuna bağlıdır. Huysuz, inatçı, karşı çıkıcı ve konuşmamakta inat eden çocuklarda bu yaklaşım zordur. Genel olarak çocuk ya «inaccesible» ulaşılamaz tiptendir ve muhtemelen psikotiktir veya bu karşı çıkış sathidir ve kısa bir süre sonra geçicidir.

Küçük çocuklara konuşmadan ve bir takım mimikler, oyunlar ve jestlerle yaklaşmak daha başarılı sonuçlar verir. Altı yaşını aşmış çocuklarda ise bu usul işe yaramaz ve hekim çocukla konuşmanın bir yolunu bulmak zorundadır. Çocuğa ait önemli bilgiler ana veya babasından, öğretmeninden ve bakıcısından alınır. Ana babanın verdiği bilgiler çoğu kere aşırı heyecanlı oluşları ve gözlemlerinde objektif olamamaları yüzünden gerçeği tam anlamı ile yansıtmaz. Çocukla konuşmak suretiyle kendisi hakkında bilgi toplamaya «verbal metodlar» sözlü uygulama adı verilir. Bunun dışında daha önemli ve faydalı bir metod «non - verbal» gözlemlerdir. Çocukla konuşulmaksızın bütün hareketleri, tavırları ve huyları, arkadaşları ile olan ilişkileri dikkatle gözlenir. Resim çizdirilir, bazı eşyaları boyaması istenir. Çocuğun oyun sırasındaki uyumuna, oyuna katkısına, aktif veya pasif kalışına dikkat edilir. Bu son gözlem şekline «play technique» denilir.

Psikonörotik reaksiyonlar ve kişilik bozuklukları : Bu kusurların öncelikle çocuklarda görülen «normal stage of development» kişiliğin normal değişimleri olup olmadığına dikkat edilmelidir. Bu değişiklikleri kısaca gece işemeleri, konuşmada acelecilik, uykuya geçiş sırasında görülen hareketler, obsesif davranışlar olarak niteleyebiliriz.

Bir kısım davranışlar ise çocuklarda normal karşılandığı halde bunların ileri yaşlarda sürdürülmesi psikopatik eğilimlerin ortaya çıkmasına sebeb olur. Aşırı itaat hali, isteklerinde sebatsızlık, impulsivite, ileriyi görmede yetersizlik, affekt sapmaları çocuklarda görülen ve yaş limitleri aşılmadıkça normal kabul edilen hallerdendir. Bu sebeple çocuğun hasta olup olmadığına karar verebilmek için bu değişiklikleri iki grubda toplamakta fayda vardır:

1 — Simple and transparent modes of action: Bu değişiklikler çocuğun gelişim süresi içinde belirli bir devrede ortaya çıkar, değişici ve geçici tabiatta olup bir süre sonra kendiliğinden kaybolur-

lar. Herhangi bir patolojiyi göstermedikleri gibi, tedavileri de gerekmez.

2 — Sign of a general impairment of development: Gelişmede genel bir dağınıklık ve gerileme ile kendisini gösterenler. Şiddetli nörotik hastalıklar, yürüme gecikmeleri, uzun süren gece işemeleri, aşırı anaya bağımlılık halleri, uykuda yürüme gibi kusurlar bunlar arasındadır. Bu belirtilerden bir kaçının ayni çocukta görülmesi nörotik ve psikotik bir predispozisyon için işaret sayılır, **Mayer Gross.**

Bu belirtilerin izole semptomlar halinde kalması ve sadece davranışın veya kişiliğin belirli bir parçasını etkilemesi durumunda çocuğun gelecekte bir psikotik hastalık geliştirme ihtimali fazla değildir. Parmak emme, kekemelik, tırnak ısırma ve beslenmede görülen huysuzluklar bunlar arasındadır.

Ebeveyn - evlât ilişkileri : Okul çağına gelmemiş bir çocuk için içinde yaşadığı ev çevresi ruhî gelişimi için çok önemlidir. **Bowlby** özellikle ana ile olan ilişkilerin sıcak, yakın ve anlamlı olmasının çocuğun ruh sağlığındaki önemini belirtir.

Anne : Çocuğun ilk üç yaş içinde «mother - figure» ana figürü ile olan ilişkisinin bozulması ve uyumlu bir yakınlaşmanın kurulamaması kişilik yapısında kalıcı vasıfta bozulmalara sebep olur. Bu bozulmaya «maternal deprivation» adı verilir. **Bowlby** anaya olan bu yaklaşım ihtiyacının ilk iki yıl içinde çok fazla olduğunu, üçüncü yaş sonuna doğru azaldığını ve bu yaklaşımın olmadığı çocuklarda ileri yaşlarda kişiler arası ilişkilerde bir düzensizlik, affekt donukluğu, psikopatik eğilimler ortaya çıktığını bildirmiştir. Bu bozukluklar sadece mizaç sahasında olmaz, bunun yanısıra kognitif kusurlar da ortaya çıkar. Analarından uzak çocuk bakım servislerinde yetişen çocuklarda özellikle «verbal intelligence» konuşma yeteneğinde bir geriliğin olduğu gösterilmiştir, **Frank O'Connor**.

Bowlby, enstitülerde yetişen çocuklarda affekt küntlüğünün ve psikopatik eğilimlerin ortaya çıkmasını ancak aşağıda belirtilmiş olan şartların da beraber olması halinde kabul eder, bunlar:

1 — Çocuğun anadan ayrılışı ilk iki veya üçüncü yaş içinde olmalıdır,

2 — Özel bir travma meydana gelmelidir,

3 — Kişilik yapısında daha başka sebepleri de içeren bir temel değişiklik oluşmalıdır.

Wootton, Ainsworth, «delinquent» kabahat işlemiş çocuklarda yaptıkları incelemelerde ana - evlât ilişkilerinin çok erken yaşlarda bozulduğunu ortaya koymuşlardır. **Hilda Lewis**, aileleri tarafından terkedilmiş çocuklarda, ailelerinin ilgilenmediği çocuklarda; şiddetli davranış bozuklukları ve kendilerini kontrol edebilme zorluklarının görüldüğünü bildirmiş ve, 1 — Ana ilgisizliğinin, 2 — Baba ilgisizliğinin, 3 — Ana - baba ile affektif bir yakınlık kuramamanın, 4 — Uzun süre evin dışında bir enstitüde kalmış olmanın önemli sebepler olduğunu tesbit etmiştir.

Ana - baba sevgisinden mahrum olmanın özellikle agresyonu ortaya çıkardığı, ancak ilk iki yaştan sonra bunun fazla bir önemi olmadığı anlaşılmıştır. **Hewit** ve **Jenkins** çalışmalarında:

1 — Ebeveynin çocuğu terketmesinin çocukta agresif bir davranışa sebep olduğunu,

2 — Ebeveynin çocuğu ihmal etmesinin «delinquent behavior» kabahat işlemiye yatkın ve geçimsiz bir kişilik yapısını oluşturduğunu,

3 — Ebeveynin çocuk üzerinde aşırı baskı yapmasının «over - inhibited» marazi bir tutukluğa ve durgunluğa sebep olacağını ifade etmişlerdir.

Casler, çocuktaki sensoryel uyarı yetersizliğinin, özellikle vestibuler yolların kusurlu çalışmasının ve «perceptual deprivation» diğer duyu idraklerinin kusurlarının gelişim duraklamalarına sebep olduğunun dikatten uzak tutulmaması gerektiğini ileri sürmüştür. Bu bakımdan çocuklarda görülen ilgi azalmasının ve gelişmedeki duraklamaların öncelikle işitme ve görme fonksiyonlarında bir kusur olup olmadığı anlaşılmadan psikiyatrik sebeplere bağlanması sakıncalıdır.

Yarrow, ana ilişkilerinden doğan kusurların sensoryel, sosyal ve affektif uyarıların yetersizliğinden kaynaklandığını, çocuğun bir enstitüde yetişmesinin bu şartları olumsuz etkilediğini, asıl sebebin ana ayrılığından çok çocuğun ikinci çevresindeki yetersiz şartlar ol-

duğunu, gayrimeşru ve kimsesiz çocuklarda gösterilecek şefkat ve ihtimam ölçüsünde iyi sonuçlar alındığını söylemektedir.

Broken home : Dağılmış, parçalanmış, bozulmuş yuvalar anlamındadır. **Wootton,** çocuklar sevilmiye karşı bağımlıdırlar, sevilmezlerse ürkek, gayrimemnun, tedirgin ve zekâca geri olurlar demektedir. Bu sevginin çocuğu mutlaka «blood - mother» gerçek anasından gelmesi şartı yoktur. Bir hala, bir teyze, bir nine, bir büyük anne ve çocuğu evlât edinen bir kimse de çocuğa sevgi ve yakınlık gösterebilir ve çocuk üzerinde olumlu bir duygusallık uyandırabilir. Çocuğun kendisini koruyacak ve yetiştirecek bir evden ve kişilerden mahrum olması «broken - home» daha çok juvenil kabahat ve suçlar için sorumlu tutulmaktadır. Özellikle kız çocuklarında bu tesir çok belirgindir. **Saunders, Mannheim** ve **Rhodes** bu tür bozulmuş yuvaları dört grupta toplamaktadırlar.

1 — Ana, baba ve çocuk ayni evde yaşadığı halde aralarındaki ilgi kopmuştur,

2 — Evde ailenin ferdleri yanısıra büyük anne, büyük baba veya akraba olmıyan kimseler de yaşamaktadır,

3 — Çocuk bir başka evde yaşamakta ve evin içinde, amca, hala, dayı gibi akrabalar bulunmaktadır,

4 — Evde ana babadan sadece biri bulunmaktadır, bunun yanısıra üvey baba, üvey anne veya ana babanın evli olmadığı arkadaşları bulunmaktadır.

Suç ve kabahat işlemiş çocukların % 25'inin 3 ve 4. gruptaki yuvalardan geldiği görülmüştür. Ayni şekilde kızların arasında kabahat işliyenlerinin ve evden kaçanlarının 3 ve 4. sıradaki evlerden geldikleri tesbit edilmiştir.

Çocuğun sürekli bir korunma ve itina istediği, sevilme ihtiyacında olduğu ve çevre değişikliğinden çok çabuk etkilendiği tesbit edilmiştir. Bunlardan bir veya birkaçının eksilmesi halinde çocukta huzursuzluk ve nörotik belirtiler ortaya çıkar. Bunun yanısıra aşırı hoşgörü ve serbesti de haşarılığa ve suça yatkınlığa sebep olur. Affektif korunmanın birden kesilmesi, ana - babanın evden ayrılması, ölüm gibi sebeplerle çocukta ani bir heyecan krizi ortaya çıkar. Emniyetsiz ve aşırı hassas bir mizaç gelişir «over - sensitive». Ebeveynde aşırı nörotik eğilimlerin olması çocuğa da yansır, öfke, korku, emniyetsizlik duygusu ve sıkıntı ana babadan kolaylıkla çocuğa geçer. Bunun yanısıra tamamen normal ve uyumlu evlerden hasta çocuklar çıkabileceği gibi tersi de olabilir.

Uykusuzluk ve huzursuz uyku: Okul çocuklarında ve gençlerde merkezi tipten uyku bozukluğunun görülmesi nadirdir. Ayni şekilde lethargic ansefalitler ve narcolepsy de normal bir uykusuzluğa sebep olmaz. Bunun yanısıra çocuğun çevresinden gelen sebebler üzerinde durmak gerekir. Bunlar ağrı veya diğer duyumları uyaran fizik hastalıklar, beslenme bozuklukları, solunum güçlükleri ve adenoid vegetasyonlar olabilir. Uykusuz çocuk bir süre sonra huzursuz ve öfkeli bir mizaç geliştirir. Aşırı hareketli ve canlı çocuklarda uyku sırasında motor bir takım kusurlar ortaya çıkar. Bunlar vücudda çekilmeler, yatakta sürekli yer değiştirme, konuşma, haykırma ve ağlamalar ve atılmalar tarzında olur. Bazen bu hareketler «rhytmic movements shown before going to sleep» uykunun başında ritmik hareketler şeklinde görülür. Baş sallama, kollarda senkron silkelenmeler olur. Bu kaçak hareketlerin uykunun derinleşmesi ile arttığı dikkati çeker. Çocuk uyanınca bu hareketler kaybolur. Çocuğun yaşının ilerlemesi ile de bu motor kusurlar ortadan kalkar. Ana babanın uyumsuzluğu ve geçimsizliği, kardeşler arasında bir çekişme ve rekabetin bulunması, rahatsız eden bir ağabeyin varlığı, okul arkadaşları ile olan geçimsizlik, ana babadan birinin veya ikisinin birden huzursuz veya hasta oluşları bilinen sebebler arasındadır.

Annenin çocuktaki önemsiz bir uykusuzluğu fazla dikkate alması ve uyku saati yaklaştıkça çocukla gereğinden fazla ilgilenmesi yatak saatinde çocukta şiddetli bir huzursuzluğun başlamasına sebeb olur, heyecan gerilimi artar. **Kanner** böyle bir çocukta:

1 — Yatağa girmek istememek, münakaşa çıkarmak, yatmamak için bahaneler uydurmak,

2 — Ağlama, oyuncaklarını yatağa taşıma, gece sık sık uyan-

ma, ana babadan birini yanına çağırma, onlarla beraber yatma isteği gibi davranış kusurlarının görüldüğü bildirilmiştir.

Bu çocuklar bu uyku bozukluğu yanısıra beslenme zorlukları ve yetersizliği, idrar ve büyük abdest problemleri, uyku saatleri yaklaştıkça gürültü çıkarma, saldırganlık ve benzeri kusurlar da gösterirler.

Uyurgezerlik: Sıklıkla görülen bir fenomendir. Hemen yüz kişiden birinin uykuda gezdiği bilinir. Çocuklarda her altı çocuktan birinin bu kusuru gösterdiği tesbit edilmiştir. Bazı ailelerde soya çekici bir özellik gösterir. Uykularında konuşan ve ağlıyan çocukların ayni zamanda uykuda gezindikleri de görülür. Gece korkuları ile ilgilidir. Çoğunlukla emosyonel veya affektif bir sebebi vardır. Bu çocuklara yapılacak uygun telkinlerin faydalı olduğu görülmüştür. Uyurgezerlik hakkında daha önce bilgi verilmiştir.

Gece korkuları ve kâbus görme: Gece korkuları çocuklarda 3-8 yaş arasında görülür ve kendiliğinden kaybolurlar. Kâbus görme yetişkin yaşlarda da olabilir, daha fazla bilgi için epilepsi bahsine bakınız.

Nightmare - kâbus görme sırasında çocukta şaşkınlık ve bir «twilight state» hali vardır. Korku, terleme, kaçak hareketler, teneffüs hızlanması olabilir. Genellikle kendisini korkutan insan ve hayvan hayalleri görür. Bu durum bazen yarım saat kadar sürebilir ve sonunda derin bir uyku devresi görülür. Bu fenomen çoğunlukla zararsızdır. Gerek çocukta gerek yetişkinde olaya sıklıkla bir mide dolgunluğunun sebeb olduğu ifade edilir.

Gece korkuları daha ciddî sebeblerden olur. Epilepsi, hipoglisemi, karbon dioksid zehirlenmesi, teneffüs zorlukları bunlar arasındadır. Bunun dışında aileden gelen çatışmalara karşı bir nörotik reaksiyon olarak da düşünülür. Gece geç gelen alkolik babaların çocuklarında daha sık rastlandığı görülmüştür.

Beslenme bozuklukları: Sindirim sistemi çocuğun ruh sağlığını ortaya koyan en önemli organdır. Yiyeceğin reddedilmesi veya yeme düşkünlüğü «food-faddism», bulantı, kusma, karın ağrıları, kabızlık psikolojik bir bozukluğun önde gelen belirtileridir. Çocuğun buna benzer şikâyetlerle organik veya infeksiyöz bir hastalık geçirmesi sonucu anasından gerektiğinden fazla bilgi ve ihtimam görmesi dikkatini bu organlara çeker ve ana ile bir sürtüşme halinde bu hastalığın öğrendiği belirtilerini taklid eder. Çocuk böylece şartlanmış bir davranış içine girer ve vegetatif sistemi uyarılmış hale gelir.

Çocuğun ne kadar süre meme ile besleneceği «breast-feeding» ne zaman sütten kesileceği aslında çok önemli olmıyan ve her kültürün ve ülkenin kendine has âdetlerine uygun alışkanlıklardır. **O' Conner** ve **Frank**'ın çalışmaları erken memeden kesmenin sanıldığı gibi olumsuz psikolojik etkileri olmadığını ortaya çıkarmıştır. Önemli olan çocuğun düzgün ve yeterli beslenmesidir.

Gıda reddi: Çocukların çoğunda kendilerine has yeme tarzları ve huyları vardır. Kendi ihtiyaçlarına ve arzularına göre yiyecek seçerler. **Davis** çocuklarda kendi kalori ihtiyaçlarına göre yiyecek seçme ve bunu zamanla değiştirme işgüdüsünün bulunduğunu bildirmiştir. Bu sebeble yedirme için çocukları zorlamanın veya aşırı yiyen bir çocuğa yiyeceği kısıtlamanın fazla bir faydası olmadığı anlaşılmıştır. Bunun yanısıra yedirme sırasında oyalama, vaadde bulunma dikkatini başka tarafa çekme ve hikâye anlatma gibi çabaların da hiç bir yararı yoktur. Belirgin organik bir hastalığı yoksa çocuk kendi haline bırakılmalıdır.

Bulantı ve kusma: Fizik sağlığındaki bir aksama veya zihnî bir karmaşıklık çocukta hemen bulantı ve kusmayı davet eder. Bunların dışında bu iki belirtinin görülmesi halinde bir beyin uru, menenjit düşünülebileceği gibi çocuğun «over-eating» aşırı yedirilmiye karşı bir karşı çıkışı da dikkate alınmalıdır.

Bir defa kusmaya alışmış çocuklar kolaylıkla kusarlar «easily released mechanism». Çocuğun aşırı heyecanlı olması, mesut olmaması, bir çatışmanın bulunması kusmasına sebeb olur. Kusmanın yemek saatlerine rastlaması çocuğun bir problemi olduğunu gösterir. Gece kusmaları çoğunlukla bir aşırı yorgunluğun sonucudur «over-fatigue.»

Okul çocuklarında sebep, çoğu kere geçimsiz bir arkadaş veya öğretmenlerinden gelen bir zorlama olabilir. Doktordan gelecek uygun bir telkinle bu tür bir kusma önlenebilir.

Cyclic - peryodik kusmalar birkaç gün sürer ve birkaç hafta aralıkla tekrarlanırsa organik bir hastalık düşünülmelidir. Bu duru-

ma ketoz ve asidozun sebeb olması mümkündür. Çocuğun renginin kızarması ve heyecanlanması ile bu tür devri kusmalar ortaya çıkar. Bu durum yetişkinlerde bir migren nöbetinin başlıyacağının işaretidir. Birincisinde gıdalar mideden tekrar ağza getirilir ve saatlerce çiğnenir, bir tür oralite ve haz alma alışkanlığıdır. Çocuğun süratle kilo kaybetmesine sebeb olur. Çocuğun dikkatinin başka şeylere çekilerek bu huyundan vazgeçmesi sağlanabilir.

Abdominal ağrılar, kolikler ve kabızlık: Heyecanlı ve küskün çocuklarda sık görülen bozukluklardır. Rumination - ağızda gıdaların uzun süre tutulması ve çocuğun adeta geviş getirmesi ve Pica-yiyecek olmıyan maddelerin ağza sokulması, zihnî bir anomalinin işaretidir. Birincisinde gıdalar mideden tekrar ağza getirilir ve saatlerce çiğnenir, bir tür oralite ve haz alma alışkanlığıdır. Çocuğun süratle kilo kaybetmesine sebeb olur. Çocuğun dikkatinin başka şeylere çekilerek bu huyundan vazgeçmesi sağlanabilir.

Pica, çoğunlukla bir yaşın altındaki ihmal edilmiş veya terkedilmiş çocuklarda ortaya çıkar. Çocuğa düzensiz bir beslenmenin uygulandığını gösterir. 4-9 ay arası çocuklarında uzanabildiği her şeyi ağzına götürme alışkanlığı, geri zekâlı çocuklarda ileri yaşlara kadar devam eder. Gelişme geriliğinin fazla olduğu durumda çocuklar büyük abdestlerini ağızlarına alır ve çiğnerler.

Dışkılama bozuklukları: Organik bir sebebe bağlı olmaksızın ortaya çıkan büyük abdest kaçırma hali oldukça ender görülür. Bunun yanısıra enuresis hemen her dört çocukta bir ortaya çıkan bir kusurdur. Birincisi ciddî bir problem olmasına rağmen ikincisi daha kolay düzelebilir ve fazla bir mesele çıkarmaz.

Enuresis : Bu bozukluk tahmin edildiğinden daha sıklıkla görülür. Bunun sebebi annelerin bunu kendi kusurları gibi kabul etmesi ve çocuklarının idrarını altına kaçırdığını söylemekten kaçınmalarıdır. Bu sebeble bir hekime getirilmeleri gecikir ve çoğunlukla bu durum 8-11 yaşlarına kadar saklanır. Memleketimizde kız çocukların evlenme yaşına kadar tedavisiz bırakıldıkları ve «kızın adı çıkar» korkusu ile bir hekime gösterilmedikleri sık rastlanan olaylardandır. Sosyo-ekonomik seviyesi normalin altındaki kimselerin çocuklarında daha sıklıkla görüldüğü ve genellikle beş yaşın altındaki çocukları seçtiği tesbit edilmiştir. **Kanner,** gerek düşük ekonomik seviyenin, gerek ana-babanın düşük zekâ düzeyinde olmasının önemli

bir faktör olduğunu bildirmiştir. **Hallgren,** zekâ gerilerinde gece işemelerinin ileri yaşlara kadar devam ettiği görüşündedir.

Gündüz işeyen çocuklarda «diurnal enuresis», gece işeyenler den «nocturnal diuresis» daha kötü bir prognozun olduğu ve gündüz işeyenlerin kolaylıkla bu alışkanlıklarını terketmediği bilinmektedir. Gündüz sık idrara çıkan çocukların ve idrara çıkış sırasında yetiştirememe sıkıntısı çekenlerin gece kolaylıkla idrarlarını altına kaçırdığı görülür. **Hallgren** uykusu ağır çocuklarda enuresis'in daha yaygın olduğunu söylemesine rağmen bu olayda birden fazla sebebin rol oynadığı sanılmaktadır. Bunlar fizik sebeblerden çok emosyonel değişikliklerdir. **Hallgren** bu çocukların önemli bir kısmının bu alışkanlıklarını ailelerinden getirdiklerini söyler «genetically determined». Anneden kıza %20 nisbetinde ve babadan oğula %40 nisbetinde geçtiği tesbit edilmiştir. Bu intikalin ya poligenik veya major dominant bir gene bağlı olduğu tahmin edilir. Araştırıcı, enuretiklerde mortalite oranlarının yüksek ve fertilite nisbetlerinin düşük olduğunu ileri sürmüştür. **Barbour** bu çocuklarda E.E.G. anomalilerine %85 nisbetinde rastlandığını bildirmiştir. Bu kusurun fonksiyonel bir gelişim bozukluğu olduğu kanaati yaygındır

Toilet training : Çocuğun büyük ve küçük abdestini kontrol etmeyi öğrenmesi genellikle üç yaşın sonunda tamamlanır. Psikoanalistler çocuğun bu yoldan «id»den gelen dürtü ve isteklere karşı ilk «ego» mücadelesinin verildiğini söylerler. Bu kontrol mekanizması normalde hiç bir eğitim ve öğretimi gerektirmez. Hayvanda olsun, insanda olsun kendiliğinden öğrenilir. Bu fonksiyonel gelişme daha sonra fizik, çevresel ve yapısal değişikliklerle etkilenir ve bozulur.

Hellman, çocukta sfenkterlerini kontrol etmenin bir takım gelişim kademelerinden geçtiğini, 4-5 aylık çocuğun bezinin ıslanması ile vücudunda duyduğu soğukluktan müteessir olduğunu ve kendisini temiz tutmasını bu yoldan öğrendiğini, 8-9 yaşlarında bu otomatizmin herhangi bir sebeble bozulduğunu ve bu çocukları tedavi etmek için bu kusurun mahzurları hakkında bilinçlendirmekten başka çare olmadığını ileri sürer.

Fizik faktörler: Enuresise sebep olan fizik faktörler arasında spina bifida, genital organların lokal uyarılmasına sebeb olan hastalıklar, idrar kesesinin küçüklüğü, adenoid vegetasyonlar, derin uyku,

epilepsi sayılabilir Gerçekten bunların hiç biri asıl sebeb olmayabilir.

Ebeveynin tutumu: Ananın çocuğa karşı aşırı düşkün ve koruyucu oluşu önemli bir sebebdir. İleri yaşlara kadar çocuklarına bez bağlayan analar, çocuğu devamlı olarak yetersizlikle suçlayanlar hastalığın ortaya çıkmasında ve uzamasında etken olurlar. Temiz ve bakımlı tuvaletlerin bu kusurun düzelmesinde önemli rolü olduğu görülmüştür. Daha önce temiz olan çocuklarda ikinci bir kardeşin gelmesi ve ilginin bu küçüğe dönmesi çocukta «regression to earlier behaviour patterns» daha önceki bir gelişim devresine dönme eğilimi uyandırır ve idrarını kaçırmaya başlar.

Klinik görünümü: Genellikle her gece kaçırma görülür. Bunun dışında bazı çocuklar haftanın bir iki gecesinde idrarını kaçırırlar ve bir kısmı ise gündüz de bu kusuru işler. Yaşın ilerlemesi ile bir düzelme görülürse de bir kısmında çok ileri ve yetişkin yaşlara kadar devam edebilir. Bazı yetişkinlerin ise normal şartlarında kaçırmadıkları halde, otel ve benzeri yerlerde kaldıkları zaman müşterek tuvalete gidemedikleri için gece yataklarını ıslattıkları görülür.

Encopresis : Büyük abdest kaçırma kusurudur. Yalnız başına görülmesi nadirdir. Ağır nörotik kusurlarla beraber ortaya çıkar. Gerek hastaya gerek ebeveyne çok daha fazla sıkıntı ve stres verir. Bu çocukların ailelerinin sosyal seviyeleri çok düşüktür. Çocuk âdeta «dirty» kirli kalmaya alıştırılmış ve şartlandırılmıştır. **Vaughan** çok titiz ve aşırı koruyucu annelerin çocuklarında bu kusura rastlandığını bildirmiştir. Çocuğun sürekli olarak stres altında kalması halinde fizyolojik bir karşı çıkış olarak büyük abdestini bıraktığı söylenir. Çevre değişikliği bu çocuklarda olumlu tesir eder. Hastanede altlarını kirletmeyen bu çocukların evlerine döndüklerinde eski huylarını sürdürdükleri görülmüştür.

Kabızlık: Burada kasdedilen büyük abdestin günlük aralarla boşalmasındaki gecikme olmayıp problem çıkaran, her seferinde sert feçes parçalarının büyük zorluklar ve ağrılarla dışarı atılmasıdır. Bu ağrılar çocuğun cesaretini kırar ve çocuk tuvalete gitmek istemez. **Pinkerton** bu «bowel negativism» halini aşırı titiz ve sıkıntılı annelerin çocukları üzerindeki gereksiz müdahale ve gayretleri sonucuna bağlamıştır. Araştırıcı çocuktaki bu abdest etmemedeki ısrarcılığın

bir «megakolon» oluşmasına sebeb olacak kadar ileri gidebileceğini bildirmiştir. Fissure-in-ano, anüs içindeki fistüllerin kabızlığa sebeb olmadığı ancak kabızlık sonucu husule geldikleri kabul edilmektedir. Büyük abdest kaçırma alışkanlığında «operant şartlanma» nın şimdilik en geçerli tedavi olduğu ifade edilmektedir.

SEKSUEL GELİŞİM KUSURLARI

Çocukların bebeklikten oyun çocukluğuna geçişleri sırasında dikkatlerinin kendi bedenlerinin dışına çekilmesinin ve çocuğun haz prensibini oyun, arkadaşlık ve benzeri meşguliyetlere yöneltmesinin gerektiği ifade edilmiştir. Çocuklara erken yaşlarda verilecek cinsel bilgilerin fayda yerine zarar vereceği ve dikkatlerini lüzumsuz bir şekilde seks ve seks organlarına çekeceği kabul edilmektedir. Ana - babanın yatak odalarını çocukları ile paylaşmamaları, çocuğun yanında dikkatli olmaları ve cinsel yaklaşımları sırasında çocuğun bu olaya şahit olmasına imkân vermemeleri gerekmektedir.

Özellikle ana baba ve yetişkinlerin çocukların bulunduğu sırada konuşmalarına çok özen göstermeleri ve iki anlama gelebilecek kelime ve cümlelerden kaçınmaları çok önemlidir. Böylece çocukta gereksiz ve erken bir merakın önüne geçilebilir.

Bir başka önemli husus ana babanın çocuğa «utanma» hissini öğretmeleridir. Böylece çocukta geleneksel bir kültürün gelişmesi ve çirkin ve güzel olanın ayrılması sağlanmış olur. İyi ve güzel olanın yanısıra çocuğa kirli ve temiz olanın da tarifinin yapılması ve bir taraftan dışkılama ve idrar, diğer taraftan da cinsel görevlerle bezenmiş olan organların bunun dışındaki maksatlarla kullanılmaması, temiz ve sağlıklı kalması temin edilmiş olur.

Çocuğa gelişmesi sırasında davranışlarının, beslenmesinin bir takım kaidelere ve şartlara bağlı olduğu öğretilirken ve kısıtlamalar getirilirken cinsel konuda da kendisini tutmasını, kontrol etmesini ve haz prensibini sosyal normlara göre kullanmasını öğretmek lâzımdır.

Masturbation: Çocuklarda masturbasyon çok sıklıkla yapılmadığı ve herkesin önünde uygulanmadığı zaman pek dikkati çekmez. Masturbasyonun sıklaştığı iki devre vardır. Birincisinde çocuk cinsel organları ile diğer beden kısımları ile oynadığı gibi oynar. Bu devrede bunun anormal bir davranış olduğundan ve ebeveynin bunu hoş

karşılamadığından haberli değildir. Erkek çocuklarda bu oyunlar sırasında sertleşme ve peniste dikleşme olabilir. Bu sertleşme olayı çocuk huzursuzlandığı veya öfkelendiği zaman da olabilir. Çocuğun bu sertleşmiş uzvu ile oynadığı görülür. Bu durumun aileyi tedirgin etmesine sebep yoktur. Bu alışkanlığın daha sonra gerçek bir masturbasyona dönüşmesi söz konusu değildir. Çocuğun dikkatini bir oyuncağa veya oyuna çekmek yeterli olur.

3-4 yaşındaki kız ve oğlan çocuklarında derinin lokal bir iritasyonu paçaları sıkan bir pantolon, ilgiyi genital organlara çeken bazı oyun ve hareketler, atlama, tırmanma ve uzun-eşek gibi oyunlar «rocking-horse» masturbasyonu başlatan şeylerdir. Çocuklar bazen daha büyük çocuklar tarafından «seduced» aldatılır ve uyarılır. Veya sapık yetişkinler veya bunamış yaşlılar tarafından kullanılır ve cinsel organları ile oynanır. Özellikle çocukları annelerin kendilerinin yıkamaları ve bu işi bir başkasının -akrabalar, hizmetçiler ve benzerleri- yapmasına müsaade etmemeleri gerekmektedir. Bu sayılanların dışında çocuk cinsel organlarının tesadüfen de farkına varabilir. Bu organları ile oynadığı zaman çocuğun zevk aldığını öğrenmesi, öfke ve huysuzluğunun ortadan kalktığını görmesi alışkanlığın başlamasına sebeb olur. Bu alışkanlığın ortadan kaldırılması için çocuğun korkutulması, cinsel organlarının zarar göreceğinin söylenmesi, aklının azalacağının ileri sürülmesi sakıncalıdır. Çocuğu ikna etmek, bu organlarını daha sonra normal bir şekilde kullanacağını anlatmak daha faydalı olur. Bazen hiç ilgilenmemek de, hatalı ilgilenmekten daha olumlu tesir eder. Çünkü bu alışkanlık «self-abuse» bir süre sonra kendiliğinden terkedilir. Bu alışkanlığın «puberty»de görülmesi halinde ve daha ileri yaşlara kadar devam etmesi durumunda çocuğun heteroseksuel ilişkilere girmesinde güçlük ve çekingenlik ortaya çıkar. Bazı durumlarda masturbasyon psikopatik bir eğilim kazanır ve çocuk, gözetlenmediğine emin olduğu her dakika masturbasyon yapar. Yorgun ve utanmış görünür. Bu tiplere «habitual masturbator» adı verilir. Oligofrenlerde ve şizofrenide bu tür habitüel masturbasyona sıklıkla rastlanır. Puberte yaşındaki çocuklarda masturbasyonun pervert yaklaşımlara yolaçtığı kabul edilir. Ana babanın bu kusurlar karşısındaki tavrının fanatik ve bilimsellikten uzak olması çocuğun bu alışkanlığını terketmesi ve düzelmesi şansını azaltır.

Homoseksuelite : Aralarında bir iki yaş fark olan çocukların homoseksuel hareketler gibi görünen davranışları aslında bir «sex play» cinsel oyundan başka bir şey değildir. Bu oyunlar çoğu kere bir «group activity» grup dinamiği olarak kabul edilir. Bir grup çocuk gizli bir yere saklanır ve masturbasyon yaparlar, daha küçükler de bu toplu gösteriyi seyrederler. Aralarında kızlar da olabilir. Çocukluk homoseksualitesi çocukların kendilerinden daha büyük oğlanlara, kızların daha büyük kızlara veya öğretmenlerine karşı duydukları aşırı sempati ve sevgidir. Genellikle bu durum zararsız olup geçicidir. Ancak bazı nadir hallerde bu sevgi marazî bir vasıf kazanır ve bir «key event» tetik hadise olarak hayat boyu sürecek bir homoseksuel eğilimi başlatabilir. Bu gün için homoseksualitenin oluşmasında çevre faktörleri ve erken şartlanmanın mı yoksa **Freud**'un tarif ettiği «mother-fixation», «castration-anxiety» veya kızlarda «penis-envy»nin mi gerçek rolü oynadığı bilinmemektedir.

Effects of education: Yetiştirilme hataları ve çocuğun kendi gerçek cinselliği dışında karşıt bir cinsellik için teşvik edilmesi ve bu yönde yetiştirilmesinin önemli olduğu ifade edilmektedir. Erkek evlât isteyen ebeveynin veya kız isteyen ana babanın çocuklarını gerek kıyafet, gerek tavır ve davranış bakımından ters yönde etkilemeleri hekimlik hayatımızda çok sık rastlanan bir durumdur. Saçları uzatılmış ve bukle bukle yapılmış oğlan çocuklarını, erkek gibi giydirilmiş kız çocuklarını çok görmüşüzdür.

Konuşma bozuklukları: Konuşmanın son derece gelişmiş bir nöronal integrasyon olması, çok çabuk bozulacağını gösterir. Bunun çok sık rastlanan bir şekli «stammering» kekemeliktir. Bu kusur, kişilik yapısında da bir takılmanın işaretidir. Çocuğun konuşmaya başlamasında gecikme geçici «transient» veya «elective» mutizm, konuşmanın mafsallanmasındaki kusurlar, çocuksu konuşmanın ileri yaşlara kadar «baby-talk» devam etmesi ve afoni, çocuklarda görülen konuşma kusurlarındandır.

Bu sayılan kusurlar genellikle psikojenik tabiatta olmasına rağmen belirli bir organik sebebe de bağlanabilir. Çocukta bir konuşma kusuru söz konusu olduğu zaman öncelikle bir «hearing» işitme kusuru olup olmadığı aranmalıdır.

Stammering, kekemelik anlamındadır. Stuttering sözcüğü de ayni anlamda kullanılır. Genellikle 3-4 yaşları arasında çıkar ve ko-

nuşmanın hızlanması sırasında artar. Bu yaşlar çocuğun çevresinin birden genişlediği, önemli fizyolojik ve bedensel gelişim ve değişikliğin olduğu yaşlardır. Kekemeliğin bu yaşlarda başlamasının fizyolojik tabiatta olduğu kabul edilir.

Kekemeliğin başladığı ikinci ve üçüncü dönemler çocuğun okula başladığı veya puberte devreleridir. Bu her iki devre de konuşma ihtiyacının çok arttığı devrelerdir. Çocuk okul devresinde ilk defa yabancıların önünde konuşma durumunda kalır. Bu çocukta bir sıkıntıyı başlatır. Puberte devresinde ise çocuğun zihni ufkunun genişlemesi ve çok sayıda emosyonel faktörün araya girmesiyle kendini ifade etmesi zorlaşır. Düşüncelerin çok yoğunlaştığı bu kimselerde anlatım için gerekli kelimeler kolaylıkla ve istendiği anda bulunamazlar. **Andrews** ve **Harris** puberte devresi çocuklarında kekemeliğe yol açan faktörleri şu şekilde sıralamışlardır:

a — Zekâ fonksiyonunda yetersizlik ve grubun diğer ferdlerinden daha zor ve yetersiz öğrenme kabiliyeti,

b — Hareket artması, iritabilite ve «articulatory ataxia» kelimelerin mafsallanmasındaki güçlükler. Bu bulgular bir beyin hasarının mevcud olduğunun işaretidir,

c — Çocuğun başarılı olması için ebeveynlerinden tazyik görmesi, genetik olarak kusurlu olması ve bu iki sebebten dolayı duyduğu sıkıntının, çocuğu yeteri kadar rahatlıkla konuşmasını engellemesi.

Çocuğun akrabaları arasında kekemelerin bulunması halinde herediter geçişimin normallerden 3-4 defa daha fazla olduğu tesbit edilmiştir, **Kay** 1964. Bu kusurun dominant bir genle geçtiği, çok sayıda faktörün de bu işte rol oynadığı ve genellikle erkek çocukları seçtiği bilinmektedir.

Kekemelerin çoğunluğunun sol elini kullanan çocuklar olduğu dikkati çekmiştir. Bu kimselerde «cerebral dominance»ın taraf değiştirdiği ve bir kararsızlık olduğu düşünülmüştür. Buna rağmen fizyolojik faktörlerin önemini fazla büyütmemelidir. Psikolojik faktörlerin daha fazla etkinliği olduğu kabul edilmektedir. Aşırı mükemmeliyetçi bir ana baba, fazla disiplinli bir öğretmen, zorba bir ağabey bir kekemeliğin çocukta başlaması için yeterli olabilir.

Kekeme çocukların genellikle sıkıntılı ve obsesif eğilimli oldukları görülmektedir. Bunun yanısıra fizik yapı, kan grupları, sosyal seviye, milliyet ve konuşulan lisan ile bir ilgisi tesbit edilmemiştir. Sadece erkek çocuklarını daha fazla seçtiği ve yaşa göre değişmek üzere 2-1 veya 10-1 nisbetinde kızlara göre daha sıklıkta olduğu anlaşılmıştır.

Kekemelerin kendilerine has bir psikolojileri olduğu bilinmektedir. Bu çocuklar «influenced by his symptom» kendi kekemeliklerinden etkilenirler ve dikkatlerini kendilerine çevirirler «speech consciousness». Arkadaşları arasında, kalabalıkta huzursuzluk ve emniyetsizlik duyarlar. Yalnızlığı seçerler, oyunlara iştirak etmezler. Zorlandıkları zaman gerginlikleri artar, konuşmaları daha da bozulur ve istenen başarıyı gösteremezler. Ana babanın çocuğu topluma yaklaştırmak için yapacağı gayret ve zorlamalar çoğunlukla çocuğun sıkıntı ve karşı çıkıcılığını arttırır.

Çocuğun bu kusurunun zamanla düzeleceği düşüncesi kıymetli olan zamanın kaybedilmesine yol açar. Tedavi ne kadar önce başlatılırsa iyileşme şansı o ölçüde artar. Tedavide öncelikle çocuğun «change in emotional atmosphere» heyecan uyandıran çevresinin düzenlenmesi esastır. Uygun bir psikoterapi yanında «syllable-timed speech» adı verilen bir teknikten istifade edilebilir. Bu uygulamada çocuğa kelimeleri belirli bir zaman ölçüsünde yavaşlatarak söylemesi ve hece hece konuşması tavsiye edilir. Sabırlı ve uygun bir süre devam eden bu tedaviden sonra çocuğun kekemeliğinin çok önemli ölçülerde düzeldiği görülebilir.

Psikomotor hastalıklar: Bu kusurlar arasında çocuklarda huzursuzluk «fidgetiness», hareket artması «hyperkinesis» ve tikleri «tics» görürüz.

1 — Huzursuzluk: Bu durumda çocuk sıkıntılı, haşarı ve telâşlıdır. Bir dakika bile hareketsiz kalmaz. Masaya oturtup yemek yedirmek kabil değildir. Eline ne geçerse fırlatır, çayını döker, elindeki yiyecekleri sağa sola saçar. Uykusu da ayni ölçüde huzursuz olup yatağında sürekli hareket halindedir. Çabuk uyarılır, karanlığa, yabancılara ve eşyalara karşı tedirginlik ve çekingenlik gösterir, yalnız kalmıya tahammülü yoktur. Buna rağmen neşeli ve mesut bir görünümü vardır. Heyecanlandıkları zaman hareketlilikleri artar. Parmak-

ları ile oynama, dudak ısırma, başın sürekli olarak sağa sola çevrilmesi, yerinde duramama, elbiselerini çekiştirme ve bir kore hastalığını hatırlatır kaçak hareketler ortaya çıkar. Göz kapaklarında ve ellerde tremorun da görülmesi bir metabolik bozukluk düşündürür. **Winnicott,** bu kusuru, sıkıntının artmasına bağlamıştır. Bu «general motor unrest» genel hareket huzursuzluğun, bir «constitutional peculiarity» yapısal özelliğe veya bir «developmental delay» gelişim geriliğine bağlı olması muhtemeldir. Ikincisinin bahis konusu olması halinde çocukta bir «lack of feeling of kinetic economy» kinetik enerji tasarrufu fikrinin gelişmemiş olması düşünülür ve bu çocukların genellikle beş yaşın altında oldukları görülür.

2 — Hyperkinetic syndrome, **Kramer** ve **Pollnow** tarafından tarif edilmiş bir hareket artmasıdır.

3 — Tikler, «habit spasm» olarak da adlandırılır. İlk cocukluk yaşlarında görülürler. **Boncour** 2-13 yaş arası çocuklarda %23 nisbetinde tiklere rastlandığını bildirmiştir. Kız ve oğlan çocuklarında ayni nisbette görülür ve her çocukta gerek sayı ve gerek şekil itibariyle farklılıklar gösterir. **Kanner,** multiple tiklerden bahsetmiş ve gırtlak temizleme, ağız bükme, alın buruşturmak, boyun bükme, ağız açmak ve göz kırpmak gibi tiklerin birden fazlasının ayni kimsede görülebileceğine işaret etmiştir. Bunların yanısıra gırtlaktan ses çıkarmak, boyun adalelerini kasmak, dudakları germek, burun kanatlarını oynatmak, el parmaklarını çıtlatmak, kolları germek, atlamak ve sıçramak gibi tikler de tarif edilmiştir.

Bir kısım araştırıcı bu hareketleri bir «mental loneliness» zihnî yalnızlığa, kişilere ve eşyalara karşı gösterilen lakaydiye «aversion» veya bir karşı çıkışa «negation» yorarlar. Bir kısım tikler ise nörolojik kaynaklı ve organik tabiatta olurlar. Organik olsun, psikolojik olsun bütün tiklerin çıkış yerinin thalamo-strio-pallidar merkezlerde bir bozukluk sonucu meydana geldiği kabul edilir.

Tik'in iradeli olarak bastırılması huzursuzluk ve sıkıntıya sebep olur. Bu sıkıntı yetişkin bir kompulsif nörozlunun kompulsiyonunu bastırmak istediği zaman duyduğu sıkıntıya benzer. Çocuklarda erken yaşlarda kompulsiyonların görülmesi çok nadirdir.

Tikler, yetişkin yaşta yerlerini kompulsif rituellere bırakırlar.

Bunlar; parmak emme «thumb-sucking» ve tırnak yeme «nail biting» dir. Tikler kompulsiyonlardan:

a — Birden başlamaları, kısa bir sure devam etmeleri «short-pattern»,

b — Adeta bir fotokopi gibi çok benzer hareketlerden meydana gelmeleri, «identical»,

c — Açık bir şekilde haz almaya yönelik olmaları,

d — Bir ölçüde iradeli olarak kontrol edilebilir gibi görünmeleri,

f — Genellikle bedenin her iki tarafında simetrik olarak ortaya çıkmaları ile ayrılabilirler.

4 — Parmak emme «thump-sucking»: Parmak emme alışkanlığına normal bir davranış tipi olarak bakılabilir. Hayatın ilk aylarında acıkma ile ilgili olarak başlar. Daha sonraki aylarda ise ağrılarını dindirmek için veya dişlerin çıkması sırasındaki huzursuzluk sebebiyle baş parmaklarını emerler. Çocuğun iki veya daha sonraki yaşlarda bu alışkanlığını devam ettirmesi gerek hijyenik açıdan gerek hedonik bakımdan ebeveyni üzer. Dişlerin şeklinin bozulacağı, barsaklarının infekte olacağı endişesini uyandırır. Bunun bir tür masturbasyon olduğu ve ileride oralite şeklinde bir alışkanlığın süreceği sanılır. **Kanner,** bu tür korkuların yersiz olduğunu ve çocuğun elleri başka bir obje ile meşgul edilirse bu durumun düzeleceğini bildirmiştir.

5 — Tırnak ısırma, «nail-biting»: Bu çocuklarda uyku bozuklukları ve motor huzursuzlukla beraber bulunur. Alışkanlığın içgerginliği boşaltmıya yönelik bir motor boşalım olduğu düşünülmüştür. Özellikle disiplinli hocaların bulunduğu sınıflarda çok fazla rastlanır, **Bowley.**

Sosyal davranış bozuklukları: Çocukların ebeveynleri veya çevresi tarafından kabul edilmiyen ve hoş görülmeyen davranışlarına «delinquency» haylazlık adı verilir. **Kanner,** suçlayıcı mahiyette olan bu deyimi beğenmez. Çalma, yalan söyleme, eziyet etme ve benzeri davranışlar çocuklarda episodik bir karakter gösterir ve belirli zamanlarda meydana çıkar veya tek bir semptom halinde görülür. Bu davranışlar çok iyi yetiştirilmiş ve eğitilmiş çocuklarda da görülebilir.

Bu antisosyal davranışlar ya çevreye karşı bir reaksiyon şeklinde görülür veya gelişimde bir takılmayı işaret eder.

Piaget, çocuklarda sosyal gelişimin iki devreden geçtiğini bildirir. Bunlar:

1 — Mutlak itaat safhası, «blind-obedience», çocuk ana babanın isteklerini mutlak ve tartışılmaz kabul eder ve söylenenlere aynen uyar,

2 — Co-operation safhası, 7-8 yaşları arasında görülür, evin içindeki sosyal seviyenin düşük olması, çocuğun zekâsının yeterli olmayışı bu safhayı etkiler, çocukta kabahat işlemiye karşı bir meyil ve istek uyanır.

Glueck haylazlıkta konstitüsyonel faktörlerin etkinliğinden bahsetmiş ve bu çocukların normallerden daha iri, daha kuvvetli, daha adalî yapılı ve daha erkek tavırlı olduğunu ileri sürmüştür. Bunlar mizaç bakımından buyruk altına girmek istemiyen impulsif ve maceracı kimselerdir.

Sosyal sebebler arasında «broken-homes» sorumlu tutulduğu gibi daha çok ananın mizaç ve davranışları üzerinde durulmaktadır. Ananın kararsız oluşu, sıkıntılı ve huzursuz davranışı, zekâ ve kişilik yapısı bakımından yetersiz bulunuşu, çocuğa karşı şefkat ve sevgi göstermeyişi önemlidir.

Delinquency, daha çok oğlan çocuklarında görülür. Başlama yaşı genellikle 10-12 arasındadır, orta yaşlara doğru kabahat ve suç işleme oranları azalır. Aile içinde ilk çocuklarda daha sık rastlanır. Çocuklardan birinde bu davranış kusurunun görülmesi halinde diğer çocuklarda da meydana çıkması ihtimali artar. Tahsil seviyesi düşük kız çocuklarında daha sıklıkla görüldüğü tesbit edilmiştir. **Cloward** ve **Ohlim** delinquency'de çevre faktörünün önemli olduğunu tesbit etmiş ve bunu hazırlayıcı üç subkültür tarif etmiştir. Bunlar:

1 — Criminal subculture, çocuk bu çevre içinde büyüklerinden her türlü kabahati ve suçu işlemeyi öğrenir. Adeta bu iş için yetiştirilir. Hırsızlık, yankesicilik, fahişelik çoğu kere bizzat anası ve babası tarafından çocuğa öğretilir.

2 — Conflict subculture, aile ve çevrede bir düzen ve tertip

yoktur, geleneksel değer yargıları bozulmuş ve çok sayıda kültür birbiri içine karışmıştır, çocuk neyin doğru neyin yanlış olduğunu kestiremez. Aile içinde devamlı bir sürtüşme vardır ve çocuk sürekli bir stres ve zorlanma içindedir «chaotic state.»

3 — Retreatist subculture, ileri derecede yıkılmış ve gerilemiş bir kültür çevresidir. Uyuşturucu madde kullananlar, homoseksueller, kaatiller ve her çeşit suçu işlemiş kişilerin toplandığı bir gruptur, belirli bir işleri olmadığı gibi belirli bir yaşam yerleri de yoktur.

Çocuklarda görülen antisosyal davranışlar psikodinamikleri bakımından büyüklerde görülenden farklıdır. Çocuk çoğu kere ebeveynin dikkatini kendi istek ve şikâyetlerine çekmek için çalar. Kendisini önemli ve lüzumlu göstermek için yalan söyler. Psodologia, çocuklarda sık görülen bir yalan uydurma halidir. Kötü niyetle ve aldatma maksadı ile veya bir menfaat temin etmek için yalan söylenmez. Sebeb çoğu kere hikâye uydurmayı sevme ve çocuktaki hayal kurma gücünün fazlalığıdır «vivid imaginations». Okuldan ve evden kaçma ciddî bir kusur olarak alınmalıdır. Okuldan kaçma eğer adolesan yaşta ortaya çıkmış ise antisosyal bir davranışın başladığını gösterir. Evden kaçmalar çocuğun mesut olmadığını, bir problemi olduğunu ve yardıma ihtiyacı olduğunu bildirir. 16 yaş, gerek kız ve gerek oğlan çocukları için dikkat edilmesi gereken bir devredir. Suç yatkınlığı her iki cinste bu yaş civarında çok artmaktadır.

Depresif ve nevrastenik sendromlar: Bu her iki sendrom da çocuklarda nadir görülür. Küçük çocuklarda «timidity and shyness» mahcubiyet ve utangaçlık, okul çocuklarında «dreaminess and inability to consentrate» uyuklama hali ve dikkatini toplıyamamak şeklinde hallere rastlanır. Intihar, onbeş yaşın altında çok nadirdir. Sersemlik, yorgunluk, aşırı duyarlık hallerinde öncelikle fizik bir hastalık düşünülmelidir. Uykusuzluk, kilo kaybı, günde birkaç kere büyük abdeste çıkma, sık sık infeksiyon hastalığına tutulma, neşesizlik, kaygısızlık, ilgisizlik ve agresivite çocuğun ana baba ile bir emosyonel sürtüşme içinde olduğunu gösteren işaretlerdir.

Sıkıntı ve korku reaksiyonları: Çocuklar genellikle korkak ve ürkektirler. Bu korkularının sebebleri yetişkinden farklı olup çoğunlukla çocuğun dışında ve uzağındadır. Çocuğun yaşı ne kadar küçükse korkulu halleri o derecede fazladır.

Çocukların uyarılardan hoşlanmaları ve bu sebeble de korku husule getiren uyarılara karşı yaklaşımları fazladır. Korkutma, çimdikleme, canını biraz yakma, sıkıntılı bir durumda bırakma, çocuğu fazlası ile cezbeder. Oyunları sırasında çocuk daima tehlike doğuracak durumları seçer. Duvar üzerinde yürüme, yüksekten atlama ve benzerleri özellikle erkek çocukları için dayanılmaz bir haz ve heyecan kaynağı olur. Macera hikâyeleri, tehlike dolu filimler, cin ve peri hikâyeleri çocuk için dayanılmaz güzelliktedir. Çocuk bunlardan hem korkar hem de zevk alır. **Eysenck** ve **Rachman** çocuklarda görülen korku reaksiyonlarını ard arda gelen travmatik olaylara bağlamış ve özellikle şokan veya ağrı husule getiren uyaranların fazla zarar vermemesi halinde «phobic» cevapların meydana çıktığını bildirmişlerdir.

Çocuk öncelikle ağrı ve benzeri bir huzursuzluk veren her çeşit uyarandan kaçar. Bu kaçış uyarının her tekrarında yenilenir ve çocuk ilk uyarının yanısıra gelen diğer nonspesifik uyarılara karşı da bir kaçış reaksiyonu gösterir. Bu şekilde bir «fear-drive» korku dürtüsü gelişir. Bu kaçma dürtüsü çok sayıda uyaranla da gerçekleştiği zaman bir «generated fear» herşeyden korkma hali meydana gelir.

Normalde çocuklar bu rahatsız edici uyaranlara karşı iyi bir uyum sağlar ve bir nöroz geliştirmezler, ancak «imaginary fears» hayalî korkular uzun zaman bir problem yaratabilirler.

Çocuklarda görülen okul korkusunun «school phobia» gerçek bir okuldan korkma olmadığı, anneden ayrılma sıkıntısı ve «infantile sexuality»e bağlı şuuraltı korkular olduğu kabul edilmektedir. Okuldan kaçma ile okula gitme korkusunun birbirinden ayrı şeyler olduğu ve birincisinde daha çok çevre faktörünün önemli olduğu bilinmektedir.

Histeri: bu hastalık çocuklarda büyüklerde görüldüğü şekil ve sıklıkta rastlanır. Sadece «double personality» şahsiyet ikileşmesi görülmez. Okul çocuklarında Mass hysteria denen şekilde epidemik histerik gösterilere tesadüf edilir, **Parenton.**

Kanner, histerik çocuklarda, histerik körlük, astazi-abazi, afoni ve mutizmin çok sık görüldüğünü, bunun yanısıra anesteziler, lokalize ağrılar «topalgia» ve globus hystericus'un da seyrek olmadığını bildirmiştir.

Çocuk histerisi çoğunlukla tek semptomlu olup maksadı açık bir şekilde görülebilir. İsteklerini elde etmiye yöneliktir. Sonucu aldığı anda çocuk histerik semptomunu terk eder. Histerik kaçışlara ve twilight hallerine pek rastlanmaz. Daha çok «day-dreaming» tarzında dalmalar görülür. Bu dalmalar sırasında çocuk hikâyeler uydurur «fantastic tales» veya yalanlar söyler «mythomania». Bu durum histerik psikotik hallerden ve Ganser sendromundan dikkatle ayrılmalıdır. Bu ikinci halde bir çocukluk şizofrenisi düşünülmelidir.

Çocuklarda görülen önemli bir reaksiyon da «anorexia nervosa»dır. Daha çok kızlarda rastlanır ve 10-16 yaşları arasında ortaya çıkar. Histerik bir kişilik yapısında oluştuğu zaman prognozu kötü değildir. Obsesif ve şizoidlerde çok ağır seyreder. Gıda reddi hastalığıdır ve çocuk bulantı, kusma, kilo kaybı ile beraber çok sayıda ruhî belirtiler de gösterir.

Bir başka histerik görünüm çocuklarda erken ortaya çıkan aşklardır. Özellikle kız çocuklarında bu marazi sevgiler çocuğun ev, okul durumunu etkiler, küskünlük, depresyon, içe kapanma gibi patolojik tablolar ortaya çıkar. Histerik çocuklarda bu aşırı sevgiler yanısıra aşırı nefret, aşırı öfke ve bütün duyumların aşırı bir izharı da görülür.

İritabilite: Çocukta iritabilitenin görülmesi fizik bir rahatsızlığı akla getirmelidir. Açlık, yetersiz bir uyku, yorgunluk, hazım bozuklukları, infeksiyon hastalıklarının başlangıç devrelerinde çocuk huzursuzlaşır. Bunun yanında epilepsi ve beyin yaralanması da huzursuzluğa sebeb olur.

Çocukta psikolojik olarak huzursuzluk, kendisinde de başkalarında olduğu gibi bir beyin ve düşünme yeteneğinin olduğunu keşfetmesi ile başlar. Özellikle her şeyin mükemmel olmasını istiyen annelerin çocuklarında böyle bir karşı çıkış görülür.

Üç yaşın altındaki çocuklarda iritabilite «temper-tantrum» denilen şekilde şiddetli bir öfke patlaması tarzında görülür. Çocuk küskün ve tatminsizdir. Saldırganlık, tahripkârlık ve eziyet etme böyle bir mizaç patlamasının sonunda görülür. Telâş, şaşkınlık, becerik-sizlik, durumu kavramada başarısızlık, gerçeğin algılanmasında ye-

tersizlik ve canlı, cansız gördüğü her objeye saldırma, şiddetli bir iritabilitenin belirtileridir.

Çocuk primitif içgudülerinin birikmesi sonucu da şiddetli huzursuzluk ve agresyon gösterebilir. Daha önce sakin ve uyumlu bir çocukta böyle bir öfke halinin görülmesi fazla önemli değildir. Bazı hallerde bu öfke bir hissizlik ve donukluk şeklinde de belirebilir. Çocuk ana babasına karşı soğuk ve duygusuzdur. Oyun arkadaşlarına yaklaşmak istemez. Oynasa bile saldırgan ve oyun bozucudur. Sofrada sabırsız ve egoisttir. Her şeye karşı genel bir ilgisizliği vardır **Homburger** bu devrenin çoğunlukla çocuğun adolesansa girdiği se nelere rastladığını söyler. Çocuk bütün çevreyi kendisine düşman bilir «enemy of society.»

Obsesif-kompulsif reaksiyonlar: Bu tür hastalıklar çocuklarda oldukça nadirdir. İlk on yaşın altında bir kaç obsesif reaksiyon görülebilir. Daha çok emniyetsizlik ve iritabiliteden kaynaklanır. Devamlı ayni sualleri sormak «folie de doute», belirli objelere tekrar tekrar dokunmak bunların arasındadır. Toplu çocuk rituelleri ve seremonileri, sayı sayma tutkuları, herşeyin tersini yapma ve düşünme halleri sıklıkla görülür. Çocuğu dersine çalışması için aşırı zorlama, çocuktan herşeyin en mükemmelini yapmasını isteme, çocuğun zihnini gereksiz yere aşırı yorma sonucu çocukta bir şübhecilik ve ikna olamama durumu ortaya çıkar. «Ben iyi miyim, bu insanlar gerçekten benim annem babam mı, ben onların hakiki çocuğu muyum?» gibi sualler sormaya başlar.

Mahçup, sıkılgan, arkadaşlarından kaçar bir tavır alır. Böyle bir durumda şizofrenik bir psikozun başlamış olmasından şübhe edilmelidir.

Şizofreni: Çocuklarda şizofreni teşhisinin konulmasında çok dikkatli olmak gerekir. Gerçekten kaçma, day-dreaming, hayalî konularla ilgilenme «fairy-tales», stereotipik hareketler, katatonik postür, negativizm ve düşünce kusurları «archaic thinking» çocuğun gelişmesi sırasında görülen geçici ve değişici haller olarak ortaya çıkabilirler ve bir patolojik hastalığa delâlet etmeyebilirler. Şizofreniye benzer semptomlar ve özellikle katatonik haller düşük zekâlı çocuklarda ve daha sıklıkla idiot'larda görülürler.

Yetişkinde görüldüğü anlamda gerçek bir çocukluk şizofrenisinin varlığı şüphelidir. Bir çok davranış bozukluklarının, organik hastalıkların ve post travmatik sendromların bir şizofrenik hastalık ile karıştırılması mümkündür. **Goldfarb** şizofrenik çocukların normallerden «perceptual tests» idrak ölçme testleri ile ayrılabileceğini bildirmiştir. Otistik davranış dışında bu gün için yeterli ayırıcı kriterler yoktur. **Mahler** şizofrenik çocuk adı altında toplanmış çok sayıda çocuğu incelemiş ve şizofrenik çocuk ile «Schizophrenogenic mother» şizofreniye sebep olan ana kavramı arasında bir ilişkinin olmadığını ifade etmiştir.

Fokal semptomlar: Çocuklarda görülen «aphasia»nin doğuştan gelen bir kusur olduğu kanaati vardır. Bu hastalığın daha çok bir işitme kusuru sonucu oluştuğu söylenir. Afazinin çocukta erken çocuk otizmi «early infantile autism» ile yakın ilgisinin olduğu tesbit edilmiştir.

Gutmann, beyin absesi, infeksiyon ve tümörlerinin afazi için sorumlu olduğunu söylemiştir.

Okuma güçlükleri çocukta bir çok sebeble ortaya çıkabilir. Bu durumun yetişkinde görülmesi girus lingualis lezyonlarında olur. **Hallgren,** sol elini kullanan çocuklarda önemli ölçüde okuma zorluğu gördüğünü bildirmiştir.

Öğrenme güçlükleri daha çok perseptif kusurlara bağlanmaktadır. Özellikle görme ve işitme kusurlarının çocukta öğrenmeyi güçleştirdiği tesbit edilmiştir.

Early infantile autism, Kanner Sendromu: Bu sendrom çocukluğun ilk aylarında kendisini gösterir. Çocukta normal bir beslenme ve uyku düzeni kurulamaz. Çocuk bütünü ile anormal bir gelişim gösterir. İlk belirgin semptom dördüncü ayda görülür ve çocuk, bir şeye uzanmak için kollarını kaldırmaz. Anasının kucağında olan çocuk uygun motor yaklaşımı yapamaz. Ana, çocuğun kucağında bir acaib durduğunu farkeder. Çocuğun çevreden bir şey istememesi de karakteristiktir. Konuşma geri kalır ve çocuk arzu ettiklerini konuşarak ifade edemez. Kendisi kelime seçemez ve sadece çevreden duyduğu kelimeleri tekrarlar «echolalia». En küçük bir çevre değişikliği bile çocuğu tedirgin eder. Hasta çocuk herşeyin bir öncekinin aynı olmasını ister, olmadığı zaman, öfke, korku ve saldırganlık gösterir. Erkek çocuklarda kızlarda olduğundan dört katı fazla görülür.

Bu çocuklar güzel ve hoş görünümlü olur ve sanki zekî imişler gibi bir izlenim verirler «lock of intelligence.» Bu canlı ve sevimli görünüşlerine rağmen ilgisizlikleri hemen dikkati çeker. Buna rağmen bazı kabiliyetleri olduğu görülür. Şiirleri ve isimleri çok kolaylıkla ezberlerler. Aralarında çok iyi el hünerlerine sahip olanlarına rastlanır. Gürültüye ve yüksek sesle konuşmaya karşı çok hassastırlar ve tahammül edemezler «auditory avoidance». Iyi konuşamamalarına rağmen iyi şarkı söylerler. Görme fonksiyonu da işitme gibi etkilenmiştir ve karmaşık objeleri seçemezler. Sağ elini kullanan otistik çocuklarda hastalığın önemli ölçüde düzeldiği görülür.

KAYNAKLAR

1 — ABERCROMBİE, M. L. J. (1960). Perception and eye movements in cerebral palsy, Cerebral Palsy Bulletin, 2, 142.

2 — ADAMS G. F. & Hurwitz L. J. (1963) Mental barriers to recovery from strokes. Lancet 2, 533-537 [459, 460. 461].

3 — ADAMS, G. F. & Hurwitz L. J. (1974) Cerebrovascular Disability and the Ageing Brain, Churchill Livingstone: Edinburgh & London [455, 458. 459. 460, 469].

4 — ADLER A. (1945) Mental symptoms following head injury. Archives of Neurology and Psychiatry 53, 34-43 [207, 209, 215].

5 — ADLER R., MacRitchie K. & Engel G. L. (1971) Psychologic processes and ischaemic stroke (occlusive cerebrovascular disease) I. Observations on 32 men with 35 strokes. Psychosomatic Medicine 33, 1-29 [479].

6 — AJURIAGUERRA J. de & Tissor R. (1969) The apraxias. Ch. 3 in Handbook of Clinical Neurology, vol. 4. eds. Vinken P. J. & Bruyn G. W. North-Holland Publishing Co.: Amsterdam [67, 68].

7 — ALAJOUNANINE, Th., and L'Hermitte, F. (1965), Acquired aphasia in children, Brain, 88, 44.

8 — ALLEN J. E. & Rodgin D. W. (1960) Mental retardation in association with progressive muscular dystrophy. American Journal of Diseases of Children 100, 208-211 [834].

9 — ALLEN I. M. (1930) A clinical study of tumours inolving the occipital lobe. Brain 53, 194-243 [280].

10 — ALSTROM C. H. (1950) A study of epilepsy in its clinical, social and genetic aspects, Acta.

11 — ALTER M., Masland R. L., Kurtzke J. F. & Reed D. M. (1972) Proposed definitions and classifications of epilepsy for epidemiological purposes. Ch. 27 in The Epidemiology of Epilepsy: A Workshop, eds. Alter M. & Hauser W. A. National Institute of Neurological Diseases and Stroke Monograph No. 14, U. S. Department of Health, Education and Welfare [295].

12 — ALVAREZ W. C. (1947) The migrainous personality and constitution. The essential teatures of the disease A study of 500 cases American Journal of the Medical Sciences 213, 1-8, [491].

13 — ALVAREZ W. C. (1966) Little Strokes, Lippincott: Philadelphia & Toronto [458, 580].

14 — ANDREW J. & Nathan P W (1964) Lesions of the anterior frontal lobes and disturbances of micturition and defaecation. Brain 87, 233-262 [273].
15 — ARIETI, S. Autistic thought. Its formal mechanisms and its relationship to schizophrenia. Journ Nerv. Ment, Dis III, 288 - 309.
16 — AVNI, J., and I. Bruderman. 1969. The effect of amitriptyline on pulmonary ventilation and the mechanies of breathing. Psychopharmacologia 14 184-192
17 — BAHNSON C.B., M. B. Bahnson, and W. I. Wardwell 1971 A psychological study of cancer patients. Psychosom Med 23: 466-467.
18 — BAKER M. (1973) Psychopathology in systemic lupus erythematosus: I. psychiatric observations. Seminars in Arthritis and Rheumatism 3. 95-110 [519].
19 — BAKER, J. W., S. Merskey, H. (1966) Pain in general practice. Unpublished data.
20 — Bonhoeffer K. (1909) Exogenous psychoses. Zentrablatto tür Nervenheilkunde 33. 499-505. Translated by H. Marshall in Themes and Variations in European Psychiatry, eds. Hirsch S. R. & Shepherd M. John Wright: Bristol, 1974 [3].
21 — BARBIZET J. (1963) Defect of memorizing of hippocampal-mammillary origin: a review. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 26, 127-135 [41]
22 — BASTIAN, H. D. A. A treatise on aphasia, London. 1898. On the various forms of loss of speech in cerebral diseases. British an foreign medicine. Chic Rev 1869.
23 — BENEDEK, T. 1950. The functions of the sexual apparatus and their disturbances In Psychosomatic Medicine, ed. F. Alexander. New York: Norton. 1956. Psychological aspects of mothering. Am. J. Orthopsychiatry 26: 272-278.
24 — BENSON D. F. (1973) Psychiatric aspects of dysphasia British Journal of Psychiatry 123, 555-566 [65]
25 — BENSON D. F. & Geschwind N. (1971) Aphasia and related cortical disturbances. In Clinical Neurology, eds. Baker A. B. & Baker L. H. Harper & Row: New York [59, 65, 123, 126].
26 — BENSON D. F. & Greenberg J. P. (1969) Visual form agnosia, A specific defect in visual discrimination, Archives of Neurology 20, 82-89 [71]
27 — BENSON D. F., Le May M., Patten D. H. & Rubens A. B. (1970) Diagnosis of normal pressure hydrocephalus. New England Journal of Medicine 283, 609-615 [168].
28 — BENSON D. F. Marsden C. D & Meadows J. C. (1974). The amnesic syndrome of posterior cerebral artery occlusion, Acta Neurologica Scandinavica 50. 133-145 [455, 513]
29 — BENTON A. (1968) Differential behavioural effects of frontal lobe disease. Neuropsychologia. 6, 53.
30 — BENTON A. L. (1959) Right-Left Discrimination and Finger Localization, Hoeber: New York [80].

31 — BENTON A. L. (1961) The fiction of the 'Gerstmann Syndrome'. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 24, 176-181 [78]
32 — BERLE. B. B. 1948 Emotional factors and tuberculosis a critical review of the literature. Psychosom. Med 10: 366-373.
33 — BERLYNE N. (1972) Confabulation. British Journal of Psychiatry 120, 31-39 [22-41].
34 — BETTS T. A. (1974) A follow-up study of a cohort of patients with epilepsy admitted to psychiatric care in an English city. Ch. 56 in Epilepsy: Proceedings of the Hans Berger Centenary Symposium. eds Harris P. & Mawdsley C. Churchill Livingstone: Edinburgh [360]
35 — BICKERSTAFF E. R. (1961b) Impairment of consciousness in migraine, Lancet 2. 1057-1059 [488. 494].
36 — BICKERSTAFF E. R. (1961a) Basilar artery migraine Lancet 1, 15-17 [488].
37 — BICKFORD R. G., Whelan J. L., Klass D. W. & Corbin K. B. (1956) Reading epilepsy; clinical and electroencephalographic studies of a new syndrome. Transactions of the American Neurological Association 81, 100-102 [301].
38 — BLAU J. N. & Davis E. (1970) Small blood vessels in migraine Lancet 2. 740-742 [490].
39 — BLAU J. N. & Hinton J. M. (1960) Hypopituitary coma and psychosis. Lancet 1, 408-409 [616].
40 — BLEULER E. P. (1924) Textbook of Psychiatry (Translated by A. A. Brill). Macmillan: New York. Reissued by Dover Publications. 1951 [575]
41 — BLEULER M. (1951) Psychiatry of cerebral diseases. British Medical Journal 2, 1233-1238 [267]
42 — BLEULER, E. Dementia Praecox or the group of Cshizophronias Vienna (Trans. Ziskin) New York. 1950.
43 — BLEULER. E. The autistic thinking without discipline in medicine and its conquest Berlin. 1921.
44 — BLOCK, J. H., E. Harvey, P. H Jenning, and E. Simpson. 1966. Clinicians' conceptions of the asthmatogenic mother Arch. Gen. Psychiatry 15 610-618
45 — BELLER F. and Green, E. (1972). Comprehension in severe aphasics Cortex 8. 382.
46 — BOLLER F. & Vignolo L. A. (1966) Latent sensory aphasia in hemisphere damaged patients: an experimental study with the Token Test. Brain 89, 815-830 [152].
47 — BOROWY, T., and Goebel, R. (1976) Cerebral lateralization of speech, Neuropsychologia. 14. 363.
48 — BRADY, J. V. 1958. Ulcers in «executive monkeys» Sci. Am. 199. 95-104
49 — BRADY J. P. (1964) Epilepsy and disturbed behaviour. Journal of Nervous and Mental Disease 138. 468-473 [338].
50 — BRAIN W. R. (1965) Speech Disorders: Aphasia, Apraxia and Agnosia, zind Edition, Butterworths: London [52, 53. 59, 60, 71, 73].
51 — BRIERLEY, J.B. (1966) The Neuropathology of amnesic states. In C. W. M.

Whitty and O L Zangwill (Eds) (Second Edition) Amnesia Butterworth, London, Ch 7

52 — BRODAL, A (1969) Neurological Anatomy (Second Edition), Oxford University Press. London.

53 — BRODY, M B (1944) Prolonged memory defect following ECT Journal of Mental Psychosom Med 24, no 2: 187-194 1973, Eating dsiorders: obesity

54 — BURCH, H 1962 Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa Psychosom Med 24, no 2: 187-194 1973 Eating disorders: obesity, anorexia nervoosa and the person within New Yorok: Basic Boks

55 — CAIRNS, H (1952) Disturbances of consciousness in lesions of the midbrain and diencephalon Brain, 75, 109

56 — CAIRNS, H (1950) Mental disorders with tumours of the pons, Folia Psychiatrica, Neurologica et Neurochirurgica Neerlandica 53, 193-203 [286]

57 — CATTELL, K B (1943) The measurement of adult intelligence Psychological Bulletin, 3, 153

58 — CHERTOK, L M L Mondzain, and M Bonnaud, 1963 Vomiting and the wish to have a child, Psychosom Med., 25 13-18.

59 — CHERTOK, L (1959) Psychosomatic Methods in Painless Childbirth (Trans, D Leigh) London: Pergamon Press.

60 — CLEVELAND, S E., and S Fisher 1956 Psychological factors in the neurodermatoses Psychosom Med 18 no 3:209-220

61 — COBB, S 1943 Borderlands of psychiatry Cambridge, Mass: Harvard University Press.

62 — COBB, S., and R M Rose, 1973 Hypertension, peptic ulcer and diabetes in air traffic controllers J A M A 224:489-492

63 — Cohen, S I S Bondurant, and A J Silverman 1960 Psychophysiological influences on peripheral venous tone Psychosom Med 22, no 2:106-117

64 — CONGER, J J., and H S Gaskill 1967 Accident proneness In Comprehensivetextbook of psychiatry, ed A M Freedman and H I Kaplan Baltimore: Williams & Vilkins

65 — CORSELLIS, J A N (1977) The neuropathology of dementia Age and Ageing (Supplement), 6, 20.

66 — CRITCHLEY, Mc (1953) The Parietal Lobes, Edward Arnold, London.

67 — CRITCHLEY, M (1934), Some aspects of pain, Brit mod J., 2, 891-896. (1956) Congenital indifference to pain, Ann intern Med., 45 737-747

68 — CRUZ - Coke R (1960) Environmental influences and arterial blood - pressure Lancet 2, 885-886 [481]

69 — CURRAN, D (1930), Headache as an early symptom of nervous and mental disorder Brit med J., 2 717-720

70 — DALY D (1958) Ictal affect American Journal of Psychiatry 115, 97-108 [314]

71 — DALY D D & Barry M J (1957) Musicogenic epilepsy Psychosomatic Medicine 19, 399-408. [301]

72 — DALY D D & Yoss R E (1957) Electroencephalogram in narcolepsy, Electroencephalography and Clinical Neurophysiology 9, 109-120 [850]

73 — DAUBE J (1965) Sensory precipirated seizures: a review, Journal of Nervous and Mental Disease 141, 524-539 [301, 310].

74 — DAVIS - Jones A, Gregory M C & Whitty C W M (1973) Parmanent sequelae in the migraine attack, Ch 3 in Background to Migranie, 5th Migraine Symposium, ed Cumings J N Heinemann: London [489]

75 — DAVISON C & Goodhart S P (1938) Dystonia musculorum deformans: a clinicopathologic study, Archives of Neurology and Psychiatry 39, 939-972 [774]

76 — DEMENT, w c (1972), Soma Must Watch While Some Must Sleep, W H Freeman, San Francisco

77 — DENNY - Brown, D (1951), Hereditary sensory radicular neuropathy, J Neurol Neurosurg Psychiat, 14, 237-252. (1965) The release of deep pain by nerve injury Brain, 88, 725-738.

78 — DENNY - Brown D (1962), The Basal Ganglia and their Relation to Disorders of Movement Oxford University Press, London,

79 — DERNER, G F 1953, Aspects of the psychology of the Tuberculous, New York: Hoeber

80 — DEUTSCH, H (1930) The significance of masochism in the mental life of women, in The Psychoanalytic Reader, London: Hogarth Press, 1950.

81 — DOLL E A (1947) Vineland Social Maturity Scale, Manual of Directions. Educational Test Bureau, Division of Amerikan Guidance Service: Minneapolis [153].

82 — DOMARUS, E von - The specific laws of logic in schizophrenia, Eng trans Langage and thought in shhizophrenia, Cellected papers, KASANIN, S J. Univ, Calif Press, 1944.

83 — DONGIER S, (1959) Statistical study of clinical and electroencephalographic manifestations of 536 psychotic episodes in 516 epileptics between clinical seizures Epilepsia 1, 117-142 [323, 350,359,360]

84 — DOTT N M (1938) Surgical aspects of the hypothalamus In The Hypothalamus, eds Clark W E LeG, Beattie J, Riddoch G & Dott N M Oliver &Boyd: Edinburgh [37]

85 — DE RENZİ, E., Faglioni, P., and Spinnler, H (1968a) Face recognition and brain damage Cortex 4, 17.

86 — DE RENZİ, E., Pieczuro, A and Vignolo, L A (1968b) Ideotional apraxia; a quantitative study Neuropsychologia, 6, 41.

87 — DE RENZİ, E and Vignolo, L A (1962) A token test for the measurement of dysphasia, Brain, 85, 665,

88 — DE RENZI E § SCOTTI G (1970) Autotopagnosia: fiction or reality? Archives of Neurology 23, 221-227 [87].

89 — DE RENZI E & VIGNOLO L A (1962) The token test: a sensitive test to detect receptive disturbances in aphasics Brian 85, 665-678 [151]

90 — ECKER A. (1954) Emottional stress before strokes: a preliminary report of 20 cases. Annals of Internal Medicine 40, 49-56 [479]
91 — EISENBUD, J (1937) The psychology of headache Psychiat Quart., 11, 592-619.
92 — ENGEL, B T, P. Nikoomanesh, and M M. Schuster. 1974. Operant conditioning of rectosphincteric responses in the treatment of fecal incontinence, N. Engl J. Med. 290: 646-649.
93 — EPSTEIN M. T., HOCKADAY J.M. & HOCKADAY T.D.R. (1975) Migraine and reproductive hormones throughout tha menstrual cycle Lancet ı, 543-548 [489].
94 — ERVİN F. R (1967) In A. M. Freidman and H. I. Kaplan (Eds.) Comprehensive Textbook of Psychiatry. Williams and Wilkins. Baltimore. Ch 2.
95 — ERVIN F.R., DELGADO J., Mark V. H & SWEET W.H. (1969) Rage: a paraepileptic phenomenon? Epilepsia 10, 417 [338].
96 — ESQUIROL, J. E D (1817) On Hallucinations Cit. Hunter R. and. Mac Alpine, I., 1963.
97 — EITINGER L (1959) The importance of atrophy of the brain in psychiatric disease pictures. Nordisk Medicin 61, 301-303 [173].
98 — ETTLINGER G., and Wyke, M. (1961). Defects in identification in cerebroyascular disease. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 24, 254.
99 — EYSENCK. H.J (1947). Dimensions of Personality. Routledge and Kegan Paul, London.
100 — EY, H., BERNARD, P., & BRISSET, C. (1963). Manuel de psychiatrie 2nd Ed Paris: Masson.
101 — FALCONER M.A. & TAYLOR D.C (1970) Temporal lobe epilepsy: clinical features, pathology, diagnosis, and treatment Ch 14 in Modern Trends in Psychological Medicine, vol 2. ed Price J.H. Butterworths: London [313, 319, 334, 363, 368, 385]
102 — FALCONER M.A. (1974) Mesial temporal (Ammon's horn) sclerosis as a common cause of epilepsy: aetiology, treatment, and prevention. Lancet 2, 767-770 [307]
103 — FENICHEL O. (1945) The Psychoanalytic Theory of Neurosis, Norton & Co.: New York [792]
104 — Festinger. L (1957) A Theory of Cognitive Dissonance, Ron Peterson, New York.
105 — FLOR-HENRY P. (1969) Psychosis and temporal lobe epilepsy: a controlled investigation Epilepsia 10, 369-395 [351, 355, 356,357, 358, 360].
106 — FLOR-HENRY P. (1974) Psychosis, neurosis and epilepsy: developmental and genderrelated effects and their aetiological contribution. British Journal of Psychiatry 124, 144-150 [107].
107 — FRANZ, H DUNBAR, Emotions and Bodily Changes New York, Columbia Univ. Press, 1938.
108 — FRANZ, F., and French, T. M: Psychoanalytic Therafy. 1946

109 — FORD, C S. (1945) A comparative study of human reproduction Yale University Publications in Anthropology, No 32. Yale University Press.
110 — FORD R G. & SIEKERT R. G (1965) Central nervous system manifestations of periarteritis
111 — FORSTER F. M., KLOVE H., PETERSON W. G. & BENGZON A.R.A. (1965) Modification of musicogenic epilepsy by extinction technique Transactions of the American Neurological Association 90, 179-182 [382].
112 — FOWLER, E P., Jr., and A. Zeckel. 1953 Psychophysiological factors in Ménière's disease. Psychosom. Med. 15:127-139.
113 — FRENCH, T. M., and F. Alexander 1941. Psychogenic factors in bronchial asthma Psychosom. Med. monograph series 4, vol 2. nos. 1, 2
114 — FRENCH, T. M., and L. B. Shapiro 1949. The use of dream analysis in psychosomatic research. Psychosom. Med. 11:110-112.
115 — FRIEDMAN A P (1969) The so-called post traumatic headache Ch 5 in The Late Effects of
116 — FREUD S. (1891) On Aphasia: A Critical Study. Translated by Stengel E., 1953 (p. 78). Imago Publishing Co.: London [70].
117 — FREUD, S. (1893-1895). Studies in Hysteria. Complete Psychological Works Standard ed., Vol. 2. London: Hogarth Press, 1955.
(1965). Three Essays on Infantile Sexuality. Complete Psycyhological Works Standard ed., Vol. 7. London: Hogarth Press, 1960
118 — FRIEDLANDER, A. & FREYHOF, W. L. (1918). Intensive study of fifty cases of neurocirculatory asthenia. Arch. intern. Med., 22, 693-718.
119 — FRIEDMAN, A P (1963) The pathogenesis of migraine headache. Bull. Los Angeles Neurol Soc., 28, 191-200.
120 — FREEDMAN, L Z., & FERGUSON, V M (1950). The question of painless childbirth in primitive cultures. Amer. J. Orthopsychiat., 20, 363-372.
121 — Fromm-Reichmann, F 1937. Contribution to the psychogenesis of migraine. Psychoanal. Rev. 24: 26-33
122 — FRÖSCHELS, E — Lehrbuch der Sprachheilkunde. p. 192
123 — GALDSTON, I. 1955 Psychosomatic medicine. Arch. Neurol 74:441-450.
124 — GİBSON, J G 1962. Emotions and the thyroid glands:a critical appraisal J. Psyhosom. Res. 6:93-116
125 — GASTAUT H. & FISCHER-WILLIAMS M. (1957) Electroencephalographic study of syncope: its differentiation from epilepsy. Lancet 2, 1018-1025 [366].
126 — GELARDI J.A.M. & BROWN J.W. (1967) Hereditary cataplexy. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 30, 455-457 [846]
127 — GERSTMANN, J (1924) Fingeragnosia. Wien Klin. Wschr., 37, 1010.
128 — GERSTMANN J (1958) Psychological and phenomenological aspects of disorders of the body image. Journal of Nervous and Mental Disease 126, 499-512 [79, 80, 86]
129 — GESCHWIND, N. (1965) Disconnexion syndromes in animals and man. Brain, 88, 237

130 — GESCHWIND, N. (1974) Selected Papers on Language and the Brain Boston Studies in Philosophy of Science, Volume XVI. D Reidd. Boston, U.S.A.
131 — GESCHWIND N. (1962) The anatomy of acquired disorders of reading Ch. 8 in Reading Disabilities. Progress and Research Needs in Dyslexia. ed. Money J. Johns Hopkins Press: Baltimore [27].
132 — GESCHWIND N. (1962) Disconnexion syndromes in animals and man Brain 88, 237-294 and 585-644 [66, 71].
133 — GESCHWIND N. (1967) Neurological foundations of language In Progress in Learning Disabilities. ed. Myklebust H.R., pp. 182-198 Grune & Stratton: New York [54]
134 — GESCHWIND N. (1968) The mechanism of normal pressure hydrocephalus. Journal of he Neurological Sciences 7,481-493 [881].
135 — GILBERT G.J. (1964) Periodic hypersomnia and bulimia: the Kleine-Levin syndrome. Neurology 14. 844-850 [857,858].
136 — GILBERT J.J. & BENSON D.F. (1972) Transient global amnesia: report of two cases with definite aetiologies. Journal of Nervous and Mental Disase 154, 461-463 [513].
137 — GILLES DE LA TOURETTE (1855) étude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie (jumping, latah, myriachit). Archives de Neurologie 9, 19-42 and 158-200 [791].
138 — GLONING, K. (1977). Handedness and aphasia Neuropsychologia, 15. 355.
139 — GLONING, K., Harb, G., and Quatember, R. (1966). Untersuchung der Prosopagnosie. Neuropsychologia. 5,99.
140 — GOLDFARB A.I. (1972) Multidimensional treatment approaches. In Aging and the Brain, ed. Gaitz C.M., pp. 179-191 Plenum Press: New York [588]
141 — GOTTSCHALK, L.A. — GLESSER, G.C. et al. - The speech patterns of schizophrenic patients. A method of assesing relativ degree of personal disorganization and social alienation. Journ. nerv. ment, dis. 127: 153-166, 1958.
142 — GOLDMAN, H., K. M. Kleinman, and M. Y. Snow 1975. Relationship between essential hypertension and cognitive functioning: effects of biofeedback. Psychophysiology 12:569-573
143 — GOLDSTEIN, K. (1948) Language and Language Disturbances. Grune and Stratton, New York.
144 — GOLDSTEIN, K. and Scheerer, M. (1941) Abstract and concrete behaviour. Psychological Monograph, 53. No. 2.
145 — GOODGLASS, H., and Kaplan, E. (1963) Disturbances of gesture and pantomime in aphasia. Brain. 86. 703
146 — GRAHAM P. & RUTTER M. (1968) Organic brain dysfunction and child psychiatric disorder. British Medical Journal 3, 695-700 [326,328,335]
147 — GREGORY I. - Psychiatry. biological and social 1961.
148 — GREEN M.A. & FINK M. (1954) Standardisation of the face hand test. Neurology 4. 211-217 [143].
149 — GREENBLATT M. & SOLOMON H.C. (1958) Studies of lobotomy Ch. II in

The Brain and Human Behavior. Research Publications of the Association for Reserach in Nervous and Mental Disease. vol. 36 Williams & Wilkins: Baltimore [96]
150 — GROSS M.M. & GOODENOUGH D.R. (1968) Sleep disturbances in the acute alcoholic psychoses. Psychiatric Research Reports of the American Psychiatric Association 24. 132-147 [704].
151 — GUDMUNDSSON G. (1966) Epilepsy in Iceland. A clinical and epidemiological investigation. Acta Neurologica Scandinavica. supplement 25, 7-124 [303, 306, 333, 344].
152 — GUERRANT J., ANDERSON W.W., FISCHER A., WEINSTEIN M.R., JAROS R.M. & DESKINS A. (1962) Personality in Epilepsy. Thomas: Springfield, Illinois [328, 332, 335]
153 — GUEY J., CHARLES C., COQUERY C., ROGER J. & SOULAYROL (1967) Study of psychological effects of ethosuximide (zarontin) on 25 children suffering from petit mal epilepsy. Epilepsia 8. 129-141 [131].
154 — HALLIDAY, A. M., Davison K., Browne, M. W., and Kreeger, L. C. 1968). A comparison
155 — HANFMANN — KASANIN — Test de formation de concepts. Centre de Psychologie Appliquée. Square Jouvenet, Paris. XVI.
157 — HARE, R.M. (1964). Pain and evil. Proc. Aristot. Soc. supp., 38, 91-106.
158 — HARRISON, I.B., & RIGELOW, N.H. (1943). Quantitative studies of visceral pain produced by the contraction of ischaemic muscle. Proc. Ass. Res nere. ment. Dis. 23, 154-165.
159 — HARRIS A.I., Cox E. & SMITH C.R.W. (1971) Handicapped and Impaired in Great Britain. Part I. Office of Population Censuses and Surveys. H.M.S.O.: London [450]
160 — HEAD, H. (1926). Aphasia and Kindred Disorders of Speech. Volume I. Cambridge University Press, Cambridge.
161 — HEAD H. (1920) Studies in Neurology, vol. 2. Oxford University Press [81].
162 — HEILMAN, K.M. (1975). A tapping test in apraxia. Cortex. 11. 259.
163 — HEIM, A. (1970). Intelligence and Personality. Penguin Books, Harmondsworth.
164 — HERBERG, J. (1967). The hypothalamus and the aetiology of the migraine syndrome. In R. Smith (Ed.) Background to Migraine, Heinemann. London
165 — HEINE B.E., SAINSBURY P. & CHYNOWETH R.C. (1969) Hypertension and emotional disturbance. Journal of Psychiatric Research 7. 119-130 [481].
166 — HERBERT, M., R. Glick, and H. Black, 1967. Olfactory precipitation of bronchial asthma. J. Psychosom. Res. 11:195-202.
167 — HILL D. (1948) The relationship between epilepsy and schizophrenia: EEG studies. Folia Psychiatrica, Neurologica et Neurochirurgica Neerlandica, Congresnummer, 3-19 [351].
168 — HILL D. (1952) EEG in episodic psychotic and psychopathic behaviour. Electroencephalography and Clinical Neurophysiology 4. 419-442 ([158]

171 — HINKLE, L E. Jr. and S Wolf 1949. Experimental study of life situations, emotions, and the occurrence of acidosis in a juvenile diabetic Am J. Med Sci. 217:130-135
172 — HINES, E A., & BROWN, G E (1932). A standard stimulus for measuring vasomotor reactions. Proc. Mayo Clin., 7, 332-335.
175 — HOCKADAY J. WILLIAMSON D H. & WHITTY C W.M. (1971) Blood-glucose levels and fatty-acid metabolism in migraine related to fasting Lancet 1, 1153-1156 [490]
174 — HOEFER, P F A., COHEN, S. M. & GREELEY, D. McC (1951). Paroxysmal abdominal pain. J. Amer. med. Ass., 147, 1-6.
175 — IVERSON, S D (1977) Temporal Lobe Amnesia In C W M Whitty and O. L Zangwill (Eds.) Amnesia (Second Edition). Butterworth, London. Ch. 6
176 — Jackson, J.H (1866), Notes on the physiology and pathology of language. In J Taylor (Ed.) (1932) Selected Papers Volume 2. Hodder and Stoughtön, London.
177 — JACOBI, K W.M. 1822 Sammlungen fur du Heilkunde der Gemathskrankheiten 3 vols. Elberfeld: Schoman.
178 — JAMES P. (1963) Drug-withdrawal psychoses American Journal of Psychiatry 119. 880-881 [719]
179 — ZAMES I.P. (1960) Temporal lobectomy for psychomotor epilepsy. Journal of Mental Science ,106. 543-558 [339, 360].
180 — JANET, P: Major Symptoms of Hysteria. New York, Macmillan, 1920.
181 — JASPERS — General Psychopathology. 5th ed. Berlin and Heidelberg, 1945.
182 — JENKINS, C D., R. H. Rosenman, and M. Friedman. 1967. Development of an objective psychological test for the determination of the coronary-prone behavior pattern of employed men. J. Chronic Dis. 20;371-379
183 — JUNG, C.G: Psychology of the Unconscious London. Kegan Paul, 1922.
184 — JURKO, M F., and Andy, O J. (1973) Psychological changes correlated with thalamotomy site Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry. 36, 846.
185 — KAMIYA, J. 1961 Behavioral subjective and physiological aspects of drowsiness and sleep. In Functions of varied experience, ed. D.W. Fiske and S.R Maddi. Homewood, Ill: Dorsey.
186 — Kaplan, H I and H.S 1957 A psychosomatic concept. Am. J Psychother 11:16-38.
187 — KAPLAN, E A (1960). Hypnosis and pain. Arch. Gen Psychiat., 2. 567-568.
188 — KAY D W., BERGMANN K., FOSTER E M., MC KECHNIE A A. & ROTH M. (1970) Mental illness and hospital usage in the elderly: a random sample followed up Comprehensive Psychiatry 11, 26-35 [528].
189 — KEHOE, M., and W. Ironside. 1963. Studies on the experimental evocation of depressive responses using hypnosis II. The influence of depressive responses upon the secretion of gastric acid Psychosom Med 25:403-419
190 — KELLOG, W N. — KELLOG, L A — The ape and the child. A study of environmental influence upon early behaviour. McGraw-Hill Book Co. 1933.

191 — KENDIG, L.I. — RICHMOND, W.V. — Psychological study in dementia praecox Edwards Bros ed. Ann Arbor, 1940.
192 — KENNEDY A. (1959) Psychological factors in confusional states in the elderly. Gerontologia Clinica 1, 71-82 [587. 588].
193 — KENNEDY A., and Wilkes, A. (1975) Studies in Long Term Memory, Wiley & Sons. London.
194 — KENDRICK D C. & Post F (1967) Differences incognitive status between healthy, psychiatrically ill, and diffusely brain-damaged elderly subjects British Journal of Psychiatry 113. 75-81 [138, 145].
195 — KERCHENSTEINER, M., and Huber, W. (1975). Grammatical impairment in developmental aphasia. Cortex, 11. 264.
196 — KERCHENSTINER, M. (1977). Klinick der Aphasien Paper gives to Arbeitstagung für Neuropsychologie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Aachen. May 12-14, 1977.
197 — KERİMOĞLU, S. — Lisan bozuklukları. İ Ü. Tıp Fakültesi Mecmuası, Monografi serisi, Sayı 5. Sayfa 47-48 1948.
198 — KIDSON M.A (1973) Personality and hypertension. Journal of Psychosomatic Research 17, 35-41 [482].
199 — KLEE A (1968) A Clinical Study of Migraine with Particular Reference to the Most Severe Cases Munksgaard: Copenhagen [494. 495, 496. 498]
200 — KLEE A. & WILLANGER R. (1966) Disturbances of visual perception in migraine. Acta Neurologica Scandinavica 42, 400-414 [499].
201 — KLEINE W (1925) Periodische Schlafsucht Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 57, 285-320 [857]
202 — KLEIST K. (1934) Kriegverletzungen des Gehirns in ihrer Bedeutung für Hirnlokalisation und Hirnpathologie Bart: Zeipzig Quoted by Tow P M. (1955), Personality Changes Following Frontal Leucotomy, Oxford University-Press [218]
203 — KILOH L.G. (1961) Pseudo-dementia. Acta Psychiatrica Scandinavica 37. 336-351 [562, 572, 574, 575].
204 — KILOH L.G., McCOMAS A.J. & OSSELTON J A (1972) Clinical Electraencephalography (Third Edition) Butterworths: London [157, 159, 162, 163, 287. 299, 506, 532]
205 — KINSBOURNE M. & WARRINGTON E K. (1962b) A study of finger agnosia. Brain 85, 47-66 [79, 130].
206 — KNOPF, O 1935. Preliminary report on personality studies in 30 migraine patients. J.Nerv. Ment Dis 82:270, 400.
207 — KORKES, L., and N D.C Lewis 1955. An analysis of the relationship between psychological patterns and outcome in pulmonary tuberculosis. I Nerv Ment. Dis. 122:524-563.
208 — KOLB, L.C. (1954). The Painful Phantom. Psyclogy, Physiology and Treatment. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.
209 — KORSAKOFF S.S (1887) Disturbance of psychic function in alcoholic paralysis and its relation to the disturbance of the psychic sphere in multiple

neuritis of non-alcoholic origin Vestnik Psichiatrii, Vol. IV. fasicle 2 Quoted by Victor M., Adams R.D. & Collins G.H. (1971) The Wernicke-Korsakoff Syndrome. Blackwell Scientific Publications: Oxford [682].
210 — KRAEPELIN. E. (1903). Allgemeine Psychiatric Vol. 1. 7th ed
211 — KRAL V.A. (1959) Amnesia and the amnestic syndrome. Canadian Psychiatric Association Journal 4, 61-68 [47].
212 — KULKA, A. N., R. D. Walter, and C. Fry 1966. Mother-infant interaction as measured by simultaneous recording of physiological processes. J Am. Acad. Child Psychiatry 5:496-503.
213 — LANDOLT H. (1958) Serial electroencephalographic investigations during psychotic episodes in epileptic parients and during schizophrenic attacks Ch 3 in Lectures on Epilepsy. ed Lorentz de Haas A.M. Elsevier: Amsterdam [320, 323, 350, 358].
214 — LANGWORTHY O.R. & BETZ B.J. (1944) Narcolepsy as a type of response to emotional conflicts. Psychosomatic Medicine 6, 211-226 [849]
215 — LAWSON I.R. & MACLEOD R.D.M. (1969) The use of imipramine (Tofranil) and other psychotropic drugs in organic emotionalism. Biritish Journal of Psychiatry 115, 281-285 [472].
216 — LEVIN M. (1933) The pathogenesis of narcolepsy: with a consideration of sleep-paralysis and localized sleep. Journal of Neurology and Psychopathology 14, 1-14 [849].
217 — LEVIN M. (1935) The pathogenesis of cataplexy on anger. Journal of Neurology and Psychopathology 16, 140-143 [849]
218 — LEWIN, W. (1973). Selective leucotomy: a review. In L. V. Laitinen and K.E. Livingston (Eds.) Surgical Approaches in Psychiatry. Medical and Technical Publishing, Lancaster, Ch. 9, p. 69.
219 — LEWIS, S.A. (1976). Sleep. In S. Krauss (Ed.) Encyclopaedic Handbook of Medical Psychiatry. Butterworth, London, p. 509.
220 — LIDZ, T. 1954. The thyroid. In Recent de developments in psychosomatic medicine, ed E.D. Wittkower and R. Cleghorn. Philadelphia: Lippincott.
221 — LIEPMANN H. (1908) Über die agnostischen Störungen. Neurologisches Centralblatt 27, 609-617 and 664-675 [70].
222 — LINDENBERG W. (1951) Hirnverletzung, organsche Wesensänderung, Neurose. Nervenarzt 22, 254-260 [218].
223 — LINDGREN S.A. (1961). A study of the effect of protracted occupational exposure to carbon monoxide. Acta Medica Scandinavica, supplement 356. 1-135 [652]
224 — LINDQVIST G. & NORLEN G. (1966) Korsakoff's syndrome after operation on ruptured aneurysm of the anterior communicating artery. Acta Psychiatrica Scandinavica 42, 24-35 [476].
225 — LIPOWSKI, Z.J. 1968. Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. 3. Theoretical issues. Psychosom. Med. 30: 395-422.
226 — LIPOWSKI Z.J. (1967) Delirium, clouding of consciousness and confusion. Journal of Nervous and mental Disease 145, 227-255 [5, 6]
227 — LIPPMAN, C.W. 1954. Recurrent dreams in migraine: and aid to diagnosis.

J. Nerv. Ment. Dis. 120: 273-276.
228 — LIPPMAN C.W. (1952) Certain hallucinations peculiar to migraine. Journal of Nervous and Mental Disease 116, 346-351 [497].
229 — LISHMAN, W.D., and McMeeken, E.R.L. (1977) Handedness in relation to direction and degree of cerebral dominance. Cortex, 13, 30.
230 — LISHMAN W.A. (1968) Brain damage in relation to psychiatric disability after head injury. British Journal of Psychiatry 114, 373-410 [205, 214, 216, 219, 221, 237, 240].
231 — LISHMAN W.A. (1969) Split minds: a review of the results of brain bisection in man. British Journal of Hospital Medicine 2, 477-484 [387].
232 — LIVINGSTON, K.E., and Escobar, A. (1973). Tantative limbic system models for certain patterns of psychiatric disorders. In L. V. Laitinen and K.E. Livingston (Eds.) Surgical Approaches in Psychiatry. Medical and Technical Publishing, Lancaster. Ch. 33, p. 245.
233 — LOGUE V., DURWARD M., PRATT R.T.C., PIERCY M. & NIXON W.L.B. (1968) The quality of survival after rupture of an anterior cerebral aneurysm. British Journal of Psychiatry 114, 137-160 [474, 475, 476, 477].
234 — LURIA A.R. & HOMSKAYA E.D. (1964) Disturbance in the regulative role of speech with frontal lobe lesions. Ch. 17 in The Frontal Granular Cortex and Behaviour, eds. Warren J.M. & Akert K. McGraw-Hill: New York [98, 99, 150]
235 — LURIA A.R., KARPOV B.A. & YARBUSS A.L. (1966) Disturbances of active visual perception with lesions of the frontal lobes. Cortex 2, 202-212 [98,99]
236 — LURIA A.R., PRAVDINA-VINARSKAYA E.N. & YARBUSS A.L. (1963) Diders of ocular movement in a case of simultanagnosia. Brain 86, 219-228 [73]
237 — LURIA A.R. (1971) Memory disturbances in local brain lesions. Neuropsychologia 9 367
238 — LURIA, A.R., Karpor, B.A., and Yarhuss, A.L. (1966) Disturbances of visual perception in frontal lesions. Cortex, 2, 202
239 — Macalpine, I. 1953. Pruritus ani. Psychosom. Med. 15:499-508
240 — MACHT, D.I. 1952. Influence of some drugs and of emotions on blood coagulation. J.A.M.A. 148: 265-270.
241 — MAHL, G.F. 1953. Physiological changes during chronic fear. Ann. N.Y. Acad. Sci. 56:240-249
242 — McDERMOTT, N.T., and S. Cobb. 1939. A psychiatric survey of 50 cases of bronchial asthma. Psychosom. Med. 1:203-244.
243 — McGINN N.F., HARBURG E., JULIUS S. & McLEOD J.M. (1964) Psychological correlates of blood pressure. Psychological Bulletin 61, 209-219 [481].
244 — MCINTYRE H.D. & MCINTYRE A.P. (1942) The problem of brain tumour in psychiatric diagnosis. American Journal of Psychiatry 98, 720-726 [293].
245 — MATHEW N.T. & MEYER J.S. (1974) Pathogenesis and natural history of transient global amnesia. Stroke 5, 303-311 [511, 512 513].
240 — MATTHES A. (1969) Genetic studies in epilepsy. Ch. 2 in The Physiopatho-

genesis of the Epilepsies, eds Gastaut H., Jasper H. Bancaud J & Waltregny A. Thomas: Springfield. Illinois [309].
247 — MARCUSSEN, R.M., & WOLFF, H.G (1949) A formulation of the dynamics of the migraine attack. Psychosom. Med., 11, 251-256.
248 — MAYER-GROSS, W (1929) Ein Fall von Phantomarm nach Plexuszerreisung mit einigen Bemerkungen zum Problem des Phantomgliedes überhaupt. Nervenarzt. 2. 65-72.
249 — MICHAUX L. (1957). Les aspects psychiatriques de la douleur somatique. In La douleur et les douleurs (Ed Th. Alajouanine) Paris:
250 — MILLER E (1973) Short - and long - term memory in patients with presenile dementia Psychological Medicine 3, 221-224 [43].
251 — MILLER B (1966) Amnesia following operation on the temporal lobes. Ch. 5 in Amnesia. eds. Whitty C.W.M. & Zangwill O. Butterworths: London [37. 38, 40. 44, 120. 385]
252 — MITCHELL, S. WEIR (1892). Precision in the treatment of chronic diseases. Med. Record., 42, 721-726
253 — MITCHELL S.A. & DEMENT W.C. (1968) Narcolepsy syndromes: antecedent, contiguous, and concomitant nocturnal sleep disordering and deprivation Psychopysiology 4, 398 [852].
254 — MINSKI L. (1933) The mental symptoms associated with 58 cases of cerebral tumour. Journal of neurology and Psychopathology 13, 330-343 [263, 265, 292.]
255 — MOERSCH F.P. (1924) Psychic manifestations in migraine. American Journal of Psychiatry 80, 697-716 [366, 494, 498].
256 — MOORE, J., & DUNDEE, J.W. (1961 a). Alterations in response to somatic pain associated with anaesthesia. V. the effect of promethamine. Brit. J. Anaesthes., 33, 3-8.
257 — MOORE B.E. & RUESCH J. (1944) Prolonged disturbances of consciousness following head injury New England Journal of Medicine 230, 445-452 [200].
258 — NEAL J.B. (1942) The clinical course of epidemic encephalitis. New York (430).
259 — NIEDER Mayer E. and Khalief R. (1965) Petit mal status: an electroclinical approach. Epilepsia 6. 250-262.
260 — NIELSEN J.M. (1953) Memory and amnesia San Lucas Press. 366, 496, 497. 498
261 — Noyes and Colb. Modern Clinical Psychiatry. Sixth Edition.
262 — Nuffield E.J.A. (1961) Neuro-physiology and behavior disorders in epileptic children. Journal of menta Science 107.
263 — OJEMANN R.G., FISHER C.M., ADAMS R.D., SWEET W.H. & NEW P.J.F. (1969) Further experience with the syndrome of 'normal' pressure hydrocephalus. Journal of Neurosurgery 31, 279-294 [875, 880, 884].
264 — OLERON — Pensée conceptuelle et langage Performances comparées sourd-muets. Ann. Psychol. 51: 89-120, 1951
265 — OUNSTED C., HUTT S.J. & LEE D. (1963) The retrograde amnesia of petit mal. Lancet 1, 671 [330].
266 — OUNSTED C. (1955) The hyperkinetic syndrome in epileptic children. Lancet 2, 303-311 [334, 340].
267 — PAPEZ J.W. (1937) A proposed mechanism of emotion Archives of Neurology and Psychiatry 38, 725-743 [32. 47].
268 — PAVLOV, I.P 1941. Conditioned reflexes and psychiatry New York: International Publishers.
269 — PAYNE, R.W. 1966. The measurement and significance of overinclusive thinkign and refardation in schizophrenic patients in Psychopathology of schizophrenia, ed. H. Hoch and I Zubin. New York: Grune & Stratton.
270 — PENFIELD W. & ERICKSON T.C. (1941) Epilepsy and Cerebral Localization. Thomas: Springfield, Illiois [312]
271 — PFERSDORF, C — Les catégories du langage aphasique et la dissociation schizophrénique, An. med. psychol. I: 1-11,1935.
272 — PIAGET — The language and thought of the child. Kegan Paul, London, 1932.
273 — PICHON, E. — Le dévelopement psychique de l'infant et de l'adolescent, Masson ed. Paris, 218 pp. 1947.
274 — PIERCE, F: Mobilizing the Mid-brain. New York. Dutton. 1924
275 — PIERCY M. (1959) Testing for intellectual impairment—some comment on the tests and the testers Journal of Mental Science 105, 489-495 [133, 135]
276 — PIERCY M. & HUPPERT F.A. (1972) Efficient recognition of pictures in organic amnesia. Nature 240, 564 [45].
277 — PIERCY M. & SMYTH V.O.G. (1962) Right hemisphere dominance for certain non-verbal intellectual skils. Brain 85, 775-790 [138].
278 — PIERRE MARIE — cit.: KERİMOĞLU. Lisan Bozuklukları, İ.Ü. Tıp Fa. Mec., Monografi serisi, Sayı 5,1948
279 — PIRO S. — Contribution à l'étude de la discociation sémantique dans le langage schizophrénique. Acta neurol. psychiat. Napoli, 13:392-396 (cit.: Ann méd. psychol. 117:957 1959)
280 — PLATO, Dialogues 2. Gorgias; 3. Timaeus; 4. Philebus (Trans. B. Jowett). London: Oxford University Press, 1871.
281 — PLUM F. POSNER J.B & HAIN R.F. (1962) Delayed neurological deterioration after anoxia. Archives of Internal Medicine 110, 18-25 [649, 650].
282 — POLVAN, N.—A. Songar: Nöro-psikiyatri, Yenilik matbaası. İstanbul 1969.
283 — POND D.A. (1952a) Psychiatric aspects of epilepsy in children. Journal of Mental Science 98, 404-410 [333].
284 — POND D.A. (1952b) Narcolepsy: a brief critical review and study of eight cases. Journal of Mental Science 98, 595-604 [854].
285 — POND D.A. (1957) Psychiatric aspects of epilepsy. Journal of the Indian Profession 3. 1441-1451 [311, 323, 332, 347, 351, 352, 359, 360, 370]
286 — PRATT R.T.C. (1951) An investigation of the psychiatric aspects of disseminated sclerosis. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 14. 326-335 [606. 807. 808, 809, 811. 812, 813].
287 — PRUDHOMME C. (1941) Epilepsy and suicide. Journal of Nervous and Mental Disease 94, 722-731 [361].
288 — QUADFASEL A.F & PRUYSER P.W. (1955) Cognitive deficit in patients with psychomotor epilepsy. Epilepsia 4. 80-90 [328].
289 — RACAMIER — Troubles de la sémantique (Aliénation du langage) Encycl

méd chir, psychiatrie, Paris, tôme I; 37-130.
290 — RADERMECKER J & DUMON J. (1969) Genetic epilepsies. Ch 3 in The Physiopathogenesis of the epilepsies, eds Gastaut H., Jasper H., Bancaud J. & Waltregny A. Thomas: Springfield, Illinois [308].
291 — RAPAPORT — Diagnostic psychological testing, vol I, (HANFMANN-KASANIN test)
292 — REBNER, I. 1957 "Role of personality as a factor in relapse." Ph. D. dissertation, University of Montreal.
293 — RECHTSCHAFFEN A.R., WOLPERT E. A., DEMENT W.C., MITCHELL S.A. & FISHER C. (1963) Nocturnal sleep of narcoleptics Electroencephalography and Clinical Neurophysiology, 15, 599-609 [851].
294 — REES W.L. (1971) Psychiatric and psychological factors in migraine, Ch. 6 in Background to Migraine, Fourth Migraine Symposium, ed. Cumings J.N. Heinemann: London [493].
295 — REIK, T. (1914). Ritual: Psychoanalytical Studies London: Hogarth Press.
296 — REIK, T. (1941). Masochismin Modern Man (Trans, by M.H. Belgel and G.M. Kurth). New York: Farrar and Rinehart.
297 — REISER M.F., ROSENBAUM M. & FERRIS E.B. (1951) Psychologic mechanisms in malignant hypertension. Psychosomatic Medicine 13, 147-159 [481].
298 — REYNOLDS E.H. (1968) Epilepsy and schizophrenia: relationship and biochemistry. Lancet 1, 398-401 [359].
299 — REYNOLDS E.H., MILNER G., MATTHEWS D.M. & CHANARIN I. (1966) Anticonvulsant therapy, megaloblastic haemopoesis and folic acid metabolism. Quarterly Journal of Medicine 35, 321-537 [697].
300 — REYNOLDS, E.H., PREECE J.M., BAILEY J., COPPEN, A. (1970) Folate deficiency in depressive illness British Journal of Psychiatry, 117, 287-292 [695]
301 — RIBOT, T. (1885). Diseases of Memoiy Kegan Paul, London.
RIEGE, W. (1977) Inconsistent non-verbal recognition memory in Korsakoff patients and controls. Neuropsychologia, 15, 269.
302 — ROBBINS L.R. & VINSON D.B. (1960) Objective psychologic assesment of the thyrotoxic patient and the response to treatment: preliminary report. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 20, 120-129 [596].
303 — ROCHFORD, G. (1969). The breakdown of language associated with organic brain damage. Thesis offered for D. Phil. Oxon.
304 — ROCHFORD, G. (1971). A study of naming errors in dysphasic and demented patients. Neuropsychologia, 9, 443.
305 — ROCHFORD, G. (1974), Are jargon dysphasics dysphasics? British Journal of Disorders of Communication, 9, 35.
306 — ROCHFORD, G., and Williams, M. (1962). Studies in the development and breakdown of the use of names. I and II. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry. 25, 222; Ibid., 229.
307 — ROCHFORD, G., and Williams, M. (1963). Studies in the development and breakdown of the use of names. III. Journal of Neurology, and Psychiatry, 26, 377.
308 — ROCHFORD, G., and Williams, M. (1964) The measurement of language disorders, Speech Pathology and Therapy, 7,3.

309 — ROUBICEK J. (1946) Laughter in epilepsy, with some general introductory notes. Journal of Mental Science 92, 734-755 [301].
310 — ROBERTSON E.G. (1954) Photogenic epilepsy: self-precipitated attacks, Brain 77, 232-251 [301].
311 — ROSENMAN, R.H., R.J. Brand, D. Jenkins, M. Friedman, R. Straus, and H. Wurm, 1975 Coronary heart disease in the western collaborative group study. J.A.M.A. 223, no. 8:872-877.
312 — ROSENMAN, R.H., and M. Friedman 1963 Behavior patterns, blood lipids, and coronary heart disease J.A.M.A. 184:934-938.
313 — ROTH B. & BRUHOVA S. (1969) Dreams in narcolepsy, hypersomnia and dissociated sleep disorders. Experimental Medicine and Surgery 27, 187-209 [846, 847, 851, 852].
314 — ROTH B., NEVSIMALOVA S. & RECHTSCHAFFEN A. (1972) Hypersomnio, with sleep drunkennes. Archives of General Psychiatry 26, 456-462 [859, 860].
315 — ROTH M. (1955) The natural history of mental disorder in old age Journal of Mental Science 101, 281-301 [532, 537]
316 — ROTH, M., Tomlinson, B.E., and Blessed, G. (1967) The relationship between dementia and degeneration changes in the elderly. Proceedings of the Royal Society of Medicine, 60, 254.
317 — RUBINS, J.L., & FRIEDMAN, E.D. (1948) Asymbolia for pain. Arch. Neurol. Psychiat., 60, 554-573.
318 — RUDDICK, B. 1963. Colds and respiratory introjection, Int. J. Psychoanal. 44: 178-190.
319 — RUSSELL, W.R. (1959) Brain Memory Learning. Oxford: Clarendon Press
320 — RUSSEL, W.R., and Espir, M.L.E. (1961). Traumatic aphasia. Oxford University Press, London.
321 — RUSSELL W.R & SMITH A. (1961) Post-traumatic amnesia in closed head injury Archives of Neurology 5, 4-17 [204].
322 — RUSSELL W.R & WHITTY C.W.M. (1952) Studies in traumatic epilepsy 1: Factors influencing the incidence of epilepsy after brain wounds Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 15, 93-98 [305].
323 — RYLANDER G. (1939) Personality changes after operations on the frontal lobes: a clinical study of 32 cases. Acta Psychiattrica et Neurologica Scandinavica, supplement 20, 1-327 [96].
324 — RYLANDER G. (1943) Mental changes after excision of cerebral tissue. Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica, supplement 25, 1-81 [96].
326 — Senders, H.I., and Warrington, E.K. (1971). Memory for remote events in amnesic patients. Brain, 94, 661.
326 — Sanders, H.I., and Warrington, E.K. (1975). Petrograde amnesia in organic amnesic states. Cortex, 11, 397.
327 — SANDLER. JACK (1964). Masochism: an empirical analysis. Psychol. Bull., 62, 197-204.
328 — SAUL L. (1939) Hostility in cases of essential hypertension. Psychosomatic Medicine 1, 153-161 [483].
329 — SAUL, L.J., and C. Bernstein 1941. The emotional settings of some attacks of urticaria Psychosom. Med. 3:349-369.

330 — SCOTT M. (1970) Transitory psychotic behaviour following operation for tumours of the cerebello-pontine angle. Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia 73, 37-48 [286]
331 — SCHILDER P. (1938) The organic background of obsessions and compulsions. American Journal of Psychiatry 94, 1397-1413 [417].
332 — SCHILDER, P 1950. The image and appearance of the human body. New York: International Universities Press.
333 — SCHMALE, A.H , Jr., and H P. Ilker. 1966. The affect of hopelessness and the development of cancer 1: Identification of uterine cervical cancer in women with atypical cytology. Psychosom. Med. 28: 714-721.
334 — SCHMID B. (1969) Occupational rehabilitation of the brain-injured worker. Ch. 34 in The Lete Effects of Head Injury. eds. Walker A.E., Caveness W. F. & Critchley M Thomas: Springfield, Illinois [260].
335 — SCHNEIDER, C — Die Schizophrenen Symptom verbaende (Die Analyse der Denkstörungen) pp 80-100. Springer Verlag, Berlin, 1942.
336 — SCOVILLE W. B (1954) The limbic lobe in man. Journal of Neurosurgery 11, 64-66 [36].
337 — SCOVILLE W.B & MILNER B. (1957) Loss of recent memory after bilateral hippocampal lesions. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 20. 11-21 [36].
338 — SEGLAS, J. — Les troubles du langage chez les aliénés. Reuff, ed. 304 pp. Paris, 1892.
339 — SELINSKY, H. (1939). Psychological study of the migrainous syndrome. Bull. N.Y. Acad. Med , 15. 757-763
340 — SELINSKY, H. 1939. Psychological study of the migrainous syndrome. Bull N.Y. Acad Med. 15: 757-763.
341 — SELYE, H. 1946. The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. J Clin. Endocrinol. Metab. 6. 117-230.
———1950 Physiology and pathology of exposure to stress. Montreal: Acta Press.
342 — SERVIT Z., MACHEK J., STERCOVA A., KRISTOF M., CERVENKOVA V. & DUDAS D. (1963) Reflex influences in the pathogenesis of epilepsy in the light of clinical statistics. In Reflex Mechanisms in the Genesis of Epilepsy, ed. Servit Z. Elsevier: Amsterdam [310].
343 — SHAPIRO, A.P 1960. Psychophysiological mechanisms in hypertensive vascular disease. Ann. Intern Med 53: 64-83.
344 — SHAPIRO, D., B. Tursky and G.E. Schwartz 1970 Differentiation of heart rate and systolic blood pressure in man by operant conditioning. Psychosom Med. 32,417-423.
345 — SHAPIRO L.B. (1939) Schizophrenia-like psychosis following head injury. Illinois Medical Journal 76, 250-254 [232].
346 — SHEEHAN, D.V., J. Ballanger, and G. Jacobson 1977. The treatment of endogenous anxiety with somatic, hysterical and phobic symptoms—a double blind 'placebo-controlled comparison of phenelzine and imipramine. Paper presented to the 6th International Congress of the World-Psychiatric Association, September 1977, Honolulu.
347 — SHERRINGTON, C. 1906 The integrative action of the nervous system

New Haven: Yale University Press.
348 — 3 SIDIS, B : Nervous Ills. Their Cause and Cure. Badger, 1922
349 — SIMMEL, E. 1932. The psychogenesis of organic disturbances and their psychoanalytic treatment. Psychoanal. Q. 1: 166-170.
350 — SIMMEL, Ernst. 1929 Psychoanalytic treatment in sanatorium. Int J. Psychonal. 10:70-89
351 — Slater, E.T.O. and V. Cowie 1971 The genetics of mental disorders. London: Oxford University Press.
352 — SLATER, E., Beard A.W., and Clitherow, E (1963). The schizophrenic-like psychoses of epilepsy. British Journal of Psychiatry, 109. 95.
353 — SMITH, R.E. 1962a An MMPI profile of allergy. Psychosom Med. 24:203-209.
354 — SNELL, J.L — cit : GREGORY, Psychiatry. biological and social. 1961.
355 — SONGAR, A Sinir sistemi fizyolojisi, 3 cild, Kader Mat. İstanbul 1960
356 — SONGAR, A. Psikiyatri—Modern Psikobioloji ve Ruh Hastalıkları. 1977.
357 — SONGAR. A. Temel Psikiyatri. 1981.
358 — SPEIGEL, E. A., & WYCIS, H.T (1962). Stereoencephalotomy. II Clinical and Physiological Applications. New York: Grune and Stratton.
359 — SPERRY, R.W (1961). Cerebral organization and behaviour. Science, 133. 1749.
360 — SPERRY, R. W., Gazzaniga, M.S., and Bogan, J.E. (1969) Interhemispheric relationships: the neocortical commissures. In P.J. Vinken and G.W. Bruyh (Eds.) Handbook of Clinical Neurology. Volume 4. North-Holland Publishing, Amsterdam, Ch. 14
361 — STENGEL, E. (1948). Visual alexia and colour agnosia. Journal of Mental Science. 94.
362 — STEVENS J.R. (1966) Psychiatric implications of psychomotor epilepsy. Archives of General Psychiatry 14. 461-471 [316, 335, 355].
363 — STOREY P.B (1970) Brain damage and personality change after subarachnoid haemorrhage. British Journal of Psychiatry 117, 129-142 [474, 477].
364 — STROCH, A — O archaic thinking in schizophrenia. Z. ges. Psychiat. 1922 (cit.: Mayer Gross, Clinical Psychiatry).
365 — STUCHLIK, J.A. — Contribution to the psychopathology of verbal expression: Noophasie and neographie. II.International Congress, Psychiat. Congress report, Vol. IV, p. 35, Zürich, 1957.
366 — STUNKARD, A. 1959. Obesity and the denial hunger. Psychosom. Med. 21 no. 4:281-290.
——1972. New therapies for the eating disorders. Arch. Gen Psychiatry 26, no. 5:391-399.
SULLIVAN, A.J., and C.A. Chandler 1932. Ulcerative colitis of psychogenic origin. Yale J. Biol. Med. 4:779-796.
367 — SULLIVAN, H.S. 1953a. The interpersonal theory of psychiatry. New York: Norton.
—— 1953b. Conceptions of modern psychiatry. New York: Norton
368 — TAGGART, P., M. Carruthers, and W. Somerville. 1973 Electocardiogram. plasma catecholamines and lipids, and their modification by oxyprenolol when speaking before an audience. Lancet 2:341-346.

369 — TALLAL, P (1975) The token test in developmental dysphasia Cortex 11. 196
370 — TALLAL, P , and Piercy, M F. (1975) Developmental aphasia—the perection of vowels and consonants. Neuropschologia, 13, 69.
371 — TALLAND G A. (1965) Deranged Memory: A Psychonomic Study of the Amnesic Syndrome Academic Press: New York [40, 42]
372 — TANZI, E — I neologizmi degli allenati in rapporto col delirin cronico. Riv. Phreniat. 16:1-35, 1890.
373 — TAYLOR D.C. (1969a) Agression and epilepsy. Journal of Psychosomatic research 13. 229-236 [334]
374 — TAYLOR D C. (1969b) Sexual behaviour and temporal lobe epilepsy Archives of Neurology 21. 510-516 [339, 341, 343]
375 — THOMPSON, C 1943. "Penis envy" in women. Psychiatry 6:123-125.
376 — THOMPSON, C. 1957. Psychoanalysis: evolution and development. New York: Grove Press.
377 — THORNDIKE E L & LORGE I. (1944) The Teacher's Word Book of 30,000 Words. Teachers' College Press; Columbia University: New York [124]
378 — TOURAINE, G A , and G. Draper 1934. The migrainous patient. J. Nery. Ment Dis. 80:1-23, 183-204.
379 — TRAPP, C E — JAMES, E.B. — The intellectual quotient in schizophrenia in relation to normal population. Journ. Psychol. 3:410-417, 1937.
380 — TREISMAN, A. (1965) Verbal responses and contextual restraints Journal of Verbal Learning and Verbal Behaviour, 4, 118.
381 — TREVARTHEN, C. (1974). Analysis of cerebral activity in commissuroamy patients. In S J. Dimond and J G. Beaumonu (Eds) Hemispheric Function in the Human Brain, Elek Science, London.
382 — TUCKER, D M (1976). Sex differences in hemispheric specialization for synthecic visuospatial functions. Neuropsychologia. 14,447.
383 — TUPPER, W R.C. 1962. Psychosomatic aspects of spontaneous and habitual abortion. In Psychosomatic obstetrics. gynecology, and endocrinology. ed. W.S. Kroger, Springfield, Ill : Thomas.
384 — UNDERWOOD, G. (1977) Attention. awareness and hemispheric diference in word recognition. Neuropsychologia, 15,61.
385 — VICTOR M & ADAMS R.D. (1962) The acute confusional states Ch. 38 in Principles of Internal Medicine, eds Harrison T R. Adams R.D., Bennett I. L. Resnick W.H. Thorn G.W & Wintrobe M.M. McGraw Hill: New York [5].
386 — VIGOTSKY, L.S. — Thought in schizophrenia Arch. neurol psychiat 31: 1063—1077. 1934.
387 — VIGOTSKY, L.S. Thinking and speech. 1934. cit.: HANFMANN-KASANIN. Conceptual thinking in schizophrenia, Nerv Ment Dis. Managrophs. No 67, N Y. 1942.
388 — VILLERS J C. DE (1966) Intracranial haemorrhage in patients treated with monoamine oxidase inhibitors. British Journal of Psychiatry 112, 109-118 [472]
389 — VISLIE H & HENROKSEN G F (1958) Psychic disturbances in epileptics. Ch 2 in Lectures on Epilepsy, ed. Lorentz de Haas A.M Elsevier: Amsterdam [327, 328, 331].
390 — WATSON L. (1972) Diseases of the parathyroid glands. Medicine (monthly add-on series. 1972-3) 2, 148-156 Medical Education (International) Ltd : London [624]
391 — WATSON — cit : GREGORY, Psychiatry, biological and social, 1961, pp 13.
392 — WEBB, E.M , & DAVIS. E W. (1948) Causalgia: a review. Calif Med , 69, 412-417
393 — WECHSLER D (1945) A standardised memory scale for clinical use Journal of Psychology 19, 87-95 [146]
394 — WECHSLER D (158) The Measurement and Appraisal of Adult Intelligence, 4th edn Williams and Wilkins: Baltimore [137].
395 — WECHSLER D. & STONE C.P. (1945) Wechsler Memory Scale Manual. The Psychological Corporation: New York [146].
396 — WEIGGI, E (1964). The problem of so-called simultanagnosia Neuropsychologia, 2, 189
397 — WEINSTEIN, E.A. and Keller, M J A (1963) Linguistic patterns of misnaming in brain injury. Neuropsychologia, 1,79.
398 — WEINSTEIN, E.A , Cole, M., and Mitchell, M S (1964) Agnosia and aphasia. Archives Neurology, 10, 376
399 — WEINSTEIN, E.A., Lyerley, O.A., Cole, M , and Ozer, M.N. (1965). Meaning in jargoz aphasia Cortex, 2, 166.
400 — WEINSTEIN, S., Sersen, E A , and Vetter, R J (1964). Phantoms in congenital aphasia Cortex, 1, 276.
401 — WERNICKE — Der aphasische Symptomenkomlex. Breslau. 1874.
402 — WHITTY, C.W.M. (1964) Cortical dysarthria Journal of Neurology. Neurosurgery and Psychiatry, 27. 507.
403 — WHITTY, C W.M. (1966) C W M. Whity and O.L Zangwill (Eds.) (First Edition), Amnesia. Butterworh. London, Ch. 2.
404 — WHITTY C.W.M. & ZANGWILL O.L. (1966) Traumatic amnesia Ch. 4 in Amnesia, eas Whitty C.W.M. & Zangwill O.L. Buttorworths: London [202. 203]
405 — WHITTY C W.M , LISHMAN W.A & FITZGIBBON J.P. (1964) Seizures induced by movement: a form of reflex epilepsy. Lancet 1, 1403-1405 [301]
406 — WILKINS, A.J., Andermann, F., and Ives, J (1975). Stripes, comlex cells and seizures Brain, 98, 365
407 — WILSON, G. W. (1938). The transition from organ-neurosis to conversion hysteria. Int J. Psycho-Anal., 19, 1-18.
408 — WILSON, H. (1938). Psychogenic headache Lancet, 1,367-370.
409 — WILSON P J E (1970) Cerebral hemispherectomy for infantile hemiplegia Brain 93, 147-180 [338. 386].
410 — WILSON P.J.E (1973) The surgical treatment of epilepsy Biritsh Journal of Hospital Medicine 9,161-168 [384,385.386].
411 — VILKINSON, H A. MARK, V.H., & WHITE, J C. (1964). Further experiences with intrathecal phenol for the relief of pain. J. chron Dis , 17,1055-1059.
412 — WILLIAMS, M. (1954) Memory defects associated with cerebral lesions. Thesis submitted for D.Phil. Oxon.

413 — WILLIAMS, H.L. (1971) The new biology of sleep. Journal of Psychiatric Research 8, 445.
414 — WITTKOWER, E., RODGER, T.F., & WILSON, A.T.M. (1941). Effort syndrome, Lancet, 1, 531-535.
———, & WILSON, A.T.M. (1940). Dysmenorrhoea and sterility: personality studies. Brit. med. J., 2, 586-590.
415 — WOLFF, H.G. (1943) In discussion of The relation of attitude and suggestion to the perception of and reaction to pain. H. G. Wolff and H. Goodell. Proc. Ass. Res. nerv. ment. Dis., 23, 447.
———(1948). Headache and Other Head Pain. London: Oxford University Press.
416 — WUNDT — Die Sprache, Engelman, Leipzig, pp 315 (cit. LEOPOLDSTEIN, Speech and voice, 1942, pp 142).
417 — WYKE M. (1968) The effect of brain lesions in the performance on an arm-hand precision task. Neuropsychologia 6,125-134 [70].
418 — WYKE M. (1971) Dysphasia: a review of recent progress. British Medical Bulletin 27, 211-217 [53]
419 — YATES A. (1958) The application of learning theary to the treatment of Abnormal and Social Psychology 56, 175-182 [795, 797].
420 — YATES A.J. (1966) Psychological deficit. Annual Review of Psychology 17, 111-144 [133, 141].
421 — YOSS R.E. & DALY D.D. (1960a) Hereditary aspects of narcolepsy. Transactions of the American Neurological Association, pp. 239-240 [844, 852].
422 — YOSS R.E. & DALY D.D. (1960b) Narcolepsy Clinics of North America 44, 953-968 [844, 846].
423 — ZANGWILL O.L. (1966) The amnesic syndrome. Ch. 3 in Amnesia, eds. Whitty C.W.M. & Zangwill O.L. Butterworths: London [42].
424 — ZANGWILL O.L. (1946) Some qualitative observations on verbal memory in cases of cerebral lesion. British Journal of Psycholog 37, 8-19 [20].
425 — ZARCONE V. (1973) Narcolepsy. New Englad Journal of Medicine 288, 1156-1166 [844, 845, 846, 850, 853].
426 — Zinkin, S., and Miller, A.J. (1967). Recovery of memory after amnesia induced by ECT. Science, 155, 102.
427 — ZIPF, G.K. — The Psycho-biology of Language. Routledge, London, 1936.
428 — ZISKIN, D.E., & MOULTON, R. (1946). Glossodynia: a study of idiopathic oral pain J. Amer. dent. Ass., 33, 1422-1432.
429 — ZİYALAR A. Anorexia Nervosa. İstanbul, 1976.
430 — ZİYALAR A. Sosyal Psikiyatri. 1980. İstanbul.
431 — ZİYALAR A. Psikiyatri Lugati. İstanbul. 1981.
432 — SZASZ, T.S. (1957). Pain and Pleasure. A Study of Bodily Feelings. London: Tavistock Publications.
433 — SZASZ, T.S. 1957. The problem of psychiatric nosology. Am. J. Psychiatry 114:405-413.
——1961. The myth of mental illness. New York: Harper & Row.