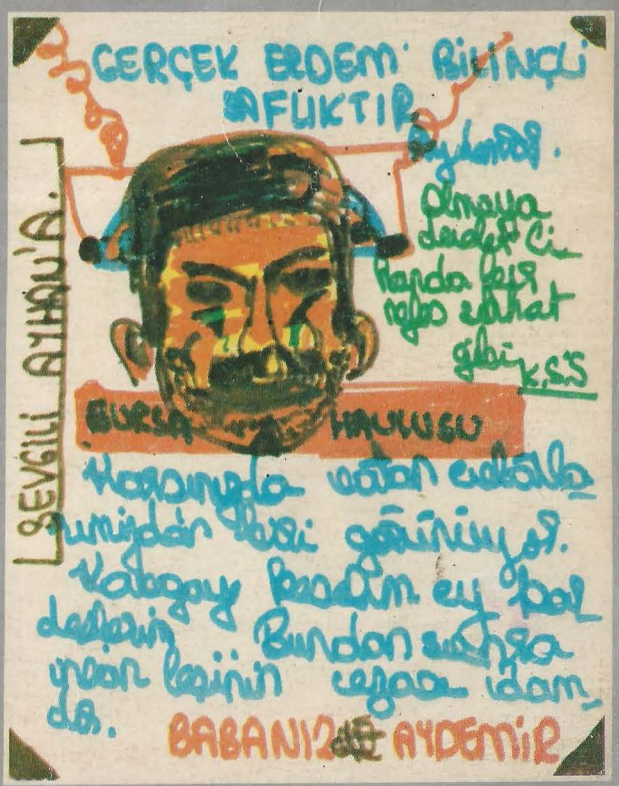
PSİKİYATRİ
Prof.Dr. AYHAN SONGAR

Prof.Dr. AYHAN SONGAR

PSİKİYATRİ

PSİKOBİYOLOJİ VE RUH HASTALIKLARI



Dördüncü Baskı

Serhat DAĞITIM
Recai Akpul
Nuruosmaniye Caddesi 3/1 Cağaloğlu.IST. TEL 264990

PSİKİYATRİ
PSİKOBİYOLOJİ
ve
RUH HASTALIKLARI

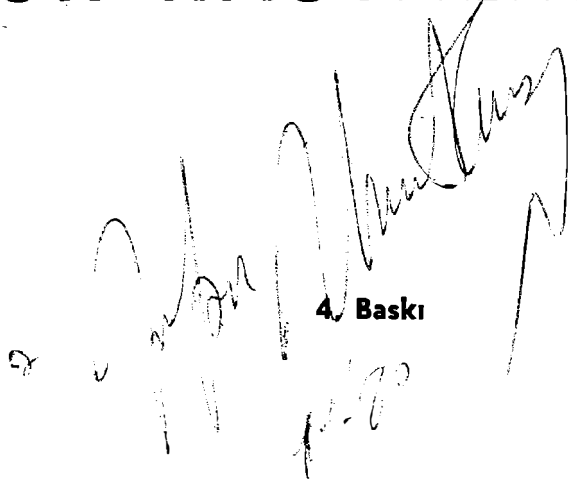
Prof. Dr. AYHAN SONGAR

PSİKİYATRİ

PSİKOBİYOLOJİ

ve

RUH HASTALIKLARI



4. Baskı

SERHAT DAĞITIM YAYINEVİ

Cağaloğlu Nuruosmaniye Cad. 3/1

İstanbul

PSİKİYATRİ
PSİKOBİYOLOJİ
ve RUH HASTALIKLARI
Prof. Dr. Ayhan Songar

Yayınlayan	:	SERHAT DAĞITIM YAYINEVİ
Yayın hakkı		SERHAT DAĞITIM YAYINEVİ
Genel dağıtım	:	SERHAT DAĞITIM Cağaloğlu Nuruosmaniye Cad. 3/1 İstanbul.
Birinci baskı	:	Mart 1971
İkinci baskı	:	Mayıs 1976
Üçüncü baskı	:	Ocak 1977
Dördüncü baskı	:	Kasım 1980
Kapak düzeni	:	**Ayhan Songar — Nihat Öcal**
Kapak baskı	.	Tez Ofset
Dizgi, baskı,	:	Emek Matbaası

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE TARİHÇE 1
TÜRK NÖROPSİKİYATRİSİNİN ŞEREF LEVHASI 16
Anatomo-FİZYOLOJİK HATIRLATMALAR 24
Biyojenik aminler (38), Biyosentez (40), Aminlerin serbest hale gelmesi (43), Kontrol mekanizmaları (44), Başka merkezi sinaptik transmettörler (45), İnhibitör transmettörler (45), Nörotransmettör ile epilepsinin ilgisi (47, Nöro-endokrin transducer'ler (47), Hypthalamus (48), Glandula pinealis (48), Sürrenal medullası (48), Juxtaglomerular aparey (49)

BİYOLOJİK AÇIDAN PSİKOZ PATOGENEZİ 50

FREUD VE PSİKANALİZ 56
Psikanalizin konusu (58), Derinlikler psikolojisi (59), Haz-elem prensibi (59), Ruhî topoğrafi (59), Psiko-seksüel gelişme (60)

ADLER VE FERDİ PSİKOLOJİ 70

JUNG VE ANALİTİK PSİKOLOJİ 73

NEO-PSİKANALİSTLER 79
Otto Rank ve ayrılma anksietesi (79), Karen Horney ve sosyo-kültürel tesirler (80), Haryy Stack Sullivan ve ferdlerarası münâsebetler psikolojisi (82), Varoluşculuk (Existentialisme) ve eksistansiyel analiz (83)

ŞUUR ALTI VE SAVUNMA MEKANİZMALARI 86
Baskı (reperession-refoulement) (88), Hayâl kurma (phantasia-phantaisie) (89), Çözülme (dissociation) (89), Gerileme (regression) (89), Saplanma (fixation) (89), Yer değiştirme (deplacement) (90), Akla yakınlaştırma (ratioalization) (90), Projeksiyon (projection) (91), İntrojeksiyon (introjection) (91), Benimseme (identification) (91), Boyuneğme (submission) (92), Çevirme (conversion) (92), İnkâr ve yalanlama (negation-deny) (92), Telâfi (compenscation) (92), İkili duygu (ambivalence) (92), Sembolleştirme (symbolization) (93), Yüceltme (sublimation) (93), Şuurlu kontrol (conscious control) (93), Reaksiyon teşkili (reaction formation) (94), Somatizasyon (somatization) (94), Dağılma (decompozition) (94)

PSİKİYATRİK BELİRTİLER VE SENDROMLAR 95
Semptomlar (95), Şuur bozuklukları (95), İdrak bozuklukları (97), Dikkat (97), Hafıza (98), Zekâ (99), Muhakeme (99), Fikir akışı (101), İrade (101), Duyarlılık (teessüriyet) (affection) (102), Motor davranış bozuk-

lukları (103), Verbal davranış-konuşma bozuklukları (104), Başlıca psikiyatrik sendromlar (104)

ETYOLOJİ 106
İrsiyet (106), Beden yapısı (108), Metabolik faktörler (114), Başka sebebler (115), İnfeksiyonlar (115), Toksik maddeler (115), Hormon bozuklukları (116), Avitaminozlar (116), Traumalar (116), Zorla beraber yaşama mecburiyeti (116), Gebelik (116), Evlilik hali (116), Yaş, cins ve ırk (117)

PSİKİYATRİK MUAYENE 118
Ruhî muayene (121), Nörolojik muayene (123), Zekâ testleri (123), Projektif testler (126), Mücerret düşünce testleri (129)

TEDAVİ 131
Psikoterapi (131), Destekleyici tedavi (134), Öğretici tedavi (135), Yapıcı tedavi (136), Grup tedavisi (137), Uyku tedâvisi (138), Ateş tedâvisi (138), İnsülin koma tedâvisi (139), Elektroşok tedâvisi (143), Psikiyatride ilâçla tedâvi-psikofarmakalar (145), Sinir sistemine ilâçların etkileri (150), İmpulsun yayılmasına tesir eden ilâçlar (152), Sinaptik iletiye etkili ilâçlar (153), Reseptor agonistleri (154), Transmettör parçalanmasını durduran ilâçlar (155),Transmettör fonksiyonunu azaltıcı ilâçlar (158), Transmettör depolanmasını bloke edenler (159), Transmettörlerin serbest hale geçişinin inhibisyonu (159), Yalancı transmettörler (160), Reseptor blokerleri (162), Bazı nöronları selektif olarak tahribeden ilâçlar (164), Denervasyon süpersensitivitesi (165)

PSİKOTROP İLAÇLARLA ZEHİRLENMELER VE ACİL TEDAVİLERİ 169
Solunum komplikasyonları (169), Dolaşım şoku (170), Konvülsiyon (171) Vücut ısısı bozuklukları (173), Koma (174), İlâcın itrafı (mide yolu ile) (176), İlâç itrahı (böbrek yolu ile) (178), İlâç itrahı (dializ) (180), Klinik belirtiler ve tedâvileri (182), Amfetamın ve benzeri ilâçlar (182), Antidepressif ilâçlar-anksiolitikler (184), Antihistaminikler (185), Antiparkinson ilâçlar (186), Barbitüratlar ve benzeri maddeler (188), Monoamine oxidase inhibitörleri (190), Narkotikler (193), Phenotiazine ve ilgili ilâçlar (194), Trisiklik antidepressifler (197), Kokain (200), Lithium (201), Lysergic acide diethylamide (LSD). (202), Marijuana ve esrar (203), Mescaline (204), Ritalin (204)

ŞİZOFRENİ 207
Kişiliğin çözülmesi (dissociation) (206), Şizofrenide konuşma ve düşünce bozuklukları (207), Gramer ve sentaks bozuklukları (211), Mana ve muhteva bozuklukları (212), Mükaleme bozuklukları (217), Şizofrenide grafik bozukluklar (219), Şizofrenide yazı bozuklukları (221), Sensorium ve emosyonlar (222), Muhakeme bozuklukları (226), Motor davranış bozuklukları (232), Klinik şekilleri (235), Hebefrenik şekil (235), Katatonik ve hebefreno-katatonik şekiller (236), Paranoid şekil (236), Basit şekil (schizophrenia simplex) (238), Psikastenik şekil (238), Şişonevrozlar veya psödonevrotik şizofreni (241), Çocuk şizofrenisi (243), Başlangıç belirtileri (243), Etyo-patogenetik teoriler (245), Prognosis (252), Tedâvi (253)

PARANOIA VE PARANOİD PSİKOZLAR 256

Paranoia (258), Paraphrenia (260), Etyoloji (261), Tedâvi (261)

HİPERAFFEKTİF PSİKOZLAR ... 262
Mani (264), Melankoli (273), Cyclophrenia (283), Prognoz (286), Etyoloji ve patogenez (286), Tedâvi (289), Yaşdönümü melankolisi (involutional melancholia) (290)

DEMENTİA PARALYTİCA ... 292
Patalojik anatomi (294), Kuluçka devri (295), Klinik belirtiler (295), Hümörol bozukluklar (299), Klinik şekilleri (299), Hastalığın seyri (300), Ayırt edici teşhis (300), Adli tıp ve paralizi jeneral (301) Tedavi (304),

ZEKÂ GERİLİKLERİ (OLİGOFRENİLER) ... 307
İdyosiler (307), Embesilite (309), Debilite (310), Etyoloji (311), Özel oligofreni şekilleri (314), Nöro-ektodermoz veya phacomatose'lar (314), Sclerosis tuberosa (Bourneville hastalığı) (314), Recklinghausen sinir hastalığı (neurofibromatosis) (315), Stürge-Weber-Krabbe hastalığı (serebral angiokatosis) (315), von Hippel-Lindau hastalığı (retinoserebellar anjiomatosis) (316), Metabolizma bozukluğuna bağlı zekâ gerilikleri (316), Amorotik idyozi (316), Fenil-pirüvik oligofreni (317), Endokrin sistem bozukluğuna bağlı zekâ gerilikleri (317), Miksödem (317), Kretenizm (318), Embriyo enfeksiyonlarına bağlı zekâ gerilikleri (318), Mongolismus (319), Kranium malformasyonları ile beraber olan oligofreniler (321),

İHTİYARLIĞA BAĞLI PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR VE HASTALIKLAR 322
İhtiyarlığın psikopatolojisi (322), İhtiyarlığa bağlı klinik sendromlar İhtiyarlık bunaması (dementia senilis) (328), Senil psikoz (preibsophrenia) (329), Orta yaşın demansları (330), Piçk hastalığı (330), Alzheimer hastalığı (331), Jacob-Creutzfelt hastalığı (332), Hunnington koresi (332), Arterioskleroza bağlı demanslar (333), Diffuz serebral arterioskleroz (333), Psödobülber sendrom (334), Tedavi (334)

AMENTİA (CONFUSİON MENTALE) ... 336

ÜREME PSİKOZLARI ... 344
Gebelik psikozları (347), Doğum psikozları (347), Loğusalık ve süt verme psikozları (347), Tedavi ve prognoz (348)

KRANİO-SEREBRAL TRAVMALARDA GÖRÜLEN RUHİ BOZUKLUKLAR ... 350
Posttravmatik konfüzyon halleri (351), Posttravmatik amneziler (352), Konfüzyonsuz ruhî sekeller (353), Posttravmatik epilepsiler (354), Posttravmatik sübjektif sendrom (354), Posttravmatik nevrozlar (354),

PSİKONEVROZLAR ... 355
Etyoloji (356), Sıkıntı nevrozu (359), Histeri (359), Nörotik depression (363), Somatizasyon reaksiyonu (363), Obsessif-kompulsif ve fobik reaksiyonlar-Monomaniler (363), Obsede şahsiyetin dinamiği (367), Nevrasteni (369), Traumatik nevrozlar (370), Psikonevroz tedavisi (371)

PSİKOSOMATİK HASTALIKLA ... 376

SIKINTI ... 381
Anksietenin klinik belirtileri ve psikosomatiği (383), Anksietenin heredite ile ilgisi (384), Anksietenin fizyolojsi (385), Anksietenin biyokimyası

(387), Anksietenin teşhis ve prognozu (387), Anksietenin tedavisi (388)

PSİKOPATİ 390
Etyoloji (390), Klinik şekilleri (391), Agressif tipler (391), Yetersiz veya passif tipler (392), Yaratıcı tipler ve dâhiler (393), Tedavi (395), Adlî tıp (395)

SEKSÜEL PATALOJİ (PSİKOSEKSÜEL HASTALILAR) 398
Cinsi sapıklıkların sınıflandırılması (402), Seksüel ifade bozuklukları (403), Seksüel obje bozuklukları (406), Seksüel stimulus bozuklukları (410), Seksüel instinkt'in şiddetine ati bozukluklar-seksüel arzu anormalileri (412)

İPTİLALAR VE İNTOKSİKASYON PİKOZLARIS 417
Alkol iptilâsı (418), Alkolün fizyolojik tesirleri (419), Alkol intoksikasyonu (421), Epidemiyoloji (423), İntiharlar (424), Meslek (424), Sosyokültürel faktörler (424), Milliyet (425), Dinler (426), Yaş ve cinsiyet (427), Patolojik sarhoşluk (428), Kronik alkolizmada ruhî bozukluklar (428), Alkol psikozları (430), Subakut alkolik delirium (430), Delirium tremens (akut alkolik delirium) (431), Alkolik hallüsinoz (Wernicke) (432), Alkol paranoiası (433), Korsakoff psikozu (434), Alkol bunaması (435, Alkolik epilepsi (436), Gayet-Wernicke ansefalopatisi (436), Alkolik polinöropati (437), Alkolik ambliopia (438), Alkolik serebellar dejenerasyon (438), Dipsomania (438), Alkol intoksikasyonunun tedâvisi (439), Kronik alkolizma tedâvisi (440), Akut ve subakut alkol psikozlarının tedâvisi (445), Sosyal problem olarak alkolizm (446), Toksiokomaniler (450), Etyoloji (451), Yayılma (453), Afyon (opium) ve morfin (454), Heroine (458), Cocaine (459), Esrar (461), Sympathomimetic amine'ler (463), «Psychedelic» ilâçlar (465),

EPİLEPSİ 467
Sınıflandırma (468), Fokal serebral hamle (470), Sentrensefalik nöbetler (478), Lokalize edilemeyen serebral hamleler (475), Etyolojik sınıflandırma (475), Kronolojik sınıflandırma (475), Tasnif edilemeyen epilepsiler (476), Etyoloji (481), Elektroensefalografik teşhis (EEG) (485), Psikiyatrik bakımdan önemi olan epilepsi nöbetleri (486), Epilepsi tedâvisi (491), Epilepsi ve adlî tıp (493), Eksperimental epilepsi (494),

KAN HASTALIKLARINDA GÖRÜLEN RUHÎ BOZUKLUKLAR 501

DİABETİN PSİŞİK BELİRTİ VE KOMPLİKASYONLARI 506

GENEL TIPTA KULLANILAN İLAÇLARIN PSİKİYATRİK KOMPLİKASYONLARI 509
Digitalist (510), Kortikosteroidler (510), Reserpin (512), L-dopa (512), Amfetamin (514)

ÇOCUK PSİKOZU (ÇOCUK ŞİZOFRENİSİ) 516

ADLÎ PSİKİYATRİ, PSİKİYATRİ AÇISINDAN CEZA EHLİYETİ 523
Fârik ve mümeyyizlik (535), Medenî haklar (536), Adlî tıp kanunu (537), Adlî rapor (538)

KAYNAKLAR 541

DÖRDÜNCÜ BASKIYA ÖNSÖZ

«Psikiyatri»nin ilk baskısı 1971 senesinde takdim edilmişti. Böylece, sekiz dokuz yıl gibi kısa bir süre içinde dört defa ve daima yenilenerek yayınlanan bir psikiyatri kitabını sizlere sunmakla bahtiyarım.

Pek çok eser, bu arada birçok da kitap zamanla «antika» değerini kazanmış, yayınlandığı tarihteki fiatlarının çok üstünde değerlere satılmıştır. Ancak, bunu görmek o eserlerin sahibine nâdiren nasib olmaktadır. Şairin dediği gibi,

Sağlığında nice ehl-i hünerin
Bir tutam tuz bile yoktur aşına
Öldürüp önce onu açlıktan
Sonra da türbe dikerler başına!...

Bu satırların nâçiz yazarı ise henüz hayatta iken, daha 9 sene önce yayınladığı bir kitabın Sahaflar Çarşısı'nda «antika» olarak 5.000 liraya alıcı bulduğunu işitmenin hazzını yaşamıştır.

İmam-ı Azam Ebu Hanife Hazretleri birgün sokakta giderken kendisini görenlerin aralarında şöyle konuştuklarını duyar: «Şu zatı görüyor musunuz? Her gece uyku uyumaz, sabahlara kadar ibadet edermiş!...» Kendisi hakkında iyi düşünen, eskilerin deyimiyle «hüsn-ü telâkki sahibi» halkı doğrulamayı vazife sayan **Ebu Hanife** o günden sonra bütün gecelerini ibadet ile geçirmiştir. Ben de kitabıma bu değeri kazandıran sevgili okuyucularıma şükran borcumu eskisinden daha çok çalışıp daha iyi ve faydalı eserler yayınlamakla, insanlara gücümün yettiğince hizmetle ödeyeceğim. Cenab-ı Hakk'a şükür borcum ise bu dünyada edâ edilir gibi değildir.

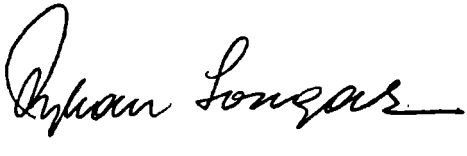
Kitabımız, bu dört baskı süresince daha da belirgin hale gelen ve gelişen bir biyolojik psikiyatri disiplini içinde hazırlanmıştır.

Sağlam anatomi, fizyoloji ve biyokimya temeline oturmamış bir «psikoloji»nin ve «psikiyatri»nin mümkün olamıyacağı aşikârdır. Tıp sanatlarının en eskisi, fakat tıp bilimlerinin en yenilerinden biri olan psikiyatri, tıp temel bilimlerindeki son yıllarda erişilen seviyesinden nasibini almıştır. Bugün hezeyan hali, sinapslar seviyesindeki tıbbî müdahalelerle giderilebilmekte, cilt cilt psikofarmakoloji kitapları yayınlanmaktadır. Bu dördüncü baskı ile biyolojik psikiyatrideki en son gelişmelere göre gereken düzenlemeler yapılarak, mevcudu tamamen tükenen kitabımı yenilemek istedim. Elbette bu da, öncekiler gibi birçok eksiklerle malûldür. Fakat kusurlarımın iyi niyetime bağışlanacağını umuyorum.

Değerli mesai arkadaşım **Dr. Fevzi Samuk** bu defa da manüskrilerin basılı kitap haline gelmesinde büyük emek ve gayret sarfetmiştir. Kendisine teşekkürlerimi bu vesile ile tekrarlamak isterim.

Psikiyatri'nin birinci baskısını eşime ve kızıma ithaf etmiştim. İstedim ki, bu dördüncü baskı da sevgili torunum **Esma Tezcan**'a ömür boyu mutluluk dileklerimin ifadesi. dedesinin sevgi dolu bir armağanı olsun. Böylece, meslek hayatımın otuzuncu yıldönümünde, «Halka, mahlûka hizmet»den gayri bir isteğim ve gayem olmadan tekrar sevgili okuyucularımızın huzuruna çıkmış bulunuyorum.

Teşvikiye, 6 Temmuz 1980



ÜÇÜNCÜ BASKININ ÖNSÖZÜ

Sevgili okuyucularım,

Psikiyatri, gündengüne önemi artan, hizmet sahası genişleyen ve buna karşılık mensuplarına yüklediği yükler de aynı oranda çoğalan bir meslek. Bir zamanlar «medeniyetin, sanayileşmenin insanlara mutluluk getirip getirmediği» sorusu ile karşılaşmıştım. Günümüzün insanı kalabalıklar içinde yalnızlığın, birtakım teknik konfor vasıtaları içinde huzursuzluğun, kudretli makinelere hükmederken zavallılığın ıstırabını çekmektedir ve muhakkak ki bu ıstırap, bugün, beşer tarihinde görülmemiş bir seviyeye erişmiştir.

Ufacık dünyada gitgide sıkışan, yaşama şartları ağırlaşan enflâsyonlar, soğuk harpler, politik çalkantılarla bunalan insanın artık hemcinsine itimadı kalmamış, birbirine karşı sevgisini kaybetmiştir.

Bütün bu kargaşalık, bu kaos içinde psikiyatrlara çok büyük görevler düşmektedir. Psikiyatri artık sadece bir tıp şubesi olmaktan çok öteye, çok ileriye gitmiş, beşerî ilimler arasında seçkin ve önemli yerini almıştır. Bugün aile geçimsizlikleri mahkemelere gitmeden önce psikiyatrın karşısına getiriliyor, okulda başarı gösteremeyen çocuğunun çaresini ana - baba, psikiyatri polikliniklerinde arıyor. Böylesine yüklü bir vazife yüklenen psikiyatr'ı ben —sevgili meslekdaşlarım beni bağışlasınlar— sirk palyaçosuna benzetiyorum. İçin kan ağlasa da güldüreceksin, kendi derdin ne olursa olsun, önünde geçit resmi yapan dertlilere çare arıyacaksın ve her hastanın sıkıntısı, derdi senin sırtına yüklendikten sonra polikliniğini, muayenehaneni kapatıp evinin yolunu tutacaksın.

İyi bir psikiyatrik muayene hastayı dinlemek, çok dinlemek, candan ve tekrar tekrar dinlemek, sonunda onun sıkıntısını aynen yaşamak ve «iç gözlem» (introspection) ile bu sıkıntıyı analiz etmek suretiyle mümkündür. Bunu hukuktaki «kıyas-ı nefs» kaidesine teşbih edebiliriz. Kıyas-ı nefs, hâkimin karar verirken kendini maznû-

nun yerine koyması, «ben olsam ne yapardım?» diye düşünmesi ve ona göre karar vermesi demektir. Gerçekten, kendini maznûn yerine koymayan hâkimin sâlim bir karara, hastasının sıkıntısını kendi içinde hissetmiyen ruh hekiminin de doğru ve sıhhatli bir teşhise varabilmesi mümkün değildir. Diğer tıp şubelerinin mekanik usûlleri psikiyatri için geçerli olamaz. Ve bu arada, tekrar edelim, psikiyatr kendi problemlerini, dert ve sıkıntılarını bir kenara itecek, hastasının derdini yüklenirken kendisinden hastasına doğru ters bir akımın olmasına da aslâ izin vermiyecektir.

Bu satırların yazarı tam 26 senedir işte bu işi yapıyor. En büyük teselli ve mutluluğu ise dertli, sıkıntılı insanlara hizmet ve onların yüzünde göreceği ufak bir tebessüm, bir huzur ve memnunluk işaretidir. Bunun yanında, birkaç yıl içinde üç defa basılan bir psikiyatri kitabının yazarı olmayı nasibeden Cenâb-ı Hakk'a şükürlerini edâ edebilmekten âcizdir.

Psikiyatri kitabının ilk iki baskısı bir ders kitabı mahiyetinde olarak yayınlanmıştı. İkinci baskı, Üniversiteler Kanunu uyarınca Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığınca gerçekleştirildi. Elinizdeki bu kitap ise ötekilerinin devamı mahiyetinde olsa da, bir «üçüncü baskı» değil, yeni bir kitaptır. Birinci baskının ön sözünde de belirttiğim gibi, bu kitaplarda bunca yıllık meslek hayatımın tecrübeleri, vak'a kolleksiyonu, pratik bilgileri aktarılmıştır. Bu sayfalarda Bakırköy'deki asistanlık yıllarım, Çapa'daki doçentlik devrem ve 1963'denberi Cerrahpaşa'da gördüklerim vardır. İsminden de anlaşılacağı gibi, bir «biyolojik psikiyatri» kitabı olan bu baskıda özellikle son senelerde büyük gelişmeler gösteren sinir sistemi kimyası, psikofarmakoloji, nörofizyoloji ve sibernetik bahisleri ağırlık kazanmıştır. Haşhaş ekiminin memleketimizde bir ara yasaklanması ve tekrar serbest bırakılması ile canlanan uyuşturucu madde problemi de derinliğine incelenmiye çalışılmıştır. Klinik psikiyatri bahislerindeki örnekler arttırılmıştır.

Bu kitap, isminden de anlaşılacağı üzere, bir «biyolojik psikiyatri» kitabı olmak iddiasındadır ve belki de asıl orijinal yanını bu niteliği teşkil eder. Bugün «psikiyatri», «ruh tababeti» ve «ruh» terimlerinin getirdiği karışıklık ve verimsiz münâkaşalar, monizm - düalizm çekişmeleri, sanırım ki, bir terminoloji hatâsından doğmaktadır. Sherrington'un «uyarılabilen beyin korteksi»ni keşfindenberi bazı beyin bölgelerinin, bazı korteks sahalarının periferi ile nokta nokta uygunluk gösterdiği ortaya konmuş, birtakım «merkez»leri gösterir haritalar, mozaikler meydana getirilmiştir. Gene beyin korteksinde «uyarılamıyan» sessiz birtakım bölgeler vardır ki, buralara

da «ruhî» dediğimiz fonksiyonlar yerleştirilmeye çalışılmıştır. Bu lokalizasyon teorileri kitabımızda uzun uzun tartışılmaktadır. Ancak, uyarılabilen beyin korteksinin belli kısımlarının uyarılmasında belli birtakım hareket ve duyumlar elde edilebildiği gibi, sessiz beyin korteksinin özel birtakım şartlarda uyarılması veya tahribi de belli bazı ruhî gösterilere sebep olabilmektedir.

Beyin korteksindeki tenbih tecrübeleri daima kaba, izole birtakım gösterilere yol açar. Meselâ, sağ elimizin işaret parmağı ile ilgili beyin korteksinin uyarılması o parmakta maksatsız bir harekete sebep olur. Ancak, beynin hiçbir yerinin uyarılması ile bir insana meselâ düğmesi ilikletilemez; yani, bu tecrübe şartları içinde gayeye yönelik birtakım sonuçlar alınması mümkün değildir. Burada tecrübeci, piyanonun karşısına geçmiş ve piyano çalmasını hiç bilmeyen bir müptediye benzer. Tıpkı onun piyanonun tuşlarına rastgele basması gibi biz de tenbih elektrodumuzla beyin korteksine rastgele dokunuyor ve piyanonun tek tek seslerine karşılık basit, kaba ve izole birtakım hareket ve duyumlar elde ediyoruz. Piyanonun tuşlarına bir düzen içinde basıp bir melodiyi çalmak gibi, beyinde de gerekli hücre gruplarının gereken sıra ve şartlar içinde uyarılarak gayeli ve koordine bir hareketin yaptırılması da —hiç değilse bugünkü imkân ve bilgilerimizle— mümkün değildir.

İşte bu noktaya gelince beynin ötesinde «başka bir kuvvetin», tıpkı piyanoyu çalabilmek için bir piyanistin olduğu gibi, mevcûdiyetini kabulden başka çâre yoktur. Bu halde ise beyin «primum movens» olma, «kendi kendine yeter» bulunma vasfını da kaybeder. O da bir âlet, bir vasıta'dır, tıpkı kendi kendine çalamıyan piyano gibi... Onu harekete geçiren, ona hükmeden, ister beynin içinde bir kimyasal veya fizik tabiatta enerji, isterse onun arkasında ve dışında bir «ruh» olsun, bugünkü araştırma metodlarımızla «erişilemiyen» bir fenomendir. Şimdi biz hem bu fenomen'e «ruh» diyoruz, hem de onun hükmettiği beynin birtakım faaliyetlerine, «dikkat, düşünce, idrâk, şuur, zekâ» gibi fonksiyonlarına «ruhî faaliyetler» adını takıyoruz. «Ruh» meselesi «bilgi»den ziyâde «inanç»a taallûk eder ve şöyle veya böyle bir tarzda inanıyor diye kimseyi kınayamaz, cahillikle ve bilgisizlikle suçlayamayız. Fakat biz «eser» ile «müessir»i birbirine karıştırmaktan vazgeçersek, «ruhî faaliyetler» dediğimiz şeylerin beynin birer «biyolojik» fonksiyonundan başka bir şey olmadığını görürüz. Hezeyan eden bir şahıs birkaç damla ilâçla fevkalâde mantıklı ve akıllı bir insan haline gelirken bu determinizmi görmemek mümkün değildir. Bu fonksiyonların patolojisi ile meşgul olan psikiyatri de böylelikle birtakım biyolojik temellere oturtulmak mecburiyetindedir. Psikiyatri, temel bilimleri bakımın-

dan bir taraftan felsefe ve psikolojiden sosyoloji ve hukuk ilmine kadar uzanan bir desteğe sahip iken, diğer ayağını da biyoloji, kimya, fizik, fizyoloji, anatomi gibi ilimlere basmaktadır. Bu ayağın ve buradaki desteğin kuvvetlenmesi nisbetinde psikiyatri bir ilim hüviyetini kazanmaktadır. Kitabımızda psikiyatrinin biyolojik temel ve esasları mümkün olduğunca gösterilmeye, anlatılmaya çalışılmıştır.

Oldukça büyük bir emeğin mahsûlü olan bu kitabın mükemmel olduğu iddiasında değilim ama bir boşluğu doldurabileceği zannındayım. Kusurlarımın ise iyi niyetime ve hizmet aşkıma bağışlanacağından eminim.

«Mârifet mükâfata bağlıdır» derler. Burada bir noktayı belirtmeden geçemiyeceğim. Geniş kültür ve bilgisine her zaman hayran olduğum değerli Hocam Prof. Reşat Garan'ın bundan önceki kitaplarıma gösterdiği alâka ve değerli teşvikleri benim için büyük bir mükâfat olmuş ve belki de kısa zamanda yeni bir baskı yapma gayretini bana vermiştir. Burada kendilerine arz-ı şükran ederim. Kitabın bu hâle gelmesinde, tashihlerin, konuyu da bilen ehil bir kişi eliyle yapılmak suretiyle, hatâların asgarîye indirilmesinde paha biçilmeyecek emeği geçen kıymetli mesai arkadaşım Dr. Fevzi Samuk'a, kitabın yayınlanmasını üstlerine alan Serhat Dağıtım sahibi Recai Akpul, merhum dostum «Çığır Mustafa» Beyin oğlu ve Geçit Kitabevi sahibi Ergin Ardakoç ve Cihat İmer Beylere teşekkürlerim sonsuzdur.

İstanbul, Ekim 1976

İlim ilim bilmektir ilim kendin bilmektir
Sen kendini bilmezsin ya nice okumaktır

Yunus Emre der hoca gerekse var bin hacca
Hepisinden iyice bir gönüle girmektir

YUNUS EMRE

GİRİŞ VE TARİHÇE

Stanley Cobb, «Psikiyatri tıp sanatlarının en eskisi tıp bilimlerinin ise en yenisidir» demekle psikiyatrinin diğer bilim dalları arasındaki özel durumuna işaret etmektedir. Gerçekten insanın kendi ruhu, ruhî hayatı ve onun bozuklukları ile ilgilenmeye başlamasının tarihini, insan düşüncesinin gelişmeye başladığı pek eski devirlere kadar götürürsek hiç de yanılmış olmayız. Ruh tababeti bu tarihî gelişimi içinde çeşitli devrelerdeki düşünce biçimleri, felsefî, sosyal, hattâ iktisadî doktrin ve görüşler, politik akımlar, âdet ve an'aneler, geleneklerle sıkı sıkıya bağlılık ve paralelizm göstermiştir. Meselâ **Freud**, psikanaliz ve bunun gerek teorik, gerekse uygulamalı yanları bugün batıda derinlemesine ele alınır ve birçok Psikiyatri kliniklerinde psikanaliz âdeta «tek tedâvi metodu» olarak kabul edilir, bu konuda cilt cilt kitaplar yayınlanırken, **A. Portnov** ve **D. Fedotov**'un 1969 yılında Moskova'da yayınladıkları «PSYCHIATRY» isimli kitapta Freud okulu sadece 5 satır ve iki cümle ile zikredilmekte, «psikanaliz yanlış teorik esaslardan hareket ettiği için tatbikatta herhangi bir sonuç alınamaması tabiîdir» diye bir cümlede bütün Freud doktrini reddedilmektedir. Buna karşılık; her çeşit organik görüşü ve ilâç tedâvisini reddeden ve hattâ birtakım enfeksiyon hastalıklarında bile analitik tedâvilerden fayda uman mutaassıp Freud'culara da, nörofizyoloji'nin ve nörofarmakoloji'nin bugünkü büyük gelişimi karşısında, hâlâ rastlamak insanı en az **Freud**'u iki cümle ile, tartışmasız reddedenler kadar şaşırtmaktadır. Görülüyor ki, psikiyatri, ilmî ve fikrî taassubun kolaylıkla filizlenebildiği bir saha olmuş, tıpkı Fransız ihtilâlinde «hürriyet uğruna» binlerce baş kesildiği gibi, orta çağlarda «ruh selâmeti» veya «ruhî tedâvi» uğruna nice insanlar Engizisyon mahkemelerince «içinde şeytan vardır» diye meydanlarda diri diri yakılmıştır. Bu kargaşalık arasında psikiyatrinin bir ilim haysiyetini kazanması ve akıl hastalarının birer «hasta insan» muamelesi görmeye başlamaları tarih bakımından pek yenidir.

Akıl hekimliğine «Psikiyatri» (Psychiatria) ismi ancak 19 uncu

yüzyılda verilmiştir. Psikiyatride gerçek anlamiyle ilâçla tedâvinin tarihi ise, bu satırların yazarının asistanlık yıllarına, 1952'lere rastlar.

Eski Yunanca «psyche» kelimesi nefes, hayat, ruh manâlarını ifâde etmekte ve beden'in karşıtı olarak kullanılmakta idi. Mitolojide Psyche evvelâ ölümlü bir insan olarak doğar, fakat sonradan kendisine ölümsüzlük bağışlanır ve Eros ile evlenir. Eros aşk tanrıçasıdır. Bu hikâye, «ruh» ve «aşk» arasındaki bağlılığı da ifade etmesi bakımından çok ilgi çekicidir.

İnsanoğlu daima ruh hastalıklarından, ruh hastalarından korkmuş, bu hastalıkların birtakım tabiat üstü kuvvetlerin etkisiyle meydana geldiğini düşünmüştür. Bununla beraber, eski medeniyetlerde ruh hastalarına tamamen farklı muamele yapıldığını ve gerçek tıbbî düşünüşün bu sahaha da hâkim olduğunu görmek mümkündür. Meselâ, eski Yunan'da akıl hastaları banyolar, müzik, beden hareketleri, kan alma ve hattâ birtakım ilâçlarla tedâvi edilmekte, güzel bahçelerle çevrili binalarda oturtulmakta idiler. **Hipokrat** (M.Ö. 460-337) ruh hastalıklarının, diğer hastalıklar gibi, birer tabiî sebepten meydana geldiğini söylemiş, mani, melankoli, bunama gibi tabloları tarif etmiş, epilepsinin beyinle ilgisi üzerinde durmuş, insan mizaçlarını sınıflara ayırmıştır. Böylece, **Hipokrat** ile başlayıp, M.S. 200 yıllarında ölen **Galen**'e kadar devam eden dönem içinde ruh hastaları bir dereceye kadar insancıl muamelelere lâyık görülmüşlerdir. Roma İmparatorluğunun yıkılması ve klâsik medeniyetin çöküşü ile Batının üstünü kaplayan karanlık elbette ve özellikle ruh tababetini de içine almış, Engizisyon ile ifâdesini bulan ve sembolleşen zulüm devri ruh hastalarını, yukarıda da belirttiğimiz gibi, «cinlerle karışmıştır» diye meydanlarda diri diri yaktırmıştır.

Akıl hastalarının birer «hasta insan» olarak kabul edilmeleri ve gerçek anlamda tedâvilere lâyık görülmelerinin şerefi Türklere aittir dersek hiç de ileri gitmiş olmayız. Büyük Türk hekimi **İbni Sina** (980 - 1037) delilere merhametle muamele edilmesini ve insanca bakılmasını tavsiye ediyordu. **İbni Sina** spiritüalis görüşe sahipti. Ona göre ruh manevî bir cevherden ibaret olup, herhangi bir objektif varlığı yoktu. Bedenin bütün mekanizmalarını işleten ruh bedenden ayrılırsa bedenin canlılık niteliği kaybolur. Gene **İbni Sina**, beyinle hisler ve hareketler arasındaki bağlantıların sinirler aracılığı ile sağlandığını da bilmekte idi.

Birçok akıl hastalığını, ruhî bozukluğu, kendine göre bir çeşit «analitik» metodla inceleyen **İbni Sina**, nabzını eline aldığı hastasının karşısında çeşitli memleket, mahalle ve şahıs isimlerini söylerken nabızdaki pek ince değişiklikleri tesbit eder ve hastalığın sebebini bulmaya çalışırdı.

Kur'ân-ı Kerîm'in Nisa Sûresinin 5 inci âyetinde: «Allah'ın sizi koruyucu kılmış olduğu mallarınızı akılsızlara vermeyin, kendilerini bunların geliriyle rızıklandırıp giydirin ve onlara güzel sözler söyleyin» buyurulmaktadır. Gerek bu açık dinî hüküm ve emir ve gerekse birtakım tasavvufî fikirlerin de tesiri altında kalınarak Müslüman Türklerde «deli» yardım edilmesi, hattâ diğer şahıslardan çok daha fazla korunup kollanılması gereken şahıslar olarak kabul ediliyordu. Birçok yerlerde ortalıkta dolaşan ve etrafına zarar vermeyen akıl hastalarına «veli» bile denilmiş, ölümlerinden sonra da rahmetle anılmışlardır. Bunların tipik bir örneği «Pazarola Hasan Bey» dir. Hidrosefal, kocaman kafasına sardığı ve üzerinde «Maşallah» yazılı sarığı, çocuksu halleri ve sevimli, sempatik davranışları ile zamanın çarşı esnafının maskotu olmuş, kimin dükkânına sabah gelir de «pazarola esnafbaşı» derse o gün o dükkânın alışverişinin iyi olacağı, bereket getireceğine inanılmış; sabah dükkânlar açılırken Hasan Bey uğrasın diye kendisini memnun edecek hediyeler hazırlanırmış. Merhum karikatürist **Cemal Nâdir**, Pazarola Hasan Bey tipini Cumhuriyet devrinde tekrar canlandırmış, çizgileri ile koca kafalı fakat bu sefer melon şapkalı ve siyasî nükteler yapan bir Pazarola Hasan Bey, yıllarca gazetelerde sevilip aranan bir tip olmuştu.

Anadolu'da, daha orta çağlarda, Selçuklular devrinde, akıl hastalıklarının tedâvisi ile uğraşan hastahane-köy'lerin varlığı bilinmektedir. Birer dinî ve sosyal kuruluş olarak ortaya çıkan tekkelerin de bu konuda büyük hizmetleri olmuştur. Akıl hastalarını tedâvi eden tekke şeyhleri, hattâ bu işi kendilerine nesiller boyunca vazife edinmiş aileler mevcuttu. Bu konuda büyük araştırmaları olan değerli fikir adamımız, Afyon Lisesi Fransızca Öğretmeni, merhum **Edib Âli Bakı Bey**'in 1947'de yayınlanan bir yazısında anlatıldığı gibi, bu şeyhler arasında **Karacaahmed** özel bir yer işgal etmektedir. Onun adına,

Karacaahmed ulu Velî
Akıllanır gelen deli

diye başlayan ilâhîler bile yazılmış, Anadolu'nun birçok köy, kasaba ve şehirlerinde namına tekkeler kurulmuştu. Bu tekkelerde, —sanki orada medfun imiş gibi— birer de sembolik kabir bulunurdu. Buralarda ocaktan yetişme kimseler şeyhlik ederdi. **Karacaahmed**'in kurduğu bu ocaklar Anadolu'nun her tarafında yedi asır kadar yaşamıştır. Bu hastahane-köy'lerde Aesculapion sıhhat mâbedlerinden gelen bir takım an'anelerin izlerine de rastlamak kabildir. Hasta bu köylerden birine bağlı olarak getirilir ve ancak ajite hastalar tedâvi

için kabul edilirmiş. Bunaklar ve epileptikler bu müesseselerde tedâviye alınmazlarmış. Gelen hasta **Karacaahmed** evlâtlarından birinin evine indirilir, geceyi karanlıkta ve geniş kubbeli bir yerde geçirir, sabah ise nöbetçi tedâvicinin evine götürülerek istirahat ettirilirmiş. Tedâvi kürü hasta iyileşinceye kadar devam edermiş. Tedâvi sırasında sadece tuzsuz ekmek ve sebze yedirilir, et ve ağır yemekler verilmezmiş. **Karacaahmed**'in vaktiyle üzerinde oturup dinlendiği rivâyet edilen yumuşak bir kayanın parçaları ince toz halinde dövülür, «Cüher» adını verdikleri bu toz bir bardak suyun içine atılır, süzülür ve o su ilâç olarak içirilirmiş.

Tedâvi edilen hastadan bu iş için hiçbir ücret alınmaz, Devlet de buna karşılık bu işle meşgul olanları her türlü vergiden muaf tutarmış.

İstanbul'un selâtin camileri zamanın sosyal teşkilâtının büyük örneğidir. Camiin yanında daima fakir ve âcizleri beslemeğe mahsus aşhaneler inşa edilir, buradan her fakir çorbasını ve yemeğini alırmış. Bugün İstanbul Üniversitesi Matematik Araştırma Enstitüsünün bulunduğu Saraçhane'deki tarih medresenin halka yemek dağıtılan aşhanesinde çok ilgi çekici bir özellik vardır: Yemeğin dağıtıldığı pencere gerek yemek alanın ve gerekse dağıtanın birbirini göremiyecekleri şekilde yapılmış, bu suretle aşçının tanıdıklarına daha fazla yiyecek vermesi, adaletsizlik yapması önlenmiştir. Gene Camilerin yanında medrese çömezlerini, taşradan okumaya gelen öğrencileri barındıran odaları da varmış. İşte bu müesseselerin birçoğu birer de «bîmarhane» ihtiva etmekte idi. Camilere bağlı bu bîmarhane ve şifahaneler vücut hastalıklardan çok ruh hastalıkları için kurulmuş hastahane veya dispanser tipinde yerlerdi. Bu bîmarhanelerin gelir kaynağının mühim bir kısmını zenginlerin yaptıkları vakıflar teşkil ederdi. Uzun zaman İstanbul'un akıl hastahanesi olan Toptaşı Bîmarhanesinin vakfiyeleri arasında hastaların çorbalarına maydanoz yetiştirmek için bahçe, üzümle beslenmeleri için bağlar bile bulunduğunu **Mazhar Osman Uzman** kaydetmektedir.

Toptaşı Bîmarhanesinin bir zamanlar baş hekimliğini yapmış olan **Mongéri Père,** Annales Mèdico - Psychologiques'de şunları yazmaktadır:

«Eğer bir milletin medeniyeti halkın ıstıraplarına karşı hükümetinin ilgisi ve hayır müesseselerinin çokluğuyla ölçülürse denilebilir ki İstanbul, Avrupalılardan üç asır önce bu medeniyetin başında bulunuyordu. Çünkü, hastahaneler, fakir, düşkün evleri, nekahat müesseseleri, müzmin ve şifası kabil olmayan hastalıklar için darül-

acezeler, mecnun yurtları o kadar mükemmel, o kadar azametli ve hayret edilecek tarzda yapılmıştır.»

Osmanlılar zamanında Edirne'de ilk bîmarhanenin Sultan II. Bayezid Camiinde açıldığı biliniyor. Ondan evvel Bursa'da da ufak bir bîmarhane var imiş. Sultan Bayezid Bîmarhanesi birinci dünya savaşının başına, 1915 yılına kadar muhafaza edilebilmiş. Son zamanında 40 kadar akıl hastasını barındıran bu müessese Tunca nehri kenarında ve medrese tipinde bir binadan ibaretmiş. 1915 yılında Sıhhiye Müdüriyeti Hey'et-i Teftişiye Reisi **Dr. Tevfik Rüştü Aras, Mazhar Osman Uzman**'ı buraya göndererek bu müesseseyi, artık günün icaplarına cevap veremeyen bu eski bîmarhaneyi tasfiye ettirir. Son 40 hasta (bunlardan beşi kadın imiş) Kıyık'daki Fransız Hastahanesine nakledilirler ve başlarına **Dr. Rüştü Recep** ve **Nevzat Eşref Bey**'ler hekim olarak tâyin edilirler. Daha sonra, mütareke yıllarında, Edirne'deki akıl hastalarının hepsi İstanbul'a nakledilmişlerdir.

İstanbul'un fethinden sonra **Fatih Sultan Mehmed,** Hicrî 875 senesinde «Bîmarhane-i Ebulfeth Sultan Mehmed» ünvanlı bir bîmarhane yaptırmıştır. **Evliya Çelebi**'nin yazdığına göre bu hastahanede 70 oda, 80 kubbe, 200 hastabakıcı ve bir başhekim varmış. Yataklar ceviz ağacındanmış. Hastaların mükemmel çarşafları ve ipek gömlekleri bulunurmuş. Hanendeler, sazendeler onları eğlendirir, hastalar sülün ve bıldırcın gibi av etleri ile beslenirlermiş. Bu müesseseyi 1842 yılında **Moreau de Tours** ziyaret etmiş, **Esquirol** ise burayı akıl hastahaneleri için ancak bir mefkûre, bir ideal olarak tasavvur edebileceğini söylemiştir.

İstanbul'da ikinci bîmarhane Hicrî 936 senesinde inşa edilen Haseki Sultan'dır. Bu bîmarhane, bugünkü Haseki Hastahanesinin biraz ilerisindeki medrese binasına yerleşmiş idi. Sonra senelerce boş kalan bu bina ikinci meşrutiyetten sonra Toptaşı Bîmarhanesi Müdürü **Avni Bey**'in gayretleriyle tekrar ve müşahedehane olarak açılmıştır. Bugün Haseki Hastahanesinin bir kısım polikliniklerini barındırmaktadır. 1914 yılında, müstakil bir hastahane olarak, bu müessesenin ilk Baştabibi **Mazhar Osman Hoca**'mız olmuştur. Kendisi hâtıratında şöyle yazıyor: «Oraya ilk tâyin edilen mütehassıs ve sertabip bendim. **Yuvanaki** namındaki bir dahiliye hekimi hastalara bakıyordu. Tıbbiyenin staj talebesinden **Selâhattin** ve **Eyüp Hikmet** namındaki iki genci yanıma aldım. Müşahedehanede bulunan hastaların miktarı ikiyüz elli idi. Üsküdar Bîmarhanesinde yer açıldıkça buraya bildirilir, buraya hasta gönderilir, dışardan gelen hastalar hâd zamanlarını bu müşahedehanede geçirirlerdi. Umumi harp açılınca Şişli Fransız Hastahanesi hükûmet tarafından işgal edilmiş.

Haseki Müşahedehanesindeki ikiyüz elli deli geceleyin Taşkasap'ta tramvaylara bindirilerek sessizce Şişli'ye nakledilmişti...»

Üçüncü bîmarhane, 963 senesinde inşa edilen «Bîmarhane-i Sultan Süleyman» dır. Burası, meşhur kolera salgınına kadar akıl hastahanesi olarak kullanılmış, kolera salgını üzerine hastalar bir gece araba vapuru ile Üsküdar'a nakledilmiştir.

Dördüncü bîmarhane, Hicrî 991 senesinde inşa edilen ve «Bîmarhane-i Valide-i Atik» ismiyle maruf, Toptaşı Bîmarhanesi'dir. Burayı, **İkinci Sultan Süleyman**'ın zevcesi ve **Üçüncü Murad**'ın validesi **Nurbânu Sultan** yaptırmıştır. Meşrutiyete kadar her gün kazanı kaynar, fıkaraya çorba ve fodla dağıtılır, haftada bir defa, perşembe günleri pilâv ve zerde verilirmiş. Muharremlerde aşure pişermiş. Aynı zamanda bir ilim müessesesi olan bu bîmarhanede Dârülhadîs ve Meva-i Muhaddisîn kısımları bulunurmuş. Toptaşı'nın ilk başhekimi, yukarıda sözünü ettiğimiz İtalyan **Mongéri Père**, son baştabibi de **Mazhar Osman Uzman**'dır. Birinci dünya harbi sırasında Şişli Fransız Hastahanesi'nin (bugünkü La Paix Hastahanesi) hükûmetçe elkonularak kapatılması üzerine oradaki üçyüz hasta Toptaşı'na nakledilince hastahanedeki sıkışıklık, izdiham son haddini bulur. Birçok şöhretli ruh hekimi ve hocamızı (bu arada **İhsan Şükrü Aksel** ve **Fahrettin Kerim Gökay**'ı) yetiştiren, **Kastro, Avni Bey, Mustafa Hayrullah Bey** gibi başhekim ve idarecilerin vazife gördüğü Toptaşı Bîmarhanesi ve Zeynep Kâmil Hastahanesi, bir Psikiyatri müessesesi olarak ihtiyaca cevap veremez hale gelmişti. Cumhuriyetin ilânı ve İstanbul'un kurtarılmasından sonra, **Mazhar Osman Uzman**'ın teklifi ile, **Tevfik Rüştü Aras**'ın Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı zamanında, Atatürk'ün başkanlığında toplanan Bakanlar Kurulu Bakırköy'deki Reşadiye Kışlası'nı İstanbul Akıl ve Sinir Hastalıkları Hastahanesi olarak tahsis ediyordu. Böylece hastalar 15 Haziran 1927 tarihinde Bakırköy'e nakledilmişlerdir. Harap Reşadiye kışlalarından bugünkü Bakırköy Akıl ve Sinir Hastalıkları Hastahanesinin meydana gelmesinde himmeti geçen ve hemen hemen hepsini bu satırların yazarının şahsen tanımak zevk ve şerefine erdiği **Mazhar Osman, Fahrettin Kerim Gökay, Ahmet Şükrü Emed, Şükrü Hazım Tiner, Neşet Halil Öztan** ve daha niceleri ile bu müessesenin modernleştirilmesine ve akıl hastalıklarında rehabilitasyon ve meşguliyetle tedâvi metodunun gerçekleştirilmesine sebep olan eski Baştabip **Dr. Faruk Bayülkem**'i Türk Psikiyatrisi her zaman saygı ile anacaktır.

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği de 1954 senesine kadar, bugün içinde 4.000 civarında hastası bulunan bu mü-

essesenin 30 uncu servisinde faaliyet göstermiştir. O zaman 40 yatağı ve iki lâboratuvarı ile öğretim görevini senelerce ifa eden bu klinik 1954 senesinde, **Ord. Prof. Dr. İlhan Şükrü Aksel**'in Tıp Fakültesi Dekanlığı ve Psikiyatri Kliniği Direktörlüğü zamanında yapılan Çapa'daki yeni binasına nakledildi.

1963 senesinde İstanbul Tıp Fakültesinde bir reorganizasyon yapılmış, Cerrahpaşa'da bir Psikiyatri Kliniği kurulmuştur. Bu Kliniği o tarihte doçent olan bu kitabın yazarı ve iki asistan arkadaşı **(Adnan Ziyalar** ve **Oğuz Arkonaç)** kurmuşlardır. Cerrahpaşa Kliniğinin kuruluşu sırasında bizlere tanınan şartlar Bakırköy Hastahanesinin kuruluşu sırasındaki şartlardan çok daha ağır ve yetersizdi. Onların hiç değilse yerleri vardı. Bize bir yer tahsis edilmediği gibi, bir kürsü olarak hükmî şahsiyetimiz de yoktu, Nöro-psikiyatri Kürsüsü içinde bir —yersiz ve yataksız— seksiyon'dan ibarettik. O zaman temin edebildiğimiz ve aslında Çocuk Kliniğinin asistan odaları olan bölüme 20 yatak sığdırabildik. Hepsini hürmet ve şükranla andığımız birçok hayırsever bize yardım etti, teberruları ile Kliniğimizi destekledi. Bu suretle Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Kürsüsü, yataklı bölümü, Psikoloji ve Elektroansefalografi Lâboratuarları ve (Genel Psikiyatri, Psikosomatik hekimlik ve psikonevrozlar, Alkolizma ve iptilâlar olmak üzere) üç seksiyonu ile öğretim, eğitim ve halk sağlığı hizmetlerini ifa etti. Memleketimizde Klinik Psikoloji dalında doktora öğretimi de ilk defa Cerrahpaşa Psikiyatri Kürsüsü tarafından gerçekleştirilmiştir. Diğer taraftan, Biyofizik dersleri meyanında Tıbbî Sibernetik konuları tarafımızdan tedris edilmektedir.

Bugün Türkiye'de çeşitli Üniversitelerin Psikiyatri Klinikleri, Gülhane Askerî Hastahanesi, Devlet Hastahaneleri ve Sosyal Sigortalar Kurumu Hastahanelerinin Psikiyatri Servisleri öğretim, eğitim ve sağlık hizmetlerini ifa etmekte, her gün artan ruh hekimi ihtiyacını karşılamaya çalışmaktadır.

Psikiyatri, insanın davranış ve uyum bozukluklarını inceleyen bir bilim dalı olması dolayısiyle bugün hastahane duvarlarını ve poliklinik, dispanser sınırlarını çoktan aşmış ve günlük sosyal hayatın içine girmiş bulunmaktadır. Bu şekilde psikiyatri, bir taraftan bir tıp dalı hüviyetini korumakla beraber, diğer taraftan da sosyal ve beşerî ilimler arasında yer almış oluyor. Bu görüş açısından Psikiyatri, «emosyonel hastalıklar ve sosyal davranışların orijini, teşhisi ve tedâvisi, bunlardan korunma çareleri ile uğraşan bir tıp dalı»dır. Ayrıca, psikiyatrinin konuları içine zekâ gerilikleri, fizik hastalıklardan olma ruhî bozukluklar, akıl hastahanelerinin idaresi ve akıl hastalarına ait adlî tıp problemleri de girer.

Türk psikiyatrisinin tarih içindeki gelişmesi gözden geçirilirken yazarlarımızın, şairlerimizin ve edebiyatçılarımızın da bu konu ile ilgisini unutmamak gerekir. Folklorumuz, fıkra ve mizah edebiyatımız sayısız örneklerle doludur. Bu arada **Mazhar Osman Hoca**'mızın da mümtaz bir yeri vardır. Hoca, dünyada pek az insana nasip olacak bir şöhret kazanmış, ismi memleketimizin dört bucağına yayılmış ve âdetâ bir fıkra kahramanı haline gelmiştir.

19 uncu yüzyıl şairlerimizden **Yenişehirli Avni Bey**'in (asıl ismi Hüseyin'dir) Mir'atı Cünun (Deliler Aynası) isimli manzum eseri, bir şair ve edebiyatçı gözü ile ve o günün telâkkileri çerçevesinde çeşitli akıl hastalıklarını ve mizaç değişikliklerini anlatması bakımından son derece ilgi çekici ve değerlidir.

Eserine,

Habbezâ nâme-i ibret-bahşâ
Nâm-ı pâkizesi Mir'atı Cünun
Sanma ey hâce fesâhattir bu
Âb-ı Hayvân gibi zulmât içre
Söyleşip nice bir dîvane ile
Vaktin i'cabına tatbîk ettim
Tâ kabûl ide havâs ile avam
Bir aceb âyinedir ma'nâda
Sûretâ cümlesı mâ-lâ-ya'nî
Müstecmi'dir burada bi'l-ıtlâk
Tâm 'akil olamaz 'akiller
Ne sanırsın acabâ ey hüşyâr

Görmedi mislini çeşm-i ukalâ
Rû-nümâ anda temâsîl-i fünun
Nev'-i eşrâra nasîhatdir bu
Rûh var bu hezeliyyât içre
Yazdım üslûb-u hakîmâne ile
Sûret-i hâl ile tevfîk ettim
Verdim üslûb-u gibre üzre nizâm
Gösterir resmini her üstâda
Vardır ammâ nice rengîn ma'ni
Sû'-i ahlâk ile hüsn-i ahlâk
Almayınca deliden uslu haber
Hezeyanın da hakîmânesi var

mısraları ile başlayan **Yenişehirli Avni Bey** çeşitli patolojik mizaç değişikliklerini ayrı ayrı bölümlerde ele almıştır. Meselâ, «Nasihat Delisi» bölümünde herkese akıl vermeye çalışan, kendini beğenmiş, kibirli tipler şöyle tasvir edilir:

Var idi bir de nasîhat delisi
Ağlamış çehreli sofî-i gazûb
Bir kucak torba sakal tâ-be-miyân
Vefk mecmûaları koynunda
Câhil ol rütbede nâdan budala
Sa'ysız tâ bu kadar cehl olmaz

Va'z divânesi gayret delisi
Bir gülünç yüzlü mürâî-i kezûb
Semeri eğri burun tâ-be-tavan
Nusha cüzdanı dahi boynunda
Ki demiş hakkında bâzı zürefâ
Cehlin ol mertebesi sehl olmaz

Kendi cehline bakmayıp herkese akıl veren bu tiplere günlük hayatımızda daima rastlarız. Bunların cehaletini **Yenişehirli Avni Bey** o derece üstün buluyor ki, bunun ancak büyük bir gayret ve çalışma ile elde edilebileceğini ifade ediyor.

«Şecî» bölümünde paranoid ve celâlli psikopatlar ne güzel anlatılır:

Var idi bir de şecâ'at delisi — *Cenk dîvânesi kuvvet delisi*
Daha kundakta iken çatlayacak — *Tüfek isterdi atıp patlayacak*
O cefâlar kılıcı gaddâra — *Ser-fürû etti nice bîçâre*

....

Kaldırım dayısı baş rüsvâsı — *Gâhice san'atı taş gavgâsı*
Dil verip fâlyaci bir oğlana — *Fitili almış idi dîvâne*
Hezeyânı da şeçi'âne idi — *Hâsılı tuğralı dîvâne idi*
Der idi Rüstemiyim devrânın — *Ak daniskasıyım zorbanın*

Önüne gelene ilâç tavsiye edenleri «Tabîb» bölümünde ele alır:

Var idi bir de tabâbet delisi — *Hasta derdi ile illet delisi*
Bulduğu hastayı fasd eyler idi — *Kanların dökmeğe kasd eyler idi*
Kan kusardı dil-i âvâreleri — *Fitili almış idi yâreleri*
İnkıbâz olsa biri ol düşman — *İhtikan eyler idi ağzından*
Dişe vaz' eyler idi çeşm-zeni — *Gözde kullanmış idi kerpeteni*
Artırırdı marazın illetini — *Kimse fehm eylemedi hikmetini*

....

Hapı yutturdu nice bî-mâra — *Öldü destinde nice bîçâre*
O da bir derde giriftâr oldu — *Maraz-ı cinnete dûçâr oldu*
Müşted oldukça teb ü tâb-ı cünûn — *Hezeyan eyler idi gûn-â-gûn*
Ettiler âlemi cümle yağma — *Ben açıkdan soğuk aldım ammâ*
Ayağı pür olıcak âbileden — *Şişe çektirmiş idim sâgara ben*
Yokladım nabz-ı dil-i nâ-şâdı — *Görmedim âfiyet isti'dadı*

«Anîd» başlığı altında inatçı tipler takdim edilir:

Müte'annid o kadar şahs-ı 'anîd — *Ki eder hâlini şeytan taklîd*
Gökten indirsen eğer İsâyı — *Zinde etsen faraza Mûsayı*
Gökte hurşîd-i münîri münkir — *İ'tikadında inâdında musırr*
İttifak eylese esnâf-ı ümem — *Mütehâlif görünür onlara hem*

«Gökte ışık saçan güneşi inkâr eder de kendi inançlarından asla dönmez» sözleri kadar bu körü körüne inatçı tipleri tasvir eden başka bir misal zor bulunur. Kıskançlar için «Hasûd» bölümünde,

Biri kâr eylese Hindistanda *Bu zarar-dîde olur Sudanda*
İstemez emn ü emân olduğunu *Göremez kimsede can olduğunu*
Zâlimin gelse elinden farazâ *Nev'-i insânı ederdi ifnâ*

demektedir.

Mazhar Osman Hoca bir derse, peygamberlik iddia eden iki paranoia vak'ası çıkarmıştı. Birisinin hezeyanlarını dinledikten sonra diğerine,

«— Ne dersin? Bak o da Peygamber olduğunu söylüyor, hanginiz haklısınız?» diye sordu. Hastanın cevabı:

«— Bakmayın efendim, o deli...»

Yenişehirli Avni Bey de şöyle diyor:

Âkil isen deme Mecnûna deli *Yoklasan her biri bir gûne deli*
Her cihetten görünür bir mecnûn *Her biri bir mey ile mest-i cünûn*
Beste her gûşede bir dîvâne *Kimi bülbül kimi de pervâne*
Kimi Mecnûn gibi Leylâ delisi *Kimi Vâmık gibi 'Azrâ delisi*
Kimi Ferhâd gibi dağ delisi *Kimi Şeddâd gibi bağ delisi*

***

Avrupa'da modern psikiyatri telâkkisi ve akıl hastalarının insan muamelesi görmesi Fransa'da **Pinel** ve **Esquirol** ile başlar. Bicêtre Hastahanesinde çalışan **Pinel**, 1792'de akıl hastalarının zincirlerini çözmekle büyük bir inkılâp yapmıştır. Salpêtrière'de **Esquirol** (1810), **Pinel**'in fikirlerini yürütmüştür.

19. yüzyılın ikinci yarısında psikiyatri büyük ilerlemeler gösterir. İlk defa **Emil Kraepelin** (1856-1928) akıl hastalıklarının sistematik sınıflandırmasını başarmıştır. **Kraepelin**'e göre akıl hastalıkları beynin, çoğunlukla herediteye bağlı olan, organik bozukluklarının gösterilerinden ibarettir. **Kraepelin** tarafından akıl hastalıklarının belirtileri dikkatle gözden geçirilmiş ve psikozlar başlıca iki büyük grup içinde toplanmıştır: dementia praecox ve manik-depressif psikoz. Böylelikle «deskriptiv» denen psikiyatrinin temeli atılmış bulunuyordu. Bu psikiyatri okulunda psikopatolojinin geliştiği processus üzerinde durulmamıştır.

Wernicke ve **Alzheimer**'in beyin histolojisi araştırmalarından sonra akıl hastalıkları arasında organik lezyonu tesbit edilemiyen bir «fonksiyonel grup» ayırd edilmiştir.

Dinamik psikiyatriyi geliştiren ve bizzat psikiyatrinin teorik, ilmî ve hattâ sosyal ilerlemesini sağlayan **Sigmund Freud**'dur. **Freud**'un çalışmaları sonucu şuur altı'nın mânası, yapısı ve patogenetik önemi ortaya konmuştur. Freud psikanalizi esas itibariyle psikonevrozlarla meşgul olur. Psikonevrozlar kişinin psiko-seksüel gelişmesi sırasındaki bir trauma ile, şuur altının kompleks muhtevasıyla ilgilidir. Kompleksler bir savunma mekanizmasını harekete getirerek semptomların ortaya çıkmasına sebep olurlar. Psikanalize karşı yöneltilen tenkitler ise şöyle toplanabilir:

a) Normal ruhî faaliyetin açıklanması hemen tamamen psikopatolojik modellere dayandırılmaktadır.

b) Seksüel aktivite psişik faaliyetin «primum movens» i olarak ele alınmış ve gerektiğinden fazla üstünde durulmuştur.

c) Çocukluk çağındaki seksüel traumalar tek etyopatogenetik faktör olarak gösterilmiştir.

Psikanaliz yeni bir tutum, bir davranış şekli getirdiği, semptomların motivasyonunu araştırdığı için psikiyatrinin psikolojik yönünün en önemli gelişmesini teşkil eder. Psikanaliz psikiyatriye yeni bir boyut, şuur altı kavramı getirmiş, çocukluk hayatının psikopatolojisi üzerinde durmuş ve emosyonların analizi metodlarını ortaya koymuştur.

Bu fikirler **Freud**'u takibedenler tarafından yeniden ele alınmış ve başka izah şekillerine gidilmiştir.

Adler, seksüel instinktin önemini kabul etmez ve onun yerine şuur altı hayatının motivasyon faktörü olarak üstün olma arzusunu ve aşağılık kompleksinden doğan kompansasyon mekanizmalarını ileri sürer. **Jung,** libido fikrini tek bir vital enerji şeklinde geliştirmiş, kollektiv alt şuuru tarif etmiş, introvert ve ekstrovert kavramlarını getirmiştir.

Dinamik psikiyatrinin aksiyon alanı daha sonra **Caren Horney** tarafından genişletilmiştir. **Horney,** nörotik çatışmaların meydana gelmesinde en büyük önemi sosyal ve kültürel ihtiyaçlara atfetmektedir. **Sullivan,** analitik okulun en geniş terimleri ile insanın ana ihtiyaçları bakımından gelişimini izah etmiştir. Bu ihtiyaçlar güven ve tatmindir.

Hastanın kendisini ifade tarzına da büyük önem verilmiştir. Mimikler, konuşma ve davranış, davranışçı psikolojinin, daha sonra da **Pavlov** ile şartlı reflekslerin ışığı altında yeniden ele alınmıştır. 20.

yüzyılın başlarında bir taraftan Zürich'de **Eugen Bleuler** (1857 - 1939), diğer taraftan da Amerika'da **Adolf Meyer** (1866 - 1945) psikobiyoloji okulunu kurmuşlardır. Bunların görüşleri şu üç esasa dayanır: (1) Vücut ve ruh birbirinden ayrılmayan bir bütün teşkil ederler; (2) Her akıl hastalığının sebebinde psikolojik ve biyolojik kombinasyonlar beraberce bulunur; (3) Hasta insan bir bütündür. **Jackson**'un seviye telâkkisi ve **Sherrington** tarafından geliştirilen eksite edilebilen korteksin etüdü, dolayısiyle integrasyon fikirleri psikobiyolojiye büyük katkıda bulunmuştur.

Husserl'in fenomenoloji doktrini ve **Heidegger**'in eksistansiyalist felsefesi ile yeni bir hareket daha doğmuştur. **Minskowski, Binswanger** ve **von Gebsattel**'in eksistansiyel antropolojik hareketi. Bu teoriyi takiben psikiyatrın hastanın dünyasına yaklaşması insan yaşantısının (expérience vécu) bir bütün olduğunun ve elementlerine parçalanamayacağının önceden farzedilmesine ve bunun orjinal bir «dünya içinde var olma hali» olduğuna (**Binswanger**'in Dasein'ı) dayanır. Hastanın Umwelt (tabiat ve eşyalar dünyası) Mitwelt (sosyal dünya) ve nihayet Eigenwelt (şahsi dünya)'ya göre sitüasyonu analiz edilir.

İnsan psikolojisinin ve davranış dinamiğinin çeşitli cephelerinin derinleştirilmesi sayesinde dikkat iki büyük hastalık grubu üzerine çevrilmiştir: psikozlar, özellikle şizofreni ve psikonevrozlar.

Psikozlarda şahsiyetin bir bozukluğu, psikonevrozlarda ise şahsiyette kısmî bir değişmenin var olduğu kabul edilmektedir. Şizofrende realitenin konkre ve abstre şeması bozulmuş olup, realiteye normallerden farklı bir biçimde bakılmaktadır. Bu hal neolojik ve paleolojik verbal mesajlar halinde dışarıya yansıtılır ve hasta garip, yabancı, ateleolojik bir davranış içinde bulunur. Nörotikde ise realite sadece kantitatif olarak bozulmuştur. Nörotiğin davranışı daima bir savunma mekanizmasının ifadesinden ibarettir. Bunun bir gösterisi olarak da konuşmaları çok uzun, bir türlü sonuca varamayan, «hiperbolik» vasıf kazanır. Nörotiklerin, bugün psikiyatrın en çok dikkatini çeken semptomları sıkıntı, depression ve obsessionlardır.

Sıkıntının patogenezinin ve anlamının etüdü bugün, yukarda sıraladığımız çeşitli akım ve görüşlere uygun olarak yapılmaktadır. Psikoanalitik primer seksüel trauma kavramı bugün artık kesin ve belirleyici (determinan) önemini kaybetmiş olup, diğer faktörler de dikkate alınmaktadır.

Kierkegaard'ın fikirlerinden birini ele alan **Mowrer** böylece, sıkıntıya sebep olan çatışmaların esas itibariyle ahlâkî mahiyette ol-

duğunu ileri sürmektedir. Bu çatışmalardan sosyal nizam korkusu ve suçluluk hissi doğar. Şahıs, aziz bildiği, sevdiği ve inandığı sosyal gruplar ve şahıslar tarafından tasvip edilmemekten ve onların sevgisini kaybetmekten korkar.

Bir emosyonel yaşantı olan depression çeşitli şekillerde analiz edilmiş ve hastanın vazgeçilemez addettiği bir şahıs veya eşya ile ilgisinin kesilmesine bağlanmıştır. Bu, bir sevgi objesinin, aile fertlerinden birinin kaybı veya kendisine güven veren bir ortamdan zorla ayrılma olabilir. Şahsın alıştığı, onun için özel sembolik değeri olan insan ve eşyalara başvurma imkânının kaybı, evvelâ otonominin azalması hissine sebep olur. Bu his ıstırap vericidir, Bu ıstırap şahıs tarafından kendi zatî talihsizliği olarak mütalea edilir. Bundan kaçmak için inkâr reaksiyonu ve inhibisyon hali gelişir. Bir sosyal değerler kaynağı ile çelişmeye düşmek, meselâ başkasının hakkına veya ahlâkî değerlere tecavüz, moral normların ihlâli, eksistansiyel analiz tarafından depression halinin sebebi olarak gösterilmektedir.

Günümüzün psikiyatrisi psikonevrozların tedâvisinde çeşitli psikoterapi şekillerine büyük önem vermiştir. Meselâ fobilerde olduğu gibi, psikonörotik semptomun orijini ve onun sembolik yapısı hem muayene anında semiyolojik analizi ve hem de şahsın hayatının bütününün kritik tetkikini icabettirir. O halde, modern psikiyatrinin psikolojik yönünün esası, hastaya tam bir serbestlik içinde çok geniş bir zaman ayırmayı gerektirmektedir.

***

Geçen yüzyılın başlarında **Bayle**'in, paralizi jeneralin anatomopatolojik değişikliklerini göstermesi bazı akıl hastalıklarında birtakım spesifik organik bozuklukların olabileceği fikrini ortaya koymuştur. Bu suretle, bir taraftan nöro-histoloji ve patoloji, diğer taraftan nörofizyoloji çalışmaları ilerlerken modern psikiyatrinin patogenez ve tedâvi ile ilgili bulguları üç yoldan ele alınmıştır; genetik, nörofizyoloji ve biyokimya.

Genetik'in ana noktası embriyogenez ve endokrinoloji ile ilgili olan genlerin faaliyetine dayanır. Direkt olarak genler tarafından geliştirilen maddeler organizmanın metabolizmasını tesir altına almaktadır. Bu maddelerden bir enzim mahiyetinde olanlar bilhassa psikiyatride önem kazanmaktadırlar.

Çocuk psikiyatrisinde dismorfik oligofreniler bir gen mutasyonunun nasıl ciddî nörofizyopatoloji ile karakterize somatik bozukluklara sebep olabileceğinin delilidir.

Besin eksikliği, organizma metabolizması için gerekli maddelerin kaybına sebep olan ilâçlar, şimik ve fizik patojen ajanlar (özellikle atomik radyasyonlar) en sık görülen malformasyon sebeplerindendir. Malformasyon, kişiliğin gelişmesi sırasında normal şahıslar arası münasebetleri bozacağından doğrudan doğruya bir psikopatoloji sebebi olarak da önümüze çıkabilirler.

Metabolizma kusurlarına bağlı oligofreniler genetik ve biyokimyanın doğrudan doğruya psikiyatri ile ilgisini göstermeleri bakımından çok önemlidirler. Fenilpirüvik oligofreni, fenilalanin metabolizması ile ilgili bir enzim defektidir. Bu çeşit, nöroşimik patolojiye amorotik idyosi, gargoylism, hemokromatosis gibi muhtelif oligofreni şekillerinde de rastlanır. Gerek çocukta ve gerekse yetişkinde çeşitli hormonal bozuklukların, özellikle tiroid fonksiyonundaki aksamaların meydana getirdiği psikiyatrik sendromlar da dikkate değer.

Heredite birçok psikozda büyük önem kazanmaktadır. Şizofreni oranı normal nüfus içinde % 1 - 2 gibi bir dağılım gösterirken, hasta ailelerinde % 10'a, kan akrabalarında % 14'e, tek yumurta ikizlerinde ise % 86'ya yükselmektedir. Şizofrenide hereditenin resessiv karakterine karşılık, siklofrenide % 85'e kadar çıkabilen bir dominant ırsiyet bahis konusudur.

Davranış'ı belirleyen nörofizyolojik mekanizmalar ortaya çıkarılmaya çalışılmış, bunların dinamik psikiyatrik kavramlarla bağlantıları araştırılmıştır. Rusya'da **İvan Pavlov**'un çalışmaları (1849 - 1936) bize şartlı refleks kavramını kazandırmıştır. Artık medulla spinalis'den doğan, üniform, doğumla getirilen refleks örneklerinin yanında, beyin korteksinden dolaşan ve kazanılmış birtakım reflekslerin de bulunduğu ve ruhî hayatımızı önemli bir şekilde bu şartlı reflekslerin yönettiği ortaya çıkıyordu. **John B. Watson**'un geliştirdiği Davranışçılık (Behaviorism), şartlı refleks kavramının teorik alanda, psikoloji'deki devamından ibarettir ve bazı psikoterapi çeşitlerinin meydana getirilmesi suretiyle klinik uygulama alanı bulmuştur. 1918'de **Wagner von Jauregg** Viyana'da paralizi jeneral'in (sifilitik meningo ensefalit) malaria aşılamak suretiyle meydana getirdiği ateşle tedâvisini bulmuş, **Manfred Sakel** 1937'de akıl hastalıklarında insülin koma tedâvisini uygulamış ve **von Meduna**'nın Cardiazol ile epilepsi nöbetleri hasıl ederek yaptığı tedâviden sonra 1938'de **Ugo Cerletti** ve **Bini**'nin geliştirdiği metodla bugünkü elektroşok tedâvisi bulunmuştur. Daha sonra cerrahi tedâviler de psikiyatriye sokuldu. **Egaz Moniz, Almeida Lima, Walter Freeman, J. W. Watts** prefrontal lobotomi'nin uygulayıcısı ve savunucusu oldular. Bugün psikiyatride lobotomi'nin değeri çok tartışmalı olup hemen hemen

terkedilmiş durumda olmakla beraber, birtakım beyin bölgelerine yapılan müdahalelerle psikiyatrik belirtilerin kaldırılabilmesi gerçeği beyin fizyolojisinin, özellikle frontal, temporal ve limbik lobların daha derinden ve daha başka bir gözle tetkikine yol açmıştır.

Nörofizyolojide **Sherrington**'un ve arkadaşlarının, anthropoid'lerde postcentral gyrus'un uyarılması ile elde ettikleri hareket sonuçları ile açılan çığır, **Penfield**'in temporal lobun işitme alanı dışında kalan bölgelerinin uyarılması ile birtakım ruhî olayları tecrübî olarak meydana getirmesine kadar gitmiş bulunuyor. 1946'da **Rhines** ve **Magoun**, beyin sapı retiküler sistemi içinde lateral ve caudal parçanın uyarılması ile elektroansefalogramda uyanma reaksiyonunu elde etmişler, bu bölgenin tahribinin ise tecrübe hayvanını geri döndürülemiyen bir uyku içine soktuğunu isbatlamışlardır. Böylelikle, beyin sapı retiküler sisteminin fasilitatör parçasının, beyin korteksini çevreden gelen informasyonları alabilmesi için gerekli uyanıklık tonüsü içinde tutmaya yarayan bir sistem olduğu ortaya konmuştur.

Bu noktada gerek **Jackson**'un nörolojide, gerekse **Pavlov**'un fizyolojide ve nihayet **Freud**'un psikiyatride yaptıkları buluşları bir araya getirmek kabil olabilmektedir. Ferdin ve cinsin korunması gayesine yöneltilmiş olan bütün stereotipik davranışlar sinir sisteminin eski, subkortikal, nevraksial bölgesine atfedilmektedir. Burası **Jackson**'un **en aşağı** seviye'si, **Pavlov**'un **şartsız refleksler**'i ve nihayet **Freud**'un **İd**'idir. Sonradan kazanılmış olan adaptiv davranışlar, yani **Pavlov**'un **şartlı refleksleri, Freud**'un **Ego**'su ile birlikte sensoriomotor korteks'e yerleştirilebilir. Burası **Jackson**'un orta seviye'sidir.

<table>
<tr><th>Nöroloji</th><th>Nörofizyoloji</th><th colspan="2">Psikanalitik Psikiyatri</th><th>Fonksiyonlar</th></tr>
<tr><td>En üst seviye</td><td>İkinci işaretleşme sistemi</td><td colspan="2">Superego</td><td>Abstraksiyon, diskriminasyon, komünikasyon</td></tr>
<tr><td>Orta seviye</td><td>Şartlı refleksler</td><td colspan="2">Ego</td><td>Kazanılmış adaptiv davranışlar</td></tr>
<tr><td rowspan="2">En aşağı seviye</td><td rowspan="2">Şartsız refleksler</td><td>Ferdî alt şuur</td><td rowspan="2">İd</td><td rowspan="2">Doğuştan stereotipe faaliyet</td></tr>
<tr><td>Kollektif alt şuur</td></tr>
</table>

Nihayet, insan beyninde frontal ve parieto-oksipito-temporal lobların assosiatif kortekslerindeki hipertrofi **Jackson**'un **en yüksek se-**

viye'sini teşkil eder. Buraya **Freud**'un **Superego**'sunu yerleştirmek kabildir. Dominant hemisferde bulunan sembolizasyon ve gerek yazılı, gerekse sözlü mesajların kullanılması ile sağlanan komünikasyon, yani **Pavlov**'un **ikinci işaretleşme sistemi** de bu bölgelerde oturmaktadır. Abstraksiyon (tecrid) ve mücerred düşünce bu bölgelerde temsil olunur.

Nörofizyoloji ve nöroşimideki ilerlemelerin, psikiyatride nöroleptik ilâçların kullanılması yolu ile, direkt ve indirekt olarak, sinir sisteminin metabolizması ile ilgili bilgilerimizin ilerlemesine imkân verdiği muhakkaktır. Böylece, disfonksiyonunun akıl hastalıkları ile ilgili olması muhtemel üç belli başlı metabolik organizasyon ortaya konmuştur: enzim sistemleri, elektrolit dengesi ve sinir sisteminin şimik maddelerinin kompetitiv metabolizması.

Enzimlerin faaliyet sahası başlıca hücre nucleus'ları ve mitochondrium'lardır. Enzim rölelerinin işleyebilmesi için gerekli enerji bir bütün halinde adenozin - trifosforik asid'in fosfor bağlarından sağlanır.

Elektrolit dengesi hücre yüzeyine, membran seviyesinde tesir eder. Hâdise sadece nöroşimik veya elektrofizyolojik değildir. Elektrolit alışverişi hem bir passif ayırma mekanizmasına ve hem de metabolik enerjiye ihtiyaç gösteren pompa faaliyetine muhtaçtır. Böylece sistem kendi kendini ayarlar ve elektrolit homeostasis'i çeşitli mekanizmalarla korunur.

Glüsidlerden olan mukopolisakkaridler ana intra ve ekstrasellüler maddeleri teşkil etmektedirler. Gene bu gruptan lipid ve protein maddeleri nörohümöral maddelerin, nörotransmettörlerin imalinde esas rolü oynarlar (noradrenalin ve 5 - hidroksitriptamin).

Nöroleptik ilâçların böylece, enzimler, elektrolitler ve metabolik faktörler yolu ile tesir ettiklerine inanılmaktadır. Fenotiazin türevleri ve özellikle klorpromazin bilhassa çekirdek seviyesinde bir enzim inhibisyonuna sebep olmaktadır. İzonikotinik hidrazid bir monoamin oksidaz inhibitörüdür. Diğer taraftan imipramin elektrolitleri mobilize eder ve hücrenin periferi üzerine tesir gösterir. İndol çekirdeği ihtiva eden maddeler, özellikle reserpin, bir kompetisyon mekanizması ile sitoplâzma üzerine tesir ederek onun nükleik asidlerini azaltır.

İlâçların sinir strüktüründeki yayılmaları morfolojik ve elektrofizyolojik olarak araştırılmış ve şu sonuçlar alınmıştır: imipramin beyin korteksinde, reserpin thalamus ve caudal extrapyramidal sistemde, klorpromazin beyin sapında toplanmaktadır. Monoamin oksidaz inhibitörleri ise daha geniş yayılma göstermektedirler.

Böylelikle, 1946'da **Sigwald, Bovet** ve **Dumont**'un, klorpromazini geliştirmeleri ile açtıkları psikofarmakoloji çığırı psikiyatriye hem tedâvi ve hem de araştırma alanlarında büyük yenilikler ve imkânlar getirmiş bulunmaktadır.

1943 yılında **Rosenblueth, Wiener** ve **Bigelow** tarafından kaleme alınıp yayınlanan «Behaviour, Purpose and Teleology» isimli kitapla yalnız nöropsikiyatride ve hattâ sadece tıpda değil, fakat, felsefeden tekniğe kadar bütün ilim dallarında yeni bir görüş tarzı doğmuştur. **Wiener** tarafından Sibernetik diye adlandırılan bu ilimler arası disiplin, sinir sistemindeki hep veya hiç kanununa göre ileti meselesini yeniden ele almış, bu sistemin sadece «evet» ve «hayır» şeklindeki iki türlü cevapla nasıl olup da dış âlemdeki sayısız ve devamlılık içinde bulunan değişiklikleri idrâk edebildiğini açıklamış, «feed-back» (geri tepme) anlamı ile sonucun sebep üzerindeki tesirlerini incelemiş, «bilgi» ve «informasyon»u ölçmek imkânını bulmuştur. Sibernetik ile beraber psikiyatride de bir «psişik homeostasis» anlayışına erişmiş oluyoruz.

*
**

Günümüzün psikiyatrisi insan davranışını ve insanlar arası münâsebetleri en geniş anlamı ile inceleyen bir ilim dalıdır. Birçok sosyal, ekonomik, adlî problemler psikiyatrinin inceleme ve araştırma konuları içine girmekte, bir yandan da psikiyatri anatomi, fizyoloji, biyokimya ve biyofiziğin verilerinden her şekilde faydalanmaktadır. Her ne kadar psikiyatrik hastalıkların temelini psikopatoloji teşkil ederse de, hastanın hastalık şekli ne olursa olsun, hastalığın, hastanın hürriyetini bağlayan bir faktör olduğu göz önüne alındıkta, psikiyatrinin her çeşit hastalıkla ilgilenmesi icabettiği de tahmin edilebilir. Kaldı ki, psikosomatik hekimlik de çeşitli organik hastalıkların orijininde birer psişik traumanın bulunduğunu ortaya koymakta ve hızla ilerlemektedir.

Bugün, başlı başına bir ilim dalı olma haysiyet ve hüviyetini kazanmış olan psikiyatri bu noktadan da çok ileriye gitmiş, kendi içinde şubeleşme, alt dallara ayrılma yolunu tutmuştur. Modern psikolojinin çok şeyler vâdeden akımları ile uygun olarak psikiyatrın, teknik bir hazırlanma yanında, çok sağlam bir ahlâk terbiyesi ile takviye edilmiş ve gayet geniş insanlar arası münâsebetlere sahip olması, aynı zamanda mümkün olduğu kadar kendi şuur altı çatışma ve meselelerinden kurtulmuş bir kişiliğinin bulunması gerektiğine inanıyoruz.

TÜRK NÖROPSİKİYATRİSİNİN ŞEREF LEVHASI

Bu satırların yazarı nöro-psikiyatrimizin en önemli geçiş ve gelişme döneminde asistanlık yıllarını, bu mesleğe şahsiyetleri ile, çalışmaları ile şeref ve haysiyet, itibar kazandırmış Hocalarla birlikte geçirmiştir. Bunu bir taraftan pek az kimseye nasib olur bir mazhariyet ve diğer taraftan da bu döneme ait bazı hatıralarımı Türk tıbbına intikal ettirmeyi ödenmesi gereken bir borç sayıyorum.

1950 yılında, **Mazhar Osman Uzman**'ın başkanlık ettiği bir Türk Nöro-Psikiyatri Cemiyeti toplantısında bu cemiyetin sekreterliğine seçilmiştim. O tarihte bana devredilen üye adres listesi bir takvim yaprağına arkalı önlü yazılmış beş on isimden ibaretti ve bunlar Türkiye'deki, asistanlar dahil, bütün nöroloji ve psikiyatri mensuplarını gösteriyordu. Hepsi, bir avuç öncü insan... Psikiyatri o zamanlar, bromür, opium ve lüminalden ibaret üç kalem ilâcı ve yeni yeni uygulanan şok tedâvilerinden başka tedâvi şekli olmayan kör bir şube. Zamanın Sağlık Bakanlarından birine Bakırköy Hastahanesine kadro verilmesi için ricada bulunulur, sayın bakan, «deliye hekim niçin gerekli?» diye hayretini gizleyemez. Nöroloji ise hemiplejiklere masaj yapılan, papaverin verilen, dejeneratif hastalıkları ise çeşit çeşit isimlerle sınıflandırmaktan başka elinden bir şey gelmiyen bir tıp dalı... Toplam nöropsikiyatri asistanlık süresi iki sene idi, ben girdiğim yıl 3 sene oldu.

Psikiyatri tarihini anlatırken bugüne nasıl gelindiğinden bir nebze söz edilmişti. Burada, bugünkü gelişmenin temellerini atan kişileri okuyucularıma tanıtmak istiyorum.

Bizim öğrencilik devrimiz Psikiyatri Hocası olarak **Mazhar Osman Uzman** ve Nöroloji Hocası olarak da **Fahrettin Kerim Gökay** ile başlar. Her ikisi de gerek tababet hayatımızın ve gerekse birer halk adamı, birer millî ve târihî şahsiyet olarak hattâ folklor ve edebiyatımızın en renkli simalarıdır.

Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Uzman; «Hayatımın hususiyeti durmaksızın çalışma oldu, çalışmaksızın geçen ömrün çok sıkıcı ve



Dr. M. O. Uzman

usandırıcı olduğuna kaniim. İlerlemeye, faydalı olmaya daima çalıştım. Başardığım azsa suçumun pek azı bendedir. İnsanı muhit yapar, fevkalbeşer yaratılanlar müstesna. Ben ise herkes gibi âdi bir insandım. Şaşırmadım, daima doğru yolda, cesur adımlarla yürüdüm. İyi bir vatandaş, iyi bir aile babası ve nihayet iyi bir insan sayılırsam hakkımdır, bu da bana yeter...» diyordu. Trakya'da, Sofulu kasabasında doğmuştur. Adı **Yusuf Mazhar**'dır, baba adı Osman olduğu için **Mazhar Osman** diye anılır. İlk tahsilini Kırkkilisede yapmış, sonra Üsküdar İdadisini bitirip Askerî Tıbbiyeye girmiştir. O yaşlarda idareci olmak istediğini, tıp tahsilini aklından geçirmediğini söylerdi. **Mazhar Osman Hoca**'nın adı memleketimizde akıl hekimliği ile sinonim hale gelmiştir. Bu derece şöhret, sanırım pek az kimseye nasiptir. Toptaşı'ndan Bakırköy'e akıl hastalarını taşımış, eski kışla kalıntılarından binlerce yataklı bir akıl hastahanesi meydana getirmiştir.

Bilimsel bakımdan ele alırsak, **Mazhar Osman Hoca**, «deskriptif» denen psikiyatrinin emsalsiz bir ustası idi. Engin hâfızasının ve tecrübesinin hazineleri ile birleşen ilmî yeteneği ile, vak'aları ve belirtileri değerlendirir, tarif eder ve sınıflandırırdı. Bildiğini çok iyi öğreten bir insandı. Üniversitelerin başta gelen görevlerinden olan «bilimi halka yaymak» onun gündelik derdi, meşgalesi idi. Dersler verir, konferanslar, toplantılar, tıbbî müsamereler tertiplerdi. **Mazhar Hoca**'nın Psikiyatri derslerinde sınıflar, anfiler adam almazdı. Asistanlığımın ilk yılında bana derslerini hazırlama görevini vermişti. Ders için vak'a seçer, bunların dosyalarını hazırlar derse sunulacak hale getirirdim. Bunun ne derece güç bir vazife olduğunu o günleri yaşamayanlar bilemez. Sonra hastalar kiralanan bir otobüse doldurulur, Bakırköy'den dersin verileceği Cerrahpaşa veya Çapa'ya taşınır, dersten sonra da geri götürmek işi gene bize düşerdi. O günkü tedâvi yöntemleri karşısında kronikleşmiş nice meşhur «deliler», «Eşref Peygamber»ler, «Mehmet Ali Sultan»lar «Mösyö Dögol»ler tanıdım.

Birçok baskı yapan **Tababeti Ruhiye, Akıl Hastalıkları ve Psikiyatri** kitapları dışında **Sıhhat Almanağı** gibi halk için sıhhî ve tıbbî

vülgarize eserler, senelerce kendi gayreti ile bastırıp ücretsiz dağıttığı **İstanbul Seririyatı** isimli tıbbî mecmua onun sayısız yayınları arasında başta yer alanlarıdır. **Mazhar Hoca**'nın, neresinden bakarsanız bakınız, Türk Psikiyatrisinin babası olduğu açıkça görülecektir. 1951 yılında vefat etmiştir.

O devirlerin Nöroloji Hocası, gerek Nörolojide ve gerekse Psikiyatrideki çalışmaları ve kişiliği itibariyle zamanının ve günümüzün en renkli şahsiyetlerinden biri olan **Ord. Prof. Dr. Fahrettin Kerim Gökay,** hekim kişiliği yanında cemiyetçi, idareci ve politikacı olarak da tanınmıştır. **Gökay**'sız bir Nöro-psikiyatri nasıl düşünülemezse, onsuz bir İstanbul şehrini de tahayyül etmek mümkün değildir. 1900 yılında Eskişehir'de doğan **Fahrettin Kerim Gökay** yazarlığa Eskişehir'de cemiyetçiliğe tıp talebeliği sırasında başlamıştır. Politika hayatına ilk adımını ise, İstanbul'un işgalini protesto için tertiplenen mitinglerin düzenleme komitelerinde aldığı görevlerle atmış sayılabilir. Nöroloji hocası olmuş, nöroloji ve psikiyatri konularında çeşitli kitap ve araştırmaları yayınlanmış, İstanbul Vali ve Belediye Başkanı olmuş, bu azametli şehrin sembolü haline gelmiş, politikada Bern Büyükelçiliği, İmar ve İskân Bakanlığı, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kademelerine kadar yükselmiş, tuttuğu her işi başarmış, ayağını bastığı her yere şeref ve itibar kazandırmıştır. Yalnız memleketimizde değil, dünyanın her yerinde alkolle mücadele denince **Gökay** akla gelir. Türkiye Yeşilay Derneği'nin kurucusudur. Yayınlanmış 200 den fazla eseri, hâlâ yayına devam eden **Tıp Dünyası** isimli bir dergisi, birçok yabancı üniversitelerden alınmış fahrî profesörlük ve doktora payeleri, çeşitli nişanları vardır. Türkiye Akıl Sağlığı Derneği'nin de kurucularındandır. Halen ücretsiz hasta bakan bir dispanserle millete hizmette devam eden **Gökay Hoca**'ya bu vesile ile de uzun ve mes'ut yıllar diliyoruz.



Dr. F. K. Gökay

Ordinaryüs'ler kuşağı diyebileceğimiz bu neslin bir diğer önemli siması **Ord. Prof. Dr. İhsan Şükrü Aksel**'dir. 1899 tarihinde İstanbul'da doğan ve 1919 yılında Tıp Fakültesini bitiren **Aksel, Mazhar Osman** okulunun çok başarılı bir takipçisi ve organik psikiyatrinin

memleketimizdeki ilk temsilcisi, hattâ kurucusu olma şerefini taşır.



Dr. İ. Ş. Aksel

«Psikozların Anatomisi» isimli kitabı önemli bir tarihî belge olduğu kadar, böyle bir konuya el atma cesaretinin de dikkate değer bir örneğidir. Öyle bir dönem ki, akıl hastalığında lâboratuardan bahsetmek adeta suç sayılıyor ve Freud görüşü değil sade psikiyatriye, bütün tababete uygulanmaya çalışılıyordu. **Mazhar Hoca**'nın deskriptif psikiyatri okulunu **Aksel Hoca**'nın etyo-patogenetik araştırmaları tamamladı ve bir hamle daha ileriye götürdü. Kuduzlu beyinlerde Negri cisimlerinin boyama metodunu, kendi adını taşıyan yöntemi bulması onu, milletlerarası bir şöhret yaptı. Nöro-psikiyatr olduğu kadar çok iyi bir patolog da olan **İhsan Şükrü Aksel** böylelikle psikiyatriye lâboratuarı getirmiş, tecrübî beyin tümörleri üzerinde çalışmış, Almanya'da yayınlanan meşhur Haencke-Lubarsch tretesinin kuduz bahsini yazmıştır. Yayınlanan sayısız çalışma ve eserleri arasında psikiyatri ders kitaplarını, **Psikozların Anatomisi** ve **Nörotrop Virüslü Ansefalitler** kitaplarını da saymak gerekir. İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı yapmış, birçok kongre tertib etmiş, uzun yıllar Türk Nöropsikiyatri Cemiyetinin başkanlığını yürütmüştür.



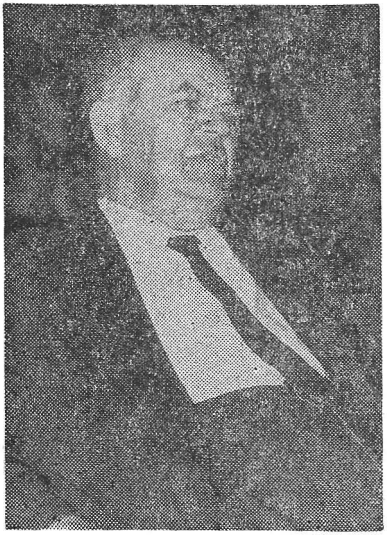
Dr. N. Polvan

İkinci kuşak diyebileceğimiz ve **Mazhar Osman - Fahrettin Kerim** kuşağını takibeden nesildeki hocalar arasında **Prof. Dr. Necmettin Polvan** da müstesna bir yer işgal eder. **Polvan,** memleketimizde nörolojiyi ve özellikle nöroloji eğitim ve öğretimini modernleştiren, psikiyatriye ise objektif araştırma metodlarını getiren kişidir.

1907 yılında Sinop'da doğmuştur. 1932 yılında Tıp Fakültesini bitirip askerî tabip olarak meslek hayatına atılmış, daha sonra Nöroloji Kliniği Doçentliğini kazanmış, bu klinikte Profesör ve Cerrahpaşa'da Kürsü Başkanı olmuştur. Kişiliğinin en önemli çizgileri Karadenizli mertliğini İstan-

bul efendiliği ve çelebiliği ile, asker disiplinini üniversite hocası hoşgörü ve anlayışı ile birleştirmesidir. Bir süre Amerika'da bulunmuş, özellikle mültipl skleroz ve psikofarmakolojik araştırmalar üzerinde çalışmıştır. İyi bir öğretici, değerli bir hocadır. Asistanlık yıllarımızın Çarşamba vizitlerini, o devri yaşıyanların unutması mümkün değildir. Halen Üniversitedeki görevinden emekli olmuştur. Bugünkü merakı accupuncture ve psikofarmakolojik araştırmalardır (*).

Bu safhada dikkatleri İstanbul'dan Ankara'ya çevirmek ve gene Gülhane menşeli, ordudan yetişme bir Psikiyatri Hocamızı hatırlatmak istiyorum: **Prof. Dr. Rasim Adasal. Adasal**, şahsen ders verdiği talebeleri kadar, kitaplarını okuyan ve ondan feyz alan bizlerin de hocası olmuş, son derecede velût, çok okuyan, çok yazan bir kimsedir. 1902 yılında Girit'in Kandiya şehrinde doğmuştur. Askerî öğrenci olarak tıp tahsilini tamamlıyan **Rasim Adasal**, uzun seneler çeşitli Askerî Hastanelerin Nöropsikiyatri uzmanlıklarında bulunmuş, İstanbul'da bulunduğu sırada İstanbul Üniversitesi Psikoloji ve Felsefe bölümlerinden de mezun olmuştur. 1943 yılında, önce Gülhane Askerî Tıp Akademisinin hocası, daha sonra da Ankara Tıp Fakültesinin Psikiyatri Kliniği Direktörü olmuştur. Halen bu görevinden emeklidir. Dinamik ve analitik psikiyatrinin çok yetenekli bir takdimcisi, öğreticisidir. Pek çok yayınları arasında **Psikiyatri** ve **Medikal Psikoloji** kitapları her zaman faydalanılan değerli eserlerdir. **Rasim Hoca,** hekimliği kadar vülgarize yazıları ve konferansları ile de üne kavuşmuş, ender yetişen değerli kişilerdendir.

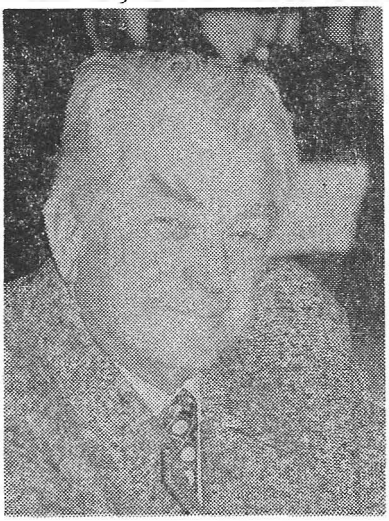


Dr. R. Adasal

Nöropsikiyatrimizin geçiş döneminin temel taşlarından biri de **Prof. Dr.** Kenan **Tükel**'dir. Önce Psikiyatri Kliniği Baş Asistanı iken Nöroloji Kliniğine geçen ve bir süre de Kanada'da **Penfield, Jasper** gibi modern nöroloji ve nörofizyolojinin kurucuları ile çalışan **Kenan Tükel Hoca,** memlekete döner dönmez öğrendiklerini, gördüklerini bizlere aktarmaya, öğretmeye ve yetiştirmeye koyulmuş, bundan da bir an bile yılmamış, usanmamıştır. Epilepsi'nin ne idüğünü

(*) Kitap baskıya verildikten sonra, kıymetli ilim adamı ve hoca, çelebi insan Polvan Hoca, 6 Temmuz 1980 günü Hakk'ın rahmetine kavuşmuştur.

ondan öğrendik. Elektroansefalografi ve epilepside o, sadece öğrendiğini aktaran bir «nâkil» değil, başlı başına bir «ekol» olma durumundadır. Bugün «Tükel usûlü EEG okumak ve rapor yazmak» ayrı bir sistemdir. Bu meslekte ve bu meslek sahiplerinde çok emeği vardır. Hocalık hayatı boyunca aksatmadan her Cuma seminer yapmış, hepimizi toplayıp modern nöroloji ve nörofizyoloji konularını tartışmıştır. Halen İstanbul Üniversitesi Nöroloji Kürsüsü Başkanlığından emeklidir.



Dr. K. Tükel

Bu altı hocanın teşkil ettiği **quintet**, bugün sayısı yüzleri bulan Türk Nöropsikiyatrlarının teşkil ettiği büyük orkestra'nın çekirdeği, kurucusu ve temel taşıdır. Memleketimizde yüz ağartıcı bir psikiyatri, bir nöroloji ve hattâ bir klinik psikoloji mesleği varsa bu meslek onlara çok şey borçludur. Ben bu satırlarımla bu borcu kısmen de olsa edâya çalıştım.

ANATOMO - FİZYOLOJİK HATIRLATMALAR

Canlı hücrelerin en önemli özelliği, kimyasal potansiyel enerjiyi, kendi organize yapılarını korumak için gerekli diğer enerji şekillerine çevirebilmeleridir. Kimya diliyle canlı hücreyi tarif etmek istersek, dayanıklı olmayan ve kendi organize yapısını devam ettirebilmek için gerekli çeşitli kimyasal maddeleri son derecede kontrollü mikdarlarda ve çevrenin ısı derecesinden daha yüksek bir ısı derecesi ortamında, bir tuz çözeltisi içinde erimiş veya onunla çevrelenmiş olarak bulunduran yapılardır diyebiliriz. Her hücre entropi'sinin artmasına, dağılmaya engel olmak için enerji sarfetmek mecburiyetindedir. Çevredeki değişiklikleri, bunların kendi üzerine etki derecesini, yani düzenini, dengesini, biyolojik deyimiyle «homeostasis»ini ne dereceye kadar bozabileceğini bilmesi, gerekli ayarlamaları yapabilmesi, bu ayarlamaların da ne dereceye kadar amaca uygun olduğunu ölçmesi ve gene gerekli düzeltmelerde bulunabilmesi, kısacası, çevreye uyumunu sağlaması, canlılığını sürdürebilmesi için bir **haber alma - karar verme - icra** sistemine ihtiyaç vardır. İşte, **«sinir sistemi»** dediğimiz, fevkalâde farklılaşmış canlı doku bu önemli görevi üstlenmiştir.

Sinir sisteminin vazifelerini şu üç ana grupta toplayabiliriz:

1. Haber alma : dış dünyada ve kendi bünyemizde meydana gelen değişikliklerin haber alınması, bunların merkeze götürülmesi;
2. Haberlerin değerlendirilmesi ve karar verme;
3. Verilen kararın icra organına iletilmesi.

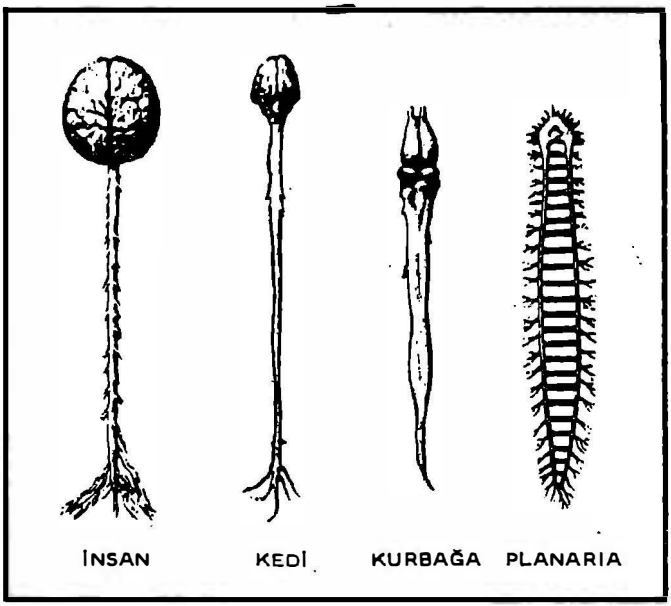
İlkel canlılarda sinir sistemi yoktur. Meselâ, tek hücreli bir canlı olan amip dış dünyadan hücresini çevreliyen zarı aracılığı ile haberdar olur. Eğer ortam kendisinin yaşamasına uygun ise pseudopod denilen yalancı bacaklarını, hücre uzantılarını kullanarak ona doğru gider; uygun değilse yalancı bacaklarını aksi yönde hareket ettirerek oradan kaçar.

Daha gelişmiş canlılarda, meselâ planaria sınıfından hayvanlarda ve solucanlarda basit bir sinir sistemi görmekteyiz. Solucanın

her boğumuna uyan bir çift sinir düğümü, bu sinir düğümlerini birbiri ile birleştiren ve böylece yukardan aşağıya uzanan bir merdiven görünümünü alan sinir lifleri sinir sistemini meydana getirir.

Daha gelişmiş canlılara doğru sinir sisteminin de inkişaf ettiğini, karmaşıklaştığını, bu sistemin «baş parçası» nın, yani «beyin» in meydana geldiğini ve giderek daha büyük bir yer işgal ettiğini görürüz. Beyin, belirli fonksiyonları üstüne alan merkezler halinde şekillenir ve periferik sinirler aracılığı ile çevre ile getirici (afferent) ve götürücü (efferent) bağlantılar kurar.

Canlıların en gelişmişi olan insanda sinir sistemi «şuurluluk» halini sağlamak ve birtakım «ruhî» denen fonksiyonları da yerine getirmek için sadece beyin bölgesinde on milyar kadar hücre ihtiva eden, bunları harikulâde bir düzen içinde bir araya getiren bir «davranış organı», «karar ve icra merkezi» halinde karşımıza çıkar.



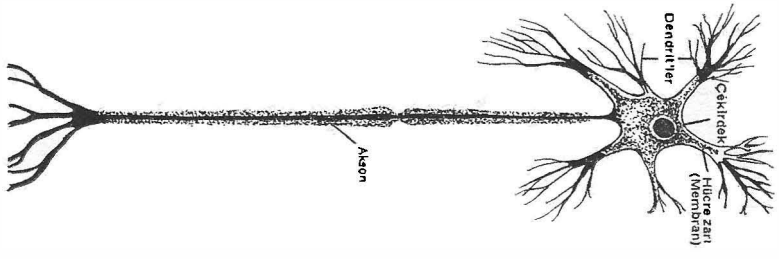
(Şekil : 1) Çeşitli canlı türlerinin sınir sistemlerinin karşılaştırılması

İnsan beyni, cranium boşluğunda yerleşmiş ve cerebrum (beyin), cerebellum (beyincik), ortabeyin, pons ve bulbus'dan meydana gelir. Sinir sisteminin fonksiyonel ünitesi, yapıtaşı ise neuron adını verdiğimiz sinir hücresidir. Sinir hücreleri, % 90 ı beyin içinde yer alacak şekilde ve çeşitli kompleks devreler halinde organize olmuşlardır.

Organizmanın dış dünyaya açılan pencereleri mahiyetinde olan receptor'lerden gelen mesajlar afferent sinir yolları ile merkeze götürülür. Yukarda da belirttiğimiz gibi, alınan informasyon işlenir, değerlendirilir ve verilen karar efferent yollarla icra organlarına, meselâ kaslara, meselâ salgı bezlerine, v.s. götürülür.

Sinir hücresinde, dendritler yolu ile gelen bir mesaj akson üzerinden diğer bir nörona intikal ettirilmek suretiyle sinir sistemi içinde seyreder.

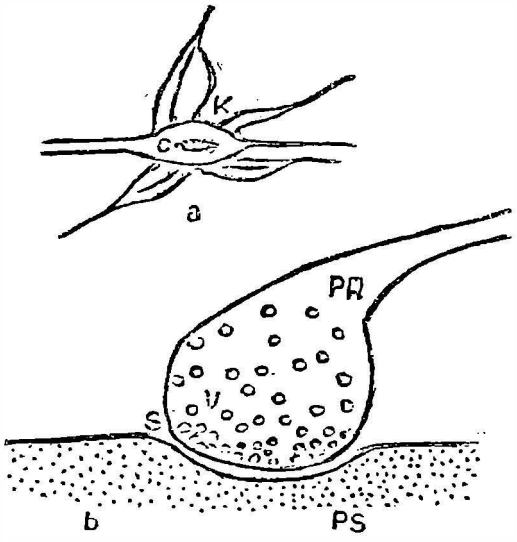
Sinir hücrelerinin birbiriyle münâsebeti sinapslar aracılığı ile olmaktadır. Bir sinir hücresinden gelen stimulus'un sinapsı aşıp aşmaması, aştığı takdirde postsinaptik müteakip nöronda yeni bir stimülasyona sebep olup olmaması ve nihayet, postsinaptik hücreye çeşitli, onbinlerce sinapstan gelen eksitatör ve inhibitör mesajların sonunda ortaya çıkacak «evet» veya «hayır» tarzındaki bir cevap o stimulusun kaderini, sonuç olarak da, o sinir sistemini taşıyan kişinin davranışını belirleyecektir. Gerek sinapsların fizyolojik özellikleri, gerekse sinaptik iletiyi mümkün kılan ve amin tabiatindeki birtakım kimyasal maddelerin (nörotransmettörler, biyojenik aminler) sentezleri, serbest hale geçmeleri, yıkılmaları ve bunlara etkili çeşitli farmakolojik ajanlar, modern nörofarmakoloji ve özellikle psikofarmakolojinin ana problemleridir. Birçok davranış kusurlarının altında yatan faktör, çok muhtemeldir ki, sinaptik iletide şu veya bu istikametteki bir değişiklikten başka bir şey değildir. Bir insanın çeşitli olaylar karşısında nasıl düşündüğü, ne gibi reaksiyonlar verdiği, davranış özellikleri ve fikrî yapısı, sinapslarının özelliğine bağlıdır dersek pek de hata etmeyiz. Zira, tekrar edelim, sinir sisteminin **karar noktaları** bu sinapslardır.



(Şekil : 2) Bir sinir hücresinin şematik manzarası

Sinapsların, sinir hücrelerinin aralarındaki «bağlantı» noktaları olduğunu söylemiştik. Daha iyi bir tarifle, sinaps, iki sinir hücresi

arasındaki **fonksiyonel bağlantı'ya** verilen isimdir. (Şekil : 3) de görüleceği üzere, presinaptik sinir hücresinin uzantısı, aksonu, terminal ayak denen bir şişlikle sonlanır. Bu ayak, postsinaptik sinir hücresinin gövdesi veya dendritinin membranı üzerine yaklaşmakta, bu noktada postsinaptik hücre membranı bir çukurluk meydana getirmekte, terminal ayak da bu çukurluğun içine yerleşmektedir.



(Şekil : 3) Sinaps'ı gösterir diagram (a) Postsinaptik nöron gövdesi, (c) üzerine temas eden ve presinaptik terminale ait müteaddit terminal ayakların küçük büyütme ile görünüşü, (b) bir terminal ayağın temas ettiği yerin daha büyük büyütme ile tetkiki; burada görüldüğü gibi, terminal ayak hücre gövdesinden bir sinaptik aralık (s) ile ayrılmış olup, iç yapısında birçok veziküller bulunmaktadır (v). Bu veziküller presinaptik nöronun uyarılması ile kaybolurlar. Bunlar, uyarılma sırasında sinaptik aralığı geçerek postsinaptik hücre membranının polaritesini değiştirmektedirler.
(**Campbell**'e göre **Songar**'dan).

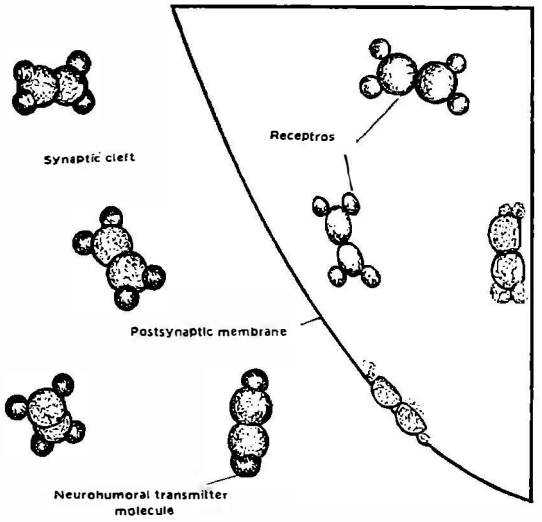
Aradaki sinaptik bölge, belli bir tip sinaps için sâbit kalmaktadır. Bu sinaptik aralığın nasıl korunabildiği şimdiye kadar kesin olarak ortaya konamamıştır. Sinir lifi üzerinden bir sinir impuls'ü sinaps'a geldiği zaman terminal ayak içinde nörotransmettör görevi yapan ve biyojenik amin tabiatindeki birtakım kimyasal maddeleri havi granüller sinaptik aralığa geçmekte ve serbest kalan nörotransmettör postsinaptik membranın polaritesini değiştirmektedir.

Sinaptik iletiyi **Koelle** (1965) dört safhada mütalea eder:

1 — **Nörotransmettör'ün serbest hale geçmesi.** Transmettör madde sinaptik veziküller içinde saklanmaktadır. İstirahat halinde trans-

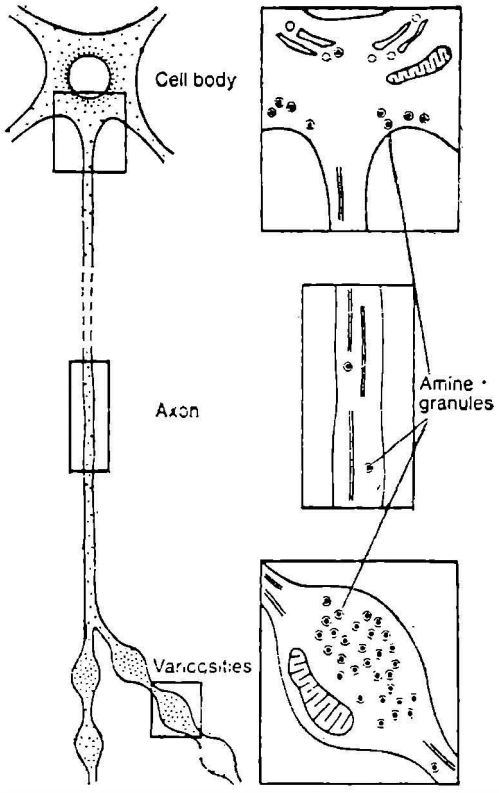
mettörler yine devamlı olarak, fakat çok yavaş bir sızıntı halinde, serbest hale geçmektedirler. Ancak, bu bir postsinaptik eksitasyon için yeterli değildir. Akson terminalinin depolarizasyonu halinde sinaptik veziküller bol mikdarda sinaps aralığına boşalır ve bu suretle postsinaptik membranın polaritesinin değişmesine sebep olurlar.

2 — **Transmettör'ün postsinaptik reseptörle birleşmesi ve postsinaptik potansiyelin başlatılması.** Sinaptik aralığa geçen nörotransmettör madde, postsinaptik hücre membranında bulunan özel birtakım kimyasal yapılar halindeki reseptörlerle birleşir. Reseptörleri, tam transmettör molekülü biçiminde, membran yüzeyinde, birtakım moleküler kaviteler, boşluklar olarak tasavvur edebiliriz (Şekil: 4) (**Goldstein, Aronow** ve **Kalman**, 1969; **De Robertis**, 1971; **Durrell, Garland** ve **Friedel**, 1969).



(**Şekil** : 4) Bir sinapsta nörohümoral iletim. Reseptörler postsinaptik membranın yüzeyinde birer kavite olarak düşünülmektedir. Transmettör molekülü ile reseptör kavitesi, tıpkı bir anahtarın kilide uyması gibi birbirine tetabuk ederler. Bunların birleşmesi postsinaptik potansiyeli doğurur. (**H. Brown**'dan, 1976).

Transmettör ile reseptör birbirlerine temas ettikleri anda «postsinaptik jeneratör potansiyeli» adı verilen ve **yayılmayan** bir elektrik potansiyeli meydana gelir. Bu potansiyel iki tipte olabilir: (1) Na^+ iyonunun dağılımına bağlı mutad depolarizasyon, **postsinaptik eksitatör potansiyel** (excitatory postsynaptic potential - EPSP); (2) Memb-



(Şekil : 5) Monoamin, nöronlarının çeşitli bölgelerini gösterir diagram.
(Hökfelt ve Ljungdahl'a göre, 1972)

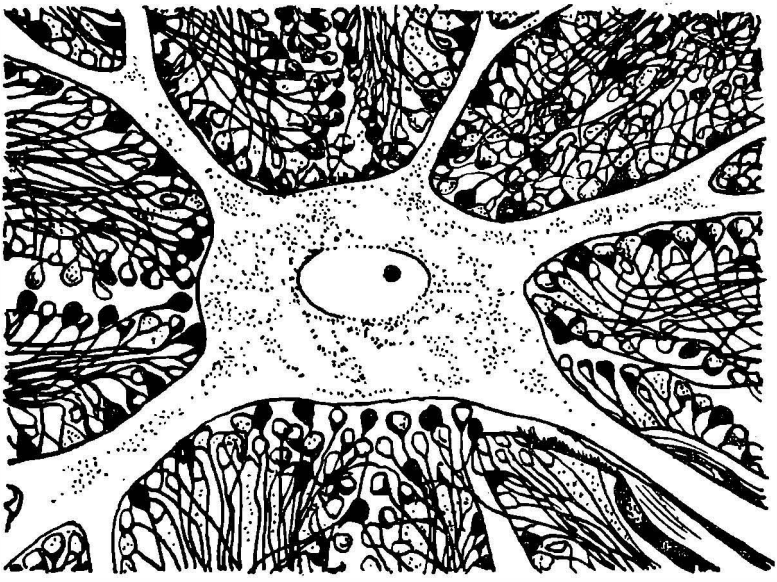
ran polaritesinde ve stabilitesinde bir artma ile belirli hiperpolarizasyon hali ki, bu hal, o ana ait başka herhangi bir depolarizasyon olayına karşı mevcut eşik değerini yükselteceğinden **postsinaptik inhibitör potansiyel** (inhibitory postsynaptic potential - IPSP) adını alır.

3 — **Postsinaptik faaliyetin başlatılması.** Eğer bir postsinaptik eksitatör potansiyel (EPSP), nöronun eşik değerini aşarsa postsinaptik hücrede bir aksiyon potansiyeli meydana gelir ve bu aksiyon potansiyeli bir sonraki hücre ile bağlantı kuracak olan sinapsa doğru iletilir. İnhibitör bir postsinaptik potansiyel (İPSP) ise, daha önce başka nöronlardan gelen eksitatör potansiyelleri durdurur, bloke eder. Bir nöron üzerinde böyle pek çok sinapslar bulunduğundan, sinaptik aksiyon potansiyelinin başlayıp başlamaması, belli bir zaman içinde gelen inhibitör ve eksitatör postsinaptik potansiyellerin cebri toplamına bağlıdır. Ayni zamanda, senkron olarak gelen potansiyellerin birikerek eşik değerini aşması ve postsinaptik aksiyon

potansiyelini meydana getirmesi haline «spatial», arka arkaya gelen lokal potansiyellerin belli bir zaman içinde birikerek nihayet eşik değeri aşacak seviyeye ulaşmasına da «temporal» summation adı verilir.

İki hususu belirlemek gerekiyor: Evvelâ, sinaptik transmisyon tek yönlü, ortodromik'dir. İkincisi, sinaptik ileti «hep veya hiç kanunu» na uymaz, aksine, «dereceli», «kademeli» dir. Sinaps bölgesinin bir modülâtör, bir karar noktası gibi çalıştığından biraz evvel söz etmiştik. Bu sebeple, sinaptik ileti sinir sistemi ile ilgili davranışların belirlenmesinde, yönlerinin tayininde son derecede önemlidir.

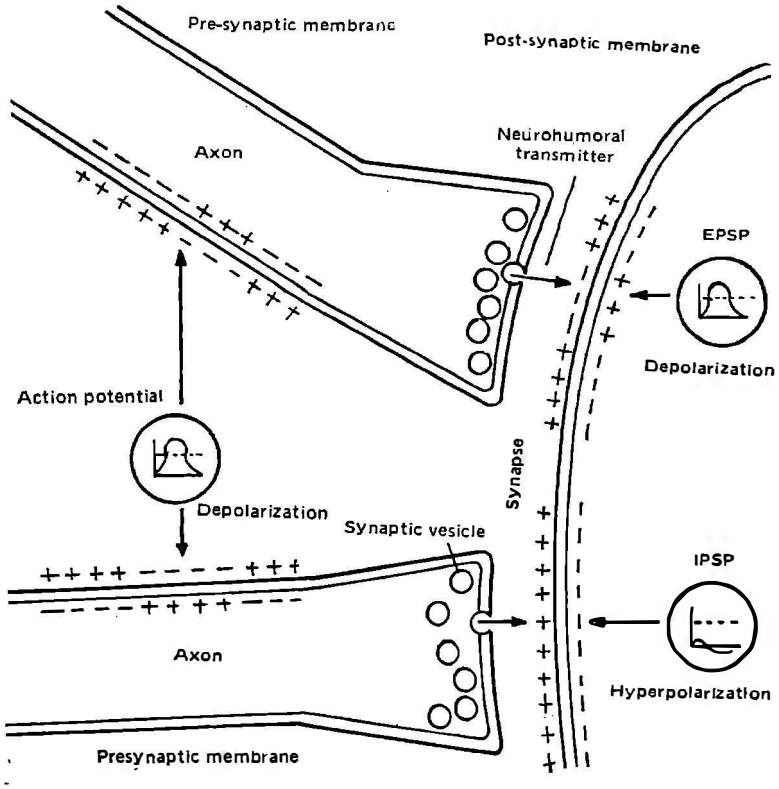
4 — **Transmettör maddenin tahribi veya dağıtılması.** Transmettör maddenin, postsinaptik membran üzerindeki görevi bittikten sonra bir kısmı hemen parçalanarak, bir kısmı da aktif bir transport sistemi ile presinaptik terminale geri alınarak ortamdan kaldırılmakta, temizlenmektedir.



(Şekil : 6) Bir nöronun çevresindeki sinaptik terminalleri gösterir diagram. **(Ford ve Schadé'den, 1973)**

Sinapsların morfolojisi çok çeşitlidir. Muhtelif kombinasyonlara göre, (1) aksosomatik, (2) aksodendritik, (3) aksospinal, (4) akso - aksonal ve (5) dendrodendritik bağlantılar gösterilmiştir.

Aksonlar sinapstan önce dallandıkları zaman bu dallar çeşitli



(Şekil : 7) Bir sinaptik bağlantıdaki elektrokimyasal olaylar: bir sinir impulsu (aksiyon potansiyeli) akson boyunca seyrederek presinaptik membrana varır. Burada transmettör madde serbest hale geçer. Transmettör sinaptik aralığı karşıdan karşıya geçecek ve postsinaptik membranın geçirgenliğini değiştirecektir. Bu suretle ortaya çıkan iyon akımı depolarizasyona (EPSP) veya hiperpolarizasyona (IPSP) sebep olacaktır. **(H. Brown,** 1976).

şişlikler (varikoziteler) ihtiva eder ki bunların içi nörotransmettörlerle doludur (Şekil: 5).

Akson dallarının üzerindeki bu şişliklerin sayısı fevkalâde fazla olup, buna göre ihtiva ettikleri nörotransmettör madde de ehemmiyetli mikdardadır. Meselâ, bir noradrenerjik nöronda bu çeşit 25.000 varikozite bulunmaktadır ki bunların içindeki toplam noradrenalin mikdarı hücre gövdesindeki noradrenalinin 1.000 katıdır **(Livett,** 1973). Bunun gibi, bir dopaminerjik nöron, hücre gövdesinin 150 katı nörotransmettör ihtiva eden 500.000 varikozite göstermektedir.

Farede, nigrostriatal yollara ait böyle bir dallanma, dopaminerjik varikoziteler ihtiva eden ve uzatıldığı zaman 77 cm boyu olan bir liftir. Farenin boyu ve aksonun terminal dalının inceliği dikkate alınırsa bunun ne büyük bir uzunluk olduğu kolayca görülebilir.

Kedinin medulla spinalisindeki bir nöronun 15.000 - 30.000 sinaptik bağlantı aldığı tesbit edilmiştir.

Sinapslar hücre membranını bir mozaik gibi örterler ve arada bıraktıkları ufak membran bölgeleri de glia hücreleri ve onların uzantıları ile kaplanır.

Sinaptik iletinin yukarda sözünü ettiğimiz dört safhası, yani,

1 — Nörotransmettör maddenin serbest hale geçmesi,

2 — Transmettörün postsinaptik reseptörle birleşmesi ve postsinaptik potansiyelin doğması,

3 — Postsinaptik faaliyetin başlatılması, ve

4 — Transmettör maddenin tahribi ve dağıtılması

olayların hepsinin bir iki milisaniye süre içinde olup bittiğine de işaret edelim. (Şekil : 7) de bu safhalar diagramatik olarak gösterilmektedir.

Transmettör olması mümkün maddelerin sayısı ve tabiatleri henüz tamamen ortaya konamamıştır. Bunlardan en iyi bilineni, yukarda da belirttiğimiz gibi, acetylcholine (ACh)'dir. Kimyasal tabiati itibariyle B vitamini, choline ve asetik asidin bir birleşimi olan bu maddeye **Loewi**, «Vagusstoff» (vagus maddesi) adını vermişti. Asetilkolinin vücuttaki sentezi choline acetylase enzimi ile kontrol edilir; katabolizmasından ise bir diğer enzim, cholinesterase sorumludur. İki türlü cholinesterase vardır: Acetylcholinesterase (spesifik gerçek, e-tipi diye de bilinir) sadece sinaptik bağlantı yerlerinde bulunur ve buraya dökülen asetilkolini hidrolize ederek parçalar. Butyrocholinesterase (non-spesifik, pseudo veya s-tipi diye de tanınır) gerek birçok organlarda ve gerekse kan dolaşımında bulunmaktadır. Bu da asetilkolini hidrolize eder (**Cooper, Bloom** ve **Roth**, 1970).

Loewi'nin Vagusstoff diye adlandırdığı asetilkolini bulduğu sıralarda **Cannon** ve arkadaşları (**Cannon** ve **Rosenblueth**, 1937) diğer nörotransmettör maddeler üzerinde çalışıyorlardı. **Cannon**'un ortaya koyduğu bir nörotransmettör (sypmtathin) daha sonra İsveçli fizyolog **Ulf von Euler** (1946) tarafından belirlenmiş ve nor-epinephrine (veya noradrenaline) diye isimlendirilmiştir. Norepinefrin veya noradrenalin, bir aminoasidden (phenylalanine) sentetize edilir. Bu buluş **von Euler**'e 1970 yılında Nobel mükâfatını kazandırmıştır.

Ayrıntılarını ve özelliklerini biraz ilerde inceliyeceğimiz noradrenalin çok ilgi çekici bir maddedir. Bugün Parkinson hastalığının

tedavisinde kullanım yeri bulmakta ve farmakoloji tarihinde ilk gerçek afrodiziak olduğu ileri sürülmektedir (**McGeer**, 1971).

Ufak bir kimyasal değişiklikle noradrenalin, sürrenal medullası tarafından salgılanan bir hormon olan adrenalin'e dönüşür. Adrenalin ve noradrenalinin fizyolojik tesirleri birbirine çok benzer.

Noradrenalin katabolizması iki ayrı enzim tarafından yapılmaktadır: cathecol-O-methyltransferase (COMT) ve monoamine oxidase (MAO). Noradrenalinin parçalanması asetilkoline göre çok yavaştır. Muhtemelen noradrenalin sinaptik transmisyon vaki olduktan sonra kan dolaşımına karışmakta ve hakiki katabolizması orada vuku bulmaktadır.

Bu iki çok iyi belirlenmiş nörohümoral transmettörle çalışan gene belirli iki tip sinaps da ayırd edilmektedir: asetilkolin'i transmettör olarak kullanan **kolinerjik** ve noradrenalini transmettör olarak kullanan **adrenerjik** sinapslar. Otonom sistem dışındaki bütün periferik sinirler, bütün parasempatik sinirler ve ortosempatik sinirlerin de bir kısmı kolinerjik, diğer bir kısım sempatik sinir ise adrenerjiktir.

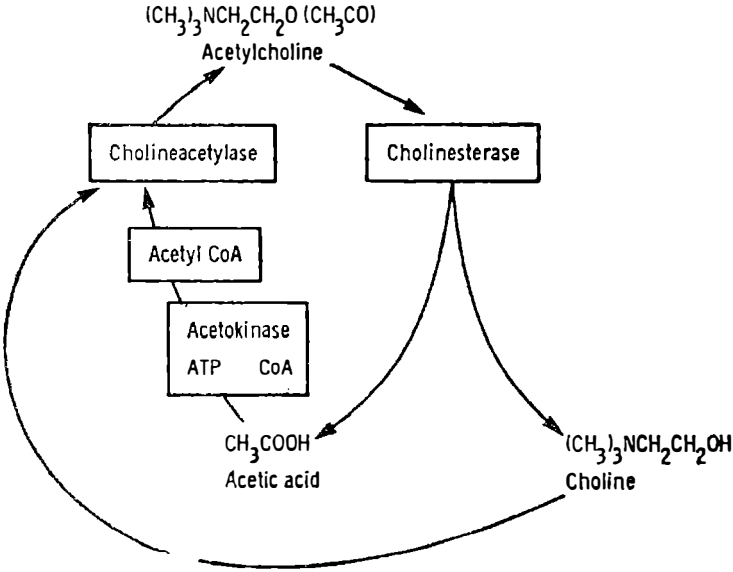
Asetilkolin ve noradrenalinden başka birtakım nörotransmettörlerin de mevcudiyeti gösterilmiş, özellikleri ortaya konmuştur.

Asetilkolin (ACh), noradrenalin (NA), topamin (DA), 5-hidroksitriptamin (serotonin - 5-HT), glisin ve gamma aminobütirik asid (GABA), bilinen sinaptik transmettörleri teşkil etmektedirler. Bunun dışında aspartik asid ve glutamik asidin nörotransmettör özelliği henüz aydınlığa kavuşmamıştır (**Hebb**, 1970). Asetilkolin ve monoaminlerin (NA, DA ve 5-HT) nöronların özel bölgelerinde bulunması ve sadece ileti ile ilgili olmasına karşılık aminoasid'ler (GABA, glycine, glutamic acid, aspartic acid) birçok görevlerle yüklü olarak dokuda yaygın haldedirler. Bu sebeple aminoasidlerin sinapslardaki fonksiyonunu tam olarak belirlemek zorlaşmaktadır. GABA ve glycine inhibitör sinaptik transmettör olarak tanınmaktadırlar.

1948 de **Feldberg** ve **Vogt**'un gösterdiği gibi, her nöron sadece bir türlü transmettör serbest hale getirir ve bizzat kendisi bu transmettöre karşı duyarlı değildir. Bu suretle nöron zincirlerinde ayni transmettörü kullanan sinir hücrelerinin arasına başka transmettörlü bir hücrenin girmesiyle kompleks bir sıralanma meydana gelir. Her ne kadar her sinir hücresi belli bir nörotransmettörü sentetize edebilir,

depolar ve serbest hale getirebilirse de bazı nöronların ilâve birtakım transmettörleri de kullandıkları gösterilir. Meselâ, NA ya az miktarda octapamine, dopamine beta hydroxylase enzimi, postglandin, dopamine de refakat edebilir. Bu ilâve maddelerin rolü henüz aydınlatılamamıştır (**Kopin,** 1972; **Horton** 1973). **Burn** ve **Rand**'ın iddiasına göre, (1965) meselâ postganglioner sempatik hücreler ACh ve NA gibi iki transmettörü serbestleştirmektedirler. Bu araştırıcılara göre ACh stimülâsyonu başlatmakta ve birikme tesiri NA ile elde edilmektedir. «Cholinergic link» adı verilen bu hipotez isbat edilememiştir.

Asetilkolin, noradrenalin, dopamin, 5-hidroksitriptamin (serotonin) ve GABA'nın sentezleri (Şekil: 8, 9, 10 ve 11) de şematize edilmiştir.



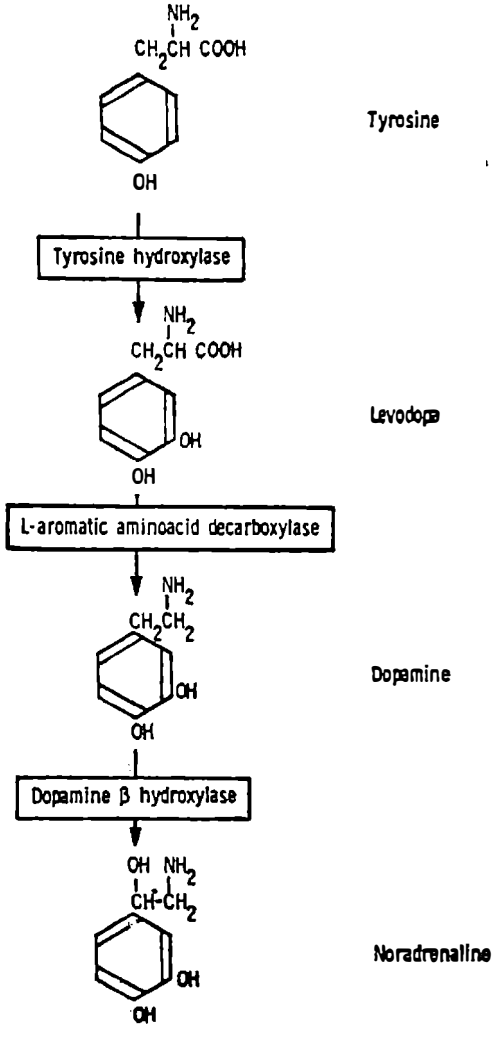
(Şekil : 8) Asetilkolin sentezi

Bu sentezlerin ayrıntılarından, nörotransmettörlerin saklanması, serbest hale gelmesi, yıkılması, inaktive edilmelerinden biraz ilerde söz edeceğiz. Şurasına da işaret edelim ki, ayni bir transmettörün çeşitli hücrelerde sebep olduğu cevaplar oralardaki reseptörlere bağlıdır; Böylelikle bir transmettör, reseptör cinsine göre değişen muhtelif cevaplara yol açabilmektedir. Bunun bilinen ilk örneği koliner-

jik reaksiyonların muskarinik ve nikotinik karakterler göstermesidir. Son neselerde noradrenalin reseptörleri de α ve β olmak üzere ikiye ayrılmışlardır. β reseptörlerinin de subgruplara ayrılması mümkün görülmektedir. Aşağıdaki tabloda çeşitli postganglioner otomatik sinapslardaki iletinin tesirleri gözden geçirilmektedir:

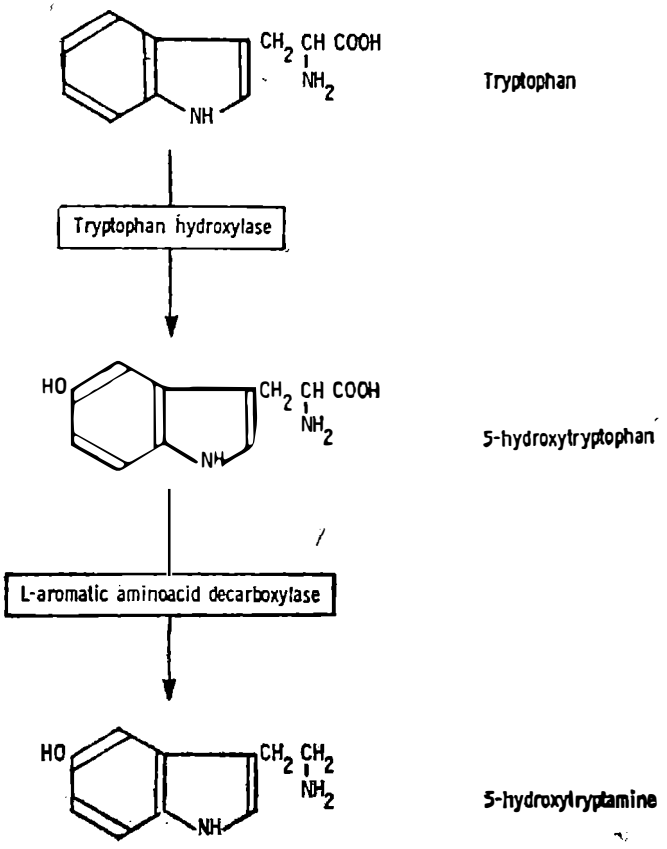
Çeşitli postganglioner otomotik sinapslardaki iletinin tesirleri. α=alfa noradrenerjik reseptör; β=beta noradrenerjik reseptör; M=muskarinik kolinerjik reseptör; N=nikotinik kolinerjik reseptör.

	NA	ACh
Kardiovasküler sistem		
Kalb atışı	Artma (β)	Azalma (M)
Kalb kontraksiyon gücü	Artma (β)	Azalma (M)
Kan damarları	Kontraksiyon (α)	—
	Dilatasyon (β)	—
Solunum sistemi		
Bronş kasları	Gevşeme (β)	Kontraksiyon (M)
Bronş guddeleri	—	İfraz (M)
Sindirim sistemi		
Tükürük bezleri	Kalın salgı (α)	İnce salgı (M)
Peristalizma	Azalma (α ve β)	Artma (M)
Sfinkterler	Kontraksiyon (α)	Gevşeme (M)
	Dilatasyon (β)	—
Pupilla'lar		
Radial kaslar	Kontraksiyon (α)	—
Sfinkterler	—	Kontraksiyon (M)
Çizgili kaslar	Kontraksiyon (α ve β)	Kontraksiyon (N)
Otonomik ganglionlar	—	Eksitasyon (N)

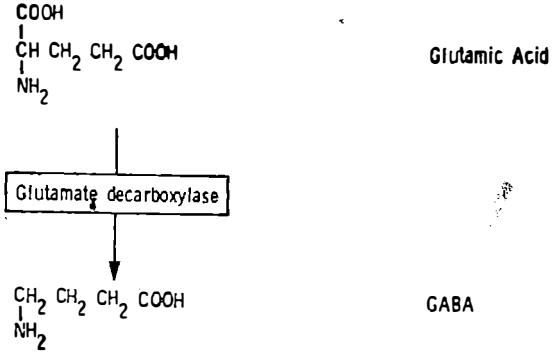


(Şekil : 9) Dopamine ve noradrenaline sentezi

Reseptörler, belli bir cins transmettöre veya onun strüktüral analoguna özeldirler. Transmettör ve reseptör arasında bir kompleksin teşekkülü bir seri ve birbirine bağlı reaksiyonun oluşmasına sebebiyet verir. Bu reaksiyonların sonucu olarak da postsinaptik



(Şekil : 10) 5-HT (serotonin) sentezi

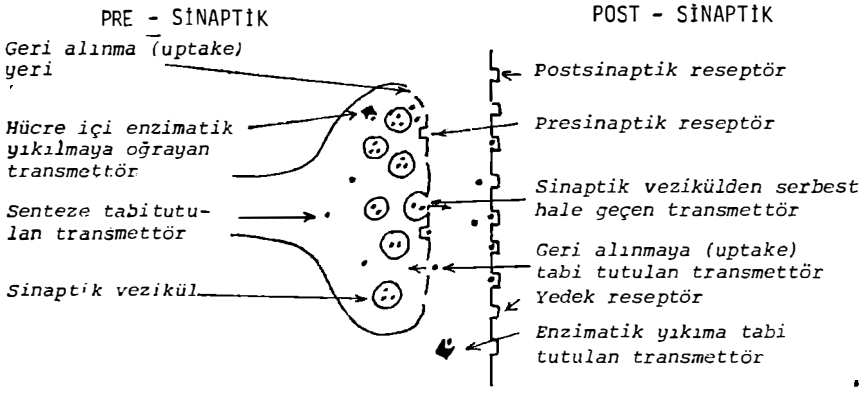


(Şekil : 11) Gammaaminobütirik asid (GABA) sentezi

membranın geçirgenliği veya iletme kabiliyeti değişik, yani, eksitasyon veya inhibisyon olayı meydana gelir. Reseptörler, muhtemelen protein tabiatinde olup sinaptik membrana bağlıdırlar. Meselâ farenin nöromüsküler bağlantısında $3x10^6$ reseptör bulunmaktadır. Bir impuls yalnızca $3x10^6$ molekül asetilkolini serbest hale getirmektedir.

Bir taraftan bu bulgular, diğer taraftan adale liflerinin reseptörlerinin % 90 ı bloke edildiği halde hâlâ uyarılara cevap verebilmeleri vakıası, sinapsların birçok yedek reseptörlerinin bulunduğunu göstermektedir. Trans-sinaptik, sinapslar-aşırı trafik sadece reseptörlerin sayısını değiştirmektedir ki (**Lino** ve **Rosenthal**, 1971) bu processus belki de öğrenme ve şartlanma olaylarının altında yatan mekanizmayı teşkil etmektedir.

Kimyasal olarak en iyi şekilde tarif edilmiş bulunan reseptör kolinerjik (nikotinik) sinapsın reseptörüdür. Bir sinaptik ileti ile ilgili çeşitli mekanizmalar (Şekil: 12) de gösterilmiştir.



(Şekil : 12) Bir sinapsın çeşitli mekanizmalarını gösterir şematik resim.

BİYOJENİK AMİNLER

1952 senesinde chlorpromazine'in tedavi sahasına katılması ile yeni bir uygulama ve araştırma ufku açılıyordu. Artık birtakım davranış kusurlarının bazı farmakolojik ajanlarla tedavisi mümkün görülmekte idi. 1950'lerden önce bromür, fenobarbital ve opium alkaloidlerinden başka ilâcı bulunmayan psikiyatri, bugün temel bilimlerinden biri olan «psikofarmakoloji» ye kavuşmuş bulunmaktadır.

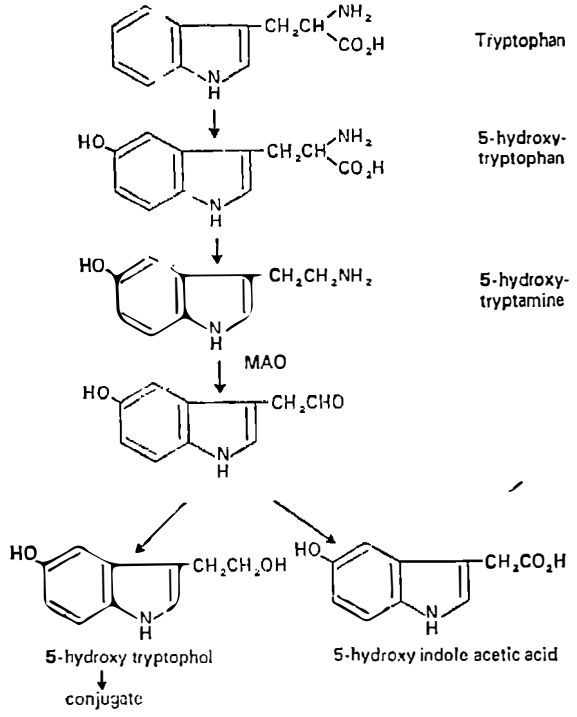
Tedaviden alınan sonuçlar bir taraftan, diğer taraftan psikotomimetik ve hallüsinojen denen maddelerin etkilerinin araştırılması psikozların, özellikle depression halleri ve şizofreni grubu hastalıkların, etio-patogenezinin aydınlatılması için yoğun çalışmalara yol açmıştı. Şimdiye kadar incelediğimiz nörotransmettör maddelerden amin karakterinde olan ve «biyojenik aminler» denen grupla psikotomimetik, hallüsinojen drogların münâsebetinin ortaya çıkarılması ve beyinde bazı biyojenik aminlerin tesbit edilmesi, beyindeki normal nörohümoral faktörlerin psikotoksik denen derivelerinin psikotik davranış bozukluklarına sebep olabileceği fikrini getiriyordu. Bu sebeple, burada biyojenik aminleri biraz daha derinlemesine gözden geçireceğiz. Modern psikofarmakoloji, bir bakıma, biyojenik aminlerle ilgili bilgilere dayandığından, gerçek bir psikiyatrik ilâç tedavisi, ancak bu mekanizmanın iyi bilinmesi ve anlaşılması ile mümkün olabilir.

«Biyojenik aminler» terimi, beyinde bulunan üç aromatik amino-asid için kullanılır: 5-hydroxytryptamine (5HT), dopamine (DA) ve noradrenaline (NA). 5HT (veya serotonine), 1954'de **Amin Crawford** ve **Gaddum** tarafından beyinden elde edilmiş ve özellikleri ortaya konmuştur. Bu araştırıcılar beyni bir polipeptid olan «P maddesi» bakımından araştırırlarken P maddesinin özel reaksiyonlarını vermeyen bir başka maddeye rastlamışlar ve uzun araştırmalardan sonra 5HT'i tecrid edebilmişlerdir. Ayni lâboratuarda **Vogt**, beyinden NA'i elde etmiş, **Carlsson**'un başkanlığındaki bir İsveçli araştırıcı grubu da DA'i bulmuştur.

İlk çalışmalar bu aminlerin oldukça karakteristik bir dağılma gösterdiğini meydana çıkarmıştır. Özellikle beynin merkezî yapılarında birikmekte olup, neokorteksde bunlara az rastlanmıştır. 5HT bilhassa limbik sistem ve beyin sapında bulunur. NA'e beyin sapı ve hipotalamus'da, DA'e ise özellikle striatum'da tesadüf edilmektedir. Beyin kesitleri formaldehid gazına tutulduğu takdirde biyojenik aminler flüoresan kompleksler meydana getirmekte ve flüoresans mikroskopi tekniği ile incelenebilmektedirler. Böylece, bu aminlerin beynin her tarafına yayılan fakat hücre gövdesi merkezî strüktürler içinde bulunan ince nöronal sistemde lokalize oldukları gösterilebilmiştir. Buna tipik bir örnek 5HT ihtiva eden ve orta beyinde bulunan raphe nüveleridir. Bunların hücre gövdeleri, hipotalamus'un lateral tarafından geçen medial ön beyin bandı (medial forebrain bundle) yoliyle yukarıya, cortex cerebri'ye axon'lar gönderirken, bir kısım aksonları da aşağıya, medulla spinalis istikametine gitmektedir. Bunun gibi, dopamine ihtiva eden hücre gövdeleri substantia nigra'da yer almış olup terminalleri özellikle nucleus caudatus'da sonlanmaktadır.

BİYOSENTEZ

Her üç amin de birbirine çok benzer bir biyosentetik sistemle aminoasidlerden meydana gelirler ve dekarboksilasyon yolu ile aminler teşekkül eder.



(Şekil : 13) Beyinde 5HT metabolizması

5 - Hydoxytriptamine (5HT)

5HT'in prekürsör amino asid'i tryptophan'dır. Tryptophan normal olarak besinlerle alınır. Bu maddenin büyük bir kısmı vücut içinde kynurenine gibi diğer maddelere metabolize edilir, sadece % 1 miktarı 5HT haline getirilir ki, bunun da büyük bir kısmı barsaklardaki entero-chromaffine hücrelerde kalır. Beyinde tryptophan, kan beyin seddini geçer. Birinci anzimatik safhası 5-hydroxylation yolu ile diğer bir amino asid'e, 5-hydroxytryptophan'a (5HTP) çevrilmesidir (Şekil: 13). Bu, 5HT sentezini kontrol eden enzimdir. Meydana gelen

5HTP dekarboksilasyona tâbi tutularak 5HT meydana gelir. Bundan sonra küçük partiküller halinde ve muhtemelen ATP ile birlikte muhafaza edilir. Muhtemelen 5HT'in bir kısmı hücre içine sızar ve mitokondrial monoamine oxydase ile bir aldehid olan 5-hydroxyindole acetaldehyde'e parçalanır. Bundan sonra teorik olarak iki yol vardır; ya 5-hydroxytryptophol veya 5-hydroxyindolacetic acid (5HIAA). Beyinde birincisi çok az mikdarda teşekkül etmekte olup daha çok karaciğerde gösterilebilmiştir. Bunun karaciğerdeki yapımı etil alkol ile artmaktadır. Böylece, 5HT'nin beyindeki metabolizmasının son mahsulü 5HIAA'dır. Sinir stimülasyonu ile açığa çıkan 5HT de oksitatif deaminasyon ile parçalanmaktadır.

Monoamine oxidase da ilgi çekici bir maddedir. Substratum'larının özelliği bakımından birbirinden ayrılan birçok izoenzimler mevcuttur ve, meselâ, dopamine için yüksek bir spesifite gösteren izoenzim striatum'da bulunur. Striatum'un bilhassa dopamine'den zengin bir yer olduğuna başta işaret etmiştik.

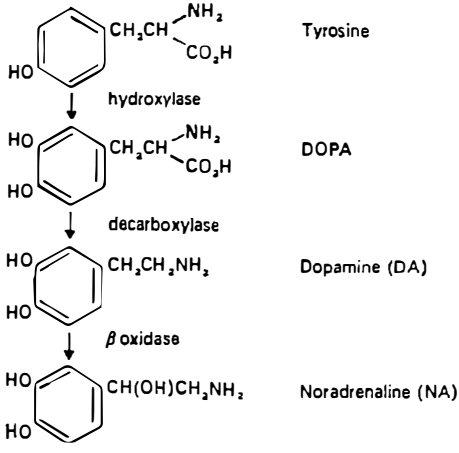
Yukarda belirttiğimiz gibi, 5HT metabolizmasının son mahsûlü 5HIAA'dir. Ventriculus'lar ve cisterna'daki serebrospinal sıvının 5HIAA seviyesi bu metabolit'in beyindeki seviyesini göstermektedir. Lomber ponksiyon ile elde edilen beyin-omurilik sıvısında 5HT metabolizmasının bu son mahsûlü depressif hastalarda araştırılmıştır. Liquor'da 5HIAA konsantrasyonu düşük bulunmaktadır ki bu da 5HT yıkımının veya serbest hale gelmesinin normal şahıslara göre daha düşük seviyede olduğunu gösterir. Bu bulgu, depressif hastalıkların bir çeşit patogenetik faktörü olarak ileri sürülmektedir. Ventriküllerden lomber serebrospinal sıvıya doğru gittikçe 5HIAA konsantrasyonunun derece derece arttığı dikkati çeker. Buna 4. ventrikülün korioid pleksusundaki, bu metaboliti ortamdan kaldıran aktif bir transport mekanizmasının bulunması sebep olmaktadır. Diğer taraftan, lomber serebrospinal sıvıdaki 5HIAA konsantrasyonu yaşla artmaktadır. Depressionlarda ise amin metabolizmasında tesbit edilen değişikliğin hastalığın sebebi mi, yoksa sonucu mu olduğu ortaya çıkarılamamıştır.

5HT, hallüsinojen maddeler (meselâ mescaline, LSD-25 gibi) ve şizofrenik psikozlarla ilgili araştırmalar Şizofreni bahsinde tekrar ele alınacaktır. Ancak, şu kadarını belirtelim ki, 1957'de yayınladığımız bir seri hayvan tecrübesinde (**Songar**, 1957), kedilere periton içi LSD-25 şırıngaları sonucu beyin maddesinin 5HT muhtevasında net bir azalmanın mevcudiyetini göstermiştik. Bu bulgular reaksiyon zamanı ve kortikal evoqued potential tayinleri ile birleştirildiğinde şu

sonuca varıyorduk: «Muhtemelen LSD-25 tatbikinden sonraki serotonin (5HT) seviyesinin değişmesi, psikozu meydana getiren vetîrenin, diğer sistemler gibi, 5HT metabolizmasını da bozmasına bağlıdır. O halde 5HT azlığı veya fazlalığı da psikoz için sebep değil, bir neticedir.»

Dopamine

Gerek dopamine ve gerekse NA sentezi Tyrozine ile başlar. Birinci safha, neuron'un sitoplazmasında bulunan tyrosine hydroxylase enzimi ile dihydroxyphenylalanine (DOPA)'nın teşekkülüdür (Şekil : 14).



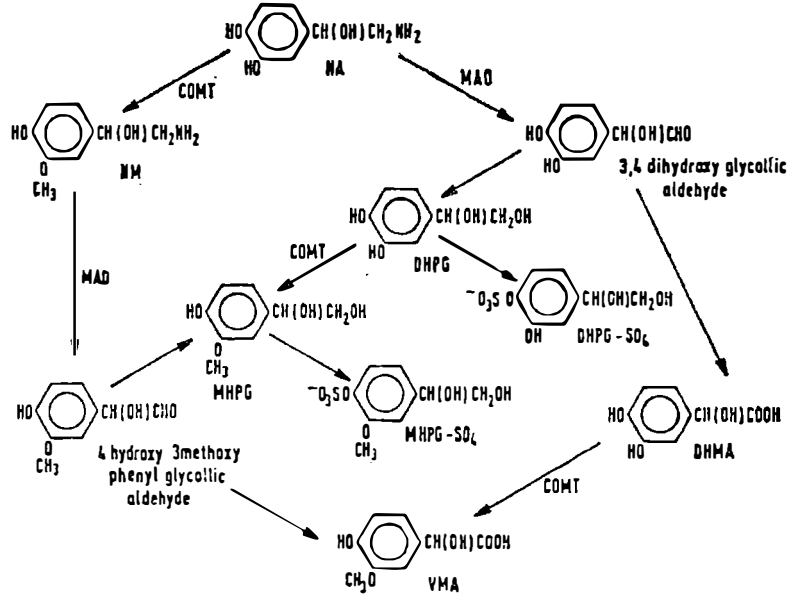
(Şekil : 14) Noradrenalin ve dopamin sentezi

Bundan sonra DOPA, dopa decarboxylase enzimi ile dopamine'e dekarboksile edilir ve 5HT gibi, partiküller içinde muhafaza edilir. Sinir sisteminde dopaminerjik hücrelerin kaybı ile ortaya çıkan Parkinsonizm'de DOPA tedavi gayesiyle kullanılmaktadır. Normal olarak nöronların içinde bulunan DOPA, sistematik olarak kullanıldığı zaman dopaminerjik nöronlardan başka nöronlara da nüfuz edebilmekte ve böylece bir shifting meydana gelerek meselâ 5HT'de bir azalma görülmektedir. DOPA'dan dopamine, decarboylase ihtiva eden kapiller cidarında da meydana gelmektedir. Böylece, DOPA tatbiki fizyolojiye aykırı bir tedavidir ve birçok yan tesirleri beraberinde getirir. Dopamine'in yıkılması, ya oksidatif deaminasyon ile dihydroxyphenylacetic acid'e veya metilasyon ile 3-methoxy-tyramine'e buradan da deaminasyon ile homo vanillic acid'e doğru olur.

Noradrenaline

Noradrenalin sentezi, yukarda anlatılan dopamine sentezine benzer. Fark, depo partiküllerinin dopamine-beta-oxidase enzimini de ihtiva etmesi ve dopamine'in beta-hydroxylation ile noradrenaline'e çevrilmesidir (Şekil: 14). NA, spesifik bir protein olan catecholamine-ATP-chromogranin şeklinde muhafaza edilir.

Noradrenaline'in parçalanması, nöronlar içinde oksidatif deaminasyon ile, serbest halde ise COMT (Cathecol O-methyl transferase) enzimi ile normetanephrine teşekkülü suretiyle olur (Şekil: 15).



(Şekil : 15) Noradrenalin'in beyinde yıkılma yolu

Amin, bundan sonra aldehide deamine edilir. Bundan sonra, periferik sempatik sinir sistemindeki gibi VMA (Vanillyl mandelic acid)'e değil, bir alkol olan 3 - methoxy - 4 - hydroxyphenylglycol'e (MHPG) yıkılır. Glikoller beyindeki NA metabolizmasının başlıca son mahsûlü olduğundan, bunların idrardaki mikdarları çeşitli araştırmalara konu olmuştur (**Maas** ve **Landis**, 1968). Bu metabolitin seviyesindeki düşüklüğe depressionlu hastalarda raslandığından, depressif hastalıklarda noradrenalin'in rolü üzerinde durulmaktadır.

Aminlerin serbest hale gelmesi

Biojenik aminlerin sentezinin kontrolu hakkındaki çalışmaların

çoğu periferik sempatik nöronlarda yapılmış ve elde edilen bulgular, ekseriya pek az tecrübî doğrulama ile, beyine uygulanmıştır.

Daha önce de değindiğimiz gibi, NA, dopamine-beta-oxydase ve bazı muhafaza partikülleri ihtiva eden veziküllerin içinde sentetize edilir. Bu veziküller akson boyunca, aksoplasmik akım ile ve günde 120 mm kadar bir hızla seyrederler (**Dahlström** ve **Haggendal**, 1966). Veziküller, sinirin uyarılması halinde, muhtevalarını exocytosis yolu ile boşaltırlar. Uyarılmış periferik adrenerjik sinir perfüzyonu, veziküllerde bulunan oranda chromogranin ve dopamine-beta-oxidase ihtiva etmektedir. Sinir ucunun sitoplazmasına dönen bu veziküller hâlâ dopamine-beta-oxidase ihtiva ettiklerinden NA sentezine devam edeceklerdir.

Sinir iletisi için önemli olan, serbest hale gelen nörotransmettör'ün derhal inaktive edilmesidir. Bu, birinci derecede enzimlerle, meselâ NA için COMT ile sağlanır. Bir kısmı da muhtemelen bir aktif transport mekanizması ile veziküllere geri alınır. İki NA «havuz»undan söz edilmektedir. Bunlardan büyük olanında nörotransmettörün dönüşü yavaş olmakta, sinir stimülasyonu ile evvelâ harekete geçen ufak havuz ise çok büyük bir labiliteye sahip bulunmaktadır.

Kontrol mekanizmaları

Nöronların fonksiyonel durumlarındaki büyük değişikliklere rağmen amin seviyeleri sâbit tutulmakta ve kullanılan amini yerine koyan sentez mekanizmasındaki sür'atli değişmeler bu stabilizasyonu sağlamaktadır. Biyokimyasal sistemlerde kontrol, çoklukla, belli bir maddenin sentezini sınırlandıran enzim üzerine etkilidir: 5HT teşekkülünde tryptophan-5-hydroxylase; DA ve NA için tyrosine hydroxylase gibi... Tipik olarak, reaksiyon ürünlerinden biri enzimi belli bir noktada inhibe eder; meselâ tyrosine hydroxylase, NA tarafından inhibe edilmektedir. Raphe nucleus'daki 5HT nöronlarının perikarion'larının uyarılmasiyle 5HT sentezinin arttığı gösterilmiştir. Bu artmanın mekanizması henüz bilinmemektedir. Uzun süreli, meselâ 24 ilâ 48 saat devam eden uyarmalarda, sürrenal medullasında protein sentezi inhibitörleri tarafından bloke edilmiş olan cathecolamine sentezinin arttığı bilinmekte, fakat bunun da mekanizması henüz aydınlatılmamış bulunmaktadır. Psikiyatrlar için önemli bir müşahede de beyinde NA prodüksiyonu ve yıkılmasının elektroşok tedavisi veya uzun süreli trisiklik antidepressif tedavisi ile artmasıdır. Bunun da mekanizması bilinmemektedir.

BAŞKA MERKEZÎ SİNAPTİK TRANSMETTÖRLER

Bir maddenin nörotransmettör olabilmesi için bazı özelliklerin bulunması gereklidir. Bunlardan ne kadarı o madde için söz konusu ise, o maddenin nörotransmettör olması ihtimali de o kadar fazladır. Bunlardan bazıları şunlardır:

1) Madde beyin içinde üniform olmayan bir dağılma göstermelidir;

2) Sinir uçlarında, terminallerde mevcut olmalıdır;

3) Sentezleri için enzimler bulunmalıdır;

4) Tekrar geri alınma veya enzimlerle parçalanma gibi sür'atli bir inaktivasyon vaki olmalıdır;

5) Sinir stimülâsyonu ile serbest hale geçmelidir; ve,

6) Postsinaptik hücreye tatbik edildiği zaman presinaptik stimülâsyonun ayni tesiri icra etmelidir, yani, tabi'i transmettörü taklid etmelidir.

Acetylcholine (ACh) ve gamma amino-butyric acid (GABA) beyinde bu kriterlerden pek çoğuna uymaktadır. GABA'nın sadece bir inhibitör transmettör olmasına karşılık ACh'in hem eksitatör ve hem de inhibitör tesiri vardır.

ACh, nöromüsküler bağlantı ve otonom ganglionların nörotransmettörüdür. Ayni zamanda, motonöron aksonlarının geri dönen ve medulla spinalis içinde Renshaw hücreleri ile sinaps yapan kollaterallerinden de serbest hale geçmektedir. Renshaw hücreleri kısa inhibitör ara nöronlardır. Bunlar, kendilerine bağlanan orijinal motor nöronlarla sinaps yaparlar ve arka arkaya gelen deşarjları inhibe ederler. Beyinde ancak az bir mikdar nöronun kolinerjik olmasına mukabil, önemli mikdarda ACh vardır. En yüksek konsantrasyonu thalamus, nucleus caudatus, hippocampus ve cortex cerebri'dedir. Choline acetylase enzimi ile sentetize edilir ve acetyl-choline esterase ile yıkılır.

Kolinerjik nöronlar özellikle yükselen retiküler aktivatör sistemde ve spesifik sensorium'la ilgili yolların bazı bağlantılarında beyinde bir nörotransmettör olarak vazife görmektedir.

İnhibitör nörotransmettörler

İnhibitör sinapslardan gelen inhibitör impulsların iletilmesi ile ilgili iki nörotransmettör bilinmektedir: cortex cerebri'de GABA ve

medulla spinalis'de glycine. GABA'nın sentezi ve yıkılması, daha önce de bahsettiğimiz gibi, nöronun enerji metabolizması ile alâkalıdır. GABA, beyinde oldukça yüksek seviyede (gram başına 100 mikrogram) bulunan belli başlı bir aminoasiddir. Meselâ noradrenaline mikdarı gram başına 1 mikrogramın altındadır. GABA açık bir yerleşme ve yayılma özelliği göstermez, bununla beraber, beyin korteksinin yüzeysel tabakalarında ve Purkinje hücresi ihtiva eden cerebellum cortex'i tabakalarında özellikle fazla bulunmaktadır. Purkinje hücrelerinin inhibitör etkileri dikkate alınırsa bu yayılma bilhassa ilgi çekici olur. Hücre içinde GABA'nın % 40 ı sinir terminallerinde yer alır. Bununla beraber, NA de olduğu gibi birtakım depo vezikülleri gösterilememiştir.

GABA beyin korteksinden spontane olarak serbest hale geçmekte ve bu serbest kalış gerek korteksin lokal elektrik tenbihinde ve gerekse kortekse gelen projeksiyon yollarının uyarılmasında artmaktadır. **Jasper,** spontane GABA liberasyonunun uykuda uyanık hale nazaran daha fazla olduğunu bildirmektedir.

İnhibitör sinapslara medulla spinalis'de de rastlanır. Meselâ motonöronlardaki Renshaw hücrelerinin sinapsları böyle inhibitör sinapslardır. Her ne kadar GABA medulla spinalis'de de bulunur ve eksitasyon halindeki spinal nöronları inhibe edici tesir gösterirse de, bunun medulla spinalis için bir inhibitör transmettör olmadığı açıktır. Evvelâ bu, motor nöronları, tabi'î inhibisyon için karakteristik olduğu tarzda hiperpolarize etmemektedir, ikinci olarak da, GABA'nın etkisi, tabi'î inhibisyonu bloke eden striknin tarafından bloke edilememektedir. Medulla spinalis'de gerçek inhibitör nörotransmettör madde, özellikle gri madde içinde yüksek konsantrasyonda bulunan glycine'dir. Glycine, tabi'î nörotransmettörlerin hücre membranı üzerindeki tesirlerini aynen taklid etmekte ve striknin ile antagonize edilmektedir. İlgi çekici bir husus, tetanus toksininin de striknin gibi spinal inhibitör mekanizmayı bloke etmesi ve bu tesirinin motor nöronlara tatbik edilen glycine ile antagonize edilememesidir. Görülüyor ki, tetanus toksini, inhibitör sinir terminallerinden glycine'in serbest kalmasını önlemek suretiyle toksik tesirini yapmaktadır.

Kolinerjik ve monoamine ihtiva eden nöronlar beyindeki sinir hücrelerinin ancak bir kısmını teşkil eder. O halde, bunların dışında başka eksitatör transmettörlerin de bulunması şarttır. Böyle bir nörotransmettör olması muhtemel bulunan glutamic acid, beynin her tarafında yüksek konsantrasyonda bulunmakta ve hemen hemen bütün nöronları eksite edebilmektedir. Fakat, bu maddenin, gerçek bir nörotransmettör gibi sinir uçlarından serbest hale geçmek yeri-

ne nöronal faaliyetin genel bir modülatörü olarak tesir ettiği düşünülmektedir.

Nörotransmettörler ile epilepsinin ilgisi

Kolinerjik ve GABA ihtiva eden sistemlerdeki bir fonksiyon kusurunun epilepsinin sebeplerinden olması mümkündür.

Asetilkolinesteraz inhibitörleri ACh birikimine sebep olurlar ve böylece, ACh'in transmettör olarak alıştığı sinapslarda bir aktivite artması görülür. Asetilkolinesteraz inhibitörleri hayvan tecrübelerinde konvülziyonlara sebep olmaktadır. Sağlam şahısların serebrospinal sıvılarının ACh ihtiva etmemesine karşılık epileptiklerin liquor'larında bu maddeye rastlanmıştır.

Ciddi B_6 (pyridoxal) eksikliklerinde konvülziyonlar görülür. B_6 eksikliği ile ortaya çıkan ve genetik bir biyoşimik defekte bağlı nâdir bir vitamin eksikliği hastalığında da konvülziyonlar olmaktadır. Pyridoxal hem GABA'yı sentetize eden, hem de katabolize eden enzimlerin bir cofactor'üdür. Bunlarda görülen konvülziyonlar da inhibitör mekanizmadaki bir defekte bağlanabilir. Bununla beraber, klinikte epilepsi, çok yüksek dozlarda verilse bile B_6 vitamini tatbikatından etkilenmemektedir. Pyridoxal phosphate'ı inaktive ederek GABA seviyesini düşüren thiosemicarbazide epilepsi nöbetlerine sebep olabilmektedir. Bununla beraber GABA seviyesinin normalin üstünde bulunduğu hallerde de thiosemicarbazide ile epilepsi nöbeti elde edilebilmektedir. Görülüyor ki, epilepsinin etyolojisinde GABA metabolizmasının rolü hakkında bildiklerimiz henüz bir sonuç çıkaracak derecede değildir.

NÖRO - ENDOKRİN TRANSDUCER'LER

Nöron'dan nöron'a bir sinaptik bağlantı ile bir sinir lifinin effektör organa bağlantısı arasında büyük benzerlik bulunmaktadır. Sinaptik hadiselerin etüdü için model olarak, esasen, sinir lifleri ile çizgili kaslar, düz kaslar ve kalb adalesi arasındaki bağlantılar ele alınmıştır. Dış salgı bezlerinin, exocrine guddelerin içindeki sinir uçlarının tetkiki de sinapslar hakkındaki bilgilerimize çok şeyler kazandırmıştır. Son yıllarda dikkat, giderek hormonların salgılanmasını kontrol eden nöro-effektör bağlantılara çevrilmiş bulunmaktadır. Fizikte (özellikle biyofizik'de) çok kullanılan bir terim olan «transducer» deyimi, bir çeşit fizik (veya biyolojik) büyüklüğü (veya değişikliği) başka bir çeşit büyüklüğe (veya değişikliğe) çevirerek

görülmesini, ölçülmesini, etüd edilmesini sağlayan aracı organa verilen isimdir. Meselâ bu şekilde kan basıncını ölçen tansiyon cihazı veya bir elektroansefalografın elektrodları birer transducer'dir. Burada **nöroendokrin transducer** terimi ile de bir nöronal output'u (çıkış'ı), meselâ bir sinaptik aralığa çıkan transmettörü bir endokrin output'a, meselâ kan dolaşımına dökülen bir hormon'a döndüren hücreler kastedilmektedir. Bu şekilde birçok sistemler bulunmakla beraber, bunlardan dördü özellikle üzerinde durulmaya değer bulunmuştur (**Wurtman**, 1947): (1) hypothalamus, (2) pineal gudde, (3) sürrenal medulla'sı ve (4) juxtaglomerular apparat.

Hypothalamus

Ön hipofiz fonksiyonları

Hipotalamusdaki hücrelerin salgıladığı inhibitör faktörler hypothalamo - hypophyseal dolaşıma katılarak hipofiz ön lobunun faaliyetini kontrol altında tutarlar. Genel olarak, prolaktin denen inhibitör faktörü meydana getiren nöroendokrin transducer'lerin dopaminerjik sinaptik input'ları olduğu kabul edilmektedir. Cathecolamine transducer'leri, ayni surette, luteinizan ve folikülü stimüle eden hormonlar salgılamaktadır ki, burada dopaminerjik yollara ilâveten noradrenerjik sinapslarla da faaliyeti söz konusudur. Bir katekolamin prekürsörü olan levodopa'nın kullanılması plâzmada büyüme hormonunun seviyesini arttırır ve tireotrop hormon seviyesini düşürür. Bu değişikliklerle ilgili mekanizma henüz gösterilmemiştir. Şimdiye kadar yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçlara göre hipofiz ön lob hormonlarının hem inhibitör ve hem de salgıyı arttırıcı faktörlerce kontrol altında tutulduğunu göstermektedir.

Arka hipofiz fonksiyonları

Supraoptik ve paraventriküler çekirdeklerin hücreleri noradrenerjik sinaptik input'ları alırlar; vasopressin ve oxytocin'i kontrol ederler.

Glandula pinealis

Noradrenerjik sinir uçlarının uyarılması ile melatonin elde edilmektedir.

Sürrenal medulla'sı

Kolinerjik preganglioner sempatik sinirlerin uyarılması sürrenal

medulla tarafından adrenaline (epinephrine)'in salgılanmasına yol açar.

Juxtaglomerular aparey

Noradrenerjik sempatik input, böbreklerdeki juxtaglomerular hücrelerden renin ifrazına sebep olur.

BİYOLOJİK AÇIDAN PSİKOZ PATOGENEZİ

Sinir sistemi, özellikle ruhî fonksiyonlar bakımından bildiklerimiz, tarih sırasına göre gözden geçirilirse, daha 16. yüzyılda beynin, kasılabilen bir lâstik top gibi kabul edildiği, beyin dokusu üzerinde hiç durulmadığı ve «ruh» denen cevherin bir gaz şeklinde ventrikül boşluklarını doldurduğuna inanıldığı dikkati çeker. 19. yüzyılın nörofizyolojik modelinde ise organizmaya giren sensoriyel informasyonların thalamus yolu ile, visseral informasyonların da hypothalamus - thalamus yolu ile sensoriyel kortekse, oradan da assosiatif korteks bölgeleri aracılığı ile motor bölgelere intikal ettiğinin düşünüldüğü göze çarpar. Bu fonksiyonel şema içinde subkortikal çekirdekler ağrı, emosyonel faaliyetin kaba kontrolü gibi birtakım ilkel fonksiyonları yerine getirmekle beraber, büyük tractus'lar üzerinde sadece birer ara veya röle istasyonu şeklinde düşünülmekte idi. Limbik sistem kütlesi (rhinencephalon) ise yalnız koku ile ilgili tasavvur ediliyordu.

Kabaca tarif ettiğimiz bu fonksiyonel şemaya «beyin sapı retiküler aktivatör mekanizması» nın eklenmesi için 20. yüzyılı, **Penfield, Jasper, Moruzzi - Magoun** ve arkadaşlarını beklememiz gerekti. Bu dönemde hâlâ «en yüksek seviye» tartışmaları sürmekte ve **Jackson**'un frontal korteksde tasavvur ettiği bu yüksek idare merkezi artık subkortikal strüktürlerde aranmakta idi.

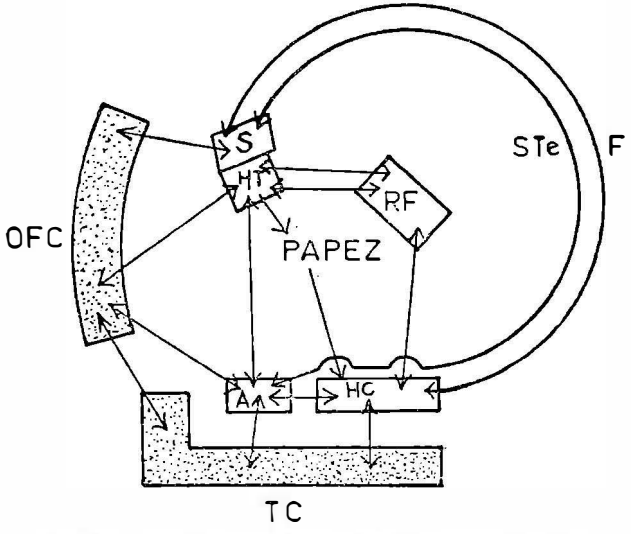
Sherrington'un «uyarılabilir korteks» i ortaya çıkarması ve böylece ruhî denen fonksiyonlarla ilgili ve uyarılamıyan (sessiz) korteks bölgelerinin gösterilmesi ile başlıyan lokalizasyon gayretleri ve buna reaksiyon şeklinde gelişen bütüncü görüşler, uzun süre beyin korteksinde dolaştıktan sonra nihayet derinlere inebilmiş, bazı beyin bölgelerinin ve özellikle subkortikal çekirdeklerin davranışın kontrolündeki spesifik rolleri inceleme konusu olmuştur.

Psikoz, ruh hastalığı, bir «davranış kusuru» dur. Kişinin toplum içindeki yerini haleldar eder, onun toplumla, çevresi ile ilişkilerini bozar, topluma yabancı hale gelmesine sebep olur. Davranışların idare edildiği yer ise, hiç şüphesiz, beyin, daha doğrusu merkezî si-

nir sistemidir. Bu noktadan hareket ederek bu bölümde psikoz, ruh hastalığı etyolojisine biyolojik bir yaklaşımda bulunmak istiyoruz.

Sinir sistemi hakkındaki bilgilerimiz ilerledikçe, görülmüştür ki, hippocampus, amygdala, septal çekirdekler ve bunlarla birlikte limbik korteks, hypothalamus, belirli birtakım thalamik nüveler ve retiküler formasyon, hatıraların depolandırılması, motivasyon, şartlı reflekslerin kuvvetlendirilmesi (reinforcement), heyecanların ifadesi ve şartlı reflekslerin kurulması gibi ruhî faaliyetleri kontrol eden serebral icra mekanizmalarını teşkil etmektedir.

Hippocampus, bir taraftan retiküler formasyon ve diğer taraftan da orbitofrontal ve temporal korteks ile bağlantılıdır (Şekil: 16). Böylece, retiküler sistem ile temporal neokorteks arasındaki bağlantıların meydana getirdiği, ayrıca septum ve hypothalamus'a da bağlanan limbik halka teşekkül eder.



(Şekil : 16) Hippocampus'un bellibaşlı bağlantıları
TC temporal lob korteksi; OFC orbito-frontal korteks;
F fornix; STe stria terminalis.

Bu bölge genel olarak yakın hatıraların depolandırılması ile ilgilidir. Ayrıca, hippocampus'un, bir stimulusun, kendisi ile birlikte verilmeyen işaret değerini hatırlamakta, yani şartlı reflekslerin kurulmasında zarurî mekanizma olduğu gösterilmiştir. Hatıralar, hippocampus, retiküler formasyon, temporal neorteks'den meydana gelen mekanizma içinde saklanır ve bu suretle muhafaza hafızası fonksiyonu yerine getirilir. Sürekli depolanma, muhtemelen, temporal neokorteksde olmaktadır. Bu saklanan hatıralar emosyonel değerleri-

ne ve geçmişteki mükâfatlandırma-cezalandırmalara göre sıralanır ve ortaya çıkarlar. Bu da vokasyon hafızası fonksiyonunu teşkil eder.

Amygdala'lar, koku bölgeleri hariç, hippocampus ile ayni devreyi paylaşırlar. Ancak, burada visseral informasyonlar önem kazanmış olup orbito-frontal korteks ile direkt bağlantıları vardır. Amygdala'lar bir taraftan da şartlı reflekslerin sönme hızını kontrol ederler. İnsanda amygdala'ların tahribi, şartlı korku reaksiyonlarının hızla sönmesi sonucu uysallığa, bir çeşit plasiditeye sebep olmaktadır.

Görülüyor ki, amygdala'lar, kuvvetlendirme (reinforcement), sönme (extinction), stimulusa öncelik tanıma (stimulus priority) gibi kontrol fonksiyonları ile ve hippocampus ile birlikte davranışı modüle etmektedirler. Hangi visseral ve sensoriyel informasyonun önemli sayılarak sürekli hafıza depolarında kaydedileceği, hangilerinin ise önemsiz sayılarak söndürüleceği amygdala'lar tarafından belirlenmektedir.

Amygdala, hippocampus ve retiküler formasyondan meydana gelen sistem visserlerden ve çevreden gelen bilgileri bir araya getirerek şartlı reflekslerin kurulmasında ana mekanizmayı oluşturmaktadırlar. Böylece, çevreden gelen bilgiler hippocampus tarafından alınıp dış dünyanın içimizdeki bir şeması, bir reprezantasyonu halinde kodlanır ve limbik yapılara intikal ettirilir, burada bilgisayarın manyetik bandı gibi devretmeye başlar. Visseral informasyonlarla çevre bilgileri arasındaki zaman bakımından münâsebet şartlı refleksleri meydana getirir. Böylece, meselâ bir A çevre sitüasyonuna (meselâ zil sesine) tekabül eden bir A' şeması hippocampus üzerinde devreder. Ayni anda veya ondan hemen önce amygdala'lardan kalkan bir visseral informasyon (meselâ besin alınması) ile ilgili B şeması da ayni devre içinde mevcuttur. Böylece A şeması kuvvetlendirilmeye (reinforcement'e) uğrar, kuvvetlendirilir, sürekli hafıza depolarında kaydedilir ve şartlı refleks kurulur. Eğer B yoksa A sönecektir.

Retiküler sistem üzerinden gelen kaydedilmiş bir «yaşantı», motor davranışın programını teşkil etmektedir. Bu bilgiler ayni zamanda emosyonel davranış programı olarak da hypothalamus'a gönderilirler ve böylece birbirine uyan visseral ve motor cevaplar temin edilmiş olur.

Sinir sistemi, reseptörlerle aldığı dış informasyonları değerlendirerek buna çeşitli seviyelerde cevaplar vermek suretiyle organizmanın dış ortama uyumunu ve homeostasis'ini sağlıyan bir merkezî bilgisayar gibi çalışmaktadır. Bir reseptöre yapılan belli bir adequate uyarma, tamamen sâbit, stereotipe, önceden belirli, predetermine bir

cevaba sebep olur. Alınacak cevabın şiddetini ise, cevap verecek olan sinir sisteminin non-lenar çalışma karakteristikleri de dikkate alınırsa, stimulusun şiddeti tayin eder. Meselâ, fazla ışıkta pupilla daha daralacaktır. Burada stimülâsyon sırasında tenbihe katılan nöronların sayısı söz konusudur ki, **Sherrington** bunu «nöron havuzu» deyimiyle tarif etmiştir.

Daha kompleks cevaplar iç güdü ile ilgili, «instinktiv» reaksiyonlardır. Burada işe genetik hafıza karışmaktadır. Fakat, bununla beraber, bir «önceden programlama» burada da söz konusudur. Stimulus ise, programı evvelden belirli bir sistemi faaliyete geçiren bir dış etkenden başka bir şey değildir.

Anlattığımız bu iki cevap tarzında informasyonun işlenmesi (information processing) söz konusu değildir. O halde bu sistemlerde gerçek anlamı ile bir «karar verme» den söz edilemez. **Karar verme** olayının ilk şartı **informasyonun işlenmesi (information processing)** dir. Ancak bu şekilde bir «seçme» ve işe irâdenin karışması, şuurlu bir vetire söz konusu olur.

Bir şahsın, 2 ile 3'ü toplamak gibi bir problemle karşılaştığını düşünelim. Eğer denek bu toplama işini nasıl yaptığını biliyorsa, yani sinir sisteminde evvelden buna ait bir program var ise, tıpkı instinktiv davranışlar için geçerli olan davranış şeması harekete geçer; iki, üç daha beş eder diye sonuç alınır. Fakat bu sistem içinde bir çözüme ulaşılamadığını farzedersek o zaman sinir sistemi problemi çözmek için gerekli programı aramaya başlar. İşte, karar vermenin ikinci şartı «**program aramak**» dır. Aksiyon devresinde ana noktayı programın seçilmesi teşkil eder. Bu noktada iki ihtimal söz konusudur: (1) ya beyinde bir program önceden vardır, veya (2) böyle bir program önceden bulunmadığından imal edilmesi gerekir. Bu da ya ikinci derecedeki birtakım sub-programlardan teşkil edilir veya yeniden bir program meydana getirilir.

Karar prosesinin birinci safhası sinyal ile getirilen informasyonun hedef imajda mevcut informasyonlarla mukayesesinden ibarettir. Sinyalin fizik parameterlerine uygun hafıza engramları bulunur, çıkarılır ve mukayese edilmek üzere hazır tutulur. Böyle bir imajın hatıralar arasında mevcut olmaması da mümkündür. Bu takdirde yeni alınan imajın engramı hafıza strüktürleri içinde şekillendirilir.

Hafızada bir imaj mevcutsa bu, hiçbir zaman sinyalin tamamen eşiti olamaz. Pek çok benzeri imajlar, hayâller ve ayrıca iç ve dış parazitler arasında bir ayırım yapmak ve ihtimalleri mümkün olduğu kadar azaltmak gereklidir. Bu suretle karar vetiresinin birinci safhası muhtelif hedefler arasında mukayese yaparak bunların sayılarının mümkün mertebe azaltılmasından ibarettir.

Beyin korteksi ve thalamus arasındaki halka tarzında bağlantılar bu safhanın thalamus'da cereyan ettiğini ve thalamus'a gelen sinyal imajı ile korteksdeki hedef imajlar arasında mukayeselerin yapıldığını göstermektedir. Problemin zorluğu oranında EEG'de theta ritmine rastlanır. Theta ritmi ise thalamus kökenli bir biyoelektrik faaliyettir.

Kararın ikinci safhası programın seçilmesi veya inşasıdır. Bundan sonra iki ihtimalle karşılaşılacaktır:

(1) Ya birbirini takibeden mantıkî bir silsile içinde belirli bir algoritm (*) teşekkül eder;

(2) veya başlanılan noktaya tekrar dönülür.

Algoritm teşekkülü sırasında yeni birtakım informasyonların ilâvesi gerekebilir veya informasyon şekli değiştirilebilir.

Bu noktada iki klinik sendroma dikkati çekmeyi özellikle istiyoruz: obsessiv kompulsiv reaksiyonlar ve paranoid hezeyanlar.

Obsessiv-kompulsiv reaksiyonlar, ilerde «psikasteni» başlığı altında incelenecektir. Bunlarda esas olarak bir irâde kusuru söz konusudur. Hasta manâsız olduğunu bildiği bir fikri bir türlü kafasından atamaz, sıkıntıdan kurtulmak için birtakım merasimlere başvurur, bunlarla da bir türlü tatmin olamaz, «oldu» «olmadı» diye bir şeyi defalarca, arka arkaya tekrarlar, tamam yapıp yapmadığını tahkik etmeleri için yanında şahit bulundurur. Meselâ, mizofobi denen ve kirden korkma hastalığı diye tarif edebileceğimiz obsessiv-kompulsiv reaksiyonda hasta, saçma olduğunu bile bile defalarca yıkanır. Her yıkanmada bir kalıp sabun sarfetmek, bir gece sabaha kadar banyoda kalmak ve ellerini yara edinceye, derisi yüzülünceye kadar yıkamak olagan hadiselerdendir. Tam yıkanıp yıkanmadığına bir türlü **karar veremediği** içindir ki yanında çoklukla bir de şahit bulundurmaktadır. Görülüyor ki, «karar» için gerekli olan «algoritm» bir türlü teşkil edilememektedir ve tekrar tekrar başlanılan noktaya dönülmektedir. Mümkündür ki kortikotalamik devrelerin sinaptik iletisinde bir bozukluk olsun.

Nöroleptik denen cinsten ve «Psikiyatride ilâçla tedavi» başlığı altında inceliyeceğimiz ilâçlar, dopamin norepinefrin ve serotonin gibi, sinaptik iletiyi sağlayan biyojenik aminlere ait reseptörleri bloke etmekte ve beyin sapı retiküler sistemini afferent stimuluslara kar-

(*) Algoritm: Orta çağlarda abakla hesap yapan abasistlere karşılık indo-arabik rakkamları kullanan ve ondalık sistemle hesap yapanlara «algorist» denilirdi. Modern matematikte belli bir problemi çözebilmek için bir seri operasyonların üniform bir prosedeye irca edilmesine, yani formül kurulmasına algoritm denir. Burada sinir sisteminin problem çözebilmek için gerekli işlemleri yapabilmesi kastedilmektedir.

şı perdelemektedir. O halde, gene mümkündür ki, sinyalin gelişini durdurmak veya hiç değilse etkisini azaltmak suretiyle kortiko-talamik fâsid daire bir yerinden kırılmakta, böylece hasta üzerinde tedavi edici bir etki meydana gelmektedir. Psikasteni'nin «karar verme» hastalığı olmasına karşılık, klinik bakımdan onunla birçok yakınlıklar arzeden paranoid psikozlar (meselâ şizofreni) için diğer bir ihtimal söz konusu olabilir: burada algoritm teşkil edilmiştir, o halde «geriye dönüş» ve «fâsid daire» yoktur. Ancak, bu algoritm «mantıkî bir silsile içinde değildir». Sinir impulsü yanlış sinapslardan akmakta ve böylece «paralojik» dediğimiz sapık mantıklı hükümler verilmektedir. Yani denklem kurulmuştur ama çözüm hatalı olmaktadır. Burada nöroleptiklerin dopaminerjik reseptörleri bloke etmesi suretiyle bir düzeltilme, restorasyon etkisi söz konusudur.

«La guerra i l'amor, la sal de la terra»
(Harp ve aşk, dünyanın tuzu...)
Salvat Papaseit

FREUD VE PSİKANALİZ

Psikanaliz'in kurucusu **Sigmund Freud** (1856-1939), şimdi Çekoslovakya sınırları içinde bulunan Moravia'nın Freiberg şehrinde doğdu. Henüz 3 yaşında iken ailesi Viyana'ya göç etti; 1873'de Viyana Üniversitesine girerek tıp öğrenimini orada tamamladı; nöroloji ihtisası yaptı ve 1885-1886 senelerinde çeşitli lâboratuar araştırmaları yayınlandı. Bu arada **Freud**'un birçok klinik çalışmalarına da rastlıyoruz. Gerek 1885 senesinde Paris'de yanında çalıştığı **J. M. Charcot** ve gerekse Viyana'dan eski dostu **Breuer**'in tesiri altında kalarak dikkatini psikolojik konulara çevirdi.

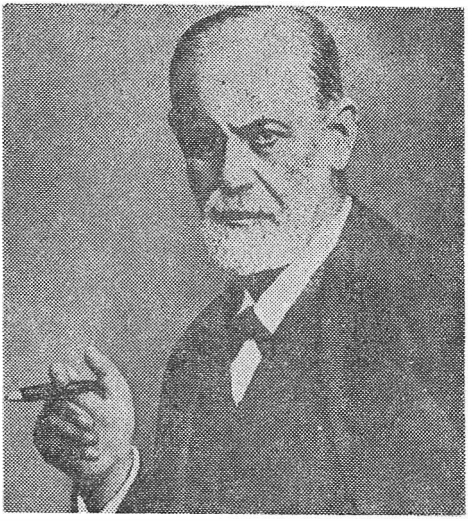
Charcot, histeriyi belirli bir hastalık tablosu olarak ilk defa tarif etmişti. **Breuer** ise histerik bir hastanın tedâvisi sırasında hasta ile ilk belirtilerin ortaya çıkışı hakkında yaptığı konuşmalarla bu belirtilerin kaybolduğunu keşfetmişti. **Charcot**, gerek histerik semptomların giderilmesi ve gerekse tekrar meydana getirilmesi için hipnotizmayı bir metod olarak kullanıyordu. Bu konu ile ilgilenen **Freud** ve **Breuer**, histerik belirtilerin kaybolmasında kullandıkları **catharsis** (boşaltma) metodunu 1895'de yayınladılar.

Bundan sonra **Breuer**'in nörotik belirtilerin seksüel orijinli olmaları hakkındaki görüşü benimsemediğini ve **Freud**'u bundan sonraki çalışmalarında yalnız bıraktığını görüyoruz. **Freud** 1900 senelerine kadar nörozların traumatik orijini, libido'nun seksüel muhtevası ve çeşitli tedâvi teknikleri üzerinde çalıştı. Bu arada, 1897 tarihinde **Freud**'un bu metodla kendi analizini de yaptığını görüyoruz.

Freud 1886'da **Martha Bernays** ile evlendi. Bu evlilikten 6 çocuk dünyaya geldi ki, bunların en küçüğü olan **Anna Freud**, sonradan tanınmış bir psikoanalist olarak şöhret yapmıştır.

1899 yılının sonlarında «Rüyaların tefsiri» üzerine yazdığı kitap yayınlandı. Fakat. **Freud**'un gerek memleketinde ve gerekse bütün dünyada haklı şöhretine erişmesi için daha bir on sene geçmesi gerekiyordu. 1908 senesinde Salzburg'da toplanan birinci milletler arası Psikoanaliz Kongresi, psikanalizi sadece bir teori ve tedâvi metodu olarak değil, fakat yeni bir hareket olarak ilân ediyordu. 1915'de psi-

kanaliz'e ait ilk teorik denemeler, 1916'da da «Psikanaliz'e giriş Dersleri» yayınlandı.



Sigmund Freud

Freud'un çalışma arkadaşlarından **Alfred Adler** 1911'de, **Wilhelm Stekel** 1912'de, **Carl Jung** 1914'de, **Otto Rank** da 1924'de ondan ayrıldılar. Bu devrede **Freud**, «Haz prensibi», «Ego ve İd», «Grup psikolojisi» ve «Ego analizi» üzerine psikoloji ve psikiyatride yepyeni görüşlere yol açan çalışmalar yaptı.

Birinci dünya harbinin çıkması **Freud**'un hayatında birbirine zıt birçok devrelerin doğmasına sebep oldu. Bir taraftan bütün dünyada tanınır, takdir edilir ve teorisi adeta bir mezheb gibi birçok sâlikler bulurken, Avusturya'nın Nazi'ler tarafından işgalini müteakip **Freud**'un Londra'ya hicret ettiğini, memleketlerini terkedemiyen dört kız kardeşinin ise Nazi'ler tarafından öldürüldüğünü görüyoruz.

Freud, sadece psikoloji ve psikiyatri sahasında buluşları ile değil, insan düşüncesine yepyeni ufuklar açması, şuur altı'nı keşfetmesi ve pek çok kimseler tarafından kabûlü güç birtakım yeni kavramları cesaretle ortaya atıp müdafaa etmesi ile büyük bir fikir adamı olarak daima anılacaktır. Görüşleri hakkında ortaya atılan sert ve hattâ ithamkâr tenkidler karşısında soğukkanlılıkla, «Doktorlar da dahil olmak üzere insanların çoğunun bu hakikati reddetmelerini pek tabi'î bulurum. Bunlar, terbiyenin tesiri ile kendi çocukluk arzularını unuttukları gibi, bu itilmiş arzuları hatırlamak da istemezler... Çok sevdiğimiz bir gülün köklerinin çamurlar içinde olduğunu bilmemiz onu sevmemize ve takdir etmemize asla mani olmamalıdır» demesini bilmiştir. Modern psikiyatri **Freud**'a çok şey borçludur.

Psikanaliz'in konusu

1880 - 82 senelerinde Viyana'lı bir hekim, **Joseph Breuer** (1842 - 1925) histeri tedâvisinde yeni bir metod ortaya koymuştu: çeşitli histerik semptomlar gösteren bir genç kızı, semptomların ortaya çıkışı hakkında yaptığı çeşitli konuşmalarla tedâvi edebiliyordu. İlk konuşmalarda, hastalık belirtilerinin, kızın hasta babasına yemek verişi sırasında ortaya çıktığı anlaşılmıştı. Kızı hipnotik somnambülizm haline sokup o anı yaşattığı zaman ise bütün belirtiler ortadan kaybolmuştu. Bu vak'ayı ele alan **Freud**, 1895'de yayınladığı «Studien Über Hysterie» isimli kitabında **catharsis** (boşaltma) teorisini ileri sürmüştür. Catharsis teorisine göre histerik semptomlar bir mental prosessusün enerjisi vasıtasıyle doğmakta, şuurlu tesirlerle alınıp somatik belirtilere çevrilmektedir (konversion). Böylece, bir histerik belirti aslında bir ruhî olayın yerini almış oluyor. Tedâvisi ise, belirtiye sebep olan affektif yükün normal yolundan boşaltılması ile mümkün olmaktadır **(abreaction)**. Zamanla kataritik tedavinin bir süre için iyi neticeler vermekle beraber bunun devamlı olmadığı dikkati çekti. Araştırmalarını ilerleten **Freud**, hipnoz yerine serbest çağrışım metodunu kullanmağa başladı. Böylece **Psikanalitik tedâvi** ve **psikanaliz** ortaya atılmış oluyordu. Psikanaliz, bugün için iki anlam taşımaktadır: (1) ruh hastalıklarının tedâvisi için kullanılan belli bir metod, ve (2) şuursuz ruhî prosessüs'ü araştıran bir ilim dalı **(derinlikler psikolojisi)**.

Psikanalizin dayandığı ana teorilerden birisi **determinizm prensibi**'dir. Tıpkı fizik dünyada olduğu gibi, ruhî hayatta da hiçbir olay bir sebebe dayanmaksızın, gelişigüzel vukua gelmemektedir. Bu arada unutmalar, dil sürçmeleri, yanılmalar gibi günlük hayatımızın olağan birçok hâdiseleri de determinizm prensibine göre belli ve muayyen birtakım sebeplerin sonuçlarıdır.

Psikanalizin ikinci dayanağı ise ruhî hayatımızda şuurlu olayların şuursuz cereyan edenler yanında ancak pek küçük bir kısmı teşkil etmesi, şuurluluğun ruhî prosessüs için daimî olmaktan ziyade nâdir bir hal olduğu hipotezidir. Ruhî faaliyetlerimizin ancak pek ufak bir kısmı şuurludur. Bunun yanında geriye kalan büyük kısmı tamamen şuursuz olarak akıp gitmektedir. Bu sebepledir ki, aslında devamlılık arzeden mental prosessüs bize kesik kesikmiş gibi gelmektedir. Fakat şuurluluk içindeki olayların, mental prosessüsün bilinen kısmının analizi bilinmeyen, şuurumuz dışında akan olayların da ortaya çıkarılmasına yol açar. Bu suretle **Freud**, ruhî hayatımızın görüldüğü gibi yalın olmadığını, bunun bir de derinliğinin bulundu-

ğunu ortaya koymakla psikoloji ve psikiyatriye yeni bir boyut kazandırmış, derinlikler psikolojisini kurmuş oluyor.

Derinlikler psikolojisi

Psikanaliz, derinlikler psikolojisine dayanarak ruhî hayatı üç açıdan ele alır: dinamik, ekonomik ve topografik açılar.

Dinamik görüş açısına göre bütün mental prosessüsler (dış stimulusun alınmasının dışında), birbirine yardımcı olan veya karşı koyan, birbirini tamamlıyan, karşılıklı birbirine tâvizler veren veya birbirini inhibe eden kuvvetlerin bir sonucudur. Bütün bu kuvvetler **içgüdü (instinkt)** tabiatinde olup organik orijinlere bağlıdırlar ve ruhi hayatımızda affektif yükü olan hayaller ve fikirler halinde temsil edilirler **(cathexis)**. İki grup instinkt vardır: kişinin korunmasını gaye edinen **ego-instinkleri** ve başkalarıyle münâsebetlerini düzenleyen **obje instinktleri.** Görünen ego ve obje instinktlerinin arkasında iki ana instinkt bulunmaktadır: **Eros** instinkti kişinin kendi çevresiyle hayat mücadelesini temsil eder; **Tahrip instinkti (Thanatos)** ise yaşayan her şeyin parçalanması, tahribedilmesi gayesine yönelmiştir. Psikanaliz doktrininde Eros'un gösterilerine **libido** adı verilmiştir.

Haz-elem prensibi

Ekonomik görüş açısından psikanaliz, her instinktin mental görünümünün belli kantitede enerjiye sahip bir cathexis'i olduğunu kabul eder. Mental prosessüsün gidişi haz-elem prensibi ile otomatik olarak ayarlanmaktadır. Elem eksitasyonun artması, haz ise azalması ile ilgilidir ve ruhî cihaz daima eksitasyonun kabil olduğu kadar azaltılmasına çalışır. Gelişim sırasında başlangıçtaki haz prensibi dış ortama göre bazı değişikliklere uğrar ve yerini **gerçeklik (realite) prensibine** bırakır. Böylece ruhî cihaz haz prensibinin doyurulmasını belirli bir süre için geri bırakmayı ve geçici olarak elem verici duygulara tahammül etmeyi öğrenir.

Ruhî topografi

Topografik olarak psikanaliz ruhî cihazı komplike bir âlet olarak ele alır ve bunun hangi bölgesinde ne gibi ruhî olayların olup bittiğini araştırır. Daha ilerde göreceğimiz gibi, ruhî cihaz, (1) instinktiv impulsların deposu olan **İd,** (2) İd'in en üst tabakasını, yüzeyini teşkil edip dış dünyanın tesirlerine maruz bulunan **Ego** ve (3) instinktleri inhibe etmek üzere İd'in dışında gelişen ve ego'yu hâki-

miyeti altına alan **Süperego**'dan meydana gelmektedir. İd'de olup bitenler tamamen şuurumuzun dışında cereyan etmekte olup, şuurluluk ise Ego'nun, dış dünyadan gelen stimulusları alan en üst tabakasının fonksiyonudur.

Psikoseksüel gelişme

Canlıların davranışlarının yönünü belirleyen, yani kişiyi belirli bir davranışta bulunmaya zorlayan instinktiv mahiyetteki faktöre **motivasyon** veya **dürtü (ilca - drive)** adını veriyoruz. Çeşitli motivasyonlar arasından bazıları diğerlerine göre daha büyük bir önem kazanmaktadırlar. Bunun da sebebi meselâ beslenme gibi motivasyonların günümüzde hemen hemen daima doyurulabilmesi, hiç değilse çevre ile bir çatışma unsuru olmamalarıdır. Fakat, meselâ seksüel dürtü, üstün olma arzusu gibi motivasyonlar şu veya bu sebepten kişinin olgunlaşması, psychogenesis'i sırasında yeteri kadar doyurulamazlar.

Freud psikanalizi, böylece, insanda çatışmalara sebep olan tek bir dürtü kabul eder: cinsiyet dürtüsü, yani **libido.** Libido, psikanalizde bütün genişliği ile ele alınmıştır. Bunu, çoğalma gayesine yönelmiş bir «seksüalite» olarak ele almamak, dinamik anlamda ego'nun bütün gösterileri şeklinde anlamak gerekir. **Çocuklukta libido, bütün vücut yüzeyine yaygın olup, başka bir objeye, diğer bir kimseye ihtiyaç olmaksızın, kendi kendine ve serbestçe doyurulur.** Bu devreye **«oto-erotik devre»** adı verilir. Libido, başka bir objeye yönelmediği için **«ego libidosu»** adını almaktadır. Çocuk doğduğu zaman en önemli faaliyetlerden birini süt emme teşkil eder. Bu devrede libidonun doyurulması bu emme fiili ile sıkı sıkıya bağlıdır **(oral devre).** Nitekim, bazen çocuk hiçbir beslenme gayesi olmaksızın parmağını veya herhangi bir vücut bölgesini emerek libidosunu doyurmaya çalışır. Burada yapılan hareket, ritmik bir emme teması elde etmekten ibarettir. Bazen aynı zamanda çocuk kulak memesini de çeker ki, bu da avuçlamak arzusunun bir gösterisinden ibarettir. Bu hareket çocuğu uykuya ve hattâ tipik orgasma kadar götürebilir. Esasen erişkinlerdeki nörotik uykusuzlukların, insomnia'ların pek çoğunun sebebinin cinsî doyumsuzluk olduğu da bilinmektedir.

Bu emme safhasından sonra dişlerin çıkması, dolayısiyle besinlerin artık emilemeyip çiğnenmesi, beslenme ve zevk alma fiillerini birbirinden ayıracaktır. Artık çocuk emmek için başka bir cisim değil bizzat kendi derisini kullanmaktadır ki, bu da onu kontrol edemediği dış âleme karşı bağımsız kılmak suretiyle bir çeşit kolaylık da teşkil eder. Bundan yetişkindeki **öpme fonksiyonu** meydana gele-

cektir.

Her çocuk parmağını emmez. Belki bazılarında dudak mukozası irsî olarak daha hassas, yani cinsî tenbihlere karşı daha müsait oluyor. Bazı çocuklar da emmek için başka bir organını, meselâ kolunu veya ayaklarını kullanırlar. Bu emme duygusu doyurulamaz ve bir saplanma olursa ilerde bir cinsî sapıklık şeklinde öpücü **épicure**'-ler ortaya çıkabilir veya yetişkin kimse içki ve tütüne müptelâ olur. Aksi de varittir. Yani, baskı kuvvetle tesirini gösterdiği takdirde yemekten iğrenme, histerik kusmalar, anorexia mentalis halleri doğabilir. Burada baskı, müşterek fonksiyondan dolayı aynı zamanda beslenme instinktine de tesir etmektedir.

Aynı maksatla çocuk anüs bölgesini de kullanır ki, bu suretle oral safhadan **anal safha**'ya geçilmiş olunur. Vücudun bir bölgesinin libidonun doyurulması için kullanılması, bunun herhangi bir vesile ile öğrenilmiş olmasına bağlıdır. Nasıl hayatın ilk saatlerinde süt emme ile başlıyan vital fonksiyonlar ağız bölgesinin kullanılmasını öğretiyorsa, ihtimal ki çocuğun ilk aylarında sık sık rastlanan barsak bozuklukları da bu bölgede irritasyonlar doğurmak suretiyle buna meydan verirler. Böylece çocuk, sık sık kakasını yapmaktan çekinmeye ve gaitasını uzun müddet barsaklarında tutmaya başlar. Artık çocuk defekasyon fonksiyonunu kendi arzusuna göre kontrol etmeye çalışmaktadır. Feçes'in boşaltılması çevreye itaati, tutulması ise kişinin ilk direnme gayretlerini temsil eder. Çocukluk cinsiyet teorilerinden biri olan «yemek vasıtasiyle gebe kalınıp bebeğin anüsten doğması» şeklindeki masal da bu anal-erotik devreden orijinini almaktadır. Anal devrede çocuk pisliğinden iğrenmez. Onunla oynamak, hattâ sevdiklerinin üzerine sürmek bile ister. Lâkin bu, terbiyeden en çabuk müteessir olan çocukluk cinsî eğilimlerinden biridir. İtilme tesiriyle bu ilgi zamanla hamur ve çamura, sonra da kum ve çakıla, nihayet paraya intikal eder. Bazı ilkel topluluklarda çakıl taşlarının bir alım-satım vasıtası kıymetini kazanması ve yetişkinlerdeki patolojik hasisliklerin, maksatsız gibi görünen para biriktirme iptilâlarının bu koprofil gösterilerle direkt ilgisi vardır.

> Birçok patolojik hasislik vak'aları biliriz. Meselâ böyle bir milyoner ihtiyar sabah kahvaltısı ve öğlen yemeğini kaldırmıştı. Akşam yemekleri için ise İstanbul'un tanınmış bir muhallebicisinin önünde bir tanıdığa rastlayıncaya kadar tur ederdi. İlk tesadüf ettiği dostunu derhal muhallebiciye davet eder, hem ona ve hem de kendisine bir çorba ve muhallebi ısmarlar. Yemeğin sonunda her gün oynanan oyun tekrarlanır. İhtiyarın acele bir randevusu vardır. Nasıl olmuş da unutulmuştur. Özür dilemeler ve olağan üstü bir acele ile muhallebiciyi terkeder ve hesabı ödemek de o günkü kurbanına düşerdi. Her mevsim bir tek elma alarak onu bir kavanoz içinde itina ile muhafaza eden ve yemeklerden sonra

çıkararak koklayan, paralarını ise bankada kiraladığı kasaya istifleyen bir zenginin bütün serveti, kimsesi olmadığı için, öldükten sonra vasiyet ettiği bir eğitim müessesesine kaldı. Yine böyle bir zengin sabun masrafı olmasın diye çamaşırlarını evindeki banyo küvetine doldurduğu suya bastırır, elleri kirlendiği zaman banyonun musluğunda el yıkayarak elinin kirli sabunlarını o küvete akıtır. Bir süre sonra bu sabunlarla temizlenen (!) çamaşırlarını durulayarak asıp kurutur ve giyerdi. Bunlarda para biriktirme hırsının beslenme gibi en basit vejetatif ihtiyaçlarını bile gölgede bırakacak dereceye yükselmiş olması, bu biriktirmenin herhangi bir maksadının bulunmaması ve parasını bankaya dahi yatırmayıp kasalarda muhafaza ederek onlara dokunmak, ellemek, okşayıp sevmekle tatmin olması ancak gaita sevgisinin zamanla para aşkına dönmesi ile izah edilebilir.

Anüs bölgesinin adetâ mastürbasyon gayesiyle karında birikmiş gaitaların tenbihine tâbi tutulması nörozlularda pek sık rastlanan asabi kabızlıkların da bir sebebidir.

Daha yaşlı çocuklarda anal bölgenin parmakla kaşınması yolu ile gerçek mastürbasyon tatbikatına da rastlanabilir.

Bu arada bir de üretral safha ayırd edilebilir. Penis, çocuğun cinsî hayatında önceleri önemli bir rol oynamaz. Genital organların her iki cinste de idrarın boşaltılması fonksiyonu ile sıkı sıkıya ilgili olmasından ötürü, ilerdeki normal seksüel faaliyetin başlangıcı olarak bu üretral safhayı kabul edebiliriz. Bahsettiğimiz çağda üreme organı henüz gelişmemiştir. Cinsî gösterilerin belirtileri zayıftır. Ondan dolayı bütün işaretler idrar organı tarafından gösterilir. **Geceleri altını ıslatmalar,** bu hal bir epileptik belirti olmadığı zaman, genellikle bir gece éjaculation'una tekabül eder. Bu devirde mesane hastalıkları denen birçok hallerin de cinsî menşeli olduğu ortaya çıkabilir. **Friedjung,** erkek süt çocuklarında éjaculation'a benzer, bir ereksiyon ile başlayarak idrarını ederken haz titremeleri görülmesine dikkati çekiyor. Burada elde edilen haz hisleri sonradan birtakım pollakiüri ve enüresis şekillerinde üretral erotizmin ilk belirtilerini teşkil eder. Gene aynı esasa dayanılarak kız çocuklarında bazı eşyaları idrar yollarına sokma da müşahede edilebilir.

Genital devre adı verilen bir devre daha gösterilebilir. Bu devrede çocuğun, hiçbir fizyolojik faaliyet olmaksızın penisi ile oynaması dikkati çeker. Bu hususta pek küçük yaşlardan itibaren zengin müşahedeler vardır. Ağız, anüs, v.s. için bahis konusu olan, «bir organını libidonun doyumu için öğrenmek önce herhangi bir tesadüfle başlar» şeklindeki kaide bizzat çoğalma organı için de geçerlidir. Herhalde çocuk ilk denemeyi yıkanma sırasında yapıyor olmalı. Yıkanmaya itina etmiyen ailelerin çocuklarında da kirlerin ve ifrazatın birikmesi, dolayısiyle kaşınma ihtiyacı aynı sonucu doğurabilir. Bu

suretle çocukluk mastürbasyonunun temelleri atılmış olur.

Neticesiz olarak tenasül organı ile oynamaya pek erken yaşlardan, hattâ süt çocukluğu devresinden itibaren rastlayabiliriz. 3 yaş sıralarında bu sıklıkla görülür ve pek de bir zarar yapmaz. Ancak, kabahat hissine bağlı olduğu zaman suçluluk kompleksi doğurabileceğinden önem kazanır.

Çocukluk mastürbasyonu diye adlandırabileceğimiz bu faaliyeti üç devreye ayırabiliriz: (1) bebeklik devri, (2) takriben 4 yaşına doğru kısa bir zaman için gelişen cinsî faaliyetler devri ve (3) püberte devri.

Bebeklik devrinden ve bu devrede görülen belirtilerden yukarda söz ettik. Bundan sonra bir süre için seksüel organlar bölgesinin kullanılmasına devam edilir ve bu, baskı altına alınıncaya kadar devam eder. Tekrar püberte çağında uyanacak olan bu faaliyet bazen de hiç ara vermez.

Bahsettiğimiz ikinci safhanın teferrüatı şahsın şuur altında çok derin izler bırakır. Eğer fert sıhhatli kalırsa bunlar onun karakterinin çizgilerini çizer. Fakat, püberteden sonra bir nörotik belirti ortaya çıkarsa, o zaman bu belirtiyi bu izlere bağlayabiliriz. **Normal çocukluk amnezisi** bebeklik yıllarının duygu ve isteklerinin unutulması da bu faaliyete bağlıdır.

Acaba bu ikinci safha nasıl başlıyor? Burada önemli bir dış faktör göz önünde tutulmalıdır: iğfal, kandırma veya öğrenme. İğfal edici, öğretici tesir erginlerden veya diğer çocuklardan gelebilir. Bu bususta özellikle ana - babanın terbiye hataları da büyük rol oynar. Süt çocukluğu devresinden sonra çocukların hâlâ anne ve babalarının yatak odalarında yatırılması böyle bir sebep teşkil edebilir. Bu hareket tarzı çocuğun merakının harekete geçmesine sebep olur ve onu tatmin yolları aramaya sevkeder. Bir defa tatmin şeklini öğrenen çocuk artık bunu mastürbasyon şeklinde tekrarlamak ister. Fakat, iğfal gibi bir dış faktör olmadan da, tamamen iç faktörlerin tesiri altında dahi bu uyanma meydana gelebilir. **Freud** ilk zamanlarda çevrenin tesirlerine fazla önem vermişti; sonraları bu fikrini oldukça değiştirmiştir. Ne de olsa iç faktörler, fizyolojik zorlamalar daha önde gelmektedir.

Bir nokta da çok önemlidir: çocuk, iğfalin tesiri altında polimorf cinsî sapıklıklar gösterebilir. Zira, çeşitli sapıklıklara kolayca sevkedilebilecek bir çağdadır ve bunları önliyecek direnci de henüz pek zayıftır. Kurulması yaşa bağlı olan iğrenme, utanma, ahlâk, v.s. gibi barajlar ya kurulmamıştır veya kurulma gayretleri içindedir.

Bu sıralarda oto-erotizmin ruhî bir gösterisi olan **narcissisme**, yani kendi vücuduna âşık olma prosessüsü de gelişir. Ego-libidosu-

nun bir sonucu olan bu gelişim ile çocuk kendi kendisini seyretmekten ve çıplak bir halde kolunu, bacağını oynatmaktan zevk alır. Bunu özellikle çocuğun çamaşırları değiştirilirken müşahede edebiliriz. Çocuk aynaya bakmaktan çok hoşlanır, bundan dolayı bu safhaya «aynalar devresi» de denmektedir.

Bundan sonra artık yavaş yavaş oto-erotizmin yanında hetero-erotizm de kurulmaya başlar ve gittikçe ondan daha kuvvetli bir mevki alır. Her ne kadar başlangıçta henüz oto-erotizm hâkim ise de, bunun yanında diğer şahısları obje olarak işaret eden elemanların var olduğu muhakkaktır. Bunlar arasında **gözetlemek, teşhir** ve **işkence etmek** isteğini sayabiliriz ki, bunlar hattâ pek erken bebeklik çağında da müşahede edilebilirler.

Küçük çocuk vücudunu ve bilhassa seksüel organını teşhirden büyük bir zevk alır. Teşhirin karşıtı olan **gözetleyicilik** de gelişebilir. Zira, bu çağlarda utanma duygusu artık teşekkül etmiş ve çocuk teşhircilikten **(exhibitionisme)** vazgeçmiştir. Bu neviden ihtiyaçlarını doyurmak için en uygun yer olarak abdesthanelerin hararetli bir seyircisi haline gelir. Aynı şekilde, anne ve babası ile bir odada yatan çocuk bu arzularını tatmin için bir yol bulmuş demektir.

Çocukta yaygın bir şekilde bulunan seksüel instinktler **birbirine zıt iki yönde** ortaya çıkar. Bunlardan en açık olanı **sadizm**'dir. Bu instinkti sınırlayan baskı, yani sempati gösterebilme kabiliyeti daha geç geliştiği için gaddarlık, zalimlik, çocuk karakteri ile yakından ilgilidir. Kuşları sapanla vurup, hiçbir sebebi olmaksızın kafalarını koparıp atan, kedilerin kuyruğunu çekmekten tutun, üzerlerine gaz döküp yakmaya kadar çeşitli işkenceler yapan çocuk böyle bir sadist örneğinden başka bir şey değildir. **Freud,** «gaddarlık duygusunun hâkim olma iç güdüsünden doğduğunu söyleyebiliriz» diyor. Buradaki gaddarlık prosessüsü ile cinsî uyarım bölgeleri arasındaki bağlantı ilerde kırılmazsa karşımıza bir seksüel sapıklık halinde sadist bir yetişkin çıkabilir.

Sadizm eğiliminden daha seyrek olmak üzere çocukta **mazohizm**'e de rastlayabiliriz. Özellikle bu halin yerleşme tehlikesi, anababa veya terbiyeci tarafından çocuğa haşin muamele edildiği zaman vardır. Buna meşhur bir örnek **J. J. Rousseau**'dur. «İtiraflarım» adlı eserinde belirttiği gibi, mazohizm için uyarım bölgesi bilhassa glutaeus'lardır. Birçok terbiyeciler buraya tatbik edilen bedenî cezaların kaldırılmasını haklı olarak teklif etmektedirler.

Çocuk bu sadizm fikri ile cinsî birleşmeyi de izah etmek ister. Eğer bu yaşlarda böyle bir sahne görecek olursa bu fiili bir fena muamele ve mağlûp etme tarzında telâkki eder. Aynı suretle çocuk,

evlenme, doğum, v.s. nin de nelerden ibaret olduğunu araştırmaya başlar. Oto-erotik devredeki anal safha ve koprofil belirtilerin kalıntıları çocuğu, doğumun anüs yolu ile olduğunu kabule sevkeder. Mamafih, bu hususta pek çok çocukluk teorileri ve izah tarzları vardır. Çocuk, annesinin gebe kaldığını, sonra da yeni bir kardeş geldiğini farkeder ve büyük bir merakla bu işin esasını incelemeye başlar. Bunu açıklamak için kendisine uydurulan «Leylek masalı» nı da umumiyetle sessizce ve fakat büyük bir itimatsızlıkla dinler.

> Yayınevi sahibi bir arkadaşım, mesleği icabı pek çok mektup aldığı için, 3 yaşlarında ve çok akıllı bir çocuk olan oğluna kardeşinin de postacı tarafından, mektupla getirildiğini söylüyor, çocuğunun da buna inandığını zannediyordu. Yeni evli bir dostları evlerine gelip gittikçe onların da neden bir çocukları olmadığını, postacının acaba adreslerini neden hâlâ öğrenmediğini soran çocuğa buna benzer çeşitli masallar uydurulur. Bir gün bu yeni evli çift gene ziyarete gelirler. Fakat bu sefer genç hanımın karnı biraz şişmiştir. Bir bebek beklemektedir. Daha çocuğa hiçbir şey söylenmeden, kapıdan giren genç hanımın karnını göstererek atılır: «Baba, baba, bak postacı nihayet bu teyzelerin de adresini öğrenmiş!...»

Bir taraftan çeşitli araştırmalarının ve sorularının bir sonuç vermemesi, diğer taraftan kendisini ikna için uydurulan bir sürü masallar, çocukta evvelce tam bir güvenle bağlandığı çevresindeki insanlara karşı bâriz bir yabancılaşma hasıl eder. **Hetero-erotik devre** böyle, birçok araştırmalar ve birtakım teorilerin kurulmasiyle başlar ki bu safhaya **«kompleksler devri»** denir. Artık çocuk 5 yaşını bulmuştur.

Psikanalitik incelemeler, çocuğun merakının zannedildiğinden çok daha erken bir çağda cinsiyet konularına yöneldiğini göstermektedir. Hattâ, diyebiliriz ki, **«merak»** ilk defa cinsî meseleler tarafından uyandırılır. Bu araştırma ve inceleme faaliyetini başlatan pratik sebeplerden yukarda bahsettik. Bir kardeş dünyaya gelirse, kendisine gösterilen ilgi ve sevgiyi kaybetmek, hiç değilse bir başkası ile paylaşmak korkusu çocuğu büsbütün düşünceli ve meraklı bir hale sokar. Yalnız, şunu belirtmeliyiz ki, burada çocuğun ilk meşgul olduğu mesele cinsler arasındaki fark değil, ancak, bu yeni gelen bebeğin nereden çıktığı bilmecesidir. İki ayrı cinsin varlığı önceleri mücadelesiz olarak kabul edilir. Yalnız, erkek çocukta herkeste kendisininkine benzer bir penis olduğu inancı vardır. Fakat, günün birinde kızlarda aynı organın bulunmadığının farkına varınca bunun kastrasyon yolu ile kaybedilmiş olduğuna inanır. İşin doğrusunu ka-

bul ancak çetin iç mücadelelerinden sonra olur. İşte bu komplekse **«Kastrasyon kompleksi»** denir. Kız çocuğunun penisi olmadığı yolunda varılan sonuç, ekseriye karşı cinsin kıymetinin zamanla azalmasına sebebiyet verir. Aynı suretle, kız çocuk da kendisinde bir eksiklik olduğu zannına kapılır.



Sophocles'in Oidipus Rex (Kral Ödip) tragedyasından bir sahne

Bu yaşlarda **Sophocles**'in Oidipus Rex (Kral Ödip) trajedisi her çocuğun hayatında tekrar tekrar oynanmaktadır.

Yunan mitolojisinde Oidipus, Thebes kralı Laius ve Kraliçe Jocasta'nın oğludur. Laius, bir kâhinden oğlunun kendisini öldüreceğini ve annesi ile evleneceğini öğrenir. Oğlu doğunca topuklarına bir diken batırarak (Oidipus — şiş ayak) Cithaeron dağına bıraktırır. Fakat çocuğu bir Korintli çoban bulur ve Korint Kralı Polybus'a götürür. Çocukları olmayan Polybus ve eşi Menope, Oidipus'u evlât edinirler. Oidipus bir delikanlı olduğu zaman arkadaşı kendisine sokakta bulunmuş bir çocuk olduğunu söyler. Buna pek de inanmıyan Oidipus Delphi'ye giderek ana-babasının kimler olduğunu Apollo'dan sorar. Apollo ona kaderinde babasını öldürmek ve annesi ile evlenmek olduğunu söyler. Oidipus, Apollo'nun Polybus ve Menope'yi kasdettiğini sanır, Korinte dönmez. Delphi'yi terkederken kendisine engel olmak isteyen Laius isimli bir adamı (asıl babasını) öldürür. Thebes şehrine giderken şehri, bilmecesini cevaplandırarak Sphynx'den kurtarır. Mükâfat olarak Thebes şehri halkı onu kral ilân eder ve Oidipus, şehrin ölmüş olan kralının dul karısı Jocasta ile evlenir. Jocasta'nın Oidipus'dan dört çocuğu olur: Antigone, Ismene, Eteocles ve Polynices. Arkasından şehre ilâhların gönderdiği belâlar yağmaya başlar.

Oidipus, Laius'un kaatilinin şehirde bulunduğunu öğrenmiştir. Kaatili arar ve kehanetin doğruluğunu öğrenir: kaatil bizzat kendisidir.

Gerçeği öğrenen Jocasta kendisini asar, Oidipus da annesi ile evlenmenin ve babasını öldürmenin cezasını kendi elleriyle verir, gözlerini kör eder. Şehirden kızı Antigone ile birlikte kovulan Oidipus, Atina yakınlarında Colonus şehrine doğru yola çıkar. Orada ölür ve gömülür. Bir kehanete göre, Oidipus'un mezarı şehir için birçok faydalar doğurmaktadır.

Oidipus efsanesi **Sophocles**'in Oidipus Rex ve Colonus'da isimli trajedilerine konu teşkil etmiştir.

Hetero - erotik devreye geçen çocuk bir obje, libidosunu yöneltecek bir başka kimse aramaktadır. İlk olarak kendisiyle meşgul olanlara yönelir, libidosunu annesine çevirir ve onunla bu sevgisini paylaşan babaya düşman olur. Sonraları bir kompleks şeklinde şuur altına itilecek olan bu hetero-erotik belirtiye **Oidipus kompleksi** adı verilir. Çocuk, ayrıca, babasının bu sevgiden haberdar olup onu, penis'ini kesmek suretiyle cezalandıracağından da korkar. Bu suretle **kastrasyon kompleksi** teşekkül eder. Babası kuvvetlidir, çünkü penis'i büyüktür, ereksiyon olabilmektedir. Kendisininki küçüktür, babası tarafından kesilmiş veya kesilecektir. Kız çocukları görürse onların penisinin olmaması dikkatini çeker ve bunun bir kastrasyon sonucu olduğunu zanneder. Aynı eksiklik hissi kız çocuklarda da gelişmektedir. Nihayet, çocuk yaptığı herhangi bir hareketi, özellikle mastürbasyonu ahlâk dışı görürse, özellikle çevrenin telkinleriyle de kuvvetlenen bir his, **suçluluk kompleksi** yerleşir.

Kız çocuklarda Oidipus kompleksi ters bir şekilde gelişmektedir. Yani, babaya karşı sevgi ve anneye düşmanlık hisleri doğar. Buna da yine Yunan mitolojisinden bir benzetme ile **Elektra kompleksi** ismi verilir.

Nihayet okul çağı başlar. Çocuğun çevresi genişlemiş, ilgilenmesi ve öğrenmesi gereken birçok konular önüne konmuştur. Bu devrede, püberteye kadar geçen zaman içinde, çocuğun alâkaları geçici olarak cinsî konulardan çevrilir ve libido için bir **latent safha** başlar. Püberte ile beraber libidinal hisler genital bölgeye lokalize olarak neslin devamı için çalışmaya devam edeceklerdir. Püberte ile birçok meseleler hallolur, fakat çocukluk hatıralarının şuur altındaki izleri, kompleksler, tesirlerini devam ettiregelecek ve yetişkin insanın psiko-seksüel kişiliğini meydana getirecektir.

Püberteye kadar seksüel instinktte oto-erotizm komponenti açık bir şekilde kendini hissettirmektedir. Evvelce de açıkladığımız gibi, çocukluğun «seksüel» diyebileceğimiz instinkti insan cinsinin devamı ile direkt olarak ilgili bulunmayıp, aksine sadece bir haz tedarikini hedef tutmaktadır. Halbuki bu andan sonra bir cinsî obje teşekkül etmiş olup, vücudun şimdiye kadar çeşitli bölgelerine yayılmış olan

libidinal hislerin hepsi genital sistemin önderliği altına girerek insan nev'inin devamı gayesine yönelmiştir. Bu yeni cinsî hedef her iki cinste olan kimseler için birbirinden çok farklı fonksiyonlar talep ettiğinden ikisinin gelişmeleri ancak kısmen birbirine benzer. Erkeğin cinsî gelişimi daha istikrarlı ve daha kolay anlaşılabilir bir haldedir. Buna karşılık, kadında bir çeşit gerileme gözükür gibi olur. **Freud** bunu «aynı hedefe yönelmiş ve fakat iki istikametten açılan bir tünel»e benzetir.

Görülüyor ki, **Freud** psikanalizinde psişizma, ruhî prosessüs için çeşitli seviyeler, katlar kabul edilmektedir. Bunu açıklamak için **Freud**'un meşhur örneğini tekrarlayalım: İçi eşyalarla dolu, büyük ve karanlık bir oda düşünün. Bu odanın ortasında bir mum yakarsak biz sadece mumun aydınlattığı bölgedeki eşyaları görür ve onlardan haberdar oluruz. İşte bu ufacık aydınlık saha şuuru, geriye kalan ve yine eşyalarla dolu fakat bizim için karanlık olan bölge ise şuur altını temsil etmektedir. Çocuk, kişiliğinin gelişmesi sırasında birtakım arzu ve tecrübelerini yaşantılarını zorla unutmakta, onları şuur altına itmektedir. Şuur altında daima var olup şuura çıkmak için fırsat kollayan, toplumun anormal, ahlâksızca saydığı arzulara **Freud,** evvelce de sözünü ettiğimiz gibi **İd** adını veriyor. İd ile bütün primitif, instinktiv motivasyonların kaynağı kastedilmektedir. İd, toplum baskısı henüz teşekkül etmeden önce çocuğun reaksiyonlarını yönelten, şuursuz ve zevk alma prensibine bağlı bir emosyon, bir gerginliktir. Nihayet bunları şuur altına bastıran bir inzibat ve kontrol kuvveti, toplumun baskısı ile gelişen kuvvet de vardır ki buna **«super ego»** denir. Super ego, benliği, kişiliği eğiten, öğreten, baskı altında tutan, yine benliğin (yani ego'nun) bir parçasıdır. İd ve super ego daima çatışma halinde bulunan iki kuvvettir. Bunların çatışma yüzeyinde ise kişiliğin işleyen, görünen, tezahür eden kısmı bulunur: **ego.** Şahsiyet strüktürünün en üst parçası olan super ego, kazanılmış bir faktördür. Bunu çocuk doğarken getirmemektedir. Superego'nun baskısı ile şuur altında tutulan çocukluk arzu ve istekleri, tatmin edilmemiş libidinal instinktler ise İd muhtevasını, yani **kompleks**'leri teşkil eder. Kompleks, şiddetli emotif yükü olan ve kişinin günlük hayatı ile çatışma halinde bulunduğu için şuur altına itilmiş bulunan fikir grupları, arzu ve isteklerdir. Kompleks de benliğin, açıkça bilinmesine tahammül edilemiyen, bir elementidir. İki kuvvetin, superego ve id muhtevası komplekslerin tesiriyle ego, dalgalı bir deniz gibi mütemadiyen çalkanır ve çeşitli adaptasyon imkânları arar. İkisi arasında sağlam bir denge kurulabildiği nisbette şahıs ruhî bakımdan sıhhatli ve sağlamdır. Fakat bu kompleksler superego tarafından yeterli

derecede bastırılamazlarsa çeşitli yol ve tarzlarla şuura çıkmaya ve birtakım sembolik ifadeler tarzında doyurulmaya başlarlar. Şuura çıkan bu kompleksler asıl olduklarından öyle farklı kılıklara bürünmüşlerdir ki (meselâ rüyaların muhtevası, dil sürçmelerinden çeşitli histerik belirtilere ve şahsiyet değişmelerine kadar) bunları psikanalitik araştırmalar olmaksızın tanımaya imkân yoktur. Şekil değiştirme, halen de mevcut olan baskı tesirin şiddetine bağlıdır; bazen normal sınırlarda kalır, bazen, yüksek gayelere yöneltilmiş birtakım faaliyetler kılığına bürünür **(rasyonalizasyon ve süblimasyon).** Şahsın, superego baskısı ve çeşitli dış ortam değişiklikleri karşısında psişik homeostasis'ini kurmasına yarıyan bu reaksiyonları **«savunma reaksiyonları»** başlığı altında mütalea ediyoruz. Bundan biraz ilerde bahsedilecektir. Bazen komplekslerin aldıkları kılık o derecede primitif, anarşik ve patolojik bir tarzdadır ki, şahıs artık bütünlüğü bozulan kişiliğini daha geri, daha iptidaî ve çocuksu bir seviyede yeniden kurmaya çalışmaktadır. Bu, **regression** (gerileme) dediğimiz olaya şizofreni gibi psikozlarda rastlıyoruz.

Tekrar işaret edelim ki, **Freud**'un anladığı manâda şuur, basitçe bir idrâk organıdır. Ruhî faaliyetlerimizin ancak pek ufak bir kısmı şuurda cereyan eder. Şuurun hemen gerisinde bir **şuur önü (pré-conscience)** vardır. Buradaki hatıralar da biraz gayretle hatırlanabilmektedirler. Ancak, İd'i barındıran şuur altındaki izlenimler normal olarak hatırlanamaz. Bunları şuura çıkarabilmek için hipnoz veya psikanalitik araştırmalar gerekmektedir.

İlmî materyalizm, dünyada bağımsız ruhî ve mental kuvvetlerin etkisi diye bir şey olmadığını, dünyanın veya onun bir parçasının, belirli bir an içindeki durumunun o andan önceki anın bir sonucu bulunduğunu kabul eder. İnsan davranışı ve düşüncesi heredite, önceki tecrübe ve yaşantılarla o andaki sitüasyon tarafından belirlenir. **Freud** da bu materyalizm ve determinizm'e inananlardandır. Ona göre «serbest irade», «şans», «tesadüf» yoktur. Bütün şuurlu davranışlar şuur altındaki kuvvetler tarafından yöneltilmektedir.

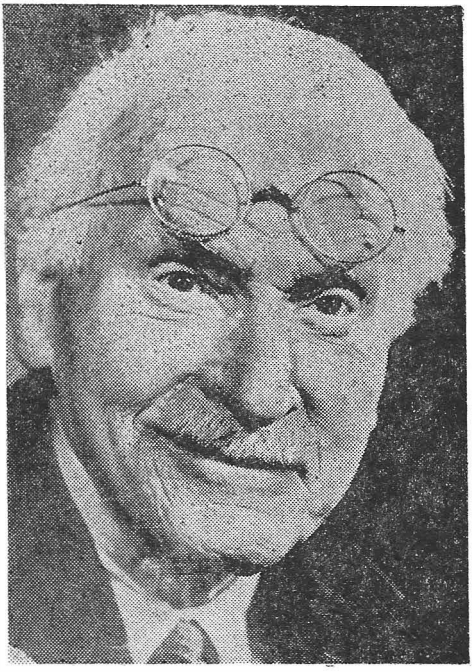
«Diler misin ben seni tamamlıyayım,
sen de beni tamamlıyasın?
Sen benim güzelliğim olacaksın,
ben de senin ruhun...»
Edmond Rostand
(Cyrano de Bergerac'dan)

ADLER VE FERDÎ PSİKOLOJİ

Alfred Adler (1870-1937) Viyana'da bir Macar Yahudisi ailenin evlâdı olarak dünyaya geldi. 1895'de Viyana Üniversitesinden Tıp Doktoru derecesini aldı ve psikiyatriye başlamadan önce bir süre pratisyen hekim olarak çalıştı. Önceleri psikanaliz ile ilgilendi, fakat 9 sene **Freud** ile beraber çalıştıktan sonra aralarında ilk çatışma kendini gösterdi ve 9 arkadaşı ile birlikte Psikanaliz Cemiyetinden ayrılıp Ferdî Psikoloji Cemiyetini kurdu. Bir ara Avusturya ordusunda hizmet etti. Çocuk psikolojisi ve eğitimi hakkındaki mesaisi Viyana, Berlin ve Münih'de çocuk rehberlik merkezlerinin açılmasına yol açmıştır. Avrupa ve Amerika'da çeşitli dersler ve konferanslar vermiş, Amerika Birleşik Devletleri'nin ilk Tıbbî Psikoloji hocası olmuş, İskoçya'da bir konferans turu sırasında ölmüştür.

İlk önemli eseri 1907'de yayınladığı «Organ inferioritesi ve onun psişik telâfisinin etüdü» başlığını taşır. Bu eserinde **Adler**, konstitüsyonel somatik defektlerin fizyopatolojik ve ruhî telâfi şekillerini etüd etmiştir. **Adler**'in gösterdiği gibi, somatik defektlerin aşırı kompansasyonu sadece **Beethoven**'in sağırlığında olduğu gibi dehaları meydana getirmemekte, fakat, bazen nörotik, hattâ psikotik reaksiyonlara dahi sebep olabilmektedir. **Adler**, 1908'deki yayınlarında, çevreye hâkim olabilme gayesini güden **«aggression dürtüsü»** ve **«affeksiyon ihtiyacı»** üzerinde durmuştur. Bu iki kavram **Freud** grubu tarafından reddedilmiş, fakat daha sonraları birçok psikoanalitik teorilere konu teşkil etmiştir. **Adler** 1912'de bu iki kavramı yeniden ele alarak izahını yapmış, formüle etmiş ve «Nörotik konstitüsyon» isimli eserinde bütün psikolojiye tatbik etmiştir. **Adler**'e göre çocuk için, çevresinin terbiye edici, baskı altına alıcı, yol gösterici telkin ve gayretlerine karşı, onların üstüne çıkma, hâkim olma arzusu normal ve mutad bir haldir. Fakat, bir organ eksikliği veya çocukluğunda çevresi tarafından ilgi görememe gibi durumlarda, esasında yapıcı ve yaratıcı bir güç olan bu dürtü, realiteden saparak nörotik semptomların ortaya çıkmasına sebep olabilir. **Nietzche**'nin bahsettiği «üstün olma arzusu» (volonté de puissance), **Adler** tarafından,

olağan bir gösteriden çok bir nörotik pattern olarak ele alınmıştır.



Alfred Adler

Şahıs, kendisine hayali bir hedef tasavvur eder. Bu hedef onun bütün gayelerine, arzularına, davranışlarına yön veren hayat plânını düzenleyecektir. **Adler** buna «ideal ben» adını vermiştir. Nörotiklerin ise gerek kendi şahısları ve gerekse tecrübeleri ve çevreleri hakkındaki değer hükümleri hatalıdır. Onun tasavvur ettiği şahsiyet idealine, ideal ben'e erişmesi değil, hattâ yaklaşması bile mümkün olmayacaktır. Bu devamlı yetersizlik hissini örtmeye, kendisini haklı ve makûl göstermeye çalışacaktır.

Ferdî psikoloji, objektiv tecrübe, çevre ve temayüllerden daha çok **«subjektiv değerlendirme»** ye önem vermektedir. Çocukluk hayatının başkasına tâbi durumu ve yetersizlikleri, biraz evvel sözünü ettiğimiz gibi, zamanında kaybolmaz ve devam edip giderse kişide **«aşağılık duygusu»** yerleşir. Bu aşağılık duygusu hissedilir edilmez giderilmeye, telâfi edilmeye çalışılır. Eksikliği telâfi, diğer yeterli tarafların, kabiliyetlerin mubalâğalandırılması ile beraberse o zaman nörotik belirtiler ortaya çıkar.

Adler, domine edici, «üst» erkeklik **(masculinity)** ve domine edilici, «alt» kadınlık **(femininity)** pozisyonlarına işaret etmiştir. Erkekte feminin eğilimlerin şahıs tarafından farkedilmesi «erkek protestosu» na **(masculine protest)**, mubalâğalı bir aggressiv davranışa

sebep olur. Kadın da buna benzer bir mekanizma ile kadınlığını inkâr edip aggressiv erkek davranışına bürünebilir.

Adler'e göre «üstünlük arzusu» ruhun gayesi olduğundan, bu gayeye erişilmedikçe «masculine protest» ortaya çıkacaktır. Üstün duruma ya şahıs kendisini yükselterek veya başkalarını küçülterek ulaşır. Her iki eğilim de nörotiklerde çok belirlidir.

Adler, seksüel içgüdülerin önemi, itilme, alt şuur ve Oidipus kompleksi bahislerinde **Freud** ile aynı fikirde değildir. Hasta çevresinin bir parçası olarak ele alınmalı ve özellikle hastanın, içinde bulunduğu çevre hakkındaki sübjektif değerlendirmeleri etüd edilmeli kanaat ve iddiasındadır.

Gamım pinhan tutardım ben
Dediler yâre kıl ruşen
Desem ol bîvefa bilmem
İnanır mı inanmaz mı
Fuzûlî

JUNG VE ANALİTİK PSİKOLOJİ

Analitik Psikoloji okulunun kurucusu **Carl Gustav Jung** (1875 - 1961) İsviçre'nin Kesswill şehrinde doğmuş, Basel'de tıp tahsil etmiş ve Zürich'de psikiyatri asistanı olmuştur. Bundan sonra bir süre Paris'de **Pierre Janet** ve daha sonra da **Eugen Bleuler**'in yanında çalışan **Jung**, nihayet **Freud**'un yakın dostları ve çalışma arkadaşları arasına girmiştir. 1911'de Milletlerarası Psikanaliz Cemiyetinin ilk başkanı olarak seçilmiş ve 1914'de de **Freud**'dan ayrılarak Analitik Psikoloji okulunu kurmuştur. İlk çalışmaları çağrışım testleri ve erken bunama üzerinedir. Bundan sonra şahsiyet tiplerinin sınıflandırılması üzerinde durmuş ve nihayet, **kollektiv alt şuur** kavramını ortaya atmak suretiyle sadece psikoloji'de değil, fakat sosyoloji, mitoloji ve dinler bahsinde de akisler uyandıracak bir teori meydana getirmiştir.

Jung, Afrika, Amerika ve Hindistan'da etüdler yapmış, Çinlileri **Richard Wilhelm** ile beraber incelemiş, **Carl Kerenyi** ile birlikte mitoloji üzerine çalışmalarda bulunmuştur. 1933 Haziranında Alman Psikoterapi Cemiyeti Nazi'lerin kontrolü altına girince Başkanlıktan çekilen **Ernest Kretschmer**'in yerini almıştır. Harward (1936), Oxford (1938) ve Cenevre (1945) Üniversitesinden verilmiş şeref ünvanlarını taşımaktadır.

Birçok kültür malzemesini hocası **Freud**'a borçlu olduğunu her zaman tekrarlıyan **Jung**, **Freud** psikanalizinin ana kavramlarını yeniden ele alarak esaslı surette değiştirmiştir. **Jung**'a göre **Libido** esasında şuur altı baskılı cinsel içgüdüye inhisar etmiyen, daha geniş anlamlı bir enerjiden ibarettir. Tıpkı fizik enerjisinin çeşitli görünümleri (ısı, elektrik, mekanik enerji, v.s.) gibi ruhî enerji de kendini yalnız libidinal motivlerde değil, bunun yanında muhtelif duygularda, rüyalarda, kültürel faaliyetlerde, v.s. gösterir. Libido, **Jung**'a göre bir vital enerji, bir yaratıcı kuvvettir. **Jung**, cinsî iç güdünün «ilkel libido» adını verdiği bir kaynaktan doğduğunu iddia etmektedir.

Freud'un psikanalizinde hayatın altıncı yaşı, okula başlama çağı

«durgunluk devresi» olarak gösterilmektedir. Halbuki **Jung**, gerçek seksüel eğilimleri bu yaşta başlatır. Ona göre, bundan önceki devrede ortaya çıkan birtakım belirtiler otomatik ve biyolojik gösterilerden ibaret, masum ve çocuksu olaylardır. **Jung** daha ziyade erginlik ve sonrası cinsiyetine büyük önem verir. Ona göre çocukluk çağındaki ilk dürtüler cinsî mahiyette olmaktan çok çocuğun hayatını devam ettirme gayesine yönelmiş, biraz evvel de söylediğimiz gibi, biyolojik mahiyette hâdiselerdir.

Kompleks terimi de **Jung** tarafından tekrar ele alınmış ve kuvvetli affektif tonu olan tedai edilmiş fikirler grubunu ifade için kullanılmıştır. **Jung** 100 kelimeden meydana gelen bir **«kelime assosiasyon testi»** geliştirmiştir. Bu kelimeler hastaya (veya deneğe, analiz edilecek kişiye) okunmakta ve her stimulus kelimesinin karşılığında alınan cevap, bu kelimelerin meydana getirdiği çağrışımlar kaydedilmektedir. Denek bunlardan bir kısmına cevap vermekte gecikir, bazılarını cevapsız bırakır veya stimulus kelimesi tekrarlanınca başka başka cevaplar verebilir. Görülen reaksiyonlar arasında stimulus kelimesinin tekrarlanması, cevap verirken gayri tabi'î davranışlarda bulunmak veya her kelimeyi bir soru gibi telâkki etmek de sayılabilir.

Psikolojik tipler teorisi

Jung, başlangıçta, **Kretschmer'e** benzer bir şekilde **ekstrovert** ve **introvert** tipleri birbirinden ayırmıştır. Ekstrovert şahsiyet sosyabl, iyimser, dışa dönük karakterli, buna karşılık introvert şahsiyet ise dış realiteden kaçan, daha az sosyabl ve kendi iç âlemine dönük karakterli kimseleri belirlemektedir.

İntrovert şahısların ön plânda sübjektif faktörler tarafından idare edilen cevapları dışta olmaktan çok içtedir. «Dünya olduğu gibi değil, bana göründüğü gibidir» diyen introvert, değişmeyen, katı telâkki tarzları ve eğilimlere sahiptir. Tabi'î, bu arada en büyük değeri de kendisine atfeder.

Görünüş itibariyle sakin, sessiz ve güç temas edilir kimselerdir. Alelâde veya hattâ çocuksu bir maskenin altında melânkolik bir mizacı gizlerler. Bir şeyi izah etmek istedikleri zaman asıl maksatları bitmez tükenmez tavsifler, şüpheler ve ek açıklamalarla karmakarışık ve anlaşılmaz bir hale gelir. Sübjektiv orientasyonları birtakım negativ bağlantılara sebep olur.

Ekstrovert dışa dönük, etrafına kolayca intibak edebilen, yeni ve bilinmeyene rahatça güvenebilen bir kişilik yapısına sahiptir. Bir ferdin esas karar ve davranışları sübjektiv kıymet hükümleriyle de-

ğil de objeler tarafından belirlenirse ekstrovert davranıştan bahsedilir. Eğer bu davranış itiyad halini alırsa o bir ekstrovert şahıs'tır. Onun hareket ve davranışlarını değer hükümleri değil, çevresindeki şahıs ve eşyalar idare etmektedir. Hattâ onu, kendisini çeken objeler tarafından örtülmüş, onların arasında kaybolmuş dahi bulabiliriz. Bu, ekstrovert tipi tehdit eden bir tehlikedir. Libido dışa dönüktür. Düşünce pozitiv ve yapıcıdır. Dış dünyanın objeleri ile ilgilenir, onları takdir eder; gayeli ve maksatlı olarak bir araya getirir ve kompleks sentezlere varır. Fakat, bir defa sonuca vardı mı bu konu ile ilgisi de son bulur ve yeni alâkalar aramaya başlar.

Değişiklikten yoksunluk ve stabilite ekstrovert için boğucu bir atmosfer yaratacak ve onu hırsla yeni imkânlar aramaya sevkedecektir.

Jung, zıt mizaçlı, meselâ introvert ve ekstrovert kişilerin evlenmelerine işaret ediyor. Böyle zıt çiftler, dış dünyanın zaruretleri devam ettikçe ve «yüzlerini dış dünyanın güçlüklerine çevirip sırt sırta verdikçe» pekâlâ geçinebildiklerini zannederler. Fakat, hayata karşı başarı kazanıp yüzlerini birbirlerine çevirdikleri zaman ayrı dillerden konuştuklarını farkederler. Görürler ki, esasında birbirlerini aslâ anlayamıyacak birer yabancıdırlar. Aralarındaki mücadele bazen pek sessiz ve mahrem cereyan etse dahi esas itibariyle sert, iki taraf için de yıpratıcı ve birbirinin değerini inkâr ettirici mahiyettedir ve iki taraf için de sıkıntı ve depression sebebi olur.

Ekstrovert ve introvert tipler arasında, yukarda ana hatlarını çizdiğimiz farkları ortaya koyduktan sonra **Jung,** kişiliğin dört ana fonksiyonunu da tarif etmiştir: duyumlar, düşünce, his ve intuition (sezgi, içe doğuş). «**Duyum**» (sensation) ile **Jung,** duyu organlarımızla aldığımız her türlü duyumu kasteder (görme, işitme, koklama, dokunma, tad gibi). «**Hissetme**» kendisini ve başkalarını değerlendirebilme kapasitesidir. «**Düşünce**» kelime manâsiyle, düşünme fonksiyonunu ifade eder. «**Intuition - sezgi**» ise şuurlu olarak idrâk edilenin dışında realitenin farkedilmesi, bir çeşit içe doğuş, karşılığı kullanılan bir terimdir. Sezgi sayesinde mantık yoliyle çözülemiyen problemler bir çeşit spontanéité içinde, kendi kendine halledilirler.

Bu suretle şahsiyet tipleri de, bu ana fonksiyondan hangisinin hâkim olduğunu belirlemek suretiyle tarif edilmektedirler. Meselâ, ekstrovert tipte düşünce hâkimiyeti açık olarak dikkate çarpar. Olaylar mantıkî bir düzen içinde ele alınır ve emosyonların üzerine çıkılmaya çalışılır. Fakat baskı altında tutulan emosyonel tonüs zaman zaman kontrol edilemiyen patlamalara ve âni, hattâ gayri tabi'î emosyonel gösterilere sebep olur.

İntrovert düşüncede ise düşüncenin akışına, daha önce de işa-

ret ettiğimiz gibi, olayların kendi objektiv değerleri değil, fakat introvert şahsın onlara atfettiği değer hâkimdir. İntrovert, dünyayı kendi teorilerine göre değerlendirmektedir.

Jung'un pek haklı olarak işaret ettiği gibi, saf introvert veya saf ekstrovert kişilik yapılarına pek nâdir olarak rastlanır. Daha çok bu fonksiyonlardan birinin dominant olmasına rağmen, diğerine ait izleri de bulmak kabildir. Daha kompleks kişilik yapılarında her iki fonksiyon da beraberce ve dominant olarak bulunabilir.

Jung'un bu tasnifi şahsın sadece şuurlu davranışlarını içine almaktadır. Kişilik yapısının tamamen belirlenebilmesi için şuur altının da tetkiki ve karakterlerinin gösterilmesi gerekmektedir. «**Ego**» bütün vücut duyumlarının birbirine sıkı bir şekilde bağlanmış birliği, bütünü olarak tarif edilmiştir. Normal şahıs için «**ego kompleksi**» şuurluluğun çekirdeği ve en yüksek psişik kuvvettir. «**Şuur altı**» (inconscience) ise, **Jung**'a göre şahsî ve kollektif alt şuurlar olmak üzere iki kısmı ihtiva eder.

Ferdî ve kollektiv alt şuur

Ferdî alt şuur en eski çocukluk hatıralarında son bulur ve **Jung**'un kompleks adını verdiği, kuvvetli affektif tonüsü olan tedai edilmiş fikirleri ihtiva eder. Bu fikirler şuur tarafından kabul edilemez, ıstırap verici, sıkıntı yaratıcı olarak görüldüğü için şuur altına itilmişlerdir.. Bu suretle, herkesin şuur altı muhtevası, o şahsın kendi hayat hikâyesi ile bir uygunluk göstermektedir. Bununla beraber, şahsî alt şuurda bile toplumun diğer fertleriyle müşterek olan birtakım izlere rastlamak mümkündür.

Jung. birbirinden zıt iki prosesi, «**persona**» ve «**gölge**» yi tarif etmiştir. Persona, kişinin gerçek ego'sunun üstüne geçirilmiş olan, sosyal bakımdan kabul edilebilir ve etrafa takdim edilir bir maskedir. Belli bir çevre veya sitüasyon, şahsın meslek ve meşguliyetine bağlı olarak belirli birtakım davranışları davet eder. Bu davranış şahsın, çevrenin isteklerine yöneldiği zamanki şuurlu niyetlerinin bir aksidir. Davranışta bulunan şahsa, «bu davranışın nasıl olması gerektiği» hakkındaki, toplumun genelleşmiş telâkkileri yardım eder ve davranışını yöneltir. Meselâ, bir bakan, toplumun gözünde, mesai saatinin bitimiyle bakanlık vasfını terkedemez. O, günün her saatinde toplum için «bir bakan gibi» olmalıdır. Hekimler, her an etrafları tarafından «hekim olarak telâkki edilmelerinin» yorgunluğu ve sıkıntısı içindedirler. İşte bu dış davranışa, toplum karşısında takındığımız «maske»ye **Jung** «**persona**» adını veriyor.

Jung'a göre persona uyum'u adaptasyonu gerçekleştiren bir

fonksiyon kompleksidir. Esas itibariyle persona gerçek bir şey değil, ancak fertle toplum arasında bir uyuşma halidir. İnsanlığımızın büyük kısmını kendimizi ideal bir hayale uydurmak için feda ederiz. Persona, işte, cemiyet önünde yaptığımız bir geçit resmi, oynadığımız bir tiyatrodur.

Pek çoğumuz birbirinden tamamen farklı en az iki ortam arasında hareket eder dururuz. Meselâ ailemiz veya iş âlemimiz gibi çoğu zaman birbirinden çok farklı şartları taşıyan bu iki ortam bizden, kendi şartlarına uygun, dolayısiyle birbirinden o derecede ayrı davranışlar talep etmektedir. İş hayatında çok sert olan bir insanın evinde pek uysal, yumuşak başlı olması veya aksi haller hiç de nâdir şeylerden değildir.

Jung'a göre şahsın kişiliği (induvidualité'si) geliştikçe karakteri daha sâbit bir hal alır ve değişen dış dünyaya göre daha ufak sapmalar gösterir. Persona, kişinin, dış dünya ile görülen, müşahede edilebilen münâsebetleridir. Bu maskenin altında bulunan itilmiş, hapsedilmiş arzular, emosyonlar, bağlantılar **«gölge»**yi temsil etmektedirler. **İç davranış** dediğimiz bu gölge daha zor değiştirilebilen, daha sâbit ve daima «persona» ya zıt karakterde olup meselâ rüyalarda rahatsız edici, düşman bir figür olarak kendini gösterir. «Gölge» olgunlaşma ve eğitim ile değiştirilemediği için esas itibariyle infantil karakterdedir. «Gölge» nin karakterlerinin bir çoğu şahıs tarafından kabuledilemez ve bu kabul edilmeme nisbetinde de şahıs için tehlikeli olur.

Gölge, şahsın kendi şuurunun bir mahsûlü olup şuur altına itilmiş bulunduğundan gene «şahsî alt şuur» a ait bir prosesdir. Gölgenin yanında gene ferdî alt şuurda bir diğer büyük kuvvet kendini hissettirir ki, erkekte dişi karakterli, kadında da erkek karakterli olan bu kuvvete erkek için «**anima**» kadın için de «**animus**» adı verilmektedir (*). Bir erkek için «anima» nın karakteri o şahsın kendi hayat hikâyesi tarafından belirlenmez. Bu bakımdan «gölge» den ayrılan «anima», mukabil cinsin o kişi tarafından idrâk ve telâkki edilmesi derecesine ve tarzına göre teşekkül etmektedir. Bir erkek için «anima» kollektiv bir «kadın» imajıdır. Normal olarak bir erkek «ruh imajını» (anima'sını) bir kadına projekte eder. Böylece erkek, aşk objesi olarak kendi şuur altı kadın imajına uygun bir kimseyi seçer. Bu seçim mutad olarak ideal gibi telâkki olunursa da, zamanla bu kimsenin kendi za'fları, kendi eksiklikleri ile evlendiği dikkati çeker. Erkekde genel olarak «düşünce» nin, kadında ise

(*) Lâtince sonu «a» ile biten kelimeler dişi (feminin), «us» ile bitenler ile erkek (masculin)'dir.

«his» sin hâkim olduğu göz önüne alınırsa, «anima» nın erkeğin hissetme fonksiyonunu, «animus» un ise kadının düşünce kapasitesini temsil ettikleri kabul edilebilir.

Anima ve animus, insan oğlunun **«kollektiv alt şuuru»** na aittir. Kollektiv alt şuurda çocukluk öncesi (pre-infantile) devreye ait, atavik hayatın kalıntıları yer alır.

Kollektif alt şuurda en eski, hattâ tarih öncesi insanî-hayvanî instinktler bulunur. Biz, binlerce senedenberi arka arkaya gelmiş cedlerimizin irsiyet izlerini, kalıntılarını, arzu, instinkt ve davranış örneklerini taşımaktayız. Kollektiv alt şuurumuz birtakım çok eski, efsanevî hayallerle süslüdür ki bunlara **Jung, archetyp** adını vermiştir. Archetyp'lerimiz bir taraftan hayallerimizde, rüyalarımızda kendini gösterdiği gibi, diğer taraftan da şuurlu davranışlarımıza yön vermektedir. Eğer şahıs bu archetyp'lerden birinin hâkimiyeti altına girer veya kendisini o archetyp ile identifiye ederse bizzat o kimsenin kişiliği tehlikeye düşebilir. **Jung**'un «inflation» adını verdiği bu hâdisede şahıs kendi kişilik çizgilerini kaybetmiş, ilkel bir kollektiv imaj haline gelmiştir.

Jung, «benlik» ve **«ego»** yu birbirinden ayırmıştır. Ego, şuurluluğun merkezini teşkil eder. Buna mukabil «benlik» şuursuzluğun merkezi, alt şuurun bir ifadesidir. Dinî inançlar, rüyalar, Budist'lerin «mandala» adını verdikleri sihirli diagramlar, **Jung**'a göre, merkezlerinde «benlik»i toplarlar, «benlik»i temsil ederler. Bir şahıs için bu birliğe, bu toparlanma ve merkezîleşmeye ancak hayatın ikinci yarısında varılabilir. Hayatın ilk yarısı öğrenme, çalışma, evlenme, çocuk yapma gibi birtakım meşgûliyetlerle doludur. Ancak bu işleri bittikten, düzene konduktan sonra şahıs kendisine dönebilir ve kendî zatî meselelerini halle, benliğini kazanmaya çalışır. İşte bu devrede, 40 yaşları civarında, şahsın kendisine döndüğü anda birtakım psikolojik krizler kendisini gösterir. **Jung** psikoterapisi de hayatın bu dönemindeki problemlere eğildiği için, bu çağlardaki hastalar bakımından bilhassa önem kazanmaktadır.

Jung, «kollektiv alt şuur» kavramını, böylelikle, sadece analizle elde edilen veya rüyalarda ortaya çıkan şuur altı muhtevasına inhisar ettirmemiş, mitoloji ve dinlerin çeşitli sembolleri ile ortaya çıkan gösterilere kadar yaymıştır. Hastaların rüyaları ve çizdiği desenlerle Doğu'da bulunan dinî yazılar arasında büyük benzerliklere rastlanmakta ve gerek edebiyat ve gerekse grafik sanatlarda archhetyp'ler dikkati çekmektedir. **Jung**'a göre din, kollektiv alt şuur muhtevasını kabul edilebilir hale getirdiğinden, insan için vazgeçilmez bir ihtiyaç, bir zarurettir.

«Bilirim seni, yalan dünyasın
Evliyaları alan dünyasın
Kaçan kurtulsa kuş kurtulaydı
Şahin kanadın kıran dünyasın
Sevdiğim aldın, beni ağlattın
Dönüp yüzüme gülen dünyasın.»
YUNUS EMRE

OTTO RANK VE «AYRILMA ANKSİETESİ»

Otto Rank da **Freud**'un, sonradan kendisinden ayrılan talebelerindendir. Her ne kadar **Rank**, başlıbaşına bir sistem kurmayarak, daha ziyade mevcut meseleler hakkında sorular ortaya atmış ve tedâviyi daha ön plânda tutmak suretiyle ana teoriler ve tedâviler üzerinde yeni görüşler ileri sürmüşse de, özellikle «ayrılma» anksietesi meselesine eğilmesi bakımından görüşleri önem kazanmaktadır. **Rank**'ın görüşleri şöyle özetlenebilir:

1) Kişinin, bağlı bulunduğu ilgi ve bağlantılardan ayrılması sıkıntı (anksiete) yaratır.

2) İradenin primer bir psikolojik tesiri vardır.

3) İnsan davranışında sosyal münâsebetler çekirdeği teşkil eder.

4) Tedâvinin esası hasta-hekim münâsebetinin kurulmasıdır.

Ayrılma anksietesi: Doğum anında başlar. Çocuğun alıştığı, rahatça beslenip yaşadığı anne uterusundan ayrılması daha sonraki bütün ruhî çatışmalarının çekirdeğidir (prototype). Memeden kesilme, kastrasyon korkusu gibi, bütün alışkanlıklarımızdan, alâkalarımızdan ve sevdiklerimizden ayrılmamız birer anksiete kaynağıdır. **Rank**. **Freud**'un baba etrafına toplanmış olan Oidipus kompleksi kavramı yerine ana etrafına toplanmış «tâbi olma, ayrılma anksietesi ve ferdî gelişme»yi göstermiştir. Ayrılma anksietesi hakkında «Sıkıntı» bölümünde geniş bilgi verilecektir.

Primer irade: Rank'a göre irade insan davranışında ilkel rolü oynamaktadır. İrade, benliğin teşekkül ve tamlığında pozitif bir yol gösterici olup iç güdüleri de bastırır ve kontrol eder. İradeden yaratıcı olarak faydalanılır. Tedâvinin esası iradeyi organize edip harekete geçirmektir. **Rank**, inhibisyon ve inkâr'ı iradenin negatif ifade tarzı olarak kabul eder ve bunun tedâvide mukavemet olarak gözüktüğünü söyler.

İnsan ancak toplum içinde kendisinin farkında olabilir. Bu sebeple fert, cemiyete, kendini bilmek ve âhenkli bir şekilde gelişmek

için muhtaçtır. Sosyal âlem ferdin bir parçası olduğu kadar fert de sosyal âlemin bir parçasıdır. Bu sebeple fert ve toplum ne tam olarak birbirinden ayrı ve ne de tam bir çatışma içinde bulunamazlar.

Rank'a göre nörozlar genel manâda birer hastalık değil, fakat, kendini sıhhatli bilme halinin noksanlığıdır. **Rank** üç tip tarif eder: **artistik (yaratıcı)**, **nörotik** ve **antisosyal (kriminel** ve **psikopat)** tipler. Bu üç tip irade, inhibisyon ve impulsion prensiplerine göre teşekkül etmektedir. Normal şahıs topluluğun iradesini kabul etmektedir. Buna karşılık, nörotikler toplumun iradesini benimsemezler ve kendi iradelerini de ortaya atamazlar. Artistik ve yaratıcı tipler ise kendi iradelerini ifade etmektedirler. Nörotik tipler de, aslında, yaratıcı tipler olmakla beraber bu yaratıcılık yıkıcı bir şekilde ve negatif tarzda ortaya çıkmaktadır. **Rank**'ın metoduna göre tedâvi de bu prensiplere göre kurulur. Tedâvi sırasında kişiliğin yapıcı tarafının geliştirilmesine ve pozitif iradenin kurulmasına çalışılır.

KAREN HORNEY VE SOSYO-KÜLTÜREL TESİRLER

Karen Horney, nörotik karakterin teşekkülünde sosyo-kültürel tesirlere dikkati çekmiştir. **Horney**'e göre **temel anksiete** bütün nörotik belirtilerin esas kaynağıdır. Temel anksietenin teşekkülünde de fertler arasındaki münâsebetler esas rolü oynamaktadır.

Temel anksiete (basic anxiety): Düşman bir dünya içinde yardımsız ve yalnız olma hissi temel anksieteyi doğurur. Temel anksiete, kişiliğin bütünlüğü üzerinde devamlı, yaygın tesiri olan, kronik bir haldir. Bir bakıma ana-babanın kendi yetersizliklerinin bir sonucu ve aksi olarak, çocuğa yeterli ilgi ve sıcaklık gösterilemez. Bu hal çocukta düşmanca hislerin doğmasına sebep olur. Kardeşlerden birinin ötekine tercihi, âdil olmayan muameleler, aşırı hoşgörme ile aşırı sıkıştırma arasında gidip gelen dengesiz davranışlar, yerine getirilemiyen vaadler, çocuğun özel hayatına lüzumsuz ve aşırı müdahaleler, çocuğun artistik, atletik veya mekanik arzularına müsaade etmeme gibi haller hep düşmanca duyguları doğurucu sebeplerdir. Çocukta husûle gelen bu düşmanca hisler, kültür bakımından müsaade görmediği, tasvib edilmediği için bastırılır ve böylece sıkıntının oluşuna ve artmasına sebep olur. Fakat, araya giren şefkatli büyük anne, anlayışlı bir hoca, iyi dostlar nörozun gelişmesine engel olabilmektedir.

Nöroz teşekkülü için diğer insanlarla olan münâsebetlerde de hayâl kırıklıkları, düşmanlıklar ve anksiete sebebiyle ferdin kendisini yardımsız ve emniyetsiz hissetmesi gerekmektedir.

Horney'e göre temel anksieteye karşı **savunma mekanizması** ola-

rak şu davranışlar teşekkül eder: **sevgi (affection), teslimiyet (submissiveness), kudret, içine dönme.** Sevgi ve teslimiyet şahsı, insanlara pozitiv, yapıcı bir şekilde, kudret arzusu ise negativ surette ve düşmanca yaklaştırır. İçine dönme ise şahsı insanlardan, toplumdan uzaklaştıracaktır.

Herkes aşka, muhabbete, başkaları tarafından sevilmeye, şefkate muhtaçtır. İnsan kendisini emniyette hissederse sevgi ihtiyacını kendi grubu içinde ve dostları arasında, karşılıklı eşitlik ve mütekabiliyet esasları çerçevesinde doyurur. Emniyetsizlik hisseden şahıslar ise aşırı aşk ve muhabbet ihtiyacında hiçbir fark gözetmez. Adetâ, yolda rastgeldiği bir yabancıdan bile hareketlerinin beğenilmesini, kendisine hayran olunmasını, etrafındakilerle münâsebetlerinde daima kendisinin ön plânda tutulmasını isteyecektir.

Kuvvet ve prestij, başarma arzusu belirli sınırlar içinde kaldığı zaman normal bir istektir. İnsanı başarıya, yükselmeye götürür. Güvensizlik içinde olanlarda bu da patolojik bir yön alır. Dürtüleri asla tatmin olmayacak, daima hedefini bulamıyan, karmakarışık gayretlerle hayatı geçecektir.

Diğer bir vasfımız da başkalarını ezme temayülüdür. Bugünkü kültürümüzün bir icabı olarak ortaya çıkan bu temayül de patolojik sınıra girdiği zaman sadistik, agressiv davranışlara yol açar.

Bazı kimseler kuvvetli ve müstakil şahıslara bağlanmak suretiyle emniyet hissederler. Çocuğun ana babası ile olan münâsebetlerinden itibaren bu bağlanmayı her ferdin hayatında bir dereceye kadar tesbit edebiliriz. Aşırı şekilleri, patolojik hudutlarda olanları da mevcuttur. İçine dönme reaksiyonu için de aynı şeyi söyleyebiliriz. Hoş olmayan ve tahammülü güç hallerde, gerçekten kaçmak için normal hudutta içine dönmeler müşahede edilebilirse de, gelişigüzel, her olay karşısında ve bir itiyad halinde içine dönme patolojiktir.

Fert, uygun çevre şartları içinde asıl benliğini bulmaya çalışır. Fakat, temel anksiete meydana gelmişse gerçek benliğin tanınması imkânsızdır. Bu takdirde şahıs adım adım kendi benliğinden uzaklaşarak kendine emniyet verecek bir hal çaresi arar. Böylece, bütün dertlere çare olabilecek bir ideal imaj yaratır ve onu benimser **(self idealizasyon).** Efsanevi ve gerçek olmayan bir mükemmelliğe erişme çabası içine düşer.

Gurur sistemi (pride system) adını verdiği sistemde kendi kendini büyütme ve kendini yok etme gibi iki zıt gayret dikkati çeker. Hastanın emniyetsizlik hissi sebebiyle gurur zorlu ve sapık olur. Varılmak istenen hedef de hayalî olduğu için gurur sistemi şahsı ger-

çek benliğinden **(real self)** ayırır, uzaklaştırır. Gerçek benlik **(real self)** ile gurur sistemi (pride system) arasındaki çatışmaya merkezî çatışma **(central conflict)** adı verilmiştir. Bu çatışma ile fert gittikçe gerçekten ayrılır. Sonunda ya nörotik bir davranış içine girecek veya hakikî benliğini bularak çatışmadan kurtulacaktır.

Karen Horney'in tedâvi metodunda hastanın daha önceki davranışları nisbeten muhafaza edilerek, günlük intibakları üzerinde ısrarla durulmaktadır.

HARRY STACK SULLIVAN VE FERTLER ARASI MÜNÂSEBETLER PSİKOLOJİSİ

Sullivan, fertler arasındaki münâsebetler hakkındaki görüşlerini 1929'da formüle etmeye başlamıştır. Fertler arasındaki münâsebetlerin gelişmesinde, şahıslar arası temasların inkişaf ettirdiği kültür **(acculturation)** üzerinde ısrarla durmuş ve davranışı **(behavior)** sadece fertler arası münâsebetlere inhisar ettirmiştir. Libido teorisini reddederek **«selective inattention»** ve **«dissociation»** anlamlarını ortaya atmıştır. **Freud** ile ayrıldığı başlıca noktalar şunlardır:

1) İç güdüler, instinktler biyolojik olmaktan çok, bizim onları hazırladığımız tarzda işlemektedirler.

2) İnsanlarla olan münâsebetlerimiz iç güdülerden çok kültürle belirlenir.

3) Kendimize olan açlığımız (kendimizi saymak, kendimize yetmek, kendimizi tatmin) zevk prensibinden daha büyük bir rol oynamaktadır.

Sullivan, esas teorisini üç grupta toplamıştır:

1) «Ben», «Ben dinamizmi» ve «Ben sistemi».

2) Altı kademeli ve acculturation'a dayanan bir şahsiyet inkişafı.

3) Edindiğimiz tecrübeler ve bunların şekilleri.

«Kişilik» ve **«Ben»** şahıslar arası münâsebetlerle gelişen dinamik bir prosesdir. Şahsiyetin bütün gayesi sıkıntıdan, anksieteden kaçmaktır. Anksiete özellikle ferdin yakın münâsebette bulunduğu kimselerin takdirini kazanmamakla meydana çıkar. Bu şahıslar evvelâ anne, sonra yakın çevresi, dostları, hocası, meselâ tedâvi eden hekim olabilir. Benlik sistemi bu takdirsizlik çekirdeği etrafında gelişirse anksiete yerleşebilir.

Doğumdan erginliğe kadar olgunlaşma altı basamaklı bir münasebetler silsilesi içinde ele alınmaktadır: lisandan faydalanma, etrafındakilerle beraber yaşama, kendi cinsleriyle yakın münâsebet, karşı cinstekilerle yakın münâsebet, gayeli bir davranış tarzı ve ol-

gun yaşayış. **Sullivan** erginlik öncesi çağda seksüalitenin önemli bir rolü bulunmadığı kanaatindedir.

Sullivan'a göre ferdin çeşitli tecrübeleri üç tarzda yerleşmektedir:

1) **Protaksik** (protaxic) şekilde mantık dışı ve heyecanlı ifâdeler mevcuttur. Bu, çocukta, dilden önceki zamanı da içine alır. Burada annenin takdir veya beğenmemesinin büyük önemi vardır.

2) **Parataksik** (parataxic) şekil kısmen gerçek, kısmen hayalî şekilde hissedilen fertler arası münâsebetlerdir. Şahıs olayları ve diğer şahısları kısmen olduğu gibi ve kısmen de hayalindeki gibi görür. Psikoterapide de hayalî ile gerçek olanın şahsa gösterilmesi esas gayeyi teşkil eder.

3) **Sentaksik** (syntaxic) tarz ise serbest ve gerçek münâsebetlere ve hakikî değerlendirmelere dayanan bir tarz olması itibariyle en sıhhatlisidir.

Sullivan'a göre nörozlar emniyetsizlik hisleri ve şahıslar arası münâsebetlerde saygı kazanamamaktan ileri gelir. Diğerleri ile parataksik yolda münâsebetler kurulunca hakikî tecrübeler hayalî şahıslandırılmalarla karışarak ferdî çatışma meydana çıkar. Tedâvide, **Freud** psikanalizinin aksine, hekim aktif bir rol almalıdır. Hastanın, diğerleri ile olan münâsebetleri üzerinde durulur, bunların aksaklıkları meydana çıkarılır. Paratiksik sapmaları, hayalî benimsemeleri gösterilir ve davranışın gayri mantıkî tabiati ortaya konarak düzeltilmesi yoluna gidilir.

VAROLUŞÇULUK (EXISTENTIALISME) VE EKSİSTANSİYEL ANALİZ

Her varlığın, var olmadan önce bir sebebi mevcuttur. Yazı yazacak bir kağıd evvelâ bu ihtiyaç doğduğu, kağıda lüzum hasıl olduğu anda bir fikir olarak «var» dır. Buna, fikir plânında var olmaya **«essence»** adı verilmektedir. Daha sonra, bu plân üzerine varlık **«existence»** imâl ve inşa edilir. İnsan ise «essence» ı olmadan «existence» a sahip olmuş, hiç'den, yokluk'dan, sahipsiz ve sebepsiz yere «var olmuş», ayrıca, diğer canlılardan farklı olarak, bu «varoluş»unu ve «hiç» liğini idrâk etmek, bunlardan haberdar olmak, bunların şuuruna ermek bedbahtlığına da uğramıştır. Hayvanla insanı birbirinden bu, varlığından haberdar olma keyfiyeti ayırır. İnsan, idrâk ettiği bu durumuna bir çare aramak, kendisine bir «essence», bir sebep, bir sahip bulmak ve bu suretle de sıkıntıdan kurtulmak gayreti içindedir. İnsan da, hayvan da korkar ama yalnız insan, o

da «eksistans» ından haberdar olduğu için, sıkılır, anksiete hissi duyar.

Görülüyor ki, eksistansiyalizm, tıbbî olmaktan çok felsefi bir orijine sahiptir. Mesele, Danimarkalı **Kierkegaard** tarafından (1813 - 1855) ilk defa ortaya atılmıştır. **Kierkegaard**, ferdin hiçliğini idrâk etmesi problemini ele alıyordu.

Alman psikiyatr ve filozofu **Karl Jaspers**, **Kierkegaard**'ın görüşlerini yeniden ele almış ve fenomenolojik metodu psikiyatriye sokmuştur. Bu metodun gayesi, hekimde hastanınkine benzer bir ruhî hal, bir yaşantı (*) meydana getirmekti. Eğer bu kâbil olursa bundan sonra hekim iç müşahede (introspection) yoliyle hâdiseyi inceleyebilecekti. Hattâ, birçok hastanın ruh haletlerini bir arada yaşamak suretiyle de onların aralarında mevcut olan münâsebetleri anlamak mümkün olacaktı.

Bu yolda yapılan çalışmalar hastanın iç hayat hikâyesini ortaya çıkarmaktadır: bu hikâye günlük hâdiselerin bir araya gelmesinden değil, onların fertte hasıl ettiği intibalardan teşekkül etmektedir. **Jaspers**'in fenomenolojisi yaşantı ile meşgul olur ve o yaşantıyı yaşayan şahsı ona karşı aktiviteye zorlar.

Heidegger, «Varlık ve Zaman» (Sein und Zeit) isimli eserini 1927 de yayınlamıştı. **Heidegger**'e göre **insan, kendi varlığından haberdar olan tek, yegâne varlıktır.** Başka bütün varlıklar var oluşlarından haberdar değillerdir ve insan, bütün bu diğer varlıklarla beraber **«dünya içinde bulunmaktadır».** Fakat insan bu beraberliği kabul etmemekte, kendi özelliğini ortaya koymak için beraber bulunduğu diğer varlıklarla arasına bir mesafe sokmaya çalışmaktadır. Zaman da bu anlayışla bir «safha» (séquence) değil, fakat geçmiş, hal ve istikbalin bir «geçici durumu» dur.

Ludwig Binswanger, eksistansiyel analizin günümüzde, önde gelen isimlerinden biridir. Ona göre, «dünya içinde var olmak», «eksistans», essence'ını fertten değil, insan cinsinin, umumiyetle insanlığın eksistansından alır.

İnsan, hayvanın aksine, eşyalara ayrı bir eksistans atfedebilme kabiliyetindedir. Bu, insana, muhitinin kaotik, karmakarışık yapısından ihtiyaçlarına göre manâ çıkarabilme imkânını bahşeder.

Martin Buber de aşağı yukarı aynı temayı işlemiş, insanda, hayvanın aksine, eşyalara ayrı bir eksistans tanıma kabiliyetinin bulunması üzerinde durmuştur. İnsan, bundan da daha ileriye giderek,

---

(*) Yaşantı, son zamanın modasına göre «hayat», «ömür» karşılığı olarak, yanlış bir şekilde kullanılmaktadır. Yaşantı, Fransızcada «expériencevécu» (yaşanmış olan haller, geçirilmiş tecrübeler) karşılığı olarak kullanılması gereken bir terimdir.

yalnız «**var olanların eksistansını**» idrâkle kalmaz, «**var olması mümkün bulunanların**» dahi eksistanslarını tanır. Böylece «var olanlar ve var olması mümkün bulunanlar» hep birden dış dünyamızı teşkil ederler.

İnsan, ana-babasının tecrübelerinden ileriye, daha öteye giderek kendi dünyasını yaratma kudretine sahiptir ki, bu kudret insanoğlunun **hürriyetini** meydana getirir. İnsanın eksistansı müstakil, bağımsız olup, diğer eksistanslarla münâsebetler kurmaktadır. Bu münâsebetler, introspeksiyona müsait olmayan, ânî ve direkt bağlantılardır.

Eğer insan çevresi ile bağlantı kurmakta za'fa uğrarsa mesafeler donar, katılaşır. Böylece, diğer objelere ait yaşantılar «insan ve dış dünya arasında» değil, sadece «insanın içinde» cereyan eder. «Ben - sen» şeklindeki bağlantı «ben - o» bağlantısı halini alır. **Arieti**, şizofrenideki, dış dünya ile alâka bozukluğunu bu görüş açısından ele almaktadır. İnsan, eksistansı sebebiyle olduğu kadar bundan daha da fazla, konuşabilme kabiliyeti ve şuurluluğu sebebiyle insandır.

Sonnemann, «**Daseinanalyse**» **Eksistansiyel analiz**'i bir biyologun mikroskopu ile yaptığı araştırmaya benzetir. Ona göre, eksistansiyel analiz yapan hekim evvelâ kendi özel dünyasını iyi tanımalı, hürriyet ve spontanéité'ye sahip olmalıdır. Eksistansiyel terapist'in, otantik düşüncenin, orijini itibariyle eksistansa sahip olduğunu bilmesi gerekir.

Sonnemann'a göre eksistansiyel analiz için önceden hazırlanmış bir şema bahis konusu olamaz. Terapist fenomene kendi şahsını adapte etmek durumundadır. Dehşet, bir eksistansiyel krizdir. Bu hal, basit korkudan, korkunun belli bir tehlikeye karşı gösterilen reaksiyon olması, halbuki sıkıntı ile müterafık dehşet hissinin ise «**insanın hiç'liğini idrâkinin bir neticesi**» bulunması bakımından ayrılmaktadır.

Taştın yine deli gönül sular gibi çağlar mısın
Aktın yine kanlı yaşım yollarımı bağlar mısın
YUNUS EMRE

ŞUUR ALTI VE SAVUNMA MEKANİZMALARI

Ruhî şahsiyet, ego, tıpkı beden gibi, bir korunma iç güdüsü ile kendisini çeşitli sıkıntı verici sitüasyonlardan, zararlı dış etkilerden koruma gayreti içindedir. Herkesin kendisine göre ruhî yapısı, kültür seviyesi, görgüsü ile sıkı sıkıya ilgili bir heyecan hayatı, bir affektif davranışı vardır. Dışa veya içe dönüklük, egoizm, altürizm sevgi, nefret, hiddet, kin, kıskançlık, yükselme arzusu, rekabet hissi, çeşitli ihtiraslar normal sınırlar içinde kaldıkça, şahsın adaptasyonunu bozmadıkça ve çevresine zararlı olmadıkça normal, gündelik hayatın alışılagelmiş reaksiyonları sayılırlar. Büyük sarsıntılar ve heyecanlar karşısında, komplekslerin devamlı baskıları mevcut olduğu zaman, ruhî şahsiyet çeşitli yollardan ıstırap ve sıkıntıdan kurtulma çareleri arar. Istırap veren şey yok edilir, unutulur, örtülür, şekli ve mahiyeti değiştirilir, hattâ tanınmıyacak bir şekle sokulup sembollerle ifade edilir. Bütün bu mekanizmalar şuur dışı işlemektedirler. Bu sebeple, ruhî savunma mekanizmalarını anlatmadan önce genel olarak şuur altının yapısını gözden geçirmek faydalı olacaktır.

Gayri şuur ve **şuur altı (unconscious - subconscious)** tıpta ve psikolojide şuur dışı akıp giden ruhî faaliyeti ifade etmek için kullanılır. Tıpta şuursuzluk veya gayri şuur terimleri uyanıklık halinin yokluğunu veya azalmasını gösterir. Şuursuz bir şahıs çevresinde olan bitenlerden kısmen veya tamamen haberdar olmayan bir kimsedir. Şuursuzluk halinde beden fonksiyonlarından bir kısmı da zayıflar veya kaybolur. Bu sebeple, özellikle nörologlar «şuur» ve «uyanıklık» kavramlarını, bize göre yanlış olarak, aynı anlamda kullanmaktadırlar.

Psikolojide ise kavram kesin olarak tarif edilememiştir. Genel olarak «gayri şuur» (unconscious)'dan, ego'nun haberdar olmadığı, fakat kişiliğimizin büyük bir kısmını teşkil eden ruhî faaliyet anlaşılmaktadır. «Şuur altı» (subconcious) ise gayri şuur'un, istendiği zaman hatırlanabilen birtakım izlenimleri toplayan parçasına verilen isimdir.

Hughlings Jackson, hayvan skalasında yükseldikçe sinir sistemi

fonksiyonlarının, basit refleks'den ruhî faaliyete kadar dereceli bir tekâmül gösterdiğine dikkati çekmiştir. Bu gelişme basitten kompleks'e, refleksden iradeliye ve sağlamdan frajile, daha kolay bozulabilene doğru gitmektedir. En yüksek fonksiyonel seviye olan ruhî faaliyetler sadece insana hasdır. Ferdin ve cinsin korunmasına yöneltilmiş olan davranışlar stereotipe davranışlar olup çoğu zaman şuurumuz dışında cereyan ederler. Bunlar sinir sisteminin eski, subkortikal, nevraksiyal bölgelerinin fonksiyonlarını temsil etmektedirler. Kazanılmış davranışlardan birçoğu da zamanla unutulmakta, bir kısmı ise bir çeşit otomatik ve stereotipe davranış vasfını kazanmaktadır.

İlk defa **Sigmund Freud** gayri şuur ve şuur altını etüd etmek için bir özel teknik bulmuştur. **Freud** teorisine göre her şahıs gayri şuuru ile birlikte doğar. Burada onun hayatını sürdürmesi, gelişip büyümesi için gerekli hayati instinktler bulunmaktadır. **C. G. Jung** ise gayri şuurumuzda sadece doğuştan getirdiğimiz birtakım dürtülerin değil, fakat, aynı şekilde gelmiş birçok ortak fikir ve inanışların da bulunduğunu göstermiştir. Bu fikirler çok eski cedlerimize ait olup, kollektif gayri şuurumuzu teşkil etmektedirler.

Freud ruhî hayatımızı bir buz dağına benzetir. Buz dağının sadece 1/10'u su üstünde kalır ve etraftan görülebilir. Ruhî hayatımızın da bu görünüp tanınan ufak parçasının altında kalan gene sınırlı bir kısmı (şuur altı) iradeli olarak hatırlanabilmekte, fakat en büyük parçası baskı ve sansür mekanizmaları yüzünden tamamen saklı kalmaktadır. Bu parçayı ortaya çıkarmak için serbest çağrışım, rüyaların ve iradesiz birtakım davranışların incelenmesi gibi araştırma metodları kullanılmaktadır.

Jean Piaget gibi bazı psikologlara göre şuurlu düşüncenin büyük kısmı da gayri şuur tarafından meydana getirilmektedir.

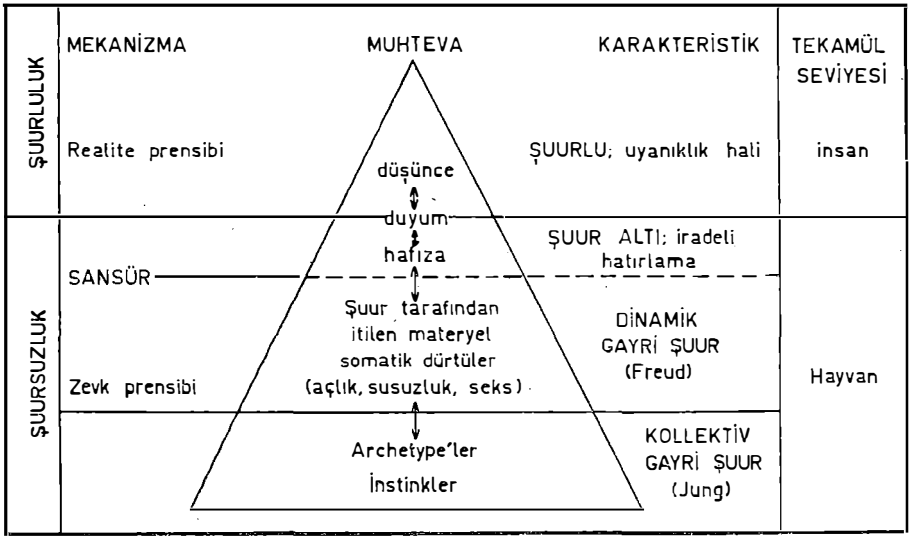
Psikoanalize dayanmıyan (nonpsychoanalytic) psikoloji gayri şuur'u, idrâk ve düşünce faaliyetleri ile sıkı sıkıya ilgili bir hafıza deposu olarak görür. Geçmişteki olaylara ait izlenimlerin şuursuz bir şekilde depo edildiği gösterilmiştir. Meselâ, hipnotize edilmiş şahıslar çocukluklarına ait pek ufak detayları, çok eski ve önemsiz gibi görülen olayları hatırlamaktadırlar. Gene temporal lob epilepsisi geçiren şahısların temporal loblarının işitme bölgesinin dışında kalan kısımlarının elektrikle uyarılması, **Wilder Penfield**'in gösterdiği gibi, geçmişte yaşanan olayları meydana çıkarmakta, hasta uyarma sırasında bu olayları tekrar yaşamaktadır.

İdrâk fonksiyonu bakımından gayri şuur'un önemi, çok kısa bir süre gösterilen ve görünürde bir idrâke sebep olmayan resim ve şekillerin ruhî birtakım intibalar hasıl etmesi ile gösterilmiştir. «Eşik

altı» (subliminal) denen bu idrâklerin bir «beyin yıkama metodu» olarak geniş gruplar üzerinde kullanılabileceği bile ileri sürülmektedir. Meselâ, televizyon veya sinemada herhangi bir program sırasında, görünür bir idrâk olmadan, çok kısa bir süre için gösterilen birtakım sahneler veya verilen bazı mesajlar farkına varılmadan gayri şuurumuzda yerleşebilmektedir.

Şahsiyet analizi ile meşgul olanlar sosyal olayları veya başka şahısları idrâkimizin, değerlendirmemizin de şuur dışı faktörler tarafından idare edildiğini göstermişlerdir. Bazen ilk defa gördüğümüz bir kimse hakkında, sebebini bilmeden, neden olduğunu anlamadan, sempati veya antipati duyar, o kimseyi sever veya sevmeyiz. Buna sebep o şahsın, ilk karşılaşma anında bize verdiği «subliminal» intibadır. Bir anlık bakış, bir mimik veya jest gayri şuurumuz tarafından alınır ve şuurumuza sevgi veya nefret tarzında aksedebilir.

Ruhî yapımızı aşağıdaki şemada olduğu gibi bir modelle göstermek kabildir:



Şuur dışı işleyen ve ruhî hayatımızın bu bütünlüğünü koruma gayesini güden savunma mekanizmalarının belli başlıları şöylece sıralanabilir:

Baskı (repression - refoulement):

Şuurun kabul edemiyeceği birtakım arzu ve isteklerin şuur altına itilmesi olayına verilen isimdir. İtilen bu arzular orada birer kompleks halinde saklanacak ve her fırsatta çeşitli şekillerle şuura çıkmaya çalışacaklardır.

Hayal kurma (phantasia - phantaisie):

Libidinal enerjinin dış realiteye dönmeyip kendi kabuğunda kalması, kişinin birtakım arzu ve isteklerini sanki gerçekleşmişcesine hayal etmesi, bir diğer deyimle «gündüz uyumadan rüyâ görmesi» (day dream) halidir. Hayal kurma, hayalî düşünce ve tasavvurların akışı ve reaksiyonları realite ile kontrol edildiği zaman faydalı ve yapıcı olabilir, şahsı prodüktif faaliyete sevkedebilir. Ancak, birtakım perişan ve derbeder düşüncelerden ileri gidemediği zaman sadece hayalî bir tatmin vasıtası olarak kalır ve şahsı teşebbüsten, spontanéité'den mahrum bırakır.

Çözülme (dissociation):

Sıkıntı verici, nâhoş realiteden kurtulmak için bazı hallerde şahsiyet geçici olarak bütünlüğünü kaybeder, her şeyi unutur, âdeta ikinci bir şahsiyet kılığına bürünür. Kabulüne imkân olmayan davranışın sanki esas şahıs tarafından bilinmeyen ve tanınmayan bir ikinci şahıs, bir «şahsiyet adası» haline gelmesi suretiyle ego ile «ikinci şahsiyet» birbirinden tamamen ayrılmaktadır. Şuursuz kaçmalar, amneziler, hafıza kayıpları, uykuda gezmeler (somnambulisme), otomatik yazı yazma halleri, fevkalâde nâdir görülen «iki ruhlu insan» tipleri gibi histerik reaksiyonları bu gruba katabiliriz.

Gerileme (regression):

Bir ruhî çatışma (conflict), önüne geçilemiyecek ve şahsın adaptasyonunu tamamen bozan bir seviyeye ulaşırsa, artık daha kompleks davranışlara muktedir olamıyan şahıs, kolaylıkla intibak edebileceği ilkel davranış örneklerine dönecektir. Bunun basit şeklini arzularımız engellendiği zaman gösterdiğimiz çocukca hiddet ve heyecan reaksiyonlarında müşahede edebiliriz. Patolojik şekline ise en tipik misâl şizofrenidir. Şizofren bütün sorumlulukları terkederek çocukça bir davranış ve ilkel, fantastik bir ruhî hayat içine dönmektedir.

Saplanma (fixation):

İnsan, gerek bedenen, gerekse ruhî yapı bakımından devamlı gelişme ve adaptasyon içinde bulunan bir varlıktır. Eğer gelişimin herhangi bir noktasında bir takılma olur ve emosyonel dürtüler bir

noktada toplanarak oradan ileri gidemezse «saplanma» dan bahsedilir. Bazı insanlarda şiddetli Oidipus kompleksi sebebiyle anneye fiksasyon vardır. Bunların bir türlü evlenememeleri, karşı cinsle ilişki kuramamaları dikkati çeker. Aile veya ırka ait saplanmalar, kendi ailesinin veya ırkının bütün mensuplarını istisnasız en asîl, en büyük kimseler olarak tanımaya götürür. Daha ileri giderse bu bir paranoid reaksiyon olarak karşımıza çıkabilir. Otoerotik devrede cinsî arzuların fiksasyonu mastürbasyondan ileri gidememeye yol açar. Fiksasyon olgunlaşmayı engelliyen bir mekanizmadır.

Yer değiştirme (deplacement):

«Yerine koyma» (substitution) da denen bu mekanizma, sıkıntının giderilmesi için kullanılır. Affekt veya sıkıntı, bir şahıs, bir sitüasyon veya bir objeden, daha kabulü mümkün bir diğerine transfer edilmektedir. Meselâ, mütemadiyen ellerini yıkayan bir psikastenik, şuur altındaki günahkârlık duygusunu, suçluluk hissini «ellerinin kirli olması» fikri ile değiştirmiştir. Bu suretle, mütemadiyen el yıkamakla o hissin verdiği sıkıntıyı gidermeye çalışacaktır. **Alexander** (1952) ağaç kesme, top oynama, birtakım sportif faaliyetler gibi gündelik aktivitemizin agressiv hislerimizin bir substitution'u olduğunu söylemektedir.

Akla yakınlaştırma (rationalization):

Şuur dışı bir motivasyonun sonucu olan ve rahatsız edici bir faaliyetin arkasından ego, bu davranışı için entellektüel bazı sebepler imal ederek kendisine karşı kaybettiği güven ve itibarını yeniden kazanabilir. İnkâr edilemiyen bir zayıflık, yetersizlik tarafından tehdit edilen, tehlike altında bulundurulan ego, bu yetersizliğe kendi dışından bazı mazeret ve sebepler icadederek sıkıntıdan kurtulacaktır. Hastasını yanlış teşhis eden ve sonradan başka bir hekim tarafından doğru teşhis konduğunu öğrenen hekim, «ben teşhiste yanılmadım, öbür doktor hastayı muayene ettiği zaman belirtiler daha aşikâr bir hal almış idi» diye bir rasyonalizasyon yoluna saparak kendisine karşı itimat ve itibarının sarsılmasını önlemeye çalışacaktır. Açıkça aldandığımız bir alış-verişin sonunda «öyle ama, bunun gibisini başka yerde de bulamazdım; hem canım, o kadar yer dolaşacağıma birkaç kuruş fazla vermişim, ne zararı var...» diye kendimizi teselli ettiğimiz pek çoktur.

Rasyonalizasyon yolu ile utandırıcı davranışlara ve za'flara entellektüel olarak kabulü mümkün sebepler bulunmaktadır.

Projeksiyon (projection):

Saldırganlık (agression), suçluluk, arzu veya nefret gibi tahammülü mümkün olmayan şuur altı hisler bir diğer kimseye atfedilebilir. Bu suretle tenkidden kurtulur ve kendi kabahatimizi inkâr ederiz. Bu hisleri atfettiğimiz kimseye kızmak, kendi kendimize kızmaktan çok daha kolay ve az rahatsız edicidir.

Tatilini uzatan bir şefin, işine döner dönmez bütün emri altındakileri tenbellikle itham edip çok çalışmaya zorlaması ve böylece şuur dışı bir projeksiyon mekanizması ile işlerindeki eksikliği telâfiye gayret etmesi çok görülen hallerdendir. Birisinden nefret etmek ve ona fenalık yapmak için dayanılmaz bir arzu duysak, «ben ondan nefret ediyorum, ona fenalık yapmak istiyorum» diye düşünmektense, «o benden nefret ediyor, bana fenalık yapmak istiyor» diye düşünmek, yaptığımız işi kendimize mazur gösterebilmek bakımından çok daha kolay ve tahammülü kabil bir çare olacaktır. Şiddetli karı-koca kıskançlıkları da bir projeksiyondan başka bir şey değildir. Taraflardan biri yaptığı ihaneti, diğer tarafı ihanet ile suçlamak ve şiddetle kıskanmak suretiyle örtmeye çalışacaktır. Paranoid psikozlardaki perseküsyon hezeyanları bu projeksiyon mekanizmasının patolojik hududtta işlemesinin örnekleri ile doludur.

İntrojeksiyon (introjection):

Ferenzi'nin kullandığı bir terimdir. Çevrenin düşüncelerini, davranışlarını, karakterlerini benimsemek, onlara uymak demektir. Bir dereceye kadar insanı rahatlatan bu mekanizma, eğer ifrata kaçarsa insanı orijinaliteden, kişilik ve yapıcı güçten yoksun bırakan bir kuvvet haline gelir.

Benimseme (identification):

Bir başkasının vasıflarının, davranışlarının ve isteklerinin bir diğer şahıs ego'suna maledilmesi haline denir. Kendisini, seyrettiği cowboy filmindeki artist zanneden çocuktan, bağlı bulunduğu derneğin sadık bir üyesi, âdeta ayrılmaz bir parçası sayan fanatik idealiste kadar bu mekanizmayı birçok kimselerde sıklıkla görürüz. İyiye yöneldiği zaman çok faydalı olabilen bu mekanizma, kötü kişilere benzeme, identification halinde asosyal şahsiyetlerin gelişmesine yol açar.

Boyun eğme (submission):

Çocukluk çağındanberi bazı insanlar daima sulhçu, her şeye boyun eğer tabiatli, kanun ve nizamlara titizlikle riayetkâr ve uysal olurlar. Ergin birer şahsiyet haline geldikleri zaman da, birçok kimselerin alışamadıkları ve reaksiyon gösterdikleri sitüasyonlara kolaylıkla tahammül ve itaat ettikleri dikkati çeker. Tevekkül ve passif rıza ile sıkıntıdan kurtulma yolunu bulmuş kimseleri kuvvetli kişiliği olanlar kolaylıkla nüfuzları altına alabilmektedirler.

Çevirme (conversion):

Sıkıntıya sebep olan şuur altı çatışmaların çeşitli somatik belirtiler halinde sembolik ifade şekilleri bulmasına denir. Özellikle histerik felçler ve hissiyet kusurları birer konversion belirtisidir.

İnkâr ve yalanlama (negation-deny):

Emosyonel çatışmalar ve buna bağlı sıkıntı halini hafifletmek için bu çatışmanın esaslı bir elementini unutma halidir. Tek kızı ölen bir ananın onu daima misafirlikten beklemesi, her yemekte sofraya servisini koyması, yatağını yapması, ölümünden hiç bahsettirmemesi buna tipik bir örnektir.

Telâfi (compensation):

Şahıs, gerçek veya hayali bir eksikliğini, diğer kabiliyetlerini ve karakteristiklerini mübalâğa etmek suretiyle telâfi edebilir. Mutad olarak kompansasyon, başkalarının tasvip, beğenme ve hayranlığına muhtaçtır. Bunun yardımiyle ego ikna olur. Bazı sabırsız kimselerde mütemadiyen ilgi çekme ve itibar toplama gayretlerine rastlanır. Bunlar daima kendi gruplarından farklı olma çabası içindedirler.

İkili duygu (ambivalence):

Affektiv, emosyonel tonları ve ifadeleri birbirinin zıddı olan komplekslerin veya duyguların aynı anda ruhta doğması halidir. **William James**'in «Her büyük sevinçte daima bir damla elem aramak icabeder» sözleri bu ikili duygunun bir ifadesidir. Nefret, sevgi, şüphe ve itimat aynı zamanda ve beraberce bulunabilirler. Bazı akıl

hastalıklarında, özellikle şizofrenide bu patolojik bir seviyede ve bir semptom olarak ortaya çıkmaktadır.

Sembolleştirme (symbolisation):

Fikir ve düşüncelerimizi birbirimize sesli ve yazılı, abstre sembollerle ifade ederiz. Bu semboller sadece objeleri değil, arzu, istek ve affeksiyonumuzu, heyecanımızı da ifadelendirmektedir. Bir bakıma, bütün hayatımız sembollerle dolu demektir. Bir sembol, şuurlu veya şuursuz bir şekilde bir arzunun, doğrudan doğruya ifade edilemiyen bir isteğin karşılığı olabilir. Bir anahtar zincirinin ucunda taşınan ufak bir bebek, bir hayvan, bir şekil, başka hiçbir anlamı olmadığı halde para çantasında ihtimamla muhafaza edilen bir bozuk para, saadet ve şans getireceğine inanılan ufak tefek eşyalar hep böyle birer sembolden ibarettir. Hediyelerin maddi değerleri, ifade ettikleri sembolik manâ yanında pek hafif kalmaktadır. Kısacası, sembolizasyon, belirli bir obje için duyulan emosyonel hislerin abstre ve sembolik bir şekilde temsilidir.

Yüceltme (sublimation):

Bir içgüdü, hedef ve gayesini değiştirerek şahıs ve toplum için kabul edilebilir bir hal alabilir. İnstinktler seksüel renklerini kaybedip affektif bir gösteriye dönebilirler (désexualisation). Meselâ, büyük aşkların seksüel renk ve karakterlerini kaybederek sadece affektif, emosyonel bir potansiyel haline döndükleri çok görülen hallerdendir. Agressiv, saldırgan hisler meselâ sportif faaliyetler gibi yarışmalarla boşaltılabilirler. İtilmiş bir arzu bu suretle gerek şahıs ve gerekse toplum için kabul edilebilir bir hale gelmektedir.

Şuurlu kontrol (conscious control):

Ego, tehlikeli olabilecek arzu ve impulslerin varlığını kabul edebilir ve şuurlu olarak bunları kontrol altına alıp, onların yerine geçecek başka ve çevrece kabulü mümkün tatmin yolları arayabilir. Bu, refulmandan daha iyi ve yapıcı, prodüktiv bir faaliyettir. Refulman için gerekli enerji bu suretle daha faydalı ve yapıcı istikametlerde kullanılır.

Reaksiyon teşkili (reaction formation):

Şuursuz arzu ve impulslara tamamen zıt karakter özellikleri veya itiyatlar gelişebilir. Bu özellik şuurlu olarak şahsa, şuursuz arzularını önlemekte yardım eder. İnkâr edilen impulsun büyüklüğü oranında reaksiyon teşekkülü de aşikârdır: **Jung**'un bildirdiğine göre, aşırı davranışlar zıt ihtimallerden şüphelenmeyi dâvet eder. Bazen aşırı sevgilerin altında kin ve nefret duyguları yatmaktadır.

Somatizasyon (somatisation):

Emosyonel çatışma otonom sinir sisteminin herhangi bir parçasının fazla çalışması ile birlikte cereyan eder ve dolayısiyle, fizyolojik fonksiyonlarda bir bozulma, hattâ strüktürel değişiklikler görülebilir.

Dağılma (décomposition):

Çok şiddetli çatışmalar sonunda, adaptasyon imkânsızlığı dolayısiyle ciddî şekilde şahsiyetin parçalanması, dağılması, dekompoze olmasıdır.

PSİKİYATRİK BELİRTİLER VE SENDROMLAR

Psikiyatrinin semptomatolojisi diğer tıp dallarından birçok bakımlardan ayrılıklar gösterir. Bu bakımdan, psikiyatrideki semptomları böylece ayrı bir başlık altında incelemek uygun olacaktır.

Tıpta **semptom** tâbiri hastanın sübjektif şikâyetlerini ifade için kullanılan bir deyimdir. Objektif arazlar için daha ziyade **belirti** (sign) terimi tercih edilmektedir. Halbuki, psikiyatride hastanın sübjektif şikâyetleri ile objektif belirtiler birbirine çok karışmış durumda bulunduğundan «semptom» ve «belirti» terimlerinin ifade ettiği mâna da aynıdır. Meselâ, bir sıkıntı halinin hem sübjektif şikâyet, yani semptom olarak değeri vardır, hem de bu bir objektif bulgu, yani bir belirti'dir. American Psyhiatric Association'un lûgatinde psikiyatrideki anlamı ile «semptom» şöyle tarif edilmektedir: «Semptom, bir hastalığın sübjektif, objektif veya hem sübjektif, hem de objektif, spesifik bir gösterisidir».

Bugün için ruhî hayatı birtakım melekelere bölmek şeklindeki görüşler, yerini, tıpkı sinir sistemindeki bütüncü görüşler gibi psişizmayı da bir bütün olarak kabul eden teorilere bırakmıştır. Ancak, sırf didaktik gayelerle ve teşhisi kolaylaştırmak için, psikiyatri semptomatolojisi halen meleke psikolojisinin terimleri ile ifade edilmektedir. Bu sebeple, biz de bu esasa sadık kalarak, birtakım melekeler ve onların bozuklukları üzerinde duracağız.

Semptomlar

1. Şuur bozuklukları :

Şuuru, «insanın gerek şahsından ve gerekse çevresinden haberdar olma ve bu iki ortam arasında bağlantı kurabilme melekesi» diye tarif edebiliriz.

Hayatımızın herhangi bir anında şuurumuz, o anda meşgul olduğumuz, dikkatimizi üzerinde topladığımız şey için bilhassa uyanıktır. Meselâ ben, bu yazıları yazarken, yazacağım cümleleri düşü-

nüyor ve yazdığım şeyleri gözümle kontrol ediyorum. Duyu organlarım, ruhî faaliyetlerim bilhassa önümdeki kâğıda ve yazılara çevrilmiştir. O halde, bu an için yazdığım şeyler benim için **şuurlu** bir faaliyet sonucudur. Bu sırada yanıma birisi gelse, bir şeyler söylese ve ben ona pek de dikkat etmesem, bu olaylar benim için **yarı şuurlu** geçer. İşim bittikten sonra kendimi zorlar ve hafızamı kurcalarsam o yanıma geleni ve neler söylediğini hatırlamam kabildir. Bir de tamamen şuurumun dışında birtakım olaylar olabilir. Bunları normal halde hatırlamama imkân yoktur ki, bu haller de benim için «**şuursuz**»dur. Bir olayın şuur sahamıza girmesi, yani bizim için şuurlu olması için, o olay hangi duyu organımıza tesir ediyorsa o duyu organımızın ve onun merkezle bağlantılarının sağlam olması da icabeder. Yazı yazan bir insanın kulakları sağırsa, gözleriyle takibettiği yazılar tamamen şuurlu olmasına rağmen o sırada yanına gelen birisinin konuşmaları şuursuz olacak, o şahsın şuuruna intikal etmiyecektir.

Görülüyor ki, kısaca şuur diye tarif ettiğimiz ruhî halin de üç ayrı safhası mevcuttur: şuurlu, yarı şuurlu ve şuursuz safhalar. Karanlık bir oda düşünelim, bu oda birçok eşyalarla dolu bulunsun. Orta yerde bir mum yakılırsa, bu mumun aydınlattığı pek ufak bir kısımdaki eşyalar tamamen farkedilir (şuurlu saha); bunun dışındaki alaca karanlık olan, eşyaları güçlükle seçilebilen bir saha daha vardır (yarı şuurlu saha); nihayet, bunun da etrafında kalan büyük bir kısım büsbütün karanlıklara gömülüdür (şuursuz saha).

Şuurun bir de bu tarif ettiğimiz çeşitli bölgelerinden başka, şuurlu kısmın da kendi içinde seviyeleri bahis konusudur. Bütün gayretlerimizi, uyanıklığımızı topladığımız, çok dikkat ettiğimiz bir olay bizim için, yarı uykulu ve dalgın bir halde seyrettiğimiz bir olayla aynı derecede «şuurlu» olamaz. Sarhoşlukta, bazı uyuşturucu ilâçlar alındığı zaman ve nihayet, bazı beyin hastalıklarında da şuur böyle bulanır.

Bir insanın kendisinden ve çevresinden haberdar olması haline **«yönelme» (orientation)** adı verilir. Kendisine ait bilgiler **«kendine yönelme» (orientation autopsychique)** ve çevresine ait bilgiler de **«çevreye yönelme» (orientation allopsychique)** ismi altında toplanır. Çevreye yönelme, **«zaman yönelmesi»** ve **«mekân yönelmesi»** olmak üzere iki kısımdır.

Zaman ve mekân orientasyonlarının bozulmasına **mental konfüzyon (confusion mentale)** adı verilir. En sık bozulan çevreye yönelmedir. Buna hastanın kendi şahsı hakkındaki bilgilerin kaybolması da bazen eklenir.

Şuurun kantitatif bozuklukları ise **dalgınlık (hébétude)** ve **şaş-**

kınlık (obnibulation)'dan **tam şuur kaybına** (coma, syncope, uyku) kadar derece derece sıralanmaktadır. Bunun iki ekstremi «**uyanıklık**» ile «**şuursuzluk**» dur.

2. **İdrâk bozuklukları:**

İdrâk kantitatif veya kalitatif olarak bozulabilir. Kantitatif idrâk kusuru bir duyu organının ve onun bağlı bulunduğu sinir sisteminin çalışmasındaki azalma veya kaybı ifade eder. Meselâ, görme duyumu için bu, hafif görme bozukluklarından tam körlüğe kadar sıralanabilir.

Kalitatif idrâk bozukluklarını **hallüsinasyon** ve **illüzyon**'lar teşkil eder. Hallüsinasyon, objesiz idrâk demektir. Dıştan gelen herhangi bir stimulus olmaksızın şahsın bazı şeyler idrâk etmesi, hayaller görmesi, kulağına gaipten sesler gelmesi birer hallüsinasyondur. O halde hallüsinasyonları, ilgilendirdikleri duyum sahasına göre isimlendirmek mümkündür: görme, işitme, koku, tad alma, dokunma hallüsinasyonları gibi. Bundan başka, meselâ iç organları ilgilendiren senestezik hallüsinasyonlar da vardır. İllüzyon ismi ise, hakikatte mevcut objelerin olduklarından başka türlü, yanlış ve hatalı bir şekilde idrâk edilmeleri haline verilen isimdir. Bir hastanın, elindeki kalemi bir bıçak veya yılan olarak idrâk etmesi bir illüzyondur.

Hallüsinasyon ve illüzyonda hastanın idrâk ettiği şeylere inanması şarttır. Bunun dışında bir de **hallüsinoz** tarif edilmiştir. Burada hasta birtakım objesiz idrâklerde bulunursa da, aslında bu idrâklerin vârit olmadığını, bu halinin bir hastalık olduğunu bilir ve bundan şikâyet eder. Kulağına gaipten gelen seslerin bir hayâlden başka bir şey olmadığını söyleyen ve bunun tedâvisi için hekime başvuran hastada bir hallüsinasyon değil, bir hallüsinoz bahis konusudur.

3. **Dikkat:**

Psikiyatrik muayenede **spontan** ve **volonter dikkat** faaliyetleri ayrı ayrı incelenir. Konuşma sırasında süjenin gözleri kapattırılır ve oda içindeki eşyaları sayması istenirse, verilen doğru cevap spontan dikkatin sağlam olduğunu gösterir. Dikkati bir noktaya toplanır, meselâ masa üzerindeki eşyalara dikkatle bakması istenir, sonra gözleri kapattırılarak o eşyalar saydırılırsa cevap, volonter, yani iradeli dikkati ifade eder.

4. Hafıza :

İdrâk edilen birçok hâdiseler ve objelere ait hâtıralar birtakım örnekler, engramlar halinde saklanmakta ve sonradan bunlar tekrar hatırlanmaktadır. Hafızayı **tesbit (fixation)**, **muhafaza (conservation)** ve **izhar (vocation)** hafızaları olarak üç kısımda mütalea etmek âdet olmuştur. Arka arkaya birkaç rakkam söyleyerek onların derhal tekrarını istemek, yani derhal vuku bulan şeyleri hatırlayıp hatırlamadığını aramakla tesbit hafızasını, bu rakkamları bir müddet sonra tekrar sormakla muhafaza hafızasını muayene ederiz. İzhar (vokasyon) hafızası ise eski hâtıraların anlatılabilmesi, doğru olarak hatırlanabilmesi kabiliyetidir.

Hafızanın artmasına **hiperınnezi (hypermnésie)** azalmasına **hipomnezi** (hypomnésie) ve nihayet kaybolmasına da **amnezi** (amnésie) adı verilir. Hafıza yıkılması en yeni öğrenilenden başlar. Yeni başlamış bir bunaklıkta ilk önce unutulan şeyler evinin adresi, dün akşam yediği yemek, iki gün evvel gelen misafir gibi pek yeni hâtıralardır. Birçok ihtiyarlık bunaması vak'alarında, birkaç günlük olayları hatırlayamayan hastaların senelerce evvel geçmiş şeyleri büyük bir berraklıkla anlatmaları etraflarında hayret uyandırır. Hafızanın bu şekilde yeni hâtıralardan başlayarak yok olmasına, buna ilk defa işaret eden araştırıcının ismiyle «**Ribot kanunu**» denir.

Kafa traumaları gibi ânî hâdiselerde hafıza yıkılması olaydan evveline veya sonrasına ait hâtıraları ilgilendirebilir. Birincisine **retrograd** ikincisine ise **anterograd amnezi** diyoruz. Hem retrograd, hem de anterograd hafıza yıkılması varsa o zaman da **total amnezi**'den bahsedilir.

Hafızanın yanılmasına, şaşmasına **paramnezi** (paramnésie) denmektedir. Bu iki şekilde görülür: **jamais-vu** ve **déja-vu** (*) şeklinde paramneziler. Jamais-vu halinde hasta pek iyi tanıdığı kimseleri ilk defa gördüğünü, hiç tanımadığını iddia eder. Déjà-vu halinde ise tamamen yabancı kimselere ait bir benzetme bahis konusudur ki, bu ekseriyetle «**masal uydurma**» (confabulation) ile beraber olur. Bir bunak ihtiyar, ilk defa gördüğü kimseyi komşusunun oğlu zanneder ve ona ait birtakım hikâyeleri de gerçekmiş gibi anlatırsa bu halde déjà-vu şeklindeki bir paramnezi ile beraber konfabülasyondan bahsetmek gerekir.

Bir de «**amnésie lacunaire**» vardır. Bazı hallerde hasta, parça

(*) Jamais-vu: hiç görmedim — deja-vu: henüz gördüm mânalarına gelen Fransızca birer deyim. Bütün dünyada aynen kullanılmaktadır.

parça bazı hâtıralarını kaybetmiştir. Hafıza kusuru olan bölgenin ilerisi ve gerisi sağlam kalır.

5. Zekâ :

İnsanın düşünme kabiliyetini zekâsı verir. Zekâyı bilme, anlama ve muhakeme etme kudretlerinin bir sonucu olarak ele alabiliriz. Duyu organlarımızla aldığımız intibalar hafızamızdakilerle karşılaştırılır ve bir sonuca varılır. Zekânın birçok şekillerde tarifine çalışılmıştır. **Stern** (1914), zekâyı yeni durumlara, sitüasyonlara uyabilme kabiliyeti diye tarif eder. Yani, burada zekâ, rasyonel davranış prosesinin bir sonucudur. **Binet** ve **Simon**'a göre zekâ, ruhî adaptasyonu, uyumu sağlayan bütün ruhî proseslerin sonucudur (1916). **Goddard,** kişinin geçmişteki tecrübelerden faydalanarak bugünkü problemleri çözebilmesi ve aynı şekilde geleceğe ait problemlerin de önüne geçebilmesini zekâ fonksiyonu olarak kabul etmektedir (1945). **Sperman**'a göre (1904), çeşitli şahıslarda kantitatif farklar gösteren ve bütün ruhî faaliyetlerde müşterek olarak bulunan bir genel faktör bahis konusudur. Diğer taraftan, **Thorndike**, zekânın tek bir faktör olduğunu kabul etmez. Ona göre zekâ, çeşitli fonksiyonları ilgilendirir ve mücerret, sosyal, mekanik gibi çeşitli kısımlara ayrılır. **Thurstone** (1938) ve diğer psikologlar, çeşitli özel entellektüel fonksiyonlar arasında verbal (konuşmaya ait) faktörler, mekân faktörü, muhakeme faktörü, hafıza faktörü, sür'atin idrâk edilebilmesi faktörü gibi faktörler ayırmışlardır.

Bütün bu tarifler de göstermektedir ki, psikolojide belirli ve birbirinden ayrı melekeler, özel deyimiyle «psikolojik atomlar» tarif etmeye imkân yoktur. Kanaatimizce zekânın en iyi tarifini **Binet** yapmıştır: «Zekâ, zekâ testlerinin ölçtüğü şeydir...»

Aşağıda inceliyeceğimiz muhakeme denilen ruhî prosesin sonunda çıkarılan neticelerin ve eski bilgilerimizin, içinde bulunduğumuz âna tatbik edilebilmesi, onlardan faydalanmamız ancak zekâ sayesinde mümkün olur. **O halde zekâ için önemli olan fikirlerin sayısı, miktarı değil, onların kaliteleridir.**

Zekâ bozukluklarına **«oligofreni»** denir.

6. Muhakeme :

Duyu organlarımızla aldığımız intibaların hafızamızdakilerle ve evvelce edinilen bilgilerle karşılaştırılarak bir sonuca varılması prosesine **«muhakeme»**, bunun kalitatif bozukluklarına ise **«hezeyan»** adı verilir. O halde hezeyanı «realitenin yanlış tefsiri» diye tarif ede-

biliriz. Meselâ, tanımadığımız bir insanın yanımızda gülmesi olağan bir hâdisedir. Fakat bu gülme, «bu adam benimle alay etmek için bilhassa gülüyor, zira bendeki bazı kabiliyetleri kıskanmakta veya bana kötülük etmek, beni küçük düşürmek istemektedir» diye yorumlanırsa o zaman bir hezeyan bahis konusudur.

Bu çeşit **tefsir hezeyanları**'ndan başka, çeşitli hezeyan şekilleri vardır: **tesir hezeyanları**'nda hasta kendisine birtakım sihirli, telepatik veya fizik kuvvetlerle tesir edildiğini iddia eder. **Mistik hezeyan'a** tutulan hasta Velîlikten Allahlığa kadar birtakım dinî ve mistik sıfatları kendine yakıştırır. **Keşif hezeyanı**'nda mevcut bazı şeylerin kendi keşfi ve eseri olduğu iddiasından, hiç yoktan yeni keşiflere kadar birçok şekiller vardır. Bir zamanın modası olan perpetuum mobile (dışardan enerji almaksızın çalışan makine), birçok hastada hezeyan teması olmuştu. Sık görülen bir hezeyan şekli de **perseküsyon hezeyanı**'dır. Böyle kimseler kendilerine başkaları tarafından kötülük ve eziyet edildiğini veya kendilerinin başkaları için tehlikeli, kötü bir kimse olduğunu iddia ederler. Birinci haldeki hastaya **perseküte**, ikinci haldekine ise **persekütör** denir. Hasta bazen o kadar fena bir insandır ki ölümsüzlüğe ve ebediyyen cezalanarak yaşamaya mahkûm edilmiş, ölme saadeti bile ondan esirgenmiştir (délire d'éternité, délire de damnation éternelle). Persekütörler kendi kendini suçlandırma, itham (auto-accusatoin) fikirleri taşırlar. Bazı organlarının veya topyekûn kendi varlığının inkârı haline **inkâr hezeyanı** diyoruz (nihilisme, délire de négation). **Asalet hezeyanlarında** hasta büyük ve çok asil bir ailenin evlâdı, falan veya filân tahtın son vârisidir. **Şehvet hezeyanlarını** gösteren hasta ise kendisiyle hiç ilgisi ve bağlantısı olmayan, hattâ kendisini tanımasına bile imkân bulunmayan karşı cinsten bir kimsenin kendisine âşık olduğunu, evlenme teklifinde bulunduğunu, cinsî münasebeti arzuladığını... ilh. iddia eder.

Hezeyanlar, genel olarak ya **sistemli** veya **sistemsiz**'dir. Sistemli hezeyanlarda bir sistem bahis konusudur. Bütün hastalık süresince tek ve değişmeyen bir hezeyan vardır. Hastanın bütün faaliyetleri, bütün davranışları bu hezeyanına uygun olur. Ona göre tavırlar takınır. Kendisi bu hezeyanına kuvvetle inandığı gibi, etrafını da inandırmak için birçok deliller bulur, herkesi inandırmaya gayret sarfeder. Sistemsiz hezeyanlar ise mütemadiyen değişirler. Hasta bir iddiada bulunurken bunun sebebini, neye dayanarak bunu iddia ettiğini sorarsanız herhangi bir delil göstermek lüzumunu bile duymaz. Zaten biraz sonra hezeyanın şekli değişecek, başka başka şeyler iddia edecektir.

Kantitatif muhakeme kusuru, iki hâdise arasında mukayese ya-

pabilme ve bağlantı kurabilme kabiliyetinin kaybıdır ki, bu, yukarda da anlattığımız gibi, zekâ bozukluğu şeklinde ortaya çıkar.

7. Fikir akışı :

Ruhî faaliyet esnasında devamlı bir «fikir akışı» olmaktadır. Kafamızda boş, hiçbir fikrî faaliyette bulunmadan ve düşünmeden geçen bir an dahi yoktur. **William James**'in ilk defa işaret ettiği bu «fikir akışı» çeşitli değişikliklere uğrar; bazı yerlerde duraklar, bazen hızlanır ve nihayet bir neticeye varır.

Böylelikle, bir fikir akışı çeşitli yollardan sonuca varmaktadır. Meselâ, bazı insanlar hayâllerinde birtakım şekilleri canlandırarak düşünürler. Bilhassa talebelik çağlarında çok kimse ancak kitabın o sayfasını veya resimlerini gözünün önüne getirmek ve hayâlinde canlandırmakla sorulan soruları cevaplandırabilir. Bazı insan tipleri ise kelimelerle düşünmeyi âdet edinmişlerdir. Bu tiplerde fikir akışını düzenleyen hayâller, resimler değil, fakat birbirini takip eden sözler, kelimeler ve cümlelerdir.

8. İrade :

Fikir akışı sonunda bir neticeye, bir hükme varılır. Böylece düşünceler sıralanır, diğer fikirlerle mukayese edilerek değerlendirilir ve işe yarayanları arasında bir çeşit tercih, bir seçme yapılır. Bu seçme faaliyetine de «irade» diyoruz. İnsan düşüneceği, söyliyeceği, yapacağı şeyleri iradesinin kontrolüne tâbi tutar. Bazı faaliyetler bir müddet iradenin kontrolü ve zoru ile yapıla yapıla nihayet itiyad halini alır. Bazı davranışlarımızın bu şekilde otomatikleşmesi şuurlu faaliyeti azaltacağı için yorulmamızın önüne geçmektedir. Fakat, tekrar edelim, bir davranış itiyad halini almadan, otomatikleşmeden evvel düşünce safhasını geçirmiş, irademizin kontrolü altında diğerlerine tercih edilmiş ve ondan sonra tekrarlana tekrarlana itiyad meydana gelmiştir. O halde **Descartes**'in **«düşünen kimse vardır»** mânasına gelen meşhur sözünü **«seçen, tercih yapan kimse vardır»** diye değiştirebiliriz.

Yanlış olduğunu bildiğimiz halde kafamızdan atamadığımız fikirler vardır. Bunlara **«zorlu fikir» (obsession)** adını veriyoruz. Evden çıkarken kapıyı iyice kilitleyip kilitlemediğini, aslında emin olduğu halde, defalarca kontrol eden kimsede bir obsesyondan bahsetmek icabeder. Bu çeşit fikirler zamanla bir korku hissi doğurmaya başlarlar. Bu suretle belirli bir şeyden, saçma olduğunu bilse dahi, korkmaya **«fobi»** (phobie) denir. Çeşitli fobiler vardır: Kapalı yer-

lerden korkma (claustrophobie), denizden korkma (thalassophobie), hastalıktan korkma (nosophobie), pislikten korkma (misophobie) gibi.

9. Duyarlılık (teessüriyet - affection):

İdrâkler, eski hâtıralarla, izlenimlerle karşılaştırıldığı zaman hoş veya nâhoş bir his yaratır. Bu hissin şekli, çıkarılan neticelerin arzu ve isteklerimizle gösterdiği uygunluk derecesine bağlıdır. **Mazhar Osman Uzman,** affeksiyonu, «uyaranlara karşı insanın şahsî reaksiyonu» diye tarif ediyor. **Maxwell,** «dünya insanın duyuşlarının aynasıdır» demiştir. Homeostasis bahsinde de belirttiğimiz gibi, psişik homeostasis'in bozulması sıkıntı şeklinde bir affektif gösteri yapar. Uygun davranışlarla bu homeostasis'in yeniden teşekkülü ise haz, rahatlık verici bir duyumdur.

Duyarlık (affeksiyon) birçok akıl hastalıklarında ileri derecede bozulur. Affeksiyonun artması, **hiperaffektif hâdiseler** iki yönde olur: (1) **Patolojik neş'e (joie morbide)**, (2) **patolojik keder (tristesse morbide)**. Her iki halde de hastada, dış ortamın stimulusları ile hiçbir şekilde uygun düşmeyecek, ileri derecede bir keder veya neş'e hali vardır (Mani ve melankoli isimli psikiyatrik tablolarda olduğu gibi). **Öfori (euphoria)**, fizik ve ruhî bakımdan zindelik, sıhhatlilik hissinin patolojik bir tarzda, mübalâğalı olarak artması halidir. Buna karşılık **depression**'da gerek fizik ve gerekse ruhî bakımdan patolojik bir düşkünlük, durgunluk bahis konusudur. **Anksiyete (anxiété) (bunalım)** terimi «sıkıntı»yı ifade eder. Belirli bir objeye yönelmiş bir duyum olan «korku»ya karşılık, anksiyetenin belirli bir objesi yoktur. Müphem bir korku, gerginlik, huzursuzluk, bundan doğma sıkıntı tabloya hâkimdir.

Bazı hallerde ise affeksiyonun patolojik olarak küntleştiği, azaldığı (şizofreni'de olduğu gibi) dikkati çeker. Hastanın affektiv reaksiyonları çok azalmış **(hypoaffectivité)** olduğu gibi, bir stimulus ile ilgili olmayacak şekilde yön değiştirmiş de olabilir **(paraffection)**. Bulunduğu akıl hastahanesinde aynı zamanda aşçı yamağı olarak çalıştırılan bir şizofren hasta, ustası ile soğan doğrarken, yanında oturan ustasının karnına elindeki bıçağı saplamış ve adamın ölüp ölmediğine bakmak için başını bile çevirmek lüzumunu duymadan aynı kanlı bıçağı ile soğan doğramaya devam etmiştir. Bu vak'adaki bâriz affeksiyon küntlüğüne karşılık, annesinin ölümüne kılı kıpırdamayan bir şizofrenin, evdeki kediye şiddetle bağlanması, kedinin hastalığı sebebiyle intihara dahi kalkması bir affeksiyon sapıklığı, bir paraffeksiyondur. Gene şizofrenlerde, affeksiyon azalmasına

bağlı bir «**zevk alamama hali**» mevcuttur ki, buna da **anhedonia** diyoruz.

10. Motör davranış bozuklukları :

Kompleks davranışların birçoğu şahsın içinde yaşadığı toplumca kabul edilen normlara uymadığı için bir hastalık çerçevesi içine girebilir. Bunlara antisosyal davranışları, cinsî sapıklıkları, alkol ve diğer maddelere karşı iptilâyı da katabiliriz. Bu şahıslar, belirli bazı antisosyal davranışları dışında oldukça sağlam kimselerdir. Bazı psikonevrotik şahıslarda, adaptasyonunu, topluma uyumunu bir bakımdan oldukça bozan bazı patolojik davranışlar görülebilir: bir mizofob hastanın mütemadiyen ellerini yıkaması gibi...

Başka bakımlardan integrasyonu, bütünlüğü bozulmamış şahıslardaki bu çeşit davranış bozukluklarından başka, ağır idrâk, düşünce ve affekt bozukluklarına bağlı davranış kusurları da vardır. Bazen motör davranışta, hareketlerde bir azalma, durgunlaşma görülür. Buna **stupor hali** diyoruz. Buna karşılık, motor davranıştaki artmalar derece derece **huzursuzluk, ajitasyon, eksitasyon** diye sıralanırlar. **Katalepsi** halinde kas tonüsünde artma ile beraber bir postürün uzun müddet muhafazası bahis konusudur. Buna «**balmumulaşma hali**» mânasına «**flexibilitas cerea**» ve **katatoni** denir. Flexibilitas cerea halinde hastanın vücuduna balmumundan bir heykel gibi, çok güç pozisyonlar verilebilir. Gayesiz bir motör aktın mekanik bir şekilde yapılmasına ve tekrarlanmasına «**otomatizm**» denmektedir. Bazı aktlar bu şekilde arka arkaya ve mütemadiyen tekrarlanırsa bu bir çeşit «**stereotipi**» dir. Katatonideki «**akinetik stereotipi**» ye karşılık, burada «**kinetik stereotipi**» den bahsedilir.

Affekt ve irade kusurunun bir çeşit sonucu gibi ortaya çıkan «**telkiniyet - suggestibilité**» ve «**menfiyet - négativisme**» belirtileri de motör davranış bozuklukları içinde mütalea edilir. Telkiniyet halinde süjenin, karşısındaki insanın jestlerini **(ekopraksi)**, mimiklerini **(ekomimi)** veya sözlerini **(ekolali)** tekrarlamasından bahsedilir. Menfiyet, negativism içinde olan bir hasta ise kendisine yaptırılmak istenen her şeye mukavemet eder. Gözünü açması istenen bir şizofren, menfiyeti dolayısiyle ve hiçbir sebebi olmaksızın, gözlerini sıkı sıkıya kapar. Bu hal, yemek yememeye, gıda almayı redde kadar gidebilir.

Yine bir çeşit irade kusuru sonucu ortaya çıkan motör davranış bozukluklarından «**ataklık - impulsion**» lar vardır. İmpulsion, sebepsiz bir motör aktın icrasıdır. Durup dururken bir kimsenin, karşısındakine bir tokat vurması gibi. İmpulsion'lar ya sadece fikir sahasın-

da kalır, yani bir aktın yapılması akla gelir, bunun neticeleri düşünülür, ruhî bir çatışma ve mukavemet sonunda bu akt yapılmaz **(psişik impulsion)**; veya bu ruhî proses sonunda mukavemet edilemiyerek akt icra edilir **(psikomotör impulsion)**; veyahut da herhangi bir düşünme hâdisesi, bir ruhî proses olmadan, otomatik olarak bir motör aktta bulunulur **(motris impulsion)**.

11. Verbal davranış - konuşma bozuklukları:

Konuşma bozuklukları ekseriyetle diğer motör davranış bozukluklarına paralel olarak ortaya çıkarlar. Psikonevrozlarda çoklukla konuşma, muhteva bakımından bozulmuştur Yine psikonevrotik belirtiler arasında **kekemelik**'den hiç ses çıkaramama **(afoni)** haline kadar birtakım konuşma blokajlarına rastlanabilir.

Akıl hastalarındaki hiç konuşmama haline **mütizm** (mutisme) adı verilir. Buna karşılık çok konuşmanın karşılığı **lögore** (logorrhea) dir (eskiler buna ishal-i kelâm diyorlardı). Bir hasta konuşurken birtakım tedai bağlantıları ile, görünüşte birbiri ile ilgisi olmayan cümleleri birbirine bağlayarak fikirden fikre atlarsa bu hal «**fikir kaçması**» (fuite des idées) adını alır. Manyaklardaki çeşitli fikirler arasında anlam bakımından tedai bağlantılarının mevcut olmasına karşılık, bazı hastalarda, meselâ şizofrenlerde bu tedai sadece kelimelerin son heceleri veya kulağa gelen ses intibalarına göre yapılır: **Klang-association.** Kelime ve cümlelerin stereotipik bir şekilde arka arkaya tekrarlanmasına «**verbigération**» mânasız ve yeni kelimeler uydurmaya «**néologisme**», bundan evvel bahsettiğimiz bir telkiniyet belirtisi olan, söylenenleri aynen tekrarlama haline de «**écholalié**» adı verilir. Tamamen birbiri ile ilgisiz birtakım kelimeleri arka arkaya sıralama şizofrenlerde çok rastlanan bir konuşma şeklidir **(kelime salatası - salade de mots)**.

BAŞLICA PSİKİYATRİK SENDROMLAR

Psikiyatrik bozukluklar evvelâ iki büyük gruba ayrılmaktadır: **psikonevrozlar** ve **psikozlar.** Psikonevrozları, birtakım ruhî çatışma ve komplekslere bağlı olan, düşünce prosesinde bazı bozukluklar yapmakla beraber, hastanın objektif davranışını pek az değiştiren ve bu bakımdan sosyal hayatla telifi kabil olan sendromlar diye tarif edebiliriz. O halde, buna karşılık psikozların, şahsın düşünce prosesini ileri derecede bozması, bütün davranışlara ve ruhî hayata hastalık halinin hâkim olması ve sosyal hayatın normlarına uymaması gerekir. Kısaca, psikonevrotik hastalığı bilir ve ondan şikâyet-

çidir, psikotik ise hastalığını yaşar. Burada belli başlı psikiyatrik sendromları kısaca tarif edelim:

Bugün için elde mevcut bazı etyo-patogenetik esaslara ve daha ziyade klinik gösterilere dayanılarak psikiyatride şu sendromlar ayırd edilebilir:

1 — **Zekâ gerilikleri:** Bu grup altında organik veya kültürel orijinli bütün zekâ gerilikleri, oligofreniler mütalea edilir.

2 — **Hiperaffektif hastalıklar:** Affeksiyonun patolojik bir şekilde ve gerek patolojik neş'e, gerekse patolojik keder yönünde artması ile karakterize psikozlar. Siklofreni gibi.

3 — **Dissosiatif sendromlar:** Hastanın affeksiyonundaki küntlük ve realite ile ilgisinin kesilmesi ile karakterize şahsiyet parçalanması prosesleri. Şizofreni gibi

4 — **Paranoid sendromlar:** Başlıca karakteri bir muhakeme bozukluğu olan hezeyanlardır. Bu grupta paranoia, paraphrenia ve diğer paranoid psikozlar mütalea edilir.

5 — **Bunamalar:** Gerek ihtiyarlığa ve gerekse diğer organik beyin hastalıklarına bağlı demanslarla bazı psikozların son devrelerinde ortaya çıkan, ruhî fonksiyonların global çöküntüsü ile karakterize bunama **(demans - démence)** halleri.

6 — **Konfüzyon hali:** Karakteristik araz şahsına ve çevresine yönelme (orientation auto-psychique ve oriéntation allo-psychique) kusurudur. İdyopatik ve primer konfüzyon halleri olabildiği gibi, çeşitli akıl hastalıkları veya enfeksiyonların seyri esnasında da konfüzyon tablolarına rastlamak kabildir.

7 — **Şahsiyet, karakter ve davranış bozuklukları:** Antisosyal personalite **(psikopati)**, seksüel sapıklıklar ve alkolizma ile toksikomaniler bu gruba girer.

8 — **Psikonevrozlar:** (Yukarda bahsedildi).

9 — **Tasnif edilemiyenler:** Bütün bu gruplardan hiçbirine sokulamayan psikiyatrik tablolar da vardır.

ETYOLOJİ

Bu bölümde, etyolojik bakımdan bugün için tesirli olduğu kabul edilen veya bilinen muhtelif faktörler gözden geçirilecektir.

İrsiyet

Konuya girmeden önce herediter, genetik, kongenital, konstitüsyonel ve ailevî (familial) terimlerinin ifade ettiği mânâları açıkça tarif ve birbirinden farklarını izah etmek gerekiyor.

Heredite terimi ile, biyolojik (sosyal değil!) karakteristiklerin, ana - babadan çocuğa, konsepsiyon anında nakli kastedilir.

Genetik terimi orijin veya başlangıç ânı ile ilgiye işaret eder. Bu terim iki ayrı mânâda kullanılmaktadır: (1) heredite ile sinonim olarak, (2) biyolojik ve sosyal olgunlaşma ve gelişme safhalarına işaret eder şekilde.

Kongenital terimi doğum ânında mevcut olayları gösterir. Bazen herediter karakteristikleri ifade edebilirse de, daha çok doğumdan önce, **intrauterin hayatta** vukua gelen arıza ve hastalıklar konjenital olarak kabul edilirler.

Ailevî (familial) karakteristik veya hastalıklar, belirli bir aile içinde bilhassa sıklıkla görülen hastalık veya karakteristikler topluluğuna verilen isimdir. Bunlar herediter olabildiği gibi, o aile fertlerinin aynı patogen âmille karşı karşıya kalmalarından ötürü, herediteye bağlı olmaksızın da ortaya çıkabilirler.

Bazı akıl hastalıkları heredite ile uzaktan veya yakından ilgili bulunmaktadırlar. Bunların başında **siklofreni** denen psikoz gelir. Nöbet nöbet ortaya çıkan, nöbetlerinin bazısında depression, bazısında ise eksitasyon ve öforili hiperaffektif reaksiyonlar görülen, her nöbet iyileştiği halde yeni bir nöbetin gelmesi de kaide olan bu psikoz, dominant olarak, % 85 oranında irsen intikal eden bir hastalıktır.

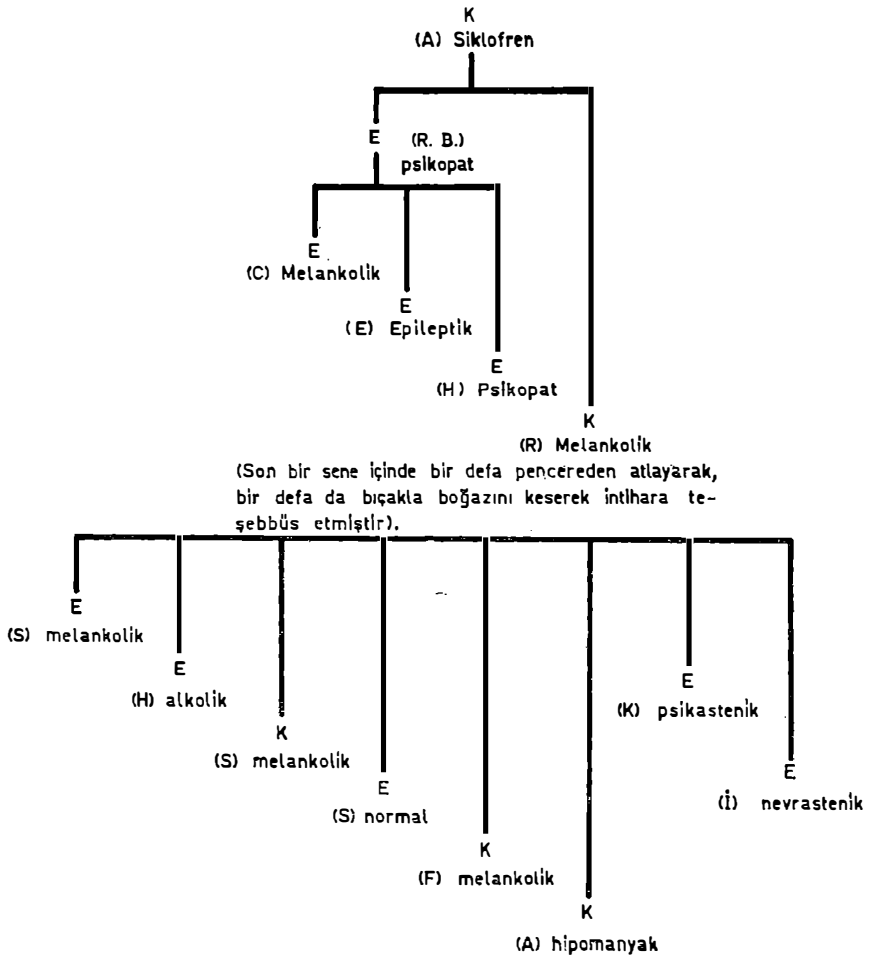
Zekâ geriliklerine gelince... Birçok **kongenital** sebebe bağlı veya doğumdan sonra vukua gelen hâdiselerden olma zekâ geriliklerinin yanında, tamamen genetik, herediter oligofreniler de vardır. Şurası muhakkatır ki, akıllı ana ve babadan aptal bir çocuğun doğması

mümkündür, fakat, aptal bir ana-babanın asla akıllı çocuğu olamaz **(Uzman)**.

Psikozlarda hereditenin açık rolünü ortaya koyması bakımından aşağıdaki iki vak'a büyük kıymet taşımaktadır:

1) Avrupa'nın eski, asîl ve asırlardanberi nezaketi ile tanınmış bir sülâlesi olan Kallikak ailesine mensup Martin Kallikak isimli bir zatın meşru ve normal zevcesinden **10 çocuk** dünyaya gelmiş. Bu çocuklardan da **beş nesilde 496 evlât olmuş.** Bunların **hepsi normal olup, yalnız iki alkolik ve bir de cinsî sapık varmış.** Aynı zatın **oligofren** bir metresinden üreyen **480 kişilik** nesilde 36 piç, 33 fahişe, 24 alkolik, 3 epileptik, 82 küçük yaşta ölüm ve 143 de oligofren görülmüş: hattâ, 8 tanesi fahişelik ederken umumhanelerde yakalanmıştır. Yalnızca 46 çocuk akıl bakımından normal imiş.

2) İstanbul Üniversitesi Psikiyatri Kliniği materyalinden alınan bir vak'anın aile şemasını takdim ediyoruz:



Bazı psikozlar aile çevresi şartlarına bağlı olmak üzere familial karakter arzederler. Bunun yanında, akıl hastası bir kardeş veya ana - baba ile beraber kalan diğer kardeşin veya çocuğun aynı belirtileri göstermesi demek olan **«ikiz delilik»** meselesinden de bahsedelim. İstanbul Üniversitesi Psikiyatri Kliniğinde yatmış olan böyle bir ikiz delilik vak'asında asıl aktif ajan olan annenin mevcut perseküsyon hezeyanlarına kızını da inandırması sonucunda beraber, kollektif bir intihar teşebbüsü görülmüştür.

Bazı ailelerin fertlerinin daha sıklıkla ihtiyarlık bunamasına yakalandıkları görülmüştür. Paranoia'ya zemin teşkil eden paranoid karakter umumiyetle irsen intikal eder.

Beden yapısı

Beden yapısını, **«bir organizmanın, herediter sebeplere bağlı olan biyolojik yapısı»** diye tarif edebiliriz **(Masserman,** 1961). Bu biyolojik yapı, birçok anatomik strüktür özelliklerini ve fizyolojik fonksiyonları ihtiva eder. **Belirli beden yapısında olan kimselerin stresslere verdikleri cevaplar da belirli örnekler şeklinde ortaya çıkarlar.** Bu vücut karakteristikleri arasında **O'Kelly** ve **Muckler** (1955) boy, ağırlık, deri rengi, saç rengi ve uzunluğu, göz rengi, cins, yürüyüş, postür, kılların yayılışı, yağ depoları, kulak, burun, dış genital organların uzunlukları; kan basıncı, nabız sayısı, kalb ve diğer kasların elektrik deşarj tipleri, vücut ısısı, nörolojik bütünlük, iç organların görünüş ve fonksiyonları, ilh... toplanmaktadır. **Umumiyetle kabul edildiğine göre, vücut strüktür ve fonksiyonlarının bu karakteristikleri, çevre faktörlerinden çok herediter prosesler tarafından tâyin edilirler. Bununla beraber, yine beden yapısı, ferdin hayatı sırasında devamlı bir değişme gösteren çeşitli fizyolojik ve psikolojik faktörlerin de tesiri altında kalır.**

Çok eskiden beri, birtakım beden yapısı karakteristiklerinin, bazı fizik hastalıklar, şahsiyet tipleri ve psişik bozukluklar ile ilgisi bilinmektedir. **Hipokrat,** apopleptik ve ftizik tipler ayırmış, **Galenus** ise kanlı, flegmatik, melânkolik ve kolerik mizaçlar şeklinde bir ayırma yapmıştı. **Shakespeare,** Julius Caesar'ın ağzından, vücut yapısı ile şahsiyet karakterleri arasındaki ilgiyi şu sözlerle ifade eder:

> Let me have men about me that are, flat;
> Sleek-headed men and such as sleep o'nights;
> Yon Cassius has a lean and hungry look;
> He thinks too much; such men are dangerous.

(Etrafımda yağlı, şişman, çıplak kafalı ve geceleri uyuyan kimseleri görmek istiyorum. Yon Cassius çok zayıf ve aç görünüşlü; biraz fazla düşünüyor; böyle adamlar tehlikeli olur.)

Lombroso, kriminal tiplerin beden yapısını tarif etmiş, **Kretschmer** ve diğer başka müellifler ise beden yapıları ile birtakım akıl hastalıklarının ilgisini göstermişlerdir. Aşağıdaki tabloda çeşitli araştırıcılar tarafından yapılan beden yapısı sınıflandırmaları görülmektedir.

Okul	Yazar	Beden yapısı tipleri			
		Tip I	Tip II	Tip III	Tip IV
Roma	Hipokrat	apoplecticus	phtisicus	–	–
Fransız	Galen Rostan	kanlı dijestif	melankolik respiratuar–serebral	flegmatik müsküler	kolerik –
İtalyan	De Giovanni Viola	megalo–splanknik brakimorfik	mikro–splanknik dolikomorfik	normo–splanknik ömorfik	– –
Alman	Gall–Beneke Kretschmer	hiperplastik piknik	hipoplastik astenik	– atletik	– displastik
Anglo–Amerikan	Stockard Rees–Dysenck Sehldon	lateral eurymorphic endomorfik (visserotonik)	linear leptomorphic ektomorfik (serebrotonik)	– mesomorphic mesomorfik (somatotonik)	– – displastik

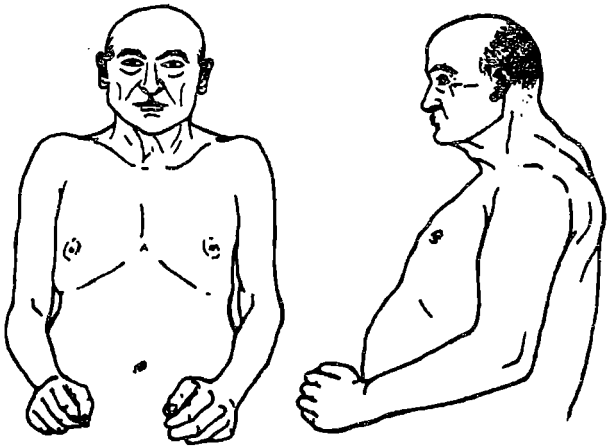
Kretschmer, beden yapılarını 4 tipe ayırıyor:

1 — **Piknik** yapılı olanlar kısa boylu, yağlı, şişman, çoğunlukla göbekli, yuvarlak ve çoğu zaman saçları dökük kafalı kimselerdir. Bunlar mizaç itibariyle siklotim'dirler, dışa dönüktürler.

Piknik tipin esas beden ölçüleri şunlardır:

	Erkekler	Kadınlar
Boy	167,8	156,5
Ağırlık (Kg.)	68,0	56,3
Omuz genişliği	36,9	34,3
Göğüs çevresi	94,5	86,0
Karın çevresi	88,8	78,7
Kalça çevresi	92,0	94,2
Ön kol çevresi	25,5	22,4

El çevresi	20,7	18,6
Baldır çevresi	33,2	31,3
Bacak uzunluğu	87,4	80,4



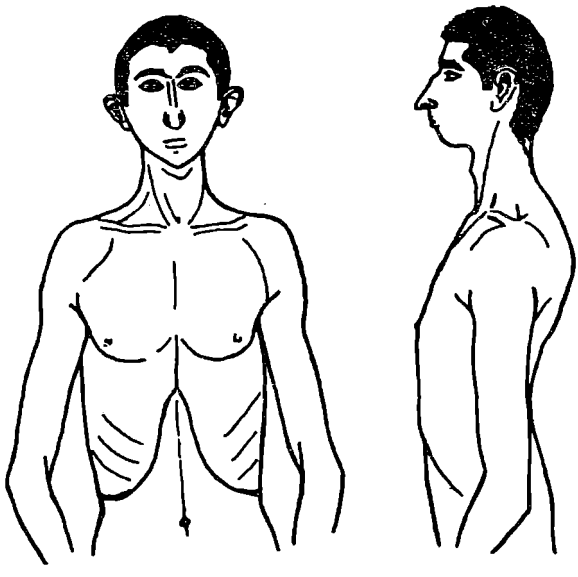
(Şekil : 17) Piknik tip

Kretschmer bu tipi şöyle tarif ediyor: Piknik tip, orta yaşlarda eriştiği en son olgunluk safhasında, iç organları ihtiva eden boşluk (baş, göğüs, karın) çevrelerinin çok fazla gelişmesi ve gövdede yağ birikmesine karşı bir eğilimle birlikte, hareket organlarının (omuz çevresi, kol ve bacakların) zayıf bir şekilde teşekkülü ile kendini gösterir.

Mazhar Osman Uzman'ın kendine has ifadesiyle bir piknik tarifi vardı: «bir kemer patlıcana kollar ve bacaklar yerine birer kibrit çöpü sokun, piknik insanın modeli ortaya çıkar...» Bu tipi (Şekil: 17) deki şematik resimde görüyoruz.

Piknikler mizaç bakımından siklotim'dirler. İçleri dışlarındadır. Çok konuşurlar, etrafları tarafından da daima aranırlar. Neş'eden kedere, kederden neş'eye kolaylıkla geçebildikleri gibi, başkalarının neş'e ve kederine de hemen katılırlar. Güler yüzlü, hoşsohbet, rahat kimselerdir. Bir toplantı veya seyahat sırasında etrafına bir grup insan toplamış, mütemadiyen konuşan, fıkralar anlatan ve herkesi güldüren bir ses, büyük bir isabetle, orta veya kısa boylu, göbekli, çıplak kafalı bir şahsa aittir. Bazen bunların neş'e dediğimiz halleri «sululuk» derecesine varır. Fikirden fikire atlamaları yüzünden kendileriyle ciddî hiçbir şey konuşulamaz olur. Etraflarını âdeta rahatsız etmeye başlarlar. İşte, akıl hastalığı ile normallik arasında henüz tereddüt eden bu safhaya **sikloidi** adını veriyoruz ki bundan bir adım ötesi **siklofreni** denen akıl hastalığıdır.

2 — **Astenik tip : Kretschmer, asteniklerin beden yapısını «tam bir uzunluğuna büyüme»** diye özetliyor (Şekil : 18).



(Şekil : 18) Astenik tip

Bu uzunluğuna büyüme, bedenin bütün kısımlarında, çehrede, boyun, gövde, kol ve bacaklarda ve yine bütün doku şekillerinde, deride, yağ dokularında, kas, kemik ve damarlarda görülmektedir. Bunun sonucu olarak, bütün çevre ve genişlik ölçüleri gibi, ortalama ağırlığı da genel erkek ortalama değerlerine göre daha düşük bulunur.

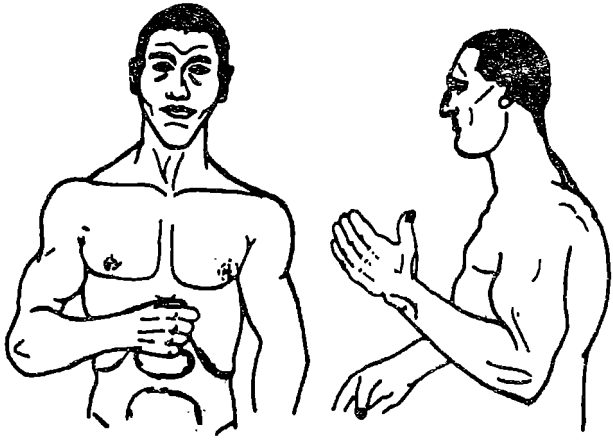
Astenik tipin ortalama hesabiyle, esas beden ölçüleri şunlardır:

	Erkekler	Kadınlar
Boy	168,4	153,8
Ağırlık (kg.)	50,5	44,4
Omuz genişliği	35,5	32,8
Göğüs çevresi	84,1	77,7
Karın çevresi	74,1	67,7
Kalça çevresi	84,7	82,2
Önkol çevresi	23,5	20,4
El çevresi	19,7	18,0
Baldır çevresi	30,0	27,7
Bacak uzunluğu	89,4	79,2

Mizaç itibariyle asteniker (bunlara **leptosom** da denir) içlerine kapanık insanlardır. Arkadaşlıkları, muhitleri çok dardır. Pek az ko-

nuşur ve hele içlerindekini, hislerini hiçbir zaman dışarıya vurmazlar. «İçinden pazarlıklı» denen, niyetlerini belli etmeyen, sebatkâr kimselerdir. Cemiyet hayatından umumiyetle kaçan ve pek de tanınmayan bu tip kimselerin bir gün büyük bir san'at şaheseri ile ortaya çıkmaları hiç de nâdir rastlanan vakıalardan değildir. Bu içe dönük mizaca **şizotimi**, daha ileri şekline **şizoidi** ve nihayet, bu bünye üzerinde gelişen bir çeşit akıl hastalığına da **şizofreni** adını veriyoruz.

3 — **Atletik tip:** Erkek atletik tipi (Şekil: 19), iskeletin, kas ve derinin fevkalâde iyi gelişmiş olması ile belirir. Uzuna kadar giden orta bir erkek boyu, özellikle geniş, taşkın omuzları, geniş göğsü ve



(Şekil : 19) Atletik tip (**Kretschmer'den**)

çekik karnı ile gövde şekli, pelvis ve bacakların üst tarafa nisbetle dolgun olmasına rağmen bilhassa omuz başlarının ve göğüs kaslarının hipertrofisi dolayısiyle aşağıya doğru daralmaktadır. Sert ve yüksekçe bir baş, serbest boyun ve gelişmiş ense kasları, önden bir çeşit prizmatik manzara gösterir.

Atletik tipin esas beden ölçüleri şunlardır:

	Erkekler	Kadınlar
Boy	170,0	163,1
Ağırlık (kg.)	62,9	61,7
Omuz genişliği	39,1	37,4
Göğüs çevresi	91,7	86,0
Karın çevresi	76,6	75,1
Kalça çevresi	91,5	95,8
Önkol çevresi	26,2	24,2
El çevresi	21,7	20,0

Baldır çevresi	33,1	31,7
Bacak uzunluğu	90,9	85,0

Kretschmer'e göre atletik tiplerde mizaç ritmi düzenli ve ağırdır. Hayatları muntazamdır; oldukça sakin, hesaplı ve tedbirli insanlardır. Bunlar, sadık kocalar, vefakâr dostlar olurlar. Atletikler arasında özellikle ağır işlerde çalışan insanlar ve sporcular görülmektedir.

4 — **Displastik tip:** Displastik tipte vücut yapılışı ilk bakışta anormal bir intiba verir ve iki kutup arasında mübalâğalar gösterir. Bunlarda özellikle hormonal bir bozukluk bahis konusudur: cüce tipler, kretenler, kalın kalçalı, koca kafalı kimseler, harem ağası tipleri gibi... Hermafrodit tipler de bu gruba girer (erkek yapılı kadınlar, kadın yapılı erkekler gibi).

Kretschmer'in tipolojik tasnifi de, diğer tasnifler gibi, sadece ekstrem tipleri tarif etmiştir. Tam piknik, tam astenik veya tam atletik ve displastik insanlar, toplum içinde küçük bir nisbeti teşkil ederler. Bunun yanında daha çok pikniğe, asteniğe veya bu tiplerden herhangi birine yaklaşan ortalama beden yapıları görülür. **V. Robden,** 1926 senesinde, tipolojik tasnife göre akıl hastalıklarının dağılımı hakkında yapılan etüdleri toplamıştır. Bu toplamaya 23 araştırıcının gözden geçirdiği 3262 şizofreni ve 981 siklofreni vak'ası girmektedir. Bu şekilde, genel tetkiklerin ortalama neticesi olarak beden yapısı tiplerine tesadüf eden endogen psikozların yüzde miktarı şöyle gösterilmiştir:

	Siklofreni 981 vak'a	Şizofreni 3262 vak'a
1 — Piknik ve pikniğe yakın olanlar	% 66,7	% 12,8
2 — Astenik ve atletik	% 23,6	% 66,0
3 — Displastik	% 0,4	% 11,3
4 — Tipik olmayan haller	% 9,3	% 9,9

Endogen psikozların beden yapısı tiplerine isabet yüzdesi (**Robden'den**)

Bu geniş istatistik de açıkça ortaya koymaktadır ki, şizofreni bilhassa astenik ve atletik tiplerde, siklofreni ise çoklukla piknik tiplerde görülmektedir.

Sheldon, üç ayrı yönden çekilmiş standardize fotoğraflarla relatif visseral, müsküler ve iskelete ait gelişmeleri etüd etmiş ve fizik

yapı ile mizaç karakteristikleri arasında büyük bir münasebet görmüştür. **Sheldon tipoloji**'sinde **endomorfik** (visserotonik), **ektomorfik** (serebrotonik), **mesomorfik** (somatotonik) ve **displastik** olmak üzere dört tip ayrılmaktadır. **Endomorfik** beden yapısında **visserotonik** karakteristikler (rahatlık, konforu sevme, sosiabilite, v.s.), **mesomorfik** beden yapısında **somatotonik** karakteristikler (iddiacılık, enerji ve kifayet hissi) ve **ektomorfik** beden yapısında da **serebrotonik** karakteristikler (çekingenlik, yalnızlıktan hoşlanma, hassasiyet, v.s.) bulunur.

Metabolik faktörler

«Fonksiyonel» denen birçok akıl hastalıklarında ve özellikle şizofrenide normal metabolik fonksiyonlarda belirli birtakım bozukluklar gösterilmiştir. **Kety** (1959) şizofrenide ortaya koyduğu anormal biyoşimik bulgulara dayanarak şizofreninin biyoşimik sebeplerini şu şekilde sınıflandırıyor:

1. Oksijen, karbonhidrat ve enerjetikler,
2. Amino asidler ve aminler,
3. Epinefrin hipotezi,
4. Seruloplasmin ve taraksein,
5. Serotonin.

Bu konularda çok geniş çalışmalar yapılmış olmakla beraber, bunlar henüz etyoloji bakımından emin birer esas teşkil etmekten uzak bulunmaktadırlar. Elde edilen anormal bulguları tefsir ederken özellikle şu güçlüklerle karşılaşılıyor:

1 — Belirli anormal bulgular daima aynı tip hastalıklarda sabit olarak tesbit edilememektedir.

2 — Bazı şizofreni vak'alarında elde edilen sonuçlar normal kontrol grubundan çok farklı olmakla beraber, vak'a sayısı arttıkça ortalama değerlerin normallerden pek de değişik olmadığı dikkati çekmektedir.

3 — Sâbit metabolik anomalilere rastlansa bile, bunların birer sebep faktörü olmaktan çok, hastalığın seyri esnasında meydana çıkan bozukluklar olması ihtimali daha çok varittir.

Ashby (1947), ruhî bozukluklar olmadan ölen şahıslarla akıl hastalarının beyinlerinde **enzim muhtevalarını** ve bilhassa karbonik **anhidrazı** mukayese etmiştir. Psikozlu kimselerde bu enzimler tipik bir yerleşme ve dağılım anomalisi göstermektedirler. Fakat, burada

da bunun sebep mi, yoksa sonuç mu olduğu münakaşa ve şüphesi bahis konusudur.

Şizofrenideki metabolizma bozuklukları «Şizofreni» bahsinde de daha geniş bir şekilde ele alınacaktır.

BAŞKA SEBEPLER

İnfeksiyonlar:

Birtakım infeksiyonlar bazı psikozların sebebi olarak gösterilmek istenmiş, bunlardan bir kısmının direkt rolü de isbat edilmiş bulunmaktadır. Bu arada, başta **paralizi general**'i sayabiliriz. Bu, sifilis'den olma bir akıl hastalığıdır ve sifilis âmili olan treponema pallidum'un sinir sisteminden giderilmesiyle de şifa bulur. Burada, etyoloji, artık bütün tartışma sınırlarını aşmıştır. Bunun yanında, bazı infeksiyonların seyri sırasında, non-spesifik bir sendrom olarak ortaya çıkan **mental konfüzyon** hallerini de saymak icabeder.

Şizofreni için etyolojik âmil olarak bir ara Koch basili itham edilmişti. Bu teoriye göre tüberküloz basili, tıpkı plasmodium malariae gibi dönemler geçirir. Bu arada ultrafiltran olduğu bir dönem vardır ki, bu sırada şizofreni sendromuna sebep olur. Hiçbir şekilde isbatlanamıyan bu ve buna benzer teorileri bugün için artık üzerinde durulmayan birtakım iddialar saymak yerinde olur.

Spesifik infeksiyonlara bağlı psikozlar arasında malaria psikozlarını da zikretmek gerekir.

Toksik maddeler:

a) Endogen zehirlenmeler: Modern psikiyatrinin ilk devrelerinde etyolojik birtakım izah şekilleri bulunmaya çalışılırken, yine özellikle şizofreni için, birtakım **auto-intoksikasyon** teorileri ortaya atılmıştı. Organizmada ve genel olarak barsaklarda yer alan proseslerin mahsulleri olan kimyasal zehirler kana karışmakta ve bazı psikozlara sebep olmakta idi. **Baruk**'un **bulbocapnine** şırınga edilmiş hayvanlarda katatoniye benzeyen birtakım klinik tablolar meydana getirmesi bu teorileri destekler görünüyordu. Fakat, ne **Baruk**'un bulbocapnine ile zehirlenmiş hayvanları birer kataton idiler, ne de şizofreni gibi psikozları autointoksikasyon ile izah kabildir.

b) Eksogen zehirlenmeler: Alkol, keyif verici zehirler ve bazı ağır metal zehirlenmelerinin meydana getirdiği psikozlar tanınmaktadır.

Hormon bozuklukları :

Gene şizofrenide sebep olarak ortaya atılan, fakat isbat edilemeyen plüriglandüler bozukluklardan başka, **hipertiroidi**'deki sıkıntı ve eksitasyon halleri, **kretenler**'deki zekâ geriliği, **yaş dönümü melânkolileri,** aşikâr olarak hormonal sebebe bağlı psikozlar arasında sayılabilir.

Avitaminozlar :

Bazı vitamin eksiklikleri ile bir kısım psikozlar arasında etyolojik bir bağlantı bulmak kabildir. **Pellegra, Wernicke ensefalopatisi** bu çeşit psikozlar arasındadır.

Traumalar :

Traumalar iki şekilde psişik belirtilere sebep olurlar: (1) Organik beyin arızaları sebebiyle, (2) psişik şok dolayısiyle.

Zorla beraber yaşama mecburiyeti :

Fransızların «cohabitation forcée» dedikleri zorla beraber yaşama haline hapishanelerde, yatılı okullarda, esir kamplarında ve nihayet, devamı arzu edilmeyen evliliklerde rastlanır ve başlı başına bir psikonevroz, hattâ psikoz sebebi olarak mütalea edilir.

Gebelik :

Evvelden mevcut olmakla beraber, henüz ortaya çıkmamış bulunan bazı akıl hastalıkları gebelik sebebiyle alevlendirilebilecekleri gibi, yalnızca gebelik dolayısiyle gelişen üreme psikozları da mevcuttur.

Evlilik hali :

İstatistikler, bekârlarda akıl hastalıklarının daha kolaylıkla ve sıklıkla geliştiğini göstermektedir. Buna sebep olarak bekâr hayatındaki düzensiz yaşama, seksüel münâsebetlerin ya pek az veya pek çok olması, içki v.s. ileri sürülebilir. Ancak, **Adasal'ın** dediği gibi, **şizofreni gibi, esasen cinsiyetin inkişaf ettiği erginlik çağında başlayan bir akıl hastalığını bekârlığın aleyhine olarak bu istatistiğe**

koymamalıdır. Bunun gibi, ruhî bünyeleri itibariyle patolojik bir durum gösteren paranoid, şizoid veya sikloid mizaçlı kimselerin, bazı cinsî sapıkların da esasen evlenmedikleri, bu sebeple bekârlardaki akıl hastalığı nisbetini yükselttikleri de dikkate alınmalıdır. Mes'ut bir evlilikten sonraki bekârlıkta da ruhî şokların tesiri mühimdir. Evlenemeyen kızlardaki depression halleri, durumun kötü telâfisine bağlı paranoid fikirler bu arada sayılabilir.

Evlilik hayatı esnasında da karşı tarafın marazî kıskançlığı, cinsî uyuşmazlıklar, mizaç uygunsuzluklarından malî sıkıntılara kadar çeşitli sebepler birtakım ruhî belirtilerin inkişafında rol oynar. **Bunun yanında düzenli bir aile ocağının ve iyi anlaşmış bir çift'n karşılıklı birbirlerinin ruhî yapıları üzerindeki müsait tesirleri çok büyüktür.** Her halde, evlilik bir cohabitation forcée (zorla beraber oturma) haline geldiği takdirde, hiç olmazsa ağır birtakım psikonevrozlara kaynak teşkil eder.

Yaş, cins ve ırk:

Yaş, bazı psikozların başlangıcı için bir faktördür. Meselâ, şizofreni umumiyetle erginlik çağında, paranoia ise 40 - 45 yaş gibi olgunluk çağında başlar. Belirli bir ırktan çok, kapalı çevre ahalilerinde, birbirleriyle evlenmeler sonucu bazı resessif faktörlerin meydana çıkması bazı psikozların, özellikle siklofreninin o bölgede oturanlarda sıklıkla görülmesine sebep olur. Meselâ, memleketimizde siklofreni daha çok Karadeniz sahili ahalisinde rastlanmaktadır. Cins de bazı psikozların meydana çıkmasında bir faktör olabilir. Meselâ, yaş dönümü sendromlarının daha çok kadınlarda rastlanması gibi. Bununla beraber, bu üç faktör asla «etyolojik» element olarak ele alınmaz, sadece istatistik değeri ve kolaylaştırıcı rolü mevcuttur.

PSİKİYATRİK MUAYENE

Psikiyatrik muayene hastanın davranışlarının dikkatli bir tetkik ve müşahedesi ile hastayla yapılan çeşitli konuşmalardan ibarettir. Bu konuşmaların başlıca iki gayesi vardır: (1) **Teşhis ve tedâviye yarıyacak bilgileri** elde etmek, (2) hastalığın tedâvisi veya hastanın problemlerini ve intibak zorluklarını halletmek suretiyle kendisine yardımcı olmak.

Psikiyatrik hastaların muayenelerinde hekim birçok güçlüklerle karşılaşmaktadır. Evvelâ, bugünün klâsik tıp eğitimi genel olarak organların fonksiyon bozukluklarına önem veren bir eğitimdir. Tıp eğitimimiz organizmanın ve kişiliğin bir bütün halinde incelenmesini ve bozuklukların bir bütün halinde ele alınmasını öğretmekten çok uzaktır. Genel tıp bilimleri içinde psikiyatrinin başlı başına bütün diğer tıp dallarının toplamı kadar yer işgal etmesi beklenirken bugün hâlâ psikiyatrinin müstakil bir ihtisas şubesi olarak kabul edilmediği yerler bile (meselâ memleketimizdeki nöro - psikiyatri ihtisası gibi) mevcuttur. Bu sebeple tıp öğrenimini bitirmiş olan hekimler psikiyatrik bilgi ve temelden daima yoksun bulunmakta ve genel tıp tatbikatında dahi bu yüzden büyük hatâlara düşmektedirler. Psikiyatrik hasta ile meşgul olacak hekimin birtakım alışkanlıklardan, peşin hükümlerden ve toplumun akıl hastası için tanıdığı değerlerden kendini kurtarmış olması gerekir. Hekimler arasında bile ruh hastalarından korkan, onlarla alay eden, ruh hastaları ile uğraşmayı manâsız ve değersiz bulan, ruh hastalarını tedâvisi mümkün olmayan, toplum dışı kimseler sayanlara, yazık ki, hâlâ rastlanılmaktadır.

Hekimin kendi yetişme tarzı ve kişiliği de hastasına karşı olan davranışlarına tesir eder. Hekim kendi şuur altı çatışmaları ve şahsî problemleri dolayısiyle ve farkında olmaksızın, hastanın ruhî problem ve çatışmalarını görmeyebilir veya hatâlı değerlendirir.. O halde psikiyatrik muayene yapacak hekimin kendi ruhî özelliklerini, problem ve çatışmalarını mümkün olduğu kadar tanıması ve şuurlandırması icabeder.

Diğer taraftan, hasta ile yapılacak konuşmanın, yukarda belirttiğimiz gibi, birbirinden oldukça farklı iki gayeye yönelmiş olması da birtakım güçlüklere sebep olmaktadır. Zira, muayene maksadı ile yapılan bir konuşma, kısa zamanda hastanın hastalığı hakkında gereken bilgiyi edinme ve lüzumlu delilleri toplama hedefine yönelmiştir. Halbuki, tedâvi konuşmaları daha dikkatli yapılmalıdır. Burada zaman tasarrufuna ne lüzum ve ne de imkân vardır. Ekseriya hasta ile yapılan konuşmalar hem teşhis ve hem de tedâvi gayesini güder. Muayene konuşması sırasında bir taraftan da psikoterapiye başlanmış, ilerde ne gibi bir yol tutulacağına dair ön bilgiler elde edilmiştir.

Psikiyatrik muayene aynı zamanda psikoterapinin de başlangıcı olacağından hasta - hekim münâsebetlerinin daha ilk karşılaşmada ona göre kurulmasına dikkat etmek gerekir. Hasta, hekimin karşısında sadece muayene edilecek bir obje olmadığı gibi, hekim de sadece muayene eden bir uzman değildir. Her ikisi de ister şuurlu, ister şuursuz olsun, bir çeşit karşılıklı münâsebet içine gireceklerdir. Bir nörotik şahsın, en yakın aile fertlerine açmaktan çekindiği birtakım sıkıntılarını, sırlarını ve çevre ilişkilerini ilk karşılaştığı hekimine büyük bir samimiyetle anlattığı her zaman görülen hallerdendir. Hasta yardım bekleyen bir kimse, bir dertlidir. Bazen ise hasta hastalığını kabul etmemekte, hekime gitmesini gerektirecek bir hali olduğuna inanmamakta ve hekime veya hastahaneye ya aile fertlerinin ya da birtakım resmî otoritelerin zoru ile gelmiş bulunmaktadır. Bu durumdaki bir hasta düşmanca bir çevre ile çevrelendiğini sanır; hekim de bu çevrenin bir parçası, düşmanlarının bir âleti veya hattâ bizzat düşmanıdır. Buraya getirilmekle haysiyeti zedelenmiş, bir komplonun, tertibin içine düşürülmüştür. O halde sorulanlara mümkün olduğu kadar az, kestirme ve doğru olmayan cevaplar vermeli ve bir an önce buradan kurtulmalıdır.

Hekim, hasta karşısında çoğu zaman ana-baba veya herhangi bir üstün kişinin sembolü, bir otoritenin temsilcisidir. Kendisine büyük bir kudret atfedilir. Bu durum hastada birtakım ürkeklikler doğurabilir. Bazen hekim hasta tarafından sevgi objesi olarak kabul edilir ve böylece tehlikeli bir transfer meydana gelebilir. Bu durumda, hekimine karşı bir çeşit seksüel eğilim ve sevgi göstermeye başlayan bir hastanın bu eğilim ve duygularının mahiyetini anlamaya çalışmalı ve hastanın derhal yanından uzaklaşmamalıdır. Hiç şüphesiz burada kendi dürtü ve ihtiyaçlarını iyi tanıyan ve onlar üzerinde bir hâkimiyet kurabilen hekim başarı sağlayabilecektir.

Hasta ile konuşmaya başlayan psikiyatr, evvelâ kendisini o hastanın yerine koymalı ve «bu durumda hastanın yerinde ben olsay-

dım ne duyardım, ne düşünürdüm?» sorusunu kendisine sormalıdır. Böylece, hastanın bize vermediği cevapları, sakladığı hususları bulabilmemiz ve sorularımızı ona göre ayarlamamız mümkün olmaktadır. Ancak, böyle yaparken hekimin, hastanın problemleri içinde kendisini kaybetmemesine dikkat etmeli, gerekli objektiviteyi elden kaçırmamalıdır. Her hastanın problemi kendisine hastır. Hekim hastasında birtakım klişeleşmiş çatışmaların ve komplekslerin bulunduğuna peşinen hüküm verir ve onları aramaya çalışırsa hasta karşısında gerekli esnekliği gösteremiyecek ve objektiv bir araştırmadan çok bir çeşit kendi kendini doğrulama gayreti içine düşecektir. Her hastayı tamamen kendisine has, tek ve özel bir vak'a olarak ele almak lâzımdır. Ancak, böyle yaparken hekimin bilmesi gereken birtakım teorik ve pratik bilgilerden, klâsik psikiyatri mefhumlarından uzaklaşmaması, onları bir tarafa bırakmaması da gerekmektedir.

Hekimin kendi bilgi ve sorumluluğunun sınırlarını da bilmesi gerekir. Şurası muhakkaktır ki, hastanın iyileşmesinde hekim kadar çevrenin de rolü çok büyüktür. Onun için psikiyatr'ın, hastanın yakın çevresi ile de yakın bir işbirliği kurması gerekir.

Mümkün olduğu takdirde, hasta ile karşılaşmadan önce ailesinden geniş bir izahat alınır. Bu suretle bizzat hastanın doğumu, yürümesi, konuşması, okul hayatı, çocukluk hastalıkları, diğer hastalıklar, etrafı ile ilgi ve bağlantıları, tahsilinde ve işindeki başarı derecesi, evlilik hayatı, seksüel davranışları, kötü alışkanlıkları, mahkûm olup olmadığı, önceden başka veya benzer akıl hastalığı geçirip geçirmediği, bu hastalığının nasıl başladığı ve bugüne kadar ne şekilde geliştiği öğrenilir. Yine bu izahatla aile hakkında da bilgiler edinilir. Anası, babası, doğduğu ve içinde büyüdüğü ortam, kardeşleri, çocukları, yakın akrabaları, ailede psikopatik ve antisosyal davranışlı, akıl hastası, mücrim, alkolik, sifilitik veya geri zekâlı kimseler bulunup bulunmadığı araştırılır. Eğer hasta bir adlî makam, meselâ mahkeme tarafından gönderiliyorsa adlî dosyanın iyice tetkiki gerekir. Bu suretle, kendisini suç işlemeye kadar götüren hastalığının inkişafı hakkında gerekli bilgi elde edilir. Bu bilgiye, dosyasında bulunan şahit ifadeleri, hekim raporları, suçun işleniş tarzı ve mahkemede, adlî tahkikat sırasındaki ifadeleri de yardımcı olur. Yine hasta, başka bir hekim tarafından yollanıyorsa, o hekimin müşahede ve mütaleaları da gözden geçirilir.

Ruhî muayene sırasında hem hastaya sorulan sorular ve hem de alınan cevaplar, bir kelime dahi kaçırmaksızın kaydedilmelidir. Bu sırada hastanın davranışı, meselâ, cevapta tereddüdü, gülmesi, ağlaması, kaşlarını çatması... ilâh. de teferruatı ile yazılır. Bazı so-

ruların cevaplarının doğru veya yanlış olduğu yanına işaret edilir (meselâ, ay gün, zaman, etrafındakilerin isimleri gibi...).

Ruhî muayene

1. Kabul tarzı:

Hastanın muayene başladığı andaki durumu teferruatı ile tasvir edilmelidir. Burada sorulara cevap verip vermediği, koopere edip etmediği, etrafı ve kendisi ile ilgili, yüz ifadesi, kılık ve kıyafeti ilâh... hakkındaki bilgiler bulunmalıdır.

2. Şuur ve idrâk:

Gerek allopsişik ve gerekse autopsişik orientasyonunun yerinde olup olmadığı araştırılır. Klâsik sorular:

— İsminiz ve soyadınız?
— Kaç yaşındasınız?
— Ne iş yaparsınız?
— Burası neresi?
— Ben kimim?
— Bugün ayın kaçı?
— Yaz mı? kış mı?

gibidir. İdrâk muayenesinde idrâk melekesine ait kantitatif bir bozukluk (körlük, sağırlık gibi) olup olmadığı kaydedildikten sonra hallüsinasyon, illüzyon, hallüsinoz gibi kalitatif idrâk kusurlarının bulunup bulunmadığı (meselâ gözüne hayâl, kulağına ses gelip gelmediği, fena kokular duyup duymadığı, gösterilen eşyaları başka şeylere benzetip benzetmediği ve nihayet bu hayâlleri nasıl tefsir ettiği, bunlara inanıp inanmadığı) araştırılır.

3. Dikkat ve hafıza:

Spontan ve volonter dikkat ayrı ayrı araştırılır. Meselâ, evvelden ikaz edilmeksizin gözleri kapattırılır ve masanın üzerinde ne gibi eşyalar olduğu sorulur. Sonra ne sorulacağı kendisine bildirilip tetkik için zaman da bırakılır ve gene gözleri kapattırılır. Soru tekrarlanır. Gösterilen bir şekle bir süre baktıktan sonra ezbere tekrarlatılır. Üç tane, dört tane, beş tane, altı tane tek rakkam arka arkaya söylenir ve ezbere tekrarı istenir. Bu rakkamların bir silsile dahilinde birbirini takibetmemesi ve tek haneli olması gereklidir (3-2-8, 5-2-9-7 gibi). Bu suretle tesbit hafızası kontrol edildikten sonra ya-

kın hâdiselerden geriye doğru gidilerek muhafaza ve vokasyon hafızasını araştırıcı sorular sorulmalıdır (adresi, çocuklarının adı ve yaşı, dünkü, evvelki günkü, daha eski olaylar, buraya ne zaman taşındıkları, nereden geldikleri, eşinin hayatta olup olmadığı, neden öldüğü, çocuklarının ne iş tuttukları, evlenme, askerlik tarihleri, önemli ve yaşadığı tarihî olaylar gibi).

4. Zekâ:

Zekâ basit klinik muayene sırasında kabaca kontrol edilir. Bunun için belirli iki şey arasında mukayese yapıp ilgileri bulma kabiliyeti (meselâ bir kilo demir mi ağırdır, bir kilo pamuk mu?, Kuş uçar, sinek de uçar, o halde sinek bir kuş mudur?) araştırılır. Basit zihnî hesap meseleleri hallettirilir (meselâ, on lira kaç kuruştur? On lira 1000 kuruş olduğuna göre kaç ekmek alırsınız, ne artar? Şimdi 28 yaşında olduğunuza göre 12 sene sonra kaç yaşında olacaksınız?). Daha sağlam bir kanaat ancak zekâ testleri ile elde edilebilir ki bunlardan ayrıca bahsedilecektir.

5. Muhakeme:

Mevcut olaylar ve çevresi hakkında verdiği bilgiler ve vardığı hükümler araştırılır. Hastalığını kabul ediyor mu? Etmiyorsa buraya kimler tarafından ve niçin getirilmiştir? Düşmanları var mıdır? Neden kendisine düşmanlık edilmek istenmiştir? Kendisinde fevkalâdeden birtakım kabiliyetler var mıdır? Cemiyete yararlı bir insan mıdır? Kimseye kötülük etmiş midir? Ne işle meşguldür? Parası var mıdır? Çok mu zengindir? Yoksa fakir midir? İşinde başarı gösterebilmiş midir? Gösterememişse sebebi nedir? Yoksa kendisini kıskananlar, düşmanları mı buna engel olmaktadırlar?..

6. Duyarlılık (affection):

Şahsı ve çevresi ile ilgisi, arkadaşlığı, vatanına, milletine ve ailesine bağlılığı, çevresi ile kurduğu affektif bağlantılar, kederli ve neş'eli olaylarda verdiği reaksiyonlar araştırılır. Patolojik derecede bir sıkıntısı veya neş'esi var mıdır? Affeksiyonda bir küntlük, bir azalma bahis konusu mudur?

7. İrade:

Kafasından atamadığı birtakım düşünceleri var mıdır? Bunla-

rın saçma olduklarını biliyor mu? Biliyorsa neden üstünde duruyor? Bazı hareketleri mutlaka yapmak için dayanılmaz bir arzu duyuyor mu? Bazı şeylerden korkar mı? Meselâ pislik, yüksek yere çıkmak, hasta olma, kapalı yerde kalma, deniz geçme gibi korkuları var mı? Zaman zaman içki içmeye, uyuşturucu maddeler kullanmaya veya patolojik cinsî temaslara karşı dayanılmaz arzu duyuyor mu?

8. Motor davranış bozuklukları :

Negativizm, telkiniyet, stereotipiler, katatoni, tikler, vesair motor akt kusurları var mıdır? Durgun, deprime bir hasta mıdır, yoksa hareketli yerinde duramaz, ajite veya eksite bir kimse midir?

9. Verbal davranış bozuklukları :

Düzenli konuşabilmekte midir? Kekemelik, mütizm, afoni gibi konuşmama veya lögore, kelime salatası, fikir kaçması gibi çok konuşma halleri var mıdır?

Nörolojik muayene

Ruhî muayeneyi, aşikâr bir nörolojik sendrom bahis konusu olsun veya olmasın, tafsilâtlı ve sistematik bir nörolojik muayenenin takibetmesi şarttır. Burada, konumuz dışında olduğundan, nörolojik muayenenin nasıl yapıldığının anlatılmasına girmiyoruz.

Zekâ testleri

Genel olarak ruhî processus'ün üç hali birbirinden ayırd edilir:

1 — Bilgiye ait (cognitive) processus: Bu, haberdar olmayı, uyanıklık halini ve düşünceyi bildirir (bir şey, bir olay hakkında ne bildiği ve düşündüğü sorularının cevabı).

2 — Duyarlığa ait (affective) processus: His ve heyecanı ilgilendirir (bir şey hakkında ne hissettiği, ne duyduğu sorusunun cevabı).

3 — Arzuya ait (conavite) processus: İstek, arzu ve ihtirasları bildirir (bir şey hakkında ne yapmak istediği sorusunun cevabı).

Entellektüel (cognitive) fonksiyonlar arasında anlama, düşünme, muhakeme, yaratıcılık, maharet, eski hâdiselere ait bilgileri toplayabilme ve kullanabilme kabiliyetleri de sayılabilir **(Kanner, 1957)**.

Zekânın bir çok şekillerde tarifine çalışılmıştır. Bu tarifleri «Ze-

kâ» bahsinde sıralamıştık. Burada zekânın daha ince muayenesini ve kantitatif ölçmeyi mümkün kılan zekâ testlerinden bahsedeceğiz.

İlk zekâ testi **Alfred Binet** (1857-1911) ile **Teophil Simon** tarafından Fransa'da okul çocuklarının zekâ derecelerini araştırmak için ortaya konmuştur. 1905 senesinde yayınlanan ilk test, gittikçe zorlaşan 30 soru grubunu içine alıyordu (hareket eden bir cismi gözlerle takibetme, bir resimde besin maddelerini ve basit objeleri tanıma, ayrı uzunluktaki iki çizgiyi mukayese edebilme, söylenen cümleleri tekrarlama, kelimelerde kafiye bulma, eksik cümleleri tamamlama ve mücerret mefhumları tarif edebilme).

1908'de **Binet** testin yeni bir revizyonunu yayınladı ve ilk defa **«zekâ yaşı»** kavramını ortaya koydu. Soru grupları yine gittikçe zorlaşan şekilde ve 3 yaşından 12 yaşına kadar yaşlara göre tertiplenmişti. Çocuk hangi yaşın sorularının hepsini veya büyük kısmını cevaplandırabiliyorsa zekâ yaşı o olarak kabul ediliyordu. 1911'de yine **Binet** tarafından yayınlanan revizyonda her yaş için (4 yaş müstesna) 5 test bulunuyordu ve üst sınır da ergin yaşına kadar çıkarılmıştı.

Goddard (1910), **Binet** testini İngilizceye çevirerek soruları Amerikalılara göre adapte etmiştir.

Stanford üniversitesinden **Lewis M. Terman, Binet** testini yeniden tadil etmiş ve 2000 okul çocuğunda standardizasyonunu yaparak 1916 da yayınlamıştır. Bu revizyonlu **Binet-Terman Testi**'nde ilk testteki sorulardan bir kısmı yerlerini değiştirmiş ve yeni birçok sorular da eklenmiştir. Memleketimizde **Prof. S. C. Antel** tarafından adaptasyonu yapılmıştır. Türkiye için adapte edilen ve halen kullanılan Binet-Terman testinin sorularından birkaç örnek verelim:

Yaş III (6 test, her biri iki ay)

1. Vücudun kısımlarını göstermek (3/4) (*)
   Burun..... Gözler..... Ağız..... Saç.....
2. Eşya isimlerini söylemek (3/5)
   Anahtar..... Para..... Çakı..... Saat..... Kalem.....
3. Resimdeki şeyleri saymak veya daha iyisini yapmak (Bir resimden en az üç şey)
   «Bu resimde gördüğün üç şeyi bana söyle»
   a. Hollanda evi
   b. Kayık
   c. Postane

(*) Parantez içindeki rakkamlar kaç sorudan kaçının bilinmesinin gerektiğini göstermektedir. Meselâ, 3/4, 4 sorudan 3 ünün bilinmesi halinde testin başarılmış sayılacağını ifade eder.

4. Kız veya erkek olduğunu söylemek.....
5. Soy adını söylemek.....
6. 6-7 hece tekrarlamak (1/3)
   «Güzel bir kedim var»
   «Kedi köpekten kaçtı»
   «Yazın hava sıcaktır»

Yaş XVIII'den bir soru:
(5 dakikada yapılacaktır)

A) Annesi oğlunu nehre gönderiyor ve ona 7 litre su getirmesini söylüyor. Eline biri 5 litrelik, diğeri üç litrelik bir kap veriyor. Şimdi bana söyle, bu çocuk sade elindeki kapları kullanarak ve tahminler yapmaksızın tamamı tamamına yedi litre suyu nasıl getirebilir? Çocuğun elinde biri üç litrelik, diğeri beş litrelik iki kaptan başka bir şey olmadığı ve tamamı tamamına 7 litre su getirmeye mecbur olduğunu hatırında tut.

B) Mahiyeti aynıdır. Yalnız 5 ve 7 litrelik iki kova ile 8 litre getirecektir (5 ile başla).

C) Mahiyeti aynıdır. Yalnız 4 ve 9 litrelik kaplarla 7 litre su getirecektir (4 ile başla).

Binet-Terman testinin Türkçe adaptasyonunun tetkikinde görülür ki, en alt sınır 3 yaş, yüksek yetişkin olarak da 18 yaş kabul edilmiştir. 3 den 10 a kadar her yaş için, ondan sonra ise 12, 14, 16 ve 18 yaş için sual grupları mevcuttur. 1937 senesinde **Terman** ve **Merrill**, Stanford-Binet testinin yeni bir revizyonunu daha neşretmişlerdir. Bu son şekilde alt hudut daha indirilmiş ve yukarı yaşlar için de birtakım yeni sorular eklenmiştir.

1912'de Alman psikoloğu **Wilhelm Stern «zekâ bölümü»** (intelligence quotient - quotient d'intelligence) kavramını ortaya atmıştır. Teste tâbi tutulan çocuğun zekâ yaşı kronolojik yaşa bölünürse zekâ bölümü ortaya çıkar ve % ile ifade edilir. Meselâ, 10 yaşında bir çocukta zekâ yaşını 5 bulursak zekâ bölümü I.Q. = 5/10 = 1/2 = % 50 olur.

Zekâ testleri ile ölçülebilen entellektüel fonksiyon, çoğunlukla 14 - 20 yaşlar arasında maksimum seviyeye ulaşır. Ortalama bir erginde ise zekâ yaşı 16 civarındadır. Bu sebeple, Binet-Terman testinde erginlerin zekâ yaşını tayin ederken 18 yerine 16 yı I.Q = % 100 için standard kabul etmek uygundur. Böylece, 16 yaş sorularına cevap verebilen bir erginde zekâ bölümü % 100'dür. I.Q. 70'in altında ise zekâca geri, 130'un üstünde ise çok yüksek (dâhi) kabul etmek gerekir.

Merrill (1938), yaşları 2,5 ile 16 arasında değişen 2.904 denek üzerinden elde ettiği sonuçlarla Stanford-Binet testinin zekâ bölümü derecelerini şöyle değerlendirmiştir.

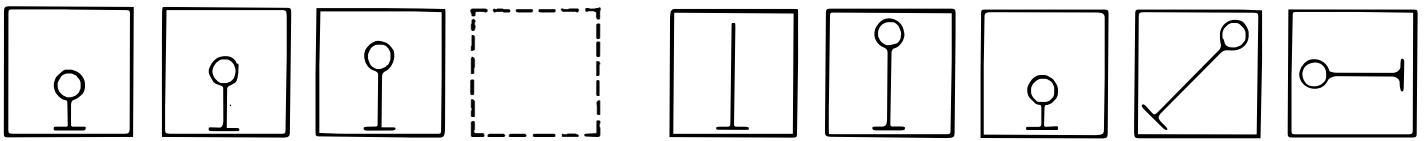
Değerlendirme	I.Q
Deha	140 ve yukarısı
Yüksek	120-139
Yüksek-orta	110-119
Orta	90-109
Aşağı orta	80-89
Hudut	70-79
Geri zekâlı	70 den aşağı

Binet-Terman (veya Stanford-Binet) testi «verbal» dediğimiz, konuşma ile ilgili zekâyı değerlendiren bir testtir. Bunun yanında «pratik zekâ» veya «maharet» testleri de ortaya atılmıştır. Bu meyanda özellikle **Alexander**'in pratik zekâ testini sayabiliriz. Çok yönlü testler de vardır. Meselâ **Wechsler - Bellevue** testi bu şekilde birkaç verbal ve pratik test skalasını bir araya getirmiştir. Bu suretle, 6 verbal (bilgi, anlama, parmak aralıkları, hesap, benzemeler ve kelime bilgisi) ve 5 maharet (resimleri tamamlama, resimleri sıralama, bloklar, cisimleri sıralama ve parmak sembolleri) testi ile bir Wechsler - Bellevue testi tamamlanır. Sonuç verbal, pratik zekâ bölümleri ile genel zekâ bölümü şeklinde tayin edilir. Erginler ve çocuklar için ayrı ayrı test skalaları vardır.

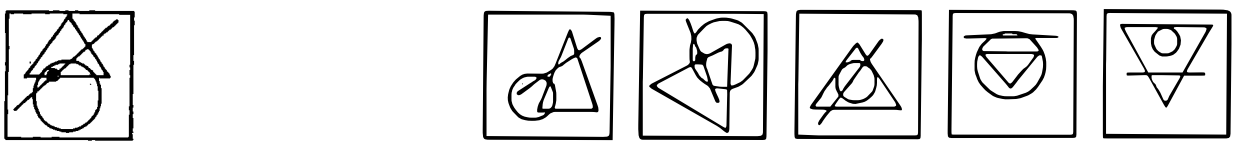
Cattell testi'nin özelliği bilgiye ihtiyaç göstermemesidir. Bu test 4 grup ihtiva eder. 1 den 4 e doğru gidildikçe çözülmesi zorlaşır. Her grupta birbirini takibeden ve bir düzen içinde sıralanmış şekiller mevcuttur. Bu şekillerden eksik olanın yerine o düzeni tamamlıyacak bir şekil koymak veya mevcutlardan düzeni bozanı bulup çıkartmak icabeder.

Projektif testler

Projektif denen testlerde teste tâbi tutulan şahsa, deneğe, mümkün olduğu kadar herhangi bir şey ifade etmiyen ve belirli bir konstrüksiyonu olmayan şekiller gösterilir ve tefsiri istenir. Bu şekilde, denek veya hasta test sitüasyonuna verdiği cevaplarla kendi iç âleminin bir projeksiyonunu yapar. Test materyeli mümkün olduğu kadar basittir (mürekkep lekelerinin tefsiri, resim çizmek, hikâye anlatmak veya cümleler yapmak gibi). Bu materyel evvelâ büyük sayıda normal ve hasta kimselerde denenir, alınan cevaplar tasnif edi-



Test I — Sıra 1



Test IV — Sıra 8

(Şekil : 20) Üstteki sırada sol grupta noktalarla gösterilen kareye ,bu düzeni bozmamak üzere sağdaki gruptan bir kare (ikinci) yerleştirilecektir. Alt sırada soldaki şekilde dairenin içine üçgen ve doğrunun kesiştiği yere bir nokta konmuştur. Sağdaki şekillerin hangisine bu nokta konulabilir? Bu sorunun karşılığı ikinci şekildedir. Zira orada da dairenin içinde bir üçgen ve bir doğru kesişmektedir.

lir ve çıkarılan istatistik sonuçlara göre, tamamen amprik bir şekilde, testlerin nasıl tefsir edileceği ve değerlendirileceği bulunur. Bu testlerin en büyük mahzuru bazen testi tatbik eden hekim veya psikologun da kendi projeksiyonunun işe karışması ve teste tâbi tutulan şahsın cevaplarını değerlendirirken böylelikle kendi kritiklerinin rol oynayabilmesi ihtimalidir.

Rorshach testi:

Bugün projektif testler arasında en çok kullanılan, İsviçreli psikiyatr **Hermann Rorschach**'ın (1921) mürekkep lekeleri testidir. Test materyelini 10 tane, simetrik mürekkep lekesini hâvi planş teşkil eder. Bu 10 planştan 5 tanesi gri ve siyah, 2 tanesi de siyah ve kırmızı renkleri taşımaktadır. Son üç planş ise çok renklidir. Test yapılacak kimseye evvelâ 1 numaralı planş verilir ve «bu resimde ne görüyorsunuz?» «Size göre bu ne olabilir?» «Bu şekil size ne düşündürüyor?» diye sorulur. Bundan sonra, standard fasılalarla diğer 9 kart gösterilir ve izahı beklenir. Bu sırada muayenəyi yapan kimse hastanın kartı tutuşunu, çevirişini, cevap verinceye kadar geçen zamanı ve bütün cevapların tam metnini kaydeder. Sonra, yine baştan başlıyarak kartlar tekrar gösterilir ve deneğe bu cevapları mürekkep lekesinin neresine bakarak verdiği, hangi kısmını neye benzettiğini ve cevabın, şeklin mi, rengin mi, yoksa gri kısımların, gölgelerin mi tesiri ile belirlendiği sorulur. Test sonuçları şu şekilde değerlendirilir:

1 — Erfassungtypus (plânşın kavranış tarzı) bütün mü (G), detay mı (D), küçük detaylar mı (Dd), planşların beyaz kısımları mı (Dbl) değerlendirilmekte, tefsir edilmektedir?

2 — Erlebnistypus (cevabı tayin eden faktörler, yani determinantlar): Form (F, iyi formlar F+, fena formlar F-), renk (C), hareket (K), beyaz ve siyahları renk gibi tefsir etmek (C'), rengin hâkim olduğu form cevapları (CF), formun hâkim olduğu renk cevapları (FC) gibi.

3 — Inhalt (muhteva): İnsana benzetme (H), insana ait detaylar (kol, bacak, parmak, seksüel organlar, v.s. gibi) (Hd), hayvan cevapları (A), hayvan detayları (Ad), anatomik cevaplar (Anat), Obje (Obj), coğrafya haritalarına benzetme (Geog), seksüel organlara benzetme (Sex) gibi.

4 — Form seviyesi: Verilen form cevaplarının iyiliği (F+) ve fenalığı (F-) nisbeti.

5 — Mutad ve orijinal cevaplar: cevaplar mutaddan başka türlü ise ve böyle cevaba 100 testte birden fazla rastlanmıyorsa orijinal

(orig) vasıftadır.

Bunun dışında önemli diğer faktörler şunlardır: İlk cevap verilinceye kadar geçen reaksiyon zamanı, cevabın hiç verilmemesi yani reddi, renkli ve siyah kartlar gösterildiği zaman birdenbire cevabın kesilmesi (renk şoku veya siyah şoku), hep aynı cevabın tekrarı (persevération) v.s.

Gerek Rorschach testi ve gerekse diğer projektif testler (meselâ TAT veya Thematic aperception test, Szondi testi) başlı başına incelenmesi gereken konular olup bir klinik psikiyatri kitabının dışına çıktığından tefsilat vermiyeceğiz.

Mücerret düşünce testleri

Müşahhas (concret) bir fikirden hareket edilse dahi tecrid (abstraction) ve genelleme (généralization) ile bir sonuca varılabilmektedir. Bu düşünce silsilesinde bir bozukluk ve abstraksiyon, genelleme kusuru özellikle şizofrenlerde rastlanan ve hezeyanlara sebep olan mücerret düşünce bozukluğu belirtileridir. Mücerret davranış ve düşünce bozukluğunu tesbit eden birçok testler vardır. Bunlardan kısaca bahsedelim.

1 — **Goldstein - Scheerer testleri :** Bunlar dile ihtiyaç göstermiyen (non verbal) testler olup, beş testten meydana gelmiş bir batarya halinde kullanılırlar:

a) Renk ayırma testi (Color Scoring Test) : Materyel renk ve ton bakımından birbirinden ayrı 80 kadar yün yumaktan ibarettir. Yumaklar arasında bir tanesi seçilir ve denekten bu yumağa uyan, onunla aynı grupta toplanabilen diğer yumakları ayırması istenir. Normal insanlar aynı renkte fakat farklı tonlardaki yumakları bir araya toplarlar. Mücerret davranış bozukluğu olan hastalar bu ayırmayı tam olarak yapamaz, ancak (gök rengindekileri, deniz rengindekileri ayırın) diye müşahhas bir stimulus yapıldığı zaman ayırmayı başarabilirler.

b) Renk-şekil ayırma testi (Color-Form Scoring Test): Test materyeli üç ayrı biçimde ve her biçimi ayrı renkte 12 şekliden ibarettir. Denekten birbiriyle ilgili bulduğu şekilleri ayırması istenir. Normalde gerek biçime göre dörtlü, gerekse renklere göre üçlü gruplar yapılabilir. Mücerret davranış bozukluğu gösteren hastalar bir ayırma yapıldıktan sonra diğerini beceremezler. **Godstein**'a göre, bir sitüasyondan diğerine geçebilme kabiliyetinin kaybına mücerret düşünce bozukluğu sebeptir.

c) Eşya ayırma testi (Object Scoring Test): Materyel, gündelik hayat ile ilgili çeşitli objelerdir. Bu objeler kullanılış (âletler, yemek eşyaları, pipo, sigara ağızlığı gibi tütün içme vasıtaları, v.s.), yapıldıkları madde (tahta, maden, lâstik, v.s.), büyüklük (her eşyanın bir büyük, bir de küçük örneği vardır) bakımından birbirinden farklıdır. Eşyalardan bir tanesi seçilir ve denekten bununla ilgili olanları ayırması istenir veya mevcut eşyaları gruplandırması talep edilir. Bu test günlük hayata ait mücerret davranış bozukluklarını ortaya koyar.

d) Küp testi (Cube Test): Materyel Kohs testinin küpleridir. Küplerin yüzleri çeşitli renklere boyanmıştır. Deneğe, karton üzerine çizilmiş stimulus figürleri gösterilerek, bu figürü elindeki küplerle taklid etmesi istenir. Başarı için küplerin çeşitli renkteki yüzlerinin uygun bir durumda yukarı gelmesi gerekir.

e) Çubuk testi: Test malzemesi 9 ve 14 cm boyunda ve 4 mm genişliğinde tahta çubuklar ve belirli stimulus figürlerinden ibarettir. 10x10 cm boyutunda kartonlara çizilmiş bulunan tenbih figürleri deneğe gösterilerek kartondaki bu şekilleri çubuklarla ve ezbere tekrarlaması istenir. Figürlerin bir kısmı gündelik hayatla ilgili müşahhas şekiller (ev, yıldız gibi), bir kısmı da mücerret ve geometrik formlar olup, diğer bir kısmı ise ikisi arasında yer alır. Mücerret düşünce bozukluğu olan kimseler müşahhas figürleri tekrarlıyabildikleri halde mücerret figürleri yapamazlar. Bazı figürler ise deforme olup, müşahhas bazı şekillere benzetilerek tekrarlanabilir.

2 — **Hanfmann - Kasanin mefhum teşkili (concept formation) testi:** Bu bütün materyeli renk, biçim, yükseklik ve genişlik bakımından birbirinden farklı, tahtadan yapılmış 22 parçadan ibarettir. 5 farklı renk (beyaz, kırmızı, mavi, sarı ve yeşil), 6 farklı biçim (daire, kare, üçgen, yamuk, altıgen ve yarı daire), 2 yükseklik (uzun 21 mm ve kısa 9 mm) ve 2 genişlik veya yüzey (geniş ve dar) mevcuttur. Denekten bu parçaları 4 gruba ayırması istenir. Müşahhas görünüşleri ile hepsi birbirinden farklı olan bu parçaların 4 gruba ayrılabilmesi için bu görünüşlerinden tecrid edilerek sadece yükseklik ve genişlik farklarının dikkate alınması gerekir. Yani, parçalar «uzun ve geniş», «uzun ve dar», «kısa ve geniş», «kısa ve dar» olmak üzere 4 gruba ayrılabilir. Mücerret düşünce bozukluğu olan kimseler bunu başaramazlar.

*
**

Çeşitli maksatlarla meydana getirilmiş pek çok test vardır. Bunlardan teferrüatı ile bahsetmek konumuzun dışındadır. Ancak, bir fikir edinebilmek amaciyle burada birtakım testler tarif edilmiştir.

TEDÂVİ

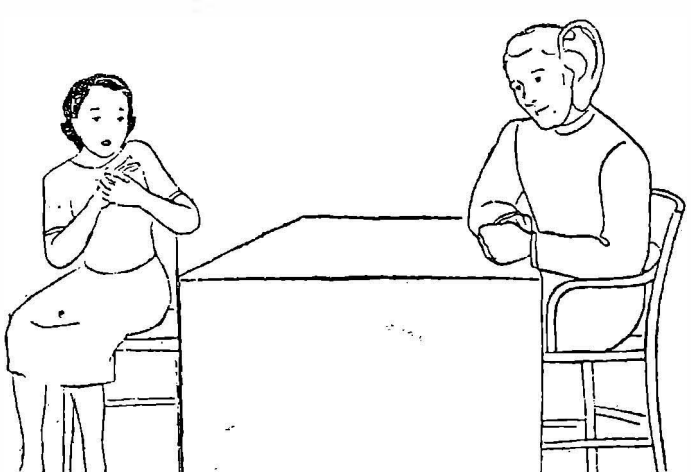
Psikoterapi

Psikiyatride hasta ile konuşmanın, teşhis ve tedâvi gibi başlıca iki gayesi olduğunu belirtmiştik. Hasta ile yapılan ilk konuşmanın bile tedâvi bakımından önemi büyük olup, psikoterapi için bir başlangıç teşkil eder. Ancak, bu konuşmanın özellikle teşhis gayesi gütmesi yüzünden, tedâvi için lüzumsuz, hattâ hasta üzerinde kötü tesir yapacak bazı soruların da sorulması mecburiyeti birtakım karşılıklık ve güçlüklere sebep olmaktadır. Şunu unutmamalıdır ki, psikoterapi, hasta ile hekimin karşılaştığı anda başlar. Bu noktayı daima göz önünde bulundurmalı ve hekim, hastaya karşı davranışını ona göre ayarlamalıdır. Genel olarak hasta, hekimi bir sorgu hâkimi pozunda görmek istemez. Elinde kağıt kalem, hastaya birtakım sorular soran ve cevaplarını kaydeden hekim, hem ilerde psikoperapi için kurulması gereken bağları daha baştan koparmış, hem de muayenede kâfi bulgulara varmak ve hasta ile kontakt imkânını kaybetmiş demektir (Şekil: 21).



(Şekil : 21) «Hasta hekimini, kendisini sorguya çeken bir kimse olarak görmek istemez» **(Moench'den)**

Bunun yanında, iyi bir psikiyatrik müşahede ve muayene, ancak hasta ile konuşulan her şeyin, kelime kelime kaydı ile mümkündür. O halde, psikiyatrin ustalığı bu ikisini kombine etmesiyle başlıyacaktır. Konuşma birtakım kalıplar içinde kalmamalı, hastaya cesaret ve samimiyet telkin etmelidir (Şekil: 22).



(Şekil: 22) «Hekim hastaya cesaret ve samimiyet telkin etmelidir. (**Moench**'den).

Şunu işaret edelim ki, her insan gibi akıl hastası da bir «dost» a muhtaçtır; dostlarımız ise, düşmanlarımızdan nefret eden kimseler olmalıdır. «Düşmanımın düşmanı dostumdur» sözü dilimizde de bir atasözü haline gelmiştir. Halledemediğimiz bir problemimiz, sıkıntımız, birtakım tatmin edilmemiş arzu ve isteklerimiz varsa, bu meselelerimizi sempati ve ilgi ile dinleyecek, çözümü hususunda fikirler verecek ve kendisine güvendiğimiz bir dost aramamız tabi'î bir ihtiyaçtır. Akıl hastalarının çoğunda, yakınları veya aileleri ile temasta bir güçlük, çevresi ile kontakt eksikliği mevcuttur. Hattâ bu hal psikozun bizzat sebebi veya tek belirtisi de olabilir. Perseküsyon hezeyanları bulunan bir hasta, hattâ çevresini kendisine düşman saydığı için bu çeşit temasları tehlikeli dahi addeder. Bu suretle, değil sadece ailesi ve çevresi, karşılaştığı her insanla temastan kaçacak, açılmayacak ve hakiki fikirlerini söylemiyecektir.

Psikoterapinin seyri sırasında hasta, cemiyetin bir ferdi bulunduğunu, çevresinde birtakım dostları ve güveneceği kimseler de olabileceğini, hattâ bunlara muhtaç bulunduğunu öğrenmelidir. Bu şekilde, tedâvi gayesini güden bir konuşmanın iki esas karakteristiği vardır: (1) Hasta ve hekim arasında emosyonel bağlantıların kurul-

ması, (2) yine ikisi arasında verbal, konuşma ile bir bağlantı kurulması. Bu noktalardan hareket ederek birçok psikoterapi çeşitleri ortaya atılmıştır. Psikoterapi yapan hekimin davranışı, vak'asına ve takip edilen metoda göre bir otorite, nasihat eden ve sözü dinlenen bir şahıstan bir arkadaş ve akran kimse rolüne kadar değişebilir. Hekim bazen sadece hastayı dinler ve hemen hemen hiç müdahale etmez; bazen ise konuşan aşağı yukarı yalnız hekimdir.

TEDÂVİ ŞEKLİ	GAYELERİ	METOD
Destekleyici tedâvi	Mevcut mukavemetleri kuvvetlendirmek. Kontrolü sağlamak için yeni ve daha iyi mekanizmalar kurulması. Uyum dengesinin kurulması.	Yol gösterme, ilgilerin dışa vurulmasının sağlanması, çevrenin düzeltilmesi, ikna emosyonel boşalma ve hassasiyetin giderilmesi, telkin, umumî gevşeme ve rahatlamanın öğretilmesi, hidroterapi, ilâç tedâvisi, şok tedâvileri, grup tedâvisi, müzikle tedâvi.
Öğretici gayeli derin tedâvi	Biraz daha şuurlu konfliktlerin, çatışmaların muhtevasının araştırılması, çevreye adaptasyonun sağlanması, mevcut yaratıcı potansiyelin ortaya çıkarılması.	«İlgiler» (relationships) tedâvisi, «davranışlar» (attitude) tedâvisi, karşılıklı konuşmalar, bozuklukların analizi ve sonunda yapılacak sentezler (psikobiyolojik tedâvi), çalışma tedâvisi, şartların ayarlanması ve yeni şartlanmalar, öğretici grup tedâvisi.
Yapıcı (reconstructive) gayeli derin tedâvi	Şuur altı çatışmalarının muhtevasına, karakter yapısında geniş değişiklikler sağlanması gayesiyle nüfuz etmek. Yeni adaptasyon imkânlarının sağlanmasiyle kişiliğin geliştirilmesi.	Freud psikanalizi. Non-freudien psikanaliz. Psikoanalitik olarak yöneltilmiş psikoterapi. (Ek tedâviler : hipnoanaliz, narkoanaliz, oyun tedâvisi, san'at tedâvisi, analitik grup tedâvisi).

Psikoterapi çeşitleri (**Wolberg'**den)

Wolberg psikoterapiyi şöyle tarif eder: «Psikoterapi, emosyonel tabiattaki bozuklukların bir çeşit tedâvi metodudur. Bu konuda ihtisası olan kimse ile hasta arasında, mevcut semptomların giderilmesi veya hafifletilmesi, davranış bozukluklarının düzeltilmesi ve şahsiyetin inkişafı gayesiyle meslekî bir münâsebet kurulması ile mümkün olur».

Wolberg'e göre psikoterapinin iki yolu vardır. **destekleyici** tedâvi (süpportiv psikoterapi) ve **derin tedâvi** (insight therapy). Derin psikoterapi de iki kategoriye ayrılır **öğretici** (reeducative) **tedâvi** (şuurlu meseleler ve çatışmaları ilgilendirir ve intibak gayesini güder); yapıcı (reconstructive) **tedâvi** (şuur altı çatışmaları ile meşgul olur ve şahsiyet yapısında daha geniş çapta değişikliklerin sağlanması gayesini güder). Bu üç şekil arasında belli başlı farklar ve tatbik şekilleri, metodları yukarıdaki tabloda gösterilmiştir.

Destekleyici tedâvi :

Sathî bir psikoperapidir. Belli başlı teknikleri arasında konuşma, meselelerinin ve çatışma sebeplerinin anlatılması, heyecan muhtevasının boşaltılması (catharsis ve abreaction), hassasiyetin giderilmesi (desensitisation) sayılabilir. Bunları kısaca gözden geçirelim.

Konuşma (verbalisation) ve ventilasyon: Korkular, şüpheler, çatışmalar, sıkıntı sebepleri ve suçluluk hisleri gibi şuurlu problemlerin anlatılmasından ibarettir. Bunu bir çeşit katoliklerdeki günah çıkartma ve itiraf konuşmalarına benzetebiliriz. Psikiyatr, konuşma sırasında konuyu istediği şekilde yöneltir, çeşitli meselelerin münâkaşasını yaparak bunların tabiatlerini **izah eder** ve hal çaresini bulur.

Bir heyecan potansiyeli ile beraber olan materyelin konuşulması sırasında o heyecan muhtevası da boşalır ve hâdise aşağı yukarı aynen yaşanır (korku, nefret, endişe gibi heyecan gösterileri). Bu hale **emosyonel katarsis** adı verilir. Bazen bu katarsisin arkasından emosyonel muhtevanın tamamen boşaldığı ve o fikirlerin artık bir heyecan vermediği müşahede edilir **(desensitisation - duyarlığın giderilmesi)**. Bazen bu şiddetli heyecanlar, bunların başlangıcı ile hiçbir ilgisi olmayan psikiyatra geçer. Bu noktaya dikkat etmeli ve hasta karşısında tarafsız kalmaya çalışmalıdır. Hastaya heyecan verici sitüasyonlarda veya onun problemlerinde psikiyatr da heyecanlanarak onu tasdik veya red yoluna gitmemeli, tamamen tarafsız ve objektif kalarak bu heyecanların hakiki orijinini bulmaya çalışmalıdır. **«Abreaksiyon»** terimi de bazen katarsis ile sinonim olarak kullanılır. Ekseriyetle bu tabirin gösterdiği anlam şudur: Unutulmuş veya

şuur altına itilmiş bir hatıranın hatırlanması sırasında ortaya çıkan heyecan gösterileri ve deşarjı.

Bütün bu yüzeyel tedâviler uyanık hasta ile ve spontan konuşmalarla yapılabildiği gibi, hipnoz, narkoz veya bazı stimülan ilâçlarla temin edilen eksitasyon ile kolaylaştırılması da mümkündür.

Destekleyici tedâvi'nin diğer bir şekline **bastırıcı - supressiv** tedâvi ismi verilmektedir. Bu metodda hekim itaat edilmesi gereken bir âmir, bir baba, bir diktatördür (**Levine**, 1952). Hastanın şikâyet ve semptomlarını hiç kaale almaksızın otoritesini kullanarak onun davranışını ve gündelik hayatını düzene sokar. Nasihat ve tavsiyelerde bulunur, yol gösterir, öğretir ve telkin yapar. Telkin sırasında hastaya, direkt veya endirekt olarak, semptomlarının mutlaka giderileceği hususunda güven verilir. Hastanın telkin kabiliyeti hipnoz ve narkozla kuvvetlendirilebilir. Bu sırada, aslında hiçbir farmakolojik tesiri olmayan ilâçlar (metilen mavisi, ekmek içi ve nişasta hapı gibi placebo'lar) veya elektrik akımı ile tenbihler (faradizasyon) tatbik edilebilir.

Gerek konuşmalar ve gerekse otoriter nasihatler ve davranışlar vak'asına ve yerine göre ayrı ayrı veya beraberce kullanılabilmektedir.

Öğretici tedâvi :

Adolf Meyer'e göre tedâvi, hastanın görüş tarzını ve davranışlarını inkârdır. Hasta, karşılaştığı güçlükleri kendi görüş noktasından izah eder. Hekimin noktai nazarı ise bambaşkadır. Bu tedâvinin gayesi, bu iki görüş tarzını birbirine yaklaştırmak ve hasta için en tatminkârını bulmaktan ibarettir. Önce bir analiz yapılır, hastanın semptomları ve şikâyetleri tahlil edilir; günlük ve mutad davranışı incelenir; şahsiyeti tetkik edilir. Bundan sonra yapılacak sentez sırasında hastaya yeni davranışlar kazandırmaya ve bu davranışlar içinde intibakı sağlanmaya çalışılır.

Öğretici tedâviyi tatbik eden psikiyatrlar, çoğunlukla, nevrotik semptomun etyolojisindeki herediter veya bivolojik faktörleri dikkate almazlar. Onlara göre bu semptomlar «sonradan öğrenilmiş davranış örnekleri» dir (**Eysench**, 1960). O halde tedâvi, mevcut şartlanmayı bozarak yeni şartlanmalar sağlamak gayesini güder.

Bu çeşit tedâvi için birçok teknikler mevcuttur. Bunların hepsinin esası şuur altı ruhî proseslerle uğraşmamaları, buna karşılık sadece semptomların giderilmesi ve bundan sonra ortaya çıkacak uyum kusurlarının önlenmesi gayesine dayanır. Bu sebeple, bu tedâviye «**davranış tedâvisi**» (**behavior therapy**) de denir.

Yapıcı tedâvi:

Freud ve talebeleri **psikoanaliz**'i «ruhî hayat ve şahsiyetin şuur altı fonksiyonlarını inceliyen ilim» olarak tarif ederler. Psikoanaliz, birbirinden tamamen ayrı üç şeyi ifade eder: (1) İnsanın gelişmesini ve davranışını ilgilendiren psikolojik bir teori; (2) Bir araştırma metodu; ve (3) **Freud** tarafından ortaya atılan bir psikoterapi metodu. Burada bizi sadece son anlamı, bir psikoterapi metodu olması özelliği ilgilendirmektedir.

Klâsik psikoanaliz'in prensip metodunu «**serbest çağrışım**» teşkil eder. Hasta, aklına gelen her şeyi, hiçbir baskıya tâbi tutmaksızın, hiçbir düzene koymadan, serbestçe söylemelidir. Bu tatbikatı kolaylaştırmak için, konuşma sırasında hasta rahat bir divana uzanır, hekim onun biraz geri ve yan tarafına oturmuştur ve konuşmaya asla müdahale etmez. Her seans 45 dakikadan 1 saate kadar devam eder. Psikoanalitik doktrine göre rüyalar da şuur altı muhtevasının uyku sırasında ve birtakım senboller halinde deşarj olduğu için, yardımcı bir metod olarak «**rüyaların analizi**» kullanılır. Bu analizin gayesi hastayı birtakım hususlara ikna etmek değil, sadece şuur altının derinliklerine inmeye çalışmak olmalıdır. Şuur altı muhtevasının şuura çıkmasına hasta ekseriya, gene şuursuz olarak, mukavemet eder. İlk seanslarda hiç konuşmayabilir; veya mütemadiyen aynı şeyleri tekrarlar, meselâ hastalığına ait tafsilâta dalar, semptomlarını uzun uzun izah eder. Şunu unutmamalı ki, «hasta, eğer bir şeyi açıkça göremiyorsa, bunun sebebi, bu körlüğe muhtaç olmasıdır. Analist, hastanın bu mukavemetini dikkatli bir şekilde ve kat'iyyen ısrar etmeksizin, yavaş yavaş yenmeye çalışacaktır» (**Gregory**, 1961).

Seansların devamı sırasında hastanın emosyonel ilgisinin analiste çevrildiği görülür (**transfer**). Artık şuur altında çatışma yapan şahıs (baba, ana, aileden birisi veya libido konusu olan kimse) bizzat analisttir. Transfer negatif veya pozitif yönde olabilir. Negatif transfer kurulmuşsa hastanın hekimden kaçtığı, seanslara gelmediği veya gelse bile konuşmadığı dikkati çeker. Burada hekime veya terapiste düşen vazife bu transferi dikkatle idare ve halletmektir. Bazen bizzat terapist'de bir transfer görülebilir (**kontr-transfer**) Eğer bu kontr-transfer negatif ise, terapistin tedâvideki yeterliğini ileri derecede azaltacaktır.

Freud'den sonra non-freudien ve neo-freudien görüşlerle klâsik, ortodoks psikoanaliz metodlarında birçok değişiklikler teklif edilmiştir. Bunların tafsilâtından burada bahsedilmiyecektir. Yalnız, şunu

ilâve edelim ki, psikoanalitik olarak yöneltilmiş psikoterapilerde de hipnoz ve narkoz, kolaylaştırıcı tedbirler olarak ilâve edilebilir.

Psikoanalizin diğer bir tarzda gelişmesi, **eksistansiyalism** felsefesine dayanır. Burada dikkat, hastanın geçmişine değil, bugünkü durumuna, o andaki «existence »(varlık) ına yöneltilmiştir. Bu felsefeye ve görüşe dayanan analize **eksistensiyel analiz** denir.

Grup tedâvisi :

Grup tedâvisinde bir psikiyatr (terapist) ve bir grup hasta bahis konusudur. Bazen bu gruba hastaların aileleri de katılır. Gruplar, psikiyatr, psikolog, sosyal asistan, hemşire, ergoterapist gibi çeşitli kimseler tarafından yöneltilir. Ferdî psikoterapinin hemen hemen bütün sistemleri grup tedâvisi içinde uygulanabilir. Bu tedâvi şekli gerek hastahane içinde, gerekse hastahane dışında hem psikozlular, hem de psikonevrozlular ve davranış kusurları gösteren hastalar için bahis konusudur. **Noyes** ve **Kolb'a** göre (1958), grup psikoterapisinin ortaya atılmasına üç şey âmil olmuştur: (1) ihtiyaç ve zorunluluklar; (2) özel indikasyonlar; (3) insandaki uyum kusurlarının sosyo-dinamik faktörleri. Bunun yanında, kişisel psikoterapideki her hastaya bir terapist ihtiyacının yanında, bir grup hastanın tek bir terapist tarafından tedâvi edilmesi imkânı da sayılabilir. Sonra, bilhassa zekâ geriliği yüzünden sosyal münâsebetlerinde aksıyan kimseler, antisosyal davranışlı hastalar, ferdî psikoterapiyi sıkıcı ve yorucu bulanlar ve homoseksüel atakları sebebiyle ferdî tedâvinin imkânsız olduğu vak'alarda grup tedâvisi bilhassa tercih edilmektedir.

Frank'a göre (1955), ne cins olursa olsun, her psikoterapinin üç gayesi vardır:

1 — Hastanın kendi kendisine olan güven ve hürmetini kuvvetlendirmek;

2 — Hastaya, daha iyi sitüasyonlara yönelmesi için çalışma gücü vermek;

3 — Hastanın davranışlarını uydurması için kendisine daha iyi birtakım davranış şekilleri ve örnekleri göstermek, yeni ve sıhhatli intibaklar kazandırmak.

Bir grup içinde tedâvi edilmekte olan hasta, davranışlarını bir cemiyet içinde kontrol ve ayarlama imkânına da böylece sahip olacaktır.

Grup mensubu hastaların bir kısmının zaman zaman değişmesi veya sâbit kalmasına göre gruplar «açık» ve «kapalı» olarak ayrılırlar. Her seans bir saat veya daha fazla devam eder ve haftada 1 ilâ

6 defa tatbik olunur. Öğretici veya yapıcı psikoterapi tatbik edilen grupların «kapalı» denen cinsten olması, nisbeten homogen ve değişmeyen kimselerden kurulması uygundur. Böyle gruplarda gelişme üç fazla olur: Birleşme (unification); karşılıklı münâsebetlerin kurulması (interaction) ve karşılıklı münâsebetlerin dinamik analiz ve müşahedesi; intibakın kurulması ve meselelerin halledilmesi (resolution).

Ferdî tedâvi gibi, grup psikoterapisi de daha ziyade ekspressiv (yani karşılıklı konuşma ve ifadelerle) veya supressiv (bastırıcı, otoriter) olabilir. Bu arada öğretici yazıların okunması, karşılıklı münâkaşası, nasihat ve yol göstermeler de zikredilmelidir. **Moreno**'nun ortaya koyduğu **psikodrama**'da, hastalar kendilerine önceden belirli roller öğretilmeksizin bir tiyatro sahnesi oynarlar. Bu suretle, her hasta kendi iç âlemini meydana koymuş olur ki, sonradan bunların münâkaşa ve tefsiri yapılır. Psikoanalitik teknikle grup tedâvisi ise **Slavson**'un metodudur.

Çeşitli psikoterapi metodları, dayandıkları doktrin, görüş veya felsefe bakımından başlı başına birer konudur. Bu sebeple bir psikiyatri kitabının hacmini ve konusunu çok aşarlar. Biz, sadece genel olarak bir fikir vermek için bunları sıralamak ve tarif etmekle yetineceğiz.

Uyku tedâvisi

İki hafta kadar süre ile, günlük 24 saatin 18-20 saatini uykuda geçirecek şekilde düzenlenmiş bir tedâviye «uzatılmış (prolongé) uyku tedâvisi» denir. İlk defa 1922'de **Klaesi** tarafından barbitüratlarla tatbik edilmiştir. Buna son senelerde phenothiazine'ler de eklenerek barbitüratların dozunu azaltmak mümkün olmuştur. Bazı müellifler günde 10-20 ünite insülin ile beraber glikoz tedâvisini de tavsiye ederler. Şiddetli eksitasyon hallerinde indike olan bu tedâvinin kollaps ve pnömoni «aspirasyon sebebiyle veya hipostatik) gibi komplikasyonları mortaliteyi % 5'e kadar yükseltmektedir. Bu bakımdan, rizki faydasından daha fazla olan böyle bir tedâvi bugün hemen hemen terkedilmiş durumdadır.

Ateş tedâvisi

Bazı psikozlarda ateş yükselterek tedâvi etmek pek eskidenberi bilinmekte idi. **Hippocrates** hastalarına ateşli hallerin iyi geldiğini kaydetmiş, **Calinos** melânkoliklere sıtma aşılamıştı. XI. Louis'nin sar'asını tedâvi için o zamanki hekimler kendisine malaria inokülas-

yonu yapmışlardır. **Pinel** de akıl hastalıklarının seyri sırasında araya herhangi bir ateşli hastalığın karışmasının ruhî bakımdan iyi geldiğini müşahede etmiştir. **Nasse** 1864'de, **Rosenblum** da 1876'da sifilise bağlı bir akıl hastalığı olan paralizi generalde sıtma aşılamanın iyi geleceğini ileri sürmüşlerse de, bu işi esaslı surette ele alan ve paralizi generalde piretoterapiyi ortaya kıyan Viyana'lı **Wagner von Jauregg** olmuştur. **Wagner von Jauregg** neticelerini 1917'de yayınlamış ve bu buluşu ile Nobel mükâfatını kazanmıştır. Bu suretle bugün piretoterapi sadece sinir sistemi sifilizinin tedâvisinde tek endikasyonunu bulmuş olup, günümüzün antibiyotiklerine rağmen de öneminden hiçbir şey kaybetmemiştir.

Piretoterapi yapılacak vak'alara, tertiana cinsinden sıtmalı bir şahsın kanından 2-4 cc, iki omuz arasındaki kas kitlesine şırınga edilir. Umumiyetle 1-3 hafta sonra sıtma nöbetleri başlar. Her nöbette 38°5 C nin üstünde kaç saat geçirildiği kaydedilir. Böylece 60 saat doldurulduktan sonra tedâvi biter ve kinin verilerek sıtma önlenir.

Piretoterapi için Pyrifer, Dmelcos gibi ilâçlar veya tifo aşısı, süt, vesaire de kullanılmaktadır.

İnsülin koma tedâvisi

İnsülin, psikiyatride evvelâ iki gaye için kullanılmaya başlamıştır: (1) iştahın açılması, kilo alma ve hafif sedatif tesir; (2) toksikomanlarda abstinans belirtilerine karşı. Nitekim, insülin koma tedâvisini bulan Viyana'lı **Manfred Sakel** bunu ilk defa morfinomanlarda kesilme belirtilerine karşı tatbik etmiştir. Bu araştırıcı daha sonraları şizofreni vak'alarında dozu gittikçe arttırmak suretiyle hipoglisemi komaları meydana getirmiş ve komanın devamını şeker vermekle kontrol altına alabilmiştir. Bugün dahi, birçok psikoaktif ilâçlara rağmen insülin koma tedâvisi, bilhassa endikasyonun iyi konduğu vak'alarda, şizofreninin tesirli tedâvilerinden biri olarak kullanılmaktadır.

Metod :

Sabah saat 7 de, aç karnına, 20 ünite insülin cilt altına veya adaleye zerkedilir. Bundan sonra hasta, hipogliseminin sonuna kadar yatakta kalmalıdır. Bütün hipoglisemi müddeti (insülin şırıngasından şeker verilinceye kadar geçen müddet) 3-5 saat kadar olup 5 saati geçmemelidir. Şeker, yapılan insülin ünitesinin en az iki misli kadar gram olarak hesaplanır ve, ya şerbet halinde ve gavaj yoliyle veya hipertonik serum glikoze halinde damar yoliyle verilir. Bunu

bol karbonhidratlı bir yemek takibeder. İnsülin dozu her gün arttırılarak komaya sokan doz bulunur ve bu doz haftada 5 defa (Cumartesi ve Pazar hariç) tatbik edilir. Böylece 60 koma bir kürdür.

Komadan açıldıktan sonra spontan hipoglisemiler görülebileceği için insülin tedâvisi yapılan hastalar toplu halde ve 24 saat devamlı kontrol altında bulundurulurlar.

Grup halinde tatbik edilen insülin kürleri sırasında ve bilhassa hemen komadan açıldıktan sonraki saatlerde gerekli grup psikoterapisi de ihmal edilmemelidir.

Komaya sokan insülin dozu şahsa göre çok değişik olup, hipoglisemi seviyesi ile koma bir paralelizm göstermez. Ortalama olarak bu doz 200 - 400 ünite arasında değişebilirse de, İstanbul Üniversitesi Psikiyatri Kliniğinde 20 ünite ile komaya giren ve 1.200 ünite ile bile koma sağlanamıyan vak'alar kaydedilmiştir.

Bir ünsilin komasının seyri ve semptomatolojisi, beyin seviyelerinin dereceli bir şekilde çalışmadan kalması ve daha aşağı seviyelerin liberasyonu ile açıklanır. Bu derecelenme, filogenetik sırayı takibeder. En sonra gelişmiş korteks en önce müteessir olur, kortikal faaliyet yavaşlar, şuur bozulur ve kaybolur, subkortikal seviye korteks kontrolünden kurtulmaya başlar. Hipoglisemi derinleştikçe subkortikal-diensefalik merkezlerin çalışması da bozulur. Nihayet, beşinci saat sonunda pons ve yukarı bulbus'un tutulması ile ilgili belirtiler ortaya çıkar. Bu sırada serbest kalan aşağı bülber seviyenin çalışması devam etmektedir. Daha ilk saatlerde ortaya çıkan koordinasyon bozukluğu gibi serebellar semptomlar da tabloya eklenmektedir.

Açılma fazında sinir sisteminin integrasyonuna kavuşması da; gene bu devrelerden, fakat ters yönde ve daha kısa süre içinde geçerek olur. İnsülin şırıngasından şeker verilmesine kadar geçen ortalama beş saatlik süre, belirtilerin ilgili bulunduğu sinir sistemi seviyelerinin lokalizasyonuna göre umumiyetle beş safhada mütalea edilir (Şekil: 23) (**Frostig, Himwich, Ross** ve **Malzberg**):

1 — Kortikal safha: ilk iki saatte hasta şuuruna sahiptir.

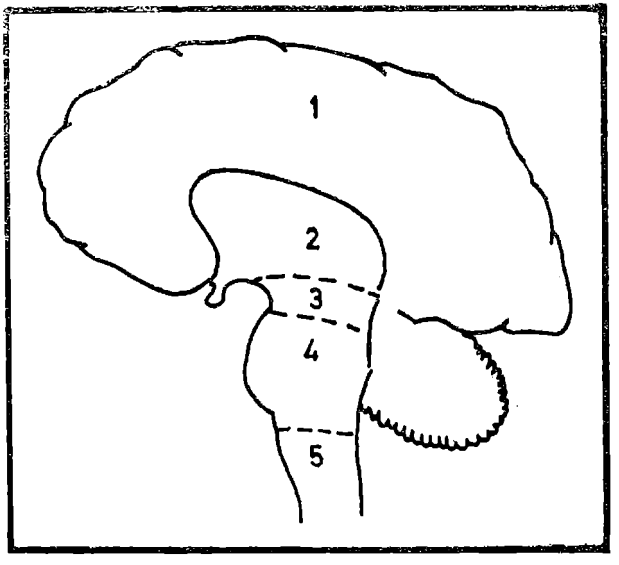
2 — Subkortiko-diensefalik safha: üçüncü saat; şuur kaybolmuştur, hasta yarı koma halindedir.

3 — Mezensefalik safha: Dördüncü saat. Hasta komadadır.

4 — Yukarı bülber safha: Beşinci saat. Pons ve bulbus'un üst parçası tutulmuştur.

5 — Aşağı bülber safha: Beşinci saatin son 15 dakikası. Derin koma.

Bu derecelenme ancak genel bir şema olup, bunda birtakım düzensizlikler, bazı seviyelere ait belirtilerin hemen hemen hiç görülmeden sür'atle geçmesi de vâkidir.



(Şekil: 23) Hipaglisemi safhalarına göre tesir altında kalan sinir sistemi seviyelerini gösterir şematik resim (**Dağyolu - Öktem**'den)

Yüksek doz insülin ile komaya sokulamıyan hastalar için çeşitli tedbirler ileri sürülmüştür. Bu arada 75-150 ünite hyaluronidase'ın insüline ilâvesi ile absorpsiyonun hızlandırılması (**Gregory**), insülin'in birkaç porsiyon halinde ayrı ayrı yerlere şırıngası (**Yağcıoğlu**) veya komadan hemen evvel atropin zerki (**Özaydın**) sayılabilir.

Maderna ve **Michelette**, insülin tedâvisine chlorpromazine ilâvesi suretiyle komaya giriş ve komadan çıkış sıralarındaki eksitasyon hallerini önlediklerini bildirmektedirler.

Komplikasyonlar:

En sık görülen komplikasyon sekonder komalardır. Aynı gün ve bilhassa gece meydana gelen bu komalar ekseriya derhal şeker vermekle açılırlar. Bilhassa uyku sırasında hastanın komaya girdiğinin gece hemşiresi tarafından farkedilmesi, üzerinde ehemmiyetle durulacak bir noktadır.

Diğer bir ciddî komplikasyon olarak prolonje (uzamış) insülin komaları sayılabilir. Şeker verilmesine rağmen koma açılmaz ve bu hal birkaç saatten birkaç haftaya kadar devam eder, bazen derin ruhî sekeller bırakır, bazen de hastanın kaybı ile sonlanır. Bu sırada

Saat	Belirtiler	Lokalizasyon
1	Somnolans % 97,2 - Terleme % 99,1 Hipotoni % 97,4 - Tükürük ifrazı artması % 90,1 - Açlık hissi	Korteks ve serebellum çalışmasının bastırılması
2	Şuur bulanması, idrâk bozuklukları, İnce tremorlar, psikomotor eksitasyon, afazi, apraksi, agnozi, psikotik belirtiler Hareket düşmesi Ekstreoseptiv hissiyet azalması	=
3	Şuur kaybı % 100 - Motor eksitasyon İlkel hareketler % 71,5 - Eksoftalmi, mydriasis - Grasping refleksleri % 71 - Nabız hızlanması Koreik, atetozik, hemiballistik hareketler % 35,6 Erken torsiyon spazmları	Bazal ganglionlar ve hipothalamus çalışması
4	Koma — Myosis veya mydriasis Tonus artması — Nabız yavaş veya hızlı Kaba tremor — Babinski müsbet Tonik spazmlar % 82,6 Tetanik postür Gözlerin konjüge deviasyonu Geç torsion spazmları	Orta beyin serbest kalması, piramidal fonksiyonların bastırılması
5	Tonik ekstensor spazmları % 34,1 - Nokta pupilla Postür refleksleri, Işık refl. kaybı Tendon refl. depresyonu, Nabız yavaş Derin koma Göz kapağı, cornea reflekslerinin ağırlaşması Sathî solunum Cornea refleksinin kaybı	Pons ve bulbus serbest kalması

İnsülin komasının safhaları (**Frostig**'den)

yapılan çeşitli glisemi tayinleri kan şekerinin normal, hattâ verilen şekerler sebebiyle normalin üstünde olduğunu gösterdiğinden bu komaları hipoglisemiye bağlamak imkânsızdır. 1952 senesinde, 1948 - 1951 seneleri arasında rastladığımız böyle uzamış insülin koması vak'alarını yayınlamıştık **(Aksel, Songar,** 1952). Bunlardan biri 12 günlük bir komadan açıldıktan sonra tam bir frontal sendrom göstermiş, hafıza yanılmaları ve kusurları günümüze kadar devam etmiştir. Bunun dışında, şizofrenik belirtilere ait herhangi bir eser yoktur.

Son olarak şunu söyliyeyim ki, insülin koma tedâvisinde mortalite % 0,5 e kadar düşürülebilmektedir. İstanbul Üniversitesi Psikiyatri Kliniğinde 230 hastaya tatbik edilen takribî 10.000 komalık bir istatistikte ölüm nisbeti % 2,1 olarak bulunmuştur **(Dağyolu, Öktem).** Bu vak'alar 230 hastadan 5 i olup, ölüm sebebi iki akut akciğer ödemi, bir kardiyo-vasküler kollaps, bir uzamış koma ve bir de pnömonidir.

Maclay, bütün İngiltere ve Wales hastahanelerinde insülin koma tedâvisinde ölüm sebepleri hakkında yaptığı beş senelik (1947 - 1952) istatistik çalışmalarda 4 4ölüm vak'ası görmüştür. Bu vak'alar teşhislerine göre şöyle sıralanmaktadırlar:

Uzamış koma (13), Akut akciğer ödemi (7), Epilepsi (7), Kalb yetmezliği (5), Aspirasyon sebebiyle asfiksi (3), Diğer asfiksiler (2), Akciğer kollapsı (2), Bronkopnömoni (1), Koroner trombozu (1), Dolaşım - solunum felci (1), Subaraknoid kanama (1), Anafilaktik şok (1).

Elektroşok tedâvisi

Bazı psikozların epileptik konvülsionlar meydana getirmekle tedâvisi oldukça eskidenberi bilinmektedir. Nitekim, ilk defa 1798 senesinde **Weickhardt,** camphre şırıngalariyle böyle nöbetler elde etmiştir. Bu metod bir müddet terkedilmiş, daha sonraları, 1933'de **Meduna**'nın cardiazol şoku ile yeniden ortaya çıkmıştır. **Meduna,** şizofreni ile epilepsi arasında biyolojik bir antagonism olduğuna inanıyor ve bu sebeple şizofrenlerde konvülsionlar yaparak tedâviye çalışıyordu. Bugün, ne hareket noktası ne de endikasyonu, ilk teklif edildiği şekilde olmayan konvülsif tedâvi, modern bir surette psikiyatri kliniklerinde geniş kullanılma sahası bulmaktadır.

1937'de İtalya'da **Bini,** konvülsion meydana getirmek için elektrik akımının kullanılabileceğini ileri sürmüş, yapılan çeşitli hayvan deneylerinden sonra **Cerletti** ve **Bini**'nin elektroşok (elektrokonvülsif) tedâvisi bugünkü şeklini bulmuştur.

Metod, hastanın iki temporal bölgesine tatbik edilen elektrodlardan belirli bir elektrik akımının belirli süre içinde geçirilmesinden ibarettir. Bunun için çeşitli cihazlar ve akım şekilleri kullanılmıştır. Burada teknik teferrüata girmiyeceğiz.

Elektrik akımı verildiği anda, tipik elektroşok krizinde, şuur derhal kaybolur ve akım geçtiği sürece elektrik akımının direkt uyarmasına bağlı genel bir spazm görülür. Bundan sonra epilepsi nöbeti, ya elektrik spazmı ile birleşik şekilde veya bir latent devre arkasından ortaya çıkar. Görülen epilepsi nöbeti grand mal (büyük nöbet) diye klâsiklerin isimlendirdiği şekilde, tonik, klonik safhalarla kendisi gösterir. Nöbeti müteakip kısa veya uzun süreli bir koma devresi vardır. Eğer akımın dozu tipik kriz dediğimiz bu nöbeti meydana getiremiyecek derecede ise infrakriz denen ve şuur kaybı, apne, siyanoz ile beraber tek tük miyoklonilerle ortaya çıkan nöbet müşahede edilir.

Elektroşok tatbiki sırasında bazı komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Bunların başında kol ve bacaklarda kırıklar ve çıkıklar, vertebralarda kompresyon kırıkları, çene çıkıkları ve uzamış apne gelir. Hastanın dilini ısırmasını önlemek için şok yapılmadan önce ağzına bir lâstik parçası verilerek onu ısırması istenir. Ekstremiteler de bir yardımcı tarafından usûlüne uygun şekilde tutularak korunur. Apneye karşı en iyi tedbir sun'î teneffüstür. Hasta kendi kendine nefes alıncaya kadar sun'î teneffüse devam etmek gerekir. Ayrıca analeptikler ve solunum uyaranları yapılır. Bazı elektroşok makinelerinde akım O dan gerekli voltaja kadar yavaş yavaş arttırılarak verilmek suretiyle elektrik spazmının birdenbire olması önlenerek kırık ve çıkıklara mani olunmaktadır. Ayrıca succinylcholine gibi kürarizan maddeler şırıngasiyle konvülsionu tamamen kaldırmak da mümkündür. Yalnız, bu takdirde sun'î teneffüse kürarizan maddenin tesiri geçinceye kadar devam etmek gerektiği gibi, tipik krizin gelip gelmediğini de anlamak imkânsız olduğu için pek geniş tatbik sahası bulamamaktadır. Hastada elektroşok korkusunu kaldırmak maksadiyle şoktan evvel pentothal narkozu da yapılmaktadır.

En büyük komplikasyon bizzat infrakriz'dir. Burada ortaya çıkan şiddetli vagotoni apneyi uzatacağı gibi, konvülsion olmaması, dolayısiyle kanda CO_2 konsantrasyonun yeter derecede artmaması da tekrar solunumun başlamasını geciktirir. En iyi çare vakit geçirmeden akımı arttırarak yeniden vermek ve tipik krizi meydana getirmektir.

Bir elekroşok kürü (tamamen amprik olarak) umumiyetle haftada 3 defa yapılan 7 şokluk bir seri olmakla beraber, bu miktarın

tayini ancak hastalığın seyrine ve endikasyona bağlıdır. Elektroşok tedâvisinin bugün ençok endike olduğu hastalık siklofreni ve bilhassa melankoli nöbetleridir. Şizofrenide geçici bir tesir elde edilebilmektedir.

PSİKİYATRİDE İLÂÇLA TEDÂVİ

Psikofarmakalar

Psikiyatrik tedâvide birtakım kimyasal maddelerin, ilâçların kullanılması oldukça eski bir maziye sahiptir. Melânkolide Laudanum de Sydenham'ın, depression hallerinde bazı amfetamin preparatlarının ve genel olarak bromür ve fenobarbitalli ilâçların bugün bile endikasyon ve terapötik değerlerini korudukları görülmektedir.

Daha pek yakın bir geçmişte psikiyatrların reçeteleri birkaç kalem ilâcı geçemiyordu. Onlardan alınan sonuçlar da semptomatik olmaktan ileri gitmiyordu. Bunun yanında % 8 e kadar varan bir mortalite oranına rağmen, elde başka çare bulunmadığı için, şizofrenide seçkin tedâvi olarak insülin komaları uygulanmakta idi. Elektroşok tedâvisi, siklofreni vak'alarındaki gerçek iyileştirici tesirine rağmen, şizofreni ve başka birtakım hezeyanlı psikozlarda da sadece geçici sonuçlar elde etmek bahasına da olsa, bol bol kullanılmakta idi.

Endikasyon ve metodu iyi seçildiği ve kullanıldığı takdirde psikiyatrların olduğu kadar bütün diğer hekimlerin dahi büyük bir yardımcısı olmak durumunda bulunan psikoterapi ise maalesef psikiyatride çoğu zaman kötüye kullanılmış, her derde tek deva imiş gibi gösterilmek istenmiştir. Bir zamanlar birçok psikiyatr «meslek hayatında tek bir ilâç bile yazmadığını» maalesef övünerek söylemekte idi.

Psikiyatri bu bocalamalar arasında gerçek anlamı ile bir tıp dalı halini bir türlü alamıyordu. Bütün imkânsızlıklar içinde ilk gerçek ümid ışığı 1952 yılında Fransa'da chlorpromazine'in ortaya atılması ile belirdi. Bunu arka arkaya piyasaya çıkarılan yüzlerce psikoaktif ilâç takibetti. 1963'de Almanya'da yayınlanan Index Psychopharmacorum'da 600 psikoaktif drog sıralanmakta idi.

Psikofarmaka veya psikotrop ilâç deyimini **Köknel** şöyle tarif ediyor: «Psikotrop, zihnî faaliyeti, psişik davranışları değiştirme imkânı olan, psikolojik bir tropizm gösteren tabi'î ve sun'î kimyevi maddelerin bütününe verilen isimdir».

Geniş anlamda, ruhî faaliyetleri etkileyen her ilâç psikofarmaka sayılır. Dar anlamda ise, psikofarmakalar uyku, ağrı idrâkı ve dürtüler gibi münferit fonksiyonlardan başka depresyon hali, hezeyanlar, obsessif-kompulsif reaksiyonlar gibi daha karmaşık zihnî prosesleri, çeşitli psişik bozukluk ve hastalıkları etkileyen ilâçlardır. Bu görüş içinde psikotrop ilâçları sınıflandırmak istersek aşağıdaki tasnifi elde ederiz.

Psikotrop ilâçlar

I. Geniş anlamda psikofarmasötikler:
   1. Hipnotikler ve sedatifler
   2. Analjezikler
   3. Etimülânlar

II. Dar anlamda psikofarmasötikler:
   1. Nöroleptik (antipsikotik etkili non-barbitürat sedatifler)
   2. Trankilizanlar (antipsikotik etkisiz non-barbitürat sedatifler)
   3. Antidepressifler
      (a) Timoanaleptikler (öncelikle ruhî durumu canlandırıcı tesirli trisiklik antidepressifler)
      (b) Timeretikler (öncelikle disinhibisyon etkili monomin oksidaz inhibitörleri)

III. Psikotomimetik maddeler:

Psikolitikler (veya psikodisleptik'ler) (hallüsinojen droglar, psikoterapiyi desteklemede de kullanılan ve bir psikoz modeli meydana getiren ilâçlar)

Psikofarmakaların sınıflandırılması

(Luban - Plozza - Pöldinger - Songar'dan)

Delay ve **Deniker,** 1957 Zürich Psikiyatri Kongresinde bir tasnif ileri sürmüşlerdir. Sonradan yapılan ufak tadillerle bu tasnif bugün için çok kullanılan ve halen de değerini koruyan sınıflandırmalardan biridir. **Delay** ve **Deniker'in** sınıflandırması aşağıda gösterilmiştir.

Psikotrop ilâçlar (**Delay** ve **Deniker**'in sınıflandırması):

A. Psikoleptik'ler
   1. Hipnotikler (leptik tesiri olmayanlar)
      Chlorale
      Barbitüratlar
   2. Nöroleptikler
      Rauwolfia alkaloidleri
      Phénothiazine türevleri
      Butyrophénone türevleri
   3. Trankilizanlar

B. Psikoanaleptikler (psişik stimülânlar)
   1. Vijilâns stimülânları (analeptik olmayanlar)
      Psikotonik aminler
   2. Hümör stimülânları (timo-analeptikler)
      İsoniazide
      İproniazide
      İmipramine
   3. Diğer stimülânlar
      Vitamin C benzerleri

C. Psiko-disleptikler (psişik hayatı bozan droglar)
   (Hallüsinasyon ve depression yapanlar)
   Mescaline
   Lysergic acid diethylamide
   Psilocybine

Bu grupların özelliklerini ayrı ayrı gözden geçirelim:

A. Psikoleptikler

Bu maddeler esas itibariyle sedatif tesiri haizdirler. Bunları da üç gruba ayırmak kabildir:

1. **Hipnotikler:** Sun'î ve kuvvetli uyku meydana getirmeye müsaittirler. Verilen doza bağlı olarak sedatif ve trankilizan tesirleri de görülür. Misâl: Barbitüratlar.

2. **Nöroleptikler:** Prototipleri chlorpromazine, reserpine ve haloperidol'dür. Hafif hipnotik, kuvvetli sedatif tesirleri vardır. Bunların çeşitli preparatları akut ve kronik muhtelif psikozlarda tedâvi ilâcı olarak kullanılmaktadır. Tedâvi sonuçları dışında bu ilâçlar geçici psikomotor gösteriler (akinetik, hiperkinetik veya psödoparkinsoniyen) meydana getirirler. Bir nöroleptik tedâvi sırasında ekstrapiramidal semptomların ortaya çıkmasına şahsın hassasiyeti ile tatbik edilen preparatın antipsikotik kuvveti ve kimyasal yapısı tesir-

lidir. Doz ve verilme müddeti bu hususta pek etkili olmamaktadır. Yan tesirler arasında özellikle şunları görüyoruz:

Eksitomotor fenomenler (diskineziler) arka arkaya ve ağrılı semptomlarla ortaya çıkarlar. Hastalarda dilde kasılma, ağızda kasılma, yüzde çarpılma, okülojir kriz, retrokolis, tortikolis, skolyoz, lordoz ve dispne halleri gösterirler.

Akatizi, hastanın motor huzursuzluk hallerine verilen isimdir. Nöroleptik ilâç alan hasta hareket etme arzusundadır. Oturuyorsa durmadan bacaklarını oynatır veya ayaklarını yere vurur. Titremekten veya korku hissinden şikâyet eder. Ayakta ise vücudu öne doğru eğiktir. İki tarafa veya ileri geri durmadan yerinde sayar. Akinezi, özellikle adale ve eklem ağrıları, genel bitkinlik şeklinde kendini gösterir. Hastalar başlangıçta apatiktir, sonradan daha canlı olurlar. Bazı hastalar akineziyi bir çeşit uyuşukluk olarak tarif ederler.

Parkinsonoid belirtiler her haliyle Parkinson hastalığı semptomlarına benzerler. Rigor, nâdiren tremor, dişli çark belirtisi, ağızda kuruluk veya hiperalivasyon gibi arazlar görülür.

Bu kabil yan tesirleri antiparkinson ilâçlarla gidermek mümkündür. Esasen bunların bir yan tesir mi, yoksa nöroleptik drog'un psişik tesirinin görülebilmesi için beklenen semptomlar mı olduğu dahi münâkaşalıdır. Ancak, bu kabil gösteriler dolayısıyle nöroleptik tedâvinin devamı hastanın tahammül sınırını aşabildiği gibi, tehlikeli de olabilmektedir. Bu sebeple, nöroleptik ilâçları ihtiyaca göre ayarlanan bir dozda antiparkinsoniyen droglarla beraber kullanmakta zaruret vardır.

3. **Trankilizanlar:** Şimik bakımdan olduğu kadar farmakolojik bakımdan da çok heterojen bir gruptur (meprobamate, diazepoxide'ler, diazepam gibi). Burada psikosedatif tesirleri psikozların tedâvisinde nöroleptiklerin tesirine erişemiyen kuvvetteki, zayıf hipnotik tesiri haiz maddeler toplanır.

B. Psiko-analeptikler

Bugün için bilinen psişik münebbihler uyanıklık fonksiyonu (antihipnotik tesir) veya hümör regülâsyonu üzerindeki değişik tesirlerine göre taksim edilirler.

1 — **Vijilans stimülanları (uyanıklık yapanlar):** Amfetamin gibi psikotonik aminlerle ortaya atılmıştır. Bunların asteni halleri ve yorgunluk üzerine dikkati çekici bir tesiri vardır; vijilansı arttırır, adetâ zekâ ve hafıza keskinleşir. Fakat, uykusuzluk, anksiete ve uzun müddet kullanıldıkları takdirde de ağır ruhî bozukluklarla beraber iptilâ husûle getirirler.

2 — **Hümör stimülanları, antidepressifler:**

Sıkıntılı, depressif sendromlarda etkili olan bu grup ilâçlar da kendi aralarında sınıflandırılmaktadırlar:

Iminodibenzyle türevleri

Bu grupta **Imipramine** terkibindeki ilâçlar affektif depressif belirtiler üzerine tesir ederler. Özellikle endogen ve reaktif depressionlarda faydalı sonuçlar elde edilmekte, buna karşılık şizofrenik, atipik depressionlardaki tesiri zayıf kalmaktadır.

Iminostilbène türevleri

Bu gruptan **Opipramol** terkibindeki ilâçlar klinikte anksiete, gerginlik, uykusuzluk, bitkinlik belirtileri veren depression sendromlarında, bilhassa nöro-vejetatif ve psikosomatik belirtilerle beraber görülen tablolarda, reaktif ve nörotik depressionlarda etkilidir.

Dibenzocycloheptadien türevleri

Amitriptyline psikomotor yavaşlama ile beraber olan ciddî anksiete hallerinde endikedir.

Monoamin oksidaz (MAO) inhibitörleri

Isocarboxazide daha çok nörotik depression ve anksiete hallerinde, reaktif depressionlarda etkilidir.

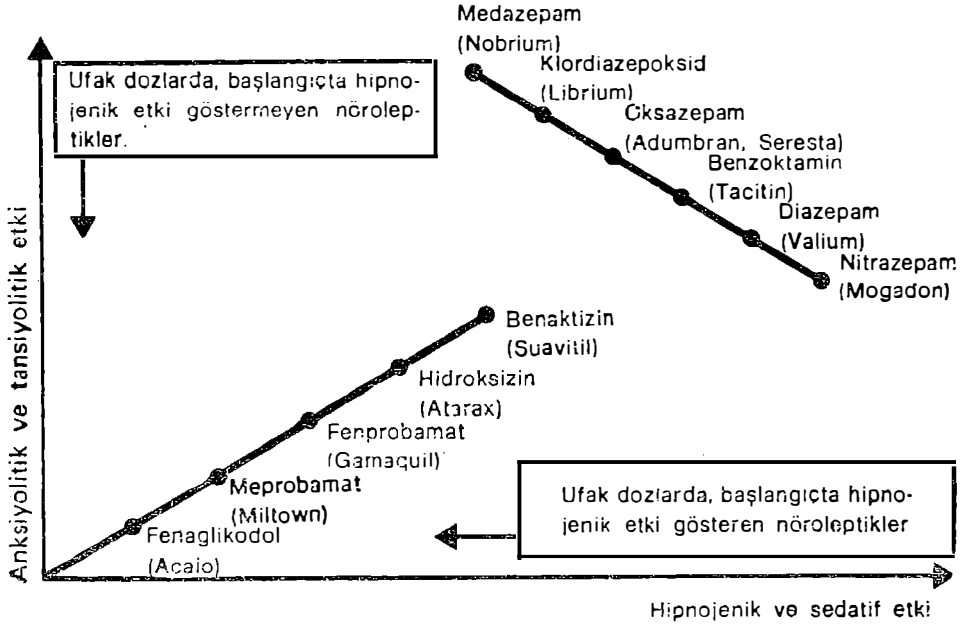
Nialamide, yaş dönümü depressionları, endogen depressionlar, reaktif depressionlar ve özellikle nörotik depressionlarda iyi sonuçlar vermektedir.

Yukarıda birkaç tipik örneği verilen antidepressifler hem etki ve hem de terkip bakımından oldukça heterojen ve büyük bir grup teşkil eder. (Şekil: 24) de anksiolitik trankilizanların, antidepressiflerin etkileri karşılaştırılmaktadır.

C. Psikodisleptikler

Farmakodinami bakımından bu sınıfla bundan önceki arasında kesin bir sınır çizilemez. Zira, bazı antidepressif ve hümör stimülânları dozlarına ve kullanılma müddetlerine göre ruhî birtakım bozukluklar husûle getirmektedirler. Hafif dozlarda hümör stimülânı ve eksitandırlar, hallüsinasyonlu bir sarhoşluk hali yaparlar. Bu haller gerçek bir psikoz tablosuna kadar gidebilir. Bu grubun klâsik bir üyesi kokaindir. Psikodisleptikler arasında mescaline, lysergic

acid diethylamide (LSD - 25), esrar (hachiche), marijuana, psilocybine sayılabilir.



(Şekil: 24) Anksiolitik ranklilizanlar **(Luban - Plozza, Pöldinger, Songar**'dan)

Psikofarmakaların yan ve konkomitan (refakat) tesirleri ile komplikasyonları müteakip tabloda gösterilmiştir:

Çeşitli psikozlarda ilâç endikasyonlarından o psikoza ait bölümde söz edilecektir. Şurasını da hatırlatalım ki, psikiyatride ilâçla tedâvi konusu bugün bir psikiyatri klinik kitabının sınırlarını ve hacmini çoktan aşmış ve başlıbaşına bir bilim dalı olan **Psikofarmakoloji** gelişmiş bulunmaktadır.

SİNİR SİSTEMİNE İLÂÇLARIN ETKİLERİ

Sinir sistemi üzerine ilâçların etkileri iki grupta toplanabilir:

1) Sinir sisteminin - impuls iletisi gibi - canlılığını ve fonksiyonlarını koruyan **metabolizma** üzerine tesirleri;

2) Sinaptik bağlantılardaki impuls geçişi üzerine etkileri.

Bazı ilâçlar metabolizmayı değiştirirler. Meselâ, lokal anestetikler membran polaritesini, siyanürler ise nöronların oksijen alışverişini etkilerler. Bunların psişik faaliyet üzerine hemen hemen hiç tesirleri yoktur. Psişik fonksiyonlara tesirli ilâçlar, genel olarak, si-

	Nöroleptikler	Trankilizanlar	Timoanaleptikler	Timeretikler (MAO inhibitörleri)
Nörolojik konkomitan etkiler	Tremor, parkinsonizm, diskinezi	İnnervasyon bozuklukları	Tremor	
Otonomik konkomitan etkiler	Ortostatik hipotansiyon, terleme, başdönmesi		Ağız kuruması, taşikardi, terleme, başdönmesi, miktürisyon bozuklukları	Ortostatik hipotansiyon, hipertonik krizler ihtimali
Genel durum	Yorgunluk		Yorgunluk, iç huzursuzluk	
Psikopatolojik konkomitan etkiler	Geçici paradoksal ajitasyon durumları	Alışkanlık	Delir halleri Hipomanik safhaya geçiş, akut şizofrenik semptomların aktivasyonu	
Tehlikeli kombinasyonlar	Alkol ve barbitürat etkilerinin kuvvetlenmesi		MAO inhibitörleriyle uyuşmazlık	Timoanaleptiklerle ve peynirle uyuşmazlık

Psikofarmakaların yan ve refakat tesirleri ile komplikasyonları **(Luban - Plozza,, Pöldinger, Songar'dan)**

naptik ileti üzerine etkili maddelerdir. Bu gruba hallüsinojenler, meselâ LSD, marijuana, esrar, barbitüratlar, caffeine ve amphetamine gibi sinir sistemi uyarıcıları, nikotin, alkol, eroin, v.s. de girer. Hallüsinojen maddelerin sinapslar üzerindeki tesirlerini dikkate alan Eccles, buraya «ruhun merkezi» (the locus of mind) adını vermiştir.

Sinaptik ileti üzerine ilâçların tesirleri şu yollarla olmaktadır:

1) Nörotransmettörlerin sentezi üzerine tesirler;

2) Nörotransmettörlerin serbest hale gelmesi üzerine tesirler;

3) Nörotransmettörlerin temizlenmesi, parçalanması ve deaktive edilmesi üzerine tesirler;

4) Postsinaptik membran aktivitesine tesirler;

5) Postsinaptik membran üzerine transmettörlerin tesirinin inhibisyonu, reseptör blokajı yoliyle tesir... gibi.

İmpulsun yayılmasına tesir eden ilâçlar

Lokal anestetikler

Lokal anestetiklerin keşfi tesadüfen olmuştur. And dağlarında erythroxylon coca bitkisinin yaprakları, yerli halk tarafından yüzyıllarca, verdiği zindelik hissi için, çiğneme yoliyle kullanılmakta idi. Bu yapraklardan, aktif madde olan cocaine alkaloidi izole edilmiştir. Cocaine'in ağız yoliyle alınması halinde dilde anestezi yaptığı dikkati çekmiş ve bu suretle kokainin merkezî tesirleri yanında çok önemli bir periferik tesirinin de bulunduğu ortaya konmuştur; bu, sinir iletisinin geçici olarak bloke edilmesidir. Bu buluş, birçok yeni sentetik maddenin, meselâ procaine ve lignocaine (lidocaine)'in bulunmasına yol açmıştır.

Lokal anestetikler, sinir hücresi membranının, sodium iyonuna karşı geçirgenliğini geçici olarak arttırır. Calcium taşıyan sistemlerle kompetisyona girdiği, membran porozitelerini kapattığı veya genel olarak membranın moleküler dengesini bozduğu da ileri sürülmektedir. Lokal anestetikler sinir hücresinin sükûn potansiyelinde bir değişikliğe sebep olmazlar.

Lokal anestetiklerin çeşitli tip ve büyüklükteki sinir lifleri üzerine tesirleri henüz tam olarak birbirinden ayırd edilememektedir. Afferent liflerin efferentlerden daha duyarlı olduğuna ait deliller vardır. Ufak sinir lifleri üzerine daha tesirli olduğu için lokal anestetikler dokunma duygusundan önce ağrı duygusunu ortadan kaldırırlar.

Genel anestetikler

Hipnotik ve genel anestetik etkili ilâçların çeşitliliği ve çokluğu oranında şuurluluk ve merkezi sinir sistemi üzerine etki tarzları ortaya atılmaktadır. Bunların hücre membranlarının değişme kabiliyetlerini azalttıkları, bu membranları stabilize ettikleri ileri sürülmüştür. Sinaptik ileti üzerine tesirlerinden bahsedilirse de bu husus henüz isbatlanamamıştır.

Diğer ilâç ve maddeler

Procainamide, quinine, alkol, eter, barbitüratlar, hidantoin, lithium gibi maddeler sinir iletisi üzerine tesir yaparlar.

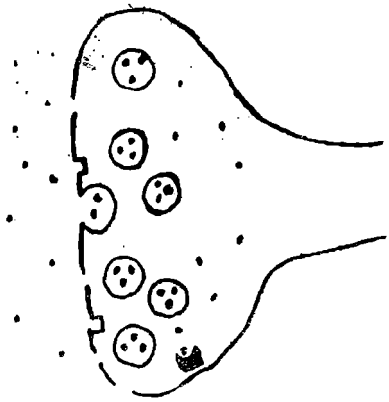
Sinaptik iletiye etkili ilâçlar

Sinaptik transmettör maddenin azalmasına birçok kronik nörolojik hastalıkta rastlıyoruz. Meselâ Parkinsonizm'de striatum'da dopamine konsantrasyonu önemli derecede azalmaktadır. Buna benzer şekilde, Huntington koresinde striatum'da GABA konsantrasyonu azalır. Bunun gibi, motor nöron hastalığı, Alzheimer hastalığı ve benzeri hallerde de nörotransmettör azalması tesbit edilmektedir. Yalnız, nörotransmettör eksikliğinin, belli bir sınır içinde, denervasyon supersensitivitesi ile telâfi edildiğini de gözden uzak tutmamak lâzımdır. Bundan başka, ilâçların sinaptik ileti üzerindeki tesirlerini incelerken, bu tesirlerin hiçbir zaman tamamen spesifik olmadığını, esasen farmakolojide bütün spesifik etkilerin nisbî ve kullanılan ilâç mikdariyle ters orantılı bulunduğunu da ilâve etmek gerekir.

Transmettör fonksiyonunu arttırıcı ilâçlar

Transmettör prekürsörleri

Noradrenalin, dopamin gibi katekolaminlerin sentezinin hızı, tyrosine'den hidroliz yolu ile levodopa meydana gelmesi suretiyle sınırlandırılmaktadır. Levodopa'nın dışardan verilmesi tyrosine hydroxylase'ın yolunu değiştirecek ve merkezî sinir sisteminde bir dopamine birikimine sebep olacaktır. Tecrübe hayvanları ile gösterildiği gibi, Parkinsonluların postmortem tetkiklerinde de aynı fenomen ortaya konmuştur. (Şekil: 25)



(Şekil: 25) Bir nörotransmettör prekürsörünün kullanılması halinde sentez artmakta ve böylece sinaptik aralıkta transmettör madde toplanarak reseptörler daha şiddetle aktive edilmektedir.

Transmettörleri serbest hale getiren ilâçlar

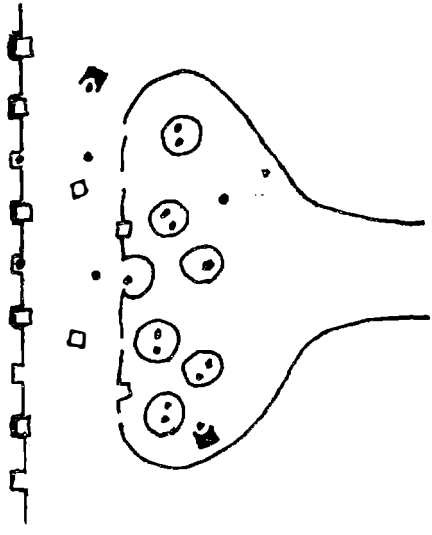
Tyramine kullanılması sempatik sinir uçlarından noradrenalini serbest hale geçirir. Bu, monoamin oksidaz inhibitörü ilâç kullananlarda besinle tyramine alınması halinde görülen hipertansif reaksiyonları izah eder. Aynı surette, ephedrine noradrenaline'i, amphetamine dopamine'i ve carbacol de acetylcholine'i serbest hale getirmektedirler.

Reseptör agonistleri

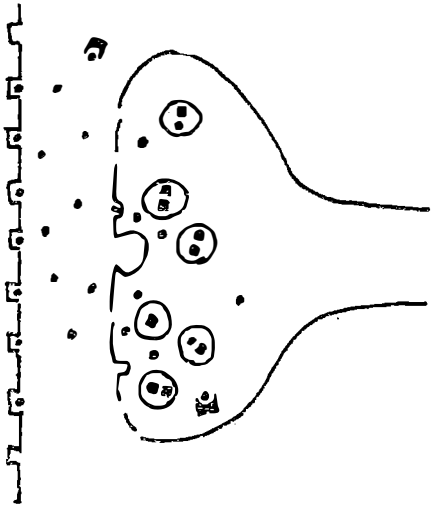
Bazı ilâçlar doğrudan doğruya postsinaptik reseptör üzerine, tıpkı nörotransmettör'ün kendisi imişçesine, tesir ederler. Meselâ phenylephrine, alpha noradrenerjik reseptörleri uyararak kan basıncını yükseltir. Phenylephrine kan-beyin bariyerini geçemez, fakat, bu bariyeri geçebilen bir noradrenalin agonisti, cloidine, kan basıncını düşürmektedir. Böylece, aynı transmettör merkezi ve periferik sinir sisteminin çeşitli yerlerinde farklı tesirler göstermekte, bazen bu tesirler tamamen birbirine zıt istikamette olabilmektedir.

Birçok başka, oldukça selektif reseptör agonistleri ortaya konmuştur. Isoprenaline beta noradrenerjik reseptörlere tesir ederek taşikardi ve bronş dilatasyonuna sebep olur. Apomorfin bir dopaminerjik agonisttir. Bu, gerek kusturucu ve gerekse Parkinsonizmde arazları düzeltici tesirini izah eder. Nikotin, düşük kesafette, otonomik ganglionları ve nöromüsküler bağlantıları aktive, yüksek konsantrasyonda ise bloke eder. Methacholine, bir kolinerjik agonist

olarak parasempatikomimetik reaksiyonlara sebep olur.



(Şekil: 26) Bir nörotransmettörü serbest hale getiren ilâç verildiğinde sinaptik aralıkta transmettör miktarı artmakta ve reseptörler şiddetle aktive edilmektedir. (Dörtköşe sembollerle nörotransmettörleri serbest hale getiren ilâç gösterilmiştir).

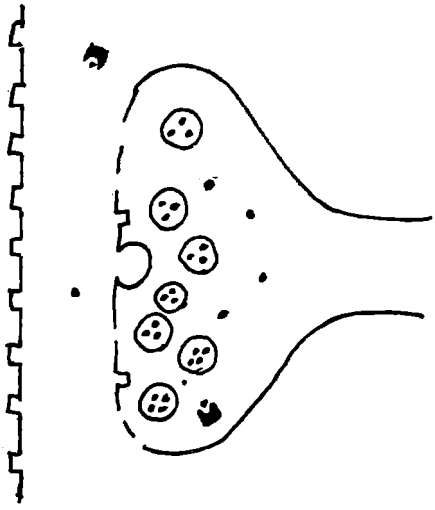


(Şekil: 27) Bir reseptör agonistinin kullanılması halinde bu agonist reseptörle birleşerek onu aktive etmektedir. (Beyaz kareler reseptör agonistini temsil ediyor).

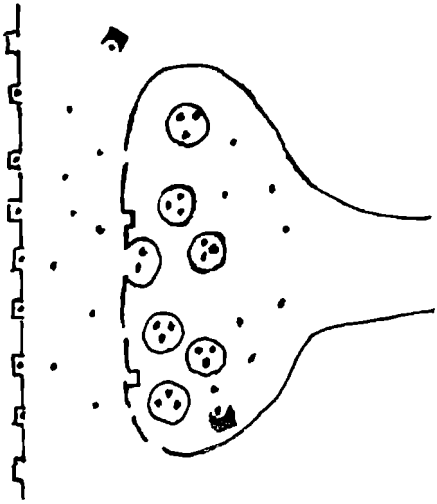
Transmettör parçalanmasını durduran ilâçlar

Bazı droglar transmettörlerin enzimlerle parçalanmasını inhibe ederler (Şekil: 28 ve 29). Neostigmine ve pyridostigmine, myasthe-

nia gravis'deki tedâvi edici tesirlerini, asetilkolinesteraz'ı inhibe etmeleri ve sonuç olarak nöromüsküler bağlantıda asetilkolin konsantrasyonunu arttırmaları ile yaparlar. Monoaminoksidaz inhibitörleri noradrenalin, dopamin ve serotonin yıkılmasını yavaşlatmaktadırlar.

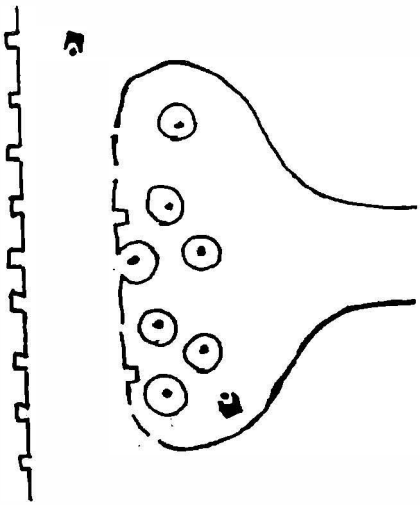


(Şekil: 28) Transmettörü parçalıyan ekstrasellüler enzimi inhibe edici ilâcın kullanılması sinaptik aralıkta transmettör birikimine ve reseptörlerin aşırı tenbihine sebep olur. (Enzim ihnibitörleri] işaretiyle sembolize edilmiştir.)

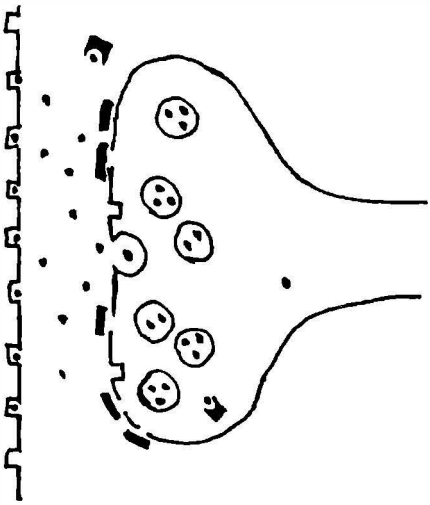


(Şekil: 29) İntrasellüler enzim inhibitörünün kullanılması ile sinaptik aralıkta biriken transmettör reseptörlerin aşırı uyarılmasına sebep olur. (Enzim inhibitörü] işareti ile sembolize edilmiştir.)

İnaktivasyonu durduran bir diğer metod da sinaptik aralıktan transmettörün presinaptik terminale geri alınmasını önlemektedir. İmipramine, desipramine ve amitriptyline bu metodla noradrenalin ve serotonin konsantrasyonunu arttırırlar ki, tedâvi edici tesirleri



(Şekil: 30) Transmettör maddenin presinaptik hücreye geri alınmasını önleyen ilâçlar sinaptik aralıkta transmettör birikimine ve böylece postsinaptik reseptörlerin aşırı aktivasyonuna sebep olurlar. (Geri alınmayı bloke eden ajan işaretiyle sembolize edilmiştir.)



(Şekil: 31) Transmettör sentezini inhibe eden bir ilâç kullanıldığı takdirde sinaptik aralıkta transmettör konsantrasyonu azalacak ve reseptörler de daha az aktive olacaktır.

de buna atfedilmektedir. Aynı şekilde, benztropine gibi birçok Parkinson ilâçları dopamine uptake'ini bloke etmek suretiyle belirtileri düzeltici tesir yaparlar. (Şekil: 30).

Transmettör fonksiyonunu azaltıcı ilâçlar

Sentez inhibitörleri

Bir kısım ilâçlar transmettör sentezini inhibe ederler (Şekil: 31).

Asetilkolin

Hemicholinium ve triethylcholide asetilkolin teşekkülünü yavaşlatırlar. Bu tesir, nöronlarda kolin birikimine sebep olan transport sistemin blokajı ile olmaktadır. (**Bull** ve **Hemsworth**, 1963).

Katekolamin'ler

Alpha methyl-p-tyrosine, tyrosine hydroxylase fermentini tamamen inhibe eder. Bu suretle bütün katekolaminlerin (epinephrine, norepinephrine ve dopamine gibi sempatikomimetik aminler) miktarında ileri derecede bir azalma vâki olur. Dopamine'in noradrenaline'e dönmesinden sorumlu olan dopamine beta hydroxylase fermenti de disulfiram veya fusaric acid ile inhibe edilebilir. Bu suretle sinir sisteminde dopamine/noradrenaline nisbetinde bir artma elde edilir. Hayvan tecrübelerinde kullanılan FLA 63 (bis- [l-methyl-4-homopiperazinylthio-carbonyl] -disulphide) daha kuvvetli bir blokerdir fakat insanlara verilmesi mümkün değildir.

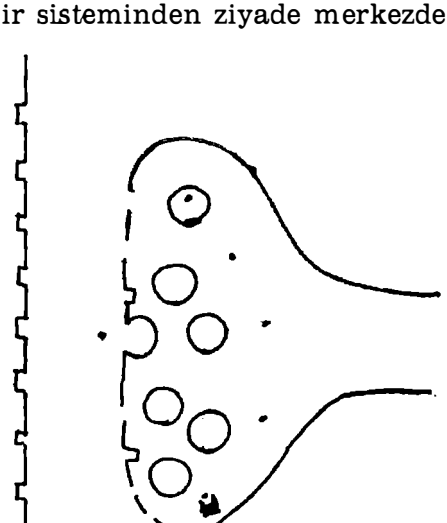
Serotonine (5-HT)

Serotonine (5-hydroxytryptamine) yapımının hızı, tryptophan'ın 5-hydroxytrytophane'a dönüşü ile sınırlandırılır. Böylece, bu enzimin p-chlorophenyl-alanine ile kompetitiv inhibisyonu sinir sistemine serotonin konsantrasyonunu azaltacaktır.

Alpha methyldopa ve alpha methyl-m-tyrosine, L-aromatic amino-acid decarboxylase enzimini inhibe eder. Bu enzim levodopa'yı dopamine'e ve 5-hydroxytryptophan'ı da serotonin'e çevirmektedir. Eskiden alpha methyl dopa'nın kan basıncını düşürücü etkisi bu enzim inhibisyonuna bağlanırdı. Halen alpha methylnoradrenaline terkibinde bir yalancı transmettörün bu tesirden sorumlu olacağı üzerinde durulmaktadır.

Transmettör depolanmasını bloke edenler

Reserpin, monoaminlerin nöronlar içinde depolanmasını bloke eder. Reserpin tarafından bloke edilen monoaminler arasında noradrenalin, dopamin ve 5-hidroksitriptamin (serotonin) sayılabilir. Normal yerlerinde depolanıp saklanamıyan bu aminler ise metabolize edilerek tüketilirler ve böylece ciddî eksiklik belirtileri ortaya çıkar. Reserpinin beyin monoaminlerinin azalmasına sebep olucu tesiri onun sedatif ve depressif etkilerini açıklamaktadır. Parkinsonizmde striatum'da dopamine'in azalmış olması, Reserpin'in yan tesirlerini izah eder mahiyettedir. Reserpin'in hipotansif tesiri de periferik sempatik sinir uçlarındaki noradrenalini azaltmasına bağlıdır. Reserpin'e çok benziyen farmakolojik etkiye sahip tetrabenazine'in tesirleri periferik sinir sisteminden ziyade merkezde görülmektedir.



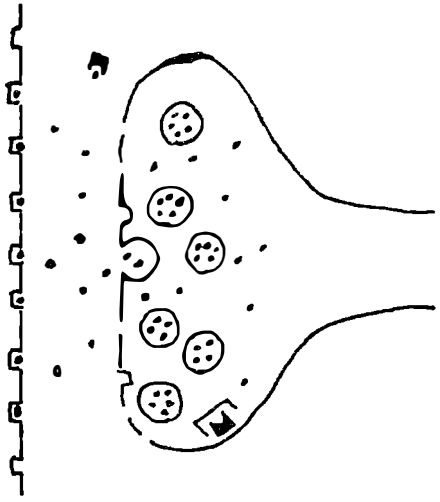
(Şekil: 32) Transmettör depolanmasını önliyen ilâçların tesiriyle sinaptik mesafede transmettör madde azalmakta ve reseptörler yeteri kadar aktive edilememektedir.

Transmettörlerin serbest hale geçişinin inhibisyonu

Botulismus toksini asetilkolinin, kolinerjik terminallere bir impuls gelmesi ile ortaya çıkan serbest kalışını bloke etmektedir. Bu blokaj nöromüsküler transmisyonu durdurarak kaslarda genel bir kasılma yetersizliğine ve bazen de solunum felci ile ölüme sebep olabilmektedir.

Guanethidine ve bethanidine gibi diğer bazı ilâçlar noradrener-

jik sinir uçlarında buna benzer ve fakat geriye döndürülebilen tesir yaparlar. (Şekil: 33).



(Şekil: 33) İmpuls tesiriyle transmettörün serbest kalması ile ilgili mekanizmayı bloke eden ilâçlar sinaptik aralıkta transmettör eksikliğine ve dolayısiyle reseptörlerin tenbih edilememesine sebep olurlar.

Bu adrenerjik nöron blokerlerinden bazıları noradrenalinin serbest kalmasına sebep olurlar ki, böylece geçici bir sempatikomimetik tesir müşahede edilir, fakat bunu uzun, kalıcı bir transmettör madde depolarının eksikliği belirtisi takibeder. Birçoğu da aynı zamanda monoamin oksidaz inhibitörüdür. Adrenerjik nöron blokerleri, noradrenalini geri alan transport mekanizması ile sinir uçlarında toplanırlar. Bunların yüksek dozda uzun süre kullanılması noradrenerjik nöronların histolojik harabiyetine sebep olur. Bu karışık tesirlerin hepsi henüz tamamen aydınlatılmamış olmakla beraber, adrenerjik nöron blokeri hipertansiyon tedâvisindeki endikasyon ve değerini korumaktadır.

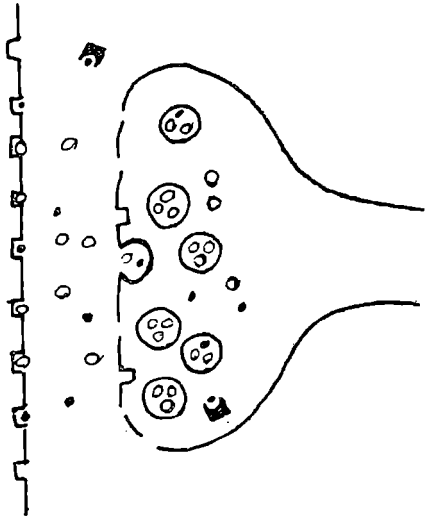
Yalancı transmettörler

Yalancı transmettörleri, sinaptik fonksiyonu arttıran veya eksilten maddeler arasında saymamak lâzımdır. Çünkü bunların sinaptik transmisyon üzerine arttırıcı veya azaltıcı bir etkisi yoktur. Hâdise daha çok tarihî değer taşımaktadır. Şöyle ki, 1956'da **Burgen** ve arkadaşları triethylcholine'in beyinde tıpkı choline gibi asetile edildiğini bildirmişlerdir, Daha sonra Triethylcholine'in nöromüsküler iletiyi azalttığı, inhibe ettiği ortaya konmuştur (**Bowman** ve **Rand**

1961). Bu müşahedeler, triethylcholine'in kolinerjik sinir uçlarında meydana gelip serbestleştiği, fakat asetilkolinden strüktür bakımından farklı bulunduğu için postsinaptik reseptörlerde normal bir cevap elde edemediği tarzında yorumlanmıştır. Daha sonra, (**Bull** ve **Hemsworth**, 1963) trietilkolinin kolinerjik sinir uçlarına kolinin girmesini önlediğinin bulunması üzerine ilk teori reddedilmiştir. Mamafih, ilk ortaya atılan fikir başka birtakım ilâçların başka bazı sinapslardaki tesirlerini açıklamak için işe yaramaktadır. Bu suretle «yalancı transmettör» terimi nörofarmakolojinin malı olmuştur.

En önemli yalancı transmettör alpha methylnoradrenaline'dir (Şekil: 34).

Alpha methyl-m-tyrosine veya alpha methyldopa'nın kullanılması, katekolamin sentezi ile ilgili enzimlerin spesifitelerinin sınırlı olması sebebiyle, alpha methyl noradrenaline ve metaraminol teşekkülüne sebep olurlar (**Carlsson** ve **Lindqvist**, 1962). Alpha methylnoradrenaline ve metaraminol sinaptik veziküllerde saklanır (**Musacchio** ve ark., 1965) ve noradrenerjik nöronların stimülâsyonu ile serbest hale geçerler (**Muscholl** ve **Maitre**, 1963). Alpha methyldopa'nın



(Şekil: 34) Kısmî agonist (veya prekürsör) maddenin tesirleri. Sinaptik aralığa yalancı transmettör'ün geçmesi reseptörlerin anormal akvitasyonuna sebep olur, bunu reseptör blokajı takibedebilir. (Resimde parsiyel agonist o işaretiyle gösterilmiştir.)

hipotansif tesirinin çoğunun, merkezî sinir sisteminde, alphamethylnoradrenaline'in tesiri ile olduğu hakkında birçok deliller bulunmaktadır.

Aktif geri alınma (uptake) mekanizmasının spesifik olmaması sebebiyle, kullanılan monoaminler kendileri ile ilgili olmayan, başka cins, yanlış sinir uçlarında birikirler ve birer yalancı transmettör olarak kullanılır, serbest hale getirilebilirler (**Lichtensteiger** ark. 1967; **Kopin** 1972). Meselâ, serotonin noradrenerjik ve dopaminerjik terminaller tarafından alınabilir. Levodopa kullanılması ile serotonerjik nöronlarda yüksek konsantrasyonda dopamine biriktiği gösterilmiştir (**Bucher** ve ark., 1970). Elektrikle uyarma bu dopamini serbest hale getirmektedir.

Reseptör blokerleri

Asetilkolin reseptörleri

İki tip kolinerjik reseptör (nikotinik ve muskarinik reseptörler)'den her biri asırlardır bilinen birtakım ilâçlarla selektif olarak bloke edilebilmektedirler.

Nikotinik reseptörler kürar (curare) ile bloke edilirler. Bu madde Güney Amerikalı Kızılderililer tarafından okların ucuna sürülerek kullanılıyordu. Bugün de saf alkaloid, d-tubocurarine veya sentetik benzeri gallamine, genel anestezide kasları gevşetmek gayesiyle veya status epilepticus, tetanus gibi hallerde pozitif basınçlı sun'î solunum yapabilmek için kas gevşetici olarak kullanılmaktadır. Nikotinik nöromüsküler reseptörlerin irreversibl blokajı bungarotoxin ile sağlanabilir, reseptör ve toksin arasındaki reaksiyonu o derecede spesifik ve stabildir ki bu metod, postsinaptik membrandaki kolinerjik reseptörleri diğerlerinden ayırmak için kullanılmaktadır.

Bu drogların nöromüsküler bağlantıya karşı yüksek affinitelerine karşılık, diğer birtakım nikotinik blokerler nisbeten spestifik olarak otonom ganglionları etkilerler. Böyle bir grup ilâç 20 yıl kadar önce arteriyal hipertansiyona karşı sempatik bloker olarak kullanılmakta idi; bunlar arasında hexamethonium, pentolinium, mecamylamine ve pempidine sayılabilir. Bunların en büyük dezavantajları aynı zamanda parasempatik fonksiyonları da bozmaları idi. Bu sebepten, böyle ilâçları kullanan hastalarda ağız kuruması, akomodasyon kusurları, kabızlık, idrar retansiyonu ve seksüel fonksiyon bozuklukları görülüyordu.

Muscarinik blokerler tarihte evvelâ cinsî maksatlarla, adam öldürmek için, daha az toksik dozlarda da Vedenikli kadınlar tarafından kozmetik maksatlarla mydriasis meydana getirmek için kullanılmışlardır. Bu güzellik müstahzarı olarak kullanılma muskarinik blokerlere 'belladonna' (güzel hanım) alkaloidleri adını vermiştir. Bir asır kadar evvel bu alkaloidlerden iki tanesi, atropin ve hyoscine, Parkinson tedâvisi için teklif edilmiş, 30 sene kadar süre ile bu tedâvi değerini koruyarak çeşitli sentetik müstahzarlar meydana getirilmiştir. Modern antiparkinsoniyenler daha az belirli parasempatik blokaja karşılık benzer terapötik etkiyi haiz bulunmaktadırlar.

Katekolamin reseptörleri

Phenoxybenzamine, phentolamine, thymoxamine, spesifik alfa adrenerjik blokerlerdir. Bundan başka ergotamine ve chlorpromazine gibi çok kullanılan ilâçların alfa bloker özelliği daha az selektiftir.

Haloperidol, pimozide, thiopropazate ve chlorpromazine, dopaminerjik reseptör blokerleridir. Bu ilâçlar major trankilizan (veya nöroleptik) maddeler olarak tanınırlar ve yan tesir olarak Parkinsonizm belirtilerine sebep olurlar. Bu ilâçlarla meydana getirilen Parkinson belirtilerinde, dopaminerjik reseptörler bloke edilmiş olduğundan, levodopa'nın herhangi bir tedâvi tesiri olmadığı ileri sürülmektedir. Ancak, şahsî tecrübemize, göre, vak'alarda uzun ve yüksek dozda nöroleptik kullanımına bağlı, kalıcı Parkinsonizm belirtileri, (nöroleptik ilâç kesildikten sonra hâlâ devam ediyor ve diğer antiparkinson droglarla giderilemiyorsa) levodopa tatbikatından kesin olarak istifade etmekte ve düzelmektedirler. Bunu, katekolamin reseptör blokerinin kalkmasından sonra reseptörlerin serbest kalması ve bu sırada verilen levodopanın tesirli olması tarzında izah kabildir.

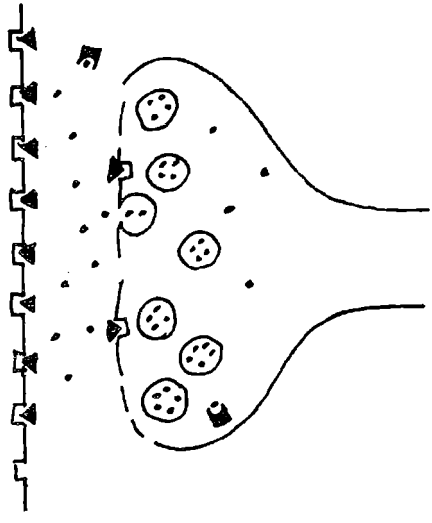
Diğer reseptörler

Serotonerjik reseptörler lysergic acid diethylamide (LSD-25) tarafından bloke edilmektedirler; bu antagonizma drogun hallüsinojen etkisini açıklayabilir. Bicuculline, GABA reseptörlerini bloke eder. Bu madde konvülziyon meydana getirdiği için hayvanlarda eksperimental epilepsi araştırmaları için kullanılmaktadır. Bazı epilepsi tiplerinde GABA fonksiyonunun azalmış olması mümkündür.

Reseptör blokerlerinin tesirleri (Şekil: 35) de gösterilmiştir.

Bazı nöronları selektif olarak tahribeden ilâçlar

Noradrenerjik ve dopaminerjik nöronlarda 6-hydroxydopamine (6OHDA), transmettörün selektif olarak azalmasına sebep olmaktadır. Bu, noradrenerjik ve dopaminerjik nöronlarda bir dejenerasyon sonucudur. Bu olay, kullanış yoluna göre, beyinde veya periferide meydana gelebilir. 6OHDA kan-beyin seddini geçememektedir. Buna benzer şekilde, 5,6-dihydroxytryptamine (5,6DHT) de serotonerjik nöronlarda dejenerasyona sebep olmaktadır. Bu ilâçlarla meydana gelen lezyonların spesifitesi tecrübe hayvanının cinsine ve kullanılan maddenin dozuna bağlıdır. Yüksek konsantrasyonlar ve iri hayvanlarda lezyonlar daha az selektif olmaktadır. 6OHDA ve 5,6DHT, düşük doku konsantrasyonlarında fevkalâde hücre tahrip kabiliyeti göstermektedirler. Tesirlerinin lokalizasyonu, bunların nisbeten spesifik bir tarzda, monoamin nöronlarında, aktif katekolamin ve serotonin uptake'i mekanizmaları ile alınarak biriktiğini göstermektedir.



(Şekil: 35) Reseptör blokerinin etkisi. Bu madde reseptörleri bloke edince transmettörün reseptöre ulaşması mümkün olamamaktadır. Sinaptik mesafede yüksek konsantrasyonda transmettör bulunmasına rağmen transmisyon mümkün değildir. (Reseptör blokeri ◀ işaretiyle sembolize edilmiştir.)

Merkezi sinir sisteminin belli yerlerine bu maddelerin enjekte edilmesi bazı nörolojik hastalıkların eksperimental modellerini mey-

dana getirir. Meselâ, farenin sobstantia nigra'sına tek taraflı 6OHDA zerki hemiparkinsonizmin bir farmakolojik analogunu hasıl etmektedir (**Ungerstedt,** 1971). Bu ilâçların tedâvide kullanım imkânları da araştırılmıştır. Periferik vasküler hastalıklarda, hasta kan damarlarındaki sinir uçlarını tahribederek bir çeşit kimyasal sempatektomi ile vazodilâtasyon yapabilmek gayesiyle 6OHDA arter içine zerkedilmiştir.

Denervasyon süpersensitivitesi

Transmettör output'unu gerek depolarını azaltmak, gerekse sinir uçlarını tahribetmek suretiyle düşüren droglar, **Cannon**'un «denervasyon Kanunu» (1939) ile formüle ettiği tarzda sinaptik değişikliklere sebep olurlar. Bu kanuna göre, «bir seri efferent nöron tahribedildiği zaman, izole strüktürde kimyasal stimülanlara karşı artmış bir irritabilite ortaya çıkar». Bu özellik daha sonra afferent yollarla (**Drake** ve **Stavraky,** 1948) ve merkezî sinir sisteminde (**Ungerstedt,** 1971) gösterilmiştir.

Denervasyon supersentivitesine çeşitli mekanizmalar karışmaktadır. Nöromüsküler bağlantıda postsinaptik değişiklikler gösterilmiştir. Denervasyon, adale liflerinde, reseptörlerin artması ile birlikte asetilkoline karşı hassasiyetin artmasına sebep olmaktadır. Aynı zamanda denervasyon, reseptör aktivasyonu ve cevap arasındaki bağlantıyı da arttırmaktadır. Bu süpersensitiviteye belki eksitabl membranın iyon permeabilitesindeki değişiklik de sebep olmaktadır.

Denervasyonun presinaptik sonuçları da önemlidir. Sinir uclarının dejenerasyonu, normal olarak sinaptik aralıktan birçok transmettörlerin temizlenmesinden sorumlu aktif uptake mekanizmasının kaybına yol açar. Bu olaylar, safha safha, denerve sempatik noradrenerjik sinir uçlarında görülebildiği gibi, buna benzer mekanizmalara başka yerlerde, meselâ beyindeki transmettörlerde de rastlamak kabildir.

Bu çeşitli değişiklikler, sun'î olarak kullanılan transmettörlere karşı alınan cevapları arttırmak suretiyle, önemli tedâvi sonuçları elde edilmesine sebep olabilirler. Denervasyon süpersensitivitesi, kronik denerve sinapslarda transmettör maddenin konsantrasyonundaki ufak artışlara karşı önemli derecede cevaplar elde edilmesini sağlayabilir. Meselâ, Parkinsonizmde, dopamine eksikliğini ancak pek sınırlı miktarda giderdiği halde levodopa ile tedâvi sonuçlarının alınabilmesi gibi... Denervasyon süpersensitivitesi birçok droglara karşı alınan ters cevaplardan da sorumludur. Meselâ, levodopa ve phenothiazine'lerin verilmesi ile diskinezinin ortaya çıkması gibi.

Aşağıdaki tablolarda bu bölümde adı geçen çeşitli drogların tesirleri ve sinaptik transmisyonda meydana getirdikleri değişiklikler özetlenmiştir.

Transmettör fonksiyonunu arttıran droglar:

DA: dopamine, NA: noradrenaline,
ACh : acetylcholine, 5HT: 5-hydroxytriptamine (serotonine)

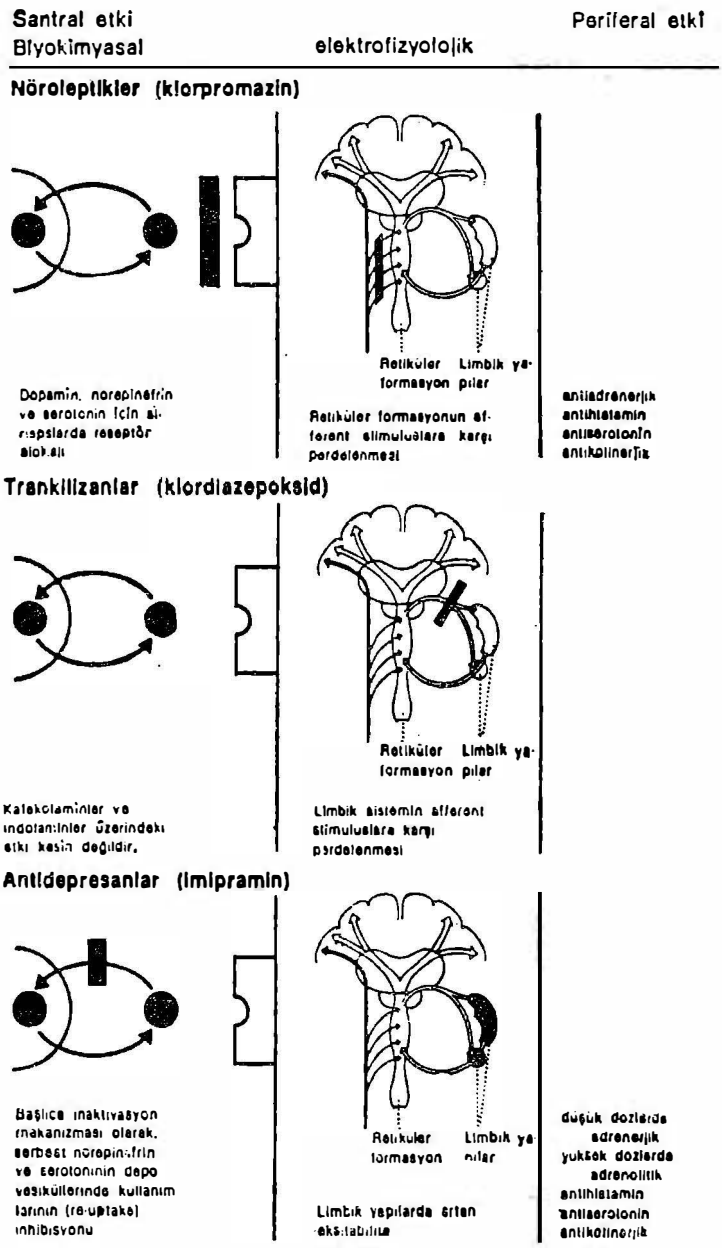
MEKANİZMA	DROG	TRANSMETTÖR
Prekürsör		DA, NA
	levodopa	
	5-hydroxytryptophan	5HT
Serbest bırakıcı	carbacol	ACh
	tyramine	NA
	amphetamine	DA
Reseptör agonisti	methacholine	ACh
	phenylephrine	NA (α)
	isoprenaline	NA (β)
	apomorphine	DA
Enzim inaktivasyonunun blokajı	neostigmine	ACh
	tranylcypromine	NA, DA, 5HT
Geri alınma (uptake) blokajı	amitriptyline	NA
	imipramine	NA
	benztropine	DA

Transmettör fonksiyonunu azaltan droglar.

NA: noradrenaline, DA: dopamine, ACh: acetylcholine, 5HT: 5 hydroxyryptamine (serotonine), GABA: gamma aminobutyric acid.

MEKANİZMA	DROG	TRANSMETTÖR
Prekürsörün girişini inhibe edenler	hemicholinium triethylcholine	ACh
Sentetik enzimleri inhibe edenler		
(1) tyrosine hydroxylase	alpha methyl-p-tyrosine	NA, DA
(2) tryptophan hydroxylase	pchlorophenylalanine	5HT
(3) dopamine beta hydroxylase	disulfiram fusaric acid FLA 63	NA
Transmettörün depolama yerlerine girişini inhibe edenler	reserpine tetrabenazine	NA, DA 5HT
Transmettörün serbest hale gelmesini inhibe edenler	botulismus toksini bretylium bethanidine ganethidine	ACh NA
Yalancı transmettör teşkil edenler (*)	alpha methyldopa	NA
Reseptör blokerleri	atropine benzhexol	ACh (M)
	tubocurarine hexamethonium	ACh (N)
	phenoxybenzamine phentolamine thymoxamine	NA (α)
	propanolol oxprenolol	NA (β)
	haloperidol pimozide	DA
	lysergic acid diethylamide	5HT
	bicuculline picrotoxin	GABA
	strychnine	glycine
Spesifik nöronları tahribedenler	6OHDA 5,6DHT	NA, DA 5HT

(*) Transmisyonu arttıracak derecede effektif bir agonist olabilirler.



(Şekil: 36) Psikofarmakaların tesir mekanizmalarını gösterir şema. **(Lunban - Plozza, Pöldinger ve Songar'dan)**

PSİKOTROP İLÂÇLARLA ZEHİRLENMELER VE ÂCİL TEDÂVİLERİ

Psikotrop ilâçların büyük bir hızla yayılması, hemen herkes tarafından rastgele kullanılması ve zaman zaman da intihar kasdiyle alınması gittikçe daha çok sayıda zehirlenme vak'asına rastlamamıza sebep olmaktadır. Psikiyatrı olduğu kadar genel pratisyeni ve ilk yardım istasyonu hekimini de ilgilendiren bu bölümde bu kabil zehirlenmelerde yapılacak ilk tedâvi ve alınacak tedbirler pratik şemalar halinde sunulacaktır.

SOLUNUM KOMPLİKASYONLARI

Hemen bütün ilâç zehirlenmelerinde solunum azalması görülür. Solunum yolları ile ilgili komplikasyonların önlenmesi büyük önem taşır. Solunum yolları ile ilgili engellerin ortadan kaldırılması ve yeterli oksijenin temini hayatî bakımdan şarttır. Solunum uyaranları, kafein (ve kahve) dahil olmak üzere, herhangi bir değer taşımazlar ve kullanılmamalıdırlar.

Solunum komplikasyonu ile ilgili tedâvi prensipleri:

— Hava yollarının serbestleştirilmesi
— Solunum yollarındaki sekresyonun temizlenmesi (aspirasyon)
— Akciğerlerin yeterli hava almasının temini
— Asid-baz dengesinin korunması
— Enfeksiyonlardan korunma

Gerekirse entübasyon ve trakeotomi yapılır. Devamlı ve yeterli oksijen verilmesi gereklidir. Hastanın pozisyonu sık sık değiştirilmelidir. Solunum hareketleri yeterli değilse yardımcı metodlar kullanılır. Buhar teneffüs ettirilmesi faydalıdır. Hipervantilasyon **alkaloza** sebep olabilir. Koma veya şok halinde devamlı intravenöz perfüzyon yapılmalıdır. Solunum yetersizliğine bağlı **asidoz** hızla gelişebilir. Koma veya şok halindeki her hastada derhal elektrolitler ve

arteriyel gaz tayini yapılmalıdır. Hipotansiyon, şok, kalb ve böbrek komplikasyonları asid - baz dengesini bozar, bu bakımdan bilhassa kalb aritmileri tehlikelidir. Birçok hallerde yeterli alveol havalanması asid-baz dengesini sağlamaktadır. Solunum yollarına müdahale asepsi-antisepsiye riayet, sık sık oskültasyon ve gerekirse radyolojik muayene, zamanında başlatılan antibiyotik tedâvisi, solunum yolları enfeksiyonlarına karşı mücadele metodlarıdır.

DOLAŞIM ŞOKU

Psikotrop zehirlenmesinde şok nâdirdir. Bu, daha çok oksijen yetersizliğine bağlı olarak ortaya çıkar.

En vahim prognozlu komplikasyon sayılabilen şok şu sırayı takibeder: hipoksi - asidoz - kalb fonksiyonlarının azalması - yetmezlik.

O halde, düzeltilmesi için ilk tedbir solunumu yoluna koymaktır. Transfüzyon, plâzma veya serum perfüzyonu dolaşımı takviye eder.

Şok için ilâçtan başka sebepler de düşünülmeli, kanama, beyin hasarı, akut miyokard infarctus'ü, sepsis gibi haller gözden uzak bulundurulmamalıdır.

Şok tedâvisinin prensipleri :

1. Hastanın şok pozisyonunda (sırt üstü, yüzü yukarı dönük ve ayakları yüksek olarak) yatırılması
2. Hava yollarının serbestleştirilmesi. Gerekirse aspirasyon. Sun'î solunum çareleri.
3. Oksijen kullanılması
4. Vücut ısısının korunması (battaniyeler, örtülerle). Sıcak tatbiki şoku kötüleştirebildiği ve yanıklara sebep olduğu için tavsiye edilmez.
5. Kan basıncının düşmesine mâni olmak için ekstremitelere bandaj uygulanır.
6. Kan basıncı sürekli olarak kontrol edilir. Aynı şekilde vücut ısısı ve nabız, solunum sayısı sık sık ölçülür.
7. Elektrokardiogram çekilir.
8. İntravenöz normal tuzlu su perfüzyonu ile su kaybı önlenir. % 5 dextrose daha etkilidir. Suyu yeterli mikdarda vermeli, kardiyovasküler sistemin fazla yüklenmesinden kaçınmalıdır.

9. Düşük moleküllü Dextran veya serum albümin solüsyonu gibi maddeler verilebilir. Transfüzyon ancak kanama veya anemi mevcudiyetinde endikedir.

İlâç zehirlenmesinde hipotansiyon mutaddır.

1. İntravenöz mayi verilerek hipotansiyonla mücadele edilir. Vazopressorlardan kesin olarak kaçınılmalıdır, bunlar vital organlara gerekli kan akımını azaltabilirler.
2. Kan basıncı sürekli olarak kontrol edilmelidir.
3. Psikotrop ilâçların çoğu vazopressörleri potansiyalize ederler. Endikasyon ve zaruret halinde Levophed, Neo-Synephrine veya Aramine kullanılabilir.

— Norepinephrine (Levophed) % 0,2 lik solüsyondan 4 cc, 1000 cc. normal tuzlu su veya % 5 dextrose solüsyonu içinde
veya
— Phenylephrine (Neo-Synephrine) 10 mg., 500 cc. normal tuzlu su veya % 5 dextrose içinde
veya
— metaraminol (Aramine) 10 mg., 600 cc. normal tuzlu su veya % 5 lik dextrose içinde

Devamlı kan basıncı kontrol edilir ve perfüzyon hızı kan basıncı 90 - 100 mm Hg seviyesinde tutulacak şekilde ayarlanır.
Kontr endike olanlar: Epinephrin, Picrotoxin, Metrazol (Cardiazol)
Bütün stimülânlar, bütün analeptikler.

KONVÜLSİON

Sebepleri :

1. Serebral anoksi
   — akciğerlerin havalanma eksikliği
   — mucus veya kusmukla teneffüs yolları tıkanması
   — larenks spazmı
2. İlâcın merkezî sinir sistemi üzerine direkt tesiri
3. Önceden mevcut bir konvülzif hastalığın ilâçla aktive olması
4. Baş yaralanmaları (ekseriye gözden kaçar)
5. Diğer gözden kaçan ve şüphelenilmeyen hastalıklar

Âcil tedbirler:

1. Solunumun kolaylaştırılması
2. Dilin ısırılmaması için ağıza bir bez veya lâstik konması
3. Konvülsion sırasında hastanın çarpılmasını ve yaralanmasını önlemek için tedbirler
4. Ağız ve üst teneffüs yollarındaki birikimin, ifrazatın temizlenmesi
5. Ağızdan ağıza veya sun'î teneffüs
6. Oksijen verilmesi
7. Zehirlenme dolayısiyle kusturucu veriliyor veya mide yıkanıyorsa onların konvülsion sırasında durdurulması
8. Konvülsionu kontrol altına almak
10. Sıvı çıkışını kontrol (24 saatta 1 ilâ 3 litre olmalıdır)
11. Vücut ısısının kontrolu
12. Yarı yarıya normal tuzlu su ile % 5 Dextrose perfusion'u

Konvülsionların ilâçla kontrolu:

1. Üst teneffüs yollarındaki birikimler temizlenmeden ilâç tatbik edilmez, evvelâ teneffüs serbest hale getirilmeli ve oksijen uygulanmalıdır.
2. Diazepam (Diazem veya Valium) 5 mg ve 10 mg damardan yavaş zerk (özellikle çocuklarda seçkin tedâvidir). 5 mg ilâç bir dakikada verilmelidir. Başka ilâçlarla karıştırılmaz. Damara şırınga edilemiyorsa adale içine yapılır (Özellikle MAO inhibitörleri ve trisikliklerin konsülsionlarında endikedir)
3. Antispazmodik ilâçlar faydalı olabilir
   — 1/2 cc (2.5 mg) Akineton adale içine veya damara. Her yarım saatta bir tekrarlanabilir, 24 saatta 4 defadan fazla vermemelidir. Veya onun yerine diğer antiparkinsoniyenler kullanılabilir.
4. MAO inhibitörü almamış olan hastalarda kısa tesirli barbitüratlar kullanılabilir. Trisiklik ve fenotiazin zehirlenmelerinde tesirlidir, fakat dikkatli kullanılmalıdır. Özellikle çocuklarda solunum depression'una sebep olabilir.
5. Paraldehyde bilhassa çocuklarda faydalıdır. Karaciğer komplikasyonu varsa kullanılmaz.
6. Succinylcholine gibi kürarizan tesirli maddeler sadece tecrübeli anestezi uzmanlarınca kullanılabilir. Özel tertibat ve bakım gerektirir.

Dikkat:

Diphenylhydantoin veya Primidone (Mysoline) gibi preparatların mevcut konvülsionlar üzerine hiçbir etkisi yoktur. Bunlar gelecek konvülzif nöbetlere karşı korucuyu olarak kullanılırlar.

Ölüm şu sebeplerden olabilir:

Teneffüs za'fı (özellikle konvülsion sonrası devresinde)
Alınan yüksek dozda ilâcın massif direkt tesiriyle
Tedâvi komplikasyonu olarak (meselâ verilen yüksek dozda Diazepam'ın meydana getireceği teneffüs depressionu ile)
Doğrudan doğruya ilâca bağlı olmayan komplikasyonlardan (meselâ kafa yaralanması, diabet, sepsis gibi)

VÜCUT ISISI BOZUKLUKLARI

Birçok psikotrop ilâç vücudun ısı regülâsyonunu bozar. Bazıları yalnız başına veya başka ilâçlarla beraber alındığında tehlikeli ısı yükselmelerine ve sonuç olarak beyin hasarına sebep olurlar. Bir kısmı ise vücut ısısını normalin altına düşürür.

Isı yükselmesi halinde:

1. Isının düşürülmesi için gerekli tedbirler geciktirilmeden alınmalıdır.
2. İlâçla ilgili tedâvi (zehirlenme tedâvisi) engel teşkil etmiyorsa soğuk su ve diğer sıvılar içirilmeli
3. Elbise ve örtüler hafifletilerek vücudun vantilâsyonu sağlanmalı
4. Islak havlular tatbik edilmeli
5. Soğuk suya batırılmış su ile vücudun ovulması ve masaj
6. Buzlu su ile ıslatılmış havlular
7. Gerektiğinde soğuk su lâvmanı
8. Mümkün olduğu zaman hipotermi cihazı ile ısının düşürülmesi
9. Vahim hipertermilerde dializ faydalı olabilir

Isı yükselmesinde,
— Kardiyovasküler yüklenme
— Böbrek yüklenmesi
— Vücudun oksijen ihtiyacı
— Vücudun su ihtiyacı
— Vücudun elektrolit ihtiyacı
artar. Her 1°C ısı yükselmesine karşılık metabolizmanın % 10 arttı-

ğı unutulmamalıdır.
Trisiklik zehirlenmelerinde vücut ısısının yükselmesi ânî ölüm sebebidir.

Isı düşmesi (hipotermi) halinde:

1. Vücut ısısının normale çıkartılması en önde gelen problemdir
2. Zehirlenme yapan ilâca ait tedâvi engel teşkil etmiyorsa sıcak sıvılar içirilir
3. Battaniye, örtüler, sıcak su torbaları kullanılabilir
4. 42°C yi geçmiyen sıcak su banyoları veya ekstremiteleri böyle sıcak su içine batırmak
5. Doğrudan doğruya dışardan sıcak tatbiki yanıklara ve bazen de dolaşım kollapsına sebebiyet vereceği için tehlikelidir.
6. Mümkünse hipertermi makinesi kullanılır.

KOMA

Koma içindeki bir hastanın bir hastahaneye kaldırılması şarttır. Tedâvinin hedefi hastayı uyandırmak değil, hayatî fonksiyonları işler halde tutmaktır. Stimülânlar hiçbir zaman kullanılmaz. Birçok hastanın zehirlenme yapan ilâçtan çok yanlış tedâviden öldüğü unutulmamalıdır. Solunum, nabız sayısı ve dolgunluğu, kan basıncı gibi vital fonksiyonların, ilâç tamamen ıtrah edilinceye veya metabolize edilinceye kadar korunması en akıllıca tedâvi metodudur. Tedâvi şekilleri koma derecesine göre değişir.

Komaların sınıflanması:

I. derece **Hafif koma:** Hasta dış uyaranlara cevap verebilmektedir. Spontane veya provoke hareketler ve homurdanma tarzında sesler vardır. Vital belirtiler bozulmamıştır (eğer bozulmuşsa başka bir sebep veya yaralanma aramalıdır.)

II. derece **Derin koma:** Komanın derinleşmesine rağmen refleks cevapların alınabildiği, vital belirtilerin korunduğu koma safhasıdır.

III. derece **Stimuluslara hiç cevap alınamıyan derin koma:** Hiçbir refleks faaliyet yoktur. Başlangıçta vital belirtiler korunabilirse de prognoz ciddidir.

IV. derece **24 saattenberi veya daha fazla devam eden derin koma** (veya vital fonksiyonların bozulması hali): Prognoz çok ciddidir.

Koma tedâvisi :

1. Yeterli havalanmanın sağlanması
   — Teneffüs hareketleri gözlenir
   — Hasta bir tarafına, başı ekstansiyon halinde ve dili çekilmiş olarak yatırılır
   — Ağız, boğaz, burun pasajı gibi üst teneffüs yolları mucus, kusmuk, v.s. gibi şeylerden temizlenir. Gerekirse aspirasyon
   — Sun'i solunum için hazırlıklı bulunmalıdır (solunum dakikada 10 un altına indiği zaman zaruret vardır)
   — Intubation (komanın ilk 48 saati için)
   — Gerektiğinde oksijen vermeye hazır olmalıdır
   — Akciğer kaidelerinin oskültasyonla devamlı kontrolü
2. Şok hali varsa uygun tedâvi
3. Mümkünse alınan ilâcın cinsinin belirlenmesi
4. Başka bir hastalık veya yaralanmanın olup olmadığının sür'atle tesbiti
5. Şok yok ise hasta horizontal pozisyonda yatırılır, her 30 dakikada bir öbür tarafına çevrilir. Decubitus'lere dikkat
6. Sistematik olarak şunlar muayene edilip kaydedilir:
   — Isı, nabız, solunum, kan basıncı
   — Şuurluluk derecesi
   — Deri rengi
   — Sıvı alım ve ıtrahı
   — Cornea ve patella refleksi (komanın derinliğini belirlemek için)
   — Ağrılı tenbihlere cevap verip vermediği
7. Devamlı idrar sondası konur ve idrar hacmi ölçülür
8. İlâç parenteral olarak alınmamışsa ve mümkünse mide lavajı
9. Kan kimyası, kan sayımı ve kan gazlarının tayini
10. Yarı yarıya normal tuzlu su ile karıştırılmış % 5 Dextrose perfusion'u (ortalama dakikada 20 damla gidecek şekilde)
11. Su kaybının telâfisi, introvenöz beslenme. Koma 48 saattenberi devam eder, hastanın durumu elverir ve böbrek fonksiyonları yeterli bulunursa gavajla besleme
12. Adalelerin gevşemesi ve EKG değişiklikleri hipopotassemi'ye işaret ediyorsa gastrik tüp ile tuzlu su içinde 10 gr potassium verilir
13. Gerekirse antibiyotik tatbiki
14. Bir vazopressor'un kullanılması şart ise bunun alınan ilâçla kontrendikasyon teşkil etmediğine dikkat edilmelidir. Gerektiğinden fazla verilmemeli

15. Koma devam ederse dializin gerekli olup olmadığına bakılır

Hasta açıldıktan sonra komanın tekrarı, barsaklarda kalan ilâcın sonradan absorpsiyonuna bağlıdır. Subdural hematoma da düşünülebilir.

Özel not:

MAO inhibitörleri Koma, «coma vigil» denen şekilde, yüzeyeldir. Eğer derinleşirse başka ilâçların da alındığından şüphelenilir.

Doridène: Koma günlerce devam edebilir

Meprobamate: Kâhil bir insanın meprobamate ile komaya girebilmesi için en az 400 mg (20 tablet) alması gerekir. Nâdiren alkol ve diğer ilâçlarla kombine zehirlenmelere rastlanmaktadır.

Kafa kırığı, epidüral veya subdural kanamalar tehlikeli yaralanmalar gözden kaçırılmamalıdır.

Pnömoni, sepsis, meningitis ve diabet psikotrop ilâç komalarında daima araştırılmalıdır.

İLÂCIN ITRAHI (MİDE YOLU İLE)

Kusma

Kusma ve mide lâvajı teknikleri hastanın yaşı ve vücut büyüklüğüne göre değişir. Hasta komada değilse, konvülsionlar yoksa ve fizyolojik fonksiyonlar depressionda değilse en kısa zamanda kusturma çarelerine başvurmalıdır:

1. Dilin arka tarafını ve boğazını bir kaşık veya parmakla uyararak
2. Tuzlu su (1 bardak suya yarım yemek kaşığı) içirilerek (1-2 bardağı geçmemeli ve her bardaktan sonra boğazı parmakla uyarmalı)
3. Ipeca şurubu (1 yemek yaşığı) (ext. fluid değil!) ve arkasından 1-2 bardak su, süt veya meyve suyu içirilir (Emetine).
4. Aktif karbon (500 cc su içinde 50 gr). Her gram karbon 100-1000 mg maddeyi absorbe eder. Ipeca kullanılıyorsa onun tesiri denendikten sonra karbon verilir, aksi halde karbon ipeca'yı da absorbe eder
5. Kusma sırasında hastanın başı aşağıda tutulmalıdır

6. Kusmuklar laborâtuara gönderilmek üzere saklanır
7 Şimdiye kadar alınan tedbirler etkisiz kalırsa deri altına (vücut ağırlığının kilogramı başına 0,03 mg) Apomorphine zerkedilir. Bununla tahrik edilen kusmalar adale içine Lorfan (0,01 mg/kg) zerki ile durdurulur. Kusma başladıktan bir dakika sonra yapılmalı
8. Fizyolojik fonksiyonlarda depression varsa Apomorphine kullanılmaz
9. Phenothiazine zehirlenmesinde merkezî tesirli kusturucular kullanılmaz
10. Çocuklarda kusma mide lâvajından daha etkilidir

Mide lâvajı

Solunum güçlüğü olan, komada veya şuursuz halde bulunan hastalara lâvajdan önce entübasyon şarttır. Aspirasyon pnömonisine dikkat.

1. Her lâvajdan önce ve sonra mide muhtevası aspire edilir. İki âspirasyon materyeli analiz için saklanır.
2. Lâvaj, mümkünse normal tuzlu su ile yapılmalıdır. Tuzlu su, bilhassa çocuklarda, su entoksikasyonunu önler
3. Her seferinde az mikdarda su ile yıkanır (100-500 cc. herhalde iki bardaktan fazla değil). Buna özellikle ilk yıkamada çok dikkat etmelidir. Aksi takdirde mide muhtevasını pylor'dan öteye iter, barsaklara geçiririz.
4. Birinci yıkama sırasında aktif kömür kullanılması faydalıdır
5. Lâvaj suyu berrak gelinceye kadar yıkamaya devam (genel olarak 3-5 defa)
6. Müshil verilmesi (elektrolit dengesi bozulmamışsa)
   a. Lâvaj tübü alınmadan önce 30 g sodium sulfate 250 cc su içinde verilir ve midede bırakılır. Sodyum sülfat özellikle böbrek fonksiyonları bakımından magnesium sulfate'den daha az toksikdir, fakat hipertermi yapabilir
   b. Yağda eriyen ilâçlarla zehirlenmede (meselâ barbitüratlar, amfetaminler) hint yağı (huil de ricin) ile lâvaj yapılır, sonra tuzlu su ile yıkanırsa bir miktar hint yağı müshil tesiri yapmak üzere barsaklara geçer
7. Trisikliklerle (imipramine ve benzerleri) zehirlenmede lâvaj tübü yerinde bırakılır ve
   — plâzma seviyesinin düşük olması

— ilâcın bilhassa mide yoliyle ıtrah olunması
— Trisikliklerin atropinik tesiri sebebiyle peristaltizma inhibe edildiğinden mide boşalmadığı için lâvajın uzun zaman faydalı ve tesirli olabilmesi sebebiyle her saatta bir lâvaj tekrarlanır.

3. Phenothiazine (Largactil, v.s.) zehirlenmelerinde mide lâvajı bilhassa gereklidir. Hızla dokulara bağlanmalarına rağmen bu maddeler suda eriyen maddelerdir. Midenin boşalması da yavaşlamaktadır. Dolayısiyle, henüz absorbe edilmemiş olanlarının çıkarılması ümidi mevcuttur.

Skandinav okulu mide lâvajının zehirin absorbsiyonunu kolaylaştırdığını ve ince barsaklara itilmesine sebep olduğunu, ayrıca akciğerlere kaçma ihtimalinin de bulunduğunu ileri sürerek bunu reddeder. Ancak, her iki mahzur da iyi bir teknik ve dikkatli uygulama ile giderilebilmektedir.

İLÂÇ ITRAHI (BÖBREK YOLU İLE)

Absorbe edilen psikotrop ilâcın ıtrahında en önemli organ böbrektir. Bu sebeple fonksiyonlarının korunması ve desteklenmesi gerekir. İlâçlar ya terkibi değişmemiş olarak veya parçalandıktan sonra metabolizma mahsûlleri halinde ıtrah edilirler.

Itrahın tâbi olduğu şartlar:
— passif glomerüler filtrasyon
— aktif tübüler sekresyon
— aktif tübüler reabsorbsiyon
— passif tübüler difüzyon

Su diürezi

Su diürezi ıtrahı arttırır. Sıvılar en iyi diüretik maddelerdir ve eğer hasta açıksa, kusma ve bulantı yoksa ağız yolu ile alınmalıdır. Stupor veya yarı koma halindeki hastaya sıvı asla ağız yolu ile verilmez. Kusma bazen öldürücü aspirasyonlara sebep olabilir. Stupor, semikoma, koma ve ajitasyon hallerinde intravenöz uygulama zarurîdir.

1. Hastanın bilinen şartlarına (yaş, ağırlık, hidratation durumu, mevcut diğer hastalıklar, sıvı ve elektrolit dengesi gibi) en uygun sıvı seçilir.
2. Devamlı sonda ile mesaneden idrar ıtrahı ölçülür. İdrarını kendi verebilecek derecede uyanık hastaya sonda tatbik edilmez.
3. Kardiyovasküler sistemin fazla yüklenmesinden kaçınmalı, akci-

ğer ödemi olmamasına dikkat etmelidir.

4. Şüphe halinde hastahanede sentral venöz basınç devamlı kontrol edilmelidir.

Osmotik diürez

1. Mannitol
   - 100 cc % 10 Mannitol damardan yavaş yavaş zerkedilir
   - Bunu takiben % 5 lik glükozun normal tuzlu su içindeki karışımından 1000 cc perfüzyon yapılır.
   - Diürezden sonra intravenöz solüsyona KCI ilâve edilir. Bunun miktarını diürezin derecesi, serum potasyumu seviyesi ve EKG'daki T dalgaları tayin eder.
   - Devamlı kontrol ve kayıt yapılmalıdır. Mannitol tesirli olabildiği kadar neticesiz de olabilir. 2-3 günden fazla devam etmemelidir.
2. Üre
   - Böbrek yetmezliği veya za'fı olan hastalara kat'iyyen verilmez; faydası da sınırlıdır.
   - 4 saat için, her saat başı, 300 cc Ringer lactate'ı içinde 80 cc % 50 üre solüsyonu damar içine verilir.
   - İdrar ıtrahı saatta 500 cc yi bulursa 600 cc Ringer lactate'ı ve 10-30 cc % 50 üre solüsyonu saat başı verilerek devam edilir. 4 saatlık aralarla durum değerlendirilir.
   - Saatta 50-60 cc den fazla sıvı retansiyonu oluyorsa tatbikat durdurulur.
   - Her saat alınan ve çıkarılan sıvı kaydedilmelidir.
   - Kanda üreye bağlı azot seviyesi % 200 mg ın altında tutulmalıdır.
   - Tedâvi sırasında serum Ca ve K ölçmeleri yapılmalı, gerektiğinde eksiklikleri giderilmelidir.

Kimyasal diüretikler

Furosemide ve ethacrynic acid en etkili olanlarıdır.

Hasta yeterli su almış olmalıdır.

Kimyasal diüretikler Mannitol ile beraber veya onu takiben kullanılabilirler.

Su ve elektrolitler kontrol edilmelidir.

Potassium kaybı beklenmeli ve vukuu halinde dikkatle telâfi edilmelidir.

Dozları

Fruosemide (Lasix) - 40 mg adaleden (veya damara yavaş zerk). Diürez görülmezse 2 saat içinde 80 mg lık bir zerk daha yapılır. Daha yüksek dozlar için dikkatli olmalı.

Ethacrynic acid - 50 mg., 50 cc %5 dextrose içinde veya %5 dextrose-normal tuzlu su karışımında, 10 dakikada damara zerkedilir.

Thiazide'ler ve Spironolactone sadece ağız yolu ile verilebilir.

Cıvalı diüretiklerden kaçınmalıdır.

Asid veya alkali tedâvisi

— Pratik tatbikattan ziyade teorik değeri vardır. Fenobarbital zehirlenmesinde fenobarbital'in pH sı yüksek olduğundan ve pH yükselmesi fenobarbitalin dissosiasyon ve ıtrahını arttıracağından faydalı olabilir.

— pH ve kan gazları kontrol edilmeli ve normalden sapmalar düzeltilmelidir.

— Asidle zorlanmış diürez amfetamin zehirlenmesinde faydalıdır.

Dikkat

Kaybedilen sıvıyı telâfi etmeksizin diüretik tedâvisi dehidratasyon, akciğer komplikasyonları ve hipoksi yapacağı için faydalı olmaktan çok zararlıdır. Böbrek za'fı hallerinde diüretikler yerine dializ de dahil olmak üzere başka metodlar düşünülmelidir. İdrar çıkışını kontrol edebilmek için devamlı katater şarttır.

İLÂÇ ITRAHİ (DİALİZ)

Dializ, psikotropik ilâçların ve diğer toksik maddelerin vücuttan uzaklaştırılması için, zamanında hayat kurtarıcı olabilen bir ekstrarenal yoldur. İki şekli vardır:

Hemodializ

Peritoneal dializ

Diğer tedbirler alınmadan bunların ikisini de kullanmamak lâzımdır.

Endikasyonları:

1. III ve IV üncü derecede koma
2. Böbrek iflâsı veya böbrek fonksiyonlarının bozulması
3. Akciğer ödemi
   kalb za'fı
   dolaşım kollapsı
   bâriz karaciğer bozukluğu

belli başlı metabolizma bozuklukları
üremi
ile komplike zehirlenme hallerinde hayat kurtarıcı bir vasıtadır.

4. Başka türlü vücuttan uzaklaştırılamıyacağına emin olduğumuz çok yüksek dozla zehirlenme hallerinde mümkün olduğu kadar erken dialize başvurulmalıdır.

Hemodializ	Peritoneal dializ
Daha uzun tesirli	Çabuk tatbik edilebilir
Daha güvenilir	Daha az güvenilir
III ve IV. derece komalarda kullanılır	II ve III. derece komalarda kullanılır
Yetişmiş personel ister	
Özel lâboratuar imkânlarını gerektirir	Rutin lâboratuar imkânları bulunmalıdır
Genel olarak kan icabeder	Piyasada bulunan sıvılar yeterlidir
Kardiovasküler komplikasyon tehlikesi	İnfeksiyon çok tehlikelidir
Daha pahalıdır	

Kullanış tarzı:

1. Dializ yapacak hekimin bu metodun teknik özellikleri ve muhtemel tehlikeleri hakkında tam bilgisi ve tecrübesi olmalıdır.
2. Şunlarla kombine edilmelidir:
   yeterli sıvı verilmesi
   dikkatli takip ve bakım
   spontane veya yardımlı yeterli solunum
   sık sık ve yeterli aspirasyon
   koma derinliğinin ve vital belirtilerin dikkatli takibi
   parenteral sıvı (glükoz veya tuz), mannitol perfüzyonu ile diürezin arttırılması

Dializin etkili olduğu zehirlenmeler:

analjezikler	nâdiren gerekir
antihistaminikler	nâdiren gerekir
hipnotik ve sedatifler	hayat kurtarıcı olabilir
minor trankilizanlar	genellikle faydalıdır
MAO inhibitörleri	faydalıdır
fenotiazinler	az tesiri vardır ama kullanılabilir
trisiklikler	zor fakat faydalı olabilir

fenotiazinler ve trisiklik zehirlenmelerinde genel olarak tavsiye edilmez.

Tehlikeleri:

Çeşitli olup dialize başlamadan evvel değerlendirilmesi gerekir. Bellibaşlı akut problemler:

1. Fazla potassium'un atılması
   — Hipokalemi öldürücü olabilir
   — potasyum seviyesi devamlı olarak kontrol edilmelidir.
2. Sıvı yüklenmesi kalb za'fına sebep olabilir
3. Enfeksiyon tehlikesi vardır
4. İrreversibl doku değişiklikleri olabilir.

Unutulmamalı ki, bir hayat kurtarıcı çare olan dializ aslâ ilk tatbik edilecek bir yol değildir.

KLİNİK BELİRTİLER VE TEDÂVİLERİ

Kombine zehirlenmeler

İlâçla zehirlenmeler çok zaman karşımıza birkaç ilâcın birden alınması şeklinde çıkmaktadır. Ayrıca, ilâç ve alkol kombinasyonuna da sık rastlanır ve çok tehlikeli olabilir.

Birkaç ilâcın birden alınması halinde bir ilâcın belirtileri diğerininkiler tarafından maskelenebilir, değiştirilebilir ve yalnız başına alındığı takdirde tehlikeli olmayacak bir ilâç dozu kombinasyon halinde öldürücü olabilir. Şahsın başka hastalıkları veya kafa yaralanmaları da klinik tabloyu değiştirebilir. Bu karışık semptomlar çok tecrübeli bir hekimi bile yanıltabilir. Bununla beraber şunu unutmamalıdır ki, **hayatî fonksiyonların korunması, hayatın idamesi, ilâç cinsinin tayininden ve spesifik tedâviden çok daha önemlidir.**

AMFETAMİN'LER VE BENZERİ İLÂÇLAR

Ağız yolu ile, enjeksiyonla, inhalasyonla veya mucosa'lara tatbik yolu ile alınabilir.

Klinik belirtiler:

Taşikardi, göğüste ağrı
Huzursuzluk, irritabilite
Baş dönmesi
Bulantı, kusma

Ağızda madenî lezzet
Pupillaların dilatasyonu, görme bulanıklığı
Anlama güçlüğü, sersemlik, konfüzyon
Karında kramplar, gaz, ishâl
Baş ağrısı
Idrar retansiyonu
Cilt solukluğu, kızarma, siyanoz
Titreme
Kesik kesik teneffüs, soluk soluğa olma hali
Bol ter
Yüksek ateş
Tremor
Reflekslerin canlılaşması, spazmlar
Hallüsinasyonlar, delirium, korku, dehşet hissi
Hipertansiyon veya hipotansiyon. Başlangıçta yüksek olan kan basıncı idrar ıtrahının kaybı ile birlikte normalin altına düşer.
Kalb aritmisi
Konvülsionlar
Koma
Teneffüs za'fı

Tedâvi:

1. Oksijen ve gerekirse sun'î solunum
2. Süt, su, 500 cc su içinde 50 gr aktif kömür
3. Şuurlu hastalarda kusturma
4. Mide yıkaması ve arkasından tuzlu müshil (250 cc suda 30 gr sodium sulfate)
5. Konvülsionların dikkatli bir şekilde damla damla eter koklatılarak kontrolü
6. Chlorpromazine ile sedasyon (0,5 ilâ 4 mg/kg - zehirlenme barbitüratla kombine ise daha ufak dozlar kullanılmalı)
7. Şok tedâvisi (dikkat: «şok» yapılması değil, «şok halinin tedâvisi»!)
8. Akciğer ödemine karşı gereğinden fazla su verilmemeye dikkat etmelidir.
9. Sıvı ve elektrolit dengesi devamlı şekilde kontrol edilir, gerekirse sonda konur.
10. Sistemik reaksiyonlara karşı Regitine, damar içine 5 mg, yavaş zerk; veya Phentolamine HCl 100 mg ağızdan; veya chlorpromazine 0,5-4 mg/kg
11. Tehlikeli hipertansiyon hallerinde bazı klinisyenler ekstrakorpo-

ral dializ tavsiye etmektedirler.
12. Islak sünger ve buz ile hararetin düşürülmesi
13. Hastanın sâkin ve loş bir yerde tutulması
14. Hastanın kendi kendini yaralamasının engellenmesi

ANTİDEPRESSİF İLÂÇLAR - ANKSİOLİTİKLER

Klinik belirtiler:

Sersemlik
Uyuklama
Nystagmus, çift görme
Görmenin bulanması, pupilla'ların nokta gibi olması
Zayıflık, takatsizlik, adalelerin gevşemesi
Kulak çınlaması
Mental konfüzyon, hallüsinasyonlar
Reflekslerin azalması, koordinasyon güçlüğü
Hiperaktivite, bazı vak'alarda konvülsion
Paradoksal eksitasyon, bazı vak'alarda saldırganlık
Hipotansiyon/şok
Siyanoz ve koma
Solunum depression'u

Potansiyalize eden maddeler:

Alkol
Anestetikler
Diğer sedatifler, hipnotikler

Potansiyalize ettiği maddeler:

Narkotikler
MAO inhibitörleri
Trisiklikler
Barbitüratlar
Fenotiazinler

Tedâvi:

1. Solunum yolları açık tutulur. Gerektiğinde oksijen ve sun'î solunum
2. İlâcın absorbsiyonunun su, süt veya aktif kömür (500 cc su için-

de 50 gr) ile geciktirilmesi
3. Şuurlu hastalarda kusturma
4. Mide yıkaması ve sonra midede sodium sulfate (30 gr/250 cc) solüsyonunun müshil olarak bırakılması
   Meprobamate ve Diazepam (Diazem, Valium) suda erimez, mide yıkanması ne kadar erken yapılırsa o kadar iyi sonuç alınır. Benzodiazepin'ler (Librium)'in plâzmada yarılanma zamanı oldukça uzundur, bu sebeple hemodializ gerekli ve faydalı olabilir.
5. Hipotansiyon/koma: Sıvı dengesi intravenöz sıvı zerkleri ile korunur. Bu vak'alarda konjestiv kalb yetersizliği ve akciğer ödemi tehlikesi vardır. Hipotansiyon ve diürezi kontrol altına almak için sıvı verilirken bu husus daima hatırda tutulmalıdır.

Dikkat: Koma ve hipotansiyon halinde meprobamatlar barsak yolu ile absorbe edilmeyebilirler. Dolaşım fonksiyonlarının normale dönmesi ile bu absorbe edilmemiş ilâç absorbsiyona uğrayarak yeniden zehirlenme tablosunun ortaya çıkmasına sebep olabilir. Bu sebeple,

— bir vena daima açık bulundurulmalı
— tedâviye ara verilmemeli
— hasta en azından 72 saat kontrol altında bulundurulmalıdır.

Koma rutin tedâvi ile açılmazsa şunlardan biri denenebilir:

— Osmotik diürez
— Mannitol diürezi
— Peritoneal veya hemodializ

Yardımcı tedâviler şunlardır:

Soğuk su ile ıslatılmış süngerler
Buz torbası
Pozisyonun değiştirilmesi
Vital belirtilerin takibi
Sıvı alış ve çıkışlarının kontrolü

Dikkat:

Aslâ epinefrin verilmez. Paradoks etki görülebilir.
Stimülâsyon belirtisi gösteren hastalarda barbitürat kullanılmaz.

ANTİHİSTAMİNİK'LER

Klinik belirtileri:

Pupilla dilâtasyonu (mydriasis)
Ağız kuruması

Yüz kızarması
Uyuklama hali
Ataksi, tremor
Hallüsinasyonlar
Konvülsionlar (intermittant tonik - klonik)
Ateş
Stupor sonra koma
Kalb ve solunum kollapsı

Tedâvi:

1. Aktif karbon verilerek absorbsiyonun geciktirilmesi (50 gr kömür/500 cc su)
2. Mide yıkanması (100-500 cc su ile). Mümkünse 1/2000 potassium permanganate solüsyonu kullanılır. Yıkama 2-3 defa tekrarlanır. Yıkamadan sonra sondadan tuzlu bir müshil verilerek midede bırakılır.
3. Kan basıncının korunması.
4. Valium (Diazem), barbitürat veya eter gibi kısa süreli bir antikonvülzif dikkatle verilerek konvülsionların kontrol altına alınması.
5. Teneffüs depressionu sun'î solunum ve oksijen ile tedâvi edilir.
6. **Stimülânlar kullanılmaz**
7. Kan tetkikleri yapılır.
8. Agranülositoz gelişirse geniş spektrumlu bir antibiyotik verilir.
9. İdrar hacmini saatte 200-400 cc de tutmak için Mannitol diürezi gerekebilir.

ANTİPARKİNSON İLÂÇLAR

(Bu ilâçlar Parkinson tedâvisinden başka, fenotiazin grubu ilâçların yan tesirlerini gidermek için kullanılmaktadırlar. Son zamanlarda gittikçe artan iptilâlarına ve bu sebeple aşırı doz almalara da rastlanmaktadır.)

Klinik belirtiler:

Pupilla dilatasyonu, ışık ve mesafe refleksinin kaybı
İntraoküler basıncın artması
Görme bulanıklığı, ışığa karşı aşırı hassasiyet
Mucosa'ların kuruması
Yutma güçlüğü (mucosa'ların kuruluğu sebebiyle)

Susuzluk hissi
Nabzın hızlanması, zayıflaması, çarpıntı
Cildin sıcak ve kuru olması (terleme yoktur) kızarma
Ateş
Konfüzyon, orientation bozukluğu, delirium, görme hallüsinasyonları
Konuşma bozukluğu
Çok konuşma, eksitabilite
Kan basıncı başlangıçta yükselir
İdrar retansiyonu, idrar etme güçlüğü
Karın gerginliği
Gittikçe yavaşlayan ve sathîleşen hızlı teneffüs
Konvülsionlar
Ciddi zehirlenme vak'alarında belirtiler hipotansiyon istikametinde ilerler, paralizi ve koma olur.

Tedâvisi :

1. Mucosa'lar üzerinde kalmış ilâç bakiyelerini temizlemek için ağız yıkanır
— İlâç yutulmuşsa 250 cc süt veya aktif kömür içirilir (50 gr kömür/50 cc su). Süt veya kömür yoksa su içirilmelidir.
— Şuurlu hastalar kusturulur; kusmukların solunum yollarına kaçmamasına dikkat
— Mide lâvajı ve aspirasyonu
— Mide tübünden tuzlu müshil verilmesi (30 gr sodium sulfate/250 cc su). Şuursuz hastalar yukarıdaki tedbirlerden önce entübe edilmelidir
— Ağızdan ve intravenöz sıvı verilir (glucose)
— Elektrolit dengesi takibedilir, su alış-verişi ölçülür
2. Hiperaktivitenin tedâvisi
Ufak dozlarda kısa tesirli barbitüratlar, paraldehyde veya chloral hydrate. Bunlar ufak dozlarda ve dikkatle verilir, aksi halde solunum depressionu yaparlar.
3. Konvülsionlar
Dilin ısırılması engellenir.
4. Ateş
Soğuk su ile ıslatılmış sünger, buz torbası veya ısıyı düşürücü diğer tedbirler
5. Solunum depression'u
Sun'î solunum ve oksijen
6. Yardımcı tedbirler
— Hasta sessiz ve karartılmış, loş bir odada muhafaza edilir

— Gerektiğinde kateter konur

Antiparkinson ilâçlarla zehirlenmelerin özel tehlikeleri:

Evvelce mevcut kalb aritmisi tehlikeyi arttırır.
Sfenkter kaslarının spazmı. Bir prostat hipertrofisi varsa akut idrar retansiyonuna sebep olur.

BARBİTÜRATLAR VE BENZERİ MADDELER

Klinik belirtiler:

Orientation bozukluğu
Uyuklama hali
Huzursuzluk
Pupillaların daralması (myosis), daha sonra genişleme görülebilir
Derin koma (beyin ödemi varsa koma uzayabilir)
Kasların gevşemesi
Kornea ve diğer reflekslerin kaybı
Vücut ısısının artması veya düşmesi
Yavaş ve sathî teneffüs
Anoksi, siyanoz
Kan basıncının düşmesi
Şok
Komadaki hastada akciğer kaidelerinde yaş rallerin ortaya çıkması akciğer ödemine işarettir
Her zaman pnömoni tehlikesi mevcuttur

Tedâvi:

Kardiyovasküler sistem ve solunum sistemi ile ilgili komplikasyonlardan her biri ölüm sebebi olabileceği için tedâvinin ilk şartı bunlarla mücadele etmektir.

1. Yeterli hava yolu sağlanır
— İfrazat ve mucus lâstik kateterle aspire edilir
— Gerekirse tüp konur
— Gene gerekirse ve hele larynx ödemi mevcutsa trakeotomi yapılır Entübasyon sırasında kalb veya solunum durmasına karşı dikkatli olmalıdır
2. Yeterli hava alışverişi sağlanır
— Gerektiğinde sun'î solunum ve oksijen
— Stimülânlar kullanılmaz. Bunlar kalb za'fı veya aritmisi, konvül-

sionlar, böbrek hasarı, psişik âraz gibi tehlikeli komplikasyonlar yapabilirler

— Kesin zaruret varsa bemegride (Megemide) IV - 3-5 dakikada bir ve düzelme oluncaya kadar 50 mg lık dozlarla; ethamivan (Emivan) veya methylphenidate (Ritalin) minimal refleksleri ortaya çıkaracak dozda kullanılır.

3. Kusma tahrik edilir. Kusmukların aspirasyonuna dikkat.

— Şuurlu hastada aktif kömür (50 g/500 cc su, iyice çalkalanacaktır) gerekirse gavâj tüpünden verilir. 1 gram aktif karbon 100 ilâ 1000 mg toksik maddeyi absorbe edebilmektedir.

4. Mide yıkanması. Şuurunu kaybetmiş hastalarda mide yıkamasından evvel endotrakeal tüp konur.

— Evvelâ mide muhtevası aspire edilir ve analiz için saklanır
— Mide yıkamak için 100 ilâ 500 cc su kullanılır.
— Sonda ile midede 30 gr sodium sulfate/250 cc su ile yapılmış müshil bırakılır

5. Eğer ilâç enjekte edilmişse absorbsiyonu yavaşlatmak için enjeksiyon tarafına turnike ve buz torbası tatbik olunur

6. İlâcın ıtrahı esas olarak böbrek yolu iledir

— Böbrek fonksiyonları bozulmamışsa Mannitol diürezi denenir
— Elektrolit ve sıvı dengesi devamlı surette kontrol edilir
— Gerekirse sonda konur

Detoksikasyon esas olarak karaciğerde olmaktadır. Karaciğer hastalığı varsa ilâcın toksisitesi de ona göre artar.

Hemodializ

Eğer uzun tesirli bir barbitürat sebebiyle kan seviyesi çok yükselmişse hemodializ faydalı olabilir

Gerek diürez ve gerekse dializ şu hallerde pek faydalı olamaz:

arteriyel hipotansiyon
akciğer ödemi
böbrek fonksiyonları bozukluğu

7. **Hipotansiyon, şok**

— Kan basıncı % 5 lik glükoz-tuzlu su, kan, plâzma gibi perfüzyonlarla desteklenir

— 1 litre perfüzyona rağmen kan basıncında yükselme görülemezse intravenöz seruma norepinephrine ilâve edilir. Bunun, normal kan basıncına yakın bir değer elde etmeye yetecek miktarı geçmemesine dikkat edilir. Yeterli sonuç alınır alınmaz norepinephrine (noradrenaline) kesilir. Refleksler muntazaman kontrol edilik; bu, fizyolojik fonksiyonlardaki depression'un bir endikatörüdür.

8. Pnömoni: uygun kemoterapi tatbik edilir.
9. Yardımcı, destek tedâviler ve bakım:

— Hiç olmazsa iki saatte bir hastanın pozisyonunun değiştirilmesi
— Yatağın ayak ucunun, sekresyonların aspirasyonuna mâni olmak için kaldırılması
— Boğaz ve yutaktaki sekresyonun aspiratörle çekilmesi
— Hipotermiye karşı battaniyelerle örtmek. Mekanik ısıtıcı vasıtalar kullanılmaz
— Isının yükselmesine karşı soğuk su ile ıslatılmış havlular
— Hastanın sessiz, loş bir odada yatırılması

MONOAMİNE OXİDASE İNHİBİTÖRLERİ

Klinik belirtiler

Halsizlik baş dönmesi, postüral hipotansiyon
Eksitabilite, hipertoni, spastisite, konvülsionlar
Ağız kuruması
Bulantı, kusma
Mydriasis, fotofobi
Stupor
Mental konfüzyon, inkoherans ve sonunda stupor ve komaya gidiş
Ense sertliği
Ataksi, reflekslerin azalması
Konvülsionlar
Koma
Hipotansiyon/şok
Hipertansif krizler (yüz kızarması, oksipital bölgeden frontale yayılan baş ağrısı, bulantı, kusma, fotofobi ile)
Hiperpireksi
(Ateşle veya vücudun soğuması ile birlikte terleme, ellerin ıslak olması)
Hipertansiyon ve ateş yükselmesi ile beraber zaman zaman vücutta atmalar, miyoklonik sıçramalar, fibrillasyonlar ve bazen bunların rijidite ve komaya kadar ilerlemesi
Taşikardi veya bradikardi, beraberinde mydriasis, angor tarzında göğüs ağrıları,
Solunumun çok hızlanması ve congestion
Solunum depression'u

Ölüm sebepleri:

solunum za'fı
dolaşım za'fı
intrakranial kanama

Postüral hipotansiyondan sonra gelen hipertansif krizlere dikkat. Klinik zehirlenme belirtileri bazen ilâcın alınmasından 12 saat sonra ortaya çıkabilir ve 8-10 gün sürebilir. Monoamin oksidaz inhibitörleri amin katabolizmasını bloke ettiklerinden bazı aminler potansiyalize edilir. Bu, özellikle aminler parenteral yoldan verildiği zaman ortaya çıkar.

Tehlikeli karışımlar

1. Hipertansif krize yol açan ilâçlarla beraber alınması (dolaşım kollapsı veya intrakranial kanama ile ölüme sebep olabilir)
— Sempatikomimetik ilâçların (amphetamine, adrenaline, noradrenaline gibi) parenteral yoldan kullanılması
— Methyldopa veya dopamine
— Dibenzazepine terkibi, desipramine (Pertofrane, Norpramine), amitriptyline (Tryptizol, Tryptilin) gibi ilâçların yüksek dozda veya parenteral yoldan kullanılması
— Sempatikomimetik maddeler ihtiva eden nezle, grip gibi hastalıklara karşı mutad bazı ilâçlar
— **Tyramine ihtiva eden gıdalar:** bira, şarap, fermante peynir, tavuk ciğeri, maya hülâsaları
— **tryptophan'dan zengin gıdalar:** bakla gibi
2. Hipotansiyon yapan ilâçlarla bilhassa yüksek dozda verildiği zaman
— Barbitüratlar
— Narkotikler
— analjezikler
— alkol
—thiazide diüretikleri
— phenothiazine bileşikleri

Tedâvi:

1. Hava yollarını serbestleştirmeli
Gerekirse solunum, oksijen verilmesi veya sun'i solunumla desteklenir

2. Kusturma ile ilâcın çıkarılmasına çalışılır, gerekirse mide yıkanır, müshil verilir, diürez arttırılır.
3. Sıvı ve elektrolit dengesi perfüzyonlarla korunur, giriş ve çıkış kaydedilir.
4. Konvülsion varsa tedâvi edilir.

— Şok veya hipotansiyon hali giderilmeye çalışılır
— Barbitüratlar miyoklonik reaksiyonlarda faydalı olmakla beraber dikkatli kullanılmalıdır.
— Sedasyon için intravenöz fenotiazin verilir.
— Damar içine 10-15 mg cuccinylcholine çok yavaş ve dikkatli solunum kontrolu altında şırınga edilir
— Ateş yükselmesi, vücudu soğutarak düşürülmeye çalışılır

5. Hipotansiyon, şok ve komaya karşı tedâviler uygulanır

— MAO inhibitörlerinin potansiyalizatör etkisi dikkate alınarak tedâvi yapılır.
— Perfüzyon hızı dikkatle ayarlanır, âni tansiyon değişmelerinden kaçınmalıdır
— MAO inhibitörlerine karşı kütle halinde vasküler cevap verildiğinden plâzma ve plâzma ersatz'ları çok faydalıdır
— Bütün diğer tedbirler yetersiz kaldığı zaman ve çok dikkatle vazopressör kullanılabilir
— Kan basıncı düşmelerine karşı bandaj tatbik edilebilir

6. Hipertansiyon

— 5 mg intravenöz Phentolamine (Regitine) yapılır. Âni düşüşlere dikkat
— Parenteral reserpin verilmez
— Toksik tesirler uzun sürebileceğinden denge sağlanıncaya kadar, en azından 10 gün, takip ve tedâviye devam edilir

Karaciğer fonksiyon testleri başlangıçta yapılır ve 4-6 hafta sonra tekrarlanır.

Özel notlar:

Şu ilâçlar çok dikkatle ve ancak zaruret halinde kullanılır:

Barbitüratlar. Apneye sebebiyet verebilir. Sedatif olarak bir fenotiazin daha tavsiyeye değer

Vazopressor/stimülânlar. Dokuların esasen adrenalin ile doymuş olduğunu hatırdan çıkarmamalıdır

Narkotikler, Demerol, Ethanol, anestetikler, apropin, papaverin, skopolamin vesair merkezî sinir sistemi depressanları

Kokain veya sempatikomimetik vazokonstriktör ihtiva eden anestetikler

NARKOTİKLER

Klinik belirtiler:

Myosis, nokta gibi pupilla, ışık reaksiyonunun kaybı
Bulantı, kusma
Ağız kuruması
Terleme
Hipotermi, derinin soğuk ve nemli olması
Adale seyirmeleri
Kasların gevşek oluşu
Bâriz solunum depression'u
Nabzın yavaş, zayıf ve muntazam olması
Mide, barsak ve safra yolları spazmları
Oksijen yetersizliği yoksa kan basıncının normal kalması
Bazı vak'alarda (Codeine, Demerol, Apomorphine'e bağlı) konvülsionlar
Şuur kaybı, koma
Komplikasyonlar:
Pnömoni
Akciğer ödemi

Tedâvi:

1. Solunum sistemine ait âcil tedbirler için hazırlıklı bulunulur, solunum yolları serbestleştirilir
— Narcan (Naloxone) 0,4 mg. i.v., i.m. veya s.c. zerkedilir. 3 dakika ara ile tekrarlanabilir. 3 dozdan sonra cevap alınmazsa başka bir ilâçla zehirlenme veya komplikasyonlar düşünülmeli
— Nalline 5-10 mg i.v. veya Lorfan 0,4-1,2 mg s.c. veya i.v.; normal solunum geri gelinceye ve uyaranlara cevap alınıncaya kadar her 15 dakikada bir tekrarlanır
— Narcan ve Nalline, Novrad (levoproxype) veya Talwin (pentazocine) zehirlenmesinde, semptomları şiddetlendireceği için, verilmez. Nalline, morfin ve türevlerinin bulunmaması halinde depressor etki yapar, böyle bir zehirlenmenin olup olmadığı araştırılmalıdır
— **Kuvvetli analeptiklerden kaçınmalıdır**
2. İlâç ağız yolu ile alınmış ve hasta da şuurlu ise 500 cc su içinde

50 g aktif kömür verilir, hasta kusturulmaya çalışılır; kusarken başın aşağı doğru tutularak aspirasyonun önlenmesine dikkat Kömür, mide yıkanıyorsa, lavaj tübünden verilebilir ve geri alınabilir

— Mümkünse mide 1/2000 kesafetinde potassium permanganate solüsyonu ile yıkanır. 100-500 cc musluk suyu veya normal tuzlu su ile de yıkanabilir

— Yıkamadan sonra mağnesium sulfate müshili verilir

— Şuursuz hastalar yıkamadan evvel entübe edilirler
Geç kalınmış vak'alarda bile, narkotik maddenin meydana getireceği gastrointestinal spazmın absorbsiyonu geciktirmesi sebebiyle, mide yıkamak faydalıdır

3. İlâç enjeksiyon yolu ile kullanılmışsa ekstremitelere turnike tatbik edilir. Turnike her 15 dakikada bir gevşetilir. Sadece venöz dönüşü durduracak derecede sıkıştırmalıdır. Enjeksiyon yerine buz konur veya o ekstremite 10°C lik soğuk suya batırılır, bu suretle kapiller akım yavaşlatılmaya çalışılır
4. Şok ve koma tedâvisi
5. Yardımcı tedbirler

— Hasta sıcak tutulur

— Şuurlu hastaya koyu kahve içirilir

— Yeterli sıvı alışı sağlanır

— Sıvı alış-verişi dikkatle takibedilir

PHENOTHİAZİNE VE İLGİLİ İLÂÇLAR

Klinik belirtiler:

Uyuklama hali
Orientation bozukluğu
Mucosa'ların kuruması
Bulanık veya çift görme
Burunda congestion
Huzursuzluk
Sıkıntı
Tendon reflekslerinde canlılık
Taşikardi
Ekstrapiramidal belirtiler

Parkinsonizm: tremor, rijidite, motor yavaşlama, tükürük ifrazının artması, dişli çark delili

Distoni ve diskinezi: tikler, ağız çevresinde spazmlar, okülojir krizler, lateral ve bilateral kas gruplarında tonik ve miyoklonik ka-

sılmalar, atmalar, ağızdan salya akması
Akathisia: motor huzursuzluk, durduğu yerde duramama, kompulsif hareket arzusu
Postural hipotansiyon tehlikeli olabilir; bilhassa şok veya koma, kalb dolaşım yetmezliği, koroner yetmezliği (miyokard infarktı), kalb aritmisi, EKG değişiklikleri ile birlikte olursa ciddîdir
Konvülsionlar -tonik, klonik, miyoklonik nöbetler- geç olarak ortaya çıkar
Solunum depressionu
Isı düzenlemesi bozuklukları
titreme
ateş
soğuma
Mesane ve barsak felci

Tehlikeli karışımlar:

Atropin
Fosforlu haşarat zehirleri

Tedâvi:

1. Solunum yolları açık tutulur
— Gerekirse solunum için yardım yapılır
2. İlâcın vücuttan uzaklaştırılmasına çalışılır
— Şuurlu hastalar kusturulur (mutad kusturma teknikleri, fenotiazinlerin antiemetik etkisi sebebiyle tesirsiz kalabilirler)
— Mide aspirasyonu ve lâvajı. Birçok fenotiazinler suda eriyebildiği ve spazm dolayısiyle mide boşalması da gecikebileceği için geç de olsa mide yıkamak faydalıdır.
— Yıkamadan sonra sonda ile verilen sodium sulfate solüsyonu (30 g/250 cc su) müshil tesiri için midede bırakılır
— İntravenöz sıvı kullanılarak diürez sağlanır
100-250 cc Mannitol, i.v., yavaş zerk
Mannitol'ü transfüzyona karıştırmamalıdır, eritrosit aglütinasyonuna sebep olur
3. Konvülsionlar kısa tesirli barbitüratlarla önlenir. Bazı vak'alarda bu maksatla inhalasyon anestezisi kullanılmaktadır. Barbitüratlar verildiği zaman sedatif etkilerinin fenotiazinler tarafından potansiyalize edileceğini unutmamalıdır. Diğer depressan ilâçlardan kaçınmalıdır.
4. **Ekstrapiramidal belirtilerin tedâvisi**

— **Parkinsonizm:** Akineton ile tedâvi edilebilir. Artane, Parsidol, Cogentin, Benadryl ve diğer antiparkinsoniyen ilâçlar da ağızdan, i.m. veya damardan verilebilir.
— **Diskinezi tedâvisi:** 120 mg. phenobarbital adaleye zerkedilir, bu zerk tekrarlanabilir. Veya, 0,5 g caffeine sodium benzoate damardan şırınga edilir. Bu da tekrarlanabilir.

5. **Postüral hipotansiyon/şok/koma**
— Bacaklar yukarı kaldırılır
— Vücut ısısı battaniyeler ve ısıtılmış örtülerle korunur
— Ayrıca sıcak tatbik edilmez. Bu, şoku ağırlaştıracağı gibi yanıklara da sebep olabilir
— Kan volümü intravenöz sıvılarla korunur
— Vasopressörler kullanılır: Levophed % 0,02 lik solüsyondan 4 cc/1000 cc % 5 Dextrose içinde. Veya 10 mg Neo-Synephrine/500 cc % 5 dextrose-tuz karışımında
— **Adrenalin ve benzeri ilâçlar verilmez.** Paradoks etki ortaya çıkabilir.
— Sıvı ve elektrolit dengesi korunur
— Stimülânların tesiri çok sınırlıdır ve dikkatle kullanılmalıdır. Ritalin 10-50 mg, günde 3 defa, i.v. veya i.m. Veya caffeine sodium benzoate
— Fenotiazinler **konvülzif eşiği düşürdükleri için** Picrotoxin veya Metrazol (Cardiazol, petylenetetrazol) kullanılmaz
— Bilhassa çocuklarda kandaki proteine bağlı ilâcı uzaklaştırmak için ex-sanguino transfusion tavsiye edilir

6. **Genel yardımcı tedbirler**
— Hava yollarının açık bulundurulması
— Gerekirse aspirasyon
— Ateş yükselmesinde soğuk su ile ıslatılmış sünger ve buz tatbiki
— Isının düşmesi halinde battaniye ve sıcak örtüler
— Sıvı alış-verişinin kaydedilmesi

Özel not:

Fenotiazinlerin preoperatif kullanımından sonra ciddî hipotansiyon halleri ortaya çıkabilir. Bunu, âcil cerrahi vak'alarında daima akılda tutmalıdır
Fenotiazin zehirlenmesi tablosundan çıktığı sanılan hastaların birdenbire solunum yetmezliği, kalb aritmisi veya şok haline düştüğü görülebilir. Bu sebeple uzun süre takibi gerekir
Periton dializi ve hemodializi etkili görülmektedir.

TRİSİKLİK ARTİDEPRESSİFLER

Klinik belirtiler üç grupta toplanabilir:

I. Atropine benzer tesirler
II. Nörolojik belirtiler
III. Kardiyovasküler semptomlar

Atropine benzer tesirler

Ağız kuruması
Mydriasis
Görme bulanıklığı
Sinüzal taşikardi
Barsak felci, gaita retansiyonu, ileus
Mesane felci

Nörolojik belirtiler

Coma vigil (hafif, uyandırılabilir koma); koma hali miyoklonik konvülsionlardan status epilepticus'a kadar giden nöbetlerle kesilebilir. Koma hali 12 saattan pek fazla sürmez, eğer derin ise başka ilâçlarla kombine bir zehirlenmeyi düşünmelidir

Solunum depressionu: düzensiz, zayıf, hızlı, stertorlu, horultulu teneffüs

Ataksi, klonik hareketler
Ajitasyon, delirium
Tendon reflekslerinde artma
Ekstrapiramidal tipte rijidite, dişli çark delili

Konvülsionlar genel olarak komanın erken safhasında ortaya çıkarlar, daha çok klonik kasılmalar halinde olup birkaç dakika sürer, her 5 dakikada bir tekrarlarlar. Bu konvülsion tipi çok karakteristiktir

Isı düzenlemesi bozuklukları
Şiddetli terleme, kardiyovasküler orijinli olabilir
Ateş yükselmesi, sık rastlanan ölüm sebebidir

Kardiyovasküler semptomlar

Siyanoz; nabzın hızlı ve zayıf oluşu

Sinüzal taşikardi; genellikle tehlikeli değildir, intikal bozukluğu ile beraber olursa ciddi prognoz mevcuttur

Hipertansiyon veya hipotansiyon
Şok
İleti ve ritm bozuklukları trisiklik zehirlenmesi için ayırd edici teşhis elemanlarıdır. Başlıca şunlar görülür:
1. Atrium fibrillasyonu
2. Atria-ventriküler blok
3. İntraventriküler blok
4. Ventriküler flutter

İleti bozukluğuna has EKG değişiklikleri: QRS mesafesinin 12 saniye veya daha uzun olması
Konjestif kalb yetmezliği belirtileri
Kardiyovasküler belirtiler ilâcın alınmasından sonra 30 dakika ile 24 saat zarfında ortaya çıkar ve tedâvi ile 48 saat ilâ 60 saatta kaybolurlar

Tehlikeli kombinasyonlar

Sempatikomimetikler, meselâ adrenalin (epineprin), v.s.
Antikolinerjikler (meselâ atropin, Parkinson ilâçları, v.s.)
Monoamin oksidaz inhibitörleri (ateş yükselmesine ve tehlikeli konvülzif krizlere sebep olurlar)
Vazopressorlar

Tedâvi:

1. Kardiak komplikasyonlar ve solunum depressionu varsa aşağıdaki tedbirler vakit geçirmeden alınmalıdır
2. İlâcın eliminasyonu

— Kusturma
— Mide yıkamak ve aspirasyon, arkasından sodium sulfate müshil (30 g/250 cc su) midede bırakılır. Şuursuz hastalar entübe edilir. Mideden elde edilen materyel lâboratuar analizi için saklanır
— 10 ilâ 20 litre tuzlu su ile devamlı mide lâvajı tavsiye edilir, zira, Plâzma seviyesi düşüktür
Itrah mide içine ve hızlı bir şekilde olmaktadır
İlâcın atropinik tesiri paristaltizmayı inhibe etmiştir
— Trisiklik eliminasyonu esas olarak böbrek yolu iledir. Çok yüksek doz alınmışsa sun'î böbrek gerekir. Uzun süren arttırılmış diürez ilâcın metabolitlerinin ıtrahı için de gereklidir
— Mesane felci olabileceği için sık sık sonda ile boşaltmalıdır
— Peritoneal ve hemodializ faydalı bulunmamaktadır

3. Solunum

— Solunum yolları açık tutulmalıdır
— Sun'î solunum yapılmalı, gerekirse oksijen verilmelidir
— Yüksek doz alınması hallerinde solunum bozukluğunun çıkmasını beklemeden entübe etmek faydalıdır. Bu suretle âcil yardım kolaylaşmış olur.

4. Konvülsionlar
— Dilini ısırmaya karşı ağıza bir lâstik konması
— İlâçlar:
Diazepam (Valium veya Diazem) (i.m. 5-10 mg)
Kısa tesirli barbitüratlar. Solunum depressionuna karşı dikkatli olmalıdır
MAO inhibitörü de almışsa hiçbir barbitürat kullanılmamalıdır
— Rektal paraldehyde, özellikle çocuklarda, solunum depressionu yapmadıkça tavsiye edilir
— Ancak hastanın kesin solunum kontrolü mümkün olduğu hallerde succinylcholine, tercihan bir anestetist tarafından, kullanılabilir

5. Kalb atışını ve volümünü korumak amacına yönelik hipotansiyon/şok tedâvisi
— İzotonik solüsyonlarla yavaş perfüzyon
— Lüzumundan fazla mayi vermemelidir, kalb arızası varsa sür'atle yetmezliğe gidebilir
— Plâzma yedekleri kullanılır
— Elektrolitler kontrol edilir
— **Vazopressorlar kullanılmaz**

6. Hipertansiyon ciddî ise Phentolamine (Regitine) 5 mg verilir

7. Kardiyovasküler problemler

a) Aritmiler: Xylocaine (Lidocaine) veya procainamide (Pronestyl) i.v. Devam eden aritmilerde elektrikle uyarma

b) İleti bozuklukları: i.v. 1/6 molar sodium lactate perfusionu
Muhtemel ânî ritm değişikliklerine karşı devamlı EKG kontrolü
Âcil defibrillasyon müdahalesi için hazırlıklı olmalıdır. Pacemaker gerekebilir

c) Kalb yetmezliği tehlikesi varsa, derhal intravenöz veya intramüsküler yoldan dijitalize etmeli, ilâcın ilâve toksik tesirlerine karşı devamlı kontrol altında bulundurulmalıdır
Evvelden ileti defekti veya ventriküler irritabilite belirtileri varsa dijitalize edilmez
Diüretiklerle kontrol altına alınmaya çalışılır

d) **Kalb durması:** kalb masajı, v.s. gibi bütün reanimasyon tedbirleri, pacemaker

e) Sıvı/elektrolit, asid/kalevî dengesinin korunması

Kinidin verilmemelidir, ileti hızını yavaşlatır
Adrenalin verilmemelidir

8. Ateş yükselmesi: soğuk su ile ıslatılmış sünger tatbiki, buz torbası
9. Yardımcı tedbirler:

— Vital belirtilerin sistematik bir surette kaydı
— Solunum yardımı:
pozisyon değiştirtmek
aspirasyon
sıvı alışverişinin sistematik kaydı
sâkin, sessiz bir yerde muhafazası
gerekirse sonda

KOKAİN

Klinik belirtiler:

Huzursuzluk, eksitabilite
Öfori, hallüsinasyonlar
Ağız kuruması
Mydriasis
Reflekslerin artması
Titreme veya ateş
Karın ağrısı
Bulantı, kusma
Adale spazmları
Uyuşukluk, halsizlik
Başlangıçta nabız hızlanır; sonraları yavaşlayıp zayıflaşabilir
Yüz solukluğu
Düzensiz ve hızlı solunum; sonra sathî ve yavaş solunum
Serebral orijinli konvülsionlar
Hipotansiyon
Dolaşım yetmezliği
Koma
Solunum kollapsı

Tedâvi:

1. Su, süt veya aktif karbon (50 g/500 cc su içinde) verilip kusturulur
2. 1/2000 potasyum permanganat ile mide lâvajı ve arkasından lâvaj tübünden tuzlu bir müshil verilmesi (30 g sodyum sülfat/

250 cc su içinde)
3. İlâç mucosa'lar yolu ile (meselâ buruna çekerek) alınmışsa alındığı yerlerin su veya normal tuzlu su ile yıkanması
4. Enjeksiyon yolu ile alınmışsa absorbsiyonun, enjeksiyon yerine buz konması ve turnike tatbiki ile yavaşlatılması
5. Konvülsionlar
— Thiopenthal sodium % 2.5, i.v. yavaş zerk
— Dikkatli kontrolla damla damla eter koklatılması
— Kısa tesirli barbitüratlar
— Morphine kullanılmaz
6. Solunum güçlükleri
— Sun'î solunum ve oksijen
— Konvülsionların solunumu güçleştirdiği hallerde 10-50 mg succinylcholin damardan verilir ve sun'î solunum yapılır
7. Koruyucu tedbirler
— Vücuda sıcak, başa buz kesesi
— Hastanın sessiz bir yerde muhafazası
— Kendi kendini yaralamasına engel olmak için gerekirse tesbit

LİTHİUM

Klinik belirtiler:

Zehirlenmeden 48 saat sonra ortaya çıkar
Konfüzyon
Kaslarda hipertoni, rijidite, refleks artması
Kuvvetsizlik hissi
Tremor ve fasikülâsyon
Bulantı, kusma, karın ağrısı
Diare
Geveleyerek konuşma
Susuzluk hissi
Soluğun kesilmesi, horultulu sesler ve gözlerin iri iri açılması ile âni ekstremitelerde gerilme krizleri
Epileptik nöbetler
Beyin kanamasını andırır geçici nörolojik lateralizasyon belirtileri
Bütün dış uyaranlara karşı cevapların kalkması ile koma
Atelektazi, pnömoni gibi akciğer komplikasyonları

Tedâvi:

1. Solunum yollarının açık tutulması

2. Şuurlu hastaların kusturulması
3. Mide yıkanması
— Fizyolojik, tuzlu veya âdi su kullanılır (Ağızdan potassium chlorure verilmesinin kandaki lithium seviyesini azaltıcı tesiri yoktur)
4. Lithium böbrek yolu ile ıtrah edildiği için böbrek fonksiyonları ayarlanmalıdır
5. İdrar reaksiyonu alkalileştirilmelidir
6. Sıvı verilerek diürez arttırılmalı, gerekirse Mannitol veya üre kullanılmalı
7. Sıvı ve elektrolit dengesi düzeltilmeli
8. Kan basıncı sık sık kontrol edilmeli
9. Koma:
— Mutad koma tedâvisi. Akciğer komplikasyonlarına karşı dikkatli olmalı
— Sık sık pozisyon değiştirilmeli
— Akciğerlerin radyolojik tetkiki yapılmalı
10. Gerektiğinde Aminophyllin kullanılmalı
11. Hemodializ faydalı olabilir, henüz kesin bilgi yoktur.
12. Özellikle komalı hastada dikkatli hijyenik bakım önemlidir

LYSERGİC ACİD DİETHYLAMİDE (LSD)

Klinik belirtiler:

Mydriasis
Bulanık görme
İdrâk yanılmaları, illüzyon ve hallüsinasyonlar
İşitme keskinliğinin artması
Tremor, reflekslerin canlılaşması
Ateş
Rahat, mes'ut veya korku, dehşet içinde, yahut da depressif görünüm ve mizaç
Mentâl dissoiasyon, basit problemleri ele almada güçlük
Zaman idrâkinin bozulması
Psikoza benzer tablolar
Şahsın gözleri kapatılırsa hallüsinasyonlar geçer veya azalır. Körlerde LSD hallüsinasyon yapmaz

Özel not:

LSD semi-sentetik ve ergonovine'den çıkarılan bir psikotomimetik ilâçtır

Tedâvi:

1. İlâcın tesiri, alınan doza bağlı olarak saatlerce sürebilir
— Hastayı ataklıklardan ve yaralanmalardan korumalıdır
2. Chlorpromazine 3 saatte bir 50 mg. i.m., ilâcın tesiri geçinceye kadar devam edilir
— Semptomatik tedâvi uygulanır
— **Reserpine semptomları arttırdığından verilmez**
3. Tedâvi genel olarak semptomatik ve konservatifdir

MARİJUANA VE ESRAR

Klinik belirtiler:

(Sigara şeklinde alınırsa belirtiler hemen, ağızdan alınırsa yarım ilâ bir saat içinde ortaya çıkar)
Nabzın hızlanması
Kan basıncının biraz düşmesi
Ağız ve boğazın kuruması
Bulantı, kusma
Açlık, tatlı yemeye karşı arzu
Zaman zaman conjunctiva'ların kanlanması
Sık idrar
Ataksi, sarsak ve düzensiz yürüme
Neş'e, öfori
idrâk bozuklukları
Rüya hali, fikirlerin rabıtasının bozulması
Panik reaksiyonları, hallüsinasyonlar, yüksek dozlarda ölüm korkusuna kadar giden korku halleri
Stupor, koma, solunum depressionu

Tedâvi:

1. Esas tedâvi koruyucu ve semptomatiktir
2. Fizyolojik bir depression olarak kabul ve ona göre tedâvi uygulamak gerekir

— hava yollarının serbestleştirilmesi
— yeterli oksijen alımı ve karbon dioksit atılmasının temini
— kan basıncının korunması
3. Drog ağızdan alınmışsa şuurlu hastaların kusturulması
— Hasta şuursuz ise endotrakeal tüb konduktan sonra mide yıkanır. Müshil olarak 30 g sodium sulfate, 250 cc su içinde lâvaj tübünden verilir.
4. Caffeine, amphetamine, megimide (Bemegride) gibi analeptikler nadiren endikedir. Denenebilirler. Solunum depressionu varsa verilmezler.
5. Stimülân tedâvinin komplikasyonlarına (aritmi, konvülsionlar, kalb za'fı v.s.) karşı dikkatli olmalıdır.

MESCALİNE

Klinik belirtiler:

Baş ağrısı
Mydriasis
Bulantı, kusma
Hallüsinasyonlar

Tedâvi:

1. Kusturulur
2. Mide yıkanır. Yıkamanın sonunda müshil olarak 30 g sodyum sülfat/250 cc su midede bırakılır
3. Semptomatik tedâvi uygulanır

RİTALİN

Klinik belirtiler:

Ağız ve mucosa'ların kuruması
Kusma
Tremor, ajitasyon
Adale seyirmeleri, hiperrefleksi
Konfüzyon, örofi
mydriasis
Baş ağrısı
Çarpıntı, taşikardi, kalb aritmisi

Tedâvi:

1. Semptomatik tedâvi
2. Ciddî zehirlenmelerde çok dikkatle ve mide lâvajından önce, kısa tesirli barbitüratlar kullanılır

— Dializ ve hemodializ faydalı değildir.

ŞİZOFRENİ

1860 senesinde Belçikalı psikiyatr **Morel**, zekâ melekelerinde hızla yıkılmaya giderek bunama ile sonlanan 14 yaşındaki bir erkek çocuğun hastalığı için ilk defa **démence précoce** (erken bunama) terimini kullanıyordu. 1871 de **Hecker**, erginlik çağında başlayan ve hızla kişilik yıkılmasına götüren bir malign psikoz vak'asını **hebephrenia** diye adlandırmıştı. Gene 1874 de **Kahlbaum**, harekette ve konuşmada kayıpla karakterize bir çeşit akıl hastalığına **catatonia** ismini vermişti. Ancak 1896 da Münich'de psikiyatri hocası olan **Emil Kraepelin, dementia praecox** deyimini bu her üç tabloyu da içine alan, ayrıca paranoid psikozlar ve **dementia praecox simplex**'in de dahil olduğu geniş bir hastalık grubunun müşterek adı olarak teklif etmişti.

Kraepelin, bu sendromların ana vasfı olarak erken başlama ve bunamaya götürmeleri üzerinde duruyordu. 1911 de Zürich Üniversitesi Psikiyatri Profesörü **Eugen Bleuler** ise bu faktörlerden hiçbirinin şizofreni için «ana vasıf» mahiyetinde olmadığını iddia ve **dementia praecox** (erken bunama) yerine **schizophrenia** (şizofreni) terimini teklif etmişti. Schizophrenia «akıl yarıklığı» anlamına geliyordu; bununla, düşünce, heyecan ve davranış gibi çeşitli ruhî fakülteler arasında bir yarıklığa işaret edilmekte idi.

Şizofreni, hezeyanlar, hallüsinasyonlar ve davranışın ilkelleşmesiyle birlikte, kişinin realiteden, gerçekten uzaklaşması ile karakterize bir akıl hastalığıdır. Emosyonel cevapların azalması ve sapıklığı, zevk alma kabiliyetinin kaybı, duyarlılığın küntleşmesi, sosyal ilişkilerin ve gerçekle bağlantının kaybı hastalık tablosunu tamamlamaktadır. Bu belirtileri üç ana grupta toplayabiliriz: **«kişiliğin çözülmesi» (dissociation) - «muhakeme kusurları» (hezeyanlar) - «çevre ile ilişkinin kesilmesi, içe dönüklük» (autisme).**

Kişiliğin çözülmesi (dissociation)

Şizofren kişiliğinde birliğin, bütünlüğün kaybı, şuur muhtevası-

nın bir araya gelmesindeki noksanlık demek olan «dissociation», **Bleuler** tarafından «Spaltung» ve **Stransky** tarafından da «ataxie intrapsychique» diye adlandırılmıştır. Dissociation sebebiyle ruhî hayatın bütün parçaları birbirinden ayrılmakta ve böylece şizofreni semptomları gelişmektedir. Bu belirtiler, zekâ fakültelerini, içgüdü ve duygu hayatını ve davranışları ilgilendirmektedirler. Çözüme belirtilerini belli başlı üç grupta toplayabiliriz:

1) **Ambivalence (ikili duygu):** Şizofren affeksiyonunun birbirine zıt iki istikamette beraberce belirmesi diye tarif edebileceğimiz bu karakteristik araz, isteme-istememe, sevgi-nefret, onaylama-reddetme gibi duyumlarla ortaya çıkar. İkili duygu şizofrenin bir eyleme geçmesine, bir teşebbüste bulunmasına engel olur. Bu suretle ortaya çıkan tereddütler ve irade kusuru da «**ambitendence**» ismini alır.

2) **Yabancılaşma, acaipleşme:** Bu, şizofrenin her davranışında, her hareket ve konuşmasında dikkati çeken bir özelliktir. Bütün düşünceler ve dürtüler deforme olmuştur. Şizofren hastanın ruhî hayatında bir «nüfuz edilememe», «anlaşılamama» dikkati çekmektedir. Şizofrenin iç âlemi dış dünyaya sıkı sıkıya kapalıdır.

3) **Realite ile bağlantının kopması:** İçe dönüklük ve dış dünyanın gerçeklerine sırt çevirme, dissosiasyonun (veya bugün kliniklerde çok kullanılan bir deyimle **dissosiatif sendrom**'un diğer bir temel belirtisidir.

Şizofreni, davranışların yabancılaşması ve acaipleşmesi sebebiyle kişinin çevreye olan uyumunu ileri derecede bozan bir hastalıktır. Bu sebeple şizofreniye bir «**adaptasyon, uyum kusuru**» gözü ile bakabiliriz. Zekâ melekelerinin adaptif, uyumla ilgili işleyişini bu derecede bozan şizofreni hastalığına yakalanan bir kişi, bir taraftan da yeterli zekâ seviyesi gösterebilmekte, bu paradoks, bu çelişki, hastalığın ileri safhalarına kadar tesbit edilebilmektedir. Patolojik processus'ün zekâ'yı etkilemesi ancak kronik, ilerlemiş ve yıkılma safhasına girmiş vak'alarda tedbit edilebilir. Bununla birlikte, ilerde ayrıntıları ile inceliyeceğimiz gibi, dikkatin ve zihin melekelerinin bir noktaya toplanabilmesi, konsantrasyon kabiliyeti ve bir dereceye kadar hafıza daha başlangıçta bozulabilir. Bu, çağrışımlardaki gevşemenin sonucu olup, bir dissosiasyon belirtisidir.

Şizofreni'de konuşma ve düşünce bozuklukları

Mümkündür ki, ilk insan tabiatteki sesleri taklid ederek konuşmaya başlamış, böylece evvelâ korkre bir lisan meydana gelmiştir Nitekim bu ilkel dilden kalma birçok kelimeler halen dahi dilimiz

de ve diğer dillerde muhafaza edilmektedir. Akar suyun şırıltısı, kapı gıcırtısı gibi kelimeler, kuşların cıvıldaması gibi deyimler, Fransızca'da akar suyu, nehir'i ifade eden fleuve ve rive tabirleri bunların sayısız örneklerindendir. Fakat zamanla insan eşya ve olaylar arasındaki ortak vasıfları keşfedebilmiş, objelerin konkret yapılarından sıyrılarak yüksek bir zihnî faaliyet eseri olan abstre dili keşfetmiştir. **Pavlov**'un «ikinci işaretleşme sistemi» diye adlandırdığı bu sistemde, aslında anlamsız olan birtakım sesler (veya yazılı dilde vizüel semboller) bir şartlı refleks mekanizmasiyle insanda oditif - verbal veya vizüel - verbal imajları tedai ettirmekte, bu suretle duygu, düşünce ve fikirlerimizi birbirimize aktarmak mümkün olmaktadır.

Haeckel çocuk ve toplum dilinin gelişmeleri arasında büyük bir benzerlik olduğuna dikkati çekmiştir. İnsanlık tarihinde binlerce sene zarfında olup biten dilin gelişmesi olayı çocukta birkaç ay içerisinde tamamlanmaktadır. Çocuk da evvelâ tıpkı ilk insan gibi konkret bir dil kullanır, tabiat seslerini taklitle işe başlar ve 4 üncü yaşın sonuna kadar artık abstre konuşmaya erişmiş olur **(Pichon)**. Şizofrenide bir taraftan düşünce bozukluğu gelişirken diğer taraftan da düşüncenin verbal sembollerle aktarılması ve ifade edilmesi demek olan konuşma da bozulmaktadır. Bu sebeple, bir çeşit «komünikasyon hastalığı» olarak ele alabileceğimiz şizofrenide konuşma ve düşünce bozukluklarını bir bütün halinde gözden geçireceğiz.

Goldstein'a göre abstre düşünce şu şartları kendinde toplamaktadır:

1) İradeli olarak bir meseleyi çözmeye teşebbüs etmek, inisiyativi ele almak, talep vukuunda meselenin çözümü için tatbikata geçe ilmek.

2) Düşünüşü bir görüş açısından diğerine kaydırabilmek ve düşünüş istikametini seçebilmek.

3) Bir meselenin çeşitli durumlarını sıralı bir şekilde zihinde muhafaza edebilmek, birden fazla birbiri ile ilgili olmayan uyarana karşı, ayni zamanda, her birine uygun 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 düzenleyebilmek.

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

6) Egosantriden kurtulabilmek, çevre ile objektif münâsebetleri

kurabilmek.

Şizofrende mücerred düşünce, abstraksiyon (soyutlama) temelinden bozulduğu için bir şizofrenden meselâ sayı saymayı istense bocalar, konkret, kompulsif, stereotipik, rijid davranış sebebiyle bir türlü sayı saymaya başlayamaz. Halbuki bir noktasından işin soru soran tarafından başlatılması (meselâ soru sahibinin saymaya başlaması) onun işe katılıp devam etmesine yol açabilecektir. Bunu sayı saymayı yeni öğrenen çocuklarda da görürüz. «Say» deseniz başlayamaz ama «bir... iki...» diye başlandığında arkasını getirir.

Kraepelin, başlangıçta da belirttiğimiz gibi, şizofrenide evvelâ; bir zekâ yıkılmasından şüphelenmişti. Fakat taze vak'alarda zekâ yıkımının bulunmadığı, aksine, bozukluğun hastaların affektinde olduğu ortaya kondu. **Bleuler,** fikir çağrışımlarındaki gevşeme ve bozukluğun şizofrenide ana belirtiyi teşkil ettiği üzerinde durdu. **Mayer - Gross otistik** (içe dönük), **dereistik** (gerçek olmayan) düşünce kavramını ortaya attı. Onun gösterdiğine göre şizofren düşüncesi realiteden uzaklaşmış, tamamen hastanın kendi iç âleminin fantezilerine, kendi ilkel ve kaotik, çocuksu dünyasına yönelmiştir. Nihayet **Noyes** ve **Kolb,** şizofren hastanın sorulara verdiği cevabın informatif değeri olmadığını, çünkü onun ilgilerinin tamamen egosantrisi ile alâkalı bir konuya dönük bulunduğu ifade etmiştir.

Şizofren düşünce ve davranışlarında, bütüniyle bir iptidaileşme, bir **regression** (gerileme) dikkati çeker.

Şizofrenik düşüncenin özelliklerini şöylece sıralayabiliriz:

1) — **Otistik** (içe dönük), **dereistik** (gerçeklerden uzaklaşmış), **paralojik** (sapık mantıklı), **paleolojik** (ilkel çağların düşüncesine benzer) ve **majik** (sihir ve büyülerle ilgili) düşünce;

2) — Düşünce ve konuşmanın parçalanmasına sebep olan, çağrışımlarda (associaion'larda) gevşeme;

3) — Yeni kelimelerin uydurulmasına **(néologisme)** sebep olan **kavramların kondansasyonu;**

4) — Soyut (abstre - ~~mücerred~~) **düşünce yetersizliği,** konkre (somut, müşahhas) ve literal düşünce;

5) — Birkaç fikir ve eylemin, aksiyonun arka arkaya tekrarlanması **(stereotipi)** sonucuna varan düşünce zayıflığı..

Bu düşünce bozukluğu, bu temel defekt, şizofrenin gerek verbal davranışını (konuşmasını) ve gerekse motor davranışını (akt'larını eylemlerini) ileri derecede bozmakta ve böylece şahsın uyumunu topluma adaptasyonunu imkânsız kılmakta, yabancılaşmaya, acaipleşmeye sebep olmaktadır.

Uydurma verbal hayaller kurulur, bunlar düzensiz olarak sıralanır. Tedailer lojik olmaktan çok affektif uyaranlarla cümle dizisine katılır. Düşünce otomatik ve refleks vasfındadır.

Düşünce sistemi otistik (içe dönük), dereistik (gerçekten uzak), paralojik (sapık mantıklı), paleolojik (ilkel, eski zamanlara ait), majik (birtakım sihir ve büyülere inanır şekilde), asindetik (fonksiyonel bağlantılardan fakir) ve metonimik (doğru kelimelerle ifade edilemiyen) bir yapı gösterir. Fikir kondansasyonu, neolojizm (yeni kelimeler uydurulması), assosiasyon kusuru, fragmantasyon (kelimelerin bölünmesi) ve nihayet bir muhakeme bozukluğu olarak hezeyanlar ortaya çıkar.

Paraloji, şizofren mantığındaki sapıklığın ana vasıflarından biridir. Şizofren, iki hüküm arasında benzerlik kurarken onların süjeleri yerine o süjelere ait bir tek vasıftan, fiil veya sıfattan hareket eder ve buradan süjelerin ayniyetine varır.

Uçak uçar
Kuş uçar
Kuş uçaktır

gibi bir hüküm uçak ve kuş için müşterek tek vasıf olan «uçmak» fiilinden hareket ederek ikisinin ayni şey olduğu hükmüne varmak tipik bir paralojik düşnüce örneğidir.

> Kendisinin hem Meryem ana, hem mum ve hem de bizzat kendisi olduğuna inanan bir hasta bu hükme şu paralojik düşünce sistemi ile varıyordu: Meryem ana'nın başının etrafında bir hale vardır - mum alevinin etrafında da ayni hale bulunur - ben de çevrem tarafından bir nefret halesi ile çevrilmiş haldeyim...

Bu şekilde paraloji örneklerine ilkel insan topluluklarında da çok raslanmaktadır. Meselâ ayni totemden olan bir kabile ferdi kendisini hem buğday tanesi, hem papağan ve hem de o toteme bağlı bir kabile üyesi zannedebilmektedir. Bundan dolayıdır ki şizofren düşüncesi ilkel (arkaik), totemistik ve çocuksudur.

Şizofren çok eski inanışlara bağlanmıştır (paleolojik düşünce); birtakım sihirli ve büyülü kuvvetlerin tesirine inanır (majik düşünce).

Assosiasyon ve fikir iştirâki ileri derecede bozulmuştur. Sualle cevap arasında irtibat yoktur. Konu bir türlü tamamlanamaz. Otomatik tekrarlar ve assosiasyon kaybı sebebiyle konuşmanın bütünlüğü bozulur (dikişsiz konuşma) (fragmentation) (absurdité).

> «Irgalıya ırgalıya... Grandük oğlanlar Rusyayı yıktı, lâkin Ophelia söğüdünde ve Lucy Gray tepelerinde yerleşen oğlanlar Lord'u yeyip yerine oturdular... Hukuk... vicdan...

ve ahlâk ölçüleri... insanlığın başı... liyakat... Cumhuriyet ve Komünizmin getirdiği - danışıklı döğüşte olsa - tanıdığı imkânlar, imkân vüs'ati... Komünizm, Dünya Lordluğunda lâbratuvarının dışına çıkmasa da, Komünizm sert bir muhalefettir... İşkence ve sert bir disiplin bir idée değil, -ruh-, şahsî menfaat, şahsî egoizm, şahsî kapris, şahsî kötülük, hukukî izahı olmıyan bir deli sadizm olursa iş değişir... Hem oğlan iste, hem Kral da olsan Nizamdan korku ile Nüfuz sır tesanüdü yaratıp erkek aşkının ya da homoseksüaliénin belâlarına karşı korunmak için yukarının ahlâkını boz, generallere, valilere, profesör ve hocalara, polis şeflerine.....»

Bazen şizofren kendisine söylenen cümleleri aynen tekrarlar (ekolali) veya ayni kelimeyi arka arkaya birçok kerreler söyler (verbal stereotipi, verbigeration). Birbiriyle hiçbir bağlantısı olmayan ve bir araya geldiği zaman manâlı bir cümle teşkil etmeyen kelimeler otomatik bir şekilde söylenir durur (kelime salatası). Hiç yoktan yeni kelime uydurmaya neolojizm adının verildiğinden bahsetmiştik.

O halde, şizofrenideki konuşma kusurlarını şöylece tasnif edebiliriz:

1) **Gramer ve sentaks bozuklukları**

Şizofren konuşması agrammatik'dir. Ekler, bağlantılar, fiiller bozulmuştur. Buna karşılık isimler doğru olabilir. Stereotipik bir vokabüler vardır. Ayni kelimeler tekrarlanır, durur. Bazen telgraf konuşması (telegraphic speech) dediğimiz tarzda kısa cümlelerle konuşmaya raslanabilir. Gene, «Tarzan konuşması» diyebileceğimiz, fiilleri mastar halinde kullanma şizofrenik konuşma kusurlarındandır.

Asyntaxie: Vecize gibi kısa konuşma dikkati çeker. Bu tip konuşma, eksikliklerine rağmen anlatma gücünü bir dereceye kadar muhafaza etmektedir. Elliptik konuşma halinde ise kelimeler arka arkaya ve noktalama işaretleri olmaksızın sıralanır. Cümlenin başlama ve bitme yerleri hekim için başka, hasta için daha başkadır. Bu sebeple konuşmadan bir manâ çıkarmak ve anlaşmak mümkün olamaz. Verbal stereotipi ve verbigération vardır.

«Efkârı umumiyeye maruzatım şudur. Türkiye Cumhuriyetinin Başlıca vazifesi şudur. Birinci vazifesi. Türk milletine aklı selim yolile muamele edilmesidir. bunun içindir ki muhtelif sınıflardaki insanlar da imtiyaz ve sınıf yoktur bunun sebebi şudur. insanlar toplu olarak, çalışırlarsa derece ve sınıflara münkasem olması zaruridir buna binaen

hükûmet buna dikkat ve teemmülle çalışması lâzımdır akıl hastahanesinde»

2) **Manâ ve muhteva bozuklukları**

Şizofrenik konuşmada görülen manâ ve muhteva bozukluklarının başında kelime uydurma (néologisme)'dan bahsetmek gerekir. Başkaları için anlamsız olan ve tamamen yeniden uydurulan birtakım kelimelerin şizofren hastalar tarafından kullanıldığı görülür. Çeşitli neolojizm şekillerine raslanır:

(a) Bunların bir kısmı şahısları ve sembolik varlıkları ima ederler;

(b) Bir kısmı hastanın hezeyanlarına uygun bir şekilde, sözde ilmî birer tabir olarak uydurulurlar (pseudo-scientifique);

(c) Bazı neolojizmler fizik ve ruhî halleri, arzuları, cinsî hisleri ifade etmektedirler;

(d) Nihayet bir kısmı da tamamen sistemsiz ve anlamsızdır.

Uydurulan kelimelerin bir kısmının manâsı hasta tarafından bilinmektedir ki bunlara «aktif neolojizm» adı verilir. «Passif neolojizm» ise sadece bir çeşit psikolojik otomatizm olarak kabul edilir. Bu halde uydurulan kelimelerin hasta için bile bir manâsı yoktur.

Manâsız birtakım harflerin arka arkaya gelmesi ile yepyeni bir dil uydurulabilir. Buna langage néoformé, uydurma kelimeleri bol bol kullanarak konuşmaya ise glossolalie diyoruz. Bazı hallerde bu yeni dilin gramer kaidelerinin de hasta tarafından uydurulduğu ve o kaidelere göre konuşulduğu dikkati çeker. Fransızlar bu uydurma dile «Merihli dili» anlamına «langage martien» demektedirler.

Normal konuşmada kelimelerin delâlet ettiği manâlar, düşünce elementleri tedailere sebep olduğu halde şizofren konuşmasında bunun yerini ses tedailerinin aldığı görülebilir. Tıpkı şiirde kafiye yapar gibi birtakım seslerin yarattığı tedailerle kelimeler birbirini takibeder (Klangassociation).

Kliniğe oğlu tarafından getirilen bir hastamız tamamen kendi uydurduğu ve gramer kaidelerini de tesbit ettiği bir dille konuşuyor, bütün aile efradının da bu dili kullanmalarını istiyor, kendisi gibi konuşmadıkları için de çocuklarını dövüyordu.

Bir hastamızın kullandığı «Harajuana» tabiri tipik bir neolojizm örneğidir. Hasta «Harakiri» ve Marijuana» kelimelerinden birleştirerek imal ettiği bu kelime ile «esrar iç-

menin intihar demek olduğunu» anlatmak istemişti. Burada neolojizm'den başka, birçok manâların bir kelime ile ifade edilmesi halinde de raslamaktayız (portmanteau-word veya mot-valise).

Neolojizm, vokabüler fakirleşmesi ve Klangassociation örneği: «Öldürüp öldürüp yiyorlar, şeyden... şeyden... birşeyler... Üvezlerde mavilerde halindedin her şeyler... Yaz kış cansız şeşler...»

Birbiriyle ilgisi olmayan kelimeleri bir cümle ve metin halinde toplamaya ve anlamsız bir şekilde arka arkaya sıralamaya «kelime salatası» (salade de mot) denir.

«Deli gibi çoban bıçağı cevizin çürüğü muavinlik Adillik bir şeymiş gibi hah hah hah ne oluyor değil mi efendim deli gibi bir şeymiş öyle demiyorlar.....»

Birçok defa akıl hastahanelerinde yatmış bir hastanın hastalıkları ve tedavileri tarif eden, zaman zaman güzel Klangassociation ve dikişsiz konuşma örnekleri veren bir şiiri:

Farmakolojim
Başlangıcı sürmenaj - Sürmenaja sürmontil
Giderek; depresyon
Depresyona Laroksil
Endişenin tıpçası Anksiyete - Anksiyeteye Triptilin
Kırkyediden çık heyete
«Heye Aspirin!... Hymenlerin defloresi»
Depresyon psişik sonradan
Ekleniyor süisid girişimi; iğnesi serumdan
İkisine Librium, dayan Mellerili!
Psikonevrotik reaksiyona ve nevroza Diapam!
Anksiyete reaksiyona - Gene anksiyeteden fonksiyon!
Tanrısı olunca hipomani
Akut cinsinden hani!
Sınır olayda ise durdu farmakolojisi
Haloperidol, akineton, unicap kombinesi
Şok iyileştiricisi! bozulmuştur sürmenajla
Karışık tipin dengesi; sürer gider psikobiyolojisi.

Burada, şiir ile şizofrenik konuşmanın arasında bazı bakımlardan benzerlik bulunduğuna da dikkati çekmek isterim. Her ne kadar şiirde bir manâ bütünlüğü varsa da, sırf vezin ve kafiye gayreti ile çok defa cümleler ifade gücünden kaybetmekte, fakirleşmekte, yer yer gramer hatalarına düşülmektedir. Bazen şiirdeki fonetik sınırlamanın yazarı bir çeşit kelime salatasına ve absürditeye götür-

düğü bile dikkati çeker ve böyle metinlerde Klangassociation kafiyenin yerini alır.

«Şiirin son merhalesi olan, Türk Çağdaş Abistire (!) Şiirinin kurucusu» olduğunu iddia eden bir yazarın şiir kitabından birkaç örnek bu bakımdan çok ilgi çekicidir:

Şattülarap
Hâlim harap
Nasibim olsun
Bi yudum petrol

Birgün rasladım İskendere
Oturuyordu iskemlede
İskender düşünüyordu,
Dalgındı,
Az kalsın iskemleden düşüyordu.

Dedem demirden deveyle doğrudan denize dönüyordu
Dedem dalgalarla doludizgin dalıyor, deve denizi dört dönüyordu
Dedem deli dolaşan dalgalara dalıp daima darbediyordu.
Dedem dalgalarla dört dönüyordu, dalgındı,
Dizgini de dalgalı.

Çeşitli resmî makamlara çektiği telgraflar, hakaret ve ızrar suçlarından sanık olarak yargılanan bir hastanın telgraf metinlerinde şizofrenik absürd sembolizm ve dikişsiz cümleler, kelime salatası, Klangassociation, neolojizm dikkate değer örnekler vermektedir:

Sayın Meclis Başkanı - Ankara
Konkordato sanayi
Vatan sanayi

Sayın Başbakan Temsilcisi - Ankara
Sayın Bülent Bey hangi gazeteciyi tahsis ediyorsunuz muşait olarak operatonumu müşahit temsil ediyor.
Müdafa iptal. Cevap.
Sayın Meclis Başkanı
Tarihî mesuliyet musluk tamir edebilirmisiniz. Saygılar.

T.B.M.M. Meclis Başkanına - Ankara

1 — Millî koalisyon şartilen
2 — Demirelin başkanlığında esas şart
3 — Tüm üyelerin ve senato meclisininde katılmasilen bir menfaat sınıf ferdi menfaat düşünülmeden lolo olayın dışında kabiliyetlerine göre vazife taksimi şartilen genç demokrasimizin selâmeti ve ulusumuzun, milletimizin, dev-

letimizin selâmeti için şart görmekteyim. 3.1.1978 tarihine kadar tarafıma bildirilmesi, aksi halde tarih ve millet huzurunda sizler başbaşa bırakmak üzere sayın meclis başkanı on tane tabut adresime göndermenizi rica ederim.

Sayın Senato Başkanı - Ankara
İMF onurlu devletime ne kadar kredi açacaklar ben 999 u kabul etmem. İllâki 1000 tamamlanacak. Sayın anayasa başkanı dosyaları tetkik ediyor mu. Saygılar.

Büyük Millet Meclisi Başkanlığına - Ankara
Sayın Meclis Başkanı otobüs sanayi, at sanayi, ceset sanayi, buz sanayi, köpek sanayi, hayri sanayi, sorumluluk sanayi.

Sayın Meclis Başkanı - Ankara
Menfaatleri içinizden atınız, etiketler sizin olsun, vatanıma ilişmeyin. Modelle memleket vatan için birleşiniz. Buz dolabındaki kan şişelerine dikkat buyrulsun.

Sayın T.C.M.M. Başkanlığı - Ankara
Sayın Türkiye Millet Meclisi Sayın Üyeleri mantık bulun, düşünür olunuz. Bu vazife hepimizin.

Sayın Ticaret Bakanı - Ankara
Bizim lisanımızdan anlamıyorsunuz herhalde.

Bir başka hastamızın neolojizm ve absürd ifadelerle dolu mektubundan örnekler:

«Kelimelerin bende bıraktığı izlenimler ve bu kelimelerin bir hava nağme ve tavır ve uslupla anlatılış şekli ve Entelleküel ulunuş sorunların menizim adı verdiğim düşünceme göre bu hastalığın kafamda şekillenmesinin örnekleri açıkça yalvaran ve düşünen bir menist şekli ve beyin frekanslarının kelimelerle niteleniş hayâl ve tansiyon ve şarbon deliksiyon damarlarının bir sekreterinin hipermetrop astigmatizm miyop hastalıklarının kavram görünüşü ve buna sonuç olarak sitansiyolüsyon demek anlamında menizim görünüşü yan tesir ve tansiyon hastanın reaksiyon polixmeni ve duygusal havası çarpıntı uğuldama neromeni akipeni prostimeni susuz yaz kavramı korku ve heyecan aynameni ve kristal batış ve görünüş şekli olan duygusal hava zaman faktörleri menenjitin ospinin azami gerçek - hayal bölüm sonuç...»

Bu metinde sık sık psödo-siyantifik dediğimiz, hastanın zihninde birer ilmî anlamı olan (!), birer terim mahiyetindeki neolojizmlere raslamaktayız. Ayrıca, dikkati çeken bir başka husus da met-

nin bir türlü bitirilememesi ve mütemadiyen tekrarlarla başlandığı yere dönülmesidir.

Birden fazla anlamın bir kelimeye yüklenmesine «mot-valise», «portemanteau word» veya «çanta kelime adını vermekteyiz. Bu şekilde, bazen zıt anlamlar beraberce yüklenen kelimelerin cümle içindeki kullanışı cümlenin manâsını tamamen değiştirebilir ve söyleyen ile dinleyen arasında bir informasyon alış-verişi imkânsız hale gelir. Bunu, zorlamalı kelime uydurma hallerinde, dili iyi bilmeyen ve kullanamıyan yazarların yazılarında da görüyoruz. Zamanımızda çok yaygınlaşmış olan «dilde yenileşme» gayretleri zaman zaman böyle «çanta kelime» imaline gitmekte ve düşünce kapasitesini kısıtlayıcı bir sonuç vermektedir. Meselâ, «onur» kelimesi, Türkçe (!) bir terim olarak «şeref» yerine zaman zaman kullanılmaktadır. Ancak, bilindiği gibi «onur» Fransızca «honneur» ün deforme edilmiş şeklidir ki, esasında Fransızcada «şeref» anlamına gelir. Fakat, sadece «şeref» anlamına. Bu kelime çok eskilerden Türkçeye girmiş ve Anadolu halkı tarafından «kibir» yerine kullanılmıştır. «Onurlu adam» diye «kibirli, kendini beğenmiş kişi» kastedilir, böylece dilimize maledilmiş, Türkçeleştirilmiştir. Şimdi bu kelime şeref, haysiyet (onur kırıcı gibi...), itibar, mevki ve ayni zamanda kibir, gurur, kendini beğenmişlik manâlarına kullanılmaktadır. Dolayısiyle, «onurlu bir adam» dan söz edersek onun «kendini beğenmiş bir kişi» mi olduğunu veya «şerefli» yahut da «haysiyetli bir insan» mı olduğunu, nihayet «itibarlı bir şahsiyet» den mi bahsedildiğini anlamamız mümkün değildir.

İnsan düşüncesi kelimelerle şekillenir ve kelimeler belli çağrışım bağları ile sıralanırlar. Bu çağrışımların kelimelerin anlamlarına göre olması ise düşünce ve konuşmada insicamı, bütünlüğü ve düşüncenin mantıkîliğini sağlar. Kelimeler, zihnimizde, dış dünya ile ilgili eşya, olay ve duyguların sembolleridir. Bu bakımdan, bir insanın ne kadar fazla kelime biliyorsa o kadar «zeki» ve «akıllı» olduğunu iddia etmek yersiz sayılmaz. Bugün Afrikada yaşıyan bazı kabilelerin dilleri sadece 900 kelimeden ibarettir. Buna karşılık İngilizcede 120.000 kelime bulunur. **Shakespeare**, eserlerinde birbirinden farklı 30.000 kelime kullanmakla dünyada en fazla değişik kelime kullanan yazar olmuştur. Onu **Victor Hugo**, onu da **Goethe** takibeder. Bu yazarların eserlerinin insan düşüncesinin ve «abstraksiyon» (soyutlama) gücünün ne derece yüksek örnekleri olduğunu biliriz. Şimdi, durup dururken bir dili, «özleştiriyoruz» diye fakirleştirmenin ve birtakım gereksiz çanta-kelimeler imal etmenin o dili kullananların düşünce hayatını ve kapasitesini ne derece yaralıyacağını belirtmeye bilmem lüzum var mı?

Şizofren hasta, bu şekilde, abstraksiyon kabiliyetini kaybettiği ve kelime hazinesi fakirleştiği için gittikçe zekâ ve düşünce kapasitesini kaybeder ve bu yüzden testlerle ölçülen zekâ seviyesinde bir düşme görülmeye başlar.

3) Mükâleme bozuklukları

Şizofreni, kişiler arasındaki komünikasyonu, haberleşmeyi bozduğu için şahsın toplum içinde yabancılaşmasına sebep olur. Bu bakımdan şizofreni bir «sosyal yabancılaşma» (aliénation sociale) sendromudur. Bazen hastanın hiç konuşmadığı dikkati çeker (katatonide görülen **mutisme** hali). Bir kısım hastalar karşılıklı konuşma imkânını kaybederler ve kendi kendilerine, mırıldanma tarzında konuşurlar. Gene bir kısımları hallüsinasyonları ile konuşur. Karşısında gördüğü hayâllerin söylediklerine cevap verirler. Zaman zaman odanın bir köşesine gözlerini dikip gaipten gelen sesleri dinleyen ve onlara cevaplar veren şizofrenin bu davranışı hemen dikkati çeker.

Monolog tarzında konuşmalar, durup dururken kendi başına birtakım sözler söyleme **(verbal impulsion)**, sorulan soruların aynen tekrarlanması **(ekolali)**, papağan gibi konuşma **(psittacisme)**, sorulan soru ile ilgisiz cevapların verilmesi **(parler à coté, reponse à coté)** (yandan cevap, yandan konuşma), şizofren konuşmasının özelliklerindendir. Bazen yandan cevaplar o derece anormal ve dikkati çekici olur ki, adetâ hastanın temaruz ettiğinden, kasten böyle konuştuğundan şüphelenilebilir; buna **Ganser belirtisi** diyoruz.

Yandan cevap örneği:

— Nasılsınız?
— Canım bir parça gezmek istedi
— Beni tanıdınız mı?
— İşte o kadar, şimdi kalkıyorum, nasihatim bitti.
— Bunlar nedir?
— Tatlı
— Bugün günlerden nedir?
— Üç kişinin ellerinde parmakları vardır... Hadi hadi sen daha iyi bilirsin.
— Hastalığınız nedir?
— Kanım sıcak... Kan sıcaklığı var.

Bir kısım hastalarda konuşmanın son derecede müstehcen birtakım deyimlerle dolu olduğu dikkati çeker (koprolali).

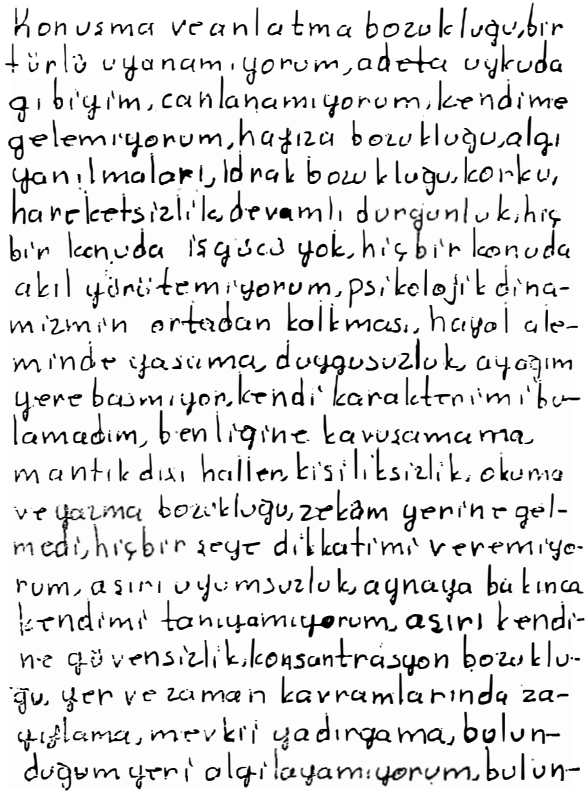
Absürd ve neolojizm örnekleri gösteren bir şizofren şiiri:

Artık herkese beleş müslümanlık
Biz ortadan çıkalım biz gümanlık

Her türlü herzeyi yiyerek yaman
Hoca ile hacının işi duman
Yazıyorum aman yazarken eyvah
Acımayacak bize ulu Allah
Biz yine hayrı diler olalım mı?
Kitaplar içinde saç yolalım mı
Bilmiyorum hiçbir şey bilmiyorum
Sana sığındım hayrı diliyorum

Bir şizofren hastanın inkoheran ve absürd kelime ve cümlelerle dolu, tipik klangassociation örnekleri gösteren mektubu:

Haydarpaşa lisesi büyük bir mekteptir. Bu okulda top sahası mevcuttur. Ve foot ball - match - match MATCH japon çocukları ile oynuyorum bulamaç tuzlu balık ekmek ve sudur. Umum oyoron S. 9-1 le antrut social - JA. Ck - jodı oyır. le lycée Nemizdir. FAnın Abdullah. Bay ve Bayan

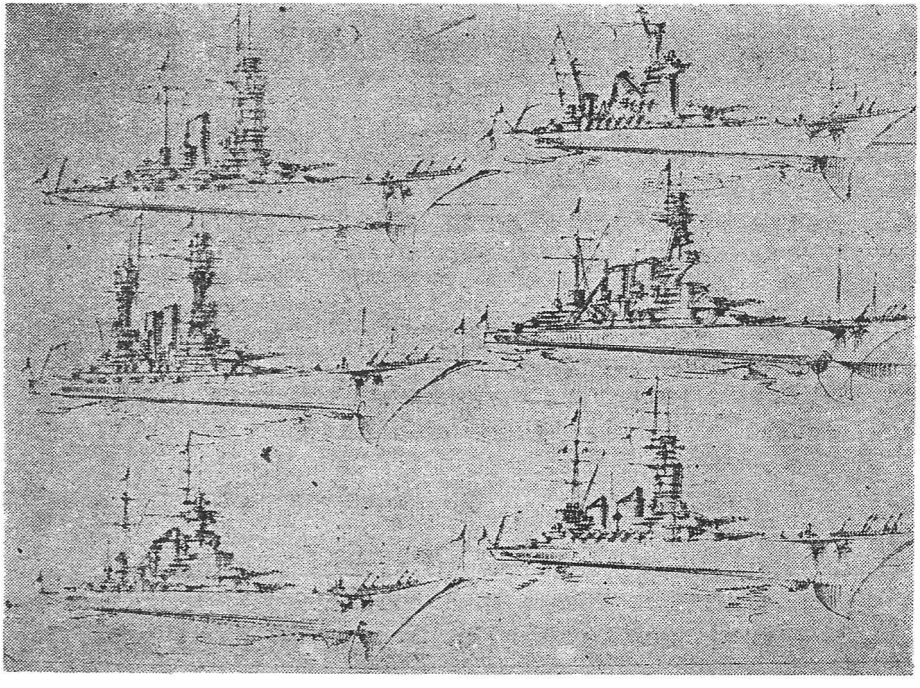

Konuşma ve anlatma bozukluğu, bir türlü uyanamıyorum, adeta uykuda gibiyim, canlanamıyorum, kendime gelemiyorum, hafıza bozukluğu, algı yanılmaları, idrak bozukluğu, korku, hareketsizlik, devamlı durgunluk, hiç bir konuda isteğim yok, hiçbir konuda akıl yürütemiyorum, psikolojik dinamizmin ortadan kalkması, hayal aleminde yaşama, duygusuzluk, ayağım yere basmıyor, kendi karakterimi bulamadım, benliğime kavuşamama, mantıkdışı hallerde kişiliksizlik, okuma ve yazma bozukluğu, zekam yerine gelmedi, hiçbir şeye dikkatimi veremiyorum, aşırı uyumsuzluk, aynaya bakınca kendimi tanıyamıyorum, aşırı kendine güvensizlik, konsantrasyon bozukluğu, yer ve zaman kavramlarında zaafiyetler, mevki yadırgama, bulunduğum yeri algılayamıyorum, bulun-

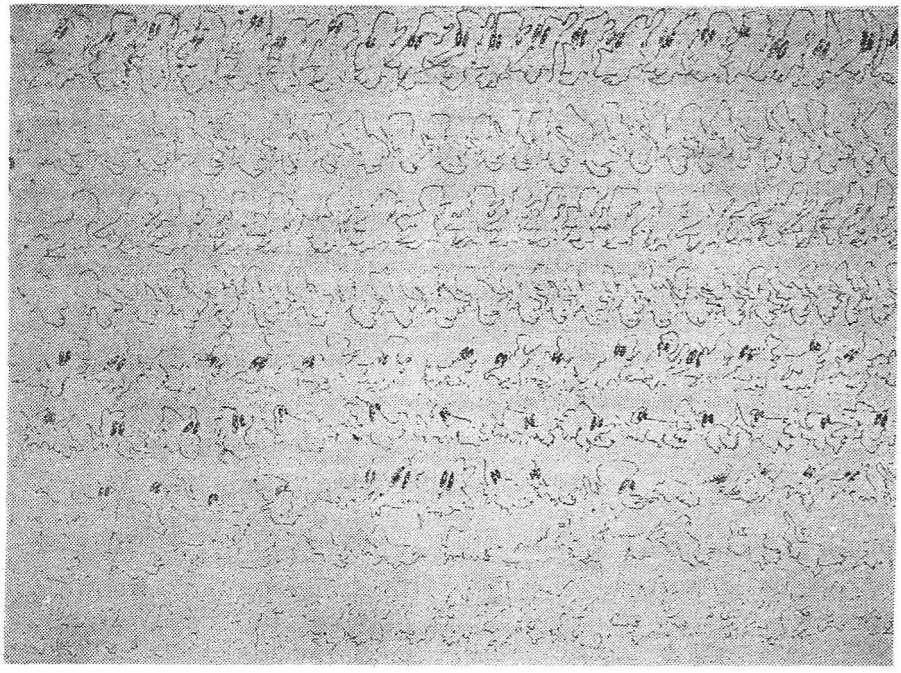
Bir şizofrenin mektubu

Şizofrenide grafik bozukluklar

İlkel dil abstraksiyondan mahrum, tabiattaki seslerin taklidinden ibaret konktret dil olduğu gibi, gene ilkel yazı örnekleri de dilden yoksun, sadece şekilleri, soyut cisimleri ifade eden resimlerden ibaretti. Bunun bir örneğini hiyeroglif yazısında görüyoruz. O halde resim ve şekiller de bir komünikasyon, bir ifade vasıtası olarak ele alınıp komünikasyonu bozan, uyumu sakatlıyan şizofrenide gerek resimlerle ve gerekse yazı ile ifadede birtakım spesifik bozuklukların bulunması beklenebilir.

«İfade psikopatolojisi» ve «psikopatolojik san'at» modern psikiyatrinin en önemli meşguliyet konularından biridir. Şizofrenler, kendi düşünce sistemlerinde ve iç âlemlerindeki bozuklukları konuşmadan çok daha açık ve iyi bir şekilde ve daha spontan olarak resimlerle, çizgilerle ifade ederler. Bu resimlerden bir kısmı onların hezeyan ve hallüsinasyonlarını temsil etmekte, bir kısmı ise şuur altındaki çatışmaları, aggressionlarını ve hezeyanlarını açığa vurmaktadır.





Velioğlu, 50 şizofren hastanın grafik ürünleri üzerinde yaptığı çalışmada şu sonuçlara varmıştır:

Affektivite: sıcak, soğuk, koyu ve nötr renk kategorileriyle; Düşünce: (aglütinasyon fenomeni, tıkıştırma fenomeni, X-ray picture, entellektüel gerçeklik, soyut-arabesk, deformasyon, kaide çizgisi, simetri, gölge) gibi biçim elemanları ve (desentegrasyon, deshumanizasyon, homoseksüalite, hezeyan, el projeksiyonu, zamanda kaçış, mekânda kaçış, autisme) gibi sembolik muhtevalarla; Davranış: (anî stil değişiklikleri, stereotipi, hareketlilik, hareketsizlik) gibi biçim elemanları ve (impuls, aggressionla ilgili objeler) gibi sembolik muhtevalarla derecelendirilmiştir.

Elde edilen bulgular; 1. «Sanatla Teşhis ve Tedâvi» yönünden, 2. «Şizofreni» yönünden şöylece özetlenebilir:

1. Tedâvinin başından sonuna kadar psikozdaki değişmeler;

a) yüksek derecede, affeksiyonla ilgili renk kategorilerine;

b) orta derecede, düşünce ve davranışla ilgili sembolik muhtevalara; davranış ve düşünce ile ilgili biçim elemanlarına yansımaktadır.

2. a) Bu bulgular muvacehesinde şizofreni, «ontogenetik ve filogenetik bir regresyon» olarak tarif edilebilir. (Ontogenetik regresyon oral devreye kadar gider). Bu tarif, vizüel dilin verbal dilden ontogenetik ve filogenetik bakımdan daha eski ve daha alt yapı olmasından ötürü, şizofrenide, yandan konuşma, kelime salatası ve

neolojizm gibi verbal komünikasyon kusurlarının ortaya çıkış sebeplerini açıklamak imkânını da kazandırır. Bu durumda, psikozun kendi şartları içinde vizüel dil tek komünikasyon vasıtası olur ve böylece şizofreniye bir «komünikasyon hastalığı» niteliği de eklenebilir.

b) Beden simetrisinin speculaire imajının, şizofrenide psikoz semptomlarının taşıyıcısı olarak büyük ve önemli bir rol oynadığı söylenebilir.

Şizofreni'de yazı bozuklukları

Yazı, bir taraftan konuşmanın şekillerle ifadesi demek olduğundan verbal bir ifade vasıtası, diğer taraftan da ihtiva ettiği çizgi ve şekiller dikkate alındıkta bir grafik ifade vasıtasıdır. Bu bakımdan, bir komünikasyon hastalığı olarak şizofreninin yazıyı bozması, şizofren yazısının belli birtakım özellikleri taşıması gerekir. Bugüne kadar bu konuda yapılmış sistemli bir çalışmaya raslayamadık. Ancak, abstre düşünce bozukluğu hallerinde hastaların zarf, edat, zamir gibi cümleyi tamamlayıcı küçük kelimelerin manâsını kaybettiği ve bunları yazamadığı bildirilmiştir. Ayni şekilde, izole harfler de yazılamaz, zira birer abstre sembol olan bu harfler artık ona yabancı olmuştur. Buna karşılık konkre kelimeleri yazabildiği dikkati çeker.

Şizofren yazısı, cümle tertibi ve ihtiva ettiği fikir bakımından şizofrenin konuşma ve düşüncesindeki, bundan önce sıraladığımız bütün bozuklukları taşımaktadır. Bu psikografik bozuklukların yanında şizofren şu kaligrafik bozuklukları da gösterir:

1) Sayfalar hiç boşluk bırakmaksızın kullanılmaktadır (doldurma fenomeni), kelimeler birbirine girmiş ve okunaksız bir hal almıştır.

2) Satırlar dalgalı ve aralıklar intizamsız, kâh dar, kâh geniştir.

3) Yazının basıncı genel olarak düşüktür. Kalem kâğıda hafifçe dokundurularak yazılır. Basınç yer yer değişir.

4) Kelimeler arasında büyük harflerin, yerli yersiz noktalama işaretlerinin kullanıldığı dikkati çeker.

5) Bir toparlanma, rekonstrüksiyon gayreti gibi kabul edebileceğimiz ve **Jung**'un ilkel dinî metinlerde rasladığı, araba tekerleği şeklinde «mandala» işaretleri görülür. Bunlar **Jung** tarafından kollektiv alt şuura ait birer archetyp olarak kabul edilmektedir. Şizofreni kollektiv alt şuura kadar giden bir yıkılma olarak kabul edilirse oradaki archetyp'lerin, bu meyanda mandala'ların çıkması da kolayca izah edilir. Nitekim hasta bunları şuursuz olarak çizer ve

kendisine soruldukta «ben yapmadım» der.

6) Satırlar zaman zaman pessimizm ifadesi olarak aşağı meyletmekte, bazen de affektiv kararsızlığın bir işareti olarak dalgalı ve yukarıya meyleden satırlara raslanmaktadır.

7) Bazı majüsküllerin çok süslü, egzajere olduğu ve bunların yerli yersiz kullanıldığı görülmektedir.

8) Yazı kirli, karışık ve okunaksız bir hal almıştır. Harfler deformedir. Yüksek öğrenim yapmış şizofrenlerin yazıları bile son derecede bozuk ve acemicedir.

9) Nihayet, birtakım acayip işaret ve sembollere sıklıkla raslanır.

Sensorium ve emosyonlar

Şizofreni vak'alarının çoğunda, daha hastalığın başlangıcından itibaren **intelektüel** fonksiyonlarda ilerleyici bir yıkılma dikkati çeker. Fakat, zekânın ortalama seviyede muhafaza edildiği pek çok vak'a da vardır. İlerlemiş bazı vak'alar ve konfüzyon mental belirtileri ile beraber olanlar hariç, **orientation** ve **hafıza** da bozulmaz.

İdrâk kusuru olarak **hallüsinasyon** ve **illüzyonların** görülmesi mutaddır. Bunlar pek çeşitli duyumları ilgilendirirler. İşitme hallüsinasyonları sıklıkla görülür. Ekseriyetle başlangıçta basit sesler halindedir. Hasta birtakım tıkırtılar, vurulmalar, çıtırtılar işitir. Nihayet forme, kelime ve cümle halinde sesler duymaya başlar. İşitme hallüsinasyonu bir kulağı, diğer kulağı veya her iki kulağı ilgilendirebilir. Bu çeşit hastalar, hallüsinasyonları duymamak gayretiyle kulaklarına doldurdukları pamuklar, bezler, kâğıtlar doldurmalariyle karşıdan tanınırlar. Hallüsinasyonları ile konuşmaları, gelen sesleri dikkatle dinleyip onlara mırıltı halinde cevap vermeleri, seslerin ifade ettiği manâya göre yüzlerinin aldığı ifade de karakteristiktir. Görme hallüsinasyonları da çok görülür. Koku hallüsinasyonları arasında çok rasladığımız «yanmış lâstik kokusu»nu bilhassa kaydetmek isteriz. Bazı hastalar akşamları kapılarının altından birtakım zehirli ve uyutucu gazlar püskürtüldüğünü ve bu gazların kokusunu duyduklarını ifade ederler. Buna benzer tad hallüsinasyonları da vardır. Yemeğine zehirler karıştırılmakta ve bunun tadını farketmektedir. Dokunma hallüsinasyonları arasında vücudunda elektriklenme duyumları çok raslanır.

> Entellektüel bir hanım hastamız her konuşmamızda «Doktor Bey, kesin artık şu elektriği, ne olur...» diyordu. Oldukça kifayetli bir sosyal adaptasyon sağlanmış olması ve bir meslek sahibi bulunması, kendisinin bizler tarafından gönderilen elektrik dalgalariyle rahatsız edildiğine ve bu

elektriği her an vücudunda hissettiğine inanmasına engel olamıyordu.

Bir kısım taktil hallüsinasyonlar da genital organları ilgilendirir. Bu hallüsinasyonlarla beraber seksüel mahiyette hezeyanlar da bulunur.

Yüksek öğrenim talebesi bir erkek hastamız her gece odasının kapısından püskürtülen bir gazla uyutulduğunu ve sonra kardeşlerinin içeri girerek sabaha kadar ırzına geçtiklerini, bu olayın sabahları anüsündeki acımalar ve yatak çarşaflarındaki lekelerden belli olduğunu iddia etmiştir.

25 yaşında, erkek, öğrenci olan bir hastamız konuşulanları iyi anlayamama, kendini dış tesirlerin altında hissetme, geceleri arkadaşlarının, rızası dışında ve uykusunda ırzına geçtikleri fikri, bir türlü bu fikrin tesirinden kurtulamama şikâyetleri ile kliniğimize yatırılmıştı. Bir senedir bu şikâyetleri olan hastamız ayni zamanda kendisinde birtakım değişikliklerin de olduğunu hissetmeye başlamış. Bir tesirin altında kaldığından, yemeğine bazı maddeler katılarak büyü yapıldığından bahsedermiş. Müşahedesinden bazı önemli kısımları aşağıya alıyoruz:

— Buraya yatış sebebiniz nedir?

— Konuşulanları anlamıyor gibi bir halim var... Dış tesirlerin altında gibiyim. Geçen sene arkadaşlarla apartman tuttuk, öbür arkadaşın arkadaşı ile temas falan yaptık. Ortalık kadını gibi bir şeydi... Arkadaş bunu hazmedemedi, «benim sana yapacağım hakaret büyük olacak» dedi. Rüya halinde benim en ayıp yerime su dökülür gibi hissettim. Affedersiniz, böyle şaka yaptılar veya su döktüler. Kötü bir şey olur mu diye doktora gittim birkaç kere. Doktor «böyle şey olmaz» dedi, fakat ben bu hadisenin tesirinden kurtulamadım. Hazirandan sonra cinsî kudretimde bir azalma hissettim. Doktora anlattım, «tıbben böyle şey kabul edilmez» dedi ama ben bir türlü inanamıyordum. Bu hadisenin üzerinde çok düşündüğümden, «bunu adliyeye intikal ettirelim» dediler arkadaşlar. Sonra Ayhan Beye vaziyeti anlattık. Bu hadisenin tesiri altında benim bazan hafızam gidiyor. Konuşurken ben konuşmuyorum, bana başkası konuşuyor gibi geliyor. Bazen elime bakıyorum, benim elim mi gibi. Konuşurken sesim net çıkmıyor gibi geliyor.

— Yemeklerden şüpheniz oldu mu?
— Bazen yemeğe bir şey koyduklarından şüphelendiğim oluyor. Yemek arasında pekmez ile karıştırılmış bir şey içirdiler, kendileri içmediler, ben içtim, soğuk suyla pekmez verdiler, ondan sonra değiştim, ben gidiyorum ama ben miyim, başkası mı gibi oldum.
— Hayal görme gibi haller var mı?
— Arkadaşların bana yaptığı hakareti görür gibi oldum. Bir arkadaşım da bana «bundan bir şey olmaz, korkma» gibi sesleniyormuşçasına duydum... Ne zaman olsa bu arkadaşların bana yaptığı, yaptı mı, yoksa rüyada mı gördüm, bu hayalden kurtulamıyorum. Bu hadiseden sonra bir anda içimden konuşmak geliyor, kalkıp gitmek geliyor. Eskiden samimî olduğum arkadaşlarımı görünce yeniden görüyormuş gibi bir his oluyor. Eskiden toplantılar olunca, tanımadığım bir yere girince heyecanlanırdım. Şimdi bunların hiçbiri yok. Şimdi bir durgunluk; hafızam akıyor gibicesine sorulan soruya karşı bir umursamazlık...
— Hafızanızdan bir şikâyetiniz var mı?
— Sorulan bir şeyi detayına kadar anlatmak lüzumunu hissetmiyorum, konuşurken kafamda bir ağırlık hissediyorum.

Yukardaki müşahededе hallüsinasyon ve hezeyanların yanında heyecan ve affekt bakımından aşikâr donukluk açıkça dikkate çarpmaktadır.

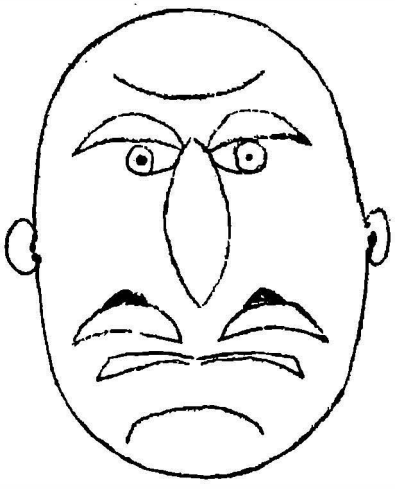
Zaman zaman esrarengiz kuvvetler tarafından odasından alınarak göklere uçurulduğu, gezdirilip dolaştırıldığı veya, bazı organlarının kesilerek yerlerinin değiştirildiği tarzında, hareketi ilgilendiren, kinetik hallüsinasyonlar da görülebilir. İllüzyonlar özellikle etraftaki seslerin yanlış idrâk ve tefsirine aittir. Radyolardaki ajans bültenleri arasında geçen bazı kelimelerin ve cümlelerin kendisine hitabettiğini, kendisinden bahsettiğini, kendisine emirler verildiğini veya hususiyetlerinin ifşa edildiğini söyler.

Bir televizyon programında benim konuştuğumu gören bir hastamız, «benimle oğraştığı yetmiyor, bir de evime kadar girdi» diye televizyon cihazını sopa ile parçalamak istemiştir.

Sokakta konuşanlar ondan söz etmektedirler.

Bu şekilde işitme hallüsinasyonları, illüzyonları, tefsir ve perseküsyon hezeyanları olan bir hastamız her gece yatarken penceresinden dışarı ses alma cihazının mikrofonunu çıkarıyor ve sabaha kadar sokaktaki bütün sesleri banda

alarak ertesi gün dinliyor, onlardan manâ çıkarmaya çalışıyordu.



Ambivalans'ın grafik ifadesi
(Resmi düz ve ters tutarak bakınız)

Emosyonel ton gevşemiş, nötr bir hal almıştır. Heyecan reaksiyonları yalın, düz ve yetersizdir (indifférence, **apathie**); **hastanın** düşünce muhtevası ve dış realite ile uygunluk göstermez. Eğer düşmanlık fikirleri sürekli bir hezeyan halinde ise kronik düşmanlık hissi kendisini gösterebilir.

Şizofren, çevresinden gittikçe uzaklaşır ve kendini izole eder. Hastanın düşünceleri otistik niteliğini gittikçe arttırır. Realiteyle ilgisi kaybolur. Çalışma ve meşguliyetten, sorumluluktan, dış dünyaya ait hiçbir şeyden zevk alamaz olur. Mecburiyet ve mes'uliyet hissi kaybolur, gerek kendisi ve gerekse çevresi ile ilgisi kesilir. **Bizzat** kendi vücudu dahi onun için, artık ilgilenmediği dış dünyanın bir parçasıdır ve bu sebeple dış görünüşü pis ve bakımsız bir hal alır.

Zaman idrâki ileri derecede bozulur. Zaman durmuştur. Bu bakımdan can sıkıntısı da söz konusu değildir. Şizofren delikanlının odasına çekilip ders çalıştığını zanneden baba ve annesi, kontrol ettiklerinde, saatlerce ayni sayfanın açık olduğunu ve ona bakan gencin bir satırını bile okumadan saatlerini geçirdiğini dehşetle görürler.

Normal bir insanın her türlü hissi duyması mümkündür. Hattâ

ayni şahsa karşı sevgi, nefret, ilgisizlik duyguları gelişebilir. Burada sonuca etkili olan o şahsın düşünce tarzı ve hisleri ile birlikte dış şartlardır. Hisler, ister şuurlu, ister şuursuz olsun, diğer ruhî faaliyetlerle harmoni, uygunluk halindedr. Şizofrende ise aşikâr bir diskordans görülür. Affektif duyumlar hakkında genellikle kesin bir yargıya varılamaz. Hasta iki zıt duyum arasında bocalar durur. Şiddetli arzu ile red, sevmekle nefret etmek, istemekle istememek beraberce, ayni anda hissedilen duygulardan olur. **Ambivalans** denildiğini daha önce belirttiğimiz bu ikili duygu halini **Bleuler** şizofrenik düşüncenin esas defekti kabul etmektedir.

Neisser, şizofrenide **affektif saplanma**'dan bahsediyor. Affekt, duyarlılık, kişinin çevresi ile olan ilişkilerini ayarlıyan bir faktördür. Affekt saptırılıp patolojik bir saplanma olursa hastanın çevre ile olan ilgileri ve davranışları da tabi'î istikamet ve gayesini kaybeder, yabancılaşır. Artık hasta normal zevk alma ve üzülme yeteneğini kaybederek emosyonel bakımdan izole edilmiş hale gelir. Bu suretle bütün affektif reaksiyonları bakımından nötrleşmiş bazı hastaların, bazen patolojik bir reaksiyon göstermeleri dikkati çekebilir.

> Kendi otizmi içinde çevresi ile bütün affektiv ilgilerini kesmiş bir hastamız, ölen kedisini saksıya gömüp üstüne çiçek dikerek sevgisini göstermek istemişti.

Bazı hastalar için bütün şahıslar, olaylar ve objeler ayni emosyonel anlamı taşırlar.

Muhakeme bozuklukları

Şizofren muhakemesi, paralojik düşünce ve mantık kusuru sebebiyle ileri derecede bozulmuştur. Muhakemeyi, çevreden aldığımız izlenimleri hafıza materyelimizle karşılaştırıp değerlendirerek sıhhatli hükülmer verme kabiliyeti diye tarif edebiliriz. O halde, sağlam bir hükme varmak için evvelâ doğru bir idrâk, çevre hakkında yeterli ve sıhhatli fikir sahibi olmak, sonra alınan informasyonun merkezî sinir sisteminde işlenmesi (information processing) ve nihayet «karar verme» gereklidir. Kararın dışardan alınan informasyona uygun ve adaptasyonu sağlıyacak nitelikte olması gerekir.

Yolda giderken karşımızdan gelen bir insanın gülmesi dikkatimizi çekebilir. Eğer bu şahsı hiç tanımıyorsak bu gülmenin bizimle ilgisi olmadığını, veya nihayet, bizi bir tanıdığına benzetmiş olabileceğini, hattâ o şahsın bir akıl hastası olup kendi kendine güldüğünü düşünür, bizim için anlamsız, «indifferant) olan bu uyaran, bu informasyon karşısında herhangi bir adaptiv reaksiyon vermeden unutur gideriz.

Bir şizofrendeki paralojik mantık ise, hatalı değerlendirme sonunda sakat birtakım hükümlere götürebilir. Meselâ, o şahsın kendisine güldüğünü, bunu da kasten yaptığını düşünen hasta, herkes içinde küçük düşürülmeye çalışıldığını, buna da herkesten ayrı ve yüksek bir kişiliğinin bulunmasının sebep olduğunu, belki de etrafında hep gülümseyen kişilerin düşmanları tarafından görevlendirilmiş ajanlar olabileceğini zannedecektir. Bu hatalı hüküm, meselâ, yoldan geçen ve hiç tanımadığı bir kişiyi öldürmek gibi maladaptif, uyumu bozucu bir eyleme, bir davranışa da yol açabilir.

> Sokakta giderken, kendisi ile ilgili olmayan, hiç tanımadığı bir şahsa selâm veren bir hastamızın selâmını almayan adama «neden selâmımızı almadın, yoksa bize ehemmiyet mi vermiyorsun, Hazreti Ali Efendimiz Müslümanın selâmını almayanın katli vaciptir buyurdu» diyerek tecavüz etmiş ve bu şahsı tabanca ile öldürmüştür.

Hezeyanlar çok çeşitlidir. Bir tanınmış aile veya hanedana intisab iddiasından peygamberlik ve hattâ bizzat ilâhlık iddiasına kadar giden büyüklük hezeyanları ve mistik iddialar vardır.

> Allahın kızı olduğunu iddia eden ve uzun zamandanberi tedâvi ettiğimiz bir hasta bir gün geldiğinde «Doktor Bey, ne saçma sözlermiş onlar, hiç Allahın kızı olur mu, neler de söylemişim» diye konuştuktan sonra ilâve etti, «Hiç öyle şey olur mu doktor bey, ben yeni anladım ki Allahın kızı değil, bizzat Allahın kendisi imişim!...»

Baharatla bütün hastalıkları tedâvi edebileceğine inanan ve bu konuda bir de kitap yayınlayan bir şahsın kitabından bir pasaj:

> Vital organlarla zihin elemanları arasında uykunun yaptırdığı birleştirici materyaller sarsılıp uyanır. Bu birbirine zıt normal olmayan antagonist hizmetleri olan branşlara yardımına sık sık zorluk çıkartır. Bununla hypothalamis'taki uyku merkezi sarsılıp yorulur. Sonunda bozulan kişiliğin örgütüne o da girerek görevini normal yapmamağa başlar. Baharat metodunun kullanılmasında amaç, böyle anormal antagonist'likleri düzeltmek olduğundan ülser gibi hastalıkların tedâvi bilimi, baharat metodunun bulunması ile yörüngesine oturtulmuş sayılır.

Muhakeme kusurlarına, hezeyanlara «**paranoid belirtiler**» adı verilmektedir. O halde, bir şizofrenide hezeyanların ortaya çıkması da «paranoid şizofreni» denen klinik formu belirler. Bunu, şizofreninin klinik şekillerini incelerken tekrar ele alacağız. Ancak, bir belirtinin gerçek «hezeyan» olabilmesi için hastanın bunun «gerçekliğine» inanması gerektiğini belirtelim. Bu suretle, **insight'ı**, **içeba-**

kış'ı bozulmuş olan ve realite ile ilgisi kesildiği için dış dünyanın gerçekleri içinde kendi yerini de belirleyemiyen şizofrenin davranışlarını hezeyanları belirler. Bu, hastanın çevresine büsbütün yabancılaşmasına, otizminin, içedönüklüğünün artmasına ve davranışlarının acaipleşmesine sebep olur. Birtakım «önemli sırları» ima eder tarzda mimik ve jestlerin karşısındaki kişilerce yorumlanması ve değerlendirilmesi imkânsızdır ve «saçma» (absurde) olarak kabul edilir. Halbuki hastanın kendisi için bu jestler, bu mimikler birer «gerçeğin ifadesi» dir.

Dış dünyanın yanlış yorumlandığından bahsetmiştik. Böyle bir hasta turist olarak gittiği İtalyada ilk hastalık belirtilerini göstererek polise ve oradan da hastahaneye sevkedilir:

> Hastamız, Vatican'ı ziyaret eder. O sırada bir âyini yöneltmekte olan rahip eliyle dinî ritüele ait birtakım işaretler yapmaktadır. Tam kapıdan girdiği sırada bu işaretlerin yapılmasını kendisine selâm verme şeklinde yorumlayan hasta, İtalya kralı olduğunu, bu sebeple rahip tarafından tanınıp içeriye girer girmez selâmlandığını iddia ederek tahtının kendisine geri verilmesi için polis karakoluna başvurmuştur.

Şizofren hastalardaki hezeyanların «sistemsiz» olması da diğer bir özelliğidir. Kişilikteki çözülme sebebiyle hastanın hezeyanı her zaman değişebilmekte çeşitli iddialar birbirini kovalarken hasta bunları ispatlamak gayretini ve gereğini de hissetmemektedir.

Özel bir hezeyan şekli olarak kabul edilen ve gerek realitenin distorsiyonu ve insight kusuru, gerekse sensorium bozukluğu sonucunda ortaya çıkan aktiv ve passif tesir hezeyanları şizofreni için patognomonik sayılan belirtilerdir. Hastalar kendi kendilerini kontrol edemediklerini, başkalarının tesiri altında olduklarını, birtakım esrarengiz, sihirli kuvvetler veya şahıslar tarafından yönetildiklerini söylerler.

> Bir genç hasta, başını çevirmesi gibi basit bir eyleminin dahi başkaları tarafından yaptırıldığına inanıyor, «neden döndüğümü bilemiyorum, sanki kafamın arkasında duran bir şey beri döndürüyor...» diyordu.

Hipokondriak ve somatik hezeyanlar da çok görülür. Bazı depression ile beraber olan şekillerde kendi kendini itham, ümitsizlik, işe yaramama fikirlerine raslanır. Özellikle aşırı mastürbasyonla beraber ortaya çıkan ve kastrasyon kompleksinden kökünü alan suçluluk duygularında auto-mutilation dediğimiz penis'ini kesmeye raslarız.

Ustura ile penis, scrotum ve testis'lerini kesip çıkardıktan sonra göbeğine kadar çıkan, karın derisi altına idrarın yayılması sonucu meydana gelmiş idrar phlegmon'u ile hastahaneye getirilen bir hastamız bu işte kendisini son derece haklı görmekte, «bütün dünyanın başına gelen felâketlere sebep bu uzuvlardır, onun için kestim» demekte idi.

Paranoid şizofreni vak'alarında keşif hezeyanlarına da raslanabilir. Bu, ya mevcut bir icadı kendisine maletme veya yeni ve olmıyacak bir şeyi keşfetme şeklinde ortaya çıkabilir. Uçakları, gemileri, denizaltıları, atom bombasını kendisinin icaddettiğine inanmaktan, enerji almadan işleyen devri daim makineleri mucitlerine kadar çeşitli paranoid vak'alar görülebilir.

Bir hastamız denizde, havada ve karada giden bir çeşit taşıt keşfetmişti. Bir diğerinin boğazdaki akıntıları değerlendirecek bir projesi vardı. Karadeniz boğazını bir barajla bölüp baraja açılacak deliklere yerleştirilecek pervanelerle bu akıntılardan enerji sağlanacaktı.

Hezeyanlar arasında en önemlisi düşmanlık duygusu şeklinde ortaya çıkan **perseküsyon hezeyanlarıdır.** Hasta, düşmanları olduğunu, daima takibedildiğini, kendisine fenalık yapılmak istendiğini iddia eder ve ekseriya bu çeşit hezeyanlarını bir büyüklük fikrine dayandırır. Ya büyük bir dinî şahsiyet veya bir tahtın varisi, mühim bir ailenin evlâdıdır. Ancak, hasta kişi, perseküsyon hezeyanlarını belirli bir şahsa yöneltirse bu düşmanlık duygusu onu düşmanını ortadan kaldırma eylemine kadar götürebilir ki, bu suretle birçok cinayet hadiseleri adliyeden hastahanelere intikal etmektedir.

Bu kabil vak'alarda, düşmanlarından kaçmak için, takipten kurtulmak için sürekli yer değiştirme dikkati çeker. Önce yaşadığı şehir içinde evini daha sonra memleketi değiştirerek hezeyan ve hallüsinasyonlarından kaçar. Gittiği yeni muhitte kısa bir süre rahatlasa bile daha sonra «düşmanlarının onu orada da bulduğunu, gene seslerin gelmeye başladığını» söyliyecek ve kaçmaya devam edecektir.

Yabancı ülkede kalma, izolasyon gibi özel şartların doğurduğu stress'ler karşısında dış ülkelere öğrenime gönderilen öğrencilerde, tabiî müsait bünye şartlarında, paranoid şizofreni vak'alarının geliştiği çok raslanan olaylardandır.

Mühendislik öğrenimi için Amerika Birleşik Devletlerine gönderilen bir hastamızda ilk belirtiler işitme hallüsinasyonları ile ortaya çıkmıştı. Kulağına, gece uyurken özel bir alıcı cihaz yerleştirildiğini ve bununla CIA tarafından

yapılan yayınları duyması sağlandığını, bu suretle kendi ülkesi aleyhine casusluk yapmak üzere eğitildiğini iddia ediyordu. İnsight o derece bozulmuştu ki, elektronik mühendisliği tahsil eden ve oldukça yüksek bir zekâ seviyesi gösteren bu genç bu derece absürd bir iddiayı ileri sürebiliyor ve buna inanıyordu. Yurda döndükten sonra hastalık belirtileri daha da ilerledi ve, tabi'î, öğrenim yarıda kesilmiş oldu.

Karısını tabanca ile öldürmek suçu ile yakalanan bir hasta olayı şöyle anlatmakta idi: «Ben madende çalışıyordum. Bir gün iş âmirim beni çağırarak işimden erken ayrıldığımı, herkesin benden şikâyetçi olduğunu söyledi, iş yerimi değiştirerek beni kapıya verdi. Bu, karımla münâsebette bulunan bazı kişilerin teşvikiyle olmuştur. Bunu da şöyle anladım: dizimdeki yara sebebiyle istirahatli ayrılmıştım. Geceleri ev taşlanıyordu, bundan şüphelendim. Ailem ahırdan gelirken 'beni kurtarın' diye adamlara seslendiğini duydum. Bu suretle anladım ki ailem evde adam saklıyor..... Bu hadise 26 ay devam etti. Taşlardan sonra naylon düdükler şeklinde sesler geldi. Naylon düdüğü görmedim ama sesinden tanıyordum. Sonra gaipten sesler gelmeye başladı. Nereye gitsem ailem haber veriyor, meselâ tencerenin kapağını kaldırıp üç defa vuruyor ve dışardan 'Raif nerede' diye sormaya başlıyorlar. Ailem, sanki adamlar yanında imiş gibi haberleşmeye başlıyor..... Karın doyurası bir yemek bile yiyemiyorduk. Geceleri de benimle hiç ilgilenmiyordu. Nihayet hastalandım. Sık sık ishâl olmaya başladım. Bir gün, mutfakta yatıyordum, sabah ezanı daha okunmamıştı, baktım, hanım kalkıp kapının ağzına dikilmiş. 'Ben gidiyorum' dedi, evi terketti. Ertesi gece sesini duydum, dostuna beni vurmasını söylüyordu. Gayesi beni korkutup kaçırtmak imiş. Sonra sesler değişti, adam sesleri oldu. Ertesi gün hanımın ormanda ağlar şekilde sesi geldi. Karakola gidiyordum, arkamdan 'Karakola gidiyor, vurun' diye sesler geliyordu. Ailem, polisin ve benim ısrarımız ile eve döndü. Gece gene sesler başladı, 'yatağında muska var' diyorlardı, yatağı açınca, benim kaburgamın geleceği yere konmuş bir demir parçası buldum. Herhalde büyü için koymuş olacaklar. Ertesi sabah ailemin demlediği çayı içerken 'çayında zehir var' diye sesler geldi. Çarşıya gitmek için evden çıkıyordum, sesler 'karını vur, sen onu vurmazsan biz seni vuracağız. Senin

silâhın doludur, sana 10 sene ceza verdireceğim, bu on sene içinde de af çıkartacağım...' diyorlardı. 'Ben vuramam, iki tane çocuğum var' dedim ve mutfağa girdim. Sonra hazneye mermiyi sürüp ateş ettim. Ne olduğunu ben de bilemiyorum...»

Babasını balta ile öldüren bir hasta, askerliğini bitirdikten sonra kazandığı 80.000 lirayı eline geçirmek isteyen kişilerin tahrikiyle babasının kendisine düşmanca davrandığını söylemekte idi. İntikam için düşmanlarının peşinde dolaştıklarını, bu sebeple yer değiştirdiğini, muhtelif işlere girdiğini, babasının adam kiralıyarak peşinden takibettirdiğini, tanımadığı kimselerin yolda kendisine hakaret ettiklerini, bunlardan kurtulmak için diyar diyar dolaşıp çeşitli işlerde çalıştığını iddia ediyordu. Bir defasında kendisini zehirlemişler, 20 gün aptesinden kan gelmiş. Kendisi yokken evine girip yemeğine zehir katıyorlarmış. Bütün tanıdıklarına mektuplar yazıp durumu anlatmak istemiş. Her gün yanına tanımadığı birkaç kişi gelip sırlarını çalarak babasına satıyorlarmış. Nihayet büsbütün bu olaylardan uzaklaşmak için Almanyaya gitmeye karar verir. Pasaport muamelelerini tamamlamak için memleketine, baba evine döner. Akşam oturup babası ile konuşurlar. Bu sırada babasına, Almanyada sevdiği bir kız olduğunu anlatır. Esasen ağabeyi de Almanyada çalışmaktadır. Yatacakları zaman, babasının, yatakta birtakım kâğıtları okuduğunu görür ve ne olduğunu sorar. Babasının «Ne olacak, senin Almanyadaki kız başkası ile evlenmiş» diye belki şaka maksadiyle söylediği sözler üzerine yerinden fırlar, babasının başına dikilir, «Baba, ben senin evlâdın değil miyim, bugüne kadar bana çok kötülük ettin, hayatımı ve istikbalimi söndürdün, geleceğimi karanlığa gömdün, benden ne istiyorsun, söyle.» diyerek yaptığı kötülükleri yazılı olarak bir kâğıda yazmasını, itiraf etmesini ister. Babasının «Sen kimin evinde kimden hesap soruyorsun» demesi üzerine eline geçirdiği balta ile babasını öldürür.

Bir hastamın mektubundan:

«Bu mektubu yazış sebebi şimdi başlıyor. Beni hasta eden tesirin tam tersi de var. Bana sempati duyanlardan bazıları uğruyorlar. Burda iki genç ayni şeye uğradılar. Elektromanyetik rezonansın bozulması için vücut gerilmelerinin yeterli olacağını düşündüm ve kendi omuzlarıma vur-

duruyordum. Vücut sarsılınca stressden kurtuluyordum. Onlara tarif etmek için omuzlarına vurmuştum. Her ikisi de feci stresslerden kurtulmuşlar. Biri beni şimdi bir velinimet sayıyor delilikten kurtardı diye. Ona psikiyatristler durumu bilmezler ilme faydalı olur ben istersem gidip söyler misin dedim. Evet cevabı verdi. Öbürü kimseye anlatma diye söyledi. Öyle bir noksanlık duygusu doğmuş ki açıklamama müsaade etmiyor. Açıklatmayan genç hipnotik transta sabotajların ve cinayetlerin yapılabileceğini kabul ettiğini söylemişti. Ben yanlız gönüllü olan genci getirebilirim. Benim birhayli yükümü çektin, ben de sana vak'a bularak huzur duyarım.»

.....

Bir diğer hastamız, tedâvilerle sağlanan sosyal salâh içinde günlük işlerini sürdürmekte, ancak, bizlerin, Klinikte tesis ettiğimiz bir «elektromanyetik dalgalarla psikanaliz» merkezinden kendisini devamlı tedâvi altında tuttuğumuzu ileri sürerek zaman zaman bu gayretlerimizden dolayı «teşekküre» gelmektedir.

Bu suretle, paranoid vak'alarda hezeyan ve hallüsinasyonlar, zaman zaman cezalandırma ve zaman zaman da mükâfatlandırma şeklinde görünür. Bu da, bir çeşit savunma mekanizması, hastanın kendi otizmi içinde gereği olan ceza ve ödülün gene kendisi tarafından temini gayretinden başka bir şey değildir.

Motor davranış bozuklukları

Şizofren hastanın dış görünüşü, mimikleri ve jestleri, kısacası motör davranışı klinik tablonun şekline ve hastalığın safhalarına göre çeşitli şekiller arzedebilir. Taze ve integrasyonu henüz pek bozulmamış vak'alarda ancak pek ufak değişiklikler vardır ve bunlar çok alışkın gözler tarafından seçilebilir. Ekseriyetle sakin, çekingen, sessiz, kendileriyle güç komünikasyon kurulabilen kimselerdir. Bazen de bunun aksine oldukça aktiv, iddialı, aggressiv ve hattâ hiddetli kimseler olarak ortaya çıkarlar. Basit şeklinde, genellikle üstüne başına bakmaz, ihmalkâr, ilgisiz, teşebbüs kabiliyeti olmayan, apatik, inaktiv, utangaç ve çekingen, sessiz bir kimse bahis konusudur. Bunlar sosyal faaliyetlerden, topluluk arasına girmekten daima kaçınırlar. Hebefreniklerin ise dış görünüşü huzursuz, aktiv, hareketlidir. Yüzleri mimik bakımından zengin ifadeler taşır. Ancak mimiklerinin heyecan ve düşünceleri ile ilgisi yoktur (absurdité), hattâ yüzün bir yarısının keder ve diğer yarısının da neş'e ifade eder bir hal al-



Katatoni

dığı, dudaklar gülümserken alnının ve kaşlarının çatıldığı dikkati çekebilir **(mimik dissosiasyonu)**. Konuşurken kaşlarını çatar, dudaklarını büzer, göz kırpar, birtakım yabancı ve anlaşılmaz ifadeler takınırlar **(manierizm)**. Garip ve anlaşılmaz jestler yaparlar. Lüzumsuz yere gülerler. Zaman zaman impulsif davranışlar olur. Bütün bu davranış örneklerinin hiçbiri dış stimulus ile uygunluk göstermez.

Katatonik şekilde bâriz bir inaktivite mevcuttur. Bu hal tam bir hareketsizlik haline kadar gidebilir. Vücut, belli bir pozisyonu uzun süre muhafaza eder. Sigarasını yakıp birkaç nefes çektikten sonra parmaklarının yanmasına rağmen sigara elinde adeta donup kalabilir. Bir köşeye çömelir, başını önüne eğer ve ellerinin arasına alır, bütün gün bu ebryolojik pozisyonda kalır, veya ayakta, bir elini havaya kaldırıp, nutuk verir gibi, bir taştan heykelmişçesine hareketsiz durur. Bazı hastaların vücutlarına balmumu gibi istenilen pozisyonun verilmesi mümkün olmaktadır **(flexibilitas cerea)**. Saatlerce öne arkaya sallanma veya belli iki nokta arasında gidip gelme, yahut da arka arkaya ve maksatsız bir şekilde saçlarını düzeltme hareketi gibi çok çeşitli şekillerde hareketlerin, hiçbir gaye olmaksızın, arka arkaya tekrarı müşahede edilebilir **(stereotipi)**. Beslenmeye kadar her şeyi reddine sebep olabilecek bir **negativizm** çok görülen belirtilerdendir. Birçok vak'ada gavaj sondası ile beslenmeyi icabetti-



Katatoni

rebilir. Bazen de bunun tam zıddına telkiniyet **(suggestibilité)** ortaya çıkar. Hasta söylenen sözleri aynen tekrarlar **(ekolali)**, karşısındakinin mimiklerini **(ekomimi)** ve jestlerini **(ekopraksi)** maksatsız bir şekilde ve adetâ bir ayna sadakatiyle yansıtırlar. Dış stimuluslara hiç cevap vermezken hastanın dışarda olan bitenlerden tamamen haberdar olduğu ve aylarca sonraki konuşmalarda olanları anlattığı da çok görülen vakıalardandır. Katatonik stupor içindeki hastanın pupillaları **hippus** denilen gayri muntazam kontraksiyon ve dilatasyonlar gösterebilir. Göz kapakları ekseriya sıkı sıkıya kapalı olup titremektedir.

Katatonik stupor zamanlarında bazen anî eksitasyon ve impulsionlar ortaya çıkabilir. Şiddetli psikomotor aktivite, aggression, üstünü başını ve yatağını yırtıp parçalamalar, intiharlar görülebilir. İntihar ekseriya önceden tasarlanmadan, etrafını bile şaşırtacak derecede absürd bir davranış olarak meydana gelir.

> Klinikteki günlük hayatı çok sakin, etrafı ile ilgisiz, manierizm sebebiyle ekseriya güler yüzlü gibi görünen bir hastamız bir ziyaret günü sonunda babasının bir file içinde getirdiği meyvaları yemiş ve boş kalan file ile de kendisini asıp intihar etmiştir. Şizoaffektif reaksiyon ve atipik depression gösteren bir diğer hastamız önce bilek damarlarını kesmiş, kurtarıldıktan sonra 5 metrelik bir bacadan atlamış nihayet bir gün ensesine bir makasın ucunu ya-

vaş yavaş sokarak intervertebral mesafeden cysterna'ya kadar girmişti. Kliniğe getirildiğinde ensesindeki delikten liquor cerebrospinalis akmakta idi.

Paranoid tipte motör davranış bakımından büyük bir kusur göze çarpmayabilir. Perseküsyon hezeyanları sebebiyle dış görünüşleri ciddî, mağrur ve düşmancadır. Esrarengiz tavırlar takınır. Bununla beraber, hastalığın ilerlemesi ve şahsiyet yıkılması sebebiyle zamanla kapalı, apatik ve indifferan hal alır.

Diğer şizofreni tiplerinde şizofrenik semptomatolojinin affektiv, nörotik ve sosyopatik belirtilerle birlikte ortaya çıkması dikkati çeker. Bu arada, bazı obsessive-compulsive neurosis gibi teşhis edilmiş vak'alardaki semptomların ileri derecede absürd olması, bir nörozla bağdaştırılamıyacak ve stereotipi tarzında ritüellerin müşahede edildiği ve bu gibi vak'aların da birer şizofreni olarak telâkkisi gerektiğini ilâve edelim.

Klinik şekilleri

Şizofreni, seyri esnasında, şimdiye kadar anlatılan ana semptomları ve karakteristik çizgileri daima taşımak şartiyle, çeşitli klinik tablolar gösterir. Nitekim, konuya başlarken «hebefreni, basit şekil, paranoid form ve katatoni» gibi klinik formları kısaca tarif ederek özelliklerini belirtmiştik. Şunu hemen kaydedelim ki, şizofreninin bu klinik formları birbirinden kesin olarak ayrılmış tablolar değildir. Daima şizofreninin ana semptomlarını ihtiva ettikleri gibi, bir klinik formdan diğerine geçiş de her zaman mümkündür.

Hebefrenik şekil :

Sık raslanan bir tiptir. **Morel** tarafından ilk defa tarif edilmiştir. Genç yaşlarda, 18-20 yaş arasında başlar. 20 yaştan sonra çok nâdirdir.

Başlangıç oldukça sinsi ve yavaştır. Okul öğrencisi ise başarısının gittikçe düştüğü, çevreyle ilgisinin kaybolduğu dikkati çeker. Bazen baş ağrısı ve çeşitli hipokondriler görülebilir. Zamanla daha agressiv ve hırçın bir karakter kazanır. Hastalık belirtileri yerleşdikten sonra ön plânı eksitasyon hali işgal eder. Huzursuz, hareketli, çok konuşan, agressiv bir karakter kazanır. İlk bakışta siklofreninin mani şekline benzetilebilirse de muhtevanın fakirliği ve monotonluğu, fikir iştirâkindeki gevşeme, konuşmanın dikişsiz karakteri ve hattâ kelime salatası halini alması, affekt kusuru teşhisi kolaylaştı-

rır. Mimikleri absürd ve dissosiyedir. Bazen nutuk verir gibi, mubalâğalı mimik ve jestlerle konuştuğu görülürse de, gene konuşma muhtevasının çok fakir olduğu ve mimik ve jestleri ile konuşması arasında bir paralellizm bulunmadığı müşahede edilir. Hebefrenide yıkılma, defisiter semptomlar oldukça hızlı gelişir.

Katatonik ve hebefreno-katatonik şekiller :

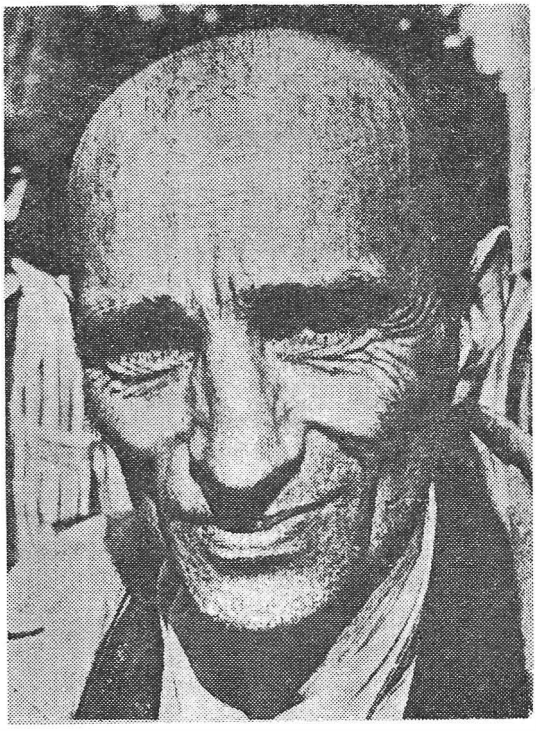
Saf katatoni hallerinde bir psikomotör yavaşlama dikkati çeker. Hasta adeta stupor haline varan bir durgunluk içine girmiştir. Bu arada tamamen passif bir tavır takındığı, vücuduna verilen her şekli, güç pozisyonlar bile olsa kabul ettiği (flexibilitas cerea) ve bu pozisyonunu uzun zaman koruduğu (akinetik stereotipi veya katatoni) görülür. Konuşma ileri derecede bozulmuştur. Tekrarlar (verbal stereotipi) ve ekolali dikkati çeker. Jest ve mimikleri -varsa- tamamen saçma, sapık ve ilgisizdir. Mimikleri ve jestleri de tamamen personalitesini kaybedip ekomimi ve ekopraksi halini alabilir. Zaman zaman bu stupora yakın hal içinde bulunan hastanın ataklıklar ve eksitasyon halleri gösterdiği müşahede edilir (katatonik ajitasyon). Karşısındaki her jest, mimik ve sözü taklid edecek derecede telkiniyet (suggestibilité) içinde olan hastanın, bununla tamamen paradoks bir davranış içine düştüğü, yaptırılmak istenen her şeyi reddettiği dikkati çeker (menfiyet - négativisme).

Bazı vak'alarda katatoni ile birlikte bir çeşit ajitasyonun beraberce görüldüğü müşahede edilir (hebefreno-katatonik tipler). Bunlarda hareketler daha ziyade motör stereotipiler tarzındadır. Belli bir hareket örneğini hasta arka arkaya ve maksatsız olarak tekrarlar durur.

Paranoid şekil :

Ön plânda muhakeme bozuklukları ile kendini gösteren tiptir. Hasta şiddetli paralojik düşünce mekanizmasıyla her an değişen, sistemsiz hezeyanlar içine düşer. Özellikle perseküsyon hezeyanları, tesir hezeyanları, referans fikirleri, büyüklük hezeyanları tabloya hakimdir. Hemen her duyum sistemini ilgilendiren hallüsinasyonlar görülür. İşitme hallüsinasyonlarından kurtulabilmek için kulaklarına kâğıt, bez parçaları, pamuklar tıkayan bu çeşit hastalar ilk bakışta tanınırlar. Daima bir noktaya dikkatlerini toplayıp, gaipten gelen bir sesi dinler halleri vardır.

Paranoid şizofreni ile paranoia ve paraphrenia gibi diğer para-



Kronik paranoid psikoz

noid psikozları birbirinden ayırd edebilmek için şu noktalara dikkat etmek gerekir:

	Hezeyan	Hallüsinasyon	Demans
Paranoia	var (sistemli)	yok	yok
Paraphrenia	var (sistemli ?)	var	var
Paranoid şizofreni	var (sistemsiz)	var	var

Görüldüğü gibi, paranoid şizofrenide hezeyanlar «sistemsiz» vasıftadır. Devamlı olarak mahiyet değiştirir. Mistik, persekütif hezeyanlar, büyüklük fikirleri, keşif iddiaları birbiri peşinden sıralanır durur. Ayrıca hasta, karşısındakini bu hezeyanına inandırmak, ikna etmek için bir gayret göstermemekte, hezeyanını bazı delillerle desteklemeye çalışmamaktadır.

Paranoid şizofreni nöroleptik tedâvisine en müsait cevap veren şekildir. Hezeyan ve hallüsinasyon birer liberasyon belirtisi, pozitif semptom olduklarından tedâvi ile oldukça kolay silinebilmektedirler.

Basit şekil (schizophrenia simplex) :

Hemen sadece bir affekt yıkılması ve otizm ile kendini gösteren tip olup genç yaşlarda ve sinsî başlayışı, uzun zaman tanınamaması, zamanla zekâ melekelerinde yıkılma yapması ile belirlenir. Bazı vak'aların belli bir affekt küntleşmesinden ileri gitmediği, stasyoner kaldığı vardır. Bu gibi kimselerin ilerde nisbeten sosyal adaptasyonlarını yapabildikleri, ufak tefek bir iş sahibi olup hayatlarını kendi başlarına sürdürebildikleri, çevrelerince kimseyle konuşmayan, «garip huylu», kılık kıyafetine dikkat etmiyen, «derviş meşrep», pejmürde kıyafetli kimseler olarak, bilindikleri dikkati çeker. İlerleyen vak'alarda yıkılma hızla kendini gösterir. Nöroleptik tedâvilerinden hemen hiç faydalanmaz. Bu çeşit şizofrenilere «nükleer» veya «malign» şizofreni adı da verilmektedir.

Psikastenik şekil :

Klâsiklerce tarif edilmeyen bu tip tarafımızdan teklif edilmektedir. Birçok psikasteni veya obsessiv-kompulsiv nöroz teşhis edilen vak'ada obsession ve fobilerin tamamen birer hezeyan vasfında oldukları, absürd ve paralojik mantığın bir sonucundan ibaret bulundukları dikkati çekmektedir. Bu kabil vak'alarda kompulsiv davranışlar, ritüeller ve maksatsız bir şekilde ard arda tekrarlanan birtakım aktlar da birer stereotipiden başka bir şey değildir. Bu hastalar bilinen psikonevroz tedâvilerinin hiçbirinden (analitik tedâviler dahil) faydalanamamaktadırlar. Zamanla hastalık semptomları bütün günlük aktivitelerine hakim olmakta ve sosyal adaptasyonlarını tamamen bozmaktadır. Psikometrik tetkiklerinde özellikle Hanfhamm - Kasanin testi ile mücerred düşüncenin ileri derecede yıkıldığı, teferrüatçılık, müşahhas düşünce, çağrışımlarda gevşemenin bulunduğu tesbit edilmektedir. Bu vak'aları «psikonevroz» etiketi altında toplamaya imkân olmadığı gibi, bütün özellikleri itibariyle de şizofreni kadrosuna girmektedirler. Bu cihetle, şizofreninin bir de «psikastenik» şeklini kabulde zaruret vardır.

> 31 yaşında, yüksek öğrenimini yapmış ve öğrenimi ile ilgili bir mesleği olan hastamız, 3 sene önce bir tiyatroda, arkasında oturan bir kadını komşusu olan bir kötü kadına benzetmiş. O kötü kadının bahçesine adam aldığını görür-

müş. Bu kadına, «biz de bekârız» manâsına bir işaret yapabilmek için koltukların arasından ayakkabısının ucuna dokunmuş. Skandal çıkmış, karakola gitmişler. Karakolda önce inkâr etmişse de sonra zorla tarziye vermiş. O andanberi bu iş bir «vicdan azabı» şeklinde içinde kalmış. Sanki içi yanıyor, beyninde hep bu fikir dönüyormuş. Bir sene sonra çalıştığı dairede otururken bir arkadaşı başını tutup çevirerek «bak, bu kadın ablana benziyor mu?» diye bir kadını göstermiş. Bununla kendi karısının o kadına benzeyip benzemediğini sormuşsa da, aslında bununla - belki de - o hadiseyi ima etmek istediği zannı hasıl olmuş. Zaten herkesin bu işi duyduğu, her sözleriyle ondan bahsedip onu ima ettikleri hakkında şüpheleri var. Başı yanıyor, «beton gibi», «kaskatı» oluyormuş. Hayatı sevemiyor, insanlardan kaçıyormuş. İlk görünüşte bir obsession nevrozu intibaını veren vak'anın şüphe hezeyanına ve perseküsyona kadar varan endişeleri mevcut. Hanfmann-Hasanin testinde toplam puan 14, başarı derecesi % 40. Bu test sonuçlarına göre mücerret düşünce kabiliyeti ileri derecede yıkılmıştır. Tematic Apperception Test'de emotif muhteva çok silik, tefsirler kısır, şekiller arasında irtibatlar bozuk. İntiba: hiperemotif bir hadise olmaktan çok dissosiativ vasıf arzetmektedir.

Mizofobi ve lyssaphobie (kuduz olma korkusu) gösteren, klinik olarak obsessiv-kompulsiv neurosis teşhis edilmiş bir kadın hastamızın kendi yazdığı şikâyetleri: «Her gece sabaha kadar tuvaletle oğraşırım. Kim girerse benim haberim olur. Çocukların yataklarını yarım saatte düzeltirim. Çarşafları, yorganların üstündeki pikeleri bir bir yokluyorum, acaba ıslaklık var mı, bir yer taştı mı diyorum. Saat on, kızımı almaya gidiyorum. Büyük çantamı aldım, içine lekeli bir mendil koymuş çocuklar. Yine bir yere mi koydular, yoksa tuvalet mi taştı. Evdeki kıza soruyorum, aldırmıyor, çünki temsil dinliyor. Benim halim meydanda, ben bu kafayla temsil dinleyebilir miyim? Okul dönüşü eve geldim, şifonyerin üstündeki esansın yeri değişmiş, ağzı oynamış. Bunları kimin yaptığını sordum, kız, oralar lekeliydi ben sildim dedi. Acaba tuvalet veya banyo taştı da ondan mı sildi diye kendi kendimi yiyorum. O kadar sıkılıyorum ki kalbim mengene gibi sıkışıyor. Ufak tefek yıkanacakları kız yıkıyor, ben de başında bekliyorum. Ya tuvalete sürerse... Onları astıktan sonra tâ kuruyup yeri-

ne koyana kadar ne otururum, ne de bir yere çıkarım. Ya elini biri sürerse yahut da bir leke görürüm de lâğım taştı diye sorup tekrar hasta oluyorum. Çocukları yıkıyorum, ben hamama girip onları yıkayamam, çünki hamama girdiğim zaman kendim yıkanıp çıkamam ki çocukları yıkayayım. Kız yıkıyor, ben bornozla kapıda bekliyorum. Bir misafir gelir de bornoza elini sürerse işte onlar yıkanana kadar ben de helâk oluyorum. Daima bacaklarım titriyor. Kocam sinirleniyor. Bu evde bornozu alıp yıkanamazsın ki, iki saat kurna şartlanacak, bornoz dışarda giyilecek, o da yıkanana kadar bornoz elimde bekliyorum. Akşam üstü börek için tepsiyi yıka diyorum, kız yıkamış, masaya koymuş. O sırada ben kapıyı açtım, kız tuvaletten çıktı. Kendi kendime ille tepsiyi tuvaletten çıkardı diyorum, oraları sile sile helâk oluyorum. O anda içimin sıkıntısını sizce malûm. Çocuklar kocamın ceketini koyduğum iskemleyi almış ve ceketi başka iskemleye koymuşlar. İskemlenin yanında çamaşırlar duruyor. Çamaşırları cekete sürdün diye adamakıllı dövdüm, ondan sonra ben dahil bütün evin huzuru kaçtı, akşam üstü kocam geldi, kapıyı açtık, oğlum terliklerini getirdi. Ben zaten kapıya yaklaşamam, kedi, köpek gelir diye. Parmağım kapının kilidine değdi, acaba köpek değmesin, çocuklar ne olur söyleyin. Kapıcıdan kömür istemeye kocam kapıya çıktı, dirseklerini korkuluğa dayadı. Ben bunu görünce mahvoldum. Oraya paspasları koyuyorlar, buraya dayanılır mı hiç. Hemen bir sabunlu bez yaptım, en aşağı altı kere sildim adamcağızın kollarını. Akşama sinemaya gidiyoruz. Defalarca yalvardım beni götürmeyin diye. İlle gideceksin... Evden çıktık, bacaklarıma kedi süründü, köpek süründü, deliler gibi kocamın kolunda en aşağı yirmi kere dönüp bakmaktan perişan oluyorum. Sinemada film seyredemiyorum ki, eğilip ayağıma bakmaktan, çizme olmasına rağmen (hastamız kedi köpek sürünmesin diye çizme ile gezmektedir).

Bir diğer hastamız herhangi bir yere dokunsa 44 defa elini yıkıyor, tam yıkayıp yıkamadığını kontrol için devamlı olarak yanında bir şahit bulunduruyor ve ona kaç kerre yıkadığını saydırıyordu. Bu ritüelleri tamamen bir stereotipi mahiyetinde idi.

Bir başka vak'a:

«1971-1972 de İstanbul Hukuk Fakültesine kaydolundum.

Üçüncü sınıfa kadar takıntısız geçtim. Üçüncü sınıfta bir gün derste otururken önümdeki sıraya ayağım sıkıştı ve o sıranın arkası koptu. Devlet malına zarar verdim diye içime bir sıkıntı ve şüphe geldi. Amme hizmeti gören bir yere zarar verdiğimden dolayı duyduğum vicdan azabı benim ders çalışmamı, okula devamımı engelledi. Zaman zaman sınıfın kapısından kimseye göstermeden bakar, sıranın arkasını halâ yapılmamış görür ve üzüntü, sıkıntı içinde kaçar giderdim. Böylece dört dersten ikmale ve neticede sınıfta kaldım. Kasten yapmadığımı, verdiğim zararın ise devede kulak değil kıl bile olamıyacağını, herkesin neler yaptığını bildiğim halde bu fikri kafamdan atamıyordum. Suçluluk duygusu beni kavuruyordu. Ekim döneminde baktım sıra tamir edilmiş, oh... rahatladım ve hemen derslere başlayarak dört dersi verip sınıfı geçtim. Birgün sınıfta otururken oturduğum sıra gıcırdadı. Aman, acaba bir zarar mı verdim diye diğer sıraları tetkik ettim, aralarında herhangi bir fark yok. Ama gene de amme malına zarar verdim fikri beni yakıp kavurmaya başladı. Öylesine bir üzüntü ki, kendime ait herşeyi örtüyor. Birkaç ay sonra ağabeyim, yakında da babam öldüler, inanır mısınız, onların ölümüne ağlayamadım. Üniversitede bir arkadaş grubum yoktur. İçine kapanık bir yaradılışım var, kendi kafamdan konuşuyorum. Kimse ile ilgim yok...

Bu ifadelerde psikastenik gibi görünen birtakım takılmalar, bir türlü karara varılamayıp fâsid daire içinde dönmeler yanında affekt sapması ve saplanması ile otizm de açıkca görülmektedir.

Şizonevroz'lar veya psödonevrotik şizofreni :

Nevroz sınırları içinde kalıp şizofreniye has karakter taşıyan bazı vak'alara şizonevroz adı verilmektedir. Bu kabil vak'alar bugün kliniklerde «psödonevrotik şizofreni» adı ile de tanınırlar. Bu grupta **Claude**'un tarif ettiği schizose'lar ve héboidophrénie **vak'ala**rı da mütalea edilir.

Claude'un şizoz diye isimlendirdiği vak'alarda, şizoid mizaçlı kimselerde zaman zaman görülen atipik depresyon nöbetleri ele alınmaktadır. Bunlara şizomani ismi de verilmiştir. Her eksitasyon

sırasında bir şizofreninin geleceği, hebefrenik bir psikozun yerleşeceği zannedilirse de bir süre sonra eksitasyonun durulduğu görülür. **Magnan**'ın tarif ettiği ve nükslerle giden «bouffé délirante»lar, **Dide** ve **Giraud**'nun «psychose périodique» diye isimlendirdiği klinik tablolar da bu bölüme girebilir.

Heboidofren esas itibariyle antisosyal bir şahıstır. Passif, durgun, daima kederli görünüşlü, dış uyaranlara cevap vermiyen, afeksiyonu künt, hiddetli, hırçın bir yapıya sahiptir. Herhangi bir psikoterapötik yaklaşım kabil olmaz. Bir çeşit otizm içinde yaşıyan hastanın lüzumsuz bazı işlerle adeta bir stereotipi şeklinde meşgul olduğu dikkati çeker. Şizoid psikopatlar da bu grupta ele alınabilir. Gene bazı kronik nevrasteni ve depression vak'aları, atipik belirtileri sebebiyle şizofrenik çizgileri taşımaktadırlar.

Genellikle **psödonörotik** terimi, hiç değilse başlangıçta, asıl psikoz belirtilerinin anksiete ve nörotik arazlarla örtüldüğü halleri ifade eder. Başlangıçta psikotik vetire bir çeşit diffüz, şiddetli bir serbest anksiete tarafından örtülür (pan anxiety). Bu sıkıntıya bir taraftan da, hastanın kendisindeki bazı değişiklikleri görüp değerlendirememesi sebep olmaktadır. Dış dünyanın stress'lerine cevap verememe anksieteyi doğurmakta ve buna karşı bir savunma mekanizması halinde regression (gerileme) meydana gelip klinik belirtiler ortaya çıkınca sıkıntı da kaybolmaktadır. İşte bu safhada bir cins nörotik depresyon tarzında, fakat şizofrenik elemanları daima taşıyan **«atipik depresyon»** tablolarına da raslanır.

Bir hastamız bu belirtileri şöyle anlatıyordu:

1) Genel bir çöküntü içindeyim. Kendimi çok halsiz hissediyorum. Devamlı yatmak istiyorum. Bu ise bende sıkıntı yaratıyor. Çok sıkılıyorum.

2) Yabancılaşma hissi var. Aynaya baktığım zaman kendime karşı bir yabancılık hissediyorum. Sanki kafam tam manâsiyle aynadaki görüntüyü almıyor.

3) Yabancılaşma hissi yalnız kendim için geçerli değil. Tanıdıklarım için de ayni hissi duyuyorum. Meselâ annemi gördüğüm zaman yabancı geliyor, kafam almıyor.

4) Konuşurken sanki ben konuşmuyormuşum gibi bir his var. Sanki başka bir şey beni konuşturuyor. Bir içgüdü veya altıncı his.

5) Kafamda bir sersemlik var. Kafam etrafı almıyor. Yolda yürürken sanki bir içgüdü veya altıncı his bana yolları bulduruyor. Bir kalabalıkta birisini aramak icabederse

kafamı toplayıp aradığım kimseye teklif edemiyorum.

6) Ben benmiyim, ben neredeyim, meselâ yürürken şimdi ben yürüyor muyum gibi sualleri kendi kendime soruyorum.

7) Bazan rüyada yaşıyormuşum gibi bir his içine giriyorum.

8) Bazı korkularım var, meselâ yükseklikten, sesten korkuyorum. Yüksek bir binada huzur içinde oturamıyorum.

Bu ifadelerde atipik depression ve psödonörotik belirtiler yanında tesir fikirleri, dissosiasyon, depersonalizasyon ve affekt kusuru da aşikâr bir şekilde göze çarpmaktadır.

Çocuk şizofrenisi :

Şizofrenik davranış ve düşünce kusurlarının çocukluk devresinde, özellikle 15 yaşına kadar ortaya çıkması halidir. Psödoaffektif, psödonörotik, psödo-psikopatik ve hebefrenik belirtilere raslanır. Ancak, bunun gerçek bir şizofreni olup olmadığı tartışmalıdır ve bu bakımdan bugün «**çocuk psikozu**» gibi daha geniş anlamlı bir terim tercih edilmektedir. Konu bir genel psikiyatri kitabının sınırları dışına aştığı ve çocuk psikiyatrisi bahsi olduğu için burada üzerinde durulmayacaktır.

Başlangıç belirtileri

Şizofreni, hastalık yerleştiği zaman gösterdiği çeşitli klinik formlar gibi ,başlangıçta da birbirinden çok ayrı ve farklı şekiller arzeden bir hastalıktır. Şizofreni tedâvisindeki başarı hastalığın erken teşhisiyle yakından ilgili olduğu için şizofreninin başlangıcını gözden kaçırmamak ve az çok atipik davranış kusurları gösteren her gençte bir şizofreni ihtimalini göz önünde tutmak gerekir.

Çok çeşitli başlangıç şekilleri şu üç grupta toplanabilir:

(1) Gizli başlayan ve progressif seyir gösteren tip,

(2) Anî başlangıçlı tip,

(3) Mediko-legal tip.

O güne kadar normal bir hayat yaşayan, hattâ parlak bir zekâ seviyesi gösteren, derslerini çalışıp çevresiyle ilgilenen bir gencin günden güne içine kapandığı, kendisini çevreden izole etmeğe başladığı, meselâ öğrenci ise okulda, teneffüslerde arkadaşlariyle birlikte eğlenmeyip bir kenara çekilerek oturduğu dikkati çeker. Kendini

beğenmiş, kaba bir tavrı vardır. Birtakım yüksek meselelerle meşgul olur görünürken asıl kendinden bekleneni, derslerini ve işini ihmal eder. Karakteri değişir. Hırçın, saldırgan bir hal alır. Arkadaşlarına, hattâ ana babasına elle tecavüz ettiği, tokat attığı, kavga çıkardığı görülür. Duyarlığı, affektivitesi günden güne azalır. Başlangıçta basit bir yorgunluk gibi mütalea edilen, çevresi tarafından çeşitli üzüntülü olaylara, derslere, imtihanlara, başarısızlıklara, kız arkadaşlariyle ilgilerine bağlanmak istenen bu hal, aslında malign bir hastalığın sinsi başlangıç devresinden başka bir şey değildir.

Bazı vak'alarda sinsi başlangıç, astenik ve hipokondriak belirtilerle ortaya çıkar. Müphem, iyice tarif edilemiyen ve çeşitli ağrılar, baş ağrıları, baş dönmeleri, iştahsızlık, kabız gibi belirtiler bir nevrasteniyi andırırsa da, hastanın bu belirtilerini anlatış tarzı ve mütemadiyen bunlarla meşgul olmasındaki saçmalık, manâsızlık ve çocuksu hal dikkati çeker.

Nevrotik ve psödo-obsessionel şekillerde başlayan vak'alarda hastanın gittikçe hiddetli, impulsif ve sebatsız bir mizaç kazandığı, çevresi ile devamlı surette zıt gittiği ve şiddetli sıkıntı hissi içinde bulunduğu dikkati çeker. Bu safha pre-psikotik devredir. Şahıs kendisini «değişmiş» olarak hissetmektedir. Böyle hastaların sık sık aynaya bakıp kendilerini tetkik ettiklerini görürüz (ayna delili). Cinsî iktidarsızlığı, homoseksüel eğilimleri olduğu hakkında obsessionları, mikrop, hastalık korkusu, bazen delirme korkusu vardır.

Bazı genç kızlarda histeri nöbetleriyle hastalığın ilk semptomlarını gösterdiği, ağlama nöbetleri, saçma ve uygunsuz aşklar ile ortaya çıktığı kaydedilmiştir.

Yukarda anlattığımız sinsi ve gizli başlangıç şekilleri yanında ânî ve gürültülü başlayan şizofreniler de vardır. Böyle başlangıçlar özellikle katatonik tipte görülür.

«Atipik eksitasyon» dediğimiz şekilde tıpkı mani nöbetinde olduğu gibi motor ajitasyon, lögore, fikir kaçışı ve mizaç dalgalanmaları müşahede edilir. Fakat ajitasyondaki monotonluk, öfori eksikliği, agressivitenin daha fazla olması ve muhtevanın saçmalığı, absürd'lüğü hemen dikkati çeker. Bazen bu maniye benzer tablo hızla değişerek şizofreni belirtileri açıkça ortaya çıkar. Bazen ise eksitasyon halinin düzeldiği, zamanla, tıpkı bir siklofreni nöbetinde olduğu gibi defalarca tekrarladığı görülür. Hastanın geçmişini araştırırsanız bir siklofren ailenin çocuğu olmadığı anlaşılır. Her eksitasyon hali biraz daha absürd, biraz daha realiteden uzak, biraz daha «hezeyanlı» gösterilerle önümüze gelir ve sonunda şizofreni, bütün klinik özellikleriyle yerleşir.

«Atipik depression» dediğimiz tablo da daha ziyade melankolik belirtilerle ortaya çıkan şekildir. Motor hareket eksikliği, çeşitli suçluluk duyguları, gıda reddi, intihar fikirleri ile beraber şizofreniye has mantık kusurları, paradoksal ve paralojik düşünceler, mistik fikir müşahede edilir.

Bazı şekillerinde hastalığın hezeyanlarla başladığı, polimorf perseküsyon hezeyanları, mistik fikirler ve hipokondrilerle ortaya çıktığı görülmektedir. Bunlara zaman zaman eksitasyon ve depression halleri de refakat eder. Ruhî otomatizm ve işitme hallüsinasyonları mutaddır.

> O zamana kadar hemen hiçbir patolojik davranışı dikkati çekmiyen genç bir hastamız, bir gün Tünel meydanında bir fotoğrafçının vitrinini seyrederken birdenbire yerden bir taş alıp vitrin camlarını kırıyor. Götürüldüğü karakolda bu hareketini şöyle izah etmektedir: «vitrindeki bütün resimler bana küfür ediyorlardı, onun için vitrini taşladım...»

Bir mental konfüzyon tablosu da bazen şizofreninin başlangıcı olabilir. Eksitasyon ile beraber orientasyon bozukluğu ile ortaya çıkan konfüzyon mental durulurken şizofrenik belirtiler kendini gösterir.

Adlî tıp şeklinin başında askerden kaçmalar gelir. Herhangi bir sebebe bağlanmaması, bizzat hasta tarafından da izah edilememesi ve herhangi bir uğraşma olmadan gerçekleştirilmesi, meselâ istasyonda rastladığı trene ginerek memleketine gitmesi bu kaçışın patolojik tarafına dikkati çeker. Bazen hastalık bir cinayetle ortaya çıkar. Burada sözünü ettiğimiz, hastalık belirtileri ortaya çıkmış bir şizofrenin yaptığı cinayet değil, fakat o zamana kadar tamamen normal tanınan bir şahsın, herhangi bir mücadele sonucu olmadan, izah edilebilir bir sebebe bağlanmadan, birdenbire ve soğukkanlılıkla adam öldürmesidir. Cinayet olayı karşısındaki affeksiyon kusuruna bağlı soğukkanlılığı ve sapık mantığı hastalık teşhisini koydurur.

Etyo - patogenetik teoriler

Şizofreni'de bir «Etyoloji» ve bir «Patogenez» den bahsetmenin güçlüğü karşısında bu başlığı kullanmayı - daha az iddiasız bulduğum için - tercih ettim. **Şizofreni bir hastalık değil, bir savunma reaksiyonları topluluğu'dur.** Sinir sisteminde belirli bir defekti olan

kimsenin, çevrenin stress'leri karşısında bir çeşit kendi bütünlüğünü muhafaza etme, homeostasis'ini, ruhî dengesini, patolojik seviyede bile olsa, bulma gayretidir. Bu bakımdan şizofreni etyolojisi, meselâ bir pnömoni veya tifonun etyolojisine, psikiyatriden bir örnek alalım, bir paralizi jeneralin etyolojisine benzetilemez, ayni tipte bir sınıflandırma ile ele alınamaz. Şizofreni patogenezi de bir kardiyopatinin, bir nefropati'nin patogenezinden tamamen ayrı karakter çizgileri taşımaktadır.

Şizofren hastaların çeşitli özellikleri, etyo-patogenetik açıdan incelenmiştir. Bu arada **heredite**'nin rolü üzerinde durulmuş, belli bir genle nakledilen bir enzim yetersizliği veya biyokimyasal defektten söz edilmiştir. **Kallmann**'ın araştırmaları (1953) özellikle tek yumurta ikizlerinde şizofreni oranının % 86,2 ye kadar yükseldiğini göstermiştir. Bizim müşahedelerimiz de (Songar - Adam) bu sonuçları doğrular mahiyettedir. Normal şahıslarda şizofreni dağılımı % 0,85 iken bu oran şizofrenik ailelerde % 16,4 e yükselmektedir. Eğer ana ve babadan her ikisi de şizofren olursa bunların çocuklarının % 68,1 nisbetinde şizofren olması beklenir. Ancak, görüldüğü gibi tek yumurta ikizlerinde bile herediter intikal % 100 olmamaktadır. Bu, ırsî yüklülüğün, sinir sistemi defektinin, bir hastalığa müncer olabilmesi için çevre faktörlerinin de gerektiğinin bir delilidir.

Çeşitli araştırmalar, 1940 yıllarında Amerika Birleşik Devletlerinde bir «schizophrenogenic mother» tabirinin ortaya atılmasına sebep olmuştur. 1949 da **Tietze**, şizofrenlerin annelerinin domine edici, bastırıcı, sıkıntılı, obsessif ve ekşeriya frijid ruhî yapılarını ortaya koymuştur. Bu arada ana-baba geçimsizlikleri ve huzursuz aile ortamı da bir kolaylaştırıcı faktör olarak alınmaktadır.

Aile çevresinin arkasından sosyal çevre şartlarındaki uygunsuzluk gelir.

Beden yapısı özellikleri üzerinde durulmuş, **Kretschmer**'in leptozom ve astenik tiplerinin, **Sheldon**'un ektomorf beden yapısına sahip insan örneğinin şizofreniye yatkınlığı gösterilmek istenmiştir.

Bir zamanlar çeşitli infeksiyonlar, bu arada tüberküloz itham edildi, fakat bu görüşler ne taraftar ve ne de isbat imkânı bulabildi.

Seymour Kety (1959) şizofrenlerdeki biyoşimik defektleri araştırmış ve bunları şu beş grupta toplamıştır:

(1) Oksijen, karbonhidrat ve enerjetikler;

(2) Aminoasidler ve aminler;

(3) Epinephrine hipotezi;
(4) Ceruloplasmin ve taraxein;
(5) Serotonin.

Şizofrenlerde bir çeşit karbonhidrat metabolizması bozukluğunun da üstünde durulmuştur **(Özaydın)**. Lysergic acid diethylamide gibi hallüsinojen droglarla birtakım model psikozların ortaya çıkması ve bazı araştırıcıların bu tabloları şizofreniye çok benzetmesi, diğer taraftan bu maddenin anti-serotonin etkisi, şizofreni ile serotonin metabolizması arasında bir ilgi kurulmasına yol açmıştır. Ancak, ne LSD ile meydana gelen toksik tablo bir **model psikoz**'dur **(Songar)** ne de serotonin ile şizofrenik belirtiler arasında kesin bir ilişkiyi göstermek mümkün olabilmiştir.

EEG araştırmaları da şizofrenlerde bir karakteristik bulgu vermekten çok uzaktır. Ancak sıkıntılı, huzursuz vak'alarda, bu sıkıntının non-spesifik bir belirtisi olarak düşük amplitüdlü ve seri frekanslı bir trase elde edilmiştir.

Psikojen faktörler arasında izolasyon önemli bir yer işgal eder. Nitekim, Hebb'in kollej talebesi gönüllülerde yaptığı izolasyon denemeleri sonunda stimulus açlığı, zaman kavramının bozulması, telkiniyet ve izolasyon uzadıkça hallüsinasyonlar tesbit edilebilmiştir. Çeşitli hapis psikozlarında ve izole edilen siyasî mahkûm ve tutuklularda da buna sıklıkla rastlanmaktadır. Şizofren hastayı, hatalı çalışan sinir sistemi sebebiyle kendisini otizmi içinde izole eden bir insan olarak ele alırsak, izolasyonun etyolojik değil, fakat patogenetik önemi, semptom formasyonundaki rolü daha iyi anlaşılır. Bunun yanında ve buna eklenmiş, dış memleketlerde tahsil veya esir, hapislik gibi zorunlu izolasyon hallerinin de latent bir psikozu başlatıcı etkisini gözden uzak tutmamak gerekir.

Fenichel şizofreniyi bir regression (gerileme) fenomeni olarak göstermektedir. **Bellak** (1958) şizofrenide bulunan ego fonksiyonlarının bozukluklarını realite ile ilgili bozukluklar, motivasyonların kontrolündeki bozukluklar, objelerle münâsebetlerdeki bozukluklar, düşünce vetiresindeki bozukluklar, savunma fonksiyonundaki bozukluklar diye sınıflandırmıştır. **Jung**, «Dementia praecox'un psikolojisi» isimli kitabında, daha çok çocuk şizofrenisinin klinik tablosu ile meşgul olmak gerektiğini ileri sürmüştür.

Freud psikanalizi, şizofreniyi bir regression olarak görür. Gerçekten de semptomlar tetkik edildiği zaman bunların ilkel ve abstraksiyondan yoksun karakteri bu regressionu açıkça ortaya ko-

yar. Böylelikle, şizofreni, yukarda da belirttiğimiz gibi, defektli sinir sisteminin bir **savunma reaksiyonu** olarak ortaya çıkar.

Freud, daha çok psikonevrozlarla uğraşmış olmakla beraber, şizofrenik düşünce tarzının rüyalardaki gibi ilkel ve sembolik karakterine de dikkati çekmişti. **Jung** da bu özellik üzerinde duruyor. Ona göre, rüya gören bir kişi uyandırılsa ve uyanıkken rüyasını devam ettirse bir şizofreni tablosu ile karşılaşmamız gerekir.

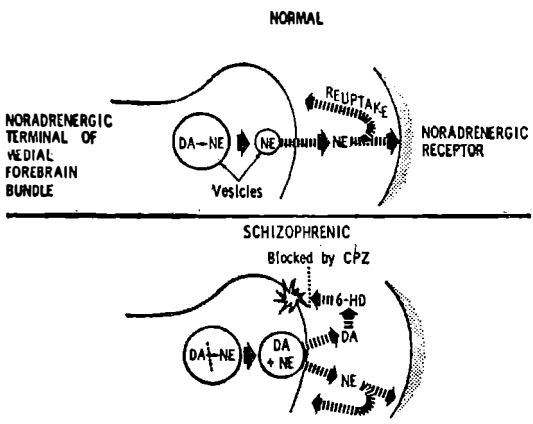
Psikanalitik teoriye göre şizofrenide ister psikojen olsun, ister organik olsun, hastalık âmili libido gelişmesinin narsistik seviyede takılmasına sebep olmaktadır. Normal gelişim seviyesine erişmiş bir kişilik de hayatın sonraki dönemlerinde, değişik stress'ler karşısında bir çeşit gerileme (regression) gösterebilir ve daha ilkel bir gelişme seviyesine iner. Libido dışardan geri çekilerek kendisine yansıtılır (sekonder narsisism). Burada, stress karşısında dış çevreye uyumunu yapamıyan ferdin bir çeşit savunma mekanizması ile karşılaşıyoruz. Dış ilişkilerini mümkün mertebe azaltacak, libidosunu kendi içine yansıtacak, kendi kurduğu otistik, içe kapalı ve ilkel dünyasında yaşayan bir yeni adaptasyon imkânı arıyacaktır. Evvelce de anlattığımız gibi, libido, cinsel enerjinin dinamik belirtisidir ve normal gelişimde ilk çocukluk dönemlerinde ego-libidosu dediğimiz tarzda çocuğun kendi benliğinde ve bedeninde tutulmaktadır. Buna **«primer narsissizm»** denir. Zamanla çevre ilişkileri genişleyecek, kişilik gelişmesini yapacak ve libido da çevreden bir objeye yansıtılacaktır (obje libidosu). Fakat, unutmamalı ki, her zaman bir mikdar primer narsissizm belirtisi kalmaktadır. Yani, kişi, çevresini olduğu gibi, kendisini de sever. Ancak, bu sevgi dış objelerle sevgi ilişkileri kurmaya mani değildir. Şizofrenide, belki gerçekten bir savunma tedbiri olarak, çevre ile sevgi ilişkileri giderek azaltılır, libido içe döner ve **«sekonder narsissizm»** ortaya çıkar. Şizofrenlerin kendi bedenleri ile aşırı derecede uğraşmaları, ayna önünde saatler geçirmeleri ve hipokondrileri, psödo-nörotik dediğimiz belirtiler hep bu, mutad olmayan bir çağda, anormal olarak, yeniden narsistik devreye dönmenin, sekonder narsissizmin belirtileridir. Giderek bu hal tamamen içine kapanmaya, otizm'e varır. Tabi'î, sinir sisteminde, belki doğuştan gelme ve şüphesiz sinir sisteminin yapısına bağlı, belki bir enzim defekti, belki sinaptik seviyede bir aksama neticesi, bir ego zayıflığı, stress'ler karşısında kolayca narsistik seviyeye gerileme eğilimi de söz konusudur. Çevreden gelen stimulusların eksikliği, bir çeşit «sensory deprivation», stimulus açlığı yaratır. Çevre stimulusları stress ajanı olarak tesir ettikleri, kişinin kendi proje ve istekleriyle, kendi iç âlemiyle çatışma halinde bulunduğundan uzak-

laştırılmakta, kabul edilmemektedir. O halde, bunlardan kalan boşluğu hasta hallüsinasyonlarla dolduracaktır. Demek oluyor ki, şizofrenin hallüsinasyonları bizzat kendi malı ve bir ihtiyacın karşılığıdır. Onun içindir ki bunların gerçek olduğuna inanır. Onun içindir ki şizofren kendi gözünde «hasta» değildir.

Kanaatimce, şizofreni etyo-patogenezini, genel psikoz patogenezinden ayırd etmek imkânsızdır.

Şizofreni, merkezî sinir sisteminde ve muhtemelen sinapslar seviyesinde, bugün için tam gösteremediğimiz bir bozuklukla ilgili, polimorf semptomlu, kronik bir ruh hastalığıdır. Sinaptik trasmisyondaki bozukluk sebebiyle bir stimulus, talamik sistem ve korteks arasındaki devrelerde dolaştırılırken analiz edilip bir karara varılamazsa tekrar tekrar başa dönmekte ve böylece çeşitli tereddütler, absürd, obsessif davranışlar ve kararsızlıklar ortaya çıkmaktadır. Karara varıldıktan sonra algoritmin sıhhatli kurulamaması, problem çözülmesi için bulunan formülün mantıkî olmaması ise hezeyanlı fikirlerin gelişmesine, paralojik hükümlere yol açacaktır. Bu sinaptik ve fonksiyonel bozukluğun uzun süre devam etmesi muhtemelen sinapslarda tahribata, organik birtakım bozukluklara yol açmakta, biyoşimik ve fonksiyonel bozukluğun yerini artık organik, histolojik defektler almaktadır. **Stein** ve **Wise** (1972) (Şekil : 37) de gördüğümüz teorik modeli teklif etmektedirler. Burada, normal şahıslarda bütün dopamin (DA) dopamine-beta-hydroxylase vasıtasiyle norepinefrin'e (NE) dönüştürülmektedir. Şizofrenik hastalarda ise patolojik gen ya dopamine-beta-hydroxylase sentezini azaltmakta veya hatalı bir senteze sebep olmakta ve böylece DA'in hepsi NE'e dönüştürülememektedir. Böylece, sinir impulsu hem DA ve hem de NE'in sinaptik aralığa salgılanmasına sebep olmaktadır. Dopamine, 6-hydroxydopamine'e otooksidasyon veya enzim tesiriyle dönüştürülmekte, bu da noradrenerjik sinaptik terminal tarafından reuptake'e uğradığı, geri alındığı zaman bu sinapsı tahrib etmektedir.

Her ne olursa olsun, şizofreni ve genellikle psikoz patogenezinde olayların sinaptik seviyede cereyan ettiği, bu seviyeye etkili nöroleptik ilâçlarla alınan tedâvi sonuçları ile bugün için isbatlanmış durumdadır. O halde şizofreni, başlangıçta, bir genetik defekt sebebiyle ortaya çıkan biyoşimik bir hastalıktır. Zamanla bu bozukluk nöronların tahribine sebep olmaktadır. Gene, bu açıdan hareket edersek, belirtilerin ilk zamanlarda ilâçlarla geri döndürülebilmesini, şizofrenideki tedâvi imkânlarını ve kronik vak'alardaki ilâçların yetersiz kalışını da izah edebiliriz. Dopaminerjik reseptörlerin bloke edilmesi sonucunu doğuran nöroleptiklerin, bozuk ve aşırı duyarlı



(Şekil: 37) Stein ve Wise'ın şizofreni patogenezi ile ilgili hipotezini açıklar diagram.

reseptörlerden impuls akışını durdurduğunu veya hiç değilse geciktirdiğini düşünebiliriz. O zaman parazitler, hezeyanlı fikirler ortadan kaldırılmakta, sinir impulsunun normal kanallardan akması sağlanarak sıhhatli algoritmler, formüller teşkil ettirilebilmektedir.

İşte böyle bir beyni olan ve bu sakat âletle içinde bulunduğu karmakarışık dünyaya adapte olmaya çalışan şahıs, adaptasyonunu sağlayabilmek için birtakım savunma reaksiyonlarına başvuracaktır. Şizofreni onun içindir ki, bir hastalık değil, savunma mekanizmalarının bir topluluğu, bir sendrom olarak ele alınmalıdır.

Normal bir ergin için gerekli psikoseksüel gelişme kademesinde dış âleme uyumunu sağlıyamıyan şizofren, daha ilkel, daha aşağı bir adaptasyon seviyesine çekilmek zorundadır. Tıpkı, elindeki geniş cepheyi müdafaa edemiyen komutanın ordularını daha dar bir cephede savunma hattı kurmak üzere geriye çekmesi gibi... Buraya çekilen şizofrenin yeni dünyası artık çocukça, ilkel birtakım örneklerle doludur; onlarla âdetâ bir masallar ülkesinde yaşar ve oraya adapte olur. Çevre ile ilişkide bulunmak istememektedir. Onu rahatsız eden çevrenin uyaranlarını minimuma indirir ve otizmi içine gömülür. Libido kendine dönmüştür, **Freud**'un dediği gibi bir «narsistik nevroz» teşekkül etmiştir.

Ancak, insan sinir sistemi bir taraftan da stimulus açlığı içindedir. Dış dünyanın zararlı, rahatsız edici, uyamadığı uyaranlarına sırtını çeviren şizofren artık kendi stimuluslarını kendi imal etme durumundadır. Tıpkı kadınla ilişki kuramayıp mastürbasyonla doyum sağlamak gibi. Bu kendi bulduğu stimuluslar çoğu zaman onu rahatlandırıcı, ödüllendirici, yüceltici mahiyettedir. Böylece hallüsinasyonlar ortaya çıkar. Kulağına gelen sesler ona ilâhi emirler getirmekte, çok üstün ve kuvvetli olduğunu söylemektedir. Bazen de küfürler duyar, kendisine eziyet edilmektedir. Bu da bir ihtiyacın karşılığıdır. Mükâfat kadar ceza da insanın ihtiyaçlar dünyasının bir parçasıdır ve gerektiğinde şizofren buna ait hayalleri de yaratır. Herzaman mükâfatlandırılmak insana yetmemektedir. Şizofren, dışardaki kalabalıktan korktuğu için odasına çekilen ve orada şarkı söyliyen bir çocuktur, odası onun otizmi, korkmamak için bağıra bağıra söylediği şarkılar ise hallüsinasyonlarıdır.

Tedâvi ile ne yapıyoruz? Bir mikdar nöroleptik uygulaması hastanın eksitasyonunu ve hezeyanlarını ortadan kaldırıveriyor. Yani çocuğa «ayıptır, şarkı söyleme, bağırma» diyoruz. Sonra?... Sonra onu elinden tutup korktuğu sokağa, kalabalığın arasına yalnız başına bırakıveriyoruz. Çocuktur, tecrübesizdir, bilgisizdir, dışarısı ise düşmandır, savaşmak, mücadele etmek ister. Korkuları içinde yalnız bırakılan çocuk ilk fırsatta ağlaya ağlaya gene odasına kaçacak ve gene kahramanlık taslamak için, bu sefer daha çok bağırarak, şarkı söylemeye başlayacaktır. Nöroleptiklerle hezeyanlarını giderdiğimiz ve fakat şahsiyet ve düşünce sistemindeki bozukluk devam eden şizofren ilâç verilip hayat mücadelesinde yalnız başına bırakılınca en kısa zamanda belirtiler gelişecek, hastalık - bir bakıma - nüksedecektir. Günlük uygulamalarımızda ihmal ettiğimiz destekleyici, süpportif psikoterapi eğer şizofrenideki ilâç tedâvisi ile teşrik edilmezse tedâviden bir sonuç beklemek hayâl olur. Ve, uygun bir destekleyici tedâvi ile birlikte ilâç uygulaması da son derece iyi sonuçlar vermektedir. Sinir sisteminde ileri derecede defisit belirtileri ile birlikte olan, aşikâr affekt yıkılması ve hattâ demansiyel âraz gösteren, malign dediğimiz tipler dışında şizofreni bugün için o kadar da ümitsizliğe kapılınacak bir hastalık değil. Ancak, sadece nöroleptiklerden medet ummak ve yetinmek hastaya iyilik değil, bozuk sinir sistemi ile dış dünya karşısında yalnız bırakmak gibi ayrıca bir eziyet de olduğu kanaatindeyim. Akıl hastahanesinde kendi dünyasına terkedilmiş ve kendi hayatını yaşıyan şizofrenle nöroleptiklerle yüklenip bir de Parkinson tablosu ilâve edilerek sokağa salınmış şizofrenden hangisinin daha mutlu olduğunu hep kendi kendime sora-

rım. Hekimin gayesi ferdi mes'ud etmek olduğuna göre yapacağımız tedâviyi bilerek ve şuurlu bir şekilde yapmamız gerekir.

Bundan sonraki «tedâvi» ve «prognoz» bölümünü incelerken okuyucularımın bu notlarımı daima göz önünde bulundurmalarını özellikle isteyeceğim.

Prognosis

Her ne kadar şizofreni en ciddî prognozlu bir hastalık olarak kabul edilse dahi, sosyal adaptasyonu oldukça yeterli bir şekilde yapabilmiş ve iş güç sahibi olarak hayatını yaşamış pek çok vak'a vardır. Bir kısmı ise bu sosyal adaptasyon seviyesine erişememekle birlikte bir sükûnet devresi içine girer ve ailesi arasında, evinde barındırılabilir hale gelir. Vak'alarımızın bir kısmında ise, bütün gayretlere rağmen sık sık nüksler bir kronik psikoza müncer olmaktadır. Herhalde bunu belirleyen, gene de nöronlardaki tahrib ve anatomik defektin seviyesidir.

Psikiyatri Kliniklerinde «şifa» gibi biraz da fazla cesaretli tabirler yerine «sosyal adaptasyon», veya bizim alışık olduğumuz bir deyimle «düzelme» tabirleri tercih edilmektedir. Biz, şizofreni gibi kökü insan şahsiyetinin çok derinliklerinde olan bir hastalıkta asla «şifa» hadisesinin, «restitutio ad integrum» un bahis konusu olamıyacağı, ancak, şahsiyet kusurları baki kalmak şartiyle semptomlarda bir düzelme ve sosyal adaptasyondan söz edilebileceği kanaatindeyiz. Nitekim, bugün elde mevcut psikofarmakalara, modern nöroleptiklere rağmen, hattâ nöroleptik tedâvisi altında dahi, pek çok residivlere rastlanmaktadır.

Langfelt, şizoid karakter, leptozom vücut yapısı, sinsi başlangıç ve presipitan faktörlerin bulunması halinde prognozun kötü olduğunu; siklotim mizaç, piknik beden yapısı, akut başlangıç, gösterilebilen eksojen faktörler ve atipik şizofreniform semptomatoloji mevcut ise müsait bir prognoz beklenebileceğini kaydetmektedir.

Diğer taraftan prognoz, tedâviye erken ve massif bir şekilde başlanılması ve tedâvinin uzun süre devam ettirilmesi ile de ilgilidir. Hastanın hastahaneyi terketmesinden sonra döndüğü aile çevresinin, komşularının, arkadaşlarının ve iş muhitinin ona karşı muameleleri de elde edilen sonucun devamı bakımından son derecede önemlidir.

Şizofrenideki iyileşme nisbetleri hakkında dünyanın birçok yerlerinde neşredilmiş olan istatistikleri tekrara dahi lüzum görmüyo-

ruz. Böyle bir hastalıkta iyileşmeden bahsedebilmek ve istatistik bakımdan anlamlı sonuçlar çıkarabilmek, kanaatimizce mümkün değildir. Tıpta «hastalık yok hasta vardır» ata sözünün en fazla tatbik edilebileceği hastalıklardan birinin şizofreni olduğuna, her şizofrenin ayrı bir dünya, ayrı bir âlem telâkki edilmesi gerektiğine ve asla birbiriyle mukayese edilerek müşterek neticeler elde edilemiyeceğine inanıyoruz.

Prognoz ve tedâvi arasındaki ilgi bakımından bir hususa daha işaret etmek isteriz: şizofrenide tatbik edilen nöroleptik tedâvisi, diabetiklerdeki insülin tedâvisine benzetilebilir. Hiçbir şizofreni vak'ası, hayatının hiçbir devresinde hekim kontrolünden ve birtakım nöroleptikleri kullanmaktan uzak kalmamalı, bu hastalığın ömür boyunca birtakım tedâvi ve tedbirlere muhtaç bulunduğu hakikati bir an dahi hatırdan çıkarılmamalıdır.

Tedâvi

Şizofreni için spesifik ve her vak'aya tatbik edilebilir bir tedâvinin bulunmadığı kanaatindeyiz. Burada bildirilecek tedâvi şekilleri, hekimin hastası ile olan karşılıklı münâsebetleri sırasında hekim tarafından aktif olarak ayarlanmalı ve icabına göre en münâsip tedâvi şekli uygulanmalıdır.

Şizofreni, psikiyatrik hastalıkları tedâvide tecrübeli elemanların ve gerekli tesisatın bulunduğu bir klinikte tedâvi edilmesi gereken bir hastalıktır. Hasta, klinik içinde en yakın takip ve ihtimam altında bulundurulmalıdır. Hastahanenin kapalı veya açık olması hususları üzerinde çok durulmuş, bu konu uzun uzun tartışılmıştır. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ndeki kliniğimiz bir çeşit yarı-açık klinik tarzındadır. Hezeyanlı veya eksite bir hastanın, hastahaneye alındığı ilk günlerde, çevresinden tecridi ve disiplinli bir tedâviye alınması uygun olur. Ancak, şartlar elverince ve en kısa zamanda hastaya hür bir insan olduğu, istediği zaman bütün diğer hastalar gibi kliniği terkedebileceği ve orada kalmasının tek sebebinin kendi sıhhati ve iyiliğinden ibaret bulunduğu telkin edilmelidir. Kaldığı yer, orada çalışan hekimlerin «evi», kendisi de onların «misafiri» dir. Bunu bilen, buna inandırılan hastanın, bütün hezeyan ve perseküsyonlarına rağmen, klinikten kaçmayı aklından bile geçirmediği, gerek klinik içinde ve gerekse çıktıktan sonra tedâvisi hususunda hekimleri ile en yakın işbirliğini gösterdiği Cerrahpaşa'daki kliniğimizde edindiğimiz tecrübelerle sâbit olmuştur.

Hasta klinik hayatı içinde mutlaka meşgul edilmelidir. Tercihan sabahları yatağından çıkıp yatağını toplaması, giyinmesi ve diğer

hastalar ve hekimlerle beraber bir toplum hayatının şartlarını yaşaması imkân dahiline sokulmalıdır. Çeşitli san'at faaliyetleri, özellikle resim çalışmaları gerek hastalığın teşhisi ve tedâvi sonuçlarının takibi ve gerekse, en güzel spontan boşalma ve kendini ifade edebilme vasıtalarından biri olduğu için, bizzat bir tedâvi metodu olarak tatbik edilmelidir.

Şizofreni bir komünikasyon hastalığıdır. Ancak, bu sözle hiçbir zaman şizofrenin komünikasyon kabiliyetini tamamen kaybetmiş bir kimse olduğundan bahsetmek istemiyoruz. Komünikasyon imkânsızlığı ancak ilerlemiş ve tamamen yıkılmış demans vak'alarında bahis konusudur. Onun dışında, en şiddetli katatonik stupor vak'alarının bile, katatoni açıldıktan sonra, o sırada etrafında geçen olayları doğru bir şekilde nakledebildikleri dikkati çeker. Hekim, her ne olursa olsun, hastasiyle bir emosyonel bağlantı kurmalı, onun itimad ve dostluğunu kazanmalıdır. Her insan gibi, belki de her insandan daha fazla, şizofrenin etrafının ilgi ve yakınlığına ihtiyacı bulunduğu gözden uzak bulundurulmamalıdır. Şizofren, kendi otizmi içinde, bir «yalnız insan» tipidir. Hezeyan ve hallüsinasyonları, fantezileri, sembolik hayatı ile bu yalnızlığını gidermeye, «kendi kendine yetmeye» çalışır. Ona yaklaşmasını bilmek, onu açmaya ve dış dünyanın realitelerine döndürmeye çalışmak ise hekimin vazifesidir. Bunda başarı sağlandığı nisbette tedâvi de muvaffak olmuş sayılır. Birtakım haşin muamelelerle, katı davranışlarla hastası ile arasındaki mesafeyi açan hekim onu büsbütün kendi yalnızlığı içine itecek, her gün biraz daha iç âlemine, otizmine gömülmesine sebep olacaktır.

Prensip olarak analitik tedâviler şizofreni için tatbik sahası bulmamaktadırlar. Aksine, bu kabil gayretlerin hastayı daha da huzursuz ve şaşkın ettiği müşahede edilmiştir. Hekim destekleyici, öğretici, eğitici, teşvik edici, zamanında mükâfatlandırıcı bir tedâvi uygulamalı, hastanın düşünce sistemini normal bir yola sokmaya gayret etmelidir. Bu çeşit süpportiv psikoterapi, diğer somatik tedâvi metodları ile birlikte tatbik edildiği takdirde başarılı sonuçlar vermekte, yukarda bahsettiğimiz sosyal adaptasyonun bir an önce temininde çok faydalı olmaktadır.

Fromm - Reichmann, Federn, Powdermaker, Frank ve diğer bazı araştırıcılar tarafından modifiye birtakım analitik teknikler teklif edilmiştir. Ancak, bunlar sadece bir hastahane çerçevesi içinde ve bugün için daha çok eksperimental mahiyette tatbik edilmektedirler.

Somatik tedâvi metodları arasında ilk yeri **insülin koma tedâvisi** işgal eder. 1933 senesinde **Manfred Sakel** tarafından ortaya konmuş

olan bu tedâvinin tekniğinden genel olarak «Tedâvi» bölümünde söz edildi. İKT ile şizofrenide iyileşme oranını % 50 ye kadar yükselten müellifler olduğu gibi, bundan alınan sonuçlarla hiç tedâvisiz, spontan iyileşmeler arasında bir fark olmadığı kanaatinde bulunanlar da vardır. Bize göre, İKT, tehlikeleri ve tatbik güçlüğü yanında verdiği sonuçlar pek az olan ve bugün elde mevcut psikofarmakalar karşısında terkedilmesi gereken bir tedâvi metodudur.

Elektroşok sadece eksitasyonlu, katatonik stupor içinde olan negativizmi sebebiyle bakım şartları güçleşen hastalar için bir semptomatik tedâvi şeklidir ve arzu edilen sonuç alınır alınmaz durdurulmalıdır.

1936'da **Moniz** tarafından psikoşirurji tekniği ortaya konduktan sonra birçok şizofreni vak'asına prefrontal lökotomi operasyonu tatbik edilmiştir. Bugün için «fonksiyonel» olarak kabul ettiğimiz bir şizofreni vak'asında prefrontal lökotomi ile bir takım devamlı, irreversible ve defisiter semptomların meydana getirilmesinde ne derecede hak sahibi olduğumuz gerek medikal ve gerekse hukukî bir problem olarak daima tartışılmaya değer bir husustur. Lökotomi, belki de, sadece, artık başka hiçbir tedâvi ile sonuç alma şansı kalmamış, senelerce hastahaneleri işgal etmiş hastaları evlerinde muhafaza edilebilir hale getirmek için tavsiye edilebilir.

1953 de chlorpromazine'in ortaya atılmasından bu yana psikofarmakolojide meydana getirilen büyük gelişme şizofreni tedâvisinde de adetâ bir inkılâba sebep olmuştur. Gerek bu maddelerin trankilizan etkileri dolayısiyle hastanın idaresi ve kendisiyle temasın çok kolaylaşması ve gerekse major nöroleptik dediğimiz maddelerin bilhassa hezeyanlı sendromlar üzerindeki tesirleri şizofreninin yarınına ümitle bakmamıza sebep olmaktadır.

Sözde nazîr olmaz bana ger olsa âlem bir yana
Pür-tumturuk-u hoş edâ ne Hâfız'am ne Muhteşem
Hâkânî'yem ben Muhteşem yanımda serhenk-i haşem
Hâfız olur leb-beste dem hâmem edince zîr-ü bem

NEF'Î

PARANOİA VE PARANOİD PSİKOZLAR

Paranoid psikozlar başlığı altında devamlı hezeyanlarla ortaya çıkan ve mutad olarak hallüsinasyon göstermiyen kronik muhakeme kusurları incelenecektir. Ayrıca bu bölümün sonunda hallüsinasyonlu paranoid psikozlar, özellikle paraphrenia da ele alınacaktır.

Paranoia ve paranoid psikozlar paranoid şizofreniden başlangıç yaşı, hezeyanların sistemli oluşu, zekâda yıkılma yapmaması, emosyonel cevaplarının ve sosyal davranışının bozulmaması ve senelerce devam ettiği halde şahsiyette bir parçalanmaya sebebiyet vermemesi ile ayrılırlar. **Mayer - Gross** gibi birçok otoriteler bu tarife uyan ve «paranoia» adını almaya lâyık bir psikozun bulunmadığı, bu kabil vak'aların geç başlamış ve henüz şahsiyet yıkılması yapmamış paranoid şizofreniden başka bir şey olmadığı kanaatindedirler. **Paranoia** terimi 1863'de **Kahlbaum** tarafından ilk olarak kullanılmıştır. **Kahlbaum**'un paranoia adını verdiği klinik sendromlar yavaş gelişen ve iyi sistematize olmuş hezeyanlarla ortaya çıkıyor, hayat boyu bu semptomda bir değişiklik olmuyor ve hallüsinasyon veya başka şizofrenik semptom göstermiyordu. Bütün muhakeme sistemi normal işlemesine rağmen bir tek noktada takılma gösteren bazı **monomania** vak'aları da paranoia sınıfına sokulmuştur. Birçok psikiyatrlar her ne kadar bu çeşit vak'aların bulunabileceğini kabul etmekte iseler de bunların son derece nâdir vak'alar olduğunu da özellikle belirtmektedirler. Meselâ **Kolle** (1931) paranoia teşhisi konmuş 66 vak'ayı yeniden ele almıştır. Bunlardan 19'u **Kraepelin**'in vak'alarıdır. Bahis konusu 66 vak'adan 62'si primer hallüsinasyon göstermekte olup % 90'ı 35 yaşından sonra başlamıştır; birçoğu aile anamnezleri bakımından şizofreni için pozitif bulgular vermiştir. Burada, psikiyatri kliniklerinde geçen 20 senelik meslek hayatımda gerçek paranoia kriterlerine uyan bir tek vak'aya rastlamadığımı belirtmek isterim. Birçok yazarlar artık paranoia'nın sadece tarihî bir terim olarak muhafaza edildiği, fakat bugün dahi tam olarak paranoid şizofreni kriterlerine sığmayan bir takım hezeyanlı hallerin paranoid sendrom veya paranoid psikoz başlığı altında incelenmesinin uygun olacağı kanaatini savunmaktadırlar. **Mazhar Osman Uzman**, paranoia hakkındaki şüpheleri kitabında sıraladıktan sonra



Mistik hezeyanlar, mehdilik iddiası

kendisinin paranoia teşhisini gerek kliniğinde ve gerekse kitabında tanıdığını bildirmekte, bu psikozların yavaş yavaş başlayıp gittikçe artan «sarsılmaz insiyakî hezeyanlar» ile karakterize olduğunu ileri sürmektedir.

Paranoid sendrom, paranoid reaksiyon, v.s. başlıkları altında ele alınan psikozlara bugün paranoia ile paranoid şizofreni arasındaki sınırda kalan birtakım vak'alar dahil edilmektedir. Bunlarda görü-

len hezeyanlar zayıf bir sistematizasyon gösterirler, paranoiadaki gibi sağlam ve birtakım delillere dayandırılmış hezeyanlar değildir. Bununla beraber bu kabil hastalarda şizofrenideki şahsiyet dissosiasyonuna rastlanmamakta, regresyon ve yıkılma görülmemektedir.

Kraepelin 1920'de şahsiyet yıkılması göstermiyen fakat paranoid hezeyan ve hallüsinasyonlarla ortaya çıkan vak'aları paraphrenia adı altında toplamıştı. Fakat **Kraepelin**'in çalışma arkadaşlarından biri, böylece teşhis ettiği 78 vak'asının yarısından fazlasında tipik şizofreni belirtilerini tesbit etmiştir.

Nihayet, burada «psikozsuz bir paranoid kişilik yapısı» da ele alınmalıdır. Böyle kimseler şizotim mizaçlı, hattâ şizoid, şüpheci, kıskanç, kendini beğenmiş ve mağrur kimseler olup insanlar arası ilişkilerinde çok hassas ve alıngandırlar. Ruhî yapıları bakımından projeksiyonlar kurmaya çok mütemayildirler.

Paranoia

Fransızların «délires chroniques systématisés» (kronik sistematize hezeyanlar) adını verdiği bu psikoz esas olarak bir muhakeme bozukluğu ile karşımıza çıkmaktadır. Muhakeme bozukluğunun sonucu olan hezeyanlar hastalığın hemen hemen tek klinik belirtisidir. Paranoia'daki hezeyanların özelliği bunların «sistemli» olmasıdır. Sistemli hezeyan, (1) hastanın karakterine ve şahsiyet yapısına sıkı sıkıya bağlıdır, (2) belirli bir sıra, düzen ve açıklık içinde gelişir **(Kraepelin)**. Paranoia'daki hezeyanların kendisine göre bir mantığı vardır ve bu hezeyanlara esas teşkil eden düşünce kusurları ve hatalı tefsirler hasta tarafından bir «postulat» olarak kabul edilir **(Clérambault)**. Hastanın bütün affektiv gücü hezeyanlarının gösterdiği istikamette toplanmıştır. Böylece hezeyanlı fikir ve inanış bütün davranışlarını tesiri altına alır. Hezeyanına kuvvetle inanan ve çevresini inandırmak için de sayısız deliller bulmaya çalışan hastanın günlük hayatı hezeyanı ile uygunluk halindedir. Ona göre mağrur, kibirli, kendini beğenmiş, şüpheci, etrafını tetkik eden tavırlar takınır.

Orta yaşı bulmuş, 34-45 yaşlarındaki hastanın gittikçe şüpheci bir hal aldığı dikkati çeker. Çevresindeki her hareketi, her davranışı uzun uzun incelemeye başlar. Hatalı işleyen mantığı artık bir sonuca varma yolundadır. Bu devreye **«şüphe ve analiz devri»** adı verilir. Bunu gerçek hezeyanın ortaya çıkması takibeder ki bu hezeyan daima bir büyüklük, azamet fikri ile beraberdir. Perseküsyonlar görülür. Çevresindeki insanların kendisine düşman oldukları, birtakım komplolara kurban gittiği fikrindedir. **«Hak iddiası (reven-**

dication)» paranoiasında hastanın ömrü mahkemelerde geçer. Bulunduğu memleketin arazisinden önemli bir parçanın kendisine atalarından miras kaldığı inancından, belli bir rütbe veya mevkie düşmanlarının kıskançlık ve komploları yüzünden yükselemediği, hakkının yendiği iddiasına kadar çeşitli hezeyanlar görülür. Fakat, hemen tekrar edelim ki, hak iddiası paranoiasında da, diğer paranoia şekillerinde olduğu gibi, hezeyan tektir ve hayat boyunca değişmez.

Önemli bir hezeyan şekli **keşif hezeyanıdır.** Bunlar ya mevcut keşif ve icatlardan birinin kendilerine ait olduğunu iddia ederler veya yeni şeyler keşfederler. Bir zamanlar «enerji almadan işleyen devri daim makinesi (perpetuum mobile)» kâşiflerine çok rastlanırdı. Bir vak'amız bir levhaya çeşitli renklerde ampuller dizmişti. Bunlardan bazılarını söndürmekle belli akıl hastalıklarını tedâvi ettiğini iddia ediyordu. Gene bir hasta Karadeniz boğazına bir baraj yapıp, duvarına açılacak deliklere yerleştireceği pervanelerin denizin akıntıları ile dönmesini sağlıyacak ve bu suretle bedava enerji elde edilecekti. İcatlarına ihtira beratı alıp sonra bunları satmaya çalışan, hattâ basında ve halkoyunda «önemli icatları» sebebiyle sansasyon yaratan pek çok kimse vardır. Ancak, başlangıçta paranoia hakkında ileri sürdüğümüz şüpheleri daima tekrarlamak gerekir. Şahsen karşılaştığımız bu kabil vak'aların hepsi şizofreni için karakteristik birtakım belirtileri ve izleri taşımakta idiler.

Dide ve **Guiraud**'nun **«les idéalistes passionnés» (ihtiraslı idealistler)** adını verdiği kimseler ömürleri boyunca yeni bir politik düzen, ebedî sulh, insanlık ideali, v.s. peşindedirler. Bazen politik şahıslara karşı saldırgan davranışları, suikaste kadar varan tecavüzleri görülür. Mitingler, gösteri yürüyüşleri tertiplerler, kendilerine inananlardan gruplar meydana getirirler. Bunların analitik tetkikleri, asla erişemiyecekleri, hipertrofik bir «ideal ben» in ve şiddetli bir aşağılık kompleksinin mevcudiyetini ortaya çıkarmıştır. Bu suretle klinik sendrom bir çeşit «kötü kompansasyon» sonucu ortaya çıkmaktadır. Böyle insanlar kötü niyetli ve çıkarcı birtakım kimseler tarafından bazen kolayca elde edilip ihtilâl, anarşi, isyan, v.s. gibi tertiplerin içine düşebildikleri gibi, bazen çevrelerini inandırıp büyük bir lider haline de gelebilirler.

Kıskançlık hezeyanları tehlikeli klinik tablolardan birini teşkil eder. Hasta, kıskandığı eşinin, sevgilisinin ihanetini isbat için çeşitli deliller arar, bulur, hattâ birtakım hikâyeler dahi uydurur. Bütün dikkati eşinin âşığının yakalanması meselesinde toplanmıştır. Bu âşık yabancı bir şahıs veya kendi çevresinden biri, bir dostu, hattâ yakın bir akrabası, meselâ babası veya öz oğlu dahi olabilir. Sonun-

da cinayete kadar gidebilen kıskançlık hezeyanlarına rastlanmaktadır.

Bir diğer şekil de **«erotomanyak hezeyan»** veya **«şehvet paranoiası»** adını alır. Şahıs, çoğunlukla kendisinden daha yüksek bir sosyal sınıfa mensup bir kimsenin kendisine âşık olduğunu, çeşitli vesilelerle bu aşkını îmâ ettiğini, onsuz mes'ud olamıyacağını iddia eder. Sevgilisinin etrafında dolaşır, îmâlı sözler ve jestlerle «onu anladığını», «aşkına cevap verdiğini» ifade etmek ister. Mektuplar yazar, lâf atar, sataşır, olmayacak şekilde izdivacına talip olur, hattâ tecavüz eder, cinayet dahi işleyebilir. Bu suretle pek çok erotomanyak, hastahane ve kliniklere adliye ve polis kanaliyle gelmektedir. Paralojik hükümlerin altında birtakım projeksiyon ve reaksiyon teşkilî mekanizmalarının mevcudiyetini **Freud** göstermiştir. Erotoman aslında seven değil, nefret eden bir kimsedir. «Ben ondan nefret ediyorum» hükmü bir projeksiyonla «o benden nefret ediyor» şeklini alır. Buna reaksiyon olarak da «o beni seviyor» hükmüne varılır.

Kendilerine dinî bir önem atfeden, Mehdîlik, Peygamberlik iddiasında bulunan **mistik parancia** vak'aları **tefsir hezeyanları,** belli bir aileye veya hanedana intisab iddiası ile ortaya çıkan **filiation hezeyanları** tarif edilmiştir. Bu örnekleri ve sınıflandırmayı hezeyanın cinsine göre genişletip arttırmak mümkündür. Esas olan, bir şüphe ve analiz devrinden sonra varılacak paralojik bir hükümle sağlam, sistematize ve kronik bir hezeyanın yerleşmesi, bu hezeyanın hastanın bütün davranışlarını hükmü altına alması ve hezeyan dışında herhangi bir şahsiyet kusuru veya yıkılması görülmemesidir.

Paraphrenia

«Psychose hallucinatoire chronique» veya **parafreni** adı altında sistemli hezeyanlar ve hallüsinasyonlarla beraber görülen bir klinik tablo ayırdedilmek istenmiştir **(Kraepelin).** Genellikle birdenbire başlar. Başlangıç yaşı olarak paranoia gibi orta yaşları seçer. Fikir intikali (transmission de la pensée), referans fikirleri, düşüncesinin okunduğu iddiaları (écho de la pensée) görülür. Garip kokular almakta, vücuduna elektrik akımları gönderilmekte, bir radyo alıcısı gibi elektromagnetik dalgalarla yollanan sesleri duyabilmekte, telepati sayesinde düşüncelerini uzaklara kadar yollayabilmektedir. Bu vak'aların şizofreni kadrosu dışında mütalea edilebileceğine bugün için artık inanılmamakta ve bütün bunlar birer paranoid şizofreni olarak ele alınmaktadır. Bu sebeple paraphrenia bahsi üzerinde fazla durmuyoruz.

Etyoloji

Vak'aların şizofreni grubu ile yakınlığı göz önüne alındıkta, etyoloji ve patogenez bakımından şizofreni için söylenen her şeyin burada da muteber olduğu kolayca anlaşılır. Paranoid sendromlara birçok psikiyatrlar genlerle iletilen, konstitüsyonel bir adaptasyon defekti, adaptasyon kusuru olarak bakmaktadırlar. Bu arada muhaceret, azınlıkta bulunma gibi birtakım sosyal sebeplerin etkisi üzerinde durulmuştur.

Tedâvi

Prensip olarak «paranoia» ve benzeri hastalıkların tedâvisi yoktur. Modern nöroleptikler hezeyanları üzerine, paranoid şizofrenideki hezeyanlardan daha az etkili olmaktadırlar. Bununla beraber, paranoyakların - eğer varsa - şizofrenlerden, hezeyanları dışında normal ruhî reaksiyonlar göstermeleri ile ayrıldıkları düşünülürse, bu kabil kimselerin adaptasyonlarının daha kolay olabileceği de tahmin edilir.

Hak bir gönül verdi bana
Ha demeden hayrân olur
Bir dem gelir şadân olur
Bir dem gelir giryân olur

YUNUS EMRE

HİPERAFFEKTİV PSİKOZLAR

MANİK — DEPRESSİV PSİKOZ

(CYCLOPHRENIA)

«Hiper-affektiv psikozlar» başlığı altında, duyarlılığın, affeksiyonun keder ve neş'e yönünde patolojik artışlariyle ortaya çıkan psikozlar incelenir. Bir hiperaffektif psikozun klinik tablosunu çevreliyen bütün semptomları bu affekt artışına bağlı olarak gelişirler. Bu psikozlarda affekt, derin kederden öfori ve patolojik neş'eye kadar çeşitli kaliteler gösterir ki, böyle psikozlara **Kraepelin**, «manik-depressiv cinnet» adını vermişti.

İlk defa 1816'da **Esquirol** bazı mani vak'alarında zaman zaman hipokondri, durgunluk halleri gibi belirtilere rastlanabileceğine dikkati çekmişti. 1854 senesinde **Falret** ve **Baillarger**, hemen hemen aynı zamanda, eksitasyon ve depression hallerinin, mani ve melankoli nöbetlerinin birbirini takibettiği hastalara ait müşahedelerini yayınlamışlardır. **Falret** bunlara «**folie circulaire**», **Gaillarger** ise «**folie à double forme**» adını vermişti. İncelenen hastalarda nöbetlerin arasında tamamen açık ve normal devrelerin bulunması da bilhassa dikkati çekiyordu. 1882'de **Kahlbaum** mani ve melankolinin aynı hastalığın çeşitli nöbet şekilleri olabileceğine işaret etmiş, bu hastalığa «**vesania typica circularis**» adını vermişti. Fakat hastalığın inceden inceye analizini yapan, klinik formlarını ortaya koyan ve endogen tabiati üzerinde duran **Kraepelin**'dir. **Kraepelin**, gerek mani ve melankoli yönündeki affekt dalgalanmalarının, gerekse, izole mani ve melânkoli nöbetlerinin, nihayet yaş dönümü devresinde ortaya çıkan depression hallerinin (involutional melancholia), «manik-depressiv cinnet» başlığı altında toplanabileceğini ve aynı hastalığın çeşitli klinik görünümleri olduğunu bildirmiştir. Daha sonra birtakım hu-

dud vak'aları da tarif edilmiştir. Hafif öfori hali, hipomanik mizaçlar gibi affektif gösteriler **sikloid** veya **siklotimik mizaç** olarak ele alınmıştır.

Manik-depressiv psikozun çeşitli derecelerde ortaya çıkan sıkıntılı formlarının, depressiv nöbetlerinin dışında, bugün gündelik pratikte en çok rastlanan vak'aları **reaktif** ve **nörotik depression** ve sıkıntı halleri teşkil etmektedir. **Endogen depression** dediğimiz **manik-depressiv** hastalığın depressiv şekilleri gibi bu nörotik ve reaktiv depressionlar da modern antidepressiv ilâçlara sür'atle cevap vermektedirler. Bu bakımdan her iki grup arasında ortak bir metabolik - endogen değişikliğin bulunması ihtimali birçok araştırıcıyı böyle vak'aları da manik-depressiv hastalık başlığı altında gözden geçirmeye sevketmiştir. Bunun yanında nöbetler halinde gelen, her nöbeti iyileşen, ancak nöbet esnasındaki semptomatolojisi bir dissosiatif sendrom, bir şizofrenik psikoz veya reaksiyon tarzında olan vak'alar, gene aynı şekilde nöbet nöbet ortaya çıkan paranoid psikozlar **(Aksel)** da bazı araştırıcılar tarafından manik-depressif psikoz grubuna katılmaktadırlar.

Yaş dönümü devresinde görülen ve **«involutional melancholia»** veya **«yaş dönümü melankolisi»** adı altında incelenen bir psikoz da evvelâ **Kraepelin** ve sonra da daha birçok araştırıcı tarafından manik-depressiv psikoz grubunda ele alınmaktadır. **Köknel**, böyle vak'alarda yaptığı geniş bir çalışma sonucunda yaş dönümü melankolisi vak'alarının «geç kalmış bir siklofreni nöbeti» olduğu kanaatine varmaktadır. Nitekim dönüm yaşı devresinde ortaya çıkan birçok depressiv hastalıklar sonradan intermittant melankoli tarzında peryodisite göstermiş ve uzun seneler nöbet nöbet nüksetmiştir.

Herhalde bugün **manik-depressiv psikoz** tarifinin geniş bir klinik ve istatistik inceleme ile esaslı bir revizyona tâbi tutulmasının zamanı gelmiştir.

Klinik gösteriler ve tedâviye verdikleri cevaplar bakımından bazı müşterek yanları bulunmasına rağmen, daha uzun seyirli olmaları, tedâviye daha geç cevap vermeleri göz önüne alınarak kitabımızda **nörotik** ve **reaktif depressionlar** PSİKONEVROZLAR başlığı altında incelenmiştir. Bunun dışında, ilgilendiği dal ne olursa olsun, her hekime başvuran hastaların büyük çoğunluğunu «sıkıntı»dan şikâyet edenler teşkil etmektedir. Bu bazen saf bir sıkıntı ve depression hissi, bazen de bir organa lokalize edilmiş ve bu suretle hekimi yanıltabilen birtakım şikâyetler halinde olabilmektedir. Konunun önemi ve aktüel durumu göz önüne alınarak SIKINTI, ayrı bir başlık altında bir daha gözden geçirilmiştir.

Şizofreniform ve paranoid nöbetlere gelince... Bunların **Kraepelin**'in «manik-depressiv psikoz» grubuna sokulmalarının, bugünkü manik-depressiv psikoz kavramı yerinde kaldıkça, mümkün olamıyacağı kanaatindeyiz. Uzun zaman takibedilen bu vak'alarda şizofrenik düşünce bozukluğuna işaret eden elementlerin gittikçe daha belirli bir hal aldığı, nöbet aralarının kısaldığı, remission devrelerinde hastanın birtakım patolojik stigmatları daima taşıdığı ve zamanla kronik bir psikozun yerleştiği görülür.

Bütün yukarıdaki hususlar göz önüne alındıkta **Siklofreni (manik-depressiv psikoz)** başlığı altında **«nöbet nöbet gelen her nöbeti kaide olarak iyileşen, sonunda demans yapmayan, heredite ile dominant olarak ilgili, klinikte patolojik keder veya patolojik neş'e tarzında hiperaffektiv belirtilerle kendini gösteren bir psikoz»**u ele alacağız. Evvelâ siklofreninin iki ana klinik tablosu, mani ve melankoli ayrı ayrı incelenecek, daha sonra bir antite halinde siklofreni gözden geçirilecektir.

Mani

Öfori, emosyonel labilite, çok konuşma (logore), fikir kaçışı ve motor faaliyette artma ile belirlenen klinik tablodur. Çoklukla başlangıcında kısa süreli bir durgunluk devresi görülür. Hasta dermansızlıktan, yorgunluk, çalışamama, baş ağrısı ve uykusuzluktan şikâyet eder. Bazen bu durgunluk yerine birkaç saatten birkaç güne kadar sürebilen bir irritabilite ve heyecan devri dikkati çeker.

Bazen bu prodrom belirtileri olmaksızın hastanın birdenbire bir ajitasyon içine düşmesi ile nöbet başlar. Durmadan konuşur, bağırır, şarkı söyler, hiddet reaksiyonları gösterir. Motör davranışta hızlanma vardır. Yerinde duramaz, gösterilen iskemlede bir müddet oturamaz, seksüel hislerinde artma olduğu ve moral hudutları da yıkıldığı için birtakım sarkıntılıklar ve skandallara sebebiyet verir.

> Nöbetin başladığı andan itibaren sokaktan geçen satıcı vesair tanımadığı kimseleri evine çağırarak onlarla cinsî münâsebette bulunmaya kalkan bir yaşlı siklofren hastamız ile, nöbet başlar başlamaz turist olarak bulunduğu yabancı memlekette çırçıplak soyunarak caddeye çıkıp oturan bir diğer genç hanım hastamız tipik örnekleri teşkil etmektedir.

Şimdiye kadar müteaddit nöbetler geçiren hastanın aile efradı hastalığa ait işaret belirtilerini bilirler ve ona dikkat ederler. O gün-

lerde hastanın bir telefon konuşması, bir mektubu, elbiselerindeki, giyinişindeki bir değişiklik hemen etrafını uyandırır.

> Akıl hastalığı geçiren kimselerin hekimlerinden kaçtığı, onlarla karşılaşmak istemediği herkesin bildiği bir gerçektir. Hele hiç kimsenin geçirdiği psikoz sebebiyle kendisini tedâvi eden hekimine alenen - meselâ bir gazetede ilân etmek suretiyle - teşekkürlerini bildirmesi hiç rastlanmıyan bir haldir. Çapa Psikiyatri Kliniğinde çalışırken, geçirdiği bir siklofreni nöbetinin iyileşmesi üzerine bir süre önce taburcu ettiğimiz bir hastanın bir gündelik gazetede yayınladığı açık teşekkür ile «gösterdiğimiz ihtimam ve ilgi sebebiyle ve akıl hastalığını tedâvi ettiğimiz için» bana ve **İhsan Şükrü Aksel** hocamıza minnet ve şükranlarını bildirdiğini hayretle gördüm. O zaman hocamız bunu tebessümle karşılamış, bunun bir işaret-semptom olduğunu ve hastanın yeni bir mani nöbeti ile kliniğe gelmesinin yakın bulunduğunu söylemişti. Nitekim birkaç gün sonra hastayı yatırdık.

Başlangıç devresinde hasta birtakım aşırı faaliyetler gösterebilir. Meselâ tüccarsa kapasitesinin çok üstünde taahhütlere girişebilir, yeni işler kurar, uzun derin tetkik etmeden birçok anlaşmalar imzalar.

> Böyle bir siklofren hastamız her mani nöbetinin başlangıcında işini son derecede genişletiyor, her melankoli nöbetinde de iflâs ediyordu. Ticarî hayatına son veren «kârlı» alış verişi, elindeki bütün parayı hurda gemilerden sökülmüş eski, bozuk ve yedek parçaları da bulunmayan, tamiri imkânsız telsiz cihazlarına yatırması oldu. Aynı hasta bir başka nöbeti sırasında komşusunun telefon hattına pencere dışından saplama yaparak kendisine paralel bir telefon bağlamış ve bu telefonu açıkça kullandığı gibi, komşusunun numarasını kendi telefon numarası gibi herkese vermiş, kartvizitine yazdırmıştı. Hiç ilgisiz birtakım insanların telefonla bu zatı aramaları ve telefon faturasının anormal derecede kabarık gelmesi üzerine komşusu işin farkına varmış ve mesele polise intikal ettikten sonra bir hastalık olduğu anlaşılmıştı.

Hastanın görünüşü dahi hastalığı teşhis ettirecek kadar tipiktir. Son derecede mubalâğalı ve dikkati çekecek şekilde giyinmektedir. Parlak renkler, lüzumsuz ve aşırı süsler seçilmiştir. Bütünüyle kıyafeti, birbiriyle ilgili olmayan, herhangi bir zevk ve estetikten

mahrum bir süsler topluluğudur. Kadın ise makyajında aşırı gittiği, renk renk boyalarla yüzünü gözünü boyadığı, eline ve aklına ne gelirse takıp takıştırdığı görülür.



Euphoria

Hastanın davranışı, bütünüyle dikkati çekecek derecede hastalığa hasdır. Baş dik, gözler canlıdır. Devamlı olarak yer değiştirir ve hareket eder. Bütün hareketleri mubalâğalıdır. Hareketlerin koordinasyonu genel olarak bozulmamışsa da, amplitüddeki artma, aşırılık ve davranışa sebep olan objenin mütemadiyen değişmesi müşahede edilir. Yüksek sesle konuşur. Çok konuşma ve bağırmadan dolayı sesi kısa zamanda kısılır ve o, bu kısık sesle de konuşmaya devam eder. Sık sık müstehcen ve kaba ifadelere rastlanır. Konuşma muhtevasında, hiçbir zaman bir paranoid hezeyan vasfını almamakla beraber, yukardan alan bir ifadeye, kendine aşırı güvene ve öforiye daima tesadüf edilir. Sık sık, sebepli sebepsiz ve sesinin berbatlığına bakmadan şarkı söyler, şiir okur.

Bütün ruhî faaliyette bir artma bahis konusudur. Tedai hızlanmış, hafıza parlaklaşmış, spontan dikkat artmıştır. Buna karşılık, tıpkı bir yerde duramadığı gibi, dikkatini de belirli bir konuya toplayamadığı dolayısiyle volonter dikkatin azaldığı görülür. Kalabalık içindeki bir şahsın kravatına dikkat ederek onunla ilgili konuşmalar yapan ve konudan konuya atlıyan hastaya masanın üzerine dikkatle bakıp gözlerini kapadıktan sonra oradaki eşyaları sayması söylense, masa üzerine dikkatini asla toplayamıyacağı için, buna bir türlü muvaffak olamaz.

Kuvvetli bir zindelik hissi, öfori, marazî neş'e tarzında affekt artması vardır. Esasen mani nöbetinin kardinal semptomunu bu teşkil eder.

Düşünce ritmi hızlanmıştır **(tachypschie)**. Tıpkı bir kaleidoskopta hayallerin arka arkaya belirmesi gibi, bir fikir, bir düşünce, bir imaj şuur sahasında belirir ve derhal kaybolarak yerini bir diğerine bırakır. Bir fikirden diğerine atlar. Bu fikirler arasında yüzeyel, zayıf ve hızlı bir çağrışım bağlantısı vardır. Bazen bir cümlenin içindeki dikkati çekmiyecek kadar ufak bir nokta, çevresinde herkesin farkında olmadığı bir teferrüat yeni bir çağrışıma sebep olur.

İdrâkte prensip olarak bir bozukluk mevcut değildir. Hele hallüsinasyona hiçbir zaman rastlanmaz. Ancak, bazı ağır konfüzyonlu şekillerde birtakım illüzyonların bulunması mümkündür. Orientation da, konfüzyonel şekli hariç, sağlam kalır. Hasta daima çevresinden ve kendisinden haberdardır.

Gerek sözlü ve gerekse yazılı dilde, konuşmada ve yazıda, fikir akışındaki hızlanmaya paralel bir artma görülecektir. Mütemadiyen konuşur **(logorrhea)** ve yazar **(graphorrhea)**. Cümleleri uzun, süslü, mubalâğalı, fakat informatif değer taşıyan, gramere uygun ve bütünlüğünü muhafaza eden ibarelerdir. Ancak bu cümleler bir araya geldikleri zaman bir metin teşkil etmezler. Aralarındaki zayıf tedai bağlantıları ile **fikir kaçışı (fuite des idées)** manyağın konuşma ve yazısında açıkça kendini gösterir. Uzun uzun, sonu gelmeyen nutuklar verir, arada şarkı söyler, şiir okur, bağırır ve yukarda da belirttiğimiz gibi, bağırıp çağırmaktan sesi kısılır.

Mani nöbetine şiddetli bir **uykusuzluk** da refakat eder. Hafif, 37° - 38° arasında bir hipertermi görülebilir. Hasta gittikçe zayıflar. Terleme ve taşikardi ile bir bitkinlik haline girmesi de mümkündür. Bazı vak'alarda gerçek bir bulimiye kadar giden iştah artması, bazılarında ise beslenme yetersizliği doğuracak kadar düzensiz bir gıda alma görülür. Dil paslı, tükürük koyu ve beyazdır. Bazı hastalarda

tükürük artması yüzünden hastanın devamlı olarak etrafına tükürdüğü görülür.

Klinik şekilleri :

Psikomotor ajitasyonun şiddetine ve eklenen diğer semptomlara göre çeşitli klinik formlar ayırd edilmektedir. Bir psikoz kadrosuna sokulamamakla beraber düşüncedeki hızlanma, öfori ve psikomotor davranıştaki artma ile dikkati çeken hallerde **hipomani**'den söz edilir. Bunlar çok konuşurlar. Yerli yersiz espri ve şaka yaparlar. Etraflarında çam devirmeleri, potları, gafları ile tanınırlar. Olur olmaz yerde müstehcen hikâyeler anlatırlar. İnsanlar arası ilişkileri kaba ve incelikten yoksundur.



Kronik eksitasyon

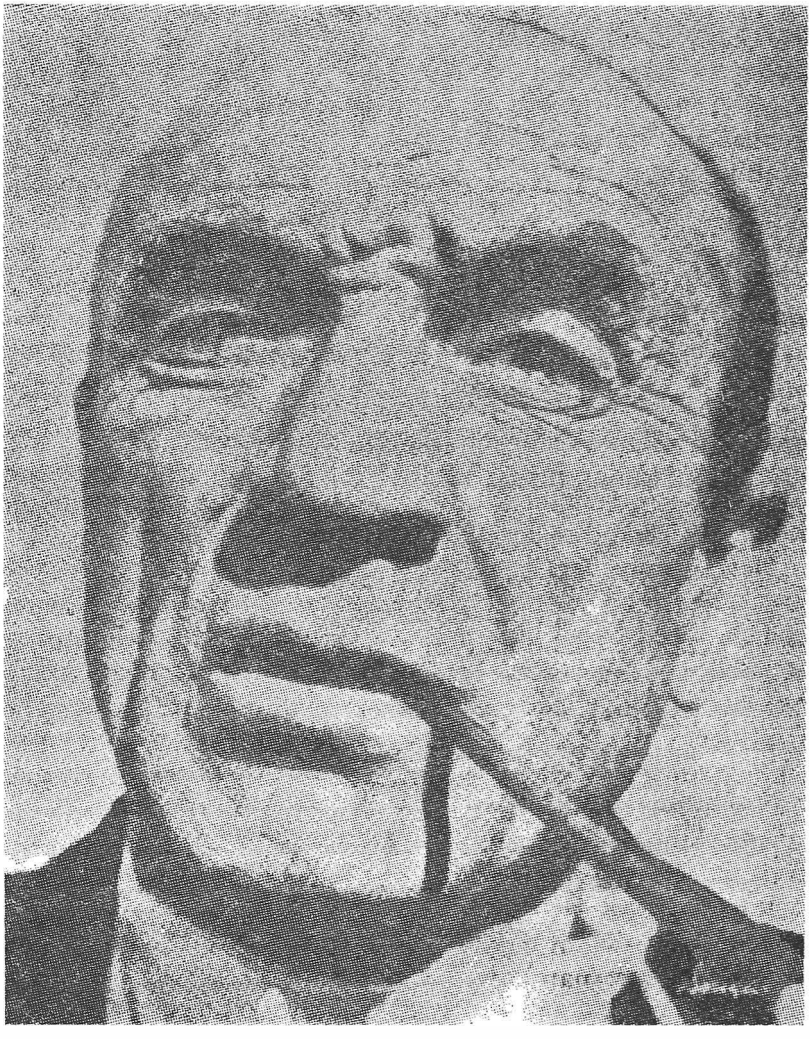
Tipik mani nöbeti, ortaya çıkışı, seyri ve bitişi bakımından akut bir psikoz olduğu için **akut mani** adını alır. Bunun da şiddetli şekillerine **manie suragiué** veya **manie coléreuse** (hiddetli mani) **(Schule** - 1888) denmektedir. Ajitasyon çok şiddetlidir. Odasına getirilen yemek tabaklarını hastabakıcılarının kafasına fırlatır, yataklarını parçalar, kapıları kırar. Su kaybı ve ateş yükselmesi ile bitkinlik haline girmesi, sık rastlanan hallerdendir.

Hezeyanlı ve hallüsinasyonlu şekiller de tarif edilmiştir. Esasen mani'de mevcut öfori, zindelik ve kudret hissi ile belirli **yalancı hezeyan (pseudo-délire)** tablosu bazı vak'alarda şiddetlenmekte, daha bâriz bir hal almaktadır. **Seglas**'ın «délire verbal» dediği hallerde ekspansif ve kudret hissi üzerine birtakım hayalî hikâyelerle kendini gösteren bir çeşit yalancı-hezeyan bahis konusudur. **Logre** ve **Heuyer** (1920) tesir hezeyanlarından bahsetmişlerdir. Hasta, «dağları devirebilecek» bir kudret ve tesir kabiliyetine sahip olduğu iddiasındadır. Psişik hallüsinasyonlar, **«autoreprésentations aperceptives visuelles»** denilen, düşünce muhtevasını adetâ bir görme hallüsinasyonu tarzında görür gibi olmak hali ve bazen de genital hallüsinasyonlarla beraber erotik muhtevalı tesir hezeyanları, mental otomatizma, bu hezeyanlı, hallüsinasyonlu şeklin belirtileridir. **Bowmann** ve **Reymond** (1931) ile **Coenen** (1936) perseküsyon hezeyanları ile birlikte olan şeklinden bahsetmişlerdir. Hiddetli ve irritabl olan manyak, bir çatışma objesi yaratır, düşmanlık hislerini o objeye projekte eder ve ondan bir fenalık, bir düşmanlık bekler. Bu suretle çevresine karşı hostilite içinde olan vak'alarda bir çeşit perseküsyon hezeyanı gelişmektedir. Bazı vak'alarda gerçek manâda psişik, psikomotor, senestezik hallüsinasyonların geliştiği, bazen de yabancılaşma hissinin meydana çıkıp bir çeşit depersonalizasyona kadar gittiği iddia edilmiştir. **Mayer - Gross** (1936) ve başka araştırıcılar alacakaranlık (état crépusculaire) ve rüya (oniroide) hallerine rastlamışlardır.

Ritti'nin «manie incohérente» adını verdiği ve Anglo-Amerikan yazarlarının «delirious mania» diye isimlendirdikleri **konfüzyonlu mani (manie confuse)** bilhassa üzerinde durulması gereken ve sık rastlanan bir şekildir. Ajitasyon ile beraber orientation kusurlarının görülmesi ve klinik tablonun mani nöbetinden daha çok konfüzyon mental'e yakınlığı sebebiyle ayırd edici teşhis oldukça zorlaşabilir. **Lautier** (1926) bu tablonun ayrıca gözden geçirilmesi gereken bir hastalık olduğunu ve konfüzyon halleri içinde mütalea edilmesi gerektiğini yazmaktadır. Mani konfüz, konfüzyon mental'den, onun dehşet ve korku haline karşılık öforisi ve motor ve verbal ajitasyonu ile ayrılır. **Barbé** (1945) bu vak'aları bir mani nöbetine eklenmiş konfüzyon halleri olarak ele almaktadır. **Chatagnon** ve **Soulairac** (1939) mani nöbeti sırasında toksik, vesair sebeplerle bir konfüzyonun ortaya çıkıp tabloya eklendiği kanaatindedirler.

Kronik mani'den de bahsedilmektedir. Bundan anlaşılan, «tedâvisi kabil olmayan bir mani» değil, uzun süren, hastanın davranışının bir parçası haline gelen ve seneler içinde belirtilerinde bir geri-

leme beklenebilen mani tablolarıdır. Bilhassa kadınlarda daha fazla görülen kronik maniler çoklukla müteaddit manik-depressiv nöbetlerden sonra ortaya çıkarlar. Bazı kronik mani şekilleri hezeyanlarla beraber olur. Bir ekspansiv parafreni tarzında ve oldukça sistematizasyon dahi gösteren asalet hezeyanları, perseküsyon hezeyanları dahi kronik mani tablosunda mütalea edilebilmektedir. (**Michaux**, 1941).



Bakırköy Hastahanesinin meşhur «**Mösyö Dögol**»ü

İhsan Şükrü Aksel, evvelce muhtelif manik-depressiv nöbet geçirmiş kimselerde bazen sistemli paranoid hezeyanlarla ortaya çı-

kan, klinik gösterileri bakımından paranoia'ya benzetilebilen ve fakat nöbet nöbet gelmesi ve nöbetlerin iyileşmesi, ayrıca zaman zaman mani veya melankoli tarzında nöbetlerin de görülebilmesi ile paranoia ve diğer paranoid psikozlardan ayrılabilen bir **paranoid siklofreni nöbeti**'nden bahsetmektedir. Aksel'in mani ve melankoli dışında üçüncü bir siklofreni nöbet şekli olarak ele aldığı bu vak'alar hezeyanlı manilerle **Michaux**'nun tarif ettiği ve parafreniye benziyen tipler arasında yer almaktadır.

Gerçek bir siklofreni manisinde herhangi bir sistematizasyona yer verecek veya paranoid karakterde bir hezeyana, gene gerçek klinik anlamı ile bir hallüsinasyona asla rastlanamıyacağı kanaatindeyiz. Bu çeşit vak'aların -eğer varsa- daima şizofreniye has stigmatları, düşünce ve muhakeme kusurlarını taşıdıkları ve hiçbir zaman mani'deki hakikî affekt artmasını göstermedikleri görülür. Sadece konfüzyon halinin (manie confuse), o da mani nöbeti sırasındaki şiddetli ajitasyon ve su kaybı sonucu toksik bir gösteri olarak, mani nöbetinin kliniğine ilâve olabildiği kanaatindeyiz.

Ayırd edici teşhis:

Gerçek bir mani eksitasyonunu diğer psikozlarda görülen ve başka sebeplere bağlı, semptomatik eksitasyon hallerinden ayırd etmek oldukça kolaydır. Alkol, kokain vesaireden olma **toksik** ve enfeksiyonlarda görülen **enfeksiyöz** eksitasyon hallerinde ajitasyonla beraber hallüsinasyonların ortaya çıkması karakteristikdir. Manideki tipik affekt artmasına hiçbir zaman rastlanmaz. Öfori varsa da daima bir şaşkınlık hissi ve bazen de korku ön plâna geçer. Bunun hafif haline **sarhoşluk**'da rastlanır. Alkole bağlı serebellar belirtiler (nystagmus, yürüme kusuru gibi), evvelce alkol almış olması ve kanda alkolün tesbiti ayırd edici teşhise yardım eder.

Frontal tümörlerdeki öfori hissi **(Moria sendromu)** bazen hipomani ile karışabilmektedir. İnce bir nörolojik muayene, göz dibi ve EEG tetkiki, beyin sintigrafisi tümörü ortaya koyar. Sifilizden olma **paralaysie générale (sifilitik meningo-ensefalit)** de de, bilhassa başlangıçta, öfori ön plândadır. Zamanla buna bu hastalığa has hudutsuz ve çocuksu büyüklük hezeyanları eklenerek teşhisi çok kolaylaştırırsa da, başlangıçta yanılmamak için paralysie générale'deki entellektüel zayıflamaya dikkat etmek ve gerek fizik ve gerekse laboratuar bulguları ile teşhisi kesinleştirmek gerekir. **Akut kore** vak'alarında maninin psişik ve motor belirtilerine çok benzer klinik bulgular görülebilirse de **(Migault, 1930)**, iradesiz koreik hareketler derhal teşhisi koydurur.

Mental konfüzyon, biraz yukarda tartışmasını yaptığımız gibi, mani nöbetlerine, özellikle konfüzyonlu maniye çok benzerse de, konfüzyon mentaldeki onirik, korkulu ve panik içindeki tabloya karşılık manideki öfori ve büyüklük hissi ayırd edici teşhise yeter elemanlardır. **Şizofreninin hebefrenik şekli** de, bilhassa başlangıç vak'alarında teşhisi oldukça güçleştirecek derecede mani ile karışır. Tipik vak'alarda manideki fikir kaçışı yerine kelime salatasına kadar giden dikişsiz konuşma, manideki affekt artmasına karşılık hebefrenideki affekt sapması ve azalması ve şizofrenik düşünce bozukluğuna ait elementlerin tesbiti teşhise yardım eder. Ancak, bazen gerçekten teşhisin imkânsız olduğu ve ancak zamanla, hastalığın ilerdeki gelişmesi müşahede edilerek mani ile hebefreninin ayırd edilebildiği vak'alar da vardır.

Prognoz :

Nöbetin süresi çok değişir. Genellikle tedâvi edilmeyen vak'alarda birkaç haftadan nihayet bir seneye kadar sürer. Birkaç gün süren çok kısa ve senelerce devam eden pek uzun mani nöbetleri de tarif edilmiştir. Nöbet ekseriya birdenbire biter. Hasta uzun bir uyku uyur ve sakinleşmiş olarak kalkar. Vejetatif fonksiyonları da bu arada yoluna girer, kilo almaya başlar. Bazen düzelme safhasında, tıpkı başlangıçta olduğu gibi, hafif bir depression devresi de görülür.

Tedâvi :

Mani nöbetinin tedâvisinde ilk hedef eksitasyon halidir. Hastayı sakinleştirmek, böylece bitkinlikten, kollapsdan korumak ve çevresine ve kendisine bir zarar vermesini önlemek gerekir. Bu yüzden mani nöbeti ancak psikiyatrik bir hastahanede veya klinikte tedâvi edilir. Mani nöbetinin tedâvisi için izolâsyon şarttır. Derhal hastanın su kaybını önlemek için izotonik serumlar verilir, analeptikler yapılır ve uykusu düzenlenmeye çalışılır. Evvelce opium ve barbitüratlar kullanılmakta idi. Bugün nöroleptiklerden, özellikle chlorpromazine grubu ilâçlardan çok istifade edilmektedir. Hattâ, hafif vak'alarda chlorpromazine ayaktan (ambulatoire) tedâviyi dahi mümkün kılmaktadır. Ağızdan ilâç alabilen hastalarda çeşitli chlorpromazine grubu ilâçlardan günde 100 - 200 mg a kadar verilir. Ağızdan ilâç verilmesi mümkün olmayanlarda bu doz parenteral olarak tatbik edilir. Parenteral tatbik ya kas içi şırıngaları veya çok ajite vak'alarda litik kokteyller içinde (hibernasyon) damar yoliyle yapılır.

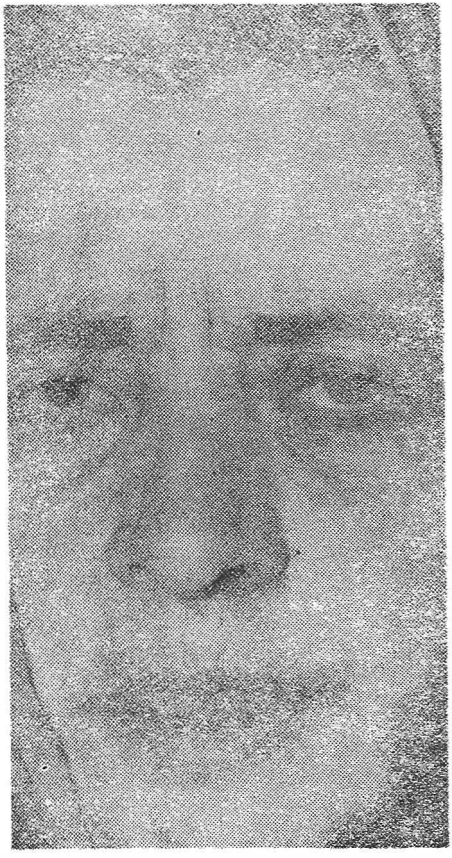
Seçkin tedâvi elektroşok'dur. **Delay** ve **Maillard**'ın istatistiklerine göre elektroşok ile mani nöbetlerinde % 90'ın üstünde sonuç alınabilmektedir. Elektroşok'un ne sıklıkla yapılacağı ve toplam olarak kaç şok uygulanacağı tedâvi eden hekim tarafından kararlaştırılır. Bunun için kesin bir şey söylemek kabil değildir. Kliniğimizde genel olarak haftada üç defadan 7 şokluk bir kür tatbik etmekteyiz. Bazı vak'alarda elektroşok'un her gün tekrarlanması gerekebilir. Fakat, bu sık elektroşokların arkasından ortaya çıkabilecek olan ve elektroşok'a bağlı olarak gelişen konfüzyon hallerinin tabloyu karıştırması her zaman mümkündür. Modern nöroleptiklerin bulunmasından evvel çok eksite vak'alarda günde birkaç şok dahi yapılıyordu. Biz, elektroşok'u fazla sık yapmamayı, arada hastaya chlorpromazine grubu ilâçlar vererek kombine bir tedâviyi tercih etmekteyiz.

Melankoli

Psikomotor inhibisyon, marazî keder, sıkıntı ve intihar arzusu ile karakterize şiddetli depression nöbetleri melankoli adını almaktadır. Nöbetin başlangıcında ekseriya hafif bir eksitasyon hali olur. Kısa bir süre için kendisini zinde ve öforik hisseden, çalışma kapasitesinde geçici bir artma olan hastanın bunu takibeden günlerde birdenbire depressiona girdiği görülür. Bazen bu prodromal eksitasyon safhası olmaksızın da birdenbire akut anksiete krizi ve depression ile başlayabilir..

Vak'aların çoğunda başlangıç sinsidir. Hastada gittikçe bir mizaç ve karakter değişikliği dikkati çekebilir. Günden güne hassas olmakta, en ufak olay karşısında duygulanarak ağlamakta, kolay heyecanlanıp sinirlenmektedir. Pesimist, karamsardır. Karar vermekte zorluk çeker. İntellektüel kapasitesi gittikçe azalır. Hareketlerinde, motor davranışında buna paralel bir yavaşlama olur. Günlük işlerini ihmal etmeye başlar. İşinde ve günlük hayatında derbeder olur, vaatlerini yerine getiremez, bir türlü bir işe başlayamaz, verimi gittikçe düşer. Bunlara birtakım fizik şikâyetler de refakat eder: baş ağrısı, meteorizm, hazımsızlık, kabızlık, emotif tremorlar, zayıflama gibi. Uyku ve iştahın kaybı değişmez bir kaidedir. Uykusuzluk nöbetin başında kendini gösterir ve uykusuzluğun şiddetine göre prognoz da ağırlaşır. Bazı vak'alarda obsession ve fobilerle ortaya çıkan bir başlangıç şekli vardır. Hastanın birtakım zorlu fikirler,

obsession ve fobiler içine düştüğü görülür ve bunu melankoli nöbeti takibeder **(aura obsessionnelle)**. Gene bazı vak'alarda başlangıçta korkulu rüyalar, kâbuslar vardır. Zamanla bu rüyaların muhtevası olan korku ve endişenin uyanıkken de devam ettiği, bütün gündelik hayata yayıldığı **(idées fixes mélancoliques)** ve böylece melankolinin yerleştiği müşahede edilir.



Omega melancholica

Hastalığın hal devrinde hastanın karakteristik bir yüz ifadesi ve görünümü vardır. Vücut öne meyletmiş, baş eğilmiş, omuzlar düşmüştür. Mahviyetkâr bir tavır takınır (habitus melancholicus). Gözler yere dikilidir. Yavaş hareket eder, az konuşur. Yüzü, içinde bulunduğu ıstırabı yansıtacak bir ifade almıştır. Mimikleri pek nâdiren değişir. Ağız komissürleri ve kasları aşağıya doğru sarkmıştır. İki kaşın arasında alın bir omega harfi şeklinde kırışmıştır ki buna Schule «**omega melancholica**» adını vermiştir.

Hastanın az konuştuğunu söylemiştik. Bu bazen hiç konuşmama haline yaklaşır. Hastadan birkaç kelime ile cevap alabilmek için omuzundan tutup sarsmak gerekir. Adeta çok kısılmış bir musluk gibidir. Ses güç işitilir halde, çok yavaştır.

Melankolide bir nevi **psikomotor felç**'den bahsedilir. Hastayı içine düştüğü kudretsizlik hissi ve **inertie** adetâ felç haline sokar. Belki birtakım işler yapmak ister. Esasen şizofrenideki hareketsizlik ile melankolideki hareketsizliği birbirinden ayıran ana karakteristik de budur. Melankolik ister fakat istediğini yapmak için gerekli enerjiyi kendinde bulamadığı için bir türlü akt haline geçemez. Buna karşılık şizofrende mevcut affekt kusuru, kayıtsızlık, isteksizlik herhangi bir aktın yapılmasına engel olmaktadır. Gene bu paralizi sebebiyle, biraz ilerde gözden geçireceğimiz melankolik intiharlar da hastalığın iyileşmeye yüz tuttuğu safhada ortaya çıkar. Ancak o devrede hasta, uzun zamandanberi arzulayıp da bir türlü yapamadığı, yapmaya derman bulamadığı işi tamamlar, intihar eder. Bu motor inhibisyon, bu hareketsizlik içinde bazen paradoksal ataklıklar, impulsionlar görülebilir. Hasta, büyük sıkıntısı içinde âni bir intihar veya cinayet faili olarak karşımıza çıkar.

> Çok sıkıntılı ve tam bir psikomotor inhibisyon içinde, yatağında, yüzü duvara dönük ve hareketsiz yatan bir hastayı okutmak için hoca çağırıyorlar. Hoca hastaya birtakım telkin ve nasihatlerde bulunmak istiyor. Büyük kederi içinde dışardan hiçbir müdahaleye tahammülü olmayan hasta birdenbire yastığının altındaki tabancayı çıkarıp hocayı vuruyor ve gene duvara dönerek sıkıntısına gömülmüş, hareketsiz yatmaya devam ediyor.

Patolojik keder (tristesse morbide) ve **moral ıstırap** (douleur morale) hastanın bütün şuurunu kaplamıştır. Bu öylesine bir ıstıraptır ki, melankolik hasta bunu insanın hissedebileceği başka hiçbir ıstırap ve kederle mukayese edemez. Bundan dolayıdır ki, melankolikler dışardan en feci, en ıstıraplı ve vahşice görünen metodlarla (meselâ dikenli telle kendini asmak, ustura ile gırtlağını kesmek gibi) intihar ederler. Başka herhangi bir şeyin vereceği acı, kendisinin çektiği moral acı yanında hiç kalacak ve hissedilmeyecek, aksine, o moral acıdan kurtulabilmek için bir kurtarıcı gibi görülecektir.

Zaman zaman **sıkıntı (anxiété)** ön plâna geçer, bazen melankoli depressionu içinde sıkıntılı devreler paroksistik bir vasıf arzeder. Sıkıntılı devrelerde hastanın hareketsizlik halinin az veya çok kay-

bolduğu görülür. Sıkıntısını ellerini oğuşturmakla ifade eden, bir çeşit melankolik ajitasyona kadar giden klinik tablolar vardır. Ajitasyon içindeki melankolik mütemadiyen dolaşır, yer değiştirir ve bu arada inler, kendi kendine söylenir.

Melankolik devamlı bir endişe içindedir. Güven hissi kaybolmuştur. İşe nasıl başlıyabileceğini bir türlü kestiremez. Başarı ümidi yoktur. Gelecek karanlıktır. Bu güvensizlik hissi ile birlikte yukarda sözünü ettiğimiz inertie ve teşebbüs kudretinin kaybı hastayı herhangi bir işe, mutad gündelik meşguliyetine başlamaktan alıkor.

> Bir hastamız bu halini şöyle anlatıyordu: «Sabah kalkıyorum, aman Allahım, yeni bir gün ve o gün yapılacak bir sürü iş. Bunları düşünmek bile sıkıntımı öylesine arttırıyor ki, yataktan bile kalkamıyorum. Bu sıkıntılar arasında bir türlü başlıyamadığım işlerimi yapmaktan vazgeçince sanki sırtımdan bir yük atmışcasına, biraz olsun, ferahlıyorum.

Bu sebeple, hasta hayat yükünden bir an önce kurtulmayı şiddetle arzuladığı halde, intiharların da hastalığın bu safhasında değil, fakat düzelmeye başladığı, yani bir işe başlayabilme gücünü kendinde bulduğu zaman görüldüğüne yukarda işaret etmiştik.

Melankoliklerde intihar arzusunun hattâ intihar azminin üzerinde özellikle durmak gerekir. Eğer kendi kendini itham tarzında bir hezeyan da varsa intihar duygusu bir çeşit «kendi kendini cezalandırma» (auto-punition) şeklinde ortaya çıkar. Melankoliklerin intihar arzuları, ekseriya, çevrenin mânî olmasını önlemek için, maharetle gizlenir ve ilk fırsatta gerçekleştirilir. Bu bakımdan intihara engel olmak bir çok vak'ada son derece güç, hattâ imkânsız hale gelebilir.

> Bir klinik hastamız, gece intihar etmemesi için yattığı iki kişilik odada tesbit gömleğine alınıyor ve başında devamlı şekilde bir hastabakıcı bekletiliyordu. Bir sabaha karşı hastabakıcıya yalvararak bir bardak su istemiş. Gömlek içinde bağlı ve ayrıca yatağa da tesbit edilmiş olmasını dikkate alan hastabakıcı, karşıdaki servis odasından bir bardak su getirmekte sakınca görmemiş. Sabaha kadar yavaş yavaş ve sessiz sedasız gömlekten sıyrılmayı becermiş olan ve bunu etrafına hiçbir şekilde belli etmiyen hasta, bu bir anlık yalnız kalmadan faydalanarak kendisini çarşafla pencereye asmış ve elinde su ile dönen hastabakıcı hastamızın ölüsü ile karşılaşmıştır.

Bir diğer hastamız yattığı özel hastahanede ve başında hastabakıcı beklerken, nasılsa ele geçirip yatağın içinde sakladığı jiletle bilek damarlarını kesmiş, belli etmemek için de bir taraftan hastabakıcı ile konuşmaya devam ediyormuş. Renginin sarardığını ve fenalaştığını farkeden hastabakıcı yorganı açtığı zaman bileklerden akan kanın göl olduğunu görmüş. Cerrahî müdahale ve transfüzyonlarla hasta kurtarıldı. Akıl Hastahanesine nakledildi. Yapılan tedâvilerle iyileşerek çıktı. İntihar teşebbüsü olduğu için hanımına kendisini yalnız bırakmamasını tenbih etmiştik. Bize kontrola gelirken de daima hanımı refakat ediyordu. Bir gün telefon ederken kontrola geleceğini, çok iyi olduğunu söyledi. Sesi son derecede neş'eli geliyordu. Sokağa çıktıkları zaman hanımına «hep muhafız gibi yanımda dolaşıyorsun, etraftan utanıyorum artık, ne olur bari birkaç metre geriden takibet» demiş, hanımı da onu iyi gördüğü için bu teklifi kabul etmiş. Yolda önden yürürken bir köşeyi döndüğü zaman birdenbire gözden kaybolmuş. Hanımı haber verdi, polis vasıtasiyle arattıksa da ertesi gün haber alıncaya kadar nereye gittiğini bulamadık. İlk rastladığı otomobile atlayarak oturdukları Fatih semtinden Pendik'teki bir akrabalarına gitmiş. Onlara «iyileşmesini kutlamak için geldiğini ve o gece onlarda misafir kalacağını» söylemiş. Gece evde şerefine bir toplantı tertiplemişler, yenmiş, içilmiş. Bu arada hanımı da İstanbul'da kocasını aramakla meşgul ve Pendik'te olduğu aklından bile geçmiyor. Gece odasına çekilince yüksek dozda barbitürat alarak yatmış, sabah ölmüş olarak bulunmuştur. Bütün gayretlerimize rağmen kurtaramadığımız bu meslekdaşım ve aziz dostumu bu vesile ile teessür ve rahmetle anarım.

Literatürde rastladığım bir vak'a intihar azminin korkunç olduğunu göstermesi bakımından çok ilgi çekicidir: Hasta odasında gırtlağını ustura ile keserek intihar etmektedir. Çocukları manzarayı pencereden görüp kitli kapıyı zorlarlar. Kapıyı kırıp içeri girdikleri zaman babaları disseksiyon yaparcasına kesip çıkardığı Larynx'ini uzatıp onlara gösterir. Bu hareketi ile «başardım, boşuna zahmet etmeyin» demek istiyordu herhalde.

İntihar için çeşitli vasıtalar kullanılır. En sık kullanılan kendini asma şeklinde intihardır. Bu, ipin en ucuz ve kolay temin edilen inti-

har vasıtası olması ile izah edilmektedir. Diğer sık kullanılan intihar vasıtalarından biri de uyku ilâçları ve çeşitli zehirlerdir. Bundan sonra tabanca, bıçak da çok kullanılır. Kendini denize atma da, daha nâdir olmakla beraber, başvurulan usullerdendir.

Asılmış vaziyette bulunan bir insan için ilk akla gelen intihar olmalıdır. Zira, idam hükümlerinin infazı dışında, bir insanı kendi arzusu olmadan asmak pek de kolay olmamakta, ekseriya bu kabil vak'alarda kurbanın kafasına vurulmak suretiyle evvelâ öldürülmekte veya bayıltılmakta, sonradan intihar süsü vermek için asılmaktadırlar. Kendini asmasına mâni olmak için akıl hastahanelerinde ve psikiyatri kliniklerinde özel bir inşaat tarzı tatbik edilir. Kalorifer borusu, musluk, vana, askı, çivi gibi ucuna ip bağlanacak şeylerden mümkün olduğu kadar kaçınılır. Hastanın üzerinde kuşak, uçkur, kayış gibi şeyler bırakılmamaya çalışılır.

> Literatürde kendisini karyolanın baş ucuna asarak bacaklarını kıvırmak suretiyle boğulmasını temin eden bir vak'a vardır. Bizim bir vak'amız da yere çömelerek boynuna geçirdiği ilmeğin ucunu abdesthanedeki taharet musluğuna bağlamış, duvara dayanıp ayağa kalkmak suretiyle intihara teşebbüs etmişti. Hırıltısını duyanlar tarafından can çekişirken kurtarıldı.

Melankolide birtakım **somatik belirtiler** de dikkati çeker. İştahsızlık ve inatçı kabızlık hali bunların başında gelir. Bazen subikter'e rastlanır. **Uzman** ve **Özden** santonin testi ile melankoliklerde karaciğer fonksiyonlarını incelemişler ve fonksiyonel bir yetersizlik tesbit etmişlerdir. Stuporlu melankolide bradikardi, arter basıncının düşmesi ve vagotoni tesbit edilmiş, buna karşılık anksieteli melankolide nabzın hızlanması ile beraber arter basıncında hafif bir yükselme dikkati çekmiştir. Anksieteli melankoliklerde ateş basmalarına da rastlanır. Bu suretle stuporlu şeklinde vagus hâkimiyeti, anksieteli şekilde ise sempatikotoni istikametinde vejetatif sinir sistemi gösterilerini tesbit etmek kabildir. Bazı melankoli vak'alarında günlük idrar hacminde azalma, hattâ hafif bir albüminüri dahi görülebilir.

Uykusuzluk daha hastalığın başlangıcında ortaya çıkar. Baş ağrıları vardır. Birçok melankoli vak'asında vücut ısısının düştüğü de görülmektedir. Seksüel istek ve gücün kaybı da melankolinin sâbit diyebileceğimiz belirtilerinden biridir. Sadece seksüel impotens ile ortaya çıkan tek semptomlu melânkoli nöbetleri dahi tarif edilmiştir.

Klinik şekilleri :

Hafif ve tek semptomlu şekiller: İç organ şikâyetleri, ağrılar, hipokondriler, kabızlık, uykusuzluk, seksüel impotens, durgunluk, takatsizlik gibi belirtilerin bir veya birkaçı ile ortaya çıkan bu şekiller, gözden kaçması, teşhis edilememesi ve dolayısıyle tedâvisiz kalması bakımından önemlidir. Bazen melankoli nöbetinin yerine sadece bir tek ekivalan semptom geçebilmektedir. Ayırd edici teşhis için hâdisenin peryodik olması, herediter ve biyo-tipolojik faktörler gibi özellikleri göz önüne alınmalıdır. İyi bir anamnez çoğunlukla teşhisi koydurur ve hastanın ilk bakışta somatik gibi görünen şikâyetleri uygun bir tedâvi ile kısa zamanda kaybolur. Özellikle «bahar yorgunluğu» denen ve ilk ve son baharlarda ortaya çıkan baş ağrısı ve hafif depression hallerinin üzerinde bu bakımdan önemle durulması gerekmektedir.

Subakut melankoli (melankolik depression): Asteni, yorgunluk ve takatsizlik, durgunluk ve neş'esizlik ile kendisini gösterir. Bu tabloya bazı obsessionların, zorlu fikirlerin katıldığı da görülebilir.

Nevrastenik şekil: Çabuk yorulma, çalışma gücünün kaybı, dikkat ve hafızada zayıflama hissi, frontal baş ağrısı, çarpıntı, mide-barsak bozuklukları, seksüel impotens gibi nevrastenik belirtilerle ortaya çıkan ve peryodik seyri, geçmişte başka siklofreni akselerinin bulunabilmesi gibi elemanlarla bir psikonevroz şekli olan nevrasteniden ayrılan tipler vardır. Ayırd edici teşhis, tedâvi bakımından önemlidir.

Stuporlu şekil (melancholia atonita) derin psikomotor inhibisyon ile ortaya çıkar. Hasta tam bir müsküler gevşeme içinde hiçbir harekete kâdir olmadan yatmaktadır.

Ajitasyonlu şekil (melancholia agitata) ise stuporlu şeklin aksine karşıdan bir mani nöbetinin ajitasyonunu dahi hatırlatacak şekilde hareketli bir klinik tablodur. Mütemadiyen ellerini oğuşturarak, dövünerek, ahlar, oflar içinde dolaşan hasta şiddetli bir anksiete içinde bulunmaktadır. Bu sebeple, anksiete'nin, sıkıntının ön plânda geldiği vak'alara **mélancolie anxieuse** adı da verilmektedir.

Hezeyanlı melankoli (mélancolie délirante): Melankoliklerde hastanın kendisini hedef tutan, kendisini suçlayan birtakım hezeyanlara da rastlanabilir. Bu hezeyanların karakteri, diğer paranoid psikozlardaki başkasını suçlama **(hétéro-accusation)** yerine kendini

itham etme **(auto-accusation)** halinin mevcudiyeti, büyüklük hissi yerine küçüklük hissinin, hattâ inkâr hezeyanlarının **(délire de négation)** bulunuşudur. Hasta, dünyanın başına gelen bütün felâketlerden, harplerden, salgın hastalıklardan kendisini sorumlu tutar. Vücudundan çıkan mikroplar her tarafı kirletmektedir. Etrafına pis kokular yaymakta, herkes ondan iğrenmektedir. İç organları çürümüştür. Sindirim sistemi olmadığı, midesi ve yemek borusu çürüyüp harabolduğu için yemek yememektedir. Hattâ ölmüştür. Kalbi çalışmadığı, kanı da pıhtılaştığı için kesilse kanı akmıyacaktır. Cenaze arabası bile onun gibi birisi için çok olduğundan çöp arabası ile mezara, hattâ çöp çukuruna götürülüp atılması gerekmektedir.

> İnkâr hezeyanları gösteren böyle bir hastamız her sabah yatağından kalkıp kapının arkasına çömelir ve çöpçülerin gelip cesedini alarak çöplüğe götürmelerini beklerdi. Çoktan ölmüş olduğuna ve cesedinin kokuştuğuna inanmıştı.

Bu çeşit inkâr hezeyanları ile ortaya çıkan özel bir klinik tabloya **Cotard sendromu** adı verilir. Hasta organlarının, hattâ bütün vücudunun mevcudiyetini olduğu kadar akrabalarının, arkadaşlarının varlığını, ölümü, zamanı, mekânı, herşeyi inkâr eder. Ölümün inkârı **ölümsüzlük hezeyanının (délire d'immortalité)** gelişmesine sebep olur. Ölümsüzlük fikrini «ebedi hayata ve sonsuzluk içinde ıstırap çekmeye mahkûm olma» haline getiren vak'alar da vardır **(délire de damnation éternelle)**. Bir taraftan şiddetli ıstırap (douleur morale) içinde olan, diğer taraftan da ölmek saadetinden bile mahrum olduğuna, bu ıstırabı ebediyyen çekeceğine inanan bir kimsenin intihara nasıl bir kurtarıcı gibi koşacağı ve dışarıdan bakıldıkta çok vahşice görünen intihar metodlarının dahi vereceği acının bu ruhî ıstırap ve acılar karşısında ne kadar hafif kalacağını tahmin etmek güç değildir. Bazı hastalar vücutlarının, bütün pisliği ile, kâinatı kaplıyacak derecede şişip büyüdüğünü iddia ederler **(délire d'énormité)**.

Hezeyanlı vak'alarda kendi kendini cezalandırma **(auto-punition)** ve cinayetle beraber intiharlara çok rastlanır.

> Bütün dünyadaki felâketlerin sebebi olarak telâkki ettiği penisini, scrotum ve testislerini ustura ile kesip çıkaran bir hasta, karın cildi altına yayılmış geniş idrar flegmonu ile getirtilmişti. Bir üniversite öğrencisi de melankoli nöbeti sırasında auto-punition maksadiyle penisini kesti. Tedâvi ile iyileştikten sonra nişanlı olduğunu ve yakında evlenmek durumunda bulunduğunu hatırlayınca bu

sefer melankolik depression'un yerini yaptığı işin sonucuna bağlı reaktif depression aldı.

Memleketine gitmek üzere izin isteyen bir hastamız sebep olarak şunu gösteriyordu: «Kendimi dünyaya lüzumsuz, hattâ zararlı addettiğim için intihara karar verdim. Ancak, intihardan sonra memleketteki karımın ve çocuklarımın sefil kalmasını önlemek için evvelâ gidip onları elimle öldüreceğim».

Hallüsinasyonlu melankoli: Bazı melankoli vak'alarında hallüsinasyonların bulunduğu da bildirilmiştir. Hezeyanlı yaşantının sensoriyel veya psiko-sensoriyel projeksiyonu ile izah edilen psişik, psikomotor, senestezik hattâ daha nâdir olmak üzere işitme, görme, koku alma hallüsinasyonları tarif edilmektedir. Gerçek bir melankolide hallüsinasyondan bahsetmenin ne derecede mümkün olacağı çok tartışma götürür bir konudur. Sadece, şimdiye kadar bir tek hallüsinasyonlu melankoli denebilecek vak'a görmediğimi ilâve etmek isterim.

Kronik melankoli: Akut melankolik belirtilerin kronik bir seyir alan ve depression, keder, insanlardan kaçma gibi belirtilerle sürüp gittiği vak'alar vardır **(Régis)**. Bu zemin üzerinde zaman zaman anksiete nöbetleri ve intihar teşebbüsleri ile akut gelişmeler görülebilir.

Ayırd edici teşhis :

Stuporlu melankoli konfüzyon hallerinde görülen stupordan orientation bozukluğunun bulunmaması, toksik ve infeksiyöz belirtilerin mevcut olmaması ile ayrılır. Katatoniden ayırd etmek için katatoniklerdeki donma halinin kesin olması göz önünde tutulmalıdır. Katatonik hiç konuşmaz, melankolik zorlanırsa sıkıntılı bir ifade ile birkaç kelime söyler. Katatonik hareket etmez ve vücuduna verilen bir pozisyonu muhafaza eder, melankolikte ise psikomotor inertie hali, ekstremitelerde hipotoni vardır. Katatonikdeki yüz ifadesinin manâsız, mimiklerinin absürd olmasına karşılık melankolikdeki sıkıntılı yüz ve omega dikkati çeker.

Reaktiv, nörotik anksiete ve depressionlardan melankolinin depression ve sıkıntısını ayırd etmek için nörotiklerdeki sıkıntının dalgalı olması, dış şartların düzeltilmesi ile - geçici olarak bile olsa - giderilebilmesi, bir sebebin bulunabilmesi, intiharların pek nâdiren, o da histerik intihar tarzında, gösteri mahiyetinde bulunması gibi kriterlere dikkat etmek gerekmektedir.

Bazen şizofreni de bir atipik depression hali ile başlayabilir. Depression'un yanında melankolideki moral ıstırabın sıkıntının bulunmaması, bunun aksine bir affekt küntleşmesinin, ilgisizliğin daha ön plâna geçmesi iki tabloyu birbirinden ayırır. Şizofrenideki **autisme** haline bilhassa dikkat etmek gerekir. Buna rağmen, bazı hallerde melankoli ile şizofreninin başlangıç şekillerini birbirinden ayırabilmek imkânsız hale gelebilir.

Bazı ihtiyarlık bunamaları melankoli nöbetine benzer bir klinik tablo ile başlayabilir. Şiddetli anksiete hali ufak tefek hafıza kusurlarını ve demansiyel belirtileri örter. Antidepressiv ve anksiolitik tedâvi sırasında zamanla sıkıntının kaybolduğu ve bunamanın geliştiği görülür. Bu çeşit vak'alarda bilhassa elektroşok tedâvisinin demansiyel gelişmeyi hızlandırdığını tesbit ettik.

Sifilitik meningo-ensefalit (paralysie générale) de, depressiv şeklinde, melankoli ile karışabilir. Melankolideki kendi kendini suçlama, hezeyanların kendine yöneltilmiş olması ve nihayet serolojik bulgular teşhisi sağlar.

Tek semptomlu şekiller, meselâ impotens veya diğer organ şekilleri birtakım organik hastalıkları taklid edebilir.

Tedâvi:

Melankoli tedâvisi hastanın bu hastalıkları tedâvi için yetişmiş personeli ve imkânları olan bir kliniğe yatırılması ile başlar. Akıl hastahanelerinde ve psikiyatri kliniklerinde dahi zorlukla önlenebilen, bazen önlenemiyen intiharlara hastanın evinde ve kendi ailesi arasında mâni olmaya imkân yoktur. Diğer taraftan, melankolik hastalarda gıda reddi, dolayısiyle bazen gavaj yoliyle beslenme zarureti gene hastahane için bir endikasyon teşkil eder. Anksiolitik ilâçların ve elektroşok tedâvisinin tatbiki de, gündelik hekim kontrolünü gerektirdiği için, hastahaneye yatırılmayı icabettirir.

Melankolide seçkin tedâvi elektroşok'dur. Elektroşok tedâvisi, kısa zamanda elde edilen kesin sonuç bakımından, modern anksiolitik ve antidepressif ilâçlara rağmen, değer ve endikasyonunu korumaktadır.

İlâçla tedâvide ilk sırayı klâsik anksiolitiklerden opium birleşikleri işgal eder. Bilhassa teinture d'opium safranée (laudanum de Sydenham) klâsik melankoli ilâcı olarak tarihî bir yer işgal eder.

Rp.

Laudanum de Sydenham
Teinture de gentiane *ââ 20 gr.*
S : günde 3 - 4 defa 25 damla

şeklinde bir reçete ile melankolinin sıkıntısı üzerine tesir etmek bir dereceye kadar mümkün olmaktadır. Bunun yanında hipnotiklerle gece uykusu sağlanır.

Modern anksiolitik ve timoleptiklerden melankoli ve bütün endogen depressionların tedâvilerinde seçkin ilâçlar imipramine grubu psikofarmakalardır. Günde 100-200 mg ağız yolu ile veya parenteral yoldan verilir. Bazı yazarlar küçük dozlardan başlayarak gittikçe arttırılan dozlarda vermeyi tavsiye etmektedirler. Bizim pratikte kullandığımız başlangıç dozu 4x25 mg'dır. Günde 4 draje halinde verilir. Birkaç gün içinde sonuç alınmazsa 5 - 6 ilâ 8 defa 25 mg lık dozlara çıkmaktayız. Ağzından ilâç almayı reddeden vak'alarda bu doz kas içi şırıngalarla verilir. Bir iyileşme elde edilinceye kadar bu doz azaltılmadan (icabında haftalarca) verilir ve ancak düzelme görüldükten sonra tedricî bir azaltma ile kesilir. Anksiolitik tedâviye laudanum, trankilizanlar veya hezeyanlı hallerde haloperidol gibi nöroleptikler teşrik edilebilir.

Anksiolitik ilâçların ağız kuruması, taşikardi, hipotansiyon, akomodasyon bozuklukları, kabızlık, idrar etme güçlüğü (enuresis nocturna tedâvisi için imipramine'ler kullanılmaktadır), uykusuzluğun artması (nöroleptik veya hipnotiklerle giderilebilir) gibi yan tesirleri vardır. Bunlar çok ciddî olmadıkça tedâvinin kesilmesi için bir sebep teşkil etmezler.

Tedâvi sırasında dikkat edilmesi gereken en önemli husus psikomotor inhibisyonun kaybolduğu safhada intiharların görülebilmesidir. Bundan başka, anksiolitiklerin tesirine bağlanması mümkün olan konfüzyon ve eksitasyon halleri ile epilepsi nöbetleri de göz önünden uzak bulundurulmamalıdır.

Monoamin oksidaz inhibitörü grubundan antidepressivler endogen depressionlarda, melankolide pek etkili olmamaktadır. Bu tip ilâçların daha çok nevrotik, reaksiyonel ve diğer sebeplere bağlı depression ve anksiete hallerinde faydalı olduklarına işaret etmek isteriz.

Genel olarak anksiete ve depression tedâvisine daha geniş bir şekilde «Sıkıntı» bölümünde döneceğiz.

CYCLOPHRENİA

Eksitasyon ve depression hallerinin arasında bir bağlantı ve ilginin bulunduğu pek eski çağlardanberi bilinmektedir. 19. yüzyılda **Falret** ve **Baillarger** eksitasyon ve depression nöbetlerinin aynı hastalığın belirtileri olduğuna dikkati çekmiş ve «folie à double forme» dan bahsetmişlerdir. Bu hastalığa manik-depressiv psikoz adını ilk

defa veren **Kraepelin**'dir. **Delay** folie alterne, **Hecker, Magnan** ise folie intermittente adını teklif etmişlerdir.

Nöbet nöbet gelen, her nöbeti kaide olarak iyileşen, sonunda demans yapmayan, heredite ile dominant olarak ilgili ve klinikte patolojik affekt artması ile kendini gösteren bir çeşit periodik psikoz «cyclophrenia» veya «mani-melankoli psikozu» başlığı altında incelenmektedir.

Siklofreninin iki ana nöbet şeklini, mani ve melankoli nöbetlerini yukarda inceledik. Burada bir klinik antite, bir hastalık olarak «Cyclophrenia» ele alınacaktır.

Başlangıç yaşı :

Vak'aların pek çoğunda ilk nöbetler 25 - 30 yaş arasında başlar. **Bumke** tretesinde **Lange**, siklofreni nöbetlerinin başlangıç yaşlarını şöyle bir istatistik sıralamaya tâbi tutmuştur:

15 yaşından önce	:	% 5
15 - 20 yaş arası	:	% 18
20 - 25 yaş arası	:	% 13
25 - 50 yaş arası	:	% 18

Nâdir bazı vak'alarda ilk nöbetler çocukluk yaşlarında görülmekte olup ileri yaşlarda başlıyan siklofreni vak'aları da vardır. **Larsson** ve **Sjörgen** (1954) İsveç halkı arasında yaptıkları araştırma sonucunda erkekler için başlangıç yaşını 42,2 kadınlar için de 40 olarak bulmuşlardır. Memleketimizde bu yaş ilk siklofreni nöbeti için ileri bir yaştır. Bunda ırk ve iklim şartlarının etkili olması mümkündür. 40 - 50 yaşlar arasında başlayan, özellikle kadınlarda menopoz devresinde meydana çıkan ve hafif depression hallerinden hezeyanlı ağır melankoli şekillerine kadar çeşitli klinik tablolar yapan **yaş dönümü melankolisi** de birçok araştırıcılar tarafından geçikmiş bir siklofreni nöbeti olarak kabul edilmektedir. **Köknel**'in çalışmaları bu görüşü destekler sonuç vermiştir.

Melankoli nöbetlerinin sıklığı, mani nöbetlerine kıyasla, yaşla artmaktadır. **Bumke**'ye göre 20 yaşlarında % 20 melankoli, % 50 mikst şekil, % 30 mani; 40 yaşlarında % 50 melankoli, % 34 mikst şekil, % 16 mani görülmekte olup, ileri yaşlarda ancak % 1 veya 2 oranında mani nöbetlerine rastlanmaktadır.

Klinik şekilleri :

Çok çeşitli klinik formlara rastlanmaktadır. Mani ve melankolinin muhtelif tiplerinin kombinasyonları ve sıralanmaları sonucu or-

taya çıkan bu şekiller **Régis** tarafından 8 tipte toplanmıştır:

1) Tek, izole ve fakat periodik psikoz tablosu içinde mütalea edilmesini gerektiren kriterleri taşıyan mani veya melankoli nöbetleri.

2) Arka arkaya gelen ve arada iyileşme devreleri bulunmayan mani nöbetleri (manies rémittentes).

3) Aralarında iyileşme devreleri bulunan mani nöbetleri (manies intermittentes).

4) Aralarında iyileşme devreleri bulunmayan, arka arkaya gelen melankoli nöbetleri (mélancolies rémittentes).

5) Aralarında iyileşme devreleri bulunan melankoli nöbetleri (mélancolies intermittentes).

6) Bir şekilden diğerine aralık bırakmaksızın geçen şekiller (Doubles formes intermittentes).

7) Her nöbetinde iki çeşit belirtileri kendisinde taşıdığı ikili şekiller (**Falret**'nin folie à double forme'u).

8) Folie périodique alterne adı verilen ve iyileşme devreleri ile birbirinden ayrılmış mani ve melankoli nöbetlerinden ibaret diziler.

Kraepelin, çeşitli maniak ve melankolik belirtilerin değişik oranlarla bir arada bulunduğu karışık (mixte) formları da bildirmiştir. Bunlar belirtilerine göre şöyle sıralanabilirler:

1) Fikir kaçışı ile beraber olan depressionlar,
2) Ajitasyonlu melankoliler,
3) Maniak elemanları taşıyan stupor şekilleri,
4) Improductive denen mani'ler,
5) Depressiv denen maniler,
6) Akinetik denen maniler.

Başlangıç :

İlk nöbet sıklıkla depressiv tiptedir (**Kraepelin**'e göre % 60, **Stenstedt**'e göre % 83). Fakat, burada, genel olarak mani nöbetlerinin melankoli nöbetlerine göre çok daha seyrek görüldüğünü de dikkate almak ve bu istatistik sonuçları ona göre değerlendirmek gerekir.

Nöbetin süresi :

Tedâvi edilmediği takdirde nöbetlerin süresi **Kraepelin**'e göre 6 - 8 ay, **Paskind**'e göre ise 4 ay civarında değişmektedir. Zamanla ve tekrarlandıkça nöbetlerin süresi uzamakta, aynı şekilde, yaşla da nöbetlerin gerek süresi artmakta, gerekse aradaki iyilik devreleri

kısalmaktadır. Mani ve melankoli nöbetleri arasında süre bakımından belirli bir fark tesbit edilememiştir. Bunun dışında, pek kısa süren veya senelerce devam eden nöbetlere de rastlanmaktadır. Tedâvi nöbetin süresini ileri derecede kısaltır. Esasen nöbetleri önliyecek etkili bir tedâvi bahis konusu olmadığından ancak nöbet tedâvisinden söz etmek kabildir. **H. Ey**'in istatistiklerine göre 50 tedâvi edilmemiş ve 60 tedâvi edilmiş vak'ada hastahanede kalma süresi tedâvi edilmeyenler için 206 gün, edilenler için ise 91 gündür.

Bütün istatistikler, nöbetler tekrarladıkça aradaki iyilik devrelerinin kısaldığını göstermektedir. **Lange**'ye göre birinci remission ortalama 11 yıl, sonrakiler ise ortalama 4 yıl sürmektedir. Bugün, timoleptik tedâvinin nöbet süresini olduğu kadar aradaki iyilik devresini, remission'u da kısalttığı yolunda bir görüşe biz de şahsî pratiğimizdeki sonuçlara dayanarak katılıyoruz. Artık **Lange**'nin bildirdiği 11 yıl, 4 yıl remission gösteren vak'alar yoktur. Senede, hattâ ayda birkaç defa tekrarlıyan siklofreni nöbetleri mutad olduğu gibi, timoleptik tedâvi altında nükslere dahi rastlanmaktadır.

Prognoz:

Siklofreni, nöbetlerin tekrarlamasına rağmen defisit belirtileri gösteren bir tabloya dönmez, sonunda bir bunama meydana getirmez. Bununla beraber, nadiren bir entelektüel çökme ile bir bunama halinin (démence vésanique) geliştiği veya kronik mani yahut melankoli halinin yerleştiği de görülmektedir. Bazen de nöbetler o kadar sık gelir ki, arada hastanın normal hayatını yaşıyabileceği bir iyileşme devresinden bahsetmek mümkün olamaz.

Yukarda kaydettiğimiz gibi, yaşın ilerlemesi ve nöbetlerin tekrarı ile nöbet süresinin uzadığı, aradaki iyilik devresinin de kısaldığı dikkati çekmektedir.

Siklofreni nöbetlerinin hastanın hayatını tehdit eder bir tarafı olmamasına rağmen melankoliklerdeki intiharlar ölümle biten birer siklofreni nöbeti olarak ele alınmalıdır. Bu, tıpkı fatal sonuçlu bir dahilî hastalık gibi mütalea edilmek, ona göre tedbir alıp mücadele etmek gereken bir haldir.

Etyoloji ve patogenez:

Klâsik olarak mani-melankoli nöbetlerinin kadınlarda erkeklerden daha fazla görüldüğü (100 kadına karşılık 70 erkek) kabul edilmektedir. Buna birtakım hormonal faktörlerin sebep olduğu iddia edilmiştir.

Her şeyden evvel siklofreni herediter bir psikozdur. Bu hastalıkta hereditenin rolünü ilk defa düşünen **R. Vogt** (1910) resessiv bir geçişten söz etmişse de sonraları siklofreninin dominant herediter bir hastalık olduğu görülmüştür. Genel nüfus arasında siklofreni oranı % 4 iken bu oran siklofrenlerin çocukları için (araştırıcılara göre değişmek üzere) % 24 ile % 50 arasında oynamaktadır. Heterozigot ikizlerde % 12 ilâ % 23 arasında kaydedilen siklofreni nisbeti homozigot ikizlerde % 75 e kadar çıkmaktadır. Muhtelif istatistikler siklofreninin heredite ile ilgisini % 85 e yükseltmektedirler.

Siklofreni belirli bir biyotip üzerinde gelişir. Piknik tip ve sikloid mizacın siklofreni ile ilgisi hemen hemen bütün istatistiklerce doğrulanmaktadır. **Luxemburger** ve **Bumke** siklofreninin çeşitli biyotiplere dağılışını şöyle bulmuşlardır:

% 64,6 piknik tipte
% 19,2 astenik tipte
% 6,7 atletik tipte
% 1,1 displâstik tipte

Çeşitli kapalı çevrelerde psikoz, herediter karakteri sebebiyle, daha kolay gelişmekte ve vak'a sayısı artmaktadır. Bu bakımdan memleketimizde, içinde bulunduğumuz asrın ilk yarısında özellikle Karadeniz Bölgesinde siklofreni vak'alarına çok rastlandığı ileri sürülmüştür. Gerek **Mazhar Osman Uzman**'ın ve gerekse **İhsan Şükrü Aksel**'in kanaatleri bu merkezdedir.

Zeyneloğlu'nun 1955 senesinde yaptığı çalışmaya göre memleketimizde siklofreni vak'alarının dağılışı bölgelere göre şöyledir:

BÖLGE	Bakırköy Akıl Hastahanesi	La Paix Fransız Hast., Manisa, Elâzığ Akıl Hastahaneleri toplamı	TOPLAM
KARADENİZ	441	505	946
MARMARA	1163	1387	2550
EGE	187	337	524
AKDENİZ	123	169	292
GÜNEY - DOĞU ANADOLU	33	69	102
İÇ ANADOLU	121	314	435
TOPLAM	2068	2781	4849

Burada, Marmara bölgesini ayırırsak, mani-melânkoli vak'alarının ençok görüldüğü bölge Karadeniz bölgesidir. Ancak bütün bu ileri sürülenler, modern istatistik metodlarına dayandırılmış çalışmalar olamamıştır.

Kliniğimizde, **Dr. Fevzi Samuk**'un yaptığı bir araştırmada, ileri sürülenlerin aksine, siklofreni vak'aları, daha ziyâde güney bölgelerimizde, bilhassa Güneydoğu Anadolu ile Akdeniz bölgelerinde tesbit edildi. 1977 senesindeki bu araştırmada, 1970-1974 seneleri arasında, beş senelik bir zaman periodu içerisinde Bakırköy, Manisa, Elâzığ akıl hastahaneleri ve Lâ-Paix Fransız hastahanesi ile kliniğimizde yatırılmış 2708 siklofreni hastasının coğrafi bölgelere göre durumu, modern istatistik metodlarıyla incelenmiş ve aşağıdaki tablo ortaya çıkmıştır:

BÖLGE	SİKLOFRENİ VAK'ALARI	Diğer psikiyatrik hastalıklar arasında görülme oranı
Karadeniz	403 (454.0)*	% 4,3
Marmara	585 (792.3)	% 3,5
Ege	378 (431.6)	% 4,2
Akdeniz	227 (153.0)	% 7,1
İç Anadolu	326 (324 2)	% 4,8
Doğu Anadolu	487 (394.9)	% 5,9
Güneydoğu Anadolu	302 (158.0)	% 9,2
TOPLAM	2708	% 4,8

(*) Parantez içindeki rakkamlar beklenen rakkamlardır.

Görülüyor ki, siklofreni vak'aları en fazla, % 9,2 oranında Güneydoğu Anadolu bölgesinde daha sonra da % 7,1 oranıyla Akdeniz bölgesinde bulunmaktadır. Bu araştırmada Karadeniz bölgesinde ise beklenenin (% 4,8) altında olmak üzere % 4,3 nisbetinde siklofreni vak'ası tesbit edilmiştir.

Eski iddialara ve araştırmalara göre bu değişik neticelerin ortaya çıkmasında: 1 - değişen teşhis kriterlerinin ve mümkündür ki 2 - eski araştırmalarda kifayetsiz istatistik metodlarının kullanılmış olmasının büyük rolü olsa gerektir.

Çeşitli hormonal bozuklukları etyo-patogenetik faktör olarak göstermek isteyen araştırıcılar vardır. Bu arada akromegali, adipozo-genital sendrom gibi hipofiz bozuklukları ile görülen mani nöbetleri kaydedilmiş, cinsiyet hormonları üzerinde de durulmuştur. Pübertenin, menopozun, menstrüasyonun ve gebeliğin nöbetlerle ilgisi gösterilmek istenmiştir. Menopoz ve dönüm yaşı sırasında ortaya çıkan involutionel melankolilerin geç kalmış bir siklofreni nöbeti veya ayrı bir klinik antite olup olmadığı meselesi hâlâ tartışmalıdır.

Hormonal bozuklukların doğrudan doğruya siklofreni için bir sebep olamıyacağı, ancak herediter stigmatları taşıyan kimselerde nöbeti başlatabileceği kabul edilmektedir.

Çeşitli çevre faktörleri de gösterilmiştir. Gerçekten, büyük bir affektif traumanın nöbeti başlattığı sık görülen hallerdendir. Ancak, nöbetin şekli geçirilen olayla ilgili değildir. Büyük üzüntüler karşısında meydana çıkan mani nöbeti ile hastanın şarkılar söylemeye başlaması çevresindekileri hayrete düşürmektedir. Burada da affektif şok sadece nöbeti ortaya çıkaran bir sebep olarak gösterilebilir. Aynı şekilde, siklofreninin etyo-patogenezini aydınlatmak için ileri sürülen psikopatolojik ve analitik görüşleri, hastalığın heredite ile ilgisi ve belli biyotiplerde gelişmesi, ilâç tedâvilerinden ve elektroşoktan alınan kesin sonuçlar karşısında, kabul etmek imkânsızdır.

Tedâvi :

Siklofreni nöbetlerinin tedâvisi, mani ve melankoli bölümlerinde anlatılan şekilde yapılır. Seçkin tedâvi elektroşoktur. Mani nöbetlerinde hipnotik, sedatif, trankilizan ve nöroleptik ilâçlar melankoli nöbetlerinde ise timoleptik, anksiolitik ve hipnotikler kullanılır.

Burada, gerek mani ve gerekse melankolide endikasyon bulan ve nöbetleri önlediği iddia edilen, bugün için tekrar revaç bulmuş bir klâsik tedâviden **lithium tedâvisinden** bahsedeceğiz.

Lithium'un çeşitli sebeplerle tedâvide kullanılışı çok eski bir maziye sahiptir. Alişimist ve astrologlar Lithium'a benzer bir maddenin karakteristiklerinden bahsetmişlerdi. Hemen hemen bütün meşhur menba sularının, maden sularının reklâmlarında bilhassa lithium ihtiva ettikleri belirtilmektedir (Vichy, Appolonaire, Perrier suları gibi). 1927'de **Culbreth** lithium'un hipnotik tesiri olduğunu ileri sürmüş, bundan kısa bir müddet sonra **Squires** antiepileptik tesiri olduğunu iddia etmiştir. Alkalen menba sularının mani ve depression tedâvisinde kullanılmasının da tarihi çok eskidir.

Mani nöbetlerinde lithium carbonate tedâvisi ilk defa 1949'da **Cade** tarafından ortaya atılmıştır. 250 mg'lık tabletler halindeki lithium carbonate'den başlangıçta günde 3 ilâ 4 tablet (750 - 1.000 mg) verilir. Bununla semptomlar kontrol altına alındıktan sonra, birinci haftanın sonunda günde 2 - 3 tabletlik idame dozuna geçilir. Bundan sonraki tedâvi klinik bulgulara göre ayarlanır. Genel olarak plâzmada lithium seviyesi litrede 1 m/Eq. a çıkınca tedâvi tesiri, 2 m/Eq. ı

bulunca da toksik yan tesirler kendini gösterir. Yan tesirler arasında baş ağrısı, baş dönmesi, görmenin bulanması, kuvvetsizlik, tremor, diare ve anoreksi sayılabilir. Bu semptomlardan herhangi birinin görülmesi halinde tedâvi derhal kesilmelidir. İdame dozunda toksik tesirlerin görülmesi çok nâdirdir. Schou (1963) nun bildirdiğine göre lithium, gerek mani ve gerekse melankoli nöbetleri için mizaç stabilizatörü olarak kullanılmalıdır.

Şurası muhakkak ki, bugün için siklofreni nöbetlerinin gelmesini önliyecek kesin bir tedâvi şekli bilinmemektedir. Gerek hastanın ve gerekse ailenin bu nöbetlere karşı gerekli eğitimi almaları şarttır. Psikiyatr iyileşmiş hastayı yeni bir psikozun tehlikelerine karşı korkutmadan, ürkütmeden uyaracak, dostça tavsiyelerde bulunacak ve onun daha ilk uykusuzluk, halsizlik veya ufak tefek taşkınlık hallerini hisseder etmez hekime başvurmasını sağlıyacaktır. Siklofrenide bir psikoterapiden söz edilirse bunun bu söylediğimiz sınırlar içinde gerekli ve faydalı olduğuna inanıyoruz.

Yaş dönümü melankolisi (involutional melancholia)

Halen dahi klinik ve nozografik bakımdan tartışmalı durumda bulunan yaş dönümü melankolisini SİKLOFRENİ bölümünde ve fakat ayrı bir parça olarak ele almayı uygun bulduk. **Kraepelin** bu tablonun ayrı bir hastalık mı yoksa manik-depressiv psikozun bir nöbeti mi olduğu meselesinin psikiyatrinin en karanlık problemlerinden biri olduğunu söylerken **Digo,** birçok araştırıcıların etüdlerine dayanarak involusyonel melankoliyi ayrı bir hastalık gibi kabul etmektedir. **Köknel,** İstanbul Üniversitesi Psikiyatri Kliniğinde gözden geçirdiği vak'alardan elde ettiği sonuçlara göre involutional melankolinin geç kalmış bir siklofreni nöbeti olduğu kanaatine varmıştır.

40 - 55 yaşları arasında başlar. Kadınlarda daha sıklıkla görülür. Başlangıçta ekseriya bir affektiv, emosyonel hâdise ile birlikte fizyolojik birtakım değişiklikler (menopoz, andropoz, endokrin veya metabolik bozukluklar) vardır. Birçok araştırıcı siklotimik yapının mevcut olmamasına karşılık affektiv bir infantilizmin, çocuksu heyecanların, kolaylaştırıcı faktörler olduğunu ileri sürmüşlerdir.

Oto-kritik nisbeten sağlam kalmakla beraber ıstıraplı ve sıkıntılı bir depression tabloya hâkimdir. Senestezik bozukluklar, bazen pithiatisme'e kadar giden affektif gösteriler, alâka isteği, çevreyle affektiv kontaktın sağlam kalması, hipokondriler hastalığı belirler. Herhangi bir zekâ yıkılması veya antesedanda akut depressiv nöbetler mevcut değildir.

Hastalık seyir bakımından da siklofreni nöbetlerinden ayrılır. Tedâvi edilen vak'alarda dahi oldukça uzun sürmekte, tedâviye güç ve geç cevap vermektedir. Diğer taraftan, yaş dönümü devresinde ortaya çıkan bu kabil depressionlardan pek çoğunun tedâvi edildikten sonra tıpkı siklofreni nöbetleri gibi nüksler göstermesi dikkate değer bir hususdur. Bu yaşlarda mani nöbetleri esasen nâdir olduğu için nöbetlerin sadece depressiv tipte nüksetmesi siklofreni aleyhine bir delil olarak alınamaz.

Tedâvi için melankolide verdiğimiz ölçüler burada da aynen geçerlidir. Yalnız tedâviye mutlaka uygun bir hormon tedâvisi ilâve etmelidir. Erkeklerde testis hormonu, gerek erkek ve gerekse kadınlarda çift hormon (testis hormonu ile estrogen veya lutein hormon) tatbiki çok iyi sonuçlar vermektedir.

«Bu öyle bir hastalıktır ki
insanı dehaya veya aptallığa sevkeder...»

PİTİGRİLLİ

DEMENTİA PARALYTİCA

SİFİLİTİK MENİNGO — ENSEFALİT

(Paralysie Générale)

Paralizi jeneral veya anatomik ismiyle «**meningo - encephalitis diffusa chronica syphilitica**» kronik sifilis intanına bağlı bir psikozdur.

İlk defa 1798'de İngiltere'de **Bethlem** tımarhanesinin eczacısı olan **Haslam** «Cinnet ve melânkoli hakkında müşahedeler» monografisinde felç âfetlerinin çoklukla görüldüğü bir delilikten bahsetmiştir. 1805'de **Esquirol** ruhi vak'alarda bir ihtilât olarak felç de görülürse inzarın çok vahim olacağına işaret etmiş, ancak konuşma bozuklukları, felçler ve eskarlar gibi arızaları hastalığın kronikleşmesine bağlamıştır. Hastalığı klinik ve patolojik bir ünite olarak ilk defa tarif ve tavsif eden Charenton hastahanesi hekimlerinden **Bayle** olup, bugün de paralizi jeneral **Bayle**'in ismine izafeten Bayle hastalığı olarak tanınır. 1835 de **Falret**'nin «paralitik delilik ve muhtelif umumi paraliziler» isimli tezi **Bayle**'in fikirlerini desteklemiş, **Baillarget** ise bu hastalığın klinik tablosunun tamamlanmasına yardım etmiştir.

Hastalığın etyolojisi bakımından frenginin rolünü ilk defa 1857'de **Esmarch** ve **Jessen** adlı müellifler öne sürmüş olmakla beraber ilk zamanlar bu fikirlere pek önem verilmemiştir. 1865'de **Kiellberg** bu hastalığın ancak önceden frengiye yakalanmış insanlarda görülebileceğini iddia etmiştir. 1904'de **Alzheimer** ve **Nissl** bu hastalığın histopatolojisini göstermişlerdir. Wassermann teamülünün bulunmasından sonra bilhassa **Widal** ve **Sicard**'ın kan ve liquor cerebrospinalis araştırmaları ile müsbet neticeler alınmış, 1913'de **Nogouchi** ve **Moore** muayene ettikleri 70 paralitik vak'anın ekserisinin beyninde treponema pallidum'u tesbit etmişlerdir. Artık bu tarihten sonra «frengisiz paralizi jeneral»in olamıyacağı kat'ileşmiş bulunuyor.

Bununla beraber, her sifilitik de paralizi jeneral olmamaktadır. **Kraft-Ebing** Birinci Dünya harbinden evvel Moskova kongresinde «civilisation et syphilisation» tâbirini kullanarak medeniyetin sifilizi arttırdığını ileri sürmüş, pek çok da taraftar kazanmıştı. **Jena** klini-

ğinde sifilizden tedâvi gören vak'aların ancak 20 sene zarfında % 1,2 sinin paralizi jenerale musab olması, Amerika'da tedâvi görmeyen frengililerin % 16,9 unun, tedâvi görenlerden ise ancak % 1,6 sının bu hastalığa yakalanması, treponema pallidum'un beyne yerleşmesinin birtakım âmilleri olması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Bu hususta ilk ortaya atılan teori nörotrop virüsün mevcudiyetidir. **Nonné** ve **Levaditi**'ye göre iki türlü frengi virüsü vardır. Bunlardan biri dermatrop olup, cilde oturur. Diğer biri nörotropdur ve sinir sistemi frengisi yapar. Müellifler teorilerini şu delillere istinad ettiriyorlardı:

a) Aynı kaynaktan alınan intanlarda paralizi jeneralin birden fazla görülmesi;

b) Syphilis Conjugale denen hal, yani paralizi jeneral ve Tabes'in birbirini enfekte eden karı ve kocada görülmesi;

c) Deri frengisinin çok vahim seyrettiği Afrikalılarda sinir sistemi frengisinin çok nâdir görülmesi.

Fakat bu fikri kabul etmeyen **Sicard, Widal** gibi müellifler yukarıda zikredilen delillerin aksi vak'alara daha sık rastlandığını göstermişler ve hattâ hem sinir sistemi ve hem de deri belirtileriyle beraber seyreden vak'alar bildirmişlerdir. Nitekim 1950 senesinde kliniğimizde de bir erken paralizi jeneral vak'asında hastalığın seyri esnasında deri frengisi tezahürlerini tesbit etmiştik.

Frengiden başka herhangi yardımcı sebep arayanlar alkolizma üzerinde durmuşlarsa da, hayatında hiç alkol kullanmayan paralitik jeneraller gösterilmiştir.

Medeniyet ve ırk meselesi de ele alınmıştır. Cavalılarda, Kuzey Amerika kızıl derililerinde, yakın şarkta frengili çok olduğu halde sinir sistemi arazlarına nâdir rastlandığı ileri sürülmüşse de, bunların istatistik kusuru olduğu meydana çıkmıştır.

Bir kısım müellifler ve bu arada **Mazhar Osman Uzman** paralizi jeneralin son zamanlarda artmasını tedâvi kifayetsizliğine bağlamaktadırlar. Bu müelliflere göre kifayetsiz bir tedâvi görünür arazları silmekte ve fakat uzun zaman latent kalan spiroket sonradan sinir sistemine yerleşmektedir.

Bir taraftan **Levaditi** ve arkadaşları, diğer taraftan **Meierowski** spiroketa pallida'nın plasmodium gibi siklik bir üreme tarzı olduğunu ve bu esnada infravisible bir safha geçirdiğini, bu safhada iken sinir sistemine kolayca nüfuz edebildiğini ileri sürmüşlerdir.

Meggendorfer, şahsî istidat üzerinde durmuştur.

Son zamanlarda en çok kabule mazhar olan mütalea, **Mc Intosh; Dujardin** ve **Fields** tarafından teklif edilen allerji meselesidir.

Yapılan araştırmalara göre başta **Spatz** ve diğer bir çok müellif, bu arada kliniğimizce de kan-beyin seddini beyin kapillerlerinin endotelinin teşkil ettiği kabul edilmektedir. Bazı boyalarla yapılan hayvan tecrübelerinde bu maddelerin normal halde seddi geçemedikleri halde gebelik gibi birtakım hususî şartlarda geçmeye muvaffak oldukları tesbit edilmiştir. Böylece, frengililerde de herhangi bir allerjik hâdise esnasında treponema pallidum kan-beyin seddini geçmekte ve sinir sisteminde yerleşmektedir. Bu mütalea tecrübî olarak henüz isbat edilememişse de, bugün için kabûle şayan görülmektedir.

Patalojik anatomi

Bu hastalıkta görülen mikroskopik değişiklikler hastalığa has olarak telâkki edilmemekle beraber yine de ehemmiyeti haizdir. Baş kemikleri kalınlaşmıştır, hematomlara tesadüf edilir. Pia'da hiperemi, hemorajik noktalar, ödem, hiperplâzik ve donuk renkte sahalar, damarlanmada artma görülür. Morumsu ve bulanık bir renk almıştır. Beyinde ve hususiyle frontal bölgede atrofi olduğundan gyrus'lar incelmiş ve bunların üzerindeki pia kabarık kalmıştır. Parietal ve temporal loblarda da atrofi görülür. **Lisauer** tarafından tarif edilen atipik şekilde ise atrofi bilhassa oksipital lobdadır. Beynin ağırlığı normalden 100-150 gr. kadar azalmıştır.

Korteks hiperemikdir. Damarlar artmış ve genişlemiştir. Kesitte kanlı noktalar görülür, bazen de erime mihraklarına tesadüf edilir. Vantriküller genişlemiştir. Epandim düzlüğünü kaybetmiş ve **Bayle**'in dediği gibi «kedi dili» manzarasını almıştır.

İltihap olan yerlerde damarlarda ammonium sülfürün kesif mahlûlü ile muamelede koyu yeşil habbecikler halinde patolojik demir mevcudiyeti gösterebilir ki buna Spatz reaksiyonu denmektedir. Bu reaksiyon, beyin frengisi dahil bütün ansefalitlerle menfi netice vermekte ve yalnızca paralizi jeneral ve Afrika uyku hastalığından ölenlerin beyinlerinde müsbet kalmakta olduğundan, oldukça spesifik bir reaksiyon olarak kabul edilebilir.

Histolojik muayenede ilk olarak mezodermal faaliyet göze çarpar. Damarlar artmış ve iltihap hücreleriyle sarılmıştır. Lenfositer ve plâzmositer irtişah görülür. Bazen **Herschman** tarafından tarif edilen ufak erime mihraklarına rastlamak mümkündür ki, bunların içinde spiroketler de görülebilir. Bazı hallerde de geniş kanama ve erime mihrakları vardır. Bu hale daha ziyade apopleksili paralizi jeneral vak'alarında tesadüf edilir. Epandim nesçi etrafında iltihap

mihrakları ve damar etrafından enfiltrasyon hücreleri görülür. Bu hale epandimit adı verilmektedir.

Beyin akut seyretmiş bir paralizi jeneral vak'asına aitse ganglion hücrelerinde şişme, kromatoliz, vakuolizasyon, nüvenin yer değiştirmesi ve sulanma gibi istihale değişiklikleri tesbit edilebilir. Uzun sürmüş vak'alarda ganglion hücrelerini ufalmış ve yağlı dejeneressansa uğramış olarak buluruz. Böyle hücrelerin bir kısmı tamamen kaybolduğu halde, bir kısmı atrofik olarak kalır ve netice olarak hücre tabakaları birbirine karışır.

Bu istihale değişikliklerine nöroglia da karışmaktadır. Korteksde nöro-glia artmıştır. Glianın artmadığı vak'alarda status spongiosus denen bir manzara ile karşılaşırız. Ayrıca miyelinin de azaldığı dikkati çeker.

Beyinde, bilhassa frontal loblarda spiroketlere rastlanır. İlk zaman yalnız korteksde damar cidarında tesbit edilebilen spiroketler, sonraları ganglion hücrelerinin içinde bile bulunmuştur.

Kuluçka devri

Paralizi jeneral intandan 5-30 yıl sonra ortaya çıkar. Bu müddet vak'aların 1/4 ünde 10 senenin üstündedir. Yaş itibariyle 35-40 arasında daha çok görülür. Memleketimizde erkeklerde kadınlardan 5 defa daha sık rastlanıyor.

Klinik belirtiler

Fizik ve ruhî arazlar bir de hümoral değişiklikler olmak üzere üç grup altında mütalea edilir.

Başlangıç devri

İlk belirtiler pek dikkati çekmez. Hasta ailesi ufak tefek ruhî aksaklıkları veya aykırılıkları hoş görürlülükle karşılar veya ehemmiyet vermez. Bu sebepledir ki hasta ekseriya bir ictus veya hezeyanlı ruhî belirtiler, yahut da suç mahiyetinde bir hareket sebebiyle kliniğe ve muayeneye getirilmektedir. Başlangıç devrinde hastanın bilhassa karakter ve davranışı bozulduğu cihetle bu safhaya (mediko - legal) devir de denebilir.

Hastalığın ilk devresinde baş dönmeleri, kolayca tedâvi edilebilen apoplektik hecmeler, hemipleji, dizartri gibi bozukluklar, fokal veya jeneralize epilepsi nöbetleri sık görülür. Meninkslerin kalınlaşmasına bağlı baş ağrıları olabildiği gibi, hastanın umumî durumu bozulur, iştahı, uykusu azalır, kilo kaybeder.

Bu, bazen gözden kaçabilecek kadar sathî olabilen fizik arazların yanında hastanın ahlâk ve karakterinde gittikçe ilerleyen bir bozulma dikkati çeker. O güne kadar dürüstlüğü ile tanınmış bir tüccarın karşılıksız bono imzalaması, kredisi dışında siparişler vermesi olağan hâdiselerdendir. Bir hastamız hastalığın başlangıcında piyasada ne kadar süpürge varsa toplattırmış ve satın almıştı. Bazen ahlâk bozuklukları görülür demiştik. Bu arada ufak çocuklara musallat olma, tenasül âletini teşhir gibi cinsî suçlar veya hiç ihtiyacı olmadığı halde ufak tefek hırsızlıklar hastayı polis karakoluna, oradan da mahkeme ve nihayet hastahaneye sürükler. Bu devrede muayene edilen hastada, ilerde tafsil edeceğimiz patognomik arazlardan pupillaların müsavatsızlığı, Argyll-Robertson delili, müsbet Wassermann teamülleri gibi deliller işin esasını meydana çıkarır.

Paralizi jeneral bazen nevrasteniye benzer arazlarla başlar. Eğer fizik deliller henüz teessüs etmemişse bunu hakikî nevrasteniden ve bilhassa serebroskleroz başlangıcındaki psödo-nevrasteniden ayırd etmek çok zordur. Bazen de hakikî melânkolide olduğu gibi mahzunluk, cansızlık ve fikirlerde yavaşlama görülebilir. Mamafih, dikkatle muayene edildiği takdirde bunlarda affektif durgunluktan ziyade bir fikir züğürtlüğü, hakikî teessürden ziyade bir lâkaydi sezilir. Bazen de hastalık bir mani eksitasyonunu hatırlatacak derecede coşkunluk ve eksitasyonla başlar ki, bu hal aileyi birdenbire telâşa düşürerek hastahaneye getirilmesini temin eder.

Hal devri

Belirtiler tamamiyle yerleştikten sonra fizik bakımdan bilhassa üç araz dikkati çeker.

Titreme, konuşma bozuklukları ve pupilla değişiklikleri.

Eksite bir hastada veya bir suçluda bu arazlardan bir tekinin bile görülmesi paralizi jenerali düşündürmelidir.

Titreme bilhassa dudaklarda, dilde ve ellerde görülür. Hasta dilini çıkardığı zaman ileri-geri birtakım hareketler yapar ki **Magnan** buna trombon delili adını vermiştir.

Konuşma bozuklukları bilhassa önemlidir. Konuşmadaki ton değişikliği, çok konuşma veya hiç konuşmama şeklindeki kaynağı zekâ olan bozukluklarda **dyslogie**, kortikal veya sub-kortikal merkezlerin âfetlerine bağlı konuşma bozukluklarına **dysphasie**, nihayet okuma veya hususî test cümlelerinin söylenmesi esnasında ortaya çıkarılabilen heceleme zorluğuna da **dysarthrie** denmektedir. Hasta bilhassa birbiriyle uyuşmayan, söylenmesi güç ve karışık hecelerden yapılmış kelime ve cümleleri, meselâ «kırk küp kırkının da

kulpu kırık küp» gibi tekerlemeleri tekrarlamakta güçlük çeker. «Embarras de la parole» denen bu bozukluk hastalık için vasfidir.

Yazılarda titreme, intizamsızlık ve tereddüt gibi kaligrafik ve kelimelerin veya harflerin unutulması ve imlâ yanlışları gibi psikografik bozukluklara rastlanır.

Pupilla'lar intizamsız olup, büyüklükleri birbirine müsavi değildir. Işığa reaksiyonları kaybolmuştur. Buna mukabil mesafe reaksiyonları sağlam kalır. Bu delile «Argyll-Robertson delili» denmektedir. Pupilla bozukluklarına «Piltz-Westphal» belirtisi de eklenebilir. Hasta gözlerini kuvvetle yumup birdenbire açarsa evvelâ bir daralma sonra genişleme görülür.

Hastanın yüzü uykudan uyanmış gibi mahmur ve hafif asimetriktir. Veter refleksleri başlangıçta artarsa da zamanla azalır ve kaybolur. Üçüncü devir sifilisine bağlı diğer organ belirtilerine de rastlanabilir. Bunlara ilâveten umumî beslenme bozukluğunu da kaydetmek lâzımdır.

Ruhî sahada zekâya olduğu kadar affektivite, irade ve moral sahalarına da dokunan global bir bunama hali dikkati çeker. Şuur başlangıçta açık olmakla beraber gitgide bulanır. Orientation bozukluğu da yerleşerek zamanla ilerler ve hasta nerede bulunduğunu bilmez hale gelir. Dikkatin uyanması da tesbiti de zordur. Bazı eksitasyon hallerinde ise spontan dikkatin artması ile beraber fikir fırarına rastlanabilir. Hafıza ilk ve en fazla müteessir olan melekelerden biridir. Muhafaza hafızası Ribot kanunlarına uyarak, yani yeni hâtıraların unutulmasından başlamak üzere gittikçe yıkılır.

Muhakeme kantitatif olarak derin bir suretle bozulmuştur. Otokritik bozulması bilhassa karakteristiktir. Buna çok önem veren **Dupré** oto-kritiği mahfuz olan bir hastada diğer arazlar mevcut olsa dahi paralizi jeneralden uzaklaşmayı tavsiye edecek kadar ileri gitmiştir. Zihin dağınıktır. Birkaç dakika ara ile mutlaka birbirine uygun düşmeyen bir iki söz sarfeder. Bir taraftan dünyalar kadar zengin olduğunu, parasının bankalara sığmadığını iddia eden bir hastanın ne iş yaptığı soruldukta meselâ çöpçülükle geçindiğini söyleyivermesi her zaman rastlanan hallerdendir. Bir paralizi jeneralli intihar etmek için kendini asmış, fakat ayağının altındaki iskemleyi itmeyi unuttuğu için saatlerce o vaziyette beklemiştir. Yine böyle diğer bir hasta intihar gayesiyle kendini denize atar, lâkin romatizması aklına geldiği için hemen çıkar. Birçokları en basit iki fikir arasındaki münâsebet veya farkları bilemez, ufak hesap meselelerini halletmekten âcizdir.

Bazen bu hastaların derin ve global zekâ kusurlarına rağmen insanı hayrete düşürecek bir meslekî otomatizmayı muhafaza ettikleri ve hastahaneye yatırılıncaya kadar arızasız olarak mes'uliyetli mevkilerinde kaldıklarını müşahede ederiz. İşte bu otomatizma ailelerin ve etrafındakilerin hastalığı geç farketmelerine sebep olmaktadır.

Kalitatif muhakeme bozuklukları meyanında, paralizi jeneral-lilerde bazen hezeyanlara rastlamak kabildir. Bu hezeyan demansiyel tipte olup, hezeyanı teşkil eden marazî fikirler gelip geçici, absürd ve birbirlerine zıttır. En çok büyüklük hezeyanına rastlanır. Burada hasta hezeyanına hudut tanımaz. Allahtır, peygamberdir, reisicumhur veya kraldır. **Mazhar Hoca**'nın bir vak'ası bin kişilik bir ordu ile Karpatları zaptedeceğini, ikinci Hülâgû ismini alarak Kınalı Adada yaptıracağı sarayında oturacağını, sarayının kubbesindeki billûrun parlaklığının Mekkeden görüleceğini, Kınalı Adayı Kâbe yapacağını, adaya iki metre boyundan aşağı adam sokmayacağını iddia eder, boğazlar meselesini halletmek için Samsun'dan İzmir sahillerine yeni bir boğaz kazdıracağını söyler, bu arada akıl hastahanesinin baş hekimine de mareşallik rütbesini tevcih ederdi. Yine bir hastamız pek çok olan paralarını saymaktan âciz kalmış, onları rakamlarla ifade edeceğine iki Ziraat Bankası, üç İş Bankası... ilh. olmak üzere banka adetleri ile anlatmaya çalışıyordu. Bu arada hasta hayalindeki paralarını, mallarını etrafına dağıtmakta ve hattâ, eğer hastahaneye girmemişse mevcut olanları da aynı şekilde şuna buna vermektedir. Büyüklük hezeyanının ve eksitasyonun verdiği bu marazî cömertlikle ailesinin üç-beş kuruşunu etrafa dağıtıp perişan eden pek çok paralitikler vardır. Bir hastamız Adana'daki çiftliğini 100 liraya başka birine satmış, ailesi hâlâ malı geri almak için mahkemelerde uğraşıp duruyor.

Bu arada hasta büyük bir öfori ve zindelik hissi içindedir.. Yatağından kalkamıyacak derecede bitab ve bimecal olan hasta dünya pehlivanları ile güreşecek, dağları yerinden oynatacak kudrettedir. Bazen hasta öforisi içinde birtakım işler de becerir. Meselâ **Guy de Maupassant** böyle bir halde iken son romanı olan Horla'yı birkaç gün içinde yazıp bitirivermiştir.

Hezeyanlar bazen melânkolik tiptedir. Daha ziyade günahkârlık, hipokondri, harabiyet ve negation fikirleri tarzında olur. Bir hasta dünyanın sonunu iki bin asır ilerletmekten kendini suçlu tutar, bir başkasının iç organları erimiş, yerine hava doldurmuştur. Fakat, yukarıda da bahsettiğimiz gibi bütün bu hezeyanlarda demansı farketmek daima mümkün olduğu gibi, hakikî melânkolideki gerçek affektif artmaya ve marazî kedere de hiçbir zaman rastlanmaz.

Perseküsyon fikirleri de görülür. Büyük servetlerinin çalındığından, şerefinin ayaklar altına alındığından, kanunsuz olarak hastahanede bulundurulduğundan şikâyet eder. Bir hasta bütün şehri içine alacak bir vasıta imâl etmeye uğraşmıştır. Görülüyor ki hezeyanlar fantastik mahiyette ve hayal mahsûlü fabulation delirleri tipindedir. Hasta hezeyanlarına hiçbir önem vermez. Kırallığını iddia eden bir hastanın eline süpürgeyi verin, koğuşu süpürmeye başlar.

Konfüzyonel şekillerinde bazen onirik mahiyette hezeyan ve hallüsinasyonlara da rastlamak kabildir.

Son devre:

Psiko-motör arızalara ileri derecede vejetatif hayatî bozukluklar da eklenmiştir. En ufak bir koordine hareketi yapmaktan âciz hasta, ağzına yemeği verilmek suretiyle beslenir. Gatizm içindedir. Konuşmalarını diş gıcırdatmalarına ve manâsız haykırmalara terketmiştir. Tam bir bunama içinde kaşeksiye girer ve ölür.

Hümöral bozukluklar

Kanda Wasserman ve Kahn reaksiyonlarının müsbet oluşu, liquorda hücre ve albümin artması ile müterafık müsbet Wassermann ve Kahn reaksiyonlarını Nonné'nin dört reaksiyonu adı altında topluyoruz. Liquor'da tazyik biraz artmış olup, albümin 0,50 den 2 grama kadar çıkabilir. Lenfositler 10 - 100 arasındadır. Pandy, Nonné - Appelt ve Weich-brodt reaksiyonları daima kuvvetle müsbettir. Şeker normaldir.

Liquor'da benjoin colloidale reaksiyonu da kuvvetle müsbettir, 1 - 10 uncu tüplerde tam çökme görülür.

Klinik şekilleri

Klinikte paralizi jeneralin dört şekli ayırd edilebilir:

1 — Ekspansif şekil
2 — Depressif şekil
3 — Demansiyel şekil
4 — Konfüzyonel şekil

Ekspansif şekilde neş'eli ve öforik bir hasta vardır. İhtira ve cömertlik hezeyanları bulunur. Depressif şekilde bir melânkoliye benzeyecek derecede sakin ve düşkün olan hastada hipokondri ve depressif fikirler bulunur. Demansiyel tipte ise hasta günden güne bedenen ve fikren çöker. Gittikçe çocuklaşır. Zaman zaman ajitasyon ve

konfüzyon halleri görülebilir. Eğer hastalığın seyrine bir confusion hali hâkimse, hastada şuur bulanıklığı ve orientation kusuru esas arazları teşkil ediyorsa o zaman konfüzyonel şekilden bahsedilir. Mamafih şunu da ilâve edelim ki, bu klinik tasnif itibarîdir ve hastaların hastalığın herhangi bir anındaki durumuna tekabül eder. Bir şekilden diğerine geçişler daima görülür.

Yaşa göre de muhtelif şekiller tefrik edilmiştir. Konjenital sifilise bağlı ve 10-15 yaşları arasında görülen enfantil şekil umumiyetle demansiyel tipte seyreder. Jüvenil şekline 15-20 yaşlar arasında rastlanır. Gerek bunda ve gerekse enfantil şekilde irsî sifilizin diğer belirtilerine rastlanır. Oldukça nâdir olarak 60 yaşından sonra görülen bir de senil şeklini ayırd ederler.

Eğer paralizi jeneral tabes dorsalis ile beraber bulunursa bu klinik tabloya tabo-paralizi adı verilmektedir.

Lokal arazlarla ve bilhassa görme bozukluklariyle seyreden ve oksipital lobu tercihan tutan diğer bir nâdir şeklini **Lissauer** tarif etmiştir.

Hastalığın seyri

İlk zamanlarda paralizi jeneralin 1,5-3 sene sürdüğü iddia edilmekte idi. Bugün, serolojik muayenelerin muvacehesinde bu süre 5-6 seneye kadar tesbit edilebilmektedir. Bununla beraber, hastayı birkaç hafta zarfında öldüren, sür'atli şekilleri de vardır. Tedâvi edilmeyen bir paralizi jeneralin seyri esnasında birkaç gün veya birkaç haftalık muvakkat açılmalar da tesbit edilebilir. Bunlarda bilhassa istirahatin ve hijyenik tedbirlerin rolü vardır. Bununla beraber, ne olursa olsun, tedâvi edilmeyen bir paralizi jeneral muhakkak öldürür. **Esquirol** «Embarras de la parole est une signe mortelle» derken, o zamanki tedâvi imkânları ile, bir paralizi jeneral teşhisi konduğu takdirde hastanın mutlaka ölüme mahkûm olduğunu ifade etmiştir.

Ayırt edici teşhis

Paralizi jeneral başlangıçta bilhassa nevrasteni ve basit melânkoli ile karışabilir. Nevrasteniden tefrik için humoral bulgular ve varsa pupilla bozukluklarından başka bir vasıta yoktur. Basit melânkoliden ise hezeyanların daha absürd olması ile ayrılabilir.

Hal devrinde hastalığın ekspansif ve konfüzyonel şekilleri siklofreninin mani şekli ile karışabilir. Aynı öfori ve hareket taşkınlığı, marazî neş'e ve hiddet her ikisinde de vardır. Hususiyle hakiki man-

yak hastanın kanında, evvelden geçirdiği bir sifilize bağlı olmak üzere bir de Wassermann reaksiyonu müsbet çıkarsa iş büsbütün karışır. Fakat maninin ajitasyonu daha devamlıdır, spontan dikkatte artma ve fikir firarı görülür. **Gilbert-Bellet**'nin dediği gibi manyak muzır (malveillant) dır. Paralizi jeneralli ise bütün azamet fikirlerine rağmen kundura boyacısı olduğunu söyler, gösterilen işi yapar, meselâ yukarda da söylediğimiz gibi eline süpürgeyi alıp koğuşu süpürür. Manyaktaki hipermneziye mukabil paralizi jenerallinin unutkanlığı karakteristiktir. Dizartri, somatik ve serolojik deliller teşhisi kat'ileştirir.

Konfüzyonlu şeklini bazen amentia'dan ayırmak ancak somatik deliller ve serolojik muayene ile kâbil olabilir. Sar'a ve alkol ajitasyonlarından antesedan ve seyir itibariyle kolaylıkla ayrılır.

Melânkoli şekli siklofreninin melânkolisi veya yaş dönümüne bağlı melânkoli ile karışabilir. Mamafih auto-accusation, derin keder hali, intihar arzusu paralizi jeneralde melânkolideki kadar fazla değildir. Bazan durgun ve kederli halden harici bir tesirle kolaylıkla neş'eye geçebilirler.

Demans şekli ise gerek basit senil demansa gerekse serebrosklerozа, çok benzer. Hepsinde tam hâtıra kusuru, zekâ çöküntüleri vardır. Mamafih serebrosklerozda hemipleji ve afazi gibi birtakım fokal arazlara sıklıkla rastlandığı gibi demans da daha az **globaldir.**

Jüvenil tipte bir paralizi jeneral şizofreni ile karışabilir. Hele şizofrenik bir hastada irsi sifiliz stigmatları da beraber bulunursa tefrik büsbütün güçleşir. Şizofrenlerde affeksiyondaki yıkıntıyı sezmek lâzımdır.

En son olarak şunu da ilâve edelim ki, bir psikozun paralizi jeneralden tefriki için elimizde en kuvvetli delil serolojik reaksiyonlardır. Wassermann reaksiyonu bazen kanda menfi olabilir. Fakat liquor'da hemen her zaman 4 zait müsbettir. Çok nâdir olmakla beraber menfi vak'alar bildirilmişse de böyle bir netice pratik olarak paralizi jenerali reddettirebilir. Mamafih elimizde bir de réactivation usûlü vardır. 0,30 luk bir Néosalvarsan damardan zerkedilir ve 10 gün sonra tekrar Wassermann kontrolü yapılırsa bazı hallerde reaksiyonun müsbete döndüğü tesbit edilmektedir.

Adlî tıp ve paralizi jeneral

Paralizi jeneralin başlangıç devresinde hastanın birtakım suçlar işleyebileceğini evvelce söylemiş ve bu devreye mediko-legal devre dendiğini kaydetmiştik. Sıhahtli ve hürmete şayan bir kimse hayatının orta yaşlarına doğru işleriyle ilgisini kaybeder, apatik ve ih-

malkâr bir hale gelir, cinsiyet sevki tabi'îsini kontrol edemezse bu şahıstan şüphe etmek gerekir. Bilhassa sahip olma sevki tabi'îsi çok bârizdir ve hastanın vaziyetiyle mütenasip olmayan, absürd, saçma gibi görülen hırsızlıklar yapmasına sebep olur. Bunlar bazen ufak tefek hırsızlıklardan ileri gitmezse de bazen de vahim suçlar işlemesine sebep olmaktadır. Suçun şartları aklî muayenenin yapılması icabettiği şüphesini doğurur. Hastanın geçmişi ile şimdiki hareketleri arasında bâriz bir tenakuz vardır.

Biraz daha ilerlemiş vak'alarda tipik büyüklük hezeyanları kendini gösterir ve hastanın tevkifine kadar gider. Muazzam birtakım tasavvurlarla meşgûl ve şiddetli tesahup hissi ile malûl, cinsî sevki tabi'îlerini kontrolden âciz olan hasta aklına geleni, canının istediğini hiçbir kaide tanımadan yapar. Yalnız suçları, maksadına nail olmak için müracaat ettiği vasıtaların pek saf, budalaca ve manâsız olması ile değil normallerden, hattâ diğer akıl hastalarından bile tefrik edilebilir. Meselâ bir ilim şubesi ile meşgûl bir kimse en büyük ilim akademilerinin mükâfat müsabakalarına iştirâk etmek üzere manâsız ve münâsebetsiz muhtıralar yollar; evli ve çocuk babası olduğu halde hiç gizlemek lüzumunu hissetmeksizin umumhaneden umumhaneye dolaşır, karısını boşayıp yeniden evlenmeye kalkar. Evini döşemeye kalksa 10.000 liralık sürahi, 1.000 liralık bardaktan işe başlar, halbuki aslında kendisi ayda 7500 lira alan bir memurdan başka bir şey değildir. Bir san'atkâr hasta belediye reisine müracaatle İstanbul'un üstünü örtecek bir camekân yapmak istediğini bildirmiştir. Bir diğer paralizi jeneralli birgün taksiye binerek 3-4 saat dolaşmış, sonunda şoföre bir lira verdiğinden karakola getirilmiş, oradan da hastahaneye sevkedilmiş.

> Hasta polikliniğimize tenasül uzvunun kısa olduğundan şikâyetle müracaat ederek kesilip yerine yeni ve münâsibinin takılmasını talep etmiştir. Konuşmaları esnasında geçen akşam Allah tarafından gök yüzüne davet edildiğini, Allah'ın sakalı altında Peygamber ve Kuru Kahveci Mehmet Efendi ile birlikte namaz kıldıklarını, sonra bir insan büyüklüğünde salkımlardan üzümler ve parmak kadar pirinçlerden yapılmış pilâvlar yediklerini ballandıra ballandıra anlatmıştır. Bu hasta'ya Kurukahveci Mehmet efendi, dünyaya indiğinde oğlunu kendi adına bir cami yaptırması için ikna etmesini söylemiş. Hasta bunları gidip tekrarlayınca hastahaneye getirmişlerdir. Bu sefer de tenasül uzvunu tamir ettirmek için geldiğini söylüyor. Mevcut olanı kendisinin cinsî iştihasını doyurmaya yetmiyormuş.

Bu vak'ada gerek zaptedilemiyen seksüel arzuları ve gerekse büyüklük hezeyanları ile müterafık masal uydurmaları açıkça görüyoruz. Ayrıca dikkati çeken nokta bunların pek absürd, hakikate kat'iyyen uyamıyacak şekilde ve biçare, çocukça hezeyanlar olmasıdır. Hasta bunların tesiri altında pek küçüğünden en vahimine kadar suçlar işleyebilir.

> Bir başka paralizi jeneralli de kendi tabiri veçhile zerzavat almak için çarşıya çıkar, hiçbir tedbir ve ihtiyata lüzum görmeksizin uluorta bir balıkçının tablasından iki palamut bir salatacının sepetinden salata, bir başka küfeden siyah turp, çiçek sergisinden bir saksı çiçek alıp memnun ve müftehir yoluna devam ederken bir limoncunun küfesinden de limon almaya kalkar. Limoncu polise şikâyet eder ve tevkif edilir. Ertesi gün adlî tıp müşahedehanesinde kendisini muayene eden hekime kendisini ne münâsebetle tevkif edip işinden alakoyduklarını sorar. «Canım balık istedi, balık pişirecektim, saksıyı sofraya koyacaktık, ben yemek masası üzerinde çiçeği çok severim, sofrada ışık olur» diye hareketlerini haklı göstermeye çalışır. İyi ama para niye vermedin diye soruldukta cevabı «Adam sende paranın lâfı mı olur, ben istediğim kadar para kazanırım» dan ibarettir.

Hezeyanlı bir paralitik jeneral cürüm ve cinayete istidatlı bir kimse olmakla beraber, işleyecekleri suçu etrafiyle tasarlayıp tertip etmekten âciz bulundukları için oldukça da tehlikesizdirler. Ayrıca suçlarının neticesini ve tehlikelerini de düşünmediklerinden herkesin gözü önünde ulu orta yapmaya kalkarlar ve ekseriya maksatlarına nail olamadan yakalanırlar. Meselâ gölge yaptığı için komşusunun evini, tahtakuruları rahatsız ettiği için kendi evini yakmaya kalkan bir hasta tasavvur ve düşüncelerini izah edebilmek için herkesin gözü önünde eve kundak koymaya kalkar.

İntihar nâdiren görülür. Eğer intihara kalkarsa onda da hastalığın esas temasını sezmek çok kolaydır.

> Biraz evvel kendini astığı halde sandalyeyi tekmelemeyi unutan bir hastadan bahsettik. Bir diğeri de intihar için odasına kömür alır, fakat duman öksürüğüne dokunduğundan, hem de odanın yeni perdelerini kirleteceğinden pencereleri açar. Cinayetleri de böyledir. Bir misâl verelim:
>
> Bir paralitik hasta bir gün evine gelerek karısına kolay zengin olmanın yolunu bulduğunu söyler. Beş yıl evvel

bir hekim difteriye tutulan torununu tedâvi etmiş fakat çocuk ölmüş. Binaenaleyh çocuğunu öldüren hekime giderek ya bin lira vermesini, aksi takdirde öldürmekle tehdit edeceğini söyliyecektir. Hemen bir tabanca tedarik ederek polis karakoluna gider ve doktorun adresini sorar. Niçin istediği sorulunca da maksadını izah eder ve tabiatiyle yakalanır.

Paralizi jeneralli, tabiatiyle işlediği suçlardan dolayı muhakeme edilemez. Yani Türk Ceza Kanununun 46. cı maddesine tâbidir. Fakat hastalığı şifa buluncaya kadar bir akıl hastalıkları müessesesinde tecrit ve tedâviye tâbi tutulur. Ayrıca gerek kavlî ve gerekse fiilî tasarrufu muteber değildir. Hastalığı şifa buluncaya kadar vasiye ihtiyacı vardır. Herhangi bir suretle mahkemelerce dinlenmesinde de bir faide mevcut değildir.

Tedâvi

Paralizi jeneral klâsik sifiliz tedâvilerinden hiçbir suretle istifade etmez. Bu sebepten, içinde bulunduğumuz asrın başlarında tedâvisi imkânsız ve muhakkak surette öldürücü bir hastalık sayılmakta idi. Meselâ **Krafft Ebing** 2500 paralizi jeneralliden iyi olan bir tek vak'a dahi görmediğini bildirmektedir. 1911'de **Gilbert Ballet** bu hastalıkta tedâvinin lüzumsuz ve hattâ zararlı bile olacağını, ancak hijyen şartlarına dikkat etmenin icabettiğini söylemektedir. 1922 senesinde Paris'deki milletlerarası nöroloji kongresinde de aynı menfi inançlar belirtilmiş ve şifa bulduğu yazılan vak'aların paralizi jeneralden ziyade syphilis cerebri vak'aları olduğu öne sürülmüştü.

Halen paralizi jeneral en iyi tedâvi edilebilen hastalıklardan biridir. Hastalar kifayetli bir tedâviden sonra sosyal hayatlarına yeniden başlayabilirler, işlerine güçlerine dönerler. Ateş tedâvilerinin bulunması, bunlara sonradan Penicillin'in katılması bu alanda tıpta inkılâp yapmıştır.

Hastada ateş tevlid ederek psikozların tedâvisi usûlü pek eskiden beri bilinmekte idi. **Hipokrat** hastalarına ateşli hallerin iyi geldiğini kaydetmiş, **Calinos** melânkoliklere sıtma aşılamıştır. **XI. Louis**'nin sar'asını tedâvi için o zamanki hekimler kendisine sıtma aşılamışlardı. **Pinel** de akıl hastalıklarına herhangi bir ateşli hastalığın karışmasının ruhî bakımdan iyi geldiğini müşahede etmiştir. **Nasse** 1864'de, **Rosenblum** da 1876'da paralizi jenerallilere sıtma aşılamanın iyi geleceğini ileri sürmüşlerse de bu işi **esaslı** surette ele **alan** ve paralizi jeneralde piretoterapiyi ortaya koyan Viyanalı **Wagner**

von Yauregg olmuştur. Bu hekim elde ettiği parlak neticeleri ancak 1917'de neşretmiştir. Kendisine Nobel mükâfatı kazandıran bu keşif sonra bütün dünyaya yayılmış her klinikte tatbik edilir olmuştur. Öyle ki, yukarıda da belirttiğimiz gibi, halen paralizi jeneral en iyi tedâvi edilebilen akıl hastalıklarından biridir.

Kabil olduğu kadar erken teşhis edilen ve vücudu ateş tedâvisine mukavemet edebilecek olan paralizi jeneral vak'aları, tersiyana cinsinden sıtmaya musâb bir şahsın kanından 2 - 4 cc iki omuz arasındaki adaleye zerketmek suretiyle aşılanır. Umumiyetle 1 - 3 hafta sonra sıtma nöbetleri başlar. Bu arada tifo aşısı gibi vasıtalarla kamçılanırsa nöbetlerin 3-6 gün sonra ortaya çıktığı da müşahede edilebilir. Her nöbette 38,5 derecenin üstünde kaç saat geçirildiği kaydedilir. Böylece 60 saat tamamlandıktan sonra kür biter ve kinin verilerek sıtma önlenir. Müteakiben hastaya yapılan 4-4,5 gram Néosalvarsan ve 20 cc Bismuth'luk birer seriden sonra tedâvi tamamlanmış olur.

Sıtmaya karşı mukavim şahıslarda veya elde tertiana suşu bulunmadığı takdirde başka vasıtalarla ateş yükseltilmeye çalışılır. Bu meyanda Pyrifère ve Dmelcos gibi ilâçları zikredelim.

Memleketimizde halen malaria çok azalmış olduğundan paralizi jeneral tedâvisi için tertianalı hasta bulmak hemen hemen imkânsız hale gelmiştir. Bu maksatla bugün en çok tifo aşısını kullanıyoruz.

Bizdeki tifo aşılarının 1 cc ünde 1 milyar cersume mevcuttur. Bunu sulandırarak tatbik ederiz. İlk doz olarak umumiyetle cc de 10 bin cersume ihtiva eden mahlûl damara zerkedilerek tedâviye başlanır. Ateş 38 dereceyi geçmedikçe diğer dozlar icabı kadar arttırılır ve böylece 60 saat tamamlanmaya çalışılır. Bundan sonra yine Nèosalvarsan ve Bismuth tatbik edilmektedir.

Bazen tifo aşısı ile, çok yüksek dozlara çıkıldığı halde, ateş elde edilememektedir. Bu hallerde aşı ile aynı zamanda süt şırıngaları yapmak, olmazsa diğer vasıtalara baş vurmak icabediyor. Bir vak'amızda da 10.000 cersume ihtiva eden bir cc lük zerki müteakip 60 saat ateşin tamamlandığını müşahede ettik.

Ateş vücuda diyatermi tatbiki suretiyle de çıkarılabilir.

Genel halin aşikâr derecede bozulması, sür'atli zayıflama, muhitî kollaps ve ansefalopatik arızaların belirmesi ateş tedâvisinin kesilmesini ve semptomatik tedâviye geçilmeyi icabettirir. Ayrıca malarya tatbik edilen vak'alarda milimetre küpde 500.000 parazitli eritrositin bulunması ciddî tehlike işareti olarak kabul edilmektedir.

Böyle eritrositler 750.000 e yükselirse bunu komanın yaklaşmasına delil olarak gösteriyorlar. Nihayet diyatermi ile ateş tedâvisinde de hastanın hararete maruz bırakılan vücut kısmında anestezi bulunmamasına dikkat etmelidir.

Ateş tedâvisi esnasında hastaya bol mayi ve tuz verilir, ayrıca icabında analeptikler tatbik edilir. Tedâvi esnasında görülebilen tehlikeli komplikasyonlar ileri derecede su kaybı, serebral anoksi, deveran güçlüğü ve şokdan ibarettir. Ateş esnasında plâzma azalmış ve bir hemokonsantrasyon hasıl olmuştur. Bunu önlemek için hipertonik tuz mahlûlleri zerki uygundur.

Serebral anoksiye karşı oksijen koklatılması gerekir. En ciddi komplikasyon ise şoktur. Hastada nabız birdenbire zayıflar, cilt solar veya siyanotik olur, hararet sür'atle yükselir. Yüz ve etraf adalelerinde takallüsler başlar. Bu halde vücut harareti derhal düşürülmeye çalışılır, serum yapılır, oksijen koklatılır, analeptik ve tonikardiyak ilâçlar verilir. Bütün bunlardan netice alınmadığı takdirde plâzma zerkleri yapılır. Bazen ateş esnasında hezeyanlar da görülmektedir.

Bugün paralizi jeneral'in seçkin tedâvisi penicillin'dir. Günde 1.000.000 ünite kristalize veya haftada bir 15 milyon ünite depo penicillin ile yapılan yeterli bir tedâvi kâfi gelmekte ise de penicillin ile ateş tedâvisini beraber yapmayı zarurî bulan birçok araştırıcı da vardır.

ZEKÂ GERİLİKLERİ

(OLİGOFRENİLER)

Oligofreni, zekâ geriliği, doğuştan olma veya hayatın oldukça erken çağlarında, gelişme safhasında ortaya çıkan bütün zekâ noksanlıklarına verilen isimdir. Gelişme safhasında meydana gelen ve zekânın normal inkişafını durduran veya gerileten bütün hâdiseler oligofreniye sebep olurlar. Normal inkişaf etmiş bir zekânın sonradan herhangi bir sebep tesiriyle yıkılmasına ise «**bunama**» denmektedir. **Esquirol**'ün dediği gibi, «bunak adam evvelce sahip olduğu zenginlikleri sonradan kaybeden birisi, aptal ise esasından züğürt kimsedir».

Régis, oligofrenileri **«aşağı dejenereler»** başlığı altında toplar.

Kısaca zekâya, insanı çevresine bağlıyan, ondan aldığı izler, intibalar ve bilgilerle ferdin sosyal hayatını sağlıyan bir çeşit davranış, bir reaksiyonlar topluluğudur diyebiliriz. Bir insanın zekâ derecesi ise, **zekâ yaşı** ve **zekâ bölümü** ile ölçülür ve ifade edilir.

Klinikte zekâ geriliklerini üç dereceye ayırarak mütalea etmek mümkündür:

1 — İdyosi (aptallık) (I.Q. 20 den küçük)
2 — Embesilite (budalalık) (I.Q. 20-40 arası)
3 — Debilite (**ahmaklık**) (I.Q. 40-85 arası)

İdyosi'ler

Bütün zekâ faaliyetleri hemen hemen yok denecek derecede olan ve buna ilâveten birtakım bedenî gelişme kusurları, dejeneressans stigmatları gösteren kimselerdir. Pek çoğu kendiliğinden konuşamaz. Konuşabilse dahi, bütün vokabülerinin, kelime bilgisinin, ancak pek mahdut birkaç kelimeye inhisar ettiği görülür. Öğrenme kabiliyetleri de mevcut değildir. Sorulan şeylere anlayışlı bir cevap vermeleri mümkün değildir. Çevrenin fizik tehlikelerine karşı kendisini koruyup sosyal bir varlık olamaz. Aşağı şekillerinde beslenme insiyâkı dahi pek iptidaî kalmıştır. Daha doğduğu zaman annesinin memesini bile emmeyi beceremediği ailenin dikkatini çeker, ancak boğa-

zına dökülen gıdaları yutabilir. Yürümeleri ekseriya imkânsız, bazen de pek düzensiz ve ataktikdir. Dişler geç ve düzensiz çıkar. Heredo-sifiliz mevcut olan vak'alarda ön dişlerin alt kenarı destere gibi dişlidir **(Hutchinson dişi)**. Bundan başka ağız ve damakta çeşitli konjenital dejeneressans stigmatları **(kurt ağzı, tavşan dudağı, kubbe damak** gibi) veya polidaktili (6 parmaklılık), sindaktili (parmak aralarının yapışık olması) gibi kusurlar sıklıkla müşahede edilir.

Zekâsı nisbeten inkişaf edebilenlerde tek tük kelimeleri söyleme, açlığını ifade edebilme ve verileni yiyebilme, daha biraz ilerleyebilenlerde ise bazen tek bir kabiliyetin hayret edilecek derecede inkişafı görülür. Bu arada büyük rakkamları derhal ve ezbere toplayan, çarpan, bölen ve «canlı hesap makinesi» denen idyoları sayabiliriz. Yine bir vak'amız, en basit ihtiyacını ifade edemiyecek derecede konuşma melekesinden mahrum olduğu halde, bir defa işittiği bir şarkıyı derhal ve aşağı yukarı aslına sadık olarak tekrarlıyabiliyordu. Bir kısım idyolarda da ileri derecede inkişaf etmiş taklit kabiliyeti sebebiyle birtakım şeyleri öğrenmek imkân dahiline girer. Bununla beraber, bütün bu kimselerin, öğrendiklerine kendilerinden en ufak bir nokta dahi ilâve etmek iktidarında olmadıklarını da kaydedelim.

İdyoların özelliklerinden biri de, kendi grubu içinde ne derece inkişaf ederse etsin, irade ve karar verme kabiliyetinden, inisiyatiften mahrum olmalarıdır. Bu sebeple kolaylıkla telkin altında kalır ve neticesini kestirmeden suç işlerler. Affektiviteleri manâsız gülme ve ağlamalara inhisar eder. Bazılarında zararlı impülsiyonlar, ataklıklar görülür. Bu ataklıklar ve bozuk muhakemelerinin verdirdiği yanlış hükümler neticesinde cinayet işleyenler dahi vardır.

> Bir çoban olan hastamıza bir gün patronu, koyunları otlatmaya giderken küçük kızını da beraber götürmesini söylüyor. Dağda çobanın aklına şöyle bir fikir geliyor: «Sen bunca günaha girdin, esaslı bir sevap işleyip bunları affettirmelisin. Meselâ bu küçük çocuk henüz günah işlememiş, tertemiz masum bir insandır. Halbuki büyürse o da birtakım günahlara girecek. Sen bunu öldürür de büyümesine, dolayısiyle, günahkâr bir insan olarak yetişmesine mâni olursan, o da sana şükran borcunu ahirette hakkında şefaat etmekle öder ve böylece büyük günahların affolmuş olur». Bu sakat ve kantitatif olarak ağır derecede bozulmuş muhakemenin sonunda vardığı hükmü derhal tatbik eden çoban küçük çocuğu dağda kesmiş ve öldürmüştür.

Hastamız, sevdiği kızın kendisine verilmemesinden muğberdir. Birgün kız hastalanıp ölür. Hasta, «dirisi nasip olmadı, bari ölüsü kısmet olsun» diye cenaze alayını takibederek kızın gömüldüğü mezarı bulur. Geceyi bekler ve mezarı açarak kızın cesedine tecavüz eder. Bununla da tatmin olmaz, cesedin ciğerlerini çıkararak bir kısmını çiğ çiğ yer, geri kalanlarını da pişirmek üzere evine getirir. Et kokusuna gelenler kızın ciğerlerini kebap ederken bulurlar onu. Ayrıca, kefeninden kendisine çamaşır yapmış, mezar toprağını da evinin döşemesine serpmiştir. Fizik olarak ileri derecede dejeneressans stigmatları gösteren hastada zekâ da ancak idyozi derecesinde idi. Halen Bakırköy Akıl Hastahanesinde muhafaza edilmekte olan bu vak'a, hastahane içinde verilen işleri büyük bir sadakatla yapmakta ve bu suretle, kendi çapı ve çerçevesi içinde hattâ faydalı bir eleman dahi olmaktadır. 1951 senesinde idi. Bir gün eline servisin elektroşok makinesini vererek başka bir servise götürmesini söylemişler. Büyük bir tahta kutu içinde bulunan şok makinesini bir taraftan başının üzerinde taşıyor, bir taraftan da kendi aklınca espri yapıyordu: «Hey babam hey... **Mazhar Osman**'ın bülbülü bu... Kimin kafasına takarsan bülbül gibi konuşturur...»

Bazı özel etyolojik sebeplere bağlı idyozilerden bu bölümün sonunda bahsedilecektir.

Embesilite

Embesil (budala)'larda zekâ yaşı 3-7 sene arasında bir inkişaf gösterir. Zekâ bölümleri ise 20-40 arasındadır. Bunlar fakir bir vokabülere sahip olup, tek tek bazı harfleri yazmasını öğrenebilirlerse de, bunları birleştirip kelime ve cümle yapmaları imkânsızdır.

Embesiller sentez kabiliyetinden mahrumdurlar. Basit, elemanter olayları ancak görüp tesbit edebilirler. Bu bakımdan, ilk okula girse dahi, okuyup yazma öğrenemez, doğru sayı sayamaz, paraları toplayamaz, hakikî yaşını söyleyemezler. Bugüne kadar gördüğümüz vak'alar, zekâca bu derecede geri olanların «5» veya «3» rakkamlarını kolaylıkla hatırda tutabildiklerini, bu sebeple, «— kaç yaşındasın?» «— bugün ayın kaçı?» gibi cevabı sayı ile verilecek her soruyu «— beş», «— üç» diye cevaplandırdıklarını göstermiştir.

Bazı embesillerde de, idyoların bir kısmında olduğu gibi, tek taraflı zekâ kabarmaları görülebilir. Bir kısım canlı hesap makineleri embesil sınıfına dahildir. Psikiyatri Kliniği vak'alarından bir embe-

sil, hastaların bütün alış verişlerini yapar ve onlardan aldığı paraların hesabını kuruşu kuruşuna muntazaman verir. Bu işe senelerdenberi ciddiyetle devam etmektedir. Bu arada arttırdığı birkaç kuruşu bir yere koymuş ve bir deftere de hesabını tutmuştur. Halen 500 lira kadar parası olan bu embesile bu paraları ne yapacağını sorduğumuzda daima, parası birikince bir bakkal dükkânı açacağını, evleneceğini söyler ve istikbale ait pek çocukça tasavvurlarından bahseder. Yine bu embesilin enteresan bir vak'asını kaydedelim: Psikiyatri Kliniği Bakırköy Hastahanesi grubu içinde iken, klinikten hastahane kapısındaki kantine sık sık gider gelir ve alış veriş yapardı. Daima koşarak giden hastamız, ayaklarına lâstik ayakkabı giyer fakat bir çift lâstiği de koltuğunun altında taşımak itiyadındadır. Bir gün kendisine, bu koltuğunun altındaki lâstikleri niye taşıdığını sorduk. Aldığımız cevap şu oldu: «Otomobilin stepnesi yok mu? benim de bunlar yedek lâstiklerim, ayağımdaki yolda delinirse hemen değiştireceğim...» İstanbul sokaklarında elinde otomobil direksiyonu ile gezen ve vites değiştirip gaza basarak sokaklarda koşan bir embesil de aynı kantitaf muhakeme kusurunu göstermektedir.

Embesillerde ruhî faaliyet daha ziyade otomatik karakterdedir. Kendilerini fizik tehlikelere karşı koruyabilirler. Çeşitli şekillerde tezahür eden irade zâfı dikkati çeker. İleri derecede bağlılık ve sadakat gösterenleri, telkin edilebilme kabiliyetleri sebebiyle pek çok suçlara teşvik edilirler. İmpülsionları dolayısiyle cinayete, yangın çıkarmaya sebep olabilirler. Bir kısım fahişeler de embesiller arasından çıkar.

Bunlarda aşikâr fizik kusur ve dejeneressans stigmatları bulunmasa dahi, gerek ifade ve mimik yoksulluğu ve gerekse yüz hatlarının kabalığı bakımından karakteristik bir görünüşleri vardır.

Debilite

Zekâ geriliklerinin, hemen hiç fizik kusur göstermiyen, en hafif şekilleridir. I.Q., 80-85 e kadar yükselebilir, zekâ yaşları da buna uygun olarak 9-12 seneye kadar inkişaf eder. Dolayısiyle, bir kısmında oldukça tatminkâr bir öğrenme mevcuttur. Birçokları cemiyet içinde birtakım mes'ul mevkiler alırlar ve hakikaten, bu cins ahmaklar, toplum için büyük bir mesele ve dert teşkil ederler.

Tahsiline, ekseriya güçlükle, bazen de, ezberleme kabiliyetinin hipertrofisi dolayısiyle, pek de güçlük çekmeden devam eden debil, belirli bir işte çalışırken kaşarısızlık göstermeye başlar. Karşılaşacağı engeller karşısında zekâları çabucak iflâs eder. İleriyi görüp

yerinde hüküm ve tedbirlere vasıl olamaz, yanlış adımlar atar. Neticede meydana çıkan aşağılık duygusunun kötü telâfisi ile birçokları, kendilerinin haksızlığa uğradığı, lâyık olduğu mevkilerin haksız olarak kendilerinden esirgendiği şeklinde birtakım hezeyanî diyebileceğimiz fikirlere sahip olurlar. Tesadüfün başa çıkardığı fakat sonları hazin biten birtakım debillerin hikâyelerine tarihte sık sık rastlarız (meselâ Fransa kralı **Louis XVI** gibi).

Debillerin çoğunda efendilerine karşı pek sadıkane, köpekçesine bir bağlılık vardır.

Eğer bu gibi kimseler bir memuriyet mevkii işgal ediyorlarsa, efendilerine bağlılıkları sebebiyle verilen emirleri düşünmeden, muhakeme etmeden yerine getirirler ve pek çok yanlış işlere âlet edilebilirler. Bunları bilhassa, zekâ bakımından ileri bir inkişaf gösterdikleri halde karakter ve ahlâk zâ'fına duçar olan yüksek dejenereler, psikopatlar bir âlet olarak kullanırlar.

Debiller arasında ahlâken tereddî etmiş cinsî sapıklar, fahişeler de pek çoktur. Yine bazı debillerde mübalâğalı heyecan gösterilerine rastlanır. Bu çeşit emotif debiller, meselâ haksızlığa uğradığı zanniyle muğber olarak veya pek sadıkane bağlandığı efendisini müdafaa gayreti içinde birtakım suçlar işleyebilir, adam yaralayabilir veya öldürebilirler.

Debil psikoloji, çocukluk hayatında ve okul sıralarında tanınabilir. Sakarlık, ruhî donukluk, sık sık okuldan kaçma, başarı derecesinin düşüklüğü, mastürbasyon, bunların belirli vasıflarındandır.

Yine debillerde alkol ve toksik maddelere iptilâ da sıklıkla müşahede edilmektedir.

Etyoloji

Bahsimizin başlangıcında, «gelişme safhasında meydana gelen ve zekânın normal inkişaflarını durduran veya gerileten bütün hâdiselerin oligofreniye sebep olabileceğini» belirtmiştik. Bu sebepleri, tesir ettikleri devirlere göre, çeşitli safhalarda mütalea etmek mümkündür:

Ana ve babaya ait sebepler:

Anne ve babadaki geçirilmiş enfeksiyonlar (gonore, sifiliz, tüberküloz gibi); kronik zehirlenmeler (alkolizma, toksikomaniler); besi bozuklukları ve karans halleri, ana ve baba arasındaki ileri derecede yaş nisbetsizliği (ihtiyar çocukları); diğer herediter bozuk-

luklar; gebelik esnasındaki traumalar, intanlar, çocuk düşürme teşebbüsleri, zehirlenmeler... ilh.

İntraüterin hayatta:

Toksik, enfeksiyöz ve fizik çeşitli ajanların, embriyonun inkişafına tesirleri.

Doğum esnasında:

Bilhassa zor doğum, forceps ile doğum, çocuk asfiksisi zikredilebilir.

Doğumdan sonraki sebepler:

Bunları da üç grubda mütalea edebiliriz: Tıbbî sebepler (trauma, enfeksiyon, v.s.), sosyal sebepler ve nihayet moral sebepler.

Tıbbî sebepler arasında çeşitli kafa traumalarını, serebrospinal sistem enfeksiyonlarını saymak kabildir. Bunların doğurduğu sinir sistemi lezyonları zekânın gelişmesini durdurarak oligofreniye sebep olur.

Burada bilhassa sosyal ve moral sebeplerin oligofrenilerin husûlündeki rolü üzerinde durmak istiyoruz.

Daha önce zekâ testlerinden bahsedilmişti. Bu testlerin ihtiva ettiği sorular, her toplumun kendi şartlarına göre düzenlenmiş, standardize edilmişlerdir. O halde, her toplum için, kendisine has bir **«zekâ norm'u»** kabul etmek gerekiyor. O toplum içinde yetişen çocuk da zekâsını, etraftan aldığı derslere ve intibalara göre geliştirir. Amerikan çocuğunun oynadığı oyuncakları tetkik edin; bunlar arasında model roket, füzelerden ufak çapta elektronik beyinlere, robotlara kadar çeşitli, modern ilmin gelişmesine uygun cihazlar vardır. Buna karşılık Afrikalı bir zenci çocuğu hâlâ taşlarla, ok ve yayla oynar. Amerikalı çocuğa göre hazırlanmış bir zekâ testini bu Afrikalı çocuğa tatbik edersek alacağımız netice bir oligofreni'den başka bir şey olmaz. Halbuki, belki de o testte daha yüksek I.Q. tutturan Amerikalı çocuk, Afrikalının kendi şartlarına adapte edilmiş bir testle alacağı neticeden daha düşük bir zekâ emsaline sahiptir. Demek ki, mükemmel bir sinir sistemi ile doğduğu halde, toplumun sosyal şartları yüzünden zekâsı inkişaf edemiyen ve bugün medenî insanlar için asgarî dahi olsa bir zekâ seviyesi gösteremiyen kimseler mevcuttur. Daima bir kaide olarak şunu göz önünde tutmalıyız: Bir insandan bir şey isterken evvelâ **«ona şimdiye kadar ne verebil-**

diğimizi» kendi kendimize sormalıyız. Tipik misâl imtihanda hocaların talebelerine karşı davranışıdır. Otokritikten mahrum bir öğretmen imtihanda, evvelce talebesine ne verebildiğinin muhasebesini yapmadan, bir takım sualler tertibine girişirse elde edeceği başarı derecesi de düşük olacaktır.

Fransızlar, **«c'est la fonction qui fait l'organ»** (organı yapan fonksiyondur) derler. İnsan zekâsı ancak hemcinslerinin, diğer insanların arasında yetişmekle gerekli fonksiyonlarını kazanır ve gelişir. Birtakım **«orman adamları, orman çocukları»**ndan bahsedilir. Bunlar şu veya bu sebeple kendi âkibetlerine terkedilmiş ve dağlarda, ormanlarda, hayvanlar arasında büyümüş çocuklardır. Bunlardan bir kısmı tetkik edilmiş ve sinir sisteminde hiç bir arıza bulunmadığı halde ileri derecede zekâ kusuru gösterdikleri tesbit edilmiştir.

Bu konuda meşhur vak'alardan biri, 1799'da Fransa'da, Aveyron civarındaki ormanlarda yakalanan ve **Victor** adı verilen vahşi çocuğun hikâyesidir.

Bu çocuk, Fransız ihtilâli sırasında ormanda, tamamen çıplak vaziyette ve ağaçların üzerinde tutulmuştur. Dul bir kadın tarafından bakım ve ihtimam gören **Victor** bir müddet sonra yine dağa kaçar ve tekrar yakalanır. Bu sefer Paris'de müşahede altına alınır ve bilhassa zamanın tanınmış psikologlarından **Itard** tarafından senelerce takibedilir. Başta **Pinel** olduğu halde, birçok tanınmış hekimler bu çocuğun, esasen geri zekâlı doğmuş olduğu için ailesi tarafından ormana bırakılmış olduğunu iddia etmelerine karşılık, **Itard** bu kanaâte iştirak etmemişti. **Itard'a** göre çocukta mevcut zekâ geriliği, büyüme şartlarına ve medenî muhit dışında kalmasına bağlı bulunuyordu. Beş sene süren terbiye gayretleri ancak çok sınırlı birtakım sonuçlar sağlayabilmiştir. Meselâ, **Victor** yürümüyor, daha ziyade hayvanlar gibi sıçrıyordu; dişlerinin şekil ve kıvamı, o zamana kadar hep nebâti gıdalarla beslendiğini ortaya koymakta idi. Başlangıçta dokunma hissini dahi kullanmaktan âciz olan çocuk, sonraları, terbiye ile, patatesin çiğ veya pişmiş olduğunu kabaca tefrik edebilir hale gelmişti. Birgün yanında ânî olarak bir top patlatılmış, medenî insanı ürkütecek ve korkutacak olan bu ses, o vahşi çocuk için hiç bir manâ ifade etmediğinden, herhangi bir reaksiyona sebep olmamıştı. Buna karşılık, ağaçtan bir meyvanın düşüşü onun için daha çok manâlı ve heyecan verici bir hâdise idi. Oyunla alâkası yoktu. Akranlarının

eğlencelerine iştirâk etmesi için yapılan bütün teşebbüsler neticesiz kalmıştır. Ancak, beslenmesini alâkadar eden bazı kaba-saba oyunlara ilgi gösteriyordu. Zamanla bu sertliği bir hayli yumuşamış, etrafındakilere karşı bazı kaba affeksiyon gösterileri müşahede edilmeye başlanmıştır.

Bu karakteriyle **Victor**, tamamen iç güdülerin motive ettiği bir «instinct çocuğu» olmaktan ileri gidememiştir Pek az şey öğrenebilmişti: «Victor» diye çağrılınca bakıyor ve yazılı «süt» kelimesini tanıyormuş. Fakat 40 yaşına kadar yaşadığı halde, hiçbir zaman tam bir insan olamamıştır.

Psikolog **Itard, Victor**'un müşahedelerinden çıkardığı sonuçları şöyle ifade ediyor:

«İnsan vergisi olduğu söylenen bu yüksek zekâ ve ahlâk üstünlüğü, onu çok büyük kudretle diğer hayvanların basamağının üstüne çıkaran medeniyetin mahsûlüdür. Nitekim biz, birbirimize öğrettiklerimiz, birbirimizden aldıklarımız ve çevremizde gördüklerimizle ancak hayvanlıktan kurtuluyor, birbirimizin terbiye hocası olarak insan olabiliyoruz.»

Özel Oligofreni şekilleri

I — Nöro-ektodermoz veya phacomatose'lar:

Ektodermal ve bunun yanında, tâli olarak mesodermal menşeli dokuları tutan, irsî-ailevi, konjenital, dejeneratif tabiatte hastalıklardır. Oligofreni yanında deri belirtileri ve çeşitli tümörlerle karakterize olurlar:

Sclerosis tuberosa (Bourneville hastalığı)

1880 tarihinde **Bourneville** tarafından tarif edilmiş olan, oldukça nâdir bir organik beyin hastalığıdır. Buna **Epiloia** da derler. Hafif debiliteden ağır idyozi şekillerine kadar çeşitli zekâ gerilikleri ile beraber, beyinde sklerozan tabiatte tüberoziteler ile karakterizedir. Pnömoansefalografik tetkiklerinde bu nodüller vantrikül kenarlarında açıkça görülürler. Klinikte bu tümöral teşekküllere bağlı epilepsi nöbetleri de müşahede edilir. Ayrıca deride, göz dibinde de hastalığa has belirtiler mevcuttur. Bu arada yüzde, burnun iki tarafındaki yanak bölgesinde, kelebek kanadı manzarasında bir bölgeyi kaplıyan,

sarı-pembemsi renkli adenoma sebaceum'lar (Pringle tümörleri), tırnak dibinde fibromatöz teşekküller (Koenen tümörleri), göz dibinde, papilla civarında ufak tümöral teşekküller (van der Hoeve tarif etmiştir), naevus'lar, telanziyektazi'ler, molluscum pendulum'lar, belde, omurga üzerine tesadüf eden bölgede pigmante, tüylü bir leke (peau de chagrin lombaire) sayılabilir.

Heredo-familyal bir hastalıktır. Bununla beraber, dominans nisbeti çok değişiklikler arzetmektedir. Kliniğimizde, bugüne kadar, üçünde irsî yüklülük tesbit ettiğimiz (ki bunlardan ikisi ana-kız idi) 11 vak'a müşahede etmiş bulunuyoruz. Zekâ seviyeleri bakımından bu 11 vak'adan sekizi ileri derecede idyo, ikisi embesil, biri de debildi.

Recklinghausen sinir hastalığı (Neurofibromatosis)

Bu da herediter bir hastalıktır. Sclerosis tuberosa'dan daha sık rastlanır. Çeşitli pigmante deri lekeleri, sütlü kahve renginde lekeler ve naevus'lerle karakterizedir. Ayrıca, gövdede ve kalçalar üzerinde deri tümörlerine rastlanır. Bunlar, ufak buğday tanesi büyüklüğünden yumurta cesametine kadar değişirler. Ekseriya bu tümörlerden bir tanesi çok büyümektedir. Diğer taraftan, gerek periferik sinirlerde, gerekse kafa çiftlerinde (bilhassa optik ve akustik sinirlerde), tesbih tanesi gibi sıra sıra tümörlere rastlanır. Periferik sinirlerdekiler cilt altında palpe edilebilirler. Bunlar, histolojik olarak schwannoma karakterindedirler. Zekâ geriliği şart olmayıp, eğer rastlanırsa, ekseriya debiliteden ileri gitmez; daha ziyade davranış bozukluklarına rastlanır.

Stürge - Weber - Krabbe hastalığı (serebral angiomatosis)

Angiomatose encéphalo-trigéminée de denir. Yüzde anjiyom, gözde glaucoma ve kortiko-meningeal anjiomatosis sebebiyle epilepsi nöbetleri hastalık tablosunu karakterize eder. Radyolojik tetkikte anjiyomların kalsifikasyonu müşahede edilebilir. Yüzde «şarap lekesi» tarzında, tek taraflı anjiyom görülür. Bu anjiyom, nervus trigeminus sahasını kaplamaktadır. Glaucoma congenitalis ve buphtalmus, doğumdan sonra ortaya çıkabilir. Craniogramda, occipito-parietal bölgede, beyin sulcus'larını takibeden, çift cidarlı kalsifikasyon karakteristiktir. Epilepsi nöbetleri, bilhassa **Jackson epilepsisi** tarzında hamleler görülür. Çeşitli zekâ gerilikleri, hezeyanlar, hallüsinasyonlar veya psikonevrotik reaksiyonlar tarzında ruhî belirtilere sıklıkla rastlanır.

Hastalığın herediter tabiati münâkaşalıdır. Memleketimizde ilk defa Dr. **Aliye Rıza Tancıl** tarafından tesbit edilmiştir. O zamandan beri pek nâdir vak'alara rastlanmaktadır.

von Hippel-Lindau hastalığı (retino-serebellar anjiomatosis)

Dominant karakterde, familyal bir hastalıktır. Retina'da mültipl anjiyomlar, ayrıca cerebellum ve 4 üncü ventrikül cidarında angiomatosis ile karakterizedir. Zekâ geriliği nisbeti, Stürge-Weber hastalığına nisbetle daha seyrek bulunur.

II — Metabolizma bozukluğuna bağlı zekâ gerilikleri :

Genlerle intikal eden, lipid ve protein gibi bazı maddelerin metabolizmasındaki bozukluğa bağlı hastalıklardır. Bu metabolizma bozukluğu neticesi ara mahsûlleri birikerek sinir hücrelerinin metabolizmasını bozmakta ve hastalığa sebep olmaktadır.

Amorotik idyozi

Daha ziyade Polonya'lı Yahudi ırkına mensup fertlerde rastlanmakla beraber, tek tük başka vak'alar da kaydedilmiştir. Normal olarak organizmada çok az mikdarda bulunan fosforlu bir lipid **(sphingomyéline)**, çeşitli organlarda ve bilhassa sinir sisteminde birikir. Histolojik olarak ganglion hücrelerinin bünyelerinde ve dendritlerinde balon gibi şişlikler tesbit edilir. Bu şişlikler lipoid pigmentleri ile doludur.

Hastalık arazlarının başladığı yaş göz önüne alınarak 4 klinik şekil tefrik edilmektedir:

— **Tay-Sachs**'ın tarif ettiği enfantil şekil;
— **Vogt-Spielmeyer**'in jüvenil şekli;
— İnfantil şeklin daha büyük çocuklarda görülen tipi **(Janski-Bielschowski** tipi);
— Nihayet, **Kuf**'un bildirdiği kâhil tip.

İnfantil şekli en sık görülen tipdir. O zamana kadar normal görülen süt çocuğunda, 4 ilâ 6 ncı aylarda bir ilgisizlik (indifférence) başlar, yutkunma bozulur, etraf kasları gittikçe daha hipotonik bir hal alır. Bunu, zamanla tam körlüğe kadar giden, görme fonksiyonunun kaybı takibeder. Göz dibi muayenesinde **macula lutea'da kiraz çekirdeği manzarasında kırmızı bir leke tesbit edilir.** Bu leke hastalık için patognomonik olup, bununla beraber papilla atrofisinin

bulunması şart değildir. Tabiatiyle, zekâ gelişemez, apati hali gittikçe artar, myoklonik kasılmalar, konvülsionlar ve deserebrasyon rijiditesi müşahede edilebilir. 3 yaşından evvel ölüm muhakkaktır.

Vogt-Spielmeyer'in jüvenil şekli okul çağında başlar. Hastalığın süresi on sene kadardır. Zekâ gittikçe yıkılır, görme de progressif olarak bozulur. Bu tipin karakteristiği, tabloya ekstrapiramidal belirtilerin hâkim olmasıdır.

Kâhil şekline ise fevkalâde nâdir olarak rastlanmaktadır.

Fenil-pirüvik oligofreni (oligophrenia phenylpyruvica)

İlk defa **Fölling** tarafından gösterilen, çok nâdir bir oligofreni şeklidir. Vak'aların bir kısmının sarışın kimseler olması belirli bir ırk rabıtasının bulunduğunu göstermektedir. Zekâ dereceleri idyozi ve embesilite mertebesindedir.

Saç, kaş ve kirpikleri açık sarı, gözleri mavi, hafifçe öne kambur, ön kolları yarı fleksiyon vaziyetinde gövdeye yapıştırılmış olarak tutulan (pithecoide duruş) hastanın tipik bir görünüşü vardır. Bu duruşu maymuna benzetirler. Parmaklarda athetosis'e benzer anormal iradesiz hareketler, adalelerde hipertoni, ekstremitelerde tremorlar, veter-kemik reflekslerinde artma tesbit edilir.

Hastalığın patognomonik bir biyoşimik belirtisi vardır: 6 cc taze idrara birkaç damla asit ve yine birkaç damla perchlorure de fer damlatılırsa yeşil bir renk hasıl olur. Bu, idrarda fenil-pirüvik asid bulunduğunu gösteren bir reaksiyondur. Nitekim, bu hastalık, phényl-alanine metabolizmasındaki bir bozukluktan ileri gelir. Bir amino-asid olan fenil-alanin, normal olarak karaciğerde tirozin'e çevrilmektedir. Halbuki bu hastalarda fenil-alanin yıkılması tamamlanamayıp, fenil-pirüvik asid seviyesinde kalır. Organizma için toksik olan bu madde de idrarla ıtrah edilmektedir.

III — Endokrin sistem bozukluğuna bağlı zekâ gerilikleri:

Burada, thyroidea'nın hipofonksiyonuna bağlı oligofrenilerden bahsedilecektir.

Miksödem (Bourneville hastalığı)

İlk belirtiler umumiyetle sütten kesilmekle başlar. Çocuk etrafı ile ilgisizdir, gülmez, ağlamaz, umumiyetle uyuklar, yüz şişmiş, adeta yuvarlak, ay manzarasını almıştır, cilt ihtiyarlarınki gibi kuru ve buruşuktur, dil büyümüş, kalınlaşmış ve yarı açık ağızdan dışarı

çıkmış görünür, karın cidarı flaskdır, umbilicus hernilerine sık rastlanır. Oturma, yürüme, fontanellerin kapanması ve konuşma çok gecikir. Mutad olarak kabızlık vardır. Radyografide kemiklerin gelişmesinin de geri kaldığı tesbit edilir.

Miksödemli kâhil yaşta ise yüzünün ay manzarası, geniş burnu, intizamsız ve çürüklerle dolu dişleri, koltuk altı ve pubis kıllarının çıkmamış olması ile tanınır. Bazal metabolizma çok düşüktür, radyoaktif iod tesbit edilmez, kanda kolesterol yükselmiştir. Zekâ seviyeleri ekseriya idyozi mertebesinde olmakla beraber, bazen embesil, hattâ debil miksödemlilere de rastlamak kabildir.

Kretenizm

Denizden uzak bazı dağlık bölgelerde rastlanan endemik hipotiroidi'ye «**kretenizm**» (crétinisme) adı verilir. Arazlar miksödemdeki gibidir. Vücutça gelişme kusurunun hakiki cüceliğe kadar gittiği vak'alar mevcuttur. Bazılarında tiroid büyümüş ve goitre manzarasını almıştır.

Hipotiroidik oligofrenilerin tedâvisi

Tedâvi, eksik olan maddenin verilmesi esasına dayanır. Çocukta kurutulmuş thyroidea tozu (poudre de thyroide)n'dan günde, yaş başına 0.01 ilâ 0.02 gr verilmekle tedâviye başlanır ve bir netice alınıncaya kadar doz arttırılır. Bu esnada nabız ve vücut ısısı grafikleri dikkatle kontrol edilir. Her halde, sabah harareti 36°8 ve akşam harareti de 37°5 un üstüne çıkmamalıdır. Bundan başka bazal metabolizma, kan kolesterini kontrol edilmeli, zaman zaman da radyoaktif iyodla muayene yapılmalıdır. Bu tedâviye miksödemli, hayatı boyunca devam edecektir.

Tiroid verildiği halde zekâda bir gelişme tesbit edilmeyen çocukların elektroansefalogramlarında, irreversibl bir kortikol âfete delâlet eden diffüz disritmi müşahede edilmektedir.

Tiroid tedâvisine ne kadar erken başlanırsa netice de o kadar müsait olur.

IV — Embriyo enfeksiyonlarına bağlı zekâ gerilikleri:

Annenin, gebelik sırasında geçirdiği enfeksiyon hastalıklarında patojen âmil'in ya doğrudan doğruya veya toksinleri vasıtasiyle uterus içindeki fetus'a tesir etmesiyle meydana gelen oligofreniler mevcuttur. Bunlardan bazı misâlleri inceliyelim.

Kızamık (rubeola)

Gebeliğin ilk 3 ayında geçirilmiş bir kızamık intanından olma oligofreni ilk defa 1944'de **N. M. Gregg** tarafından tarif edilmiştir. Klinik sendrom, göz belirtileri (körlüğe kadar giden, ilerleyici katarakt), kalb belirtileri (Ductus Botalli açıklığı, ventriküller arası veya arterler arası defekt), çeşitli kranium ve ansefal anomalileri (mikrosefali, hidrosefali, diş anomalileri, sağırlık) ve zekâ geriliği (debiliteden derin idyoziye kadar) ile tamamlanır. Bunlardan başka, athetosis, epilepsi nöbetleri, spazmodik paraplejiler gibi nörolojik belirtiler de vardır.

Konjenital toxoplasmosis (Wolf ve Cowen hastalığı)

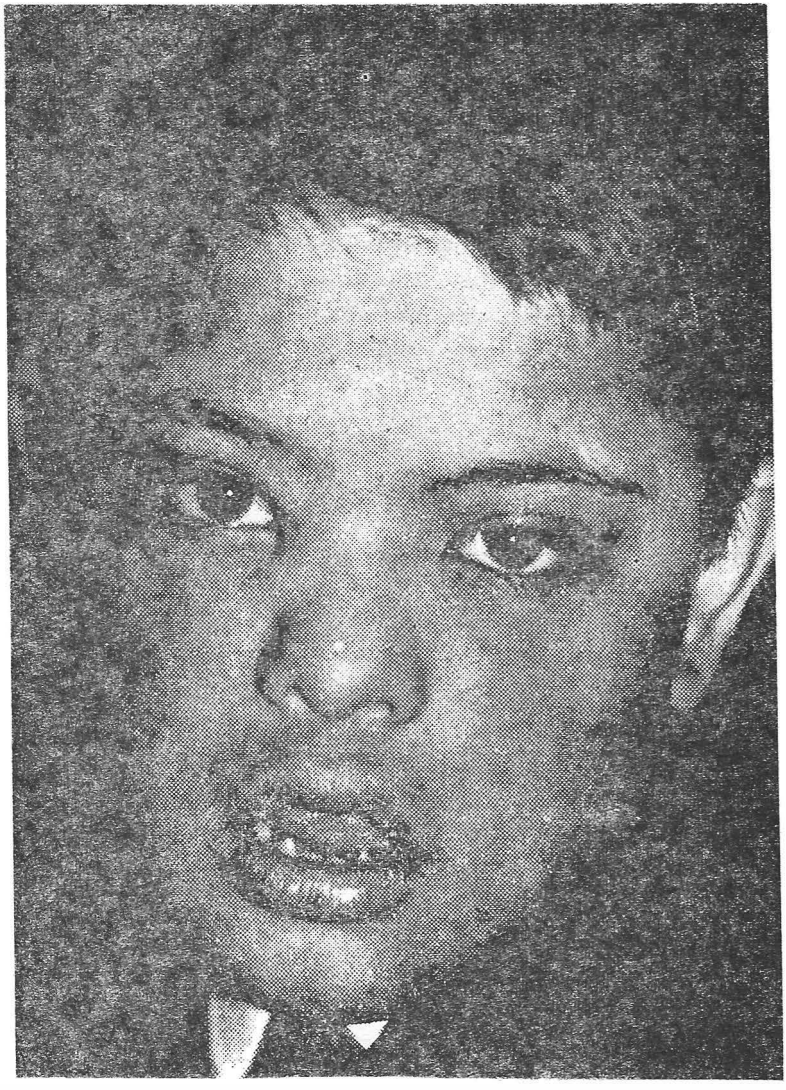
İlk defa **Wolf** ve **Cowen** tarafından 1937'de tarif edilmiş, gebelik sırasında anneden fetus'a geçen bir hastalıktır. Ekseriya annede farkına varılmaz. Umumiyetle öldürücü seyirlidir. Eğer çocuk yaşarsa şu arazlara rastlanabilir: zekâ geriliği, kafa malformasyonları (anansefali ve hidrosefaliler), epilepsi nöbetleri, hipertoni veya hipotoniler, paralizi veya pareziler ve radyolojik olarak tesbit edilen beyin içi kalsifikasyonları. Liquor cerebrospinalis ksantokromik olup, lenfositlerde ve albüminde artma ile beraber toksoplazmalar da tesbit edilebilir. Liquor'un kobay veya fareyi inokülasyonu ile kat'î teşhise varılır. Yine teşhis için hastanın serumunda toksoplazma antikorları aranır.

Konjenital sifiliz

Konjenital sifiliz'den olma zekâ gerilikleri paralizi jeneral bahsinde incelenmiştir.

V — Mongolismus :

İlk defa 1866'da **Langdon Down** tarafından bu isim kullanılmıştır. Bazı oligofrenlerde yüzdeki distrofi sebebiyle Mogol ırkından gelenlere benzemesi bu ismin verilmesine âmil olmuştur. Nitekim, mongoloid idyozi'de kafanın ön-arka kutru normalden kısadır, yüz yuvarlak ve yassıdır, göz kapakları, nazal köşesinde ufak, vertikal istikametli bir plica, bir üçüncü göz kapağı ile örtülmüştür (épicanthus). Göz kapağı kenarları ekseriya enfekte olup, kirpikleri seyrektir. Şaşılık, katarakt, nystagmus gibi göz belirtilerine rastlanır.



Mongolismus

Boy kısa, ekstremite uçları güdüktür (akromikri). Burun yassı, ağız küçük ve daima yarı açık, dil dışarda olup ağzından devamlı salya akar. Dil plikalı ve çatlak, skrotal görünüştedir. Bazen hâd lökozlara rastlanır. Oturdukları yerde ileri-geri sallanırlar. Ekseriya umbilikal herni bulunur. Düztabanlık sık görülür.

Etyolojisi kat'i olarak bilinmemekle beraber sifiliz, kızamık, alkol gibi toksi-enfeksiyöz faktörler, annenin geçirdiği emotif şoklar,

endokrin muvazene bozuklukları, fecondation hataları, yaşlı anne, jenetik faktörler itham edilmiştir. Tedâvi yoktur.

VI — Kranium malformasyonları ile beraber olan oligofreniler :

Hidrosefali'ler

Liquor cerebrospinalis mikdarının ventriculus'lar ve sub-arachnoid mesafede artması ile bu boşlukların genişlemesine sebep olan bir haldir. Ya plexus choriodeus tahrişinden dolayı liquor ifrazının artması veya liquor dolaşımındaki bir tıkanma bu hale sebep olur. Zekâ geriliği derecesi hafif debilite ve hattâ normal zekâdan ağır idyoziye kadar değişir. Tedâvisi cerrahîdir.

Mikrosefali'ler

Çok küçük kafa ile karakterize ve çeşitli etyolojik faktörlerin sebep olduğu bir zekâ geriliğidir. **Giacomini,** umumiyetle embesilite derecesinde olan familyal bir tipini ayırd etmiştir. Bizim müşahede ettiğimiz iki kardeşten biri idyo, biri de embesil idi.

Crouzon hastalığı (dysostosis cranio-facialis)

Dominant olarak intikal eden irsî-ailevî bir hastalıktır. Bununla beraber, soy geçmişinde benzer hiçbir vak'anın bulunmadığı haller, spontan mutation'ların da mümkün olduğunu göstermektedir. Karakteristik bir kranium deformasyonu mevcuttur: frontal nâhiye çok genişlemiştir; yüzde de özel bir deformasyon müşahede edilir: burun sivrilmiş, papağan gagası halini almıştır, alt çene ufak ve gerilemiş durumdadır. Bâriz eksoftalmi ve optik atrofi gibi göz bozukluklarına da rastlanır. Bunun yanında zekâ gerilikleri mevcuttur.

İHTİYARLIĞA BAĞLI PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR VE HASTALIKLAR

Yaşlanma, ihtiyarlama, kısacası eskime, canlı ve cansız bütün varlıkların değişmez kaderidir. Kâinatın yaradılışı kadar eski olan bu mesele nedense yüzyıllarca araştırıcıların dikkatini çekmemiş, bir «ihtiyarlık ilmi» (gerontoloji)'den ancak 1940 senelerinde söz edilmeye başlanmıştır. Belki de bunun sebebi ancak 1900 yıllarında dünya nüfusu içinde ihtiyar insanların hissedilir derecede artmaya başlamasıdır. 1900 senesinde ortalama maksimal ömür 47 yaşa çıkmış, bu sınır 1952'de erkekler için 67, kadınlar için 71 yaşa kadar yükselmiştir. Görülüyor ki, geriyatrik hekimlik günden güne önem kazanmakta, yaşlı insanların bakımı bir problem teşkil eder hale gelmektedir.

Bu bölümde ihtiyarlığın psikopatolojisini inceledikten sonra ihtiyarlığa bağlı çeşitli psikiyatrik tabloları gözden geçireceğiz.

İhtiyarlığın psikopatolojisi

İnsanlar yaşlandıkça gerek ruhî, gerekse bedenî birtakım değişikliklere uğrarlar. Bunlar arasında derinin buruşması ve saçların ağarması gibi dışarıdan görülebilen ve pek de önemli olmayan belirtiler yanında organizmanın dış uyaranlara verdiği cevaplarda yavaşlama ve zayıflama, tamir hızının ağırlaşması, besin ihtiyacının azalması ve buna karşılık besin yetersizliklerine tahammül kabiliyetinde düşme, nihayet, fonksiyonel kapasitede devamlı ve ilerleyici bir gerileme dikkati çeker. Organizmanın gerek fizik ve gerekse ruhî adaptasyon gücü çok azalmıştır.

Bütün bunlara rağmen yaşlanma, ihtiyarlama, bütüniyle bir «gerileme» demek değildir. Gençlerdeki cevval zekâya karşılık yaşlılarda da kuvvetli bir muhakemenin bulunduğu bir gerçektir. İyi bir muhakeme ancak tecrübe ve öğrenme ile kazanılabilir. Bu da zamana ihtiyaç gösterir. Zekânın karşısında muhakeme ve tecrübeyi alırsak bu suretle yaşla kaybolan şeylerin karşısında bir dengenin korunmasına çalışıldığı dikkatimizi çeker.

İhtiyarlık psikopatolojisini şu üç esas noktada toplamak mümkündür: eskiye aşırı bağlılık, yeniden korkma ve egoizm.

Yaşlanmanın ilk belirtisi eskiye hasretin gittikçe artması ve yaşlanmaya başlayan şahısla genç nesiller arasındaki mesafenin devamlı olarak açılmasıdır. Gün geçtikçe her yeni şey onu ürkütmeye, artık alışkanlıklarını terkedememeye, yeni durumlara bir türlü uyamamaya başlar. Dünyada ahlâk kalmamış, insanlar fenalaşmıştır. Gençler tenbeldirler, çalışmazlar, gelecekleri karanlıktır. İlerde nasıl olacak da bu memleket onlara teslim edilecektir? Halbuki kendi zamanlarında öyle mi idi? Nasıl çalışmışlar, ne gayretlerle bu günleri hazırlamışlardı!... Artık küçüğün büyüğe hürmeti kalmamıştır. Kimse önünü ardını bilmez, tanımaz olmuştur; cemiyet gerilemiştir. Yeni modalar, yeni kıyafetler, mini etekler, yeni müzik ve danslar, tamamen ahlâksızlık nümuneleridir. Tabi'i, bunları iddia ederken kendisinden bir nesil öncekilerin de onun için aynı şeyleri söylemiş olduklarını unutur. Bu adaptasyon bozukluğu zamanla çok ilerler ve ihtiyarlık bunamasının belirtilerinden biri olan **Neofobi** ortaya çıkar. Artık yeni ve alışamadığı her şeyden dehşet duyarcasına korkan ihtiyar, bir türlü eski alışkanlıklarını, viran evini ve hattâ o evin alışık olduğu odasını terkedemez hale gelir. Zamanla daha da ileri gider, sırtındaki gecelik entarisini çıkarmak, yatağını terketmek istemez. Bunama ilerledikçe **gatizm** de işin içine karışır: idrarını, gaitasını altına bırakır; şiltesinin kılıfı çürür, yırtılır, içindeki yünler, gaita ve idrarla karışık mülevves bir yığın meydana getirir. Onu bu pisliğin içinden çıkarmak, yatağını, yorganını değiştirmek ise asla mümkün değildir. İstemediği her yeni şey arasında temiz bir yorgan, yeni bir yatak da vardır.

> Evinde görmek üzere davet edildiğim bir hastanın üzeri, ailesi tarafından ve «doktor gelecek» diye bir temiz yorganla örtülmüştü. Hasta ile bir süre konuştuktan sonra elini yorganının altına soktu ve büyük bir cömertlik içinde «hekim vizitesi olarak» bir avuç gaita alarak uzattı.

Hafızada buna paralel bir yıkılma dikkati çeker. Yenilikten kaçan ihtiyar sanki her yeni hatırayı da unutmak istercesine yakın hâdiselerden başlıyarak hafızasını kaybeder. İlk defa **Ribot** tarafından tarif edilen bu hafıza kusuru ihtiyarlık bunamasının da en belli başlı klinik belirtilerinden birini teşkil etmektedir. Dün evine gelen misafirleri, akşam ne yediğini, bu sabah nereye gittiklerini unutan ihtiyar 40 sene, 50 sene evvel geçmiş olayları bütün detayları ile anlatır. Seferberlik, askerlik, harp hikâyelerini artık etrafındakiler ezberlerler. Her gün, her vesileyle bunlar teker teker anlatılır. Böyle

bir insanın yakınları çok zaman onda bir hafıza kusuru bulunduğunu kabul etmek istemezler. Zira, hafızası yıkılmış bir insanın o kadar eski hatıraları kusursuz nakledebilmesini izah onlarca kâbil değildir. Hafıza yıkılması gittikçe geriye doğru gider. Adetâ üst üste konan iskambil kâğıtları destesinin bir rüzgârla savrulması gibi, en son konan kâğıt en evvel uçar. Bir zaman gelir, artık tam bir bunama içine düşen ihtiyar kendi çocuklarının isimlerini bile hatırlayamaz, hafızası -eski ve yeni, hepsi birden- tamamen çökmüştür.

Zekâ da yaşla beraber parlaklığını kaybeder, yavaş yavaş yıkılır.

Binet-Terman zekâ testinin kriterlerine göre zekâ 18 yaşına kadar gelişmekte devam eder. Bundan sonra devamlı ve artan bir yıkılma içindedir. Bu suretle normal bir yetişkin, -eğer dahi değilseancak 16 yaşın zekâsını gösterir. 80 yaşına gelmiş ve hâlâ bunamamışsa zekâ yaşı 12 yaşındaki seviyesine inmiştir. Yetişkin ve yaşlı insan aradaki açığı tecrübe ve bilgisi ile kapatmaktadır. Tabi'î, araya bir ihtiyarlık bunaması girmişse zekâ yıkılması çok daha hızlı vukua gelir.

İhtiyarlık psikolojisinin ana belirtilerinden biri de egosantri ve egoizmdir. Nice yaşlılar vardır, devam ettikleri emekli kahvesinde her gün çektikleri siyasî nutuklarla etrafın istihza vesilesi olmuşlardır: Onlarsız bu dünya çökmeye, yıkılmaya mahkûmdur. Gençler bu işleri bilememekte, yürütememektedirler. «Daha dünkü çocuk» sözü, o «dünkü çocuğun» bir türlü «bugünkü büyük» olamıyacağı anlamına kullanılır durur. Hakları yenmiş, kendilerine gadredilmiştir. Daha memleket onlardan çok hizmet beklemektedir. Bugüne kadar yaptıklarının karşılığını da çok ağır bir şekilde talep ederler. Adeta hizmet ve iyiliklerinin karşılığı bir türlü ödenemez olur. Kimseyi beğenmez, kendilerini «nâzımı âlem» zannederler.

Evde, ailesi arasında egoizmleri, onları seven ve «büyüğümüzdür» diye hürmet edenlere bir zulüm ve eziyet vesilesi olur. Herkes onlara hizmetle mükelleftir. Oğlu, kızı, gelini, damadı, torunları, herkes etraflarında, her an emirlerine amade bulunmalıdır. Kazara birisi bir sinemaya veya gezmeye gidecek olsa, saygısızlıktan başlar, ahlâksızlıkta bitirirler. Üzücü hâdiseleri öğrenmek istemezler, gerçekten daima kaçarlar. Çok sevdiği torununun ölümünü kendisine nasıl haber vereceklerini düşünen yakınlarına, bunu öğrendiği zaman verdiği cevap egoizmasını açıkça ortaya koyar: «Aman söylemeyin bana öyle şeyler, benim kötü haberlere tahammülüm mü var!.. Sonra bir tarafıma inecek mazallah...»

İhtiyarlık psikolojisini çerçeveliyen belirtilerden biri de cimri-

liktir. İnsan yaşlandıkça, belki de artık pek uzun zaman ihtiyacı olmayacağı mal ve parasına düşkünlüğü artar. Parasını yakınlarından kaçırır, sonradan bazen kendisinin bile unutacağı yerlere saklar. Çocukları zaruret içinde, belki bir ilâç parası bulamazken o, «ölümlü dünya, neme lâzım, ele güne muhtaç olmıyayım sonra» diye varını, yoğunu saklamakta beis görmez. Servetinin bir kırıntısı değil kendisini, bütün aile efradını refah içinde yaşatmaya yetecekken üç beş kuruş için cinayet işleyenler çok görülür. Böyle ihtiyarların çoğunun parası ve serveti öldükten sonra dahi ortaya çıkmaz.

Bunama ilerledikçe artık manâsız birtakım eşyalar, çerçöp kabilinden şeyler, sigara izmaritleri, eski bez parçaları da saklanmaya başlanır. İhtiyarın odası, sandığı, sepeti, içinde bu hazinelerin saklandığı birer depo haline gelir. Çoluk çocuğunun ufak tefek eşyasını da aşırarak saklar.

Ahlâk ve faziletten dem vuran ihtiyarlarda bazen bir moral yıkıntı da dikkati çeker. Bir taraftan seksüel arzularının artması, diğer taraftan da «treni kaçırma endişesi» ve otokritiğin zayıflaması onu immoral hareketlere sevkeder. Evinde hizmetçisine, torunu yerinde kızlara sataşan, topluluklarda exhibitioniste gösterilerde bulunan vak'alar pek çoktur.

> Bir akşam yemeği ikram eden insana rastlamak gayretiyle saatlerce sokaklarda dolaşarak o günü bedavaya getirmeye çalışan bir ihtiyar milyoner tanırdım. Son günlerinde evlendiği bir genç hanıma varını yoğunu hibe edip birkaç haftada öldü gitti.

İhtiyarlığın karakteristiklerinden biri de aşırı derecede sıhhatine düşkünlük, hipokondri'dir. Her gün yeni bir şikâyet, yeni bir hastalık icadeder, hekimden hekime koşar, çeşitli muayeneler, konsültasyonlarla vaktini geçirir. Aldığı ilâçların dikkatle listesini tutar, zamanını, vaktini kaçırmamaya çalışır. Bunun yanında boğazına düşkünlük, asıl riayet etmesi gereken rejimini ihmâl ettirir. Diabetli ihtiyarın gece kalkıp mutfaktaki dolaptan tatlıları aşırdığı ve yediği çok görülen hallerdendir.

İhtiyarlıkta affeksiyon ve emotivite derin bir şekilde bozulur. İhtiyarlık egoizması, kendisinden başkasına önem vermeme, yalnız kendini sevme tarzında bir affekt kusurundan başka bir şey değildir. Bunun yanında, olmadık şeylere aşırı bağlılık, marazî aşklar bu affekt kusurunu tamamlar. Emotiv gösterileri dış olaylara uygun değildir. Pek ufak hâdiseler karşısında ileri derecede hiddet ve teessür belirtileri gösterdikleri, ağlayıp çırpındıkları görülür. Zamanla

manâsız gülme ve ağlamalar ortaya çıkar ki buna «spastik gülme ve ağlamalar» diyoruz.

Yaşlandıkça uyku ritmi de bozulur. Nihayet muannit uykusuzluklar kendini gösterir. Bütün gün sedirinde uyuklayan, yemeklerden sonra şekerleme yapan ihtiyar sabaha kadar evin içinde gezer, ateş yakar, kahve pişirir, gürültü yapar, herkesi uyandırır. Bilhassa ihtiyarlık bunamasının belirtilerinden biri olan bu uykusuzluk hali beyin dolaşımının aksamasından dolayı hipnotik ve sedatiflerden de pek az istifade eder.

İhtiyarlık bunaması hallerinde tabloya birtakım hezeyanlar da eklenebilir. Bunlar çoklukla persekütif, paranoid vasıfta hezeyanlardır. Etrafındaki insanlar, çoluk çocuğu, mallarını paylaşmak için birlik olmuşlar, onu bir an evvel öldürmek, zehirlemek istemektedirler. Muayenesine gelen hekime kendisine bakılmadığından, yemek verilmediğinden şikâyet ederek ailesini mahçup eder. Bazen mistik hezeyanlar görülebilir. Kendisinin bu dünyayı ıslah için gönderilmiş velî, mehdî olduğunu iddia edenler vardır. Esasen bu hal hezeyan şeklini almasa bile birçok ihtiyarda az çok bir büyüklük halinde görülmektedir. Kendisinin bu âlem için elzem olduğunu, ölürse dünyanın batacağını iddia eden nice hırsı pirî sahiplerine rastlarız.

Bir kısmında aksine mikromanyak hezeyanlar dikkati çeker. Daha ziyade depressif bir zemin üzerinde gelişen bu çeşit hezeyanlar, hastanın kendisini zayıf, âciz hissetmesi şeklinde ortaya çıkar. Parası yoktur, sefalet içinde yüzmektedir, komşular bir iki lokma vermese açlığından ölecektir. Çoluk çocuğu da onu ihmâl etmekte, bakmamaktadırlar.

*
**

Bir buz dolabı tasavvur edelim. Bu dolap, içindeki termostat sebebiyle, dış ortamın değişen ısı şartlarına karşı kendi iç ısısını belli sınırlar içinde sâbit tutacak şekilde bir tertibata sahiptir. O halde buz dolabının, dış tesirlerle bozulmayan bir iç dengesi, bir «stabilite»si mevcuttur. Bu stabilite ya dış şartların önceden hesaba katılmayan şiddetli oynamaları veya mekanizmanın kendisindeki bir bozukluk (meselâ eskime) sebebiyle günün birinde bozulabilir. Herhalde buz dolabı ilânihaye işleyecek değildir. Bir gün gelecek o da eskiyecektir.

İnsanı bu örneğimizle karşılaştırırsak, o, dış âlemin mütemadiyen değişen pek çok şartına karşı hem ruhî ve hem de biyolojik dengesini korumak mecburiyetindedir. Bu suretle, ayarlanacak fak-

törler, vücut ısısından, kan şekerinden, kan pH sından ruhî dengeye kadar sonsuz sayıdadır. İşte bütün bunlara karşı teessüs etmiş bir iç dengeye, çok faktörlü bu ayarlama haline sibernetik dilinde «ultrastabilite» veya «homeostasis» diyoruz.

Konumuz icabı, ruhî dengeyi ele alalım. Düşünce vetiresi bu ruhî dengenin kurulması yolunda bir gayretin ifadesidir. Her çeşit dış stimulus bir an için bu dengeyi bozmak suretiyle bir düşünce faaliyetine sebep olur. Bu sırada idrâklerimizle alınan izlenimler hafızamızdaki eski hatıralarla ve bilgilerle karşılaştırılır, sonunda bir hükme varılır. Hüküm anı «homeostasis» in, daha doğrusu «ruhî homeostasis» in meydana geldiği andır. Bu arada dışarıdan alınan intiba bizim istek ve projelerimize uygunsa haz şeklinde, onlarla çatışmaya düşüyorsa elem şeklinde bir affektif yük taşımaktadır.

Zamanla, tıpkı buz dolabının termostatının eskimesi, kapağının aralıklardan hava sızdırması, ısısını iyice koruyamaması gibi, iç dengemizi sağlıyan cihazlarımız ve bu arada, ruhî homeostasisimizi temin eden sinir sistemimiz, beyin hücrelerimiz eskiyecektir. Bu suretle, dış uyaranlarla idrâk edilen yeni sitüasyonlara uymak, adapte olmak, yani ruhî homeostasis'imizi temin edebilmek gittikçe güçleşecektir. O halde ne yapmalıdır? Homeostasis'in korunamaması organizmanın ölümü demek olduğuna göre, canlılığı devam ettirebilmek için yeni bir denge durumunu organizma, bu sefer uyamadığı stimuluslardan kaçmak suretiyle temin edecektir. Neofobi bunun bir gösterisinden ibarettir. Bütün ihtiyarlık psikopatolojisini bu çerçeveye oturtmak kabildir. Adaptasyon gayretiyle organizma bir taraftan yeni stimuluslardan kaçarken, diğer taraftan da kaçamadığı stimulusları işine geldiği gibi, kendisine elem vermiyecek ve iç dengesini bozmayacak şekilde idrâk edecek, çıkardığı sonuçlar da daima bu esasa uygun olacaktır.

O halde sıhhatli bir ihtiyarlık bahis konusu olamaz mı? Sıhhatli bir ihtiyarlığın ana şartı, bu güç durumda ve birtakım kabiliyetlerini kaybetmiş bir organizma ile, mümkün olduğu kadar sıhhatli bir adaptasyon yapabilmeye dayanır. Burada organizmanın kayıplarını telâfi vasıtası sadece zamanla elde ettiği «Öğrenme ve terbiye» dir. Şurası muhakkak ki, kimseye yük olmadan, etrafını usandırmadan, «muhterem bir ihtiyar» olarak ömrünü tamamlamak, etrafını tecrübelerinden nasibedar etmek ve dünyayı terkedip gittikten sonra da daima hayırla yadedilmek bir çeşit terbiye, edükasyon meselesidir.

İhtiyar olmadan kendisini ihtiyarlığa hazırlayan, ihtiyarlığı da gençlik kadar tabi'î bir hal addeden kimse zamanla otokritiğini

kaybetmez ve yeni adaptasyon imkânlarını kolayca bulur. Her ne kadar zamanla sinir sisteminde mukadder yıkılma belirtileri meydana gelirse de, bunları makul sınırlar içinde tutmak, fikrine, görgüsüne ve bilgisine güvenilir, akıl danışılır bir ihtiyar olmak da pekalâ kabildir.

İhtiyarlığa bağlı klinik sendromlar

İhtiyarlık bunaması (dementia senilis)

65-70 yaşlarında, evvelâ zekâ melekelerinde durgunluk, egoizma, neofobi, kavgacılık, huzursuzluk, cinsî arzularda artma ile başlar. Ribot kanununa göre yeni hâdiselerin unutulması ile başlıyan hafıza kusuru gittikçe artar. Dejà-vu (hiç tanımadığı kimseleri tanıdığını zannetme), jamais-vu (tanıdığı kimseleri tanımamak) ve confabulation (masal uydurma) gibi hafıza yanılmaları kendini gösterir. Özellikle karışık fikrî çalışmalarda ve sentez kabiliyetinde bozukluk ön plândadır. Abstre düşünce derin şekilde bozulur. Egosantri, cimrilik, sıhhatine fazla düşkünlük, püerilizm gibi affekt kusurları ve hipokondriler gelişir. Bazen hakikî bir perseküsyon hezeyanı halini alabilen şüphecilik dikkati çeker. Zaman zaman geçici konfüzyon halleri, ajitasyon nöbetleri vardır. Uykusuzluk etrafını en çok rahatsız eden belirtilerdendir. Gündüzünü uyuklayarak geçiren bunak gece sabaha kadar uyumaz, ayakta dolaşabiliyorsa gezer, yatalak halde ise mütemadiyen bağırarak yakınlarının etrafında oturmasını, ona hizmet etmesini ister.

Somatik belirtiler arasında zayıflama, kaşeksi, ellerde, dilde ve başta titremeler, piramidal ve ekstrapiramidal belirtiler sayılabilir. Hafıza kusurları ile beraber velum - pharyngeum refleksinin kalkması ve yutma refleksinin bozulması, spastik ağlama ve gülmelerle karakterize klinik tabloya «psödobülber paralizi» adı verilir. Pupillalar daralmış ve reaksiyonları yavaşlamıştır. Konuşma monoton ve patlayıcı vasıf alır. Yazı ufak ve titrek harflerle yazılmaktadır. Nihayet gatizm kendini gösterir. Hafızası tamamen yıkılmış ve hareket kabiliyetini kaybetmiş olan bunak, yatağın içine idrar ve abdestini eder ve hattâ onlarla oynar.

Beynin anatomik muayenesinde bilhassa frontal loblarda aşikâr atrofi görülür. Kafatası boşluğu ile beyin ağırlığı arasındaki nisbet bozulmuştur. **Reichardt**'a göre 1,62 boyundaki bir insanda beynin 1,550 gram olması gerekirken 1.400 grama inmiştir. Böylece beyin ağırlığında bir azalma görülür. Ventrikül boşlukları genişlemiş, bir hydrocephalus internus meydana gelmiştir. Mikroskopik muayenede

piramidal hücrelerin ekserisi atrofik olarak bulunur. Korteksde hücre sıraları incelmiştir. Nörofibriller yer yer kalınlaşma ve parçalanma gösterir. Bazen kalın halkalar veya sepet manzarası alır. Ganglion hücreleri yağlanmıştır. Vakuolleşme dikkati çeker. Ganglion hücrelerinin 3-5 misli büyüklükte, iri, yuvarlak, ortası ekseriya homojen ve etrafına yıldız gibi uzantılar veren senil plâklar ihtiyarlık bunamasının patognomonik bulgusunu teşkil eder.

Senil psikoz (presbiophrenia)

Bazı psikiyatrların (meselâ **Mayer - Gross**'un) «senil psikozlar» başlığı altında senil demansla birlikte birtakım hezeyanlı sendromları ve bu arada «presbiophrenia»yı toplamalarına karşılık, biz **«senil psikoz»** tabirinden sadece presbiophrenia'yı, ihtiyarlığa bağlı konfüzyonel - hezeyanlı bir çeşit akıl hastalığını anlıyoruz. Senil demans bir «psikoz» değil, sinir sisteminin eskimesi, yaşlanması sonucu, araya birtakım herediter faktörlerin de girmesiyle ortaya çıkan, adaptasyon gücünün kaybedilmesi ile karakterize defisiter bir sendromdur. Senil psikozda ise senil demansın karakteristik defisiter belirtileri ile beraber konfüzyon, delirium, hezeyanlar ve konfabülasyonlar gibi birtakım pozitif belirtiler de ortaya çıkmaktadır.

Presbiophrenia 1906'da **Wernicke** tarafından tarif edilmiştir. **Wernicke** ile birlikte birçok yazar da bunu senil demansın bir varietesi olarak kabul etmektedir. İhtiyarlık çağında, tesbit hafızasının yıkılması, zaman ve mekân orientation'unun bozulması ve konfabülasyonlarla ortaya çıkar. Klinik görünüm itibariyle **Korsakov** psikozuna çok benzemektedir.

Presbiofreniye daha çok kadınlarda rastlanmaktadır. Kılık kıyafeti düzgün, hattâ lüzumundan fazla süslü, kadınca davranışları biraz mübalâğalı ve yaşı ile orantılı olmayacak derecede görünen bir hanım olarak karşımıza çıkar. Ruhî muayenesi yapıldığında bilhassa tesbit hafızasının ileri derecede bozulduğu, fakat çok ilerlememiş vak'alarda vokasyon hafızasının, eski hatıralara ait izlerin oldukça sağlam kaldığı dikkati çeker. Zaman ve mekân orientation'unun kaybı ile kendini gösteren bir çeşit konfüzyonel belirti ön plândadır. Yaşı veya içinde bulunduğumuz tarih sorulduğunda absürd, saçma cevaplar verir. Evini, odasını, yerini şaşırır, hastahanede yatıyorsa yemek yediği masayı her seferinde kaybeder. Üçüncü belirti ise masal uydurma, confabulation'dur. Her sual yeni bir hikâyenin anlatılmasına yol açar, yanlış tanımalar, déjà-vu'ler bakımından zengindir.

Zekâ yıkılması daima mevcut olmakla beraber çok derin değildir. Dikkat bozukluğu ön plânda ortaya çıkar. Affektif ve moral duyguları da oldukça korunmuştur.

Orta yaşın demansları

Orta yaşlarda görülen ve **«presenil demanslar»** başlığı altında incelenen klinik tablolar aslında sinir sisteminin, klinik olarak demans belirtileri şeklinde kendini gösteren dejeneratif hastalıklarıdır. Esas olarak üç tip tarif edilmiştir: **Pick, Alzheimer** ve **Jacob-Creuzfeldt hastalıkları.** Fakat, dejeneratif hastalık olması ve demansiyel belirtiler göstermesi bakımından bu grubun karakterlerine uyduğu için **Huntington kore**'si de bu gruba sokulur. Bunun dışında kalan, belli etyolojiye bağlı sifilitik, tümoral veya endokrin (miksödem) hastalıklarının demansiyel formları kendi özel bahislerinde incelenmişlerdir. Birinci gruba, yani Pick, Alzheimer ve Jacob-Creuzfeldt hastalığı ile Huntington koresine «esansiyel veya primer presenil demanslar» dersek, bu ikinci grup da, etyolojileri belli olan birtakım hastalıkların seyri sırasında ortaya çıktıkları için «sekonder presenil demanslar» adını alırlar.

Pick hastalığı

Oldukça karakteristik anatomik bulguları olan bir hastalıktır. Makroskopik olarak beyinde sirkonskrit atrofi, frontal loblardan rolandik gyrus'lara ve temporal loblarda da birinci temporal konvolüsyona doğru uzanan sahayı içine alır. Oksipital loblarda hiçbir zaman atrofi görülmediği gibi, parietal lob atrofisi de ikinci derecede ve gene çok belli bir şekilde ortaya çıkar. Mikroskopik lezyonlar da buna uyan bir topografi takibederler. Bilhassa yüzeysel tabakalarda, bir çeşit retrograd dejeneressans belirtisi olarak kabul edilebilecek, nöronlarda şişme dikkati çeker. Cornu ammonis hücrelerinde, sitoplâzma içinde argentofil inklüzyon cisimleri görülür. Astrositlerden zengin bir glia artması vardır. Substantia alba'da demiyelinizasyon ve glioz tesbit edilir. Korteks altındaki lezyonlar özellikle nucleus caudatus'un başını ve putamenin rostral-ventral kısmını ilgilendirir. Fronto-temporo-pontik hüzmenin âfetzede olduğunu **Spatz, von Bagh** ve **Delay** göstermişlerdir. Bütün bu bulgular **Pick hastalığı**'nın bir çeşit sistemik dejeneressans olarak telâkkisine sebep olmuştur.

Nâdir rastlanan bir hastalıktır. Genellikle 55 yaşlarında görülür. 22 yaşında ortaya çıkan erken şekli ve 83 yaşındaki **Bonfiglio**'nun bir vak'asiyle 91 yaşındaki **Moyano**'nun bir vak'ası gibi tardiv

şekilleri de kaydedilmiştir.

Kadınlarda erkeklere oranla iki misli fazla görülür. Herediter faktörlerin önemi vardır.

Özellikle yüksek ruhî fakültelerde bir yıkılma ile ortaya çıkar ve yavaş yavaş gelişir. Abstraksiyon, muhakeme, otokritik bozulur. Bu devrede birtakım suçlar işlediği, hırsızlık, tecavüz olayları çıkardığı görülebilir. Bazı vak'alar durgun, bazıları ise hafif bir eksitasyon içinde seyrederler. Lögore tarzında bol bol konuşan hastanın stereotipik bir vokabülerinin bulunması ve gittikçe kullandığı kelimelerin sayısının azalması, vokabülerinin fakirleşmesi müşahede edilir.

Vejetatif fonksiyonlarda birçok bozukluklar gelişir. Oburluk en erken belirtilerdendir.

Orientation uzun zaman sağlam kalır. Buna karşılık, frontal lob âfetine bağlı bir öfori veya affektiv indifferans ve atrofi görülür.

Nörolojik belirtiler ve epilepsi nöbetleri çok nâdirdir.

3-5 sene içinde tam bir demans hali, kelime hayâllerinin tamamen kaybolması sonucu ortaya çıkan mütizm, çeşitli trofik bozukluklar, eskarlar, decubitus'ler ve genel halin bozulması ile ölümle sonlanır. Bir tedâvi bahis konusu değildir.

Alzheimer hastalığı

Pick hastalığından daha sık görülür. Klâsik formlarında, frontaller kadar oksipitalleri de içine alan genel bir serebral atrofi vardır. Değişik histolojik bulgular elde edilir. Bu bulgular daha çok senil demansa benzemektedir. Senil plâklar, nörofibril dejeneressansı, granülovakuoler dejeneressans görülür. Beyin hücrelerinde bir seyrekleşme varsa da bunun yanısıra ancak orta derecede bir glioz görülür. Substantia alba pek bozulmamıştır. Subkortikal strüktürlerden sadece amygdala'larda senil plâklara ve nörofibril bozukluklarına rastlanır.

Bu da daha çok 50 - 55 yaşları arasında, ortalama 45 - 65 yaşlarında görülen bir hastalık olup, 70 yaşında müşahede edilmiş nâdir vak'alar da vardır. Kadınlarda daha fazla rastlandığı söylenmektedir. Heredite ile ilgili olduğu zannedilen bazı vak'alar vardır.

Başlangıç devresi uzun ve çok sinsidir. İlk defa hafıza kusurları, unutmalar ile ortaya çıkar ve bu bozukluk gittikçe ilerler. Fakat, hafıza kusurlarına konfabülasyonlar ve hafıza yanılmaları refakat etmemektedir. Orientation bozuklukları bazan daha başlangıçtan itibaren şiddetle kendini gösterir. Bazen depressif gösteriler, bazen hezeyan ve hallüsinasyonlar ortaya çıkar. Afazi ve agrafi, gnozik bozukluklar, apraksi de daha başlangıç devresinde görülebilmekte-

dir. **Sjörgen**, parkinson tipi veya akineto-hipertonik ekstrapiramidal belirtilerin mevcudiyeti üzerinde durmuştur.

1 ilâ 3 senelik bir başlangıç devresinden sonra global bir bunama hali yerleşir. Afazi, agnozi ve apraksi vardır. Bütün ruhî melekelerde yıkılma müşahede edilir. Orientation bozukluğu o derecede ileridir ki, evinde herhangi bir odayı, tuvaleti, banyoyu bulması imkânsızdır. Bazen şiddetli eksitasyon halleri, bazen da apati ve durgunluk safhaları görülür.

Sjörgen'in tarif ettiği yavaş ve intizamsız bir yürüyüş, hipertoni, akinezi gibi ekstrapiramidal belirtiler vardır. Piramidal belirtiler nâdirdir. Bir kısım vak'alarda nervus facialis felci kaydedilmiştir. Epilepsi nöbetlerine sıklıkla rastlanır.

Hastalık ilerledikçe konuşma bozuklukları bir mütizm halini alır. Grasping, groping, emme refleksi gibi elemanter refleksler ortaya çıkar. Decubitus'ler, genel halin bozulması sonucu hastalık ölümle biter.

Tedâvisi yoktur.

Jacob-Creutzfeldt hastalığı

Hafıza kusurları ile ortaya çıkıp bazen Korsakov psikozunu andırır klinik gösterilerle ilerleyen bir bunama halidir. Hallüsinasyonlar, hezeyanlı fikirler, depressif hecmeler, konfüzyonel gösteriler müşahede edilebilir. İntellektüel yıkılma ilerleyici vasıftadır. Dizartri şeklinde bir konuşma kusuru bulunur.

Koreo-atetozik tipte ekstrapiramidal belirtiler, miyokloniler, deserebrasyon rigiditesine kadar gidebilen bir ekstrapiramidal hipertoni görülür.

Çok hızlı seyreder. 4 ilâ 7 ayda ölümle sonlanır.

Anatomik tetkikinde nöronlarda gayri muntazam bir seyrekleşme dikkati çeker. Astrositer tipte bir glia artması vardır. Bilhassa fronto-temporal korteks tutulmuştur. Bazal ganglionlardan putamen, thalamus ve palidum âfetzededir. Medulla spinalis'de de ön boynuzları ve piramidal yolları ilgilendiren ufak lezyonlar görülebilir.

Huntington kore'si

1872'de **Huntington** tarafından tarif edilen ve kore ile birlikte demans halinin görüldüğü, herediter 20 - 30 yaşlarında ortaya çıkan bir sendromdur. Daha ziyade nöroloji'yi ilgilendiren bu sendrom üzerinde burada fazla durmayacağız.

Arterioskleroza bağlı demanslar

Geçen yüzyılın sonlarında, bilhassa **Charcot** ve **Alzheimer**'in çalışmaları ile önce senil ve sonra da presenil demanslar arteriopatik demansiyel sendromlardan ayrılmıştır. Günümüzde vasküler etyolojiye bağlı bütün hastalıklar gibi vasküler demanslar da büyük önem kazanmış bulunuyor.

Diffüz serebral arterioskleroz

Başlangıcı sinsi ve ilerleyicidir. Şahsın gittikçe çocuklaştığı, bu püerilizmin emotif reaksiyonlarında da bir sathîliğe sebep olduğu, bencilleştiği, sıkıntı ve depression halleri gösterdiği, kolay hiddetlendiği dikkati çeker. Başlangıçta kolayca yorulma, dikkat ve hafıza kusurları vardır. Bazı vak'alarda ise anksiete, depression ve hipokondrilerle oldukça akut bir şekilde başlar. Nâdir bazı vak'alarda ise başlangıç bir mani eksitasyonunu andırmaktadır. Geçici konfüzyonel haller, geceleri onirik ajitasyonlar görülebilir.

Nihayet araya bir ictus veya epilepsi nöbeti girer ve intellektüel yıkılma bâriz bir şekilde kendini gösterir.

Demansiyel belirtiler dağınık, dissosiyedir. Şahıs uzun müddet bu ilerleyici yıkılmadan, çökmeden haberdar olur ve gelişen hâdiseyi ıstırapla takibeder. İki senedenberi ilerleyen hafıza kusurları sebebiyle tedâvi ve kontrole gelen bir hanım hastamız, hafıza kusurlarındaki ilerlemeyi çok objektif bir şekilde tesbit ederek bize bildirmekte ve bundan duyduğu teessürü her seferinde açıklamaktadır. Bu arada bir nevî mesleki otomatizm ve otokritik ile bir müddet korunabilir.

Hastalık tamamen yerleştikten sonra da semptomlardaki bu dissosiasyon dikkati çeker. Meselâ zaman orientation'u, mekân orientation'undan daha fazla bozulmuştur. Volonter dikkat de spontan dikkatten daha fazla zarar görmektedir. Önemli hafıza kusurları her zaman önde gelen belirtilerdendir. Emotivite çok bozulmuş olup kolayca ağladığı ve güldüğü dikkati çeker. Bunlara «spastik ağlama ve gülmeler» diyoruz.

Afazilere sık rastlanır. Nörolojik muayenesinde piramidal belirtiler, her dört ekstremitede tendon reflekslerin şiddetlenmesi, velum refleksinin kaybı görülür.

Göz dibinde, kardiyovasküler sistemde, böbreklerde arterioskleroza ait belirtilere rastlanır.

Psödo-bülber sendrom

Diffüz arteriosklerotik demans belirtileri ile beraber bilhassa hiperemotivite ve karakteristik nörolojik belirtilerle ortaya çıkan bir sendromdur. Yüz donmuş ve ifadesiz bir hal almıştır. Ses monoton ve konuşma palilalik'dir (**palilali**: söylenen bir sözün son hecesini arka arkaya tekrarlama). Çiğneme ve yutkunma bozuklukları bulunur. Ufak emosyonlar karşısında spazmodik gülme ve ağlamalar tarzında ortaya çıkan paroksistik kasılmalar hastalık için karakteristiktir. Vertikalite felci (**Parinaud sendromu**) şeklinde okülomotor bozukluklara rastlanır. Yürüyüş küçük adımlarladır (**démarche à petits pas**), astazi ve abazi olabilir; iradesi dışında idrarını kaçırır, daha sonraları tam bir idrar inkontinansı yerleşir.

Tedâvi

Genel arterioksleroz tedâvisinin ölçüleri içinde bazı tedâvilerden bir dereceye kadar faydalanılabilmektedir. Burada bildireceğimiz tedâviler daha çok gündelik pratiğimizden edindiğimiz tecrübelere dayanacaktır.

Hipertansiyon, eğer ilerleyici ve malign vasıfta değilse ve 16-18 cm Hg sınırını aşmıyorsa hipotansiv ilâçlar kullanılmamalıdır. Beyin dolaşımı üzerine etkili olduğu sanılan ilâçların başında papaverin gelir. 0,08 g papavérine chlorhydrate parenteral yoldan verilebildiği gibi, kaşe içerisinde ağızdan da kullanılır. Hemokinatör ilâçlardan Complamin ve benzerleri ile faydalı sonuçlar alınmaktadır. Genel olarak günde 4 tablet ile uzun süreli bir tedâvi tavsiye olunur. Ağızdan ilâç alamıyan veya daha sür'atli tesir beklenen vak'alarda intramüsküler şırıngaları da mümkündür. Bu arada heparin'den bilhassa bahsetmek isteriz. Hemorajik dozda olmayan bir heparin kürü (meselâ haftada 1 ilâ 2 defa 1 cc Liquemine, damar içine) ile en aşağı iki sene süren bir tedâvi tavsiye edilir. Ufak dozda ve çift hormon (lutein - testosteron) tatbiki bilhassa sıkıntı hissini ve emosyonel gerginliği gidermektedir (meselâ Testoluton amp. 15 günde bir veya Primodian depo, Estandron prolongatum ayda bir, i.m.).

Müsekkin olarak barbitüratlardan veya daha iyisi phénothiazine türevlerinden (Largactil, Théralène, Plégicil) gibi istifade edilir. Bu hastaların uyku meselesi büyük bir problemdir. Mutad uyku ilâçlarından pek faydalanmazlar. Antihistaminik maddelerin kuvvetli uyutucu tesirini müşahede ettik.

Ayrıca çeşitli vitaminlerin de verilmesi faydalıdır. Gene bu meyanda bir B_6 türevi olan ve sinir sistemi üzerinde anabolizan etkisi bulunduğu ileri sürülen Encephabol veya Sefabolin gibi ilâçlarla en aşağı 6 aylık bir kür faydalı olmaktadır. Diğer anabolizanlar da fizik durumu düzeltmek için verilirler (Durabolin, Deca-Durabolin, Steranabol gibi).

AMENTIA

(CONFUSION MENTALE)

Esas olarak bir «şuur bulanıklığı» sendromu halinde karşımıza çıkan «confusion mentale», psikiyatrik hastalıklar içinde en «tıbbî» olanı diye nitelendirilmektedir. **Chaslin**, 1895'de yayınladığı «La confusion mentale primitive» isimli kitabında bu klinik tablo için teklif edilen otuz kadar ismi sıralamakta ve confusion mentale'in kliniğini teferrüatiyle gözden geçirmektedir. Çeşitli yazarlar da sendrom için «confusion», «amentia», «delirium» terimlerini sinonim olarak kullanmışlardır. Günümüze kadar yapılan çeşitli araştırmalar ve klinik tabloyu belirlemeye çalışan muhtelif görüşler, **Chaslin'in «confusion mentale primitive»** kavramını değiştirmemiştir. Bununla beraber, her ne kadar klinik semptomatoloji değişmemekte ise de, çeşitli confusion mentale sendromlarında birbirinden farklı pek çok etyoloji tesbit edilmiştir. Biz burada önce confusion mentale'lerin ortak semptomatolojisini gözden geçirecek, daha sonra da etyolojilerine göre ayrı ayrı inceliyeceğiz.

Confusion mentale sendromu

Başlangıç şekli:

Başlangıç ya birdenbire şuur bulanması ile olur veya hasta, ilerleyici bir şekilde, yavaş yavaş şuur elementlerinin yıkılmasını ortaya koyar. Bazen maniyi taklid eden eksitasyon tabloları, depression halleri, hallüsinasyonlu klinik gösteriler, perseküsyon hezeyanları gibi çok değişik semptomatolojili geçiş devreleri gösterir. Bu devrede göze çarpan kardinal semptomları şöyle sıralayabiliriz:

Uykusuzluk: Hemen bütün akut psikiyatrik sendromların değişmez prodrom belirtisidir.

Baş ağrısı: **Régis**'in özellikle üstünde durduğu bir belirtidir. Frontal veya oksipital bölgelerde şiddetli ve yaygın bir ağrı tarzında kendini gösterir.

Karakter ve mizaç değişiklikleri: Hasta prodrom devresinde apatik, irritabl, hırçın olur. Huzursuzdur. Hiddet reaksiyonları gösterir. Alkol, kahve, tütün gibi şeylere tahammülü çok azalmıştır. Bu mizaç değişiklikleri ve tahammülsüzlük çevrenin dikkatini üzerine çeker.

Davranış bozuklukları: Hasta yerinde duramaz hale gelir, sebepsiz kaçmalar görülür. Yemek yeme düzeni bozulur, şiddetli iştahsızlıklar ortaya çıkar.

Şuur bozuklukları: Dünyanın, çevresinin değiştiği hissi, yabancılık duygusu gibi, gerçek bir şuur bulanıklığının ön belirtilerine rastlanır. Bu safhada henüz orientation bozulmamıştır.

Hal devri:

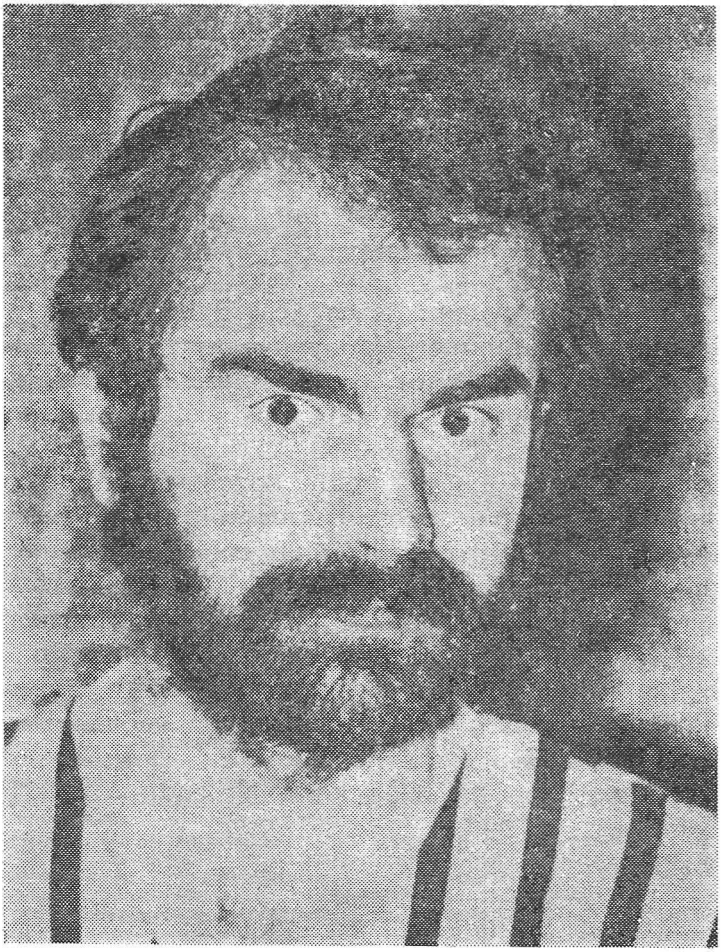
Dış görünüşü çoğu zaman derhal teşhisi koyduracak kadar tipiktir. Adetâ hasta, bulunduğu dünyadan ayrı bir âlemde yaşar gibidir. Bakışları donuklaşmıştır, çok uzaklara bakar gibidir. Yüz soluk, terli, mimikler manâsızdır. Davranışı her an değişir. Bazen tamamen hareketsiz, bir stupor içinde bulunur. En basit ihtiyaçları için kendisine yardım edilmesi gerekir. Bazen etrafına tükürür, yemeği reddeder, idrarını ve abdestini yatağına eder. Bazen birdenbire ajitasyon içine düştüğü, yatağından çıktığı, etrafına tecavüz ettiği görülür. Zor zaptedilebilir bir halde bulunduğu yerden kaçıp gitmeye uğraşır. Böyle hastaların pencereyi kapı zannederek kendilerini -yanlışlıkla- pencereden atıp öldürdükleri vâkidir. Bu kabil vak'alar, teşhis bilinmezse, intihar zannedilebilirler. Zaman zaman şuurunun açıldığı, fakat çoklukla çevresinden ve kendisinden haberdar olmadığı dikkati çeker. «Ben kimim?», «Ne oluyoruz?» gibi suallere daima rastlanır. Bir telâş, korku ve endişe içindedir.

Ruhî belirtiler:

Hastalığın patognomonik belirtisi zaman ve mekân orientation'unun bozulmasıdır. Tarihi bilmez, kendisinin nerede olduğunu tam söyliyemez, hattâ kim olduğunu dahi bilemez. Bir psişik sentez yapma yeteneğini ileri derecede kaybetmiştir. İdrâk faaliyeti bozulmuştur. Dış dünyayı idrâkte içine düştüğü güçlük onun, bu yabancı ve anlıyamadığı dış âlem karşısında dehşet duygusuna, paniğe kapılmasına sebep olur.

Bazen bizzat kendi vücudunun idrâki dahi bozulur. Depersonalizasyon belirtileri, senestopatik duyumlar ortaya çıkar.

Tesbit hafızası erkenden bozulur. Bunu vokasyon hafızasının bozulması takibeder. Geçmiş olayların hatırlanması gittikçe güçleşir. Hastalık iyileştikten sonra ise hastalık safhaları hatırlanamaz. Ancak bazı olaylar adetâ bir kâbus gibi hatırlanabilmektedir.



«Confusion mentale»

Ruhî bir sentez yapmaya, konfüzyonundan çıkmaya, çevresini tanımaya çalışan hastanın bu yetersizliği sebebiyle sıkıntıya düştüğü de müşahede edilebilir.

Konfüzyon hallerinde ekseriya bir «rüya hali» **(onirisme)** refakat eder. Rüya uyku için ne ise onirisme de uyanıklık için aynı şey-

dir. Bu sırada bilhassa görmeyi ilgilendiren hallüsinasyonlar olur. Bunlar bazen kesik kesik, bazen de birbiri ile ilgili, birbirini takibeden hayaller halindedir. Birtakım hallüsinasyon şekilleri hastanın mesleğini ilgilendirir. Bu profesyonel hallüsinasyonlara bilhassa delirium tremens'de rastlanır. Bir alkol psikozu olan delirium tremens hakkında Alkol Psikozları bahsinde ayrıca bilgi verilecektir. Görme hallüsinasyonlarından başka işitme ve dokunma hallüsinasyonlarına, kinestezik hallüsinasyonlara da tesadüf edilebilir. Bazen canavarlar, birtakım korkunç hayvanlar görülür **(zoopsie)**. Hayaller sür'atle değişmekte, hareket etmektedir. Nâdir bazı hallerde onirizm, tatlı bir affektif duygu, bir memnuniyet hissi ile birliktedir. Adetâ hoş bir rüya görülüyor gibidir. Onirizmin dikkati çeken bir tarafı da hastanın, rüyasının passif bir seyircisi halinde kalmayıp, o rüyayı bizzat yaşaması ve rüyanın içinde rol almasıdır. Meselâ, meslekî hayaller gören bir hasta o sırada mesleğine ait hareket ve jestlerini de yapar. Böyle bir kahveci hastanın mütemadiyen elindeki hayalî askı ile müşterilerine kahve taşıdığını **Uzman** müşahede etmiştir. Dış dünyaya ait bazı idrâkler mevcutsa da, bunlar daima bozuk ve yanlıştır. Telkin ile hallüsinasyon ve illüzyonlar doğurulabilir. Meselâ boş bir kağıdı eline vererek «oku şu mektubu» denirse o kağıttan bir mektup okuduğu, «yerden yılanlar üstüne geliyor» dense ayağı ile yılanı ezmeye çalıştığı çok rastlanan hallerdendir.

Onirik sahneler bazen hatırda kalırlar ve ilerde gelişecek gerçek hezeyanlara kök teşkil ederler.

Organik belirtiler:

Hastanın somatik fonksiyonları, fizik durumu ileri derecede bozulmuştur. Beslenme bozuklukları, su kaybı derhal dikkati çeker. Dil ve dudaklar kuru ve paslıdır. İştahsızlık, kabız değişmez belirtilerdendir. Bir enfeksiyondan ziyade nörovejetatif bozukluklara bağlı olarak 39^0 C ye kadar çıkan bir ateş görülür. Taşikardi vardır. Arter basıncı çok değişir. Oligüri ile birlikte sfenkterlerin de iyi tutmaması, parezisi, hastanın yatağının daima idrarla ıslak olmasını, buna karşılık bol ve rahat bir diürezin olmamasını sağlar. Veter - kemik refleksleri canlılaşmıştır. Eğer bir polinevrit bahis konusu ise o zaman aksine tendon reflekslerinin kaybolduğu görülür. Kas tonüsünde zaman zaman artma, zaman zaman da azalma tesbit edilir. Pupillalar ekseriya mydriasis halinde olup, ışığa karşı reaksiyonları yavaşlamıştır. Göz dibi muayenesi ve EEG karakteristik bir bulgu vermez.

Karaciğer fonksiyon testleri, alkole bağlı bozukluklar dışında da, birtakım bozuklukların mevcudiyetini gösterir. Karaciğer parenkimasındaki fonksiyonel yetersizlik serum proteinlerinin elektroforezi ile meydana konur. Serumda iyon dengesi ileri derecede bozulmuştur. Vak'aların pek çoğunda hemokonsantrasyon tesbit edilir. Gene birçok confusion vak'asında azotemide önemli bir yükselme dikkati çeker. Bu, ekstrarenal orijinli, serebral bir azotemidir (encephalite psychosique hyperazotèmique).

Hastalığın seyri:

Konfüzyon halinin sonu, bu konfüzyon halinin altında yatan asıl sebebe bağlıdır. Primitif konfüzyon mentallerde tam bir normale dönme, bir şifa beklemek yerinde olur. Bazen hastalık belirtileri bütün şiddeti ile devam ederken bir geceki uykudan ertesi sabah açılmış, iyileşmiş olarak uyanır. Bazen ise iyileşme yavaş yavaş ve dereceli olur.

Régis, fizik ve psişik iyileşmeler arasında görülebilen diskordansdan bahsetmiştir. Böyle vak'alarda, bir psişik açılmayı fizik belirtilerde de aynı derecede bir düzelme izlemiyorsa yeni bir nüks her an beklenilmelidir. Aksine, psişik belirtiler iyileşmeden fizik durumda bir düzelme ise psikiyatrik sendromda bir kronikleşmeye, konfüzyon halinden sonra kronik bir psikozun gelişmesine işarettir.

Uykunun düzelmesi, iştahın açılması, zayıflamanın durup kilo almanın başlaması, menstruation'un başlaması, vücut ısısının normale dönmesi, arter basıncının sâbitleşmesi gibi fizik düzelme belirtileri dikkatle takibedilmeli ve bunlarla beraber şuur bulanıklığının da derece derece açılması, hafızanın ve sentez kabiliyetinin geri gelmesi gibi psişik iyileşme belirtilerinin görülüp görülmediğine dikkat etmelidir.

Bazı hastalar, az çok bir iyileşmeden sonra gerek dış ve gerekse iç sebepler karşısında kolaylıkla tekrar konfüzyona düşebilirler. Bunlardan bir kısmı, hattâ, manik-depressiv psikoz çerçevesi içinde mütalea edilmektedir.

Bazı şiddetli onirik şekillerinde hastalık iyileştikten sonra dahi, hastanın bir süre eski hezeyanlı fikirlerini muhafaza ettiği görülür. Yavaş yavaş rüya ve gerçek arasında dalgalanmalar kendini gösterir ve nihayet oto kritik ile gerçeği hayalden ayırmayı başarır. Bu «uyanma» devri vak'asına göre kısa veya çok uzun sürebilmekte-

dir. Eğer hezeyanlar kaybolmazsa konfüzyonun altından kronik bir psikozun çıkması beklenir. Daha doğrusu, konfüzyon hali o psikozun başlangıç safhasını teşkil etmektedir.

Nâdiren konfüzyon halleri ölümle de sonlanabilmektedir. Özellikle, bir dahilî hastalığın sebep olduğu semptomatik konfüzyon hallerinde, asıl hastalığın sebep olabileceği ölümler bahis konusudur. Delirium akutum, confusion mentale, çok şiddetli ajitasyon ve azotemi sonucu kardiyo-vasküler yetmezlik, kollaps ve şokla ölüme sebep olabilirse de, bu elimizdeki tedâvi vasıtaları karşısında bugün fevkalâde nâdir rastlanan bir haldir. Hattâ, diyebiliriz ki, bir primer konfüzyon mental ölümle sonlanırsa bu hekimin kabahati ve ihmalinin sebep olduğu bir ölümdür.

Prognoz:

Primer konfüzyon mentallerin sonu, büyük bir çoğunlukla, şifadır. Semptomatik konfüzyonlarda ise pronostik, konfüzyona sebep olan hastalığın prognozuna bağlıdır.

Klinik şekilleri

Konfüzyon mental birçok fizik, toksik, enfeksiyöz sebeplerle meydana gelebileceği gibi, bazı psikozların seyri sırasında veya başlangıç devresinde de konfüzyon tablolarına rastlamak mümkündür. Fizik sebeplerin başında **kafa traumaları** gelir. Trauma'dan sonraki commotio cerebri devri geçip hasta komadan çıktıktan sonra bir süre orientation bozukluğu, şaşkınlık, tesbit hafızasının bozulması ve zaman zaman ajitasyonla birlikte konfüzyonel bir devre geçer. **Beyin tümörleri**, gerek lokalizasyonları ve gerekse kafa için basıncını arttırmaları sebebiyle konfüzyon belirtileri meydana getirebilirler. **Meninks kanamaları**, meningitis tuberculosa gibi **meninks enfeksiyonları** da konfüzyon belirtilerine sebep olurlar. Bütün bunlarda iyi bir nörolojik muayene ve göz dibi tetkiki, gerekirse lomber ponksiyon, EEG, beyin sintigrafisi, anjiografi etyolojiyi aydınlatır. Bu arada **epileptik konfüzyon nöbetlerini** de ilâve edelim.

Çeşitli **enfeksiyonlar**, bu arada özellikle tifo konfüzyona sebep olabilir. Gene konfüzyon yapabilen enfeksiyonlar arasında grip, pnömoni ve sıtmayı da saymak gerekir. **Sifiliz** ikinci devresindeki meningitis syphilitica, üçüncü devresindeki sifilitik-vasküler arızalar ve nihayet meningo-encephalitis syphilitica (paralysie générale) ile konfüzyon yapan enfeksiyonlar arasında özel bir yer işgal eder.

Bunlarda da etyolojik teşhisin, sebep olan enfeksiyonun araştırılması ile mümkün olabileceğini ilâveye lüzum yok.

Sifiliz dışındaki **serebro-vasküler arızalar** (sub araknoid ve meningeal kanamalar, ictus'lar gibi) konfüzyon mental tablolarına sebep olurlar.

Alkol, karbon monoksit, barbitürikler, salisilat, atropin gibi maddelerle **zehirlenmeler** belli başlı konfüzyon sebeplerindendir. Gene ilgi çekici bir husus da opium türevleri ve özellikle morfin'in ve bazı trankilizan, nöroleptik, antidepressif ilâçların bazı şahıslarda, bilhassa yaşlı kimselerde, terapötik dozlarda dahi konfüzyon hallerine sebep olmasıdır.

Bazı **metabolizma bozuklukları** da konfüzyon mental yapar. Bilhassa çeşitli endokrin bozukluklar, bu arada diabetes mellitus ve hipoglisemi halleri, calcium eksikliği zikredilebilir.

Endogen zehirlenmeler arasında renal üremiler, karaciğer yetmezlikleri, akut porfiri sayılabilir.

Confusion hali **her çeşit psikozun** seyri sırasında veya başlangıç devresinde görülebilir. Siklofreni nöbetlerindeki konfüzyonlu mani, şizofreninin başlangıç devresindeki confusion hali, paralysie générale'in konfüzyonel şekli, presbiophrenia'nın konfüzyonları, üreme psikozları arasında ortaya çıkan konfüzyonlar bunlardan birkaçıdır.

Psikiyatrik tedâvilerin sebep olduğu konfüzyonlar vardır. Özellikle elektroşok tedâvisi sırasında çok görülürler. Her elektroşokdan açılırken, tıpkı epilepsi nöbetlerinden sonra olduğu gibi, konfüzyonel gösterilerin ortaya çıkması bir kaidedir. Bu konfüzyon belirtileri kısa veya uzun süreli olabilir. Ayrıca, bazı kimselerde bir seri elektroşok tatbik edildikten sonra birkaç günden bir iki haftaya kadar sürebilen ve şiddetli ajitasyonlu konfüzyondan hafif hafıza ve orientation kusurlarına kadar değişebilen derecelerde confusion mentale belirtileri görülebilmektedir.

Ânî ve şiddetli affektif olaylardan sonra **reaktif, emosyonel konfüzyonlar** görülebilir.

Bütün bu semptomatik, sekonder konfüzyon hallerinden başka **primer, essansiyel konfüzyon mental** de vardır. **Calmeil'in délire aigu (delirium acutum)** dediği, **Marchand, Courtois** ve **Toulouse'un encéphalite psychosique aigue azotémique** diye isimlendirdikleri idyopatik konfüzyon hali, (1) konfüzyon belirtilerinin, onirizm ve ajitasyonun şiddetli oluşu, (2) fizik semptomların şiddetliliği ve bilhassa hipertermi, dehidratasyon, azotemi triadı, (3) modern nöroleptik tedâvilere rağmen bazen ölümle sonlanabilmesi ile karakterizedir.

Tedâvi

Tedâvi, (1) genel konfüzyon mental tedâvisi ve (2) etyolojiye göre yapılacak spesifik tedâvi olmak üzere iki grupta mütalea edilir. Etyolojik tedâviden burada bahsetmiyeceğiz. Ancak, her konfüzyon tablosunda tatbik edilebilecek ve özellikle primer konfüzyon mentalde tek tedâvi şekli olarak karşımıza çıkan birtakım prensipleri gözden geçireceğiz.

Konfüzyonlu bir hasta ile karşılaşıldığı zaman ilk iş hastanın muhafazasını sağlamak olmalıdır. Bazı stuporlu konfüzyon hallerinde hastanın en umulmadık bir anda ve birdenbire ajitasyona düştüğü ve meselâ şaşkınlıkla kendisini (kapı zannederek) pencereden attığı, şahsına ve çevresine zararlar verebildiği hiç unutulmamalı ve hastanın sakin oluşuna güvenmemelidir. Konfüzyonlu hasta derhal enterne edilmelidir. Yattığı yer sakin, gürültüsüz, iyi aydınlatılmış olmalı, etrafında eline geçirip atabileceği veya kendisini, etrafındakileri yaralıyabileceği eşyalar bulunmamalıdır. Hastanın sakinleştirilmesi için hafif şekillerde bazı sedatifler yettiği halde ajitasyon şiddetli olduğu takdirde daha tesirli birtakım çarelere başvurmak gerekmektedir. Bu maksatla tatbik edilen nöroleptiklerin başında chlorpromazine (Largactil) gelir. Gerek intramüsküler yolla, gerekse intravenöz perfusion şeklinde günde 150-300 mg verilir. Buna Haloperidol de (ağızdan veya intramüsküler yolla) eklenebilir. Gerekirse litik kokteyl tarzında chlorpromazine verilerek sun'î hibernasyon da yapılabilir.

Konfüzyon tedâvisinde üzerinde dikkatle durulacak hususlardan biri de elektrolit ve su dengesinin sağlanmasıdır. Krioskopi ve hematokrit değerinin tayini ile su dengesinin ne yolda bozulduğu anlaşılır ve ona göre hipertonik veya izotonik, hattâ hipotonik serumlar tatbik edilir. Daha çok su kaybı bahis konusu olduğu için günde 4-5 litre izotonik dekstroz veya tuz solüsyonu intravenöz perfusion yoliyle verilmelidir. Elektrolit dengesinde bir bozulma elektrolitlerin tayini ve EKG ile (potassium eksikliği) anlaşılır ve serumlarla telâfi edilir.

Yüksek dozda (günde 100 - 500 mg) B_1 vitamini, B vitamini kompleksi ve günde 1 - 2 gr (intravenöz) C vitamini tedâviye eklenir. Kortizon bazen hayat kurtarıcı bir rol oynar. Kardiovasküler yetmezliğe ve kollapsa mâni olmak için Coramine, Cardiazol gibi analeptiklerden digitaline, spartéine gibi kardiotoniklere kadar verilebilir. Gene bu sebeple Doca, Sympatol de yapılır.

Ateşin yüksek olduğu vak'alarda hastanın ıslak çarşaflara sarılması, ekstremitelere buz tatbiki icabeder.

ÜREME PSİKOZLARI

Çeşitli piskiyatri kitapları ve yayınlar tetkik edilirse, kadında genital fonksiyonla ilgili gibi görülen, gebelik, loğusalık ve süt verme devresinde meydana çıkan birtakım psikotik tabloların takdim edildiği, incelendiği dikkati çeker. Bazı klâsik kitaplar bunlardan sadece «Gebelik Psikozları» nı ayrı bir başlık altında incelerken, bazı yazarların da konuya ayrı bir önem vermediklerini, muhtelif klinik belirtiler, bu arada konfüzyon halleri ve şizofreniform tablolar izah edilirken sebepler arasında gebelik, doğum ve süt verme devrelerinin sayıldığı görülür.

Bu kabil psikozları bir başlık altında toplayan ve bu gruba **«Üreme Psikozları»** adını teklif eden **Kâzım Dağyolu**'dur. 1954 senesinde yayınladığı «Üreme Psikozları» başlıklı çok geniş bir etüdde bu ismin verilmesine sebep olan ana fikri şöyle özetlemektedir:

«Dilimize (gebelik psikozu) olarak geçmiş olan bu tabir bize ifade ettiği manâ bakımından kısır ve dar göründü; bilindiği gibi gebelik doğuma kadar olan safhadır. Halbuki doğum, loğusalık, süt verme psikozlarını da gebelik psikozu olarak isimlendirmek linguistik olduğu kadar biyolojik olarak da bir hatadır. İşte bu sebeplerdendir ki (gebelik psikozu) yerine gebeliği, doğumu, loğusalığı ve süt vermeyi içine alan (üreme psikozu) terimini kullanmayı daha yerinde bulduk.»

Üreme psikozları çok eski çağlardanberi hekimlerin dikkatini çekmiştir. **Hipokrat** ve **Esquirol** bunları «sütün beyne vurması» ile izah ediyorlardı. 19. yüzyılın ortalarında **James Macdonald** «sütün beyne vurması» gibi bir şeyin varit olamıyacağını otopsilerle göstermişse de üreme psikozlarını özel bir psikoz şekli olarak göstermek hatasından da kurtulamamıştır. 1858'de **Marcé** bu psikozların spesifik birer sendrom olmadığını ortaya koymuştur. Üreme psikozlarının etyolojik izahı için çeşitli teoriler ileri sürülmüş, gebelikte görülen albüminüriler, anemiler, doğurma korkusu ve bitkinlik halleri ve çeşitli hormonal değişiklikler üzerinde durulmuştur. Psikopatolo-

jik okullar da bu konuya el atmışlar ve kendi açılarından üreme psikozlarını izaha çalışmışlardır.

Benedickt ve **Rubinstein'ın** normal kadınlarda yaptıkları hormonal ve psikanalitik çalışmalar şu sonuçları vermiştir:

1 — Üreme fonksiyonları kadar seksüel dürtünün emosyonel gösterileri de gonadal hormonlar tarafından idare edilmektedir.

2 — Östrogen ifrazı ile birlikte kadında heteroseksüel arzular meydana gelir ve kuvvetlenir.

3 — Lutein fazında ise psikoseksüel enerji bir passiv-alıcı, şefkat gösterici, annece, anne olma arzusu ile dolu bir davranışa döner.

4 — Hormonal cyclus'a paralel bir de emosyonel cyclus vardır. Bu iki cyclus'a beraberce **Benedickt «sexual cyclus»** adını vermiştir.

Döllenme olmazsa Lutein'in gerileyip genel hormon seviyesinin düşmesi ile paralel olarak kadının ruhî hayatında anal-sadistik elementlerin hâkim olduğu gregenital bir davranış örneği ortaya çıkar. Bu, kendisini sıkıntı, gerginlik, irritabilite, huzursuzluk, yorgunluk ile gösteren premenstrüel gerginlik hali (premenstrual tension)n'den başka bir şey değildir. Menstruation ile birlikte gerginlik ve irritabilite kaybolur, buna karşılık, «olmamış gebelik için bir üzüntü» olarak kabul edebileceğimiz ve kadının kendi cinsî hayatını ve seks organlarını beğenmemesi, aşağı, kötü, pis ve kıymetsiz görmesi ile karakterize bir ruh haleti ortaya çıkar. «Kirlenmek» tabirinin psikanalitik anlamı da budur **(Dinçmen)**. Menstruation'un sonuna doğru follikül faaliyeti artarak yeni bir cyclus başlar.

Gebelik sırasında normal cyclus kesilir ve ancak lactation'un bitiminden sonra tekrar kurulur. Gebelik devresinde Lutein sahneye hâkimdir. Buna bağlı olarak bu devrede alıcı, şefkat gösterici, annece instinktler çok kuvvetlenir, yumuşak, koruyucu, introversiv ruhî enerji artar. Müstakbel annede bu instinktlerin artması genel affektif hayatta bir ilerlemeye sebep olur. Böylece, pek çok nörotik kadının evvelden şikâyet ettikleri sıkıntı, depression ve ümitsizlik gebelik esnasında kaybolur. Gebelik süresince kendilerini iyi hissederler.

Doğum, anne ile çocuk arasında süregelen sembolik bağlantı ve müşterek biyolojik hayatın birdenbire kesilmesi demek olduğu için hem anne ve hem de çocuk için bir travma'dır. Doğum travmasının sebep olduğu «ayrılma anksietesi»nden daha evvel söz etmiştik. Doğum sırasında anne ağrıların ve korkunun etkisiyle yaşama, hayatta kalabilme çabası içindedir. Bundan sonra annelik hisleri gelişecek ve anne sevgisi doğum esnasında geçirilmiş olan korkuları unutturacaktır. **Dinçmen**, haklı olarak, ağrısız, anestezi altında yapılan doğumlarda annelik şuurunun tam manâsiyle yerleşemediğine ve an-

nenin, bundan sonraki safha olan süt verme dönemine gereği gibi hazırlanamadığına işaret etmektedir. Süt verme (lactation) devresinde kadın iki hormonun tesiri altında kalmaktadır: Prolactin ve Lutein.

Laktasyon süresince psikodinamik bakımdan normal cyclus'daki Lutein fazının (annelik hissi, şefkat, koruma gibi) ruhî belirtilerinin mubalâğalı bir şeklini görüyoruz. Çocuğunu emziren anne bir taraftan gebelikteki symbiosis'i tekrar tekrar yaşarken, diğer taraftan da kendini çocuğuna idantifikasyon yaparak bir nevi regression gösterir, passiv-reseptiv, dependent ihtiyaçlarını tatmin eder. Laktasyonun herhangi bir şekilde azalması annelik hissinin gelişmesine kötü tesir edebileceği gibi, annenin affektif hayatı, mes'ud olup olmaması da laktasyonu etkileyebilir.

Süt verme devresinin sona ermesi ile bütün reprodüktif sistem eski haline gelerek kadın yeni bir doğum için hazırlanır. Kadının gerçek seksüel olgunluğu ve kişiliğinin gelişmesi ancak başarılı bir doğum ve laktasyon devresi geçirmekle kabildir. Bu sebepledir ki, pek çok kadında orgasm ancak bir doğum yaptıktan sonra mümkün olabilmektedir.

Menopoz, doğurmamış kadında, doğurmuş ve seksüel hayatını tam olarak yaşamış kadına nazaran çok daha ağır ve stress'lerle dolu olarak seyreder. Keza, premenstrual tension, dysmenorrhea ve nörotik belirtiler gösteren kadınlarda da menopoz ağır belirtilerle olabilmektedir.

Çeşitli devrelerde ortaya çıkan üreme psikozlarının oranı, çeşitli müelliflere göre % 3,1 ilâ % 21,6 arasında değişmektedir. **Dağyolu**, 1954 senesine kadar Bakırköy Akıl Hastahanesi, Üniversite Psikiyatri, Kliniği ve La Paix Fransız Akıl Hastahanesine yatmış 10294 vak'a üzerinde yaptığı araştırmada bu oranı % 3 olarak bulmuştur. Gene, Amerika Birleşik Devletlerinde 400 doğumda bir psikozun görülmesine karşılık. **Dağyolu**'nun Üniversite Kadın-doğum Kliniklerinde yaptığı incelemeler % 1-1,5 oranını vermektedir.

Çeşitli üreme psikozlarının kendi aralarındaki dağılımı da **Dağyolu**'na göre şu nisbette olmaktadır:

Psikozun cinsi	**35 vak'ada % olarak**
Gebelik psikozu	22,8
Doğum psikozu	20,0
Süt verme psikozu	57,2

Gebelik psikozları

Daha çok gebeliğin ikinci yarısında ortaya çıkarlar. Gebeliğin ilk aylarında görülen birtakım psişik değişiklikler premorbid kişilik yapıları esasen bozuk olan histerik, psikopatik, v.s. belirtiler gösteren kimselerin bu belirtilerinin şiddetlenmesine bağlıdır.

Gebelik psikozları 25 yaşını aşmış ve mültipar kadınlarda daha sık görülür. **Dağyolu**'nun 35 vak'asının % 46,7'si primipar, % 53,5'ü mültipar idi. Psikoz gebeliğin ne kadar ileri aylarında meydana çıkarsa o kadar ağır seyreder.

En çok depression hallerine rastlanır. Sıkıntı, durgunluk, takatsizlik, uykusuzluk, huzursuzluk, hayattan zevk alamama, kendini küçük görme, hattâ kendi kendini itham hezeyanları ve intiharlar olabilir. Depressiondan başka stuporlu veya ajite konfüzyon mentaller, şizofrenik, paranoid tipte psikozlar da görülebilir. Evvelce geçirilmiş olan siklofrenik veya şizofrenik bir psikozun gebelik sırasında nüksetmesi de çok rastlanan hallerdendir. Gebelikte ortaya çıkan şizofrenik tipte bir üreme psikozunun doğumdan sonra kronik bir şizofreni tarzında devam etmesi de çok rastlanan hallerdendir.

Dağyolu'nun gebelik psikozlarında çeşitli psişik sendromların dağılımı şöyledir:

Melankoli	Mani	Şizofreni	Amentia	Psikasteni
%	%	%	%	%
50	37,5	12,5	0	0

Doğum psikozları

Darwey, doğum yaptıkları güne kadar belli başlı bir psikoz geçirmemiş 10.000 kadının birinde bir psikozun çıktığını bildirmektedir. İlk siklofreni nöbetinin bir doğum esnasında meydana çıktığı çok görülen hallerden olduğu gibi, evvelce siklofren olduğu bilinen kadınlarda da doğum, yeni nöbetlere sebep olabilmektedir.

Loğusalık ve süt verme psikozları

Doğumdan sonraki ilk 40 gün içinde ortaya çıkan psikozlar **loğusalık psikozları**, 40 ıncı günden süt verme döneminin sonuna kadar görülenler ise **süt verme psikozları** diye adlandırılırlar.

Loğusalık sırasında şiddetli agressivite, eksitasyon hali ile birlikte mani nöbetleri, şizofrenik ve konfüzyonel tablolar görülebilir.

Bazen mani nöbetini gene çok şiddetli bir anksiete, bir melankoli nöbeti takibeder. Gerek eksitasyon ve hezeyanların tesiriyle ve gerekse melankoli nöbetlerindeki depressif fikirleri yüzünden çocuğunu öldüren ve intihar eden annelere rastlanır. Loğusalık enfeksiyonlarına bağlı ve sekonder mahiyette confusion mentale de sık görülür.

Tedâvi ve prognoz

Üreme psikozu spesifik bir klinik tablo olmadığına göre psikozun cinsi iyice tetkik edilip ona göre bir tedâvi tatbik edilir. Gebelik psikozlarında tedâvinin çocuğa bir zararı olmamasına özellikle dikkat etmek, annenin hayatını tehlikeye düşüren hallerde ise tıbbî tahliyeden sonra tedâviye başlamak gerekir. Genel olarak üreme psikozlarının prognozu iyidir. Ancak, bazen şizofrenik reaksiyonların kronikleşerek devam ettikleri de görülmektedir.

Bu konuyu bitirmeden, **Reyhan Songar** ve **Talia Bali Aykan** ile birlikte incelediğimiz ilgi çekici bir üreme psikozu vak'asını takdim edelim.

27 yaşında bir kadın hasta 7 Mart 1959 günü bir normal spontan doğum yapıyor. Doğumu takibeden ilk hafta uykusuzluk, eksitasyon hali içinde geçiyor. Mütemadiyen konuşuyor, bazen ölmek istediğini söylüyor. Birinci haftanın sonunda belirtiler büsbütün şiddetleniyor. Ajitasyon içinde, devamlı olarak ağlıyan, hiddet reaksiyonları gösteren, iyi olamıyacağını, muhakkak öleceğini söyleyen hastanın 13 Nisan 1959 günü yapılan ruhî muayenesinde, çevresi ile ilgili değil, suallere çok defa cevap vermiyor. Konuşma monoton, yüz ifadesi donuk ve mimiksiz. Genel olarak cevapları (hayır... hayır... hayır... bilmiyorum... anlatamıyorum... ahh... bilmiyorum... yeter artık) kelimelerinden ibaret. Negativizm var. Nörolojik ve rutin lâboratuar tetkiklerinde kayda değer bulgu tesbit edilmedi. Jinekolojik muayenesinde uterus tuşe ile normale nazaran biraz büyük ve yumuşakça, hafif retroverti, mobil, her iki adnex ve parametrium serbest. Dahilî muayenesinde patolojik bulgu yok. Hastaya 7 elektroşok yapılmış ve belirtiler tamamen düzeltilmiştir. 18.5.1959 tarihinde tekrar tam bir mütizm ile getirilmiş, klinikte katatoni belirtileri görülerek gene elektroşok yapıldı. Hastada laktasyonun spontan kesilmesi ile başlıyan ve 22 günde bir tekrarlıyan her menstruation'dan birkaç gün evvel durgunluk ve uy-

kusuzluk başlamakta, 5 - 7 gün sonra başlıyan âdetle beraber ise psişik tablo maksimum seviyesine erişmektedir. Mütizm ve katatoni belirtileri ortaya çıkıyor ve 5 - 7 elektroşok ile açılıyordu. Syclus'un en uygun safhasında probe curettage yaparak alınan endometrium'un histolojik tetkikinde östrogen tesiri oldukça kuvvetli olarak görüldüğü halde progesteron devrini tamamlıyamadığı tesbit edilmiş ve progesteron dozu yüksek tutulmak suretiyle normal syclus'u tamamlıyacak bir hormon tedâvisine başlanmıştır. Daha ilk ayda ruhî tablodaki düzelme dikkati çekti. Âdetten önceki ruhî belirtiler hiç görülmedi. Âdetin ilk iki gününde hafif sıkıntılar oldu ise de tedâviye ihtiyaç olmadı, sadece iki gün hafif hipnotikler verildi. İkinci ay syclus'un östrogen devresinde hiç ilâç verilmedi; sıra progesteron'a geldiği zaman (14 üncü günden itibaren) geçen ay kullanılan mikdar kadar progesteron verildi ve bu, menstruation'dan bir gün öncesine kadar devam ettirildi. Bu ay hiçbir ruhî araz görülmedi. Üçüncü ay da aynı tedâvi tekrarlandı. Bundan sonra hormon tatbiki de kesildi ve klinik şifa olduğuna karar verildi. 6 ncı ayda yeni bir gebelik tesbit edildi. Normal spontan doğum yaptı. 4 sene içinde diğer bir doğum daha oldu ve bu 4 sene muntazam kontrol edilen hastada hiçbir psikotik belirti tesbit edilmedi.

KRANİO - SEREBRAL TRAVMALARDA GÖRÜLEN RUHÎ BOZUKLUKLAR

Kranioserebral travmaların bütün safhalarında psişik bozukluklar görülebilir. Hemen travmayı müteakip görülenler daha ziyade şuur bozukluklarıdır. Bunu bir confusion hali takibedebilir. Bu confusion hali ekseriya birdenbire ortaya çıkar ve arkasından birtakım defisiter belirtiler, meselâ hafıza kusurları tarzında sekeller bırakır. Tabiatiyle, kranioserebral travmalarla ilgili psişik bozuklukların gelişmesinde ve semptomatolojisinde gerek lezyonun yeri ve genişliği, gerekse travmatize hastanın kişilik yapısı büyük rol oynamaktadır.

Burada commotio ve contusio cerebri'yi ayırdetmemiz gerekmektedir. Commotio cerebri halinde beyinde belli bir lezyon yoktur ve belirtiler zamanla kaybolur; buna karşılık contusio cerebri'de diffuz ve bazen hayatî merkezleri etkileyen lezyonlar söz konusudur.

Deny Brown ve **Russel**'e göre commotio cerebri, çok sayıda nöronun bir tenbih ve arkasından bunu takibeden inhibisyon durumudur. **Hécaen** ve **Ajuriaguerra** bunu epilepsi nöbetine benzetmektedirler. Tabi'î, birçok commotio cerebri vak'alarında hâdiseye beyin sapı ve oradaki hayatî merkezler de katıldığı gibi, gene pek çoğunda vasküler bozukluklar olmakta ve bunlar da sinir sisteminde lezyonlara sebep olabilmektedir.

Contusio cerebri diffüz veya lokal vasküler değişikliklerle beraber olur. Bazen contre-coup tarzında, travma nâhiyesinden uzak bölgelere ait lezyonlara rastlamak kabildir. Sıklıkla görüldüğü şekilde, baş ve boynun ânî rotasyonu veya mezo-diansefalik lezyonlar travmatize şahsın kaybına sebep olabilmektedir.

Kranioserebral travmalarda, travmanın yeri ve şiddeti ile bağlı olmaksızın birçok psişik belirtiler görülebilir. En hafif şekli ile bir «sübjektif posttravmatik sendrom veya nörotik gösteriler» tarzında sekel kalabilmektedir.

Diğer taraftan, bütün kafa travmaları, travmatize şahısla onun sosyal çevresi arasındaki ilişkileri bozmakta, handikape, birtakım eksiklikleri olan bir şahsın uyum bozuklukları peşpeşe ortaya çıkmaktadır.

Yukarda tarif ettiğimiz tablo, psikiyatrik bakımdan oldukça belirli bir «kafa travması hastalığı» tablosunu ortaya koymaktadır. Bunlarda rastlanan belirtileri sırasiyle gözden geçirelim:

Erken ruhî belirtiler

Kranioserebral travmanın erken belirtileri şuur'u ilgilendirir ve hâdise bu safhasında psikiyatrik olmaktan çok nöroşirürjikal'dir. **Symonds** (1943) kafa travmalarındaki şuur bozuklukları için üç derece belirlemiştir:

1) gerçek şuur kaybının söz konusu olmadığı haller;
2) kısa bir şuur kaybı ve arkasından tamamen açılma;
3) travma'dan sonra ilk 2 - 3 saat içinde şuurun geri gelmemesi hali.

İlk anda görülen şuur bozukluğunun süresi ve derinliği hâdisenin prognozunu tayin eder.

Bazen bir açık devreden, bir intervalden sonra şuur kaybı görülebilir. Burada ekstradüral veya subdural bir kanama düşünmek gereklidir. Açık devrenin bir haftayı geçmediği akut subdural hematom vak'alarında şuur bozukluğu birdenbire ortaya çıkar. Eksitasyonlu veya eksitasyonsuz bir konfüzyon devresi mutaddır. Bu, akut bir intrakraniyen hipertansiyona işaret eder. Subdural hematomun kronik şeklinde üç haftadan üç aya kadar sürebilen bir açık dönem vardır. Bu dönemde baş ağrıları, apati ve alâka bozuklukları görülür. İntrakraniyen basınç yükselmiş olmakla beraber papilla ödemi görülmeyebilir. Ruhî melekelerde bir yavaşlama, bradipsişi hali vardır. Zaman ve mekân orientation'u yavaş yavaş bozulur, affekt kusurları dikkati çeker.

Confusion hali giderek bir somnolans, torpör ve koma haline dönüşür. Bazen Korsakoff psikozuna benzer klinik tablolar ve onirik hezeyanlar ortaya çıkabilir.

Bazen hafif bir confusion-démentiel tablo gözden kaçabilir ve eğer travma pek de şiddetli değilse, hematom teşhisi akla gelmeyebilir.

Teşhis için ileri tetkikleri vakit geçirmeden yapmalıdır. Zira prognoz teşhis ve müdahalenin erken oluşuna bağlı olarak değişmektedir.

Posttravmatik konfüzyon halleri

Konfüzyon halleri ya birdenbire ortaya çıkar veya coma'nın başlangıç devresinde görülür.

Akut konfüzyon halleri:

Birbirine oldukça zıt belirtiler gösteren iki klinik tablo söz konusudur:

1) **Stupor'lu konfüzyon hali:** Spontan aktivitenin çok azalması, somnolans hali, dış stimuluslara cevapların yavaşlaması ve gecikmesi, dikkatin teksif edilememesi ve çabuk yorulması, zaman ve mekân orientation'una ait bozukluklar, hâdise sonrasına ait total amnezi, eski hatıraların hatırlanmasında güçlükler, basit emirlerin ancak tekrarla anlaşılabilmesi, kompleks emirlerin anlaşılmasında imkânsızlık, astenik formdaki bu confusion tablosunu belirler.

Bazen stuporlu confusion, tam bir akinezi veya katatonik stupor ve negativizm ile birlikte görülür.

2) **Onirik konfüzyon hali:** Şiddetli psikomotor eksitasyon, onirizm, orientation kaybı, anksiete, panik reaksiyonları ile belirli, ajitasyonlu konfüzyon tablosudur.

Konfüzyon hali üzerinde manik eksitasyon veya melânkolik depression'a uyan klinik tablolar gelişebilir; posttravmatik anksiete hallerine rastlanabilir. Bazen pek hafif travmalardan sonra, sadece emosyonel şok sonucu, anksiete tabloları ortaya çıkar.

Subakut konfüzyon halleri:

Akut bir konfüzyondan sonra bir subakut devre devam edebilir. Bu, bazen Korsakoff sendromu halini alabilmektedir. Anterograd fiksasyon amnezisi, konfabülâsyonlar ve yanlış hatırlamalardan ibaret Korsakoff semptom üçlüsü, bir akut confusion ile beraber veya onun dışında ve pek erken safhada da görülebilmektedir. Böyle bir Korsakoff sendromu, alkolik Korsakoff psikozundan polinevritin bulunmaması, katiyyen hallüsinasyonların olmaması, masal uydurmaların da Korsakoff psikozunda olduğu gibi zengin ve çeşitli olmaması ile ayırdedilebilir. Tabi'î, travma geçiren şahısta bir de alkolizma varsa mesele büsbütün karışacaktır.

Posttravmatik amneziler:

Kısa süreli amneziler travmadan evvel ve sonraki safhaya ait birkaç gün veya birkaç saatlik bir dönemi içine alır. Bu zaman nâdiren bir haftayı geçer, daha çok anterograd, bazen laküner tiptedir. Ekseriya tamamen düzelir.

Uzun antero-retrograd amneziler birkaç aydan birkaç seneye kadarlık bir zamanı içine alır. Kronikleşebilir ve hattâ bir demans tablosu ile devam edebilir.

Geç, antero-retrograd amneziler, ekseriya bir açık travmatizmayı takibederse de bir commotio cerebri'den sonra da görülebilir. Bir açık devreyi veya hafif bir konfüzyon tablosunu müteakip ortaya çıkar. Laküner ve kısa bir zamanı içine alan amneziler olabildiği gibi, uzun antero-retrograd amneziler de görülebilmektedir.

Komplet amneziler nâdirdir. Bu hallerde hâdise öncesine ait bütün hatıraların kaybı ve fiksasyon amnezisi söz konusudur.

Konfüzyonsuz ruhî sekeller

Posttravmatik defisit tabloları:

Yavaş yavaş gelişirler, ilerleyici bir şekilde bradipsişi, apati, ilgisizlik, dikkat ve tesbit hafızası bozuklukları ve zekâ yıkılması ile beraberdirler. İrritabilite, hiperemotivite'den mani-melânkoli gösterilerine kadar giden şahsiyet ve affekt bozuklukları görülür. Gerçek bir demans söz konusu olmamakla beraber şahsın mesleğine tekrar adaptasyon göstermesi, hele bir entellektüel faaliyeti gerektiriyorsa, hemen hemen imkânsızdır.

Travmayı takibeden birkaç aydan bir seneye kadar süren bir peryod içinde ve bazen de akut veya subakut belirtilerin bir sekeli olarak **demans** görülebilir. Zekâ yıkımı ekseriya tam değildir. Apati, ilgisizlik dikkati çeker. Zaman zaman hiddet reaksiyonları, impulsif davranışlar görülür. Yaşlı kişilerde ise demans daha derin olur, bunun üzerine eklenmiş hezeyanlı belirtiler de zaman zaman ortaya çıkabilir.

Travmatik psödo-paralizi jeneral konfüzyonlu, demansiyel bir tablo içinde büyüklük hezeyanları, hipokondriler, depressif âraz ile birlikte görülür.

Travmatik psödo-şizofreni (pseudo-démence précoce traumatique) denen hal, travmayı müteakip katatonik, paranoid, deliran tabloların ortaya çıkmasıdır ki, burada travmanın kolaylaştırdığı ve daha önce predispozisyon halinde bulunan bir şizofreninin söz konusu olması çok muhtemeldir.

Boksörlerin travmatik ansefalopatisi (punch-drunk) mizaç değişiklikleri ve sportif değerin düşmesi ile başlar, değer hükümleri bo-

zulur. Bazen Parkinson belirtileri ortaya çıkar. Bir kısmı gerçek bir demansla sonlanmaktadır.

Posttravmatik epilepsiler

Bilhassa harp yaralanmalarında ve nâfiz kranioserebral travmalarda görüldüğü kaydedilmektedir. İrritabilite ve impulsivite tarzında karakter kusurları ile beraberdir.

Posttravmatik sübjektif sendrom

Hafif ve orta derecede travmalardan sonra görülür. Ekseriya başlangıçta bir şuur kaybı yoktur. Bazen de koma devresinden sonra ortaya çıkar. En önemli belirti baş ağrısıdır. Baş ağrısı bazen devamlı, bazen zaman zaman gelen ağrılar tarzında olur. Bazı vak'alarda tam travma yerinin ağrıdığından şikâyet edilirken bir kısmında da oksipital bölgeye ve enseye lokalize veya yaygın olabilir. Baş dönmeleri, görme bozuklukları, yalancı diplopiler, koku ve tad alma bozuklukları görülür. Entellektüel bozukluklar daima mevcuttur: dikkat kusuru, konsantrasyon güçlüğü, reaksiyon zamanının uzaması... gibi. Karakterde irritabilite ve hiperemotivite tarzında bir değişme vardır. Mesleğe dönüşü güçleştiren kuvvetsizlik hissi, asteni, uykusuzluk ve seksüel empotans olabilir.

Posttravmatik nevrozlar

Histerik, nevrastenik tabloların yanında, bir tazminatı hakketme isteğiyle gerçek temaruzlara da rastlanmaktadır. Fobiler, obsessionlar, özellikle kazadakine benzer bir durumda bulunmaktan korkma, bazen agoraphobia görülmektedir. Posttravmatik nevrozların çok uzun zaman, senelerce devam etmesi ve tedâvilere mukavemet göstermesi bir özelliğidir.

PSİKONEVROZLAR

İlk defa genel tıpda «nevrozlar» bölümünü ayıran **Cullen** (1770) bu grup hastalıkları «sinir hücrelerinde ve liflerinde organik bir bozukluk olmaksızın bu sisteme ait fonksiyonel belirtilerle ortaya çıkan bir takım klinik sendromlar» olarak tarif etmişti. Ancak, o zamandan bugüne patojenik telâkkiler çok değişmiş ve «nevroz» etiketi altında incelenen birçok hastalıkların sebep ve patojenileri aydınlatılmıştır. Örnek olarak şunu söyliyelim ki, chorea, tetani, epilepsi gibi hepsi belli başlı etyoloji ve patojeniye bağlı olan sendromlar o devirde birer nevroz olarak ele alınıyordu. O halde, psikonevrozların tarifindeki bu «eliminasyon metodu» bugün için tutarsız kalmaktadır. Bir hastada mevcut, meselâ baş ağrısının organik bir hastalığa bağlı mı yoksa nevrotik bir baş ağrısı mı olduğunu anlamak için yapılan bir sürü araştırmalar çoğu zaman hasta için faydasız olmaktadır. Kaldı ki, meselâ sıkıntı nevrozlarında servikal vertebra kolonundaki değişmeler, bir süre saf fonksiyonel olarak devam eden bir sendromun sonraları organik birtakım arızalara nasıl sebebiyet vereceğini açıkça gösterir. Bu kabil baş ağrısı sendromlarının migren veya sinüzit diye uzun süre araştırma ve tedâvilere tâbi tutulduğu, gündelik hekimlik hayatımızın daima rastladığımız vakıalarındandır. Diğer taraftan, bu baş ağrısı organik olabilir ve bunun yanında nevroz da beraberce bulunabilir.

Psikonevrozlar, ayrı bir başlık altında gözden geçirilmeye hak kazanmış, kendilerine göre etyoloji ve patojenileri, tedâvileri olan bir hastalık grubudur. Bir hastalığın, bugünkü araştırma metodları ile anatomik veya biyoşimik özelliklerinin tesbit edilememesi bu grup hastalıkların ancak bir karakterini teşkil eder; yoksa bu, hiçbir zaman yeterli bir tarif olamaz.

Psikonevroz, birtakım ruhî çatışma ve komplekslere bağlı olan, düşünme processus'ünde bazı bozukluklar yapmakla beraber hastanın objektif davranışını pek az değiştiren ve bu bakımdan sosyal hayatla bağdaşabilen bir sendromdur. Psikonevrozlarda, tekrar edelim, bugünkü araştırma metodları ile herhangi bir organik sebep bulunamaz.

Psikiyatrinin tetkik sahasına giren iki büyük hastalıklar grubu, psikozlar ve psikonevrozlar arasında bir ayırma yapmak gerekmektedir. Yalnız, hemen şunu belirtelim ki, tabiatte olaylar hiçbir zaman birbirinden kesin sınırlarla ayrılmamışlardır; aksine, devamlılık (continuité) tabi'î olayların ana vasıflarındandır. Normal insan nerede biter, nevroz nerede başlar ve nevroz ile psikozu birbirinden ayıran sınır hangi noktadadır? Bu sorular hiçbir zaman kesin olarak cevaplandırılamıyacaklardır. Bir anksiete nevrozu ile bir melankoliyi birbirinden ayırmak her zaman o kadar kolay olmadığı gibi, bazen bir obsessiv-kompulsiv nevroz şahsın objektiv behaviour'unu pekâlâ bir stasyoner basit şizofreniden veya hafif bir hipomanidan daha fazla bozabilmekte, günlük hayatını aksatmaktadır.

Genel olarak şunu söyleyebiliriz ki, psikonevrozlarda şahsiyet parçalanmaz, dissociation veya desintegration'a uğramaz, dış realite ile ilgisini kesmez. Halbuki psikozlar bu özellikleri taşımaktadırlar. Psikonevrozlarda şahsiyet sosyal cephesi bakımından da organize kalır. Nitekim, bir histerik meslekî ve sosyal faaliyetlerini bütün hastalığı içinde yürütebilmektedir. Psikotiklerde ise hastanın iç dünyası dış dünyanın realiteleri ile uyum halinde değildir. Psikonevrotik şahıs bazı affektiv değerlere fazla düşkün olmakla beraber çevresi değişmez. Toplum ile şuurlu ve sosyal ilgisi bâki kalır. Buna karşılık psikoz vak'alarında hastanın düşünme tarzı hayalî, fantastik ve paralojikdir. Nevrotikler için hezeyan ve hallüsinasyon (gerçek manâsı ile) hiçbir zaman bahis konusu değildir. Psikozlarda fikir bağlantıları kesik ve dağınıkdır.

Psikonevrotik, çoğu zaman bir savunma mekanizmasının işleyişi sonucu ve sıkıntıdan kurtulma gayesiyle ortaya çıkan semptomlarından her ne kadar aslında kurtulmak istemezse de, şuurlu şahsiyeti daima bu belirtileri birer «hastalık belirtisi», sağlam şahsiyeti ve bünyesi üzerine eklenmiş birer «patolojik hal» olarak idrâk eder ve bu, «hastalığını tedâvi ettirmek için» hekime gitmesine, çareler aramasına sebep olur. Psikotik ise «hastalığını yaşamaktadır». Artık onun için asıl şahsiyeti ve gerçek dünyası, hastalık belirtileri ile dolu, çoğu zaman ilkel, fantastik dünyadır. Hiçbir zaman hasta olduğuna inanmaz. Hallüsinasyonu onun için gerçek bir idrâkdir. Hezeyanı en sağlam mantığın eseridir.

Etyoloji

Heredite ve bünye faktörleri

Brown (1942), nörotik hastaların ailelerinde yaptığı etüdlerle hiç

değilse heredite ile intikal eden bir konstitüsyonun nevrozun gelişmesini kolaylaştırdığını göstermiştir. **Brown**'ın çalışmasının sonuçlarına göre anksiete nevrozu vak'alarının % 21,4'ünün anne veya babalarında da aynı belirtiler tesbit edilmektedir. Histeri vak'alarının aileleri için bu oran % 19'dur.

Slater (1943) nevrotiklerde esasen bazı şahsiyet kusurlarının bulunduğunu ve bu kusurların belirli hale gelmesiyle nevrotik sendromların ortaya çıktığını ileri sürmüştür. **Slater**'e göre nörotik şahıs çevrenin stress yaratıcı etkilerinden, başkalarından daha fazla müteessir olmakta ve bu aşırı duyarlığı da genetik olarak intikal etmektedir. Hayatın herhangi bir safhasında stress'e karşı mukavemeti azaldığı takdirde de psikonevroz belirtileri ortaya çıkmaktadır.

Beden yapısı bakımından belli bir karakteristik tesbit edilememiştir. **Rees** ve **Eysenk** (1945) 100 normal ve 200 nörotik askeri mukayeseli olarak etüd etmişlerdir. Araştırıcıların bulgularına göre nörotikler normallere nazaran daha fazla beden yapısı değişiklikleri göstermektedirler. Histerikler **Sheldon** şemasına göre endomorfik, anksiete, depression ve obsessionlular ise leptomorfik veya ektomorfik beden yapısına sahip bulunuyorlar.

Gellhorn, bazı şahısların çevre stress'lerine karşı hiddet, bir kısmının ise korku ile mukabele etmelerini hipothalamik sempatik eksitabilitenin kişiden kişiye değişmesine bağlamaktadır. **Gellhorn**'a göre bu değişikliği belirleyen ya heredite, ya bizzat çevre faktörü veyahut da her ikisidir.

Zekâ seviyesi psikonevrozun klinik tablosuna doğrudan doğruya etkili bir faktördür. Gerek bir kısım araştırıcıların sonuçları ve gerekse şahsî tecrübemiz göstermiştir ki, sıkıntı nevrozu belirtileri zekâ bakımından oldukça gelişmiş kimselerde, konversion histerisi semptomları ise zekâ veya kültür bakımından daha geri insanlarda ortaya çıkmaktadır.

Bu arada, birtakım psikonevrotik olarak tanınan vak'aların «globus hystericus» şikâyetlerinin temporal lob epilepsisindeki «epigastric sensation» a çok benzediğini ve bu kabil vak'alarda yapılan sistematik EEG taramasının birçok temporal epilepsiyi meydana çıkardığını da ilâve edelim (**Songar**, 1960).

Çevre faktörleri

Psikonevroz doğrudan doğruyo çevre ile ilgili hastalıktır. Çevrenin yarattığı birtakım şuur altı çatışmaları sebebiyle meydana gelir. Nörotik reaksiyonu ortaya çıkaran dış sitüasyon hayatın herhangi bir devresinde ortaya çıkabilir. Bunların arasında en erken görüle-

ninin anne ile olan münâsebetlerin bozulması veya anneden ayrılmak olduğunu bilhassa kaydetmek gerekir. **Thomas Carlyle**, 83 yaşında iken şunları yazıyordu: «Çocukluk hayatımın en eski ve beni en dehşete düşüren olayı annemi kaybetmemdir. Bu korkuyu bütün hayatımca muhafaza ettim.» Çocuk büyüdükçe gerek anneye olan bağlılığının şekil değiştirmesi ve gerekse diğer aile fertlerine ve aile dışı kimselere karşı teşekkül eden bağlılıklar «ayrılık» traumasının oluş ihtimalini daha da arttıracaktır. Bunlardan «Sıkıntı» bölümünde söz edeceğiz.

Yükselme arzusu, tasarladığı «ideal ben»e bir türlü erişememe, yalnızlık ve anlamsızlık duyguları, çevrenin ânî değişiklikleri, sosyal emniyetsizlik, şahıslar arası ve kültürel münâsebetler hep birer nevroz sebebi olarak önümüze çıkmaktadır. Yaşlandıkça akranlarını, arkadaş ve emsalini kaybetme de çeşitli sıkıntı nevrozlarını doğuran faktörler haline gelmektedir.

> 70 yaşında ve anksiete belirtileri gösteren bir hastamız akranlarını kaybetmenin sıkıntısını «yetim-i akran olduk» tabiriyle pek güzel izah ediyordu. «Babadan yetim kalmaktan daha acı bir hal bu; akran ve emsalimizi kaybettik, artık kimse bizi dinlemiyor» diyen bu hastamızın yalnız ve sıkıntılı dünyası artık «istenmiyen, arzu edilmeyen bir çevre» haline gelmişti.

Sıkıntı adetâ enfeksiyöz bir hastalık gibi şahıstan şahısa geçebilmektedir. Bu gibi hallerde telkine müsait olma (suggestibilité) önemli rol oynar. Histerik semptomlar da telkin ile husûle gelirler ve çoğu zaman hastanın etrafında gördüğü birtakım organik hastalıkları taklid ederler.

Psikojen faktörler

Psikoanalitik teoride nevrozlar, ego'nun kullandığı savunma mekanizmasının cinsine veya refule olan impulsun taibatine göre tasnif edilirler (**Alexander** ve **Shapiro**, 1952). **Freud**, belli savunma mekanizmaları ile nöroz tipleri arasındaki münâsebeti göstermiştir. Meselâ histeride refulman ve inkâr, fobik reaksiyonlarda orijinal kaynağından başka bir yöne çevrilmiş korku, kompulsiv nörozlarda aggressiv ve sadistik impulslara karşı reaksiyon teşkili mevcuttur. **Anna Freud'a** göre refulman seksüel impulslara, diğer savunma mekanizmaları ise agressiv impulslara karşı kullanılmaktadır. Kronik ego yetersizliği ve diğer maladaptiv savunmalar çocukluktaki bozuk şahıslararası münâsebetlerin sonucudur.

Sıkıntı nevrozu

Primer, direkt anksiete hissi ile karakterize olan «sıkıntı nevrozu» nevrozlar arasında en sık görülenidir. İkinci dünya harbinde Amerikan ordusunda yapılan istatistikler mevcut nevroz vak'alarının % 50 - 70'inin sıkıntı nevrozundan ibaret olduğunu göstermiştir. Sıkıntı nevrozundan «Sıkıntı» bölümünde geniş bir şekilde bahsedilmiştir. Burada klinik belirtilerini özet olarak gözden geçirmekle yetineceğiz.

Sıkıntı nevrozunda sübjektiv bir huzursuzluk hissi dikkati çeker. Bu, belli bir dış sebeple orantılı değildir. Akut veya dereceli bir başlangıç vardır. Diğer nevrozlarda göze çarpan savunma mekanizmalarının pek az kullanıldığı ve sıkıntının kontrol edilemediği göze çarpar. Bu hale «**serbest anksiete**» adını veriyoruz.

Anksiete tek başına, müphem ve sübjektiv bir sıkıntı hissi şeklinde olabileceği gibi, birtakım organ belirtileri de buna eşlik edebilir. Bu suretle çarpıntı, nefes alma güçlüğü veya «hava açlığı», gastro-intestinal belirtiler, ağrı ve paresteziler beraberce bulunabilir.

Pek şiddetli olmayan vak'alarda hastanın dikkati başka tarafa çekildiği takdirde sıkıntı belirtileri geçici olarak kaybolabilir. Sıkıntı günün muhtelif saatlerinde dalgalanmalar gösterir. Günlük hayatla ilgili olarak değişir. Hasta en ufak dış uyaranlara karşı şiddetle reaksiyon verir, tahammülsüz ve sabırsızdır (irritabilité). Daima müphem bir tehlikeyi bekler halde, gergindir. Boyun kaslarının devamlı gerginliği sonucu gösterilen fibrositis ve kronik baş ağrıları «Sıkıntı» bölümünde anlatılmıştır. Bazı hastalarda «delilik korkusu» veya angina pectoris'i taklid eden prekordial ağrılar da bulunabilir.

Histeri

Histeri başlığı altında mütalea edilen çeşitli belirtilerin meydana getirdiği sendromu tam olarak tarif çok güçtür. Nitekim **Lasègue**, «Histeri hiçbir zaman tarif edilememiştir ve edilemiyecektir» demiştir. Histeriye «telkin nörozu» manâsına **Pithiatisme** de denmiştir. **Babinski** histeriyi «belirtileri telkinle meydana getirilip telkinle kaybolan bedenî ve ruhî çeşitli arazlar topluluğu» diye tarif etmiştir.

Eski hekimler histeriyi yalnız kadınlara mahsus bir hastalık addederler ve kadın genital organları ile ilgili sayarlardı (ihtinakı rahim). Çocukları olmayan kadınlarda, iki adneksiyle acayip bir canavara benziyen uterus, böyle âtıl kalmasına çok kızar ve yerinden kalkarak yukarıya, kadının gırtlağına doğru çıkardı (globus hyste-

ricus). O halde onu korkutup kaçırmak için valerian gibi kötü kokulu bazı ilâçlar kullanmalı idi. **Hippocrates,** asa foetida gibi fena kokularla uterusu yerine dönmeye zorlamayı tavsiye etmişti.

Eski filozoflar «tota mubir in utero» (bütün kadın uterus'unun içindedir) demekle genital organların kadının ruhî hayatındaki önemine işaret etmek istemişlerdir. Nitekim «histeri» terimi de Yunanca uterus manâsına gelen «hysteron» dan türetilmiştir.

Ancak 17. nci yüzyıl başlarında histeri sinir sisteminin bir hastalığı olarak kabul edilmeye ve sadece kadınlara has olmadığı anlaşılmaya başlandı. 1680'de **Sydenham,** kendisine başvuran hastaların 1/6'sının bu hastalığa mûsâb olduğunu ve histerinin birçok klinik sendromları taklid edebileceğini yazmıştı. Bu sebeple histerik hastaya «la grande simulatrice» de denmiştir.

Histeriyi nevrozlar arasındaki gerçek yeri ve bütün klinik belirtileriyle ilk defa inceliyen 1862'de **Charcot** olmuştur. Bundan sonra **Lasègue, Bernheim, Pierre Janet** ve nihayet, histeri isminin babası **Babinski**'yi görüyoruz. Nitekim bugün histeri «Babinski hastalığı» diye de anılır. Daha sonraları **Freud**'un ve onu takibedenlerin histeriyi ele almalarına şahit oluyoruz.

Histeri, çeşitli klinik belirtileri içine alan polimorf semptomlu bir hastalıktır. Düşünmekten çok duyan, hayâlleri zengin, müsait yapılı insanlarda gelişir. Onun içindir ki kadınlarda histeri erkeklerden daha sık görülür. Histerikler karakter itibariyle çok yalan söylemeleri ve etrafın ilgisini toplamaktan hoşlanmaları ile dikkati çekerler. Mamafih, hemen işaret edelim ki, histerik demek şehvetine düşkün, sapık, yalancı bir kimse demek değildir. Histerik şahsiyetin en esaslı çizgisi telkine müsait olmadır. Histerikler telkin tesiriyle hükmü altında kaldıkları fikirden başka her şeyi unutabilirler.

Anksietenin -anksiete nevrozunda olduğu gibi- şuurlu olarak hissedilmesi yerine anksieteye sebep olan impulsun mutad olarak iradeli kontrolumuz altında bulunan vücut kısımlarına ait fonksiyonel semptomlara çevrilmesine **«konversion histerisi»** adı verilir. Burada, hâdisenin, psikofizyolojik veya psikosomatik hastalıklardaki visseral ve vejetatif sisteme ait belirtilerin görülmesi ile arzettiği farka dikkati çekelim.

Böylece, anksiogen impulsun bir somatik belirti haline dönerek şuurlu sıkıntının kaybolmasına **«bağlı anksiete»** diyoruz (sıkıntı nevrozundaki serbest anksietenin aksine). Çeşitli konversion belirtileri vardır:

(1) Sensorium değişiklikleri, anestezi, parestezi, hipoestezi, histerik körlükler, görme alanında konsantrik daralma ve ambliopiler,

histerik sağırlıklar gibi belirtilerdir. Anestezi hiçbir zaman sinir anatomisini takibetmez, çorap veya eldiven şeklindedir.

(2) Motor fonksiyon kaybı, kontraktür ile beraber veya yalnız başına felçler şeklinde ortaya çıkar. Felç ekseriya proksimal kısmı tutar ve flaskdır. Tendon refleksleri normaldir, patolojik refleks alınmaz. Zamanla histerik felç gösteren organın uzun müddet kullanılmaması sebebiyle inaktivite atrofileri, vazomotör değişiklikler, artropatiler ve hattâ ankilozlar da görülebilir.

(3) İradesiz hareketler veya diskineziler arasında tikler, tremorlar, postüral katalepsiler ve histerik nöbetler sayılabilir. Histerik tremor çoklukla bütün bir organı tutar. İstirahat halinde de görülebilirse de, özellikle o organa dikkat çekildiği zaman veya hareket sırasında ortaya çıkar. **Büyük histeri nöbetleri (grand mal hystérique)**, epilepsi nöbetlerini taklid eder. Nöbetin polimorf olması, uzun sürmesi, nöbet sırasında arcus hystericus denen opistotonus hali, nöbetten ağlayarak açılma gibi belirtiler epilepsiden ayırd edilmesine yarar.

Histerik, konversion ile sıkıntıdan kurtulduğu için, bu arızasından dolayı da çok zaman sıkıntılı değildir ve ona karşı ilgisiz kalabilir **(Charcot'nun la belle indifférence'ı)**. Konversion belirtileri şuur altı çatışmaların sembolleri olup, gayelidir.

> Bir kadın hastamızın sol kolundaki çok inatçı histerik monopleji zamanla lenfa dolaşımının bozukluğu sonucu elephantiasis'e sebep olmuş ve kolun amputation'undan başka çare kalmamıştı. Bir süre sonra bu hastayı sol gözde bir histerik ptosis ve devamlı olarak gözünü uğuşturmaktan dolayı şiddetli conjonctivitis ile gördük. Göz belirtileri birkaç defa tekrarladıktan sonra yapılan uzun tedâvi ve telkinlerle konversion belirtileri tamamen geçti. Bir sene sonra tekrar muayeneye gelen hastada artık herhangi bir konversion belirtisi değil, fakat şiddetli sıkıntı nevrozu (serbest anksiete) mevcuttu. Kronik anksietenin doğurduğu boyun fibrositis'i ve devamlı baş ağrıları da tabloyu tamamlıyordu. Bu, konversion hâdiselerinin sıkıntılı impulsun bir organik semptoma bağlanarak sıkıntıdan kurtulma tarzındaki psikodinamiğini çok açık ve öğretici şekilde ortaya koyan bir vak'a olması bakımından önemlidir. Konversion belirtisine karşı, kendisini bir sakatlığa götürecek derecede şiddetli olmasına rağmen «la belle indifférence» içinde olan hasta, serbest anksieteden şiddetle şikâyet ediyordu.



Histeri krizi

Histerinin visseral semptomlarının başında **anorexia nervose** gelir. Hıçkırıkları, aerofajileri de bu grupta ele almak gerekmektedir.

Belli bir emosyonel stress karşısında ânî olarak ortaya çıkan **histerik dissosiasyonlar** da mevcuttur. Bunlar arasında amnezileri (hafıza kaybı), uyur gezerlik, rüya halleri, şahsiyet dissosiasyonu, histerik stupor gibi olayları, stress karşısında amnezi ile beraber fizik kaçışın da bulunması halini (histerik firarlar), şahsiyet ikileşmesini ve adeta bir temaruz hissini veren Ganser sendromunu sayabiliriz.

Nörotik depression

Çoklukla gösterilebilen bir emosyonel stress (ekseriya değer verilen bir **şeyin** veya **birisinin** kaybı) sonucu ortaya çıkan, daha çok nörotik, müsait bünyeli şahıslarda görülen depression halidir. Psikotik depressionlardan şu noktalarda ayrılır:

(1) Hastanın hayat hikâyesi, bilhassa psikotiklerdeki mizaç dalgalanmaları, şahsiyet yapısı (nörotik veya siklotimik) ve çevre faktörleri.

(2) Malign semptomların bulunmaması (hipokondriler, ajitasyon, hezeyan, hallüsinasyon, suçluluk hissi, muannit uykusuzluklar, intihar, psikomotor gerileme, stupor gibi).

Somatizasyon reaksiyonu

Anksiogen impulsun otonom, visseral veya somatik fonksiyonlarla ilgili organlarda yaptığı ve bazen strüktüral mahiyette olan değişiklikler bu başlık altında incelenir. Bunları «psikosomatik hastalıklar» bölümünde gözden geçireceğiz.

Obsessiv - kompulsiv ve fobik reaksiyonlar Monomani'ler

İlk defa 1800 tarihinde **P. Janet** tarafından psikonevrozlar içinde obsessiv-kompulsiv reaksiyonlar, **Psikasteni** başlığı altında ayrılmış ve bir psikonevrotik sendrom olarak mütalea edilmiştir. Bugün «psikasteni» tabiri gittikçe terkedilmekte ve bunu teşkil eden obsessionlar, fobiler, monomaniler, belirtinin şekline göre, ayrı ayrı gözden geçirilmektedir.

Obsessiv-kompulsiv reaksiyonlarda mantık ve muhakeme ile uzaklaştırılamayan, arzu edilmeyen, müannit, saplantı halinde bir fikir ve şahsın şuurlu arzu ve itiyadlarının aksine bir aktın arka arkaya, adetâ stereotipi tarzında tekrarı bahis konusudur. Bu suretle, kronik vak'alarda bir dissosiatif sendroma benzer tarzda hastanın dış dünyanın realitelerinden ayrıldığı ve ikinci bir kişiliğin hükmü altına girmiş gibi göründüğü dikkati çeker.

Obsession (zorlu fikir), **Seglas**'ın dediği gibi, iradenin bir yıkılışı, aczidir; önünde durulamaz bir kuvvetle insan ruhuna musallat olur. Hasta bundan kurtulmak için çeşitli vasıtalara baş vurur ki bunları, hekim reçetesi ile alınan ilâçlardan intiharlara kadar götürebiliriz. Obsession'unun kendisini zorladığı aktı, merasim ve ritüeli yap-

mama onda büyük sıkıntılar yaratır. Ellerini yıkıyorsa, tekrar tekrar, elleri yara oluncaya kadar yıkıyacaktır.

Obsessionların pek çok çeşitleri vardır. Bunların başında «**şüphe obsession'u**» gelir. Hasta kapısını kapatıp kapatmadığını, havagazı musluğunu açık bırakıp bırakmadığını mütemadiyen kontrol eder. Sonunda birtakım metafizik şüphe ve sorular da ortaya çıkar. Niçin dünya böyle yaratılmıştır? Ölümün ötesinde ne vardır? İki ayrı insana mektup yazıp, sonradan mektupları defalarca kontrol eden, bir türlü postaya veremeyip, zarfları tekrar tekrar açan, ütüyü, elektrik ocağını prizde bırakıp bırakmadığını kontrol etmek yüzünden evinden dışarı çıkamıyan insanlar pek çoktur.

> Bir terzi hastamız her gece defalarca yatağından kalkmakta, dükkânına gidip elektrik ütüsünün prizde olup olmadığına bakmakta, ütüyü kontrol ettiğini defterine kaydedip evine döndükten sonra gene sıkılıp, şüpheye düşüp dükkânına gitmektedir.

Obsessionların bir kısmını bazı böceklerin davranışları ile mukayese edebiliriz. Bir çeşit Afrika karıncası, yakaladığı böcek larvalarını yuvasına taşır ve kışlık zahire olarak depo eder. Eğer bu karınca yuvasına bir larva götürdüğü zaman yuvanın dışında ona benzer ikinci bir larva konursa, karınca dışarı çıkar çıkmaz bu dışardaki larvayı görünce içerdekinin kaçıp kaçmadığını kontrol için tekrar yuvasına girer. Taşıdığı larvanın yerinde olduğunu kontrol eder ve dışarı çıkar. Fakat bu anda gene dışardaki larvayı görecek, gene kontrol için yuvaya dönecek ve artık kalan ömrünü bu şekilde, iki larva arasında ve yuvaya girip çıkmakla geçirecektir.

Bir çeşit obsession da «aşağılık obsessionu» dır. Şahıs değerlerinin azalmış olduğunu, hattâ tükendiğini ileri sürer. Bir kısmı metafizik birtakım meşguliyetlerle beraber ortaya çıkar ve insanların bütün devirlerde kendilerine sorup cevaplandıramadıkları suallerle kafasını yorar durur. Bazı obsession şekillerinde hasta korktuğu şeyi mütemadiyen yapmak duygusu içindedir. Tezatlar arasında bocalar. Yasak veya günah bildiği, yapmaktan çekindiği şeyleri icra etmek, önünde durulamaz bir arzu ve istek halindedir.

> Dinî itikatları kuvvetli ve beş vakit namaz kılan bir hastamız, camide, imam arkasında namaz kılarken daima yellenmek ihtiyaç ve hattâ ıstırarı içinde kıvranıyor, camiye girerken ereksiyon oluyordu.

Çoğu zaman obsessionlar fobilerle beraber görülür. **Fobi**, hastanın ister zararsız, isterse tehlikeli olsun, birtakım şeylerden şiddetle

korkması ve bu korkuyu irade kuvveti ile yenememesidir. Kapı tokmağından, makastan, bıçaktan, hastalıktan, kirlenmekten, caddelerden, meydanlardan korkulur. Kimsenin eli sıkılamaz, dışarda su içilmez, geniş caddelerden veya kapalı yerlerden geçilmez, yüksek binalara çıkılamaz olunur.

Bir hasta, bir gün memlekette kuduz vak'alarının arttığı hakkında bir yazı okur. Bu mesele üzerinde biraz fazlaca düşünen hastanın kafasına, «ya o kuduz köpeklerden birisi benim süt aldığım sütçünün ineğini ısırdı ise, ben de o inekten kuduz alır mıyım?» diye bir soru takılır. Bu korkusunu bir türlü yenemiyen hasta komşularını da dolaşarak hep beraber kuduz aşısı olmaya zorlar. Sadece aşıya giden kendisidir. Aşı bittikten sonra kuduz olma korkusundan kurtulan, bir müddet için rahatlıyan hasta, bir gün raflara kağıt çakarken ağzına bir mikdar toplu iğne alıyor. İşi bittikten sonra bir müddet sonra aklına şöyle bir korku geliyor: «ya bu işi yaparken toplu iğne yuttuysam?» «barsağım delinir de ölürsem?...» Günlerce bu korkunun verdiği sıkıntı içinde kıvranan hasta nihayet ağzına bir mikdar toplu iğne alıp birkaç dakika beklemeye karar veriyor. Eğer iğne yutuluyorsa belli olacaktır. Bu tecrübeden sonra kısa bir müddet rahatlıyan hasta düşünüyor ki, «eğer iğne yutulurken belli olsa idi birinci defa farkına varılması lâzımdı; bu seferki tecrübe yuttuğu iğneleri arttırmaktan başka bir işe yaramamıştır». Bu sefer ağzına belli bir sayıda iğne alıp aynı şekilde bekliyerek çıkarıp sayıyor, iğneler tamamdır ve yutulmamıştır. Fakat, ya eksik saydı ise!.. Bu şekilde korkular birbirini kovalamaktadır.

Chavigny, taşıt kazalarından orijinini alan obsession ve fobi vak'alarını tarif etmiştir.

Bizim bir vak'amız, Bursa'da bir arkadaşı ile gezerken yoldan geçen bir otomobil ikisine de çarpar. Arkadaşı ağır kendisi de hafif yaralanır. Ağır yaralanan arkadaşında sonradan bir ruhî belirti görülmezse de kendisinde meydanları, caddeleri geçememe (agorafobi) tarzında bir korku uzun süre devam etmiştir.

Ata binmekten korkan bir askerî hekim zorla ve emirle ata bindirilmiş, fakat korkudan attan düşmüş ve aldığı ağır yaralar sonucu ölmüştür.

Fobiler arasında özellikle «pislik korkusu» (mizofobi) den söz etmek gerekir. Bazı hastalar kirlenir endişesiyle ellerini bir yere sürmezler, sabahtan akşama kadar ellerini yıkamaktan, sabunun ve uğuşturmanın irritasyonundan her taraflarında yaralar açılır. Ayakta durmaktan bacakları varislerle doludur. Yağ korkusu normal yemek yemesine mani olur.

> Bir hastamız yalnız tahin helvası ve beyaz peynir yiyor, dikilmemiş, metre ile kumaşı elbise yerine üzerine sarıyor, kasap dükkânlarının önünden geçerken et ve yağ zerreleri girer diye otomobilin pencerelerini sıkı sıkıya kapatıyordu. Bu hastamızı, oturduğu apartmandan çıkmaya zorlamak için ev sahibi her sabah bir parça eti sokak kapısının tokmağına iple bağlamaya başlamış. Hastamız kapı tokmağına el süremediği ve dolayısiyle dışarı çıkamadığı için evi tahliye etmiştir. Nihayet mizofobisi o kadar ilerlemiştir ki, hasta hayatını evinin banyosunda geçirmeye başlamış, banyonun zeminine serdiği bir ıslak kumaş üzerinde uyuyup uyanır uyanmaz tekrar yorgun düşünceye kadar yıkanır olmuştu.

Sifilofobi vak'alarına da çok rastlanır. Hasta bütün ömrünü Wassermann reaksiyonları yaptırmakla geçirir.

> Bir hekim hasta, bir gün gittiği bir genel evden sifiliz aldığı korkusuna düşer. Sık sık kendisi muayeneye gittiği gibi, temasta bulunduğu genel kadını da ikide bir muayeneye zorlar. Bir gün gene muayeneye götürmek için gittiği genel evden dövülerek sokağa atılınca bu korkuya dayanamıyarak genel ev önünde tabanca ile intihar etmiştir.

Zamanımızda kanser ve koroner hastalığı korkularının da birer fobi halini aldığı çok görülmektedir.

Bazı kimseler bazı hareketleri «uğur» veya «uğursuzluk» telâkki ederler. Sağ ayağıyla evden çıkmak, elbiseyi sağ kolundan giymek, inşaat iskelelerinin altından geçmemek, kapıyı kitlerken anahtarı mutlaka üç defa çevirmek, belli günlerde temizlik yapmamak, 13 rakkamından, haftanın belli günlerinden korkmak ve çekinmek bunların «zararsız» diyebileceğimiz örnekleridir. Eğer kişinin günlük faaliyetini kaplar, işlerini aksatacak hale gelirse birer patoloji olarak önem kazanır.

> Yüksek öğrenimini yapmış bir Yedek Subay Okulu öğrencisi, kurada İstanbul'u çekmek için her gece yatarken

bir harita ve pusula ile İstanbul'un istikametini tayin ediyor ve potinlerini o istikamette itina ile yerleştiriyordu. Kura sonucu Yedek Subaylık hizmetini Erzurum'da yaptığını ilâveye hacet yok.

Çok rastlanan obsessiv - fobik reaksiyon'lar şunlardır:

Nosophobia : Hastalık korkusu
Syphilophobia : Sifiliz korkusu
Lyssaphobia : Kuduz korkusu
Misophobia : Kirlenmek korkusu
Agoraphobia : Açık yerlerden, meydanlardan korkmak
Claustrophobia : Kapalı yerlerden korkmak
Thalassophobia : Denizden korkmak

Bu arada **monomani**'lerden de bahsetmek gerekir. **Aritmoman** hastanın dünyası rakkamlardan ibarettir. Geçen taşıtların numaralarını, elindeki biletin numarasını, v.s. bir kâğıda kaydeder, yarısını, kare kökünü, karesini, katlarını hesaplar, kaçla bölünebildiğini bulur, birtakım karma karışık hesaplar yapar, **simetroman** hastanın dünyası simetrik şekiller ve eşyalar içindedir. Duvarda bir tablonun bir parça eğri durmasına tahammül edemez.

Klinikte yatan bir hastamıza yemek verilirken diğer bir epileptik hastaya, tam odasının kapısının önünde nöbet gelmiş, o esnada bir kedi de pencerede güneşleniyormuş. Bir daha hasta yemek yerken daima aynı dekorun olmasını, yani kapı önünde diğer hastaya epilepsi nöbetinin gelmesini ve kedinin de pencerede oturmasını isterdi.

Obsede şahsiyetin psikodinamiği

Obsession nevrozunu ego'nun patolojik bir organizasyonu olarak kabul edebiliriz. **P. Janet**, psişik sentez'in işlemesinde bir zayıflıktan söz etmektedir. **Morel, Magnan, Pitres** ve **Régis**, obsession nevrozunun bir «karakter anomalisi» veya bir «dejeneratif yapı» üzerinde geliştiğini ileri sürmüşlerdir. **Dupré** hiperemotivite üzerinde durmuştur. **Kretschmer** okuluna göre obsession nevrozu şizoid karakterdeki şahıslarda görülür. Birçoklarında impotens veya frijidite gibi seksüel yetersizlikler tesbit edilmiştir. **Dupré**, débilité motrice adını verdiği kekemelik, tikler gibi psikomotor stigmatlara obsedelerde sıklıkla rastlandığını bildiriyor.

Gerçekten, istikbalin obsession nevrozu çok genç yaşlardan bel-

li olmakta, şüpheler, tereddütler, adaptasyon güçlükleri göstermektedir. Kolaylıkla yüzleri kızarır, çabuk kızar, çevresi ile münâsebetlerinde introvert kişiler olarak tanınırlar. İntizam ve teferrüat meraklısıdırlar. Hükümlerinde rijid ve müsamahasız davranırlar.

Freud'un psikanalitik ekolü şahısların anal - sadistik karakterleri üzerinde durmaktadır. Obsessionların analizleri oldukça ilgi çekici bir savunma mekanizmasını ortaya koymuştur: reaksiyon teşkili. Hasta, şuur altındaki komplekslerine, çeşitli merasimler, ritüeller şeklinde, reaksiyon teşkili mekanizması ile bir doyum tarzı bulmaktadır.

Çocuğun, çevresi tarafından, sfenkterlerini kontrole zorlanması bir taraftan onun «zevk prensibi» ne aşırı bağlılığına ve diğer taraftan da «temiz olması» yolunda yapılan nasihatlere karşı çevresine isyanına sebep olmaktadır.		
	(zevk prensibi) SADİK - ANAL KARAKTER	Reaksiyon teşkili (Zevk prensibine karşı mücadele) OBSESSİV KARAKTER
Aşırı anal fiksasyon	Anal erotizm işaretleri	Erotizm anal'e karşı karakter işaretleri
	Eşyaların terkedilmesinde güçlük İsyankârlık, ısrarcılık. Kolleksiyon merakı Ayrılma anksietesi	Hediye verme Boyun eğme Bağlılık Müsriflik Umursamazlık
Dışkısını istediği gibi boşaltma zevkinin yasaklanmasına karşı aşırı reaksiyon.	Anal - sadistik karakter belirtileri	Sadistik eğilimlere karşı reaksiyonlar
	Pislik Aksilik, nobranlık, zayıflara karşı kötü muamele, bütün otoritelere karşı direnme ve mücadele. Alaycılık. İstihza.	Aşırı temizlik merakı. Obsession şeklinde nezaket. İyilik severlik. Zayıfları korumak. Bütün otoritelere hürmet.

(**Henri** Ey'den)

Bu bahsi bitirmeden, obsessiv-kompulsiv nevroz vak'alarının, özellikle korku ve saplanmaları pek absürd, hükümleri paralojik denecek tipte ve ritüelleri tamamen stereotipi karakterinde olan vak'aların birer nevroz değil, şizofreni olarak kabul etmek gerektiğine inandığımızı belirtelim.

Bir hastamız, elini herhangi bir yere sürse 42 defa yıkıyor yanında daima beraber bir şahit bulunduruyor ve 42 defa yıkadığını ona saydırıyordu. Gerek obsessionu ve gerekse ritüelleri tamamen absürd karakterde idi.

Nevrasteni

1869 senesinde **Beard** tarafından tarif edilmiş bir nörotik asteni sendromudur. Bundan sonra o kadar çok nevrasteni teşhisi konmuştur ki, 1894'de **Muller** nevrasteni hakkındaki bibliografinin listesini yapmak istediği zaman 14 sayfalık bir literatür listesi meydana gelmiştir. Zamanımızda da en sık rastlanan nevrozlardan, özellikle intellektüel faaliyette bulunan kimselerde sıkıntı nevrozu ile birlikte en fazla görülen rahatsızlıklardandır.

Belli başlı semptomları şunlardır: ruhî ve fizik yorgunluk, başta basınç hissi, dikkatin dağılması ve hafızada zayıflama, konsantrasyon imkânsızlığı, irritabilite, uykusuzluk, çeşitli ağrılar ve birçok vak'ada seksüel impotens veya frijidite.

Hasta, gününü hekimden hekime dolaşmakla geçirir. Şikâyetleri birçok organları ilgilendirecek tarzda olduğundan, her şikâyetine ayrı bir mütehassıs arar. Hekimin karşısına ekseriya şikâyetlerini küçük bir kâğıda dikkatle yazmış olarak gelir. Bir belirtiyi unutup hekimi teşhiste yanıltacağı endişesi içindedir. Bu sebeple Fransızlar nevrastenik'e «malade à petit papier» adını vermişlerdir.

Uykusuz geçen bir gecenin sabahında nevrastenik yorgun, bitkin bir halde, istemiyerek kalkar. Ağzı zehir gibi, dili paslıdır. Başı çemberle sıkılmakta, midesi yanmaktadır. Bir türlü toparlanıp işine gitmek istemez. Ekseriya sabah kahvaltısını bir sigara teşkil eder. Tuvalete gider, idrar ederken uretrasında bir yanma duymaktadır. Muannit kabızlık çeker. Zoraki gittiği işinde sinirli mizacı, irritabilitesi yüzünden herkesle kavga eder. Birisi kapıyı biraz hızlı kapasa yerinden sıçrar. İş haricinde zevklerine karşı ya isteksiz, veya nâdiren aşırı derecede ölçüsüzdür. Meselâ, bitkinlikten ve bedbinlikten kurtulmak için alkole başvuranlar vardır. Bununla beraber, sıhhat

endişesi ile alkol ve sigara kolay terkedilir. Üşümemek için üst üste giyinir, çeşitli perhiz listelerine göre yemek yer, birçok ilâçlar kullanır, muntazam EKG ve röntgen kontrolleri yaptırırlar.

Seksüel hayatları bozulmuştur. İmpotens, ejaculatio praecox, frigidité sık görülür.

Nevrastenikler baş dönmelerinden de şikâyet ederler. Bu dönme hissi daha ziyade bulunduğu yerin sallanması tarzındadır. Gözlerini kapattıkları zaman göz kapaklarının titrediği dikkati çeker (Rosenbach delili). Bazen hafif baygınlık halleri olur (Beard nöbetleri). Bel ağrısı sık görülür.

Okurken harfler bulanır, gözünün önünde dalgalanır (asténopie acomodatrice).

Tendon refleksleri canlılaşmıştır. Elleri titrer. Birtakım nörovejetativ belirtiler de ortaya çıkabilir. Fakat, bunların hiçbiri, sinir sisteminde organik bir lezyonu işaret eder mahiyette değildir. Nitekim, kardiyovasküler sisteme ait, nörovejetativ karakterli ve fonksiyonel taşikardi - bradikardiler, ekstrasistoller de olabilir. **Gerhard,** kendisine kalb hastalığı şikâyeti ile gelen hastaların yarısının nevrastenik olduğunu bildirmektedir.

Gastro - intestinal sistem belirtileri arasında dispepsileri, ağırlık ve şişkinlik hissinden mide ağrılarına kadar çeşitli sübjektiv şikâyetleri, önceden de belirttiğimiz gibi inatçı kabızlıkları, pyrosis'i (geğirme) sayabiliriz. Bazı nevrasteniklerde sık sık idrar etme hissi görülür.

Traumatik nevrozlar

Bu başlık altında şu sendromlar gözden geçirilmektedir:

(1) Post-kontüzyonel sendrom diye adlandırabileceğimiz, kafa yaralanmalarından sonra görülen belirtiler. Bunlar orijin itibariyle fizik mahiyette olup, bazen sekonder olarak anksiete de eklenebilir.

(2) Traumayı takiben görülen bazı psikonevrotik reaksiyonlar. Tabloya özellikle anksiete ve histerik gösteriler hâkimdir. Trauma sonunda meselâ tazminat almak veya askerlikten ihraç gibi bazı menfaatler temini bahis konusu ise bu gayeye varıncaya kadar şikâyetler de geçmez, bir simulation sendromu halinde devam eder.

> Merdivenden düşüp bir kafa trauması ve kısa süren bir commotio geçiren bir kadın hastamız, hiç sebep ve objektiv bir belirti olmaksızın aylarca baş ağrısından şikâyet etmiş, yatakta, başını kımıldatmadan yatmıştı.

(3) Dehşet veya terör psikonevrozları: büyük korkuların yap-

tığı psikolojik traumaya bağlı olarak görülürler. Müsait bünyelerde hâdiseden çok sonra dahi psikonevrotik belirtilerin devam ettiği müşahede edilir.

Kranio serebral travmalarda görülen ruhî bozukluklar özel bölümünde (Sh: 350), geniş bir şekilde ele alınmıştır.

Psikonevroz tedâvisi

Karşımıza gelen psikonevrozlunun, gerek geçmiş hayatına ait, gerekse aktüel birçok problemlerle, çatışmalarla yüklü, hakikaten yardımımıza muhtaç ve yapacağımız en küçük hata ile bütün hayatının perişan olması mümkün bir insan olduğunu unutmamamız gerekir. Hiçbir organik sebebe bağlı olmadan kolu felç olan bir histerik hastanın asla hastalık taklidi yapmadığı, temaruz etmediği, hakikaten hasta, fakat organik lezyona bağlı olmayan, fonksiyonel bir hastalığa mûsâb bir hasta olduğu gözden uzak tutulmamalıdır. Kaldı ki, bir anksiyojen stimulus'un somatizasyon reaksiyonu ile pekâlâ organik lezyonlara sebep olabildiği bilinmektedir.

Psikonevrozlu karşısında hekim hem dost, hem hâmi, hem nasihatçı, öğretici ve eğitici, hem de hekim tavrını takınmak ve bu rollerinde de ifrata kaçmamak zorundadır. Bir taraftan hastanın şikâyetleri bazı ilâçlarla giderilmeye çalışılacak, gerekli telkin ve ikna yolları kullanılacak, diğer taraftan da yerine göre analitik metodlara başvurularak hastanın şuur altının derinliklerine inilmeye çalışılacaktır.

Psikonevroz tedâvisi, karşılanan klinik tabloya göre birtakım farklar ve özellikler gösterir. Bu bakımdan psikonevroz cinsine göre tedâvileri de ayrı ayrı ele alacağız.

Nevrasteni :

Fizik yetersizlikten, çalışma kapasitesinin azalmasından şikâyet eden hastaya düzenli ve fazla yorucu olmayan bir çalışma programı tavsiye edilir. Tam istirahat faydalı olmadığı gibi, çoğu zaman zarar da vermektedir. Nevrasteni tedâvisinde hastanın tek tek şikâyetlerinin üzerinde durularak gerekli tetkik ve muayenelerin yaptırılması, bu suretle organik bir hastalığı olmadığı yolunda hastanın ikna edilmesinin bir terapötik değeri olmadığı kanaatindeyiz. Nevrastenide ikna yoliyle bir sonuç almak mümkün olmadığı gibi, aksine, üzerine düşülen ve birtakım yardımcı muayene metodları ile tetkikine girişilen semptomların daha da kuvvetlenip sâbitleştiğini gördük. Meselâ kalb hastalığına yakalandığını zanneden bir hasta, çoğu zaman

bu hastalığının ismi hakkında bir fikri bile olmaksızın, sık sık dahiliye mütehassıslarına başvurarak elektrokardiogramlar çektirir. Böylece günde 3 - 4 ayrı hekime gidip hepsinde birer EKG çektiren hastalar gördük. Bir muayenenin ikna tesiri birkaç dakikadan fazla sürmemekte, hasta derhal hipokondrilerine gömülmektedir. Hastayı bu çeşit muayenelerden her ne suretle olursa olsun menetmek ve disiplin altına sokmak, evvelce yapılmış tetkiklere ait itina ile tanzim edilmiş dosyalarını, raporlarını, vesair evrakını da ortadan kaldırmak herhalde alınacak tedbirlerin başında gelmektedir.

Burada sadece bazı gizli kalmış diabetlerin nevrastenik araz ile ortaya çıktığına dikkati çekmek isterim. Hastayı ürkütmeden bir şeker tayini, hattâ glikoz yükleme testi çok aydınlatıcı olur.

İlâç olarak kullanılan ve stimülân olduğu zannedilen birtakım fosforlu, vitaminli v.s. preparatların da hiçbir belli faydası ve tesiri yoktur. Sinir sisteminin gerçek stimülânları, meselâ amfetamin cinsinden uyandırıcılar ise kontr-endikedir. Aksine, hafif trankilizanlar, meselâ meprobamate'ler tavsiye edilir. Gene bunların yanında orta derecede etkili, meselâ monoamin oksidaz inhibitörü (Niamid, Marplan gibi) veya İnsidon cinsinden timoleptik, anksiolitik ilâçların kullanılması faydalıdır.

Bu cins hastalarda sıklıkla görülen çenber tarzında baş ağrılarına karşı analjezikler faydalı olmamaktadır. Bu şikâyetleri geçirebilmek için kas gevşetici ilâçlar (meselâ Erbasoma, Tolserol, Dorsilon v.s. gibi), hem kas gevşetici ve hem de trankilizan etkisi olan Librium, Valium (Valibrin), Diazem cinsinden preparatlar kullanılır. Carisoprodol ve Aspirin terkibinde olup analjezik - kas gevşetici etkisi olan Car-As şiddetli ağrı hallerinde tavsiye edilir. Aynı maksatla Gamakuil ve Kuilil de kullanılabilir.

Astenik nevrozlarda sık görülen seksüel empotans da psikiyatrın karşısına başlı başına bir problem olarak ortaya çıkar. Hastada hiçbir zaman bir hormon yetersizliğinin bulunmadığını tedâvi eden hekim asla aklından çıkarmamalıdır. Bu kabil vak'alara verilen testis hormonları psişik bir empotansın yerine ciddî ve gerçek bir hormon yetersizliği koymaktadır. Kanda yükselen testis hormonu seviyesi hipofizin gonadotrop hormon ifrazını inhibe etmek suretiyle testislerde atrofiye sebep olur. Hiçbir fayda sağlamadığı bir yana, giderilmesi mümkün olmayan zararlar da veren böyle bir tatbikattan muhakkak kaçınmak gerekir. Hastaya meselenin asla bir organik yetersizlik olmadığını, kendi haline bile bıraksa düzeleceğini anlatmak icabeder. Mümkün olursa hastanın eşi ile konuşup ona anla-

yışla muamele etmesini, heyecanlandırmamasını söylemelidir. Seksüel birleşmelerin arasını biraz açınalı fakat asla tam bir perhize girmemelidir. İlâç olarak E vitamini preparatları, B grubu vitaminleri, hafif müsekkinler faydalıdır. Benzodiazepine preparatları (meselâ Librium) empotans hallerinde kontr-endikedir. Bu bakımdan uzun süren Librium tedâvilerinde empotans tehlikesinin bulunduğu göz önünden uzak tutulmamalıdır.

Kaplıca ve plâj kürleri, hattâ sauna astenik nevrozlarda faydalıdır.

Psikoterapiye gelince. Nevrastenide analitik metodlarla bir sonuç alınamıyacağı kanaatindeyiz. Eksistansiyel psikoterapi tavsiye edilmektedir. Herhalde astenik nevrozlarda yapılacak tedâvi öğretici, yol gösterici, destekleyici bir psikoterapi olmalıdır.

Histeri ve sıkıntı nevrozu :

Histerinin somatik gösterilerinin tedâvisinde iki yol güdülmelidir: hastanın tecridi ve telkin tedâvisi.

Hasta, toplum karşısında, şuur altı dürtülerinin tesiriyle ve bir kısmı da şuurlu olan bir tiyatro oyunu oynamaktadır. Perdeyi indirin, salonu boşaltın, oyun da biter çünkü seyircisi kalmamıştır. O halde bir histeri kriziyle karşılaşan hekimin ilk alacağı tedbir hastanın çevresindekileri oradan uzaklaştırmak ve histerik manifestasyonlarla ilgilenmemektir. Günlerdir devam eden histeri nöbetlerinin, hastanın etrafına oturmuş onun ellerini oğuşturup kolonyalar dökerek çeşitli şefkat tezahürleri gösteren ailesi efradını odadan çıkarmakla birdenbire geçtiğine çok şahit olmuşuzdur. Bazen bu oyun o derece komik bir hal alır ki, meselâ bir kadın hastamız bir taraftan yatağında baygın (!) yatıyor, bir taraftan da sigarasını içiyordu.

Eğer tecrid gerekli sonucu sağlamazsa telkin tedâvisine başvurulur. Telkin vasıtalarının başında faradik akımlar gelmektedir. Bir rulo ile vücuda tatbik edilen faradizasyon histerik belirtilerin birçoğunu ortadan kaldırmaya yeter. Günlerce, hattâ aylarca süren histerik paraplejilerin, mütizmlerin daha birçok konversion semptomunun bir tek seans faradizasyon ile düzelmesi her psikiyatrın günlük meslek hayatının alışılagelmiş müşahedelerindendir. Telkin vasıtası olarak hekimin uygun göreceği her şeye başvurulabilir.

Bazı histerik ajitasyon vak'alarında klorpromazin şırıngası ile hastayı bir süre için sedasyona sokmak gerekebilir. Uyku kürleri de faydalı olmaktadır.

Şunu unutmamalıdır ki, histerik belirtiler, telkinle kaybolsalar dahi, şuur altındaki birtakım komplekslerin gösterileri olduğu, kon-

version mekanizmasiyle meydana geldiği için, kompleks ve çatışma yerinde durduğu sürece mutlaka geri gelecek, belki başka bir şekle bürünerek fakat muhakkak nüksedecektir. Eğer konversion olmazsa karşımıza bir «serbest anksiete», bir sıkıntı nevrozu çıkacaktır. O halde histerinin bir tek tedâvisi vardır: analitik tedâvi. Fakat şunu unutmamalıdır ki, bir taraftan analitik tedâvi belli bir entellektüel seviyeye ihtiyaç gösterirken, diğer taraftan da entellektüellerde daha ziyade serbest anksieteye tesadüf edilmesine karşılık konversion reaksiyonları entellektüel kapasiteleri düşük, zekâca ve sosyal gelişmeleri bakımından nisbeten geri kalmış kimselerde sıklıkla görülmektedir. Bu cihetle, bazen analitik tedâviler yerine, gereğine göre destekleyici, öğretici, yol gösterici psikoterapilerin tatbiki daha faydalı olmaktadır.

Histeride seçilecek tedâvi metodu her hastaya göre dikkatle ayarlanmalıdır. Kolda görülen bir histerik monoplejiyi, iyi bir telkin konuşmasından sonra tansiyon âletinin manşetini takıp içine hava doldurmak suretiyle sıkarak geçirmek bir hastamızda mümkün olmuştu. Faradizasyon hemen birçok konversion semptomunu ânî olarak ortadan kaldırır. Fakat, entellektüel bir kimsede görülen ve daha çok sıkıntı nevrozu tarzında kendini gösteren belirtiler hasta ile bu kabil karşılıklı oyunların oynanmasına aslâ müsaade etmez. Yapılacak en ufak bir hata hastanın güvenini bir anda yok eder ve değil bizim tarafımızdan, fakat artık başvuracağı diğer hekimlerce de tedâvisini güçleştirir.

Serbest anksietenin görüldüğü vak'alarda orta derecede etkili anksiyolitikler (Niamid, Marplan, İnsidon gibi), trankilizanlar (meprobamate preparatları, meselâ Pertranquil, Equanil, Trankilin, v.s.) faydalıdır. Günde 50 - 80 damla laudanum de Sydenham kullanılması çok faydalıdır.

Laudanum'lu bir reçete örneği:

Rp.
Laudanum de Sydenham
Teinture de gentiane *ââ 25. gr.*
Günde 3 defa 25 damla

Sıkıntı nevrozunda hekim hastanın aktüel meseleleri ile yakından ilgilenmelidir. Bu kabil vak'aların pek çoğunda psikoseksüel gelişmenin erken çağlarına ait bir kompleksten ziyade aktüel çatışmaların bahis konusu olduğunu gördük. Hastanın güvenini kazandıktan sonra (ki esasen hasta hekime gelirken ona güvenmeyi ve içini boşaltmaya hazırdır) onun günlük hayatı ve problemleri hakkında

konuşmalı ve tamamen tarafsız kalarak gerekli tavsiyelerde bulunmalıdır. Burada dikkat edilecek noktalardan biri de hastaya bazı hususlarda fikir verir ve nasihatte bulunurken kendi öz problemlerimiz, arzu ve temayüllerimizin etkisi altında kalmamamızdır. Psikiyatr olmak, hekim olmak insanı insan olmaktan çıkarmıyacağı, her insan gibi psikiyatrların da za'fları, arzuları, affeksiyonları bulunacağı tabi'îdir. O halde, hasta ile konuşurken birtakım projeksiyonlara düşmemelidir.

Obsessiv - kompulsiv nörozlar, psikasteni :

Birçok otoriteler bugün için psikasteninin yeterli bir tedâvisinin bilinmediği kanaatinde birleşmektedirler. Teorik olarak seçkin tedâvinin psikanaliz olması gerekirken hakikatte psikanaliz ile çoğu zaman hiçbir sonuç alınamamaktadır. Hastanın obsession ve fobileri serbest çağrışımı engellemekte, içine düştüğü ambivalans terapist ile arasında gerekli transferin kurulmasını imkânsız hale getirmekte ve nihayet tedâvi hiçbir sonuç alınamadan kesilmektedir.

Antidepressif ilâçlar, meselâ Tofranil, Surmontil gibi preparatlar tavsiye edilir. Ancak, pratikte rastladığımız vak'alar göstermiştir ki, antidepressifler sadece hastadaki sıkıntıyı gidermekte fakat obsession ve onun doğurduğu ritüeller aynen devam etmektedir. Meselâ, mizofobili bir hasta sık sık ellerini yıkar ve bundan dolayı da büyük bir sıkıntı duyar. Buna tatbik edilecek bir Tofranil kürü sıkıntıyı geçirebilir ve hasta artık bir sıkıntı duymaksızın gene ellerini yıkamaya devam eder.

Obsessiv-kompulsiv nörozlardaki obsession ve fobilerin bazen gerçek bir hezeyan vasfını kazanacak derecede mantık hataları ile dolu olmaları, hakikî paraloji örnekleri göstermeleri, saçmalıkları (absurdité), diğer taraftan da hastanın gayesiz bir şekilde tekrarladığı hareketlerin, ritüellerin tamamen stereotipik vasıfta olmaları, obsessiv - kompulsiv nörozların hiç değilse bir kısmının birer şizofreniform psikoz olduğu fikrini vermektedir. Bu noktadan hareket ederek bu kabil hastalarımıza tatbik ettiğimiz nöroleptik tedâvilerden faydalı sonuçlar elde ettik. Özellikle Haloperidol, Tofranil ile beraberce kullandığı takdirde klinik olarak şifa diyebileceğimiz sonuçlara varılmakta ve her şizofrenide olduğu gibi, nöroleptik tedâvinin uzun sürdürülmesi prensibine riayet etmek şartiyle nüksler de önlenmektedir.

PSİKOSOMATİK HASTALIKLAR

«Psikosomatik» terimi genel olarak iki anlamda kullanılmaktadır:

1) Bütün hastalıkları içine alan genel bir klinik görüşü ifade etmek üzere,

2) Belli bir grup fizik hastalık ve sendromun ismi olarak.

Birinci manâsiyle «psikosomatik» tabiri, **Adolf Meyer**'in «psikobiyolojik» terimi ile aynı manâyı taşımaktadır. Bu manâsiyle «psikosomatik hekimlik», organizmayı bütün ruhî ve somatik belirtileri ve fonksiyonları ile bir bütün halinde ele almak, birçok fizik hastalığın psişik sebebi olabileceği gibi, birçok psişik sendromun altında da fizik bir olayın bulunduğuna dikkat etmek, ruh-beden münâsebetlerini beraberce göz önünde bulundurmak demektir. Bilindiği gibi, pek çok psikonörotik sendrom, uzun zaman organik ve kendine has (sui generis) birer hastalık gibi tedâvi edildikten sonra psikiyatra gelmektedir. Böylece nice nörotik dispepsiler, «romatizma» diye teşhis edilmiş müphem ağrılar, «asthma bronchiale» zannedilen «hava açlığı» belirtileri, «nevralji» veya «nevrit» etiketi altında tedâvi edilip bir türlü iyileşmiyen lokalize ağrılar mevcuttur. Hattâ pek çok kronik nörotik hastalık doğrudan doğruya hekimler tarafından yaratılmakta, birtakım lüzumsuz tetkik ve muayeneler sonucu, telkine müsait şahıslarda meydana gelmektedir (iatrogenic denen hastalıklar). Bir palpitation sebebiyle gittiği iç hastalıkları mütehassısı tarafından elektrokardiogramı çekilen böyle bir hastanın artık her gün yeni birkaç EKG çektirdiği ve bunları tomar halinde yanında taşıdığı çok görülen hallerdendir.

İkinci manâsiyle «psikosomatik hastalıklar» belli ve sınırlı bir grup hastalığı ifade eder. Bu hastalıklarda emosyonel sebepler, anksiogen stimulus, belli bir fizyolojik sistem üzerine tesir eder ve aşikâr otonom sistem belirtileri ortaya çıkar. Misâl olarak vasomotor rhinitis, asthma bronchiale, esansiyel hipertansiyon, koroner trombozu, ulcus duodeni, colitis ulcerosa, primer dismenoreler, enuresis nocturna, primer hipertiroidi, diabetes mellitus, rheumatoid arthri-

tis, migren, çeşitli ürtikerler, pruritis, neurodermatitis... ilh. sayılabilir.

Psikosomatik hastalıklara «psikofizyolojik hastalıklar» adı da verilmektedir. Bunlarda affektif, anksiogen stimulus'un uzun süreli visseral ifadesi zamanla birtakım strüktür değişikliklerine yol açabilmektedir. Psikosomatik belirtileri histeride ortaya çıkan konversion belirtilerinden şu özellikleri ile ayırd ederiz:

(1) Belirtilerin meydana geldiği organ ve visserler iradeli kontrolümüz altında olmayan, otonom sinir sistemi tarafından innerve edilmektedirler;

(2) Belirtilerin ortaya çıkması ile anksiete hafiflemez (konversion reaksiyonunda belirtilerin ortaya çıkması ile serbest anksietenin bağlı anksieteye döndüğünden ve hasta tarafından şuurlu olarak hissedilmediğinden bahsetmiştik);

(3) Semptomlar histerideki gibi sembolik değil, fizyolojik orijinlidir;

(4) Strüktür değişiklikleri hayat için tehlikeli olabilmektedir.

Psikosomatik hastalıklar üzerinde yapılacak araştırmalar birçok güçlükler arzetmektedir. **Halliday** (1948) pek çok kronik ve nükseden hastalığın aslında psikosomatik orijinli olduğunu söylemektedir. Bunlardan bir kısmının sebep olduğu organik strüktür değişiklikleri öldürücü sonuçlar da doğurabilmektedir (peptik ülser, diabet, hipertansif kardiovasküler hastalıklar gibi). Anlamlı bir istatistik sonuç elde edebilmek için hastalığın primer kaynağını bulmak icabetmektedir ki bu da hemen daima imkânsız hale gelmektedir. Gene **Halliday**'ın bildirdiğine göre meselâ asthma ve ulcus duodeni gibi bir grup psikosomatik hastalık erkeklerde, eksoftalmik guatr gibi bir diğer grup da kadınlarda daha fazla görülmektedir. Bir kısım psikosomatik hastalıklar şehir ve hayat şartları, çalışma şekilleri ve sosyo-ekonomik durumlarla yakın ilgi göstermektedir.

Gastroduodenal ulcus'un görülme oranı % 5,5 olmasına rağmen, ulcus'lu hastaların kardeşlerinin % 11,5'unda bu hastalığa rastlanması, hipertansiyon, migren, eksoftalmik guatr ve asthma gibi hastalıkların ailevi karakterleri, birtakım psikosomatik hastalıklarda familial istidadın kabulünü telkin eder mahiyettedir.

Psikosomatik hastalıkların meydana geldiği şahsiyet karakter ve özellikleri ile bunları doğuran affektif şartlar halen açıkça belirlenmemiş olup, günümüzde dahi araştırma konusu olmaktan ileri gidememektedir. Bununla beraber, bu çeşit hastalarda, bilhassa çocukluk çağlarına ait ve gerek şahıslar arası münâsebetleri ilgilendiren veya gerekse bedenî birtakım fonksiyon bozukluklarından orijinini alan kuvvetli stress'ler tesbit edilebilmektedir. Psikosomatik hasta-

lıklar her şart altında ve her türlü şahsiyet yapısında bulunan kimselerde meydana gelebilmekle beraber, bunlara daha çok nörotik karakterli kimselerde rastlanmaktadır. Annenin fazla ve patolojik hâkimiyeti, babanın ise ya ölüm, ayrılma veya ev dışındaki meşguliyetinin çokluğu sebebiyle çocuktan uzak bulunması, beraber oldukları zaman da sert ve mütehakkim tutumu birçok müellifler tarafından ortaya konmuştur. Psikosomatik hastalık gösteren kimseler ekseriya çocukluklarını «tek evlât» olarak geçirmişler ve fazla ihtimam görmüşlerdir. Bundan başka, okul hayatı, iş hayatı, sosyo-ekonomik şartlar, hayatta başarı derecesi gibi birçok faktörler, henüz istatistik bakımdan anlamlı olmamakla beraber, ortaya konabilmektedir.

Psikosomatik hastalıkların etüdünde şu hususlar ortaya konmalıdır:

1) Belli bir fizik hastalıkla beraber karakteristik bir şahsiyet tipi;

2) Hastalığın başlangıcı ile yakından ilgili bir ruhî çatışma veya çevre stress'i;

3) Hastanın hayat hikâyesi;

4) Herediter faktörler.

Psikosomatik hastalıkları şu şekilde sınıflandırabiliriz:

(1) Deri reaksiyonları (neurodermatosis'ler, pruritis'ler, atopic dermatitis, hyperhydrosis gibi).

İkinci dünya harbi sırasında, 2 sene yedek subaylık yaptıktan ve evine dönüp işine başladıktan kısa bir süre sonra bir gece Askerlik Şubesinden, ertesi sabah yeniden orduya iltihakı istenen ve kendisine üç alayın birden levazım müdürlüğünün tevdi edileceğini öğrenen bir hastamızın o gece her iki femur bölgesinde yumuşak ve her biri bir santimi geçen binlerce siğil çıkmıştır. Pantolon giymesini dahi son derecede güçleştiren bu siğillerine rağmen askerî vazifesine başlayan hastamız siğillerini bir deri hekimine koterize ettirmiş, derhal yerlerine yenileri çıktığı gibi, eskilerinin koterize edilmesi ve yerlerinin infekte olması sonucu ıstırabı büsbütün artmış, yürüyemez hale geldiği için İzmir Askerî Hastahanesine yatırılmıştır. Hiçbir tedâvi ile siğiller kaybolmamaktadır. Bir gün kendisine bu siğilleri «okutması» tavsiye edilir. Başvurduğu bir yaşlı kadın kendisine «okumuş» bir mürekkep ve bir de kalem vererek bu kalemle her siğilini mürekkeplemesini ister. Çaresiz kalan ve aslında iyi tahsil görmüş, intellek-

tüel bir şahıs olan hasta, çaresizliğin verdiği derin inanç içinde gece geç vakitlere kadar siğillerini mürekkepler ve yorgun bir halde uykuya dalar. Sabah kalktığı zaman bir tek siğil dahi kalmamıştır.

(2) Kas-iskelet sendromları (psikojen romatizmalar, sırt ağrıları, kramplar, miyaljiler, baş ağrıları gibi.)

Kronik anksietenin sebep olduğu ve «tension headaches» denen baş ağrılarından, boyun fibrozitlerinden psikonevrozlar bölümünde bahsedilmişti.

(3) Solunum sistemi hastalıkları (bronş spazmları, bazı asthma vak'aları bazı hipervantilasyon sendromları, devamlı «iç çekmeler» hıçkırıklar).

Çok kısa bir müddet dahi hipervantilasyon dayanılmaz bazı sübjektiv belirtiler, baş dönmeleri yaparak sonunda kompensatris bir apne meydana geldiği ve iradeli olarak devamı mümkün olmadığı halde üç ay müddetle ve devamlı olarak hiperpne yapan bir hastaya rastlamıştık.

(4) Kardiyovasküler hastalıklar (paroksismal taşikardi, hipertansiyon, vasküler spazmlar ve migren gibi).

(5) Lenfatik sisteme ait ve bir emosyonel faktöre bağlanabilen hastalıklar.

(6) Orijininde bir emosyonel faktör gösterilebilen her türlü kan hastalıkları.

(7) Gastrointestinal hastalıklar (peptik ülser, kronik gastrit, ülserativ veya mükoz kolit, kabızlık, hiperasidite, pilor spazmı, irritabl kolon, anorexie nervosa, oburluk ve şişmanlık gibi).

(8) Urogenital sistem hastalıkları (dysmenorrhea, amennorrhea, dysuria, enuresis, seksüel impotens, frijidite gibi).

(9) Endokrin hastalıklar (hipertiroidi, diabetes mellitus gibi).

(10) Emosyonel faktörleri takiben ortaya çıkan ve konversion reaksiyonu tarzında olmayan, sinir sistemine veya duyu organlarına ait hastalıklar.

Tedâvi:

Evvelâ şunu belirtelim ki, hastalığın başlangıcındaki emosyonel faktörler veya stress'ler ne olursa olsun, hastalığın tabiati ve meydana gelmiş bulunan strüktür değişiklikleri sebebiyle tıbbî ve gere-

kirse cerrahî tedâvi şarttır. Tatbik edilecek medikal veya cerrahî tedâvinin şekli ise strüktür değişikliğine ve organa göre belirlenen özellikler taşımalıdır. Bu semptomatik tedâvi yanında hastanın hayat şartlarının düzenlenmesi, bilhassa destekleyici cinsten psikoterapi ve trankilizan ilâçlar tavsiye edilebilir. Burada, prefrontal lobotomilerden sonra psikosomatik gösterilerin çok azaldığını da -bu hastalıklarda lobotominin endike olduğunu iddia etmemek kaydiyle- ilâve edelim

Şaşırdım kaldım nasıl atsam adım
Gün kasvet, gece kasvet
Bulutlar, sisler içinde bunaldım;
Gök mavisine hasret.

CAHİT SITKI TARANCI

SIKINTI

Günümüzün insanı, daima varlığını tehdit eden, onu, çeşitli stresslere karşı mücadeleye zorlayan, adaptasyonunu daima bozan bir dünya içinde, tarihin hiçbir devresinde olmadığı kadar yalnız, yapayalnız yaşamaktadır. Bugün, milyonlarca insan, kalabalıklar içinde tek başına olmanın ıstırabını çekiyor. Affektif ve sübjektif değerler, madde içinde boğulmuş, kıymetini kaybetmiştir. Bir taraftan sanayileşmenin verdiği yalancı rahatlık insanlar arasındaki mücadeleyi büsbütün arttırmış, diğer taraftan manevî bağların gevşemesi ve maddenin katı, soğuk cazibesi yirminci yüzyıl insanını bugünkü içinden çıkılamaz duruma sokmuştur.

«Sıkıntı», bugün, insanın hislerinin, duygularının, tecrübelerinin en önünde gelmektedir. Şairler onu söylemekte, romancılar ondan bahsetmekte, sıkıntılar üzerine şarkılar bestelenmektedir. Böylece «sıkıntı», bir taraftan sanatçılara konu ve sermaye olurken, diğer taraftan da psikologlar, sosyologlar ve hekimler ona çare bulmaya çalışmaktadırlar.

İhtisası, çalıştığı dal ne olursa olsun, her hekime başvuran hastaların büyük kısmının asıl derdi sadece «sıkıntı» dır. Bunlardan kimisi kalbinin, kimisi midesinin ağrıdığını, kimisi iş görmeye mecali olmadığını, kimisi çevresi ile çatışmaya düştüğünü söyler. Halbuki, bütün bunların altında yatan tek hakikat «sıkıntı» dır.

Karen Horney, bunun farkına varanlardan biridir. İnsanın düşman bir dünya içine doğduğunu ve yalnızlığını idrâk ettiği andan itibaren sıkıntısının da farkına vardığını söylemiş, «temel anksiete» (basic anxiety) kavramını ortaya atmıştır. **Otto Rank,** daha doğum ânında anne vücudundan ayrılmakla başlıyan ve her ayrılışta biraz daha şiddetini arttıran «ayrılma (separation) anksietesi» ne dikkati çekmiştir. Diğer taraftan eksistansialistler de meseleyi başka bir açıdan ele almaktadırlar. **Heidegger'e** göre insan başka varlıkların da varoluşlarını idrâk eder ve onlarla beraber, aynı dünya içinde varolur. Fakat insan bu beraberliği kabul etmemekte, kendi özelliğini or-

taya koymak için beraber bulunduğu diğer varlıklarla arasına bir mesafe sokmaya çalışmaktadır. Nihayet insan, var olması mümkün bulunanların dahi eksistansından haberdar olmaktadır. İnsan, idrâk ettiği bu essence'dan mahrum, sebepsiz, manâsız varlığına eksistansına bir sebep, bir sahip arama gayretine düşer. İşte bu idrâk, bu yalnızlığın farkına varma ve bu arama gayretleri onun sıkıntısına sebep olmaktadır.

Sıkıntı sebeplerinin başında izolâsyon, ayrılık hâdisesi gelir. Şahsın, bağlı bulunduğu bir «figür» den uzun süre ayrılması sıkıntı reaksiyonunu doğurmakta, buna karşı da kaybedilen objenin telâfisi gayretleri ortaya çıkmaktadır. Bu suretle sıkıntı giderilmeye, bozulmuş olan ruhî denge, psişik homeostasis yeniden kurulmaya çalışılır.

Freud da bir şekliyle separasyon anksietesinden bahsetmiştir. **Freud'a** göre anksietenin tek sebebi sevilen, arzu edilen objeden ayrılmadır. Hayvan ve insanda yapılan tecrübe ve araştırmalar **Freud'a** hak verdirecek sonuçlara varmıştır. Çocuklarda, özellikle 3 yaşından önce, annelerini kaybetme tipik ayrılma anksietesi sendromlarına yol açmaktadır. Yabancı bir memlekette, alışılmamış bir ortamda bulunmak da aynı şekilde separasyon anksietesine sebep olmaktadır.

Separasyon anksietesinin beslenme, birtakım bedenî ihtiyaçların giderilmesi, seksüel doyum gibi somatik ve vejetatif hallerle de ilgisi olmadığı gösterilmiştir. **Bowlby'ye** göre separasyon anksietesi sadece affektif ilginin kaybına bağlıdır. Nitekim çocuk annesini sadece onu emzirdiği, beslediği için sevmemekte, yetişkin bir insan da bir başkası ile yalnızca seksüel maksatlarla affektif bağlantılar kurmamaktadır. Hattâ aksi daha çok varittir. Birçok çocuk annesi tarafından emzirilmemekte, biberon ile beslenmekte olduğu gibi, pek çok seksüel alâkaların da affektif hiçbir yanı bulunmamaktadır. Bu kabil münâsebetler yemek yemek gibi somatik bir bağlantıdan ibaret olup, kolaylıkla objenin değiştirilebileceği de gösterilmiştir. Ancak affektif bağlantıların kaybı, hattâ «figür» ile fizik beraberlik devam etse dahi, separasyon anksietesine sebep olmaktadır.

Burada anksiete, sıkıntı ile korku arasında da bir ayırım yapmak gerekiyor. Anksiete «kaybetme endişesi» dir ve objeye yaklaşmaya, objenin aranmasına sebep olur. Korku ise bir tehlikeye işaret eder ve objeden uzaklaşma davranışını ortaya çıkarır.

Kaybedilen figürün tekrar bulunması ihtimali kalmazsa, meselâ ölüm bahis konusu ise, anksiete gayesiz birtakım hareketlere, faaliyetlere sebep olacaktır. Rüyalardan hipnagojik hallüsinasyonlara, kaybedilen figürü temsil eden birtakım sembolik objelerle devamlı

meşguliyete ve hattâ, «öbür dünyada buluşma» ümidiyle intihara kadar faaliyetler bu arada sayılabilir. **Bowlby,** eşlerini kaybetmiş 22 dul kadını incelemiş ve bunların 10 unda intihar fikirlerini net olarak tesbit etmiştir. Gene bu 22 duldan 15'i zaman zaman eşleri sanki dirilip gelmiş gibi onlarla konuşmakta, hattâ kayıplarını inkâra kadar gitmektedirler.

Sosyal ve politik şartlar da anksiete doğurmaktadır. Heidelberg'den **von Baeyer,** Nazi Almanyasındaki terör idaresinin doğurduğu anksiete reaksiyonlarını incelemiş ve korku doğuran maddî sebepler ortadan kalktıktan sonra dahi serbest ve irreversibl anksietenin bir davranış pattern'i şeklinde devam ettiğini ortaya koymuştur. O insanlar için artık seneler geçse dahi kapı zilinin çalınması veya bir nalçalı potinin yaptığı ayak sesleri şiddetli panik reaksiyonlarına sebep olmaktadır. Aynı şekilde, yukarda da söylediğimiz gibi, yabancı bir ortamda, toplumdan, alışık olduğu muhitten uzak kalma ve emniyetsizlik hissi de anksiete doğurmaktadır. İnsanın, kalabalık bir caddede saatlerce yürüyüp selâm verecek bir tek aşina çehreye rastlamaması en büyük anksiete âmillerinden biridir.

Önemli bir nokta da anksietenin davranışlara yön veren bir dürtü, bir motivasyon faktörü olması ve bu bakımdan **Pavlov** kanununa uymasıdır. Yani, anksietenin şiddeti bir limite kadar stimulus ile orantılı olup gittikçe artar. Fakat, bir maksimal cevap sınırının ötesinde artık şiddetinden kaybeder ve azalır. Artık anksiogen faktöre rağmen organizma homeostasis'ini temin yoluna gitmiştir. Mamafih, Londra'dan **Eysenck,** yaptığı tecrübelerde bunun istisnalarının olduğunu göstermiş, devamlı olarak stimulusla doğru orantılı artan anksiete hallerini ortaya koymuştur.

Anksietenin klinik belirtileri ve psikosomatiği

Anksiete, esas itibariyle, şiddetli bir emosyonel reaksiyondur. Eğer şiddetli olur, gereğinden fazla devam eder ve ona karşı adaptasyon husûle gelemezse patolojik olarak kabul edilmek gerekir. Tremor, taşikardi, terleme, pupilla dilatasyonu şiddetli anksietenin vegetatif belirtilerini teşkil eder. Anksieteli kimse daima uyanık ve dikkatlidir. İskemlenin kenarına adeta sıçramaya hazır vaziyette oturur. En ufak bir dış uyaran şiddetli reaksiyonlara sebep olur. Bazen iradeli dış görünüşünü nisbeten tadil edebilir. Sâkinmiş gibi görünmek gayretine düşer. Fakat postüründeki gerginlik daima dikkati çeker. Bu esnada parmakları ile oynadığı, koltuğun kenarına koyduğu elinin bilekten itibaren fleksiyon halinde sarkacak yerde ekstansiyon durumunda gerginliğini muhafaza ettiği görülür. Bazı-

ları mendilleri ile oynar ve onu zaman zaman bir parmağının etrafına sarar. **Mears** bir anksiete testi ortaya atmıştır: sıkıntılı bir kimseye sigara ikram ediniz. Sigarayı almak için uzattığı elinin parmakları yarı fleksiyon halinde olmak gerekirken küçük parmağı dahi işaret parmağı kadar gergin bir elle karşılaşırsınız.

Umumî gerginlik hali özellikle boyun kaslarında kendini gösterir. Servikal vertebraların radyolojik tetkiki boynun normal lordoz halinin kaybolduğunu, servikal kolonun dümdüz, hattâ tersine dönerek kifotik bir pozisyon aldığını ortaya çıkarır.

Mimikleri endişe ve sıkıntısını açıkça gösterir. Kaşlar çatılmış, alın bir omega harfi şeklinde kırışmıştır. Masseterler kasılı, dişler sıkılıdır.

Davranışı devamlı huzursuzluğunu ortaya koyar. Bir iskemlenin üstünde uzun süre oturamaz. Etrafında geçen en ufak hâdiseye, küçük bir tıkırtıya dikkat eder. Hareketleri hızlıdır. Bir şey yapması, meselâ ceketini çıkarması istendiğinde bunu lüzumsuz bir acelecilik içinde yapar.

Elektroansefalografi tetkikleri anksiete reaksiyonu sırasında düşük amplitüdlü ve hızlı bir aktiviteyi ortaya çıkarır. Bu şiddetli bir uyanıklık halinin elektrografik delilidir. EKG tetkiki de taşikardiyi gösterecektir.

Terleme sebebiyle derinin elektrik direnci azalmıştır.

Ergin bir insanda beyin hücrelerinden saatte 1.000 tanesi kaybolmaktadır. Bu irreversibl bir olay olup, 80 yaşına kadar beyin hücrelerinin ortalama % 10'u eksilmiş olur. Stress ve anksiete bu katabolizma hızını arttırmakta, hücre kaybı daha hızla meydana gelmekte, katabolizma ürünü proteinlerin kan lenfositleri ile teması ise antikor teşekkülüne sebep olmaktadır. Moskova'dan **Vartanian**, şiddetli stress altında bulunan kimselerin % 40 - 50'sinde beyin proteinlerine karşı antikor mevcudiyetini kompleman birleşmesi reaksiyonları ile tesbit etmiştir.

Anksietenin heredite ile ilgisi

Bir bakıma anksiete için enfeksiyöz, bulaşıcı bir haldir denebilir. Anksiete reaksiyonları şahıstan şahsa geçer. Dolayısiyle anksietede en önemli faktörlerden biri çevre faktörüdür. Fakat, ikizler üzerinde yapılan etüdler, hiç değilse anksieteye karşı herediter bir predispozisyonun mevcudiyetini de meydana çıkarmıştır. Mamafih, tekrar edelim, esas olan çevre faktörüdür.

Bu arada, % 80 - 85 oranında irsiyetle ilgili bir hastalığın, cyclophrenia'nın melankoli tipindeki nöbetlerinden ve burada anksietenin irsiyetle yakın ilgisinden de söz etmek gerekir.

Anksietenin fizyolojisi

Anksiete yaratan sebeplerin, çeşitli davranış özellikleri gösteren, farklı fizyolojik ve anatomik yapılara sahip kimselerde birbirinden çok başka reaksiyonlara sebep olduğu anlaşılmıştır. Bu arada ekstrovert - introvert şahsiyet yapılarını, nihayet, visseral beyin ve retiküler aktivatör sistemin eşik değerlerindeki farkları da zikretmek gerekir.

Anksiete ve korku reaksiyonları santral beyin mekanizmaları tarafından kontrol edilir. Edinburg'dan **Smythies**, korku reaksiyonlarının, amygdala, hypothalamus ve retiküler sistemi de içine almak üzere limbik sistemle ilgili olduğu üzerinde durmaktadır. Nitekim, daha 1874'de **Golz**, köpeklerde hiddet hallerinin, kızgınlık reaksiyonlarının, hemisferlerin çıkarılmasından sonra daha kolaylıkla meydana gelebildiğini göstermek suretiyle bu kabil reaksiyonlarla merkezî sinir sisteminin ilgisine ilk defa dikkati çekmiştir. **Cannon** ön beyni çıkarılmış kedilerde aynı hali müşahede etmiş ve buna **«yalancı kuduz» (sham rage)** adını vermiştir. **Bard** (1928), hypothalamus'un arka kısmı sâbit kaldığı müddetçe bu reaksiyonların devam ettiğini göstermiştir. **Fulton** ve **Ingraham** (1929) kedilerde frontal lob kaidesinin hemen chiasma üstünde kalan kısmının iki taraflı lezyonunda yalancı kuduz reaksiyonunun görüldüğünü **Bard** ve **Mountcastle** (1948) ise, neokorteks'in, yani frontal kutbun çıkarılması halinde aksi bir klinik tablonun, uysallık halinin **(placidity)** meydana geldiğini göstermişlerdir. **Klüver** ve **Bucy**, vahşi macacus'larda iki taraflı temporal lobların çıkarılmasından sonra hayvanların son derecede uslu bir hale geldiklerini görmüşlerdir. Bu araştırıcıların tecrübelerinde mesocortex ve archicortex içinde uncus, amygdala ve civarındaki korteks bölgeleri, hippocampus'un büyük kısmı ve gyrus hippocampi'nin posterior bölgeleri iki tarafta da sağlam bırakılmıştır. Tecrübeye tâbi tutulan hayvanlarda kızgınlık ve hiddet ifadesi olan motör reaksiyonlar tamamen kaybolmakta idi. **Smythies**'in bildirdiğine göre hypothalamus'un ön ve parasempatik kısmı aggression mekanizmaları ile, arka ve sempatik bölümü ise korku ve kaçma reaksiyonları ile ilgilidir. Hypothalamus, amygdala, hippocampus ve limbik sistem tarafından kontrol edilir. Hippocampus'un korku re-

aksiyonu üzerindeki tesiri amygdala tarafından inhibe edilmekte, bu inhibisyon hipofizo - adrenal stress mekanizmasını da baskı altında tutmaktadır. Amygdala'ların çıkarılması kanda kortizon seviyesini ve korku reaksiyonlarını arttırır. Görülüyor ki, amygdala ve hippocampus birbirine zıt istikamette faaliyet göstermekte ve dengeli bir kontrol sistemi meydana getirmektedir. Bütün bu sistem ise limbik, orbito-fronto-temporal korteks ve genellikle beynin karar fonksiyonu ile ilgili bölgelerinin kontrolü altındadır.

Beyin sapı retiküler sistemi de korku reaksiyonları ve anksiete ile ilgilidir. Bilindiği gibi, beyin sapında perleşmiş bulunan retiküler aktivatör sistem, gerek periferiden, gerekse iç ortamımızdan ve hattâ bizzat beyinden gelen informasyonları toplamakta, integre etmekte ve non-spesifik diffüz projeksiyon sistemi vasıtasiyle, beyin korteksinin uyanıklığını sağlamaktadır. O halde buradaki bir hiper aktivasyon devamlı bir uyanıklık haline, EEG'de de tesbit ettiğimiz düşük amplitüdlü, yüksek frekanslı uyanma reaksiyonuna sebep olacaktır. Retiküler sistemi üç yönlü bir anahtar gibi de tasavvur edebiliriz. Bir pozisyonda informasyonlar medial amygdala ve posterior hypothalamus'a gönderilerek kaçma reaksiyonuna, ikinci pozisyonda lateral amygdala ve anterior hypothalamus'a gönderilerek korku reaksiyonuna sebep olmakta, üçüncü pozisyonda ise hippocampus'a giderek rahatlama haline sebep olmaktadır. Retiküler sisteme gelen bu informasyonların daha önce beyin korteksinde değerlendirildiklerini de hatırlatmak isteriz.

Anksiete, sıkıntı, çeşitli endogen ve eksogen faktörlerin yarattığı bir çeşit savunma reaksiyonudur. Bütün bu hayvan tecrübelerine ait bilgilerden sonra şunu bilhassa ilâve etmek isteriz ki, insandaki, bir çeşit yüksek fonksiyon olarak ele alabileceğimiz ve gerek affektif, gerekse rasyonel komponentleri ihtiva eden anksiete hali ile hayvanlardaki kızgınlık reaksiyonlarını hiçbir zaman birbirinin aynı gibi görmemek gerekir. İnsanı insan yapan, onu çeşitli prodüktif veya destrüktif, faydalı veya zararlı, hatalı veya doğru reaksiyonlara sevkeden faktörlerin başında, hiç şüphesiz ki zekâ, muhakeme vesair yüksek ruhî melekeler kadar önemli olan affeksiyon gelir. Şizofrenlerde, bazen tek semptom olarak ortaya çıkan affektif donukluk hali o insanı hemen normal kimselerin teşkil ettiği toplumdan ayırmakta, artık bütüniyle bir akıl hastası olarak psikiyatri kliniklerinin duvarları arkasına atmaktadır. **Stanley Cobb**'un işaret ettiği gibi, sinir sisteminin filogenetik skalada en son teşekkül eden parçası, neokorteks, affektif reaksiyonları inhibe ediyor. Fakat bu suretle, entellektüel, rasyonel davranışlar lehine affektif davranışların inhibe edilmesinin insanı sıkıntıdan kurtarmadığı, daha mutlu

yapmadığı, zamanımızın madde içinde boğulmuş, affektif ilgilerden mahrum ve ne istediğini bilmez, ne aradığını anlayamıyan, **Ziya Paşa**'nın dediği gibi, gökte yıldız ararken yolundaki kuyuyu göremiyen sözde medenî insanları meydana getirdiği de bir hakikattir.

Anksietenin biyokimyası

Anksiete ile ilgili biyoşimik olaylar Stockholm'de, Karolinska Hastahanesinde incelenmiştir. Araştırmalarda özellikle üç nörotransmettör madde üzerinde durulmaktadır: **nor-adrenalin, serotonin (5-hidroksitriptamin)** ve **dopamin.**

Her ne kadar beyin korteksi esas itibariyle asetilkolin ile çalışmakta ise de, limbik sistem, hipotalamus ve retiküler formasyon bol miktarda nor-adrenalin ve serotonin, ekstrapiramidal sistem ise zengin dopamin ihtiva etmektedir.

Nor-adrenalin anksiete ve korku uyandıran sistemlerin eksitasyonlarını iletmektedir. Bu madde akson terminalinde muhafaza edilir ve sinir impulsu geldiği zaman sinaptik mesafeye boşalarak ikinci nöronu eksite eder. Nor-adrenalinin bir kısmı reabsorbsiyona uğrarken kalanı da T-metilasyonuna tâbi olur. Aksonlardan açığa çıkan serbest nor-adrenalin fazlası akson terminalinde bulunan monoamin oksidaz fermenti tarafından metabolize edilmektedir. Böylece, nialamid gibi MAO inhibitörü ilâçların antidepressiv tesirleri izah olunmaktadır. Chlorpromazine gibi diğer bir kısım maddeler de merkezî adrenerjik faaliyeti inhibe ederek sıkıntıyı önlemektedirler.

Anksietenin teşhis ve prognozu

Stress'lere karşı anksiete cevabı sıhhatli ve normal bir reaksiyondur. Sadece, daha önce de belirttiğimiz gibi, uzun sürer, şiddetli olur ve şahısta buna karşı adaptasyon kapasitesi bulunmazsa patolojik hududa girer. **Hamilton** anksieteleri üçe ayırmaktadır:

(1) Tehlikeye karşı normal bir reaksiyon olarak anksiete;

(2) Patolojik bir davranış tipi (depression);

(3) Patolojik bir sendrom.

Teşhis ve prognoz bakımından bu üç tip anksiete arasında tefrik yapmak gerekmektedir. Tehlikeye karşı normal bir reaksiyon olarak ortaya çıkan anksiete, bu tehlike ister bir separasyon hâdisesi, isterse şahsın fizik varlığını tehdit eden bir tehlike olsun, normal sıhhatli ve faydalı bir savunma reaksiyonudur. Bunu ağrı ile mukayese edebiliriz. Nitekim, ağrılı reaksiyonlar da nosiseptiv stimu-

lusları haber vermek suretiyle organizmanın bütünlüğünü korumak gayesine yönelmiş, faydalı informasyonlardır.

Patolojik bir davranış tipi olarak görülen anksiete bir mizaç kusurudur. Kroniktir. Bir kısmında herediter predispozisyon bulunur ve tedâvi ile en az karşı konabilen anksiete şeklidir.

Patolojik bir sendrom olarak anksiete, ya birtakım psikozlarda görülen, endogen tipte bir anksiete halidir veya anksiete nevrozu bahis konusudur. Uygun bir tedâvi ile giderilmesi, önlenmesi kabil olabilmektedir.

Anksietenin tedâvisi

Anksiete, bundan evvelki bölümde anlatılan şemaya göre tedâvi edilir.

(1) Psikoterapi ve ortam tedâvisi (milieu therapy): Telkin ve destekleyici psikoterapiden analitik tedâvilere ve anksiete doğuran ortamın değiştirilmesine, sebeplerin giderilmesine kadar çeşitli tedâvi şekilleri bahis konusudur.

(2) Desensitisation: Anksiogen stimulusun yavaş yavaş tatbiki suretiyle hassasiyetin giderilmesi. Tıpkı allerji hallerinde allergenin ufak dozlarla verilmesi yoliyle allerjik reaksiyonların kaldırılması gibi tatbik edilir. Meselâ sokağa çıkmanın yarattığı anksiete bir psikasteni vak'asında, evvelce evinin kapısının önüne çıkmak, sonra daha uzun mesafeler katetmeye alışmak suretiyle giderilebilir.

(3) Relaxation: Autogenic training denen kendi kendini gevşetmeye alıştırma talimlerinden aktif hipnoza kadar giden çeşitli sistemler uygulanmaktadır.

(4) Psikotrop ilâçlar: Burada anksietenin tedâvisi için şu haller arasında ayırd edici teşhis yapmalıdır:

nörotik - reaktif anksiete reaksiyonları

serbest anksiete

psikozlar, endogen depressionlar, atipik depressionlar, involüsyonal haller)

fobik-obsessiv reaksiyonlar

fizik hastalıklara bağlı anksiete reaksiyonları

Reaktif anksiete halleri ve nörotik sendromlarda minor trankilizanlar, bromürlerden meprobamata'lara kadar çeşitli ilâçlar endikedir.

Eğer bir endogen depression hali, bir melankoli nöbeti bahis konusu ise evvelâ bromürlerin kontr indike olduğunu hatırdan çıkar-

mamak gerekir. Bu kabil vak'alarda eskiden anksiolitik olarak laudanum kullanılırdı. Bugün anksiolitik ve timoleptik, antidepressif olarak kullanılan ilâçlar şu gruplarda toplanmaktadır:

Dibenzoazepine deriveleri

Iminodibenzyle deriveleri
Imipramine (Tofranil)
Trimepropimine (Surmontil)
Desmethylimipramine (Norpramin, Pertofran).
Iminostilbene deriveleri
Opipramol (Insidon)

Dibenzocycloheptadien deriveleri

Amitryptiline (Laroxyl, Tryptizol, Tryptilin)
Nortryptiline (Arentyl)

Hydrazine ve Hydrazide'ler (MAO inhibitörleri)

1-Isonicotinyl-2-isopropyl-hydrazin (Marsilid)
Isocarboxazide (Marplan)
Nialamide (Niamid)

PSİKOPATİ

Psikopati, sosyopati, moral cinnet (moral insanity), moral imbesilite gibi çeşitli isimler altında, bir akıl hastalığı, bir psikonevroz veya zekâ geriliği belirtisi olmaksızın, impulsiv tipte ve sosyal - moral standardlarla bağdaşamıyan davranışlar incelenmektedir.

Psikopatların davranışları açıkça gayri ahlâkî veya antisosyal olup impulsiv, sorumluluk duygusundan uzak hareketlerde bulunurlar. Sadece o ana ait ve narsistik doyum yollarını tercih ederler; sosyal kaideleri dikkate almazlar ve bütün bu hallerinden pek az sıkıntı ve suçluluk hissi duyarlar. Bir çoğu ise suçluluk hissi bir yana, bütün antisosyal davranışlarından büyük bir haz ve gurur duymaktadırlar.

Psikopatik şahsiyet bozuklukları birçok yazarlar tarafından sınıflandırılmaya çalışılmıştır. Bunlar o kadar çok ve çeşitlidirler ki, bir sınıflama yapmak kolay kolay mümkün olmamakta ve başka başka araştırıcılar birbirinden çok farklı tasnif cedvelleri vermektedirler. Meselâ **Kraepelin** 7, **Schneider** 10, **Kahn** ise 16 tipi birbirinden ayırmıştır.

Henderson psikopatinin 3 alt grubunu tarif etmiştir:

1) Özellikle aggressiv olup gerek kendisine ve gerekse başkalarına karşı şiddet gösterilerinde bulunan tipler. Bu gruba epileptik ve cinsî sapık şahsiyetler de girmektedir.

2) Yetersiz ve passiv tipler (hırsızlar, yalancılar, dolandırıcılar gibi). Psikonevroz ve hattâ psikoz derecesine kadar varabilen bir aklî malûliyet gösterenler de bu gruba girer.

3) Yaratıcı, intellektüel, dâhi tipler. Bunların bir kısmı egosantrik ve impulsiv tabiatta ve sosyal bakımdan kabûlü mümkün olmayan faaliyetleriyle dikkati çekerler.

Etyoloji

Psikopatinin spesifik bir sebebi bilinmemektedir. Her vak'a için ayrı bir herediter, şahsî veya çevreye ait faktörler kombinasyonunu

düşünmek gerekmektedir. Analitik görüş, Oidipus kompleksi üzerinde durmaktadır. Organik okul ise daha ziyade serebral biyoelektrik ritm bozukluklarına önem vermiştir. EEG araştırmaları, aggressiv psikopatların % 65'inin, yetersiz kişilik yapısı gösteren psikopatların ise % 32'sinin anormal trase verdiğini ortaya koymuştur ki, bu oran normal kimselerde % 15'e kadar düşmektedir (**Hill** ve **Watterson**, 1942). Aynı serebral gelişme yetersizliği bulgularına hiperaktiv, hassas ve aggressiv tipli «problem çocuklar» da da rastlanmıştır (**Bradley**, 1942). **Silverman** (1943) etüd ettiği 75 kriminel psikopatta ya anormal EEG bulgularına, ya aile hayatına ait düzensizliklere veya her ikisine birden tesadüf ettiğini bildirmektedir.

Henderson tetkik ettiği 34 gayri meşru çocuk arasında % 50 oranında psikopati vak'asına rastlamış, **Binder** de 350 bu kabil çocukta aynı oranı bulmuştur.

Klinik şekilleri

Daha önce de belirttiğimiz gibi, en sade tasnif **Henderson**'unkidir. Bu sınıflandırmaya göre,

1 — Predominant olarak aggressiv,
2 — Predominant olarak yetersiz ve passiv,
3 — Predominant olarak yaratıcı tipler ayırdedilmektedir.

Aggressiv tipler

Gerek kendi şahıslarına ve gerekse başkalarına karşı şiddet gösterileri ile karakterize, «**celâlli**» denen tiplerdir. Kolay hiddetlenen, hırslı, reaksiyonlarını kontrol edemiyen kimseler olarak karşımıza çıkarlar. En ufak olayda kavga çıkardıkları gibi, başkalarının kavga ve münâkaşalarına da katılır, hiç ilgileri olmadığı halde birdenbire taraflardan biri haline gelirler. Bir şeyden çabuk bıkar, daldan dala konar, sebat edemez, hemen sıkılırlar. Muntazam bir öğrenim hayatları ekseriya mümkün olamaz. Ya hoca ile geçinemeyip, ya çevresi ile mesele çıkarıp, ya da defalarca okuldan kaçmak sebebiyle, büsbütün terkedinceye kadar sık sık okul değiştirirler. Belirli bir meslek ve iş hayatları yoktur. Kolayından başarı sağlamak, doğru yoldan olmasa da birdenbire zengin olmak isterler. Kolay suç işlerler. **Kriminel tipler**, büyük câniler bunların arasından çıkar. Kızdığı zaman ne yaptığını bilmezler. Bazen göğsüne, vücuduna jilet ve bıçakla yaptığı yara nedbeleri ilk bakışta dikkati çeker. Sıkıştığı zaman büyük hiddet nöbetlerine düşüp başını duvarlara, camlara vururlar.

Yetersiz veya passiv tipler

Aggressiv tipler kadar dramatik olmamakla beraber, daha devamlı ve adaptasyonu daha bozan semptomlar gösterirler. Bunları başlıca iki gruba ayırmak kabildir:

1 — Hırsızlar, yalancılar, dolandırıcılar gibi tipleri toplayan grup;

2 — Nörotik veya psikotik haller derecesinde bir aklî malûliyet gösteren grup.

Bu çeşit kimseler, altında yatan kişilik yapısı aynı olmakla beraber, birbirine zıt karakter özellikleri ve davranış tipleri gösterirler. Bir tarafta sakin, sessiz, telkine müsait, sevimli, kolayca çevreye uyan tipleri, diğer uçta ise soğuk, donuk, egoist, ilgisiz şahsiyet örneklerini görmemiz mümkündür. Buna göre semptomlar da çok değişik şekiller arzeder. Kleptomani (hırsızlık), **piromani** (yangın çıkarma) gibi hallere daha çok çocuklarda rastlanır. Çocukluk bir taraftan sosyal gelişmenin embriyoner devresi olarak kabul edilebileceği gibi, diğer taraftan da çocukta emosyonel dengenin daha bozuk olduğuna dikkat etmek gerekir.

Mitomanlar (yalancılar), belli bir sebep olmaksızın sık sık yalan söyleyen kimselerdir. Ya mevcut hâdiseleri tahrif ederler veya tamamen yeni, olmadık olaylar uydurup anlatırlar. Çoklukla bir aşağılık duygusunun telâfisi tarzında ortaya çıktığı dikkati çeker. Bir yalan daima bir diğerine yol açar. Burada şahsın kendisinin, bunların yalan olduğunu bilmesi ve hikâyelerin hiçbir zaman gerçek hezeyan halini almaması önemlidir.

Bu grupta gözden geçirilen psikopatların dış görünüşleri ve uyandırdıkları ilk intiba genellikle çok iyidir. Sevimlidirler, güzel konuşurlar, umumî malûmatları geniştir. Zekâları normal, hattâ normal seviyenin bile üstündedir.

Dolandırıcılar da bu grupta toplanırlar. Yaptıkları iş bir «geçim vasıtası» olmaktan çok ötede, adetâ iftiharla anlatılan birer macera, birer kahramanlık hikâyesi halini alır.

> Böyle bir milletlerarası dolandırıcı Fransız Riviera'sında lüks bir otele iner. Elinde içleri boş ve çok şık pahalı cinsten bavullar vardır. Kendisine gösterilen odaya yerleşir. Odasını gösteren otel müstahdemlerine de bol bol bahşiş vermeyi ihmal etmez. Kartvizitlerinde ve mektup kâğıtlarında şarklı bir prens isim ve ünvanı ile bir de küçük tac resmi vardır. Günlerce otelde kalır. Bir Cumartesi günü, aldığı bir telgraf haberi üzerine (!) otelden acele ola-

rak ayrılması gerekir. Tren biletini otel idaresine aldırır. Kendi hesabına otelin kasasından bol bol bahşiş dağıtır. Yanında bozuk para (!) bulunmadığı için bir mikdar da nakit para alır. Bütün borçlarını ödeyecek bir çek yazıp imzaladıktan sonra trene binip gider. O gün Cumartesi, ertesi gün de Pazar olduğu için çek ancak Pazartesi günü bankaya ibraz edilir ve karşılıksız olduğu öğrenilir. Sahte prens çoktan hududu geçmiş ve izini kaybettirmiştir bile...

✳ Bir gün kapalı çarşıda bir kuyumcu dükkânına bir müşteri gelir ve kıymetli birtakım mücevherler almak ister. O sırada polisler dükkânı basarlar ve bu şahsın hırsızlıktan arandığını, hattâ kuyumcudaki mücevherlerin bile onun getirdiği çalınmış mallar olabileceğini söylerler. Gerekli soruşturma için hırsız-müşteri ve kuyumcu, dükkândaki mücevherlerle birlikte karakola davet edilir. Kuyumcu mallarını bir bavula doldurur ve polislerle beraber İstanbul'un kenar mahallelerinden birindeki bir polis karakoluna giderler. Karakolda, kapısında tabelası, bayrağı, komiser odası, daktilosu, birtakım iş sahipleri, komiser, polisler, hülâsa bütün mizansen tamamdır. Bavul komiserin önüne konur. Evvelâ hırsızın ifadesi alınmak üzere kuyumcu karakolun nezaretine konur ve biraz beklemesi söylenir. Nezarette uzun süre bekleyen kuyumcu ne olduğunu anlamak üzere kapıyı vurup polisleri çağırmak istediği zaman nezaretin kapısının açık olduğunu hayretle görür, dışarı çıkar. Fakat ne hırsız, ne polis, ne komiser, ne karakolun eşyaları, levhası ve bayrağı vardır. Boş, terkedilmiş bir binada olduğunu görür. Feryad eder ama kimseye orasının birkaç saat evvel bir polis karakolu olduğunu anlatmak mümkün olamaz.

✳ Gene bu grupta «eksantrik» tipleri de toplayabiliriz. Uzun saçları, herkesten başka türlü elbiseleri ve serseri hayatları ile hippy'ler bunların en tipik örneklerini vermektedir.

Yaratıcı tipler ve dâhiler

✳ Yaratıcı tipleri ve dâhileri «psikopatlar» bölümünde ele almak ilk bakışta biraz garipsenecektir. Fakat «deha» ile «deliliğin» birbirine pek yakın şeyler olduğu hakkındaki halk inancını biraz mubalâğalı bulsak bile, dâhileri normallerden ayıran birtakım davranış özellikleri olduğunu da gözden kaçırmamak gerekir. Tarihteki bü-



Eksantrik tip

yük isimleri gözümüzün önüne getirirsek çoğunda ya psikoseksüel gelişme bozukluğu, ya heyecan dengesizliği, ya aşırı şizoid ve paranoid yapı gibi «patolojik» diyebileceğimiz kişilik yapılarını görmemiz mümkündür. Bir insanın hayatını küçümseyebilmesi, hattâ istihkar edebilmesi, engel tanımaması, kendisi ile birlikte içinde yaşadığı toplumu da düzen değişikliklerine sürükleyebilmesi, büyük san'at şaheserleri meydana getirebilmesi -hayranlık ve takdir hislerimiz bâki kalmak şartiyle- objektif bir psikiyatrik ölçü içinde, ancak psikopati ile izah edilebilir.

Tedâvi

Psikopatinin tedâvisi saf tıbbî bir mesele olmaktan çok medikososyal bir problemdir. İlerinin psikopatı çocukluğunda keşfedilmeli ve onun hassas sinir sistemi dikkate alınarak ailesi, öğretmen ve terbiyecileri, hekimleri, bütün çevresi el ele vererek normal bir insan haline gelmesine çalışılmalıdır. Herhalde psikopat karşısında anlayışlı, kendisini suçlamak yerine yardım etmeye çalışan kimselerin olduğunu anlamalıdır.

Yetişkin psikopatlar hastahane tedâvisine ihtiyaç gösterirlerse de, bu tedâvinin nasıl yapılacağına dair bugün elde kesin metod ve ölçüler yoktur. Herhalde bu iş için bildiğimiz akıl hastahaneleri uygun değildir. Bu maksatla, belli psikiyatrik tesis ve imkânları bulunan bir çeşit hapishane - okul arası müesseselerin yapılması icabeder. Tedâvi bir taraftan ikna, telkin ve öğretim ile, diğer taraftan da icabında çeşitli medikal vasıtaların kullanılması ile olur.

Bütün bunlara rağmen bir psikopatın iyileşeceğine, konstitüsyonel davranış kusurlarının devamlı olarak kaybolacağına inanmıyoruz. Herhalde böyle bir müesseseyi «iyileşti» kaydiyle terkeden bir psikopat, bütün hayatı boyunca devamlı kontrol ve takip altında kalmalı, her anormal ve sosyal davranışı yeni bir tedâvi devresini icabettirmelidir.

Adlî tıp

Psikopatlar adlî tıp bakımından hekimlerin ve hukukçuların karşısına büyük bir problem olarak çıkmaktadırlar. Bir psikopat, işlediği suçtan dolayı cezalandırılmalı mıdır? Bu sorunun cevabı her zaman zannedildiği kadar kolay verilememektedir. Fakat, her büyük suçta bir psikopatik konstitüsyon aramak icabettiği ve bunların normal birer kimse olarak cezalandırılmalarının uygun olacağı kanaatindeyiz. Bir insanın öfkeye kapılıp cinayet işlemesi veya geçimini hırsızlık, dolandırıcılıkla sağlamaya çalışması elbette ki psikopatidir. Fakat bu hallerde ceza ehliyetinin kaldırılması veya azaltılması düşünülürse kanunların tayin ettiği cezayı verecek başka suçlu bulmak mümkün olamaz. Ancak, yukarda da belirttiğimiz gibi, bir kısım psikopatlardaki davranış kusuru bir psikoz derecesinde aklî malûliyet şeklinde ortaya çıkar ki bu hallerde Türk Ceza Kanununun 47. nci maddesinde gösterilen «azaltılmış cezaî ehliyet» bahis konusu olabilir.

.....

1 — G.D. yatırılarak tetkik ve müşahede edildi.

2 — Öz geçmişinin tetkikinde: 12 yaşına kadar uykuda gezermiş. O sırada yapılan tedâvi ile iyileşmiş. ..... de öğrenci iken bir gün traş olurken kaşını da beraber traş etmiş. ..... Hastahanesinde 23 gün yatarak tetkikten sonra 3 ay hava değişimi almış, sonra ..... lisesinden ayrılmış. Bakırköy Akıl Hastahanesinin 13. servisinde 45 gün yatarak elektroşok tedâvisine tâbi tutulmuş. Bu esnada kendisini iyi hissetmekle beraber, ufak hâdiselerde birdenbire kızıyor ve reaksiyonlarını kontrol edemiyormuş. Askere alınmış. Askerliği biteceğine yakın hiç sebepsiz firar etmiş. Hapis ve yeniden askerlik cezalarına mahkûm olmuş. Ceza evinde yatarken iki defa bayılmış. Bu esnada şuur kaybı olmamakla beraber göz kararması ve halsizlik hissediyormuş. Halen çabuk sinirlenme, sıkıntı ve uykusuzluktan şikâyetçidir.

3 — Yattığı tarihteki muayenesinde nörolojik maddî araz yok. Rosenbach delili pozitif; hiperemotivite, psikopatik reaksiyonlar ve nevrasteni hali mevcuttur. Bu bulgularla ve «hiperemotivite, psikopatik reaksiyonları, nevrasteni» teşhisi konarak hastaya sağlık kurulu kararıyle iki ay hava değişimi verilmiştir.

4 — Bugün yapılan muayenesinde de psikopatik bünyede ileri derecede nevroz halinin devam etmekte olduğu, ufak olaylarda kontrol edemiyecek derecede aşırı reaksiyonlar vermesi mümkün bulunduğu kanaati hasıl olmuştur.

5 — G.D.'ın bu durumu Türk Ceza Kanununun 47. nci maddesine uymaktadır.

Bay Ş.B., 30.1.1962 tarihinde, ufak hâdiselerde kendisini kaybedecek derecede hiddetlenme, içki içtiği zamanlar hareketlerini kontrol edememe ve şiddetli sarhoşluk şikâyetleri ile müracaat etmiştir. 15 sene evvel kafa traumasından olma commotio cerebri ve cranium'da çatlak geçirdiğini ifade eden hastanın tetkikinde nörolojik objektif bulguya rastlanmamış, Rorschach testi ile şahsiyet muayenesinde kuvvetli nörotik tipte reaksiyon bulunmuş, elektroansefalografik muayenesi ise sol temporal bölgede epileptojenik

mihrak mevcudiyetini ortaya koymuştur. Ruhî sahada psikopatik davranışları tesbit edilen hastanın bu durumunda geçirdiği kafa traumasına bağlı olması çok muhtemel, kortikal epileptojenik mihrak ve bunun neticesi olarak epileptik karakter ve psikopatik reaksiyonları bulunduğu anlaşılmıştır. Ş.B.'ın bu vaziyette ufak tahrikler karşısında büyük reaksiyonlar verebileceği, mevcut hastalığının şuur ve harekât serbestîsini önemli derecede azaltan bir aklî malûliyet olduğu ve durumunun Türk Ceza Kanununun 47. nci maddesinin tarifine uyduğu kanaatini bildirir rapor verildi.

SEKSÜEL PATOLOJİ

(PSİKOSEKSÜEL HASTALIKLAR)

Psikoseksüel hastalık, seksopati, seksüel sapıklık terimleri ile, etyolojisi ne olursa olsun, seksüel objede veya seksüel akttaki her çeşit anomali kastedilmektedir.

Normal psikoseksüel gelişme ilk defa **Freud** tarafından metodik bir şekilde ele alınmış ve doğumdan püberteye kadara geçirdiği safhalar incelenmiştir. Bu safhalar şu şekilde sıralanabilir:

oral devre
- emme
- ısırma ve çiğneme

anal sadistik devre
erken genital devre
nihaî genital devre ..... obje libidosu

Bir bakıma insan evlâdı, psikoseksüel gelişmenin çeşitli kademelerinde muhtelif cinsî sapıklık şekillerini, sembolik tatminlerle de olsa, göstermekte ve ancak bu devrelerden geçtikten sonra olgunlaşmaktadır. Seksopatiler, bu görüş açısından, libido'nun bir çeşit iptidaîliğini, çocuksu halini ifade eder. Seksopat, psikoseksüel gelişmesinin bir kademesinde, o kademeyi aşamıyarak saplanıp kalmıştır. Zamanla bu ilkel safhadaki seksüel dürtü şiddet kazanarak bir çeşit patolojik davranış halini alır.

Büyük endokrin bozukluklar dışında seksüel instinktler, genel olarak şu dört faktörün tesiri altında normalden saparlar:

1. Eski bir evolüsyon tipine dönüş, atavizm, regression veya fiksasyon.
2. Mütasyon gibi genetik faktörler
3. Gelişme anomalileri (meselâ olgunlaşma sırasında uygun objenin bulunmayışı)
4. Refleksologların «şartlanma» dedikleri çevre faktörü.

Bugüne kadar yapılan çeşitli araştırmalar genetik faktörlerin hissedilebilir bir rolünün olmadığını ortaya koymuştur. Eski evo-

lüsyon tipine dönüş, bazı mental ve sosyal anomalileri izah etmektedir. Özellikle hiperseksüalite, seksüel arzulardaki aşırı artma, böyle bir Darvinien atavizme işaret eder. Tıpkı kurt'a çok yakın bir köpek türü olan Alsas köpeklerinin günün birinde bütün evcilliklerini kaybederek kurt gibi saldırgan ve vahşi bir davranış kazanmaları gibi. **Lombroso**, «doğuştan cânî» adını verdiği tipleri şöyle tarif eder: kıllar iyi gelişmemiş, kafa içi boşluğu dar, basık alınlı, frontal sinüsleri çok geniş, kafa sütürleri zamanından evvel kapanmış, kafa kemikleri kalın, maksiller ve zigomatik çıkıntıları çok gelişmiş, çenesi çıkık (prognathism), orbitaları oblik, derilerindeki pigmentasyon fazla, sert ve kıvırcık saçlı... Bu, çok eski çağların saldırgan, vahşî insanlarının tipidir ve eski evolüsyon tiplerine dönüşe, atavizm'e güzel bir örnektir. Seksüel anomalilerden iktidarsızlığı, impotens'i de bu atavistik yapının bir çeşit inkârı ve bir savunma reaksiyonu olarak gösterilebilir. Ancak, diğer seksüel sapıklıkları böyle izaha imkân yoktur. Meselâ bir fetişizmin insan ırkının gelişmesi ile herhangi bir ilgisini göstermek mümkün değildir.

Biyolojik bir gerçek olarak «ontogenez, filogenezin bir tekrarından ibarettir» denebilir. Her fert, kendi cinsinin tarih boyunca geçirdiği evolüsyon safhalarından ferdî gelişmesi sırasında geçecektir. **Freud**'un gösterdiği gibi, seksüel instinkt de, biraz önce bahsettiğimiz gelişme safhalarından geçerek sonunda şu dört halden birine varır:

(1) karşı cinse yönelir
(2) şahsın kendisine döner
(3) şuur altına itilir
(4) süblimasyona uğrar

Sıhhatli bir şahsın (eğer bir endokrin bozukluk yoksa), normal bir çevre içinde kendi kendine gelişmesine terkedildiği zaman herhangi bir saplanma veya regression göstermeden psikoseksüel gelişme kademelerini sırasiyle geçmesi ve normal heteroseksüel olgun şahıs yapısına erişmesi beklenir. O halde psikoseksüel gelişmeyi etkileyen faktörlerden en önemlisi «çevre faktörü» dür. Birçok seksüel sapıklıkların, böylece, okul, kışla, arkadaş çevresi, hattâ aile içindeki seksopatların davranışlarını taklid suretiyle, bir çeşit kötü şartlanma tarzında yerleştiği kolayca görülebilir.

Çeşitli toplumlarda, bazı devirlerde pederastinin, homoseksüalitenin bir çeşit salgın tarzında arttığı dikkati çekmektedir.

Divan edebiyatımız, özellikle **Nedim**'in mısralarından, zaman zaman mahbûbperestliğe medhiyeler yazmış, «**civân aşkı**»nı dile getirmiştir:

Aşka düştüm canü dil müfti cevanan oldu hep

diyen Nedim, âşık olduğu delikanlının kendisine bütün iltifatını :

Bir nezaketle açup fes gûşesinden perçemin
Şöyle göstermiş ki kim gördiyse hayran oldu hep

mısralarıyle ifade ettiği gibi, sadece fesinin köşesinden perçemini göstermekten ibaret olduğundan yakınmaktadır:

Muradın anlarız ol gamzenin iz'anımız vardır
Beli söz bilmeziz amma biraz irfanımız vardır
O şuhun sunduğu peymaneyi reddetmeziz elbet
Anınla böylece ahdetmişiz peymanımız vardır
Münasiptir sana ey tıflı nazım hüccetin al gel
Beşiktaşa yakın bir hanei viranımız vardır
Güzel sevmekte zahit müşkilin var ise bizden sor
Bizim ol fende çok tahkîkimiz itkanımız vardır
Kocup her şep miyanın canına can katmada ağyar
Behey zalim sen insaf et bizim de canımız vardır
Sıkılma bezme gel bigâne yok davetlimiz ancak
Nedimâ bendeniz var bir dahi sultanımız vardır

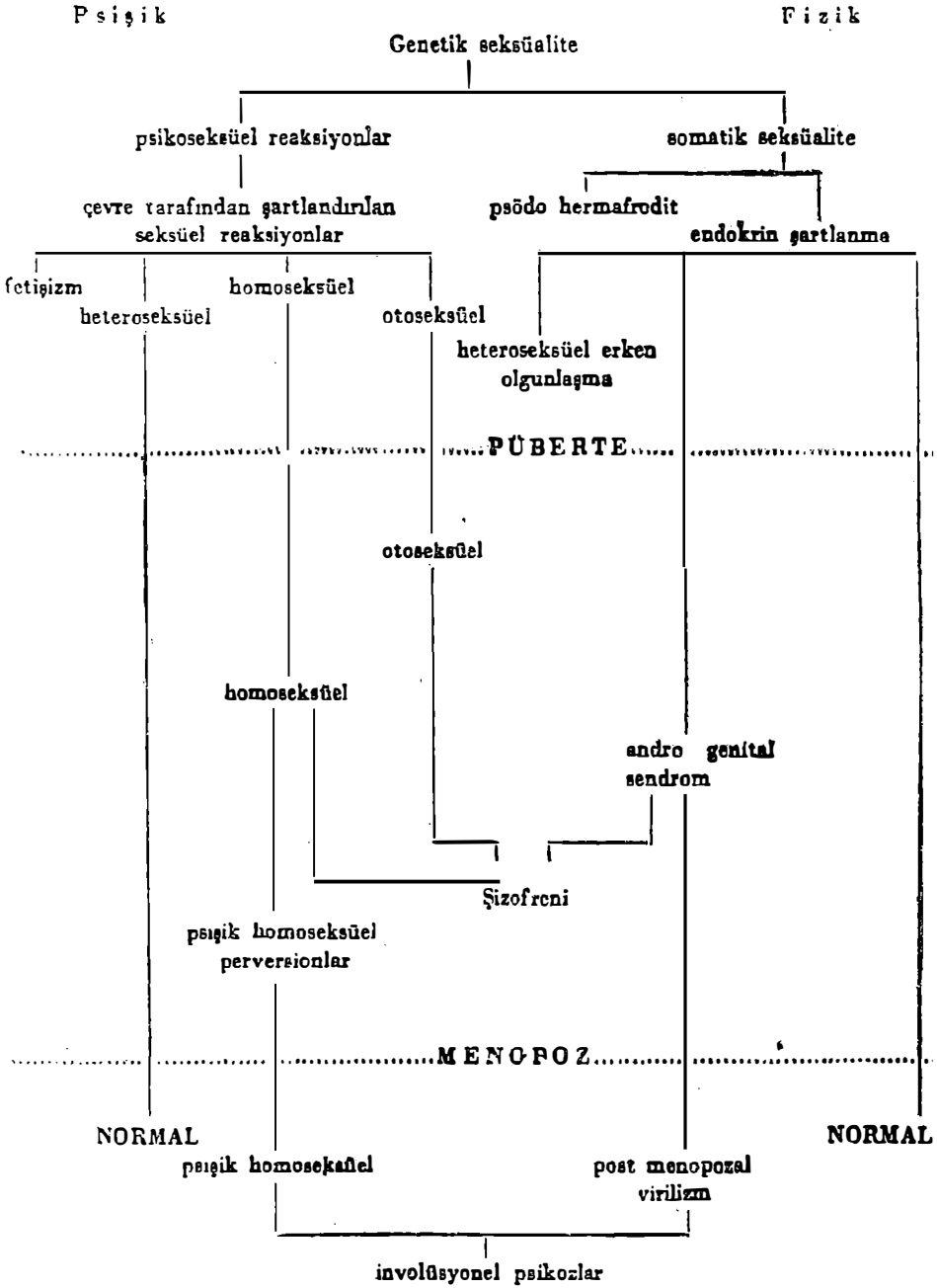
diye yalvardığı sevgilisinin ne olduğu şu mısralarından açıkça anlaşılmaktadır:

Tahammül mülkini yıktın Hülâgû Han mısın kâfir
Aman dünyayı yaktın âteşi suzan mısın kâfir
Kızoğlan nazı nazın şehlevent avazı avazın
Belâsın ben de bilmem kız mısın oğlan mısın kâfir

Bugün İngiltere'de, Hollanda'da v.s. homoseksüelliğin legalize edilmesi, hattâ nikâh bağı ile tescil edilmesi çevre faktörünün seksüel sapıklığın gelişmesinde ne dereceye kadar önemli bir faktör olduğunu gösterir. Gene hekimlik hayatımızda karşımıza çıkan birçok homoseksüellerin ailelerinde birkaç homoseksüel ferdin bulunduğu görülmüştür.

Yatılı okullar, kışlalar, manastırlar, uzun seyahat yapan gemiler, mastürbasyondan homoseksüelliğe kadar çeşitli seksüel sapıklıkların kaynağı olmaktadır.

Bunların dışında toksikomaniler, özellikle esrar iptilâsı, alkolizma ve bazı akıl hastalıkları seksüel sapıklığa yol açmaktadır. Çinde, esrar âlemleri sırasında kütle halinde homoseksüel aktlar yapılmakta imiş. Alkolizma ile gerek sebep ve gerekse sonuç olarak bağlantı


Psişik
Fizik
Genetik seksüalite
psikoseksüel reaksiyonlar
somatik seksüalite
çevre tarafından şartlandırılan seksüel reaksiyonlar
psödo hermafrodit
endokrin şartlanma
fetişizm
heteroseksüel
homoseksüel
otoseksüel
heteroseksüel erken olgunlaşma
PÜBERTE
otoseksüel
homoseksüel
andro genital sendrom
Şizofreni
psişik homoseksüel perversionlar
MENOPOZ
NORMAL
psişik homoseksüel
post menopozal virilizm
NORMAL
involüsyonel psikozlar

vardır. Alkol iptilâsının derinliklerinde latent bir homoseksüalitenin bulunduğunu iddia edenler olduğu gibi, homoseksüel eğilimlerini bastırmak için alkole başlıyanlar da çoktur. Nihayet, alkolizmanın ileri safhalarında moral duvarların tamamen yıkılmasiyle homoseksüalite başlayabilir.

Akıl hastalıklarına gelince... Bilhassa büyük akıl hastahanelerinde şizofren ve oligofrenler arasında, moral değerlerin yıkılması, affeksiyon küntleşmesi ve ilkel insan örneğine dönüş sebebiyle homoseksüel aktlar çok görülür.

Genetik olarak intikal eden seksüel karakter ve instinkt psişik ve fizik bakımdan gelişme gösterir. Bu gelişmenin normal ve patolojik safhaları 401. inci sahifede görüldüğü gibi şematize edilebilir.

Cinsî sapıklıkların sınıflandırılması

Seksopati, seksüel aktın gayesinde veya seksüel objede bir sapıklık olarak mütalea edildiğine göre, bu iki elementine göre ayrı ayrı sınıflandırılabilir:

Seksüel aktın anormal görünümlerine göre sınıflandırma:

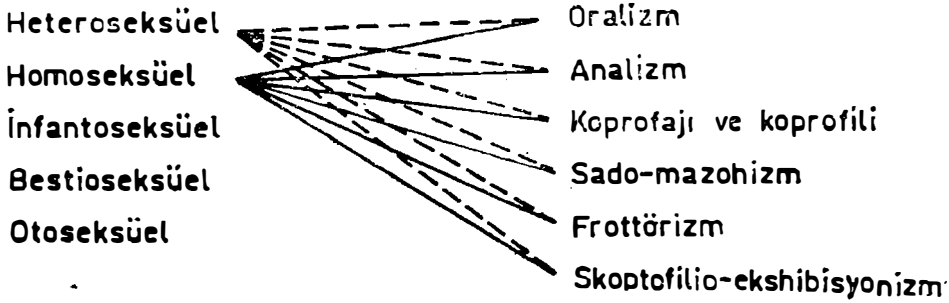
1. Anormal orifis seksüalitesi
   - (a) Oralizm
   - (b) Analizm — aktiv ve passiv şekilleri vardır
   - (c) Diğer formlar
2. Koprofaji
3. Sado-mazohizm
4. Frottörizm — aktiv ve passiv şekilleri vardır
5. Skoptofili-ekshibisyonizm

Anormal seksüel davranışlar, **Freud** okuluna ve psikoanalistlere göre erotizma anomalileridir. Bunun karşısında olan görüş ise bunları sadece çevre şartları tarafından belirlenmiş ve seksüel olarak şartlandırılmış birer davranış örneği olarak görür.

Seksüel objeler de böylece beş farklı gruba ayrılmaktadır:

1. Heteroseksüel	.....	Karşı cinsten seks objesi
2. Homoseksüel	.....	Aynı cinsten seks objesi
3. İnfantoseksüel	.....	Olgunlaşmamış şahıstan obje
4. Bestioseksüel	.....	Hayvandan seksüel obje
5. Otoseksüel	.....	Seksüel obje olarak bizzat kendisi

Böylece, çeşitli seksüel objeler ve seksüel davranış şekilleri arasında muhtelif kombinasyonlar kurulmaktadır:



Bütün cinsî sapıkları ayrıca şu üç grupta toplamak mümkündür:

1. Sapık cinsî münâsebeti sadece fantezi olarak icra edenler
2. Sadece anormal şartlar altında (meselâ sarhoşken veya uyuşturucu madde alınca) bu işi yapanlar
3. Aktiv sapıklar.

Seksüel ifade bozuklukları

Seksüel oralizm

Ağzın seksüel organlar üzerine tatbiki suretiyle zevk tatminine verilen isimdir. Heteroseksüel ve homoseksüel olabilir. Obje erkek organı ise **fellatio,** kadın organı ise **cunnilingus** adını almaktadır.

Seksüel oralizmin ilgi çekici bir şekli «**vaginal inflation**» dur. İlk vak'a 1946'da Amerika'da kaydedilmiştir. 17 yaşında ve beş aylık hamile olan bir genç kadına bol mikdarda viski içiren erkek arkadaşı, onun vagina'sının içine kuvvetle üflemiş ve kadın birdenbire kollapsa düşerek ölmüştür. Otopsi, uterus venalarında hava embolisi, akciğer embolisi, beyinde hava ve kan pıhtısının embolilerin mevcudiyetini ortaya çıkarmıştır. İkinci vak'a da gene 1946 yılında İngiltere'de kaydedilmiştir.

Diğer bir seksüel oralizm şekli oral fetişizm'dir. Meselâ sadece sigara içen genç kızları görerek orgazm olan, sütü sağılan inekleri seyretmekten zevk duyan ve penis sembolü olarak yumurta kabına konmuş yumurtayı yemekle tatmin olanlar gibi...

Seksüel analizm

Seksüel maksatlarla anüsün kullanılması halidir. Aktif ve pasif, homoseksüel ve heteroseksüel şekilleri olabilir.

Seksüel üretralizm

Cinsî tatmin maksadiyle uretranın kullanılmasıdır. Uretraya sonda, firkete, kürdan, v.s. sokmak suretiyle bir çeşit mastürbasyon yapılmaktadır.

Koprofili ve koprofaji

Sekresyon ve ekskresyonların yenmesi haline koprofaji adı verilir. **Mazhar Osman Uzman**'ın bildirdiği bir vak'a, yanındaki genç delikanlı ile genel eve gider, delikanlının genel kadınla münâsebetinden sonra kadının vaginasından topladığı sperma ve vagina ifrazı karışımını kadehe koyarak genelevde hazırlanan içki sofrasında mezelerle içermiş. **Kraft Ebing** sevgilisinin feçesini yiyen, idrarını içen perverslere ait birçok misaller verdiği gibi, birbirinden uzakta oturan sevgililerin bu çeşit ekskretlerini posta ile birbirlerine yolladıklarını da kaydetmektedir.

Pornografi

Müstehcen kitaplar, yazılar, resimler ve filmleri seyretme ve gösterme merakıdır. Bugün birçok İskandinav memleketlerinde bu çeşit resimlerle dolu müstehcen yayın serbestçe satılmakta, Almanya'da ve Fransa'da da, biraz daha örtülü olmak üzere, seksüel akt filmleri ve resimleri satın alınabilmektedir. İmzasız müstehcen mektuplar, abdesthane duvarlarına çeşitli yazılar yazmak, tanıdık, tanımadık kimselere telefon edip müstehcen sözler söylemek de bu sınıfta mütalea edilen sapıklıklardandır.

Sado-mazohizm

Seksüel tatminin ancak eziyet etmek veya edilmekle mümkün olduğu bir çeşit kompleks sapıklıktır. Sadizm ve mazohizm diye ikiye ayrılırsa da, pratikte daima iki kondisyon beraberce bulunur. Sadizmin önce geliştiği ve mazohizmin bundan sonra meydana geldiği kabul edilmektedir. Bazı yazarlar, sadizm ve mazohizm için aktif ve passif **algolagnia** deyimini tercih etmektedirler.

Sadizm, başkasına zulmetmekten seksüel zevk duyma halidir. Bazen eziyet etme eylemi bütün aktı kaplar, olayın hiçbir seksüel rengi bulunmaz ve şahıs da bunun bir seksüel akt olduğunu bilmez. Bazı hallerde ise ejakülâsyon olmaksızın ve kimi zaman ereksiyon ile beraber kısmî veya tam bir seksüel doyum vardır. Nihayet, tipik vak'alarda eziyet etme fiili tam seksüel doyumu getirir, ereksiyon ve ejakülâsyon olur. Sadizm'de emosyonel gösterilere sevgi yerine nefret hâkimdir.

Mazohizm, cinsî haz tedariki için eziyet çekme arzusuna verilen isimdir. Her sadistte bir dereceye kadar mazohizm ve her mazohistte de bir dereceye kadar sadizm izlerine rastlamak mümkündür. Bu çeşit sapıklığı davranışçı psikoloji «tahribetme arzusunun ters dönmüş şekli» olarak görür. Buna karşılık **Freud** okulu, destrudo'nun libidodan daha hâkim hale gelmesi üzerinde durmaktadır.

Frotteurism ve scoptophilio-exhibitionism

Seksüel eksitasyonun bir diğer şahsa sürtünmekle uyanması haline verilen isimdir. Frotteurism gösterilerine okul çağındaki çocuklarda çok rastlanır. Bunlar, kalabalık yerlerde, otobüs gibi taşıt araçlarında bu çeşit arzularını tatmine çalışırlar. **Clifford Allen**'in frottörizm ve çeşitli seksüel sapıklıklarla beraber olan bir vak'ası çok ilgi çekicidir:

> 25 yaşında bir delikanlı seksüel arzudaki azalma ve ereksiyon güçlüğünden şikâyetle müracaat eder. Ana babası taramen normal olup, evli bir kız kardeşi vardır. 6 yaşında mastürbasyona başlar ve bu püberteye kadar devam eder. 10 yaşında seksüel organlarını bir kız çocuğa gösterir. Gene aynı çağda, sinemada bir kadına dayanmakla seksüel zevk duyduğunu farkeder. Püberteye kadar, pantalonundan dışarı çıkardığı penisini paltosu altına gizleyerek dolaşmayı âdet edinir. İki sene sonra bir gün penis ve scrotum'da şiddetli bir sancı hisseder ve bundan çok korkar. Bu ağrı sebebiyle seksüel organlarının sakatlandığı zannına kapılır. Bir yıl sonra iki defa seksüel münâsebette bulunursa da, bundan büyük bir zevk duymaz. Çocukluğunda anne ile münâsebetleri etüd edildiğinde, anne tarafından aşırı sevgi gördüğü, bu sevgiyi kaybettiğini sandığı anda ise mastürbasyona başladığı anlaşılır. Gerek ekshibisyonizm ve gerekse frottörizm ve saklı ekshibisyonizm tarzındaki gösterileri affeksiyon açlığının bir sonucu olarak mütalea edilmektedir. Özellikle bir rüyasının analizi bu meseleyi andınlatmıştır. Rüyadaki aşk objesi annesidir.

Scoptophilia, diğer adıyla voyeurisme, başkalarını gözetlemek suretiyle seksüel zevk tedarikine verilen isimdir. Edebiyatımıza «röntgencilik» diye geçmiştir. Pencereleri gözetlemekten, parayla tuttuğu insanlara seksüel münâsebet yaptırıp onları seyretmeye kadar çeşitli şekilleri vardır. Bu arada, kendi eşlerinin başkalariyle

cinsî münâsebetlerini seyretmeye meraklı çeşitli vak'alar neşredilmiştir. Bunlardaki psikopatolojik motivin, anne-baba arasındaki cinsî birleşmeyi seyretme tarzındaki ilk hatıralardan başlangıcını aldığı zannedilmektedir. Böyle bir sahneyi seyretme işini tesadüflere bırakmayıp, lâboratuarda deney hazırlayan araştırıcı titizliğiyle bizzat kendi eşi veya kızını kattığı seksüel münâsebetler tertipleyenler vardır. Burada, anne-babasını seyretme arzusunun doyurulamadığı, şuur altına itildiği ve sonunda kendi eşine veya kızına projekte edildiği tahmin edilebilir.

Exhibitionisme, seksüel organlarını teşhir yoliyle zevk alma keyfiyetidir. Exhibitionism'i scoptophilia'nın karşıtı olarak mütalea edebiliriz. Bu perversion erkeklerde kadınlardan daha çok görülür. Şurasını bilhassa belirtmek gerekir ki, sadece seksüel organını teşhir fazla bir seksüel eksitasyona sebep olmamakta, meselâ bu çeşit hastalara çıplaklar kampına gitmesi tavsiye edildiğinde bu, hastanın hiddetine sebep olmaktadır. Seksüel eksitasyon ve zevk, özellikle karşı cinsten birisinin bu sahneyi gördüğü anda şaşırması, heyecanlanması ile tamamlanmaktadır. Ekshibisyonizm sonunda bazen kendi kendine ve bazen de mastürbasyon ile ejakülâsyon olur.

Mazhar Osman Uzman'ın iki ilgi çekici ekshibisyonizm vak'ası vardır. Bunlardan biri bir erkek olup, bilhassa kiliselerde, ayin sırasında cinsî organını teşhirden zevk duyarmış. Diğer vak'a ise kafes ve peçe devrinde Boğaz'da bir yalıda oturan bir genç kıza aittir. Kız boğaz vapurları geçerken, vapurun sahile çok yakın geçmesinden de faydalanarak, kafesi biraz aralamakta ve seksüel organını, perine bölgesini bu aralığa dayayıp vapura göstermekte imiş. Vapur kaptanları belli bir bölgeden geçerken geminin yan yatmasından meseleyi farketmişler. Zira vapur halkı o taraftaki pencerelere koşup bu manzarayı seyrediyormuş. Ben de, tanınmış bir otelin balkonunda ve otelin yüzme havuzunda banyo yapan insanlara karşı ekshibisyonizm ve mastürbasyon yapan bir vak'a görmüştüm.

Seksüel obje bozuklukları

Heteroseksüel sapıklıklar

Karşı seks ile cinsî ilişki kurmada birtakım sapıklıkların görülmesi halidir. Seksüel objenin çocukluktaki anne veya baba imajının yerini aldığı bilinmektedir. Dolayısiyle, erkeğin kadına karşı duydu-

ğu üstünlük hisleri, koruma, sevme arzusu daima ondan bir parça şefkat ve himaye arama isteğiyle beraberdir. Kadın için de aynı şey bahis konusudur. Erkeği tarafından sevilmek, korunmak ister; fakat aynı zamanda erkeğini muhafaza etmek, kayırıp bakmak arzusu da bir çeşit anne şefkati gibi tezahür etmektedir. Ancak bu tâli komponentlerin bir perversion şeklinde ön plâna çıktığı ve ters ilişkiler kurulduğu haller vardır ki, bunları heteroseksüel sapıklıklar olarak ele alırız. Bunun yanında, sadizm, mazohizm, ekshibisyonizm gibi gösteriler de heteroseksüel sapıklıklar olarak mütalea edilir ki bunlardan daha önce söz ettik.

Homoseksüalite

Aynı cinsten kimselerle seksüel ilişki kurma şeklinde belirlenen bir sapıklıktır. Homoseksüalitenin etyolojisi bakımından 4 ihtimal bahis konusudur:

(1) Bir genetik sapıklık olarak homoseksüalite,
(2) Endokrin hastalık,
(3) Psikolojik bir bozukluk,
(4) Bu faktörlerin iki veya daha fazlasının bir arada bulunması ihtimali.

Konumuzun başında teker teker gözden geçirdiğimiz gibi, bu sebeplerin hepsini destekliyecek bazı vakıaların bulunmasına karşılık, hiç birinin tek başına homoseksüaliteye yol açtığını gösterir kesin ve ilmî bakımdan anlamlı delil yoktur. Ancak, homoseksüalitenin gelişmesinde en önemli faktörlerden birinin çevre faktörü ve şartlanma olduğuna inanıyoruz. Genel homoseksüalite, çeşitli seksüel ifade kusurları ile beraber olur (oral veya anal tezahürler, koprofilik gösteriler gibi). Aktif ve passiv partnerler bahis konusudur. Erkekler için sodomi, kadınlar için de saphisme tabirleri kullanılır. Biseksüel tipler de kaydedilmiştir. Bunların hem karşı cinsle ve hem de kendi cinsinden olanlarla münâsebet kurabildikleri görülür. Çok komplike seksüel sapıklıklar arasında, kendi eşi ile münâsebette bulunan erkeğe karşı ve o esnada homoseksüel akt yapan bir vak'ayı kaydetmek isterim.

Homoseksüellerin bir kısmı, bu seksüel sapıklıkları dışında tamamen normal görünümlü kimselerdir. Bir kısmında ise cinsî sapıklık bütün davranışlarını hükmü altına alır. Kadın gibi ince sesle konuşan, saçlarını boyayıp makyaj yapan, sokakta kırıtarak yürüyen passiv erkek homoseksüeller, erkek gibi, pantalon veya kaba kumaştan eteklik giyip saçlarını kısa kesen, ayaklarına erkek ayakkabısı giyen aktiv kadın homoseksüeller her yerde rastlanan tiplerdir. Bu kabil

kimselerin tedâviye hemen hiç cevap vermedikleri de bir gerçektir. Herhalde, kendileriyle yapılan bir iki konuşma, esasında tedâvi olmayı hiç de arzu etmediklerini ortaya koyar.

İnfantoseksüalite

Olgunlaşmamış, büyümemiş şahısları, çocukları seksüel obje olarak işaret eden bir sapıklık şeklidir.

Bestioseksüalite

Hayvanları seksüel obje olarak işaret eden bir sapıklık şeklidir. Gerçek bir cinsî sapıklık şeklinde tezahür ettiği gibi, köylerde, kapalı çevrelerde zaruretin doğurduğu bestioseksüel ilişkilere de rastlanmaktadır. Özellikle memleketimizde bu konuda obje olarak eşek ve köpekler kullanılmaktadır. Bir tarihte Eyüp'de bir sakat leyleğe tecavüz etmeye çalışırken halk tarafından linç edilmekten güç kurtulan bir bestioseksüalite vak'ası zamanın aktüel konularından olmuştu.

Autosexsualite

Şahsın seksüel tatminini kendi kendine yapması halidir. Psikoanalitik bakımdan bu, primer narsissizmin bir gösterisi ve narsistik safhada bir takılma olarak mütalea edilir. Ancak, bir narsistik eğilimle beraber olmayan, sadece şahsın instinktlerini dış dünyaya çevirip etrafıyla ilişki kurmadaki güçlüğüne bağlı bulunan otoseksüalite gösterilerine çok rastlanmaktadır. Nitekim, birçok şizofren bütün seksüel impulslarını mastürbasyon yoliyle boşaltmaktadır. Belli bir psikoz tablosu göstermediği halde şizotim mizacı, çevresine karşı alâkasızlığı, kendi içine kapalılığı ile tanınan şahıslar da birer mastürbatör olarak karşımıza çıkarlar.

Nekrofili

Ölülerle münâsebette bulunma halidir. Seksüel obje olarak bir ceset ya mezarlıktan çalınarak temin edilir veya canlı kadın öldürüldükten sonra onunla cinsî münâsebette bulunulur. Psikopatolojik bakımdan nekrofiliye, (1) bir fetişizm, (2) aşırı bir sadizm, (3) bu ikisinin beraber bulunması hali, (4) sadistik elementler taşıyan bir obsessiv-kompulsiv nöroz olarak bakılabilir. Ancak, bazı oligofrenlerde de nekrofil gösterilerin bulunduğuna işaret edelim.

Bir zamanların **Ciğerci Yusuf** adiyle anılan ve gazete sütunlarını uzun süre işgal eden vak'ası; âşık olduğu kızı kendisine vermezler. Kız tüberkülozdan ölür. **Yusuf** cenazeyi takibeder, gömüldüğü yeri öğrenir ve o gece mezarı açarak cesedi çalar. Cesetle cinsî münâsebette bulunur, sonra ciğerlerini çıkararak bir kısmını çiğ çiğ, bir kısmını da pişirerek yer, kefeninden kendisine çamaşır yapar, mezarının toprağını da odasına serper. Sonra bu fiillerini diğer cesetlerde de tekrarlamış ve yakalanarak oligofreni teşhisiyle akıl hastahanesine gönderilmiştir. Aşağı embesil derecesinde geri zekâlı ve birçok dejeneressans stigmatları taşıyan bir kimse idi.

Gerontoseksüalite

İhtiyar şahısları seksüel obje olarak gösteren bir sapıklıktır. Sadece çok ihtiyar şahıslar veya uyuz kedilerle münâsebette bulunabilen bir gerontoseksüalite ve bestioseksüalite vak'ası görmüştük.

Incest

Yakın akrabalar arasındaki seksüel ilişkilere verilen isimdir. Tarihin eski çağlarında, meselâ Firavunlar devrinde Mısır'da, kardeşler arasındaki evlenmeler normal karşılanmakta idi. **Kleopatra'nın** babası ile annesi kardeş olduğu gibi, kendisi de kardeşi ile evlenmişti. Bugün için kardeşler arasındaki insest vak'alarının (1) geri zekâlılarda, (2) alkoliklerde, (3) paralizi jeneral gibi hastalıklarda, (4) küçük yaştanberi ayrı yaşayıp birer yabancı olarak karşı karşıya gelen kardeşler arasında veya (5) çok fazla beraber bulunan ve ahlâk telâkkileri de pek kuvvetli olmayan kardeşlerde görüldüğü kaydedilmektedir. Bir babanın, kendi oğlu ile birlikte, öz kızını seksüel obje olarak kullandığı kaydedilmiştir. Maternel insest vak'aları çok enderdir. Böylece, öz annesiyle cinsî ilişki kuran 11 vak'a yayınlanmış olup, bir tanesi de memleketimize aittir (**Göksel**, 1966). Bunun dışında, açık seksüel akta varmayan insest vak'aları da vardır. Meselâ, yaşlandığı halde annesi ile hâlâ aynı yatakta yatan kimseler olduğu gibi, bir vak'amız, 40 yaşına geldiği halde hâlâ annesi tarafından emzirilerek uyumakta idi.

Farik ve mümeyyiz olup olmadığının belirtilmesi için gönderilen 13 yaşındaki bir kız çocuğu babası ile aralarındaki inceste münâsebetini şöyle anlatıyordu:

«— Biz yazları hasır örmek için dağa çıkar, bir müddet orada kalırız. Babam bu yaz kardeşlerimle beraber beni aldı, annemizi şehirde bırakarak dağa çıktık. Dağda, kardeşlerimin önünde zorla ırzıma geçti. Bir kardeşim 4 yaşındadır, diğerleri de benden küçüktür. Bu işi sık sık yapmaya başlamıştı. Kardeşlerime de seyrettiriyor, onlara (alışın, sıra size de gelecek) diyordu. Gebe kalmamam için her seferinde kendi eliyle korunma hapı da yutturuyordu. Güzün dağdan indik. Babam şehirde de ırzıma geçmeye devam etti. Ben istemiyordum. Anneme söyledim, inanmadı, (hadi ordan terbiyesiz, babana iftira etme) dedi. Ben de, (inanmazsan beni çağırdığı zaman arkamdan gel de seyret) dedi. Seyretti ve kendi gözleriyle gördü. Hemen karakola gidip polislere haber verdi, polisler babamı yakalayıp götürdüler.»

Zorla ırza geçme

Sadece zorla bir kadının ırzına geçmekten seksüel zevk duyma halidir. Evli bir kadının kocasının kılığına bürünerek veya akıl hastası, yahut şuursuz halde, uykuda bulunan kadınlara tecavüz etme, yol kesme gibi haller bu sınıfa girer. Bunlar dört tipe ayrılırlar:

1. Aslında normal bir şahıs olup, alkol tesiriyle bu fiili işleyenler,

2. Psikiyatrik bakımdan normal, fakat bir cinsî sapıklık tarzında ırza geçme eğilimi duyanlar,

3. Kompülsiv ve emosyonel bakımdan muvazenesiz, hem psikiyatrik, hem de seksüel olarak sapık kimseler,

4. Seksüel olarak sapık olmadığı halde psikiyatrik hastalığı (meselâ psikozu, organik beyin hastalığı, v.s.) sebebiyle bu suçu işleyenler.

Seksüel stimulus bozuklukları

Transvestizm

Karşı cinsten kimsenin elbiselerini giyme eğilimidir. Tarihte meşhur transvestitler vardır. **Galigula, Sardanapal** transvestit erkeklere, **Chevalier d'Eon** ve **George Sand** transvestit kadınlara örnektir. Modern hayatta bu anormal davranışın bir çeşit moda ola-

rak ortaya çıktığı dikkati çekmektedir. Erkeklerin saçlarını uzatmaları, çeşitli süsler takmaları, renkli gömlekler ve elbiseler giymeleri, buna karşılık genç kızlardaki çizme, pantalon modası gibi transvestit çizgiler bugün sosyetemizi etkisi altında bulundurmaktadır.

Transvestitlerin bir kısmının heteroseksüel olduğu bildirilmişse de, genel kanaat bunların da ancak görünüşte heteroseksüel, fakat hiç değilse latent birer homoseksüel oldukları yolundadır. Seksüel ilişkilerinde, **Alfred de Musset** ve **Frédéric Chopin** gibi meşhur âşıkları olan, heteroseksüel bağlantılar kuran ve homoseksüel olduğu hakkında bir şüphe bulunmayan **George Sand**, erkek ismi kullanan, erkek elbiseleri giyen bir transvestit idi. Nitekim, **Helene Deutsch** tarafından yapılan psikolojik inceleme **George Sand**'ın seksüel ilişkilerinde homoseksüel ve sadistik elementlerin bulunduğunu ortaya koymuştur.

Stekel'in de üzerinde durduğu gibi, transvestismin en belirli sebep ve motivi homoseksüalitedir.

Narsissizm

Kendi kendine âşık olma halidir. Narsistik devrede bir saplanma olarak ele alınabileceği gibi, homoseksüaliteyi izah için de narsistik eğilimler kullanılabilir. Meselâ bir erkeğin, kendi gençliğine benzettiği için, narsistik tutkularla başka bir erkeğe bağlanması, analitik araştırmalarla çok zaman ortaya çıkarılan gerçeklerdendir.

Trans - seksüalizm

Cinsiyet değiştirme isteğidir.

Fetişizm

Seksüel obje olarak, normalde seksüel gayelerle kullanılamayan herhangi bir şeyin ikamesi halidir. Normal bir erkek için seksüel obje bir kadındır. Ancak bir şehirde yaşayıp yüzlerce, binlerce kadınla karşılaşan bir erkek için ancak bunlardan birkaç tanesi seksüel bakımdan atraktiv, çekici olmaktadır. Buna sebep, o birkaç kadının, diğerlerinden farklı ve o erkeği çeken bazı şeylere sahip olmasıdır. Bu bir saç veya göz rengi, bir davranış, bir makyaj veya giyiniş tarzı olabilir. Eğer bu seksüel stimulus asıl seks objesi olan kadından, sahibinden izole edilerek başlı başına bir seksüel stimulus vasfını kazanırsa o zaman «fetişizm» den bahsedilir. Fetiş bir ayak olacağı gibi, bir ayakkabı da olabilir. Bir saç parçası, bir mendil, bir

kadın külotu fetiş olarak kullanılabilir. Bu şekilde binlerce fetişi biriktiren kolleksiyonculara çok rastlanmaktadır.

Heterochromophilia

Başka renkten kimselerle cinsî münâsebette bulunabilme halidir. Bu kabil insanlar kendi ırklarından olanlara karşı seksüel ilgi duymazlar.

Seksüel instinkt'in şiddetine ait bozukluklar
Seksüel arzu anomalileri

Şimdiye kadar gözden geçirdiğimiz, seksüel aktın objesine veya ifade tarzına ait bozukluklardan başka, bir de bizzat seksüel instinkt ve arzunun şiddetine ait patolojiyi ele almak gerekir. Seksüel arzuya ait bozukluklar gerek erkek ve gerekse kadında pozitiv veya negativ yönde görülebilir. Nihayet seksüel arzu erkekte **impotens** ve kadında **indiferans** veya **frijidite** adını verdiğimiz hallerde tamamen ortadan kalkabilir. Pozitiv yönde bir gelişme olursa seksüel arzunun bir türlü doyurulamadığı müşahede edilir. Bu hale erkeklerde **satyriasis** kadınlarda ise **nymphomania** denmektedir.

Seksüel arzu patolojisini ilgilendiren bozukluklar şu üç grupta toplanabilir:

1. Seksüel aversion - erkekte impotens ve kadında frijidite
2. Seksüel hypoversion - her iki cinste seksüel arzunun azlığı hali
3. Seksüel hyperversion - satyriasis ve nymphomania

Seksüel instinktin şiddetini arttıran sebepler:

1. Organik faktörler: herediter veya sonradan kazanılmış olabilir. Muhtemelen instinktiv davranışın hormonal yapısına ait bozukluklar bahis konusudur. Striknin gibi birtakım ilâçların seksüel arzuyu arttırdıkları göz önüne alınırsa organik faktörler arasına sinir sistemini ilgilendiren faktörleri de katmak gerekir. Testosterone propionate normal kimselerde seksüel arzuyu arttırmaz, ancak önükoidlerde böyle bir etkisi müşahede edilebilir. Sıcak iklim ve hafif ateş yükselmesi gibi metabolizmayı arttıran faktörler de seksüel arzu ve performansı arttırmaktadırlar. İlkbaharda havaların ısınmaya başlaması ile seksüel arzunun artması ve sub-tropikal bölgelerde yaşıyan insanların seksüel faaliyetlerinin daha canlı oluşu herkesçe bilinen gerçeklerdir. Uzun süren subfebril ateş (meselâ tüberküloz gibi) hallerinde de seksüel istek artar.

2. Gençlik: Gençlerde istek, arzu ve heyecanların yaşlılara göre daha şiddetli olduğu muhakkaktır. Kisney'in çalışmaları da ortaya koymuştur ki, erotik hisler püberteden hemen sonra, ilk gençlik çağında en şiddetli seviyesine ulaşmaktadır.

3. Kısmî engelleme: Cinsî arzunun tatmininin kısa bir süre için kısmen veya tamamen engellenmesi de bu instinkti arttırmaktadır. Fakat engelleme uzun süre devam ederse aksine seksüel instinkt tamamen tahribolabilir.

4. Seksüel objenin bazı özellikleri: Bir şahıs için, muhatabı olan seksüel objede beğendiği, kendisine uygun düşen, onun için çekici olan birtakım özellikler de seksüel arzuyu şiddetle arttırmaktadır.

5. Seksüel objenin cevabı: Seksüel objenin, kendisine gösterilen ilgiye verdiği cevap, meselâ şahsın beğendiği ve sevdiği kimse tarafından sevilmesi de seksüel instinkti son derecede kamçılayıcı bir faktördür.

6. Seksüel organlara ait bazı bozukluklar: Bunlar tamamen bilinmemektedir. Bununla beraber, bazı mide hastalıklarında iştihanın artması gibi, ürogenital sistemi ilgilendiren birtakım hastalık ve arızalarda da seksüel instinktte bir artma görülmektedir. Seksüel arzu, bir dereceye kadar genital kanallardaki dolgunluk hissi ile ilgilidir. Meselâ hemen bir ejakülâsyondan sonra seksüel arzu bir müddet için ya hiç yoktur veya çok azalmıştır. Bunun gibi, esasında seksüel potens üzerine tesirli olmaması beklenirken prostatektomiden sonra, seksüel kanallar bozulduğu için, seksüel arzu ve potens de son derecede azalmaktadır. Mamafih, prostatektomilerin hemen daima 50 yaşından daha yaşlı kimselerde yapıldığını da göz önünde tutmak gerekir. Gene, cantharide alındıktan sonra urethra'da meydana gelen irritasyonun seksüel arzuyu arttırması aynı şekilde izah edilebilir. Kadınlarda mensesle ilgili olarak seksüel arzudaki değişmeler de aynı surette pelvis konjesyonu ile ilgilidir.

Seksüel instinktin şiddetini azaltan sebepler:

1. Organik faktörler: herediter veya kazanılmış olabilir. Kastrasyondan sonra ve androgenital sendromda seksüel arzunun azaldığı bilinmektedir. Testis atrofisi yapan dystrophia myotonica gibi hastalıklar, açlık, bitkinlik yapan hastalıklar, diabetes mellitus da seksüel arzu ve potensi azaltmaktadır.

2. Yaş: Her ne kadar heyecanların yaşla azaldığı söylenirse de, bu hiç de büyütüldüğü kadar bâriz değildir. **Allen,** 80 yaşında bir kadında nymphomania müşahede etmiştir. Meslek hayatımda menopozdan sonra seksüel arzuları artan pek çok kadın hasta gördüğüm

gibi, 60 yaşında bir kadının geceleri sık sık kendi kendine orgasm olmaktan şikâyet ettiğini, gene 55 yaşında bir kadın hastamın da seksüel arzularının «gençliğindekinden daha fazla hale gelmesinden» şikâyetle başvurduğunu gördüm. Her ne kadar bunlar patolojik olarak mütalea edilmesi gereken nâdir vak'alar ise de, sıhatli bir kimsenin seksüel arzu ve potensini ileri yaşlara kadar devam ettirebilmesi mümkündür. Çok ileri yaşlarda ise emosyonların tamamen küntleşmesi ve apati hali müşahede edilir.

3. Tokluk hali: Herhangi bir instinkt doyurulduğu zaman bir süre için şiddetini kaybeder. Sık sık seksüel münâsebet de böylece geçici bir impotense sebep olabilir. Bu fizyolojik bir haldir.

4. Seksüel objeye ait özellikler: Şahsın uygunsuz bulduğu, hoşlanmadığı objeler de seksüel arzuyu azaltmakta, hattâ tamamen kaybedebilmektedir. Bir dereceye kadar buna bir şartlanma gözüyle bakabiliriz.

5. Seksüel objeden karşılık görememe: Sevilen ve arzu edilen bir objeden gerekli cevabı görememe bir dereceye kadar bir stimülân olarak tesir eder ve seksüel arzuyu kamçılar. Ancak, ilgisizliğin ve cevap alamama halinin devamı seksüel ilgiyi tamamen kaybettirir ve şahıs başka bir obje aramaya başlar.

6. Seksüel organa ait bazı bozukluklar: Bazı, seksüel organlara ait bozuklukların seksüel arzuyu azalttıkları tahmin edilmekte ise de, bunların neler olduğu tamamen bilinememektedir. Vesicula seminalis'de yeterli gerginliğin, dolgunluğun bulunmaması kesin olarak seksüel instinkti azaltır. Diğer taraftan, daha önce hiçbir seksüel münâsebette bulunmamış kadınlarda seksüel arzu, evvelce münâsebette bulunmuş kimseler kadar şiddetli değildir. Seksüel temasın kadında psişik olduğu kadar fizik birtakım değişiklikler de yaptığı muhakkaktır.

7. Süblimasyon: Seksüel enerjinin iradeli veya gayri şuurî olarak non-seksüel kanallara çevrilmesi hali çok önemlidir. Meselâ imtihana hazırlanan kimselerde, yoğun fikrî faaliyette bulunanlarda seksüel arzu azalmaktadır. Bu hal uzun müddet devam ederse birtakım nörozlara sebep olup seksüel arzuyu da tamamen öldürebilir.

Seksüel aversion:

Seksüel arzunun tamamen kaybolması veya psişik sebepler yüzünden seksüel temasın mümkün olamaması haline seksüel **aversion** adı verilmektedir.

Endokrin bozukluğu olmayan bir erkekte seksüel istek azlığı ve impotens şikâyetleri şu ihtimalleri düşündürür:

(1) Anksiete nörozu (hasta anksiete semptomları gösterir veya göstermeyebilir)

(2) Cinsî sapıklık veya fetişizm

(3) Seksüel partnerinden başka birini sevmesi hali (bu bir gerçek seksüel aversion olarak telâkki edilemez)

Cinsî sapıklık veya fetişizm bazen hasta tarafından dahi açıkça bilinip kabul edilmemekte ve ancak bir süre tedâvi ve konuşmadan sonra mesele açıklığiyle meydana çıkmaktadır.

İmpotens ve hiposeksüalite, davranışçı görüşle iki sebebe bağlanabilir:

(a) Seksüel instinkt enerjisinin başka kanallara saptırılması,

(b) negativ şartlanma.

Fazla intellektüel faaliyet, korku gerek impotens ve gerekse frijidite için en önde gelen sebepler olarak gösterilebilir. Gayri kanunî cinsî birleşme sırasında «basılan» kimselerin bir süre impotens kaldıkları görülmektedir.

Negativ şartlanma hiposeksüalitenin belli başlı sebeplerindendir. Özellikle çok dindar ve mutaassıp ailelerin seksüel konuları bir tabu gibi göstermeleri seksüel instinkti ileri derecede azaltmaktadır. Bazen bu inhibisyon, meselâ kadının tabu, yasak addedilmesi sonucu homoseksüaliteye sebep olmakta, bazen de böyle ailelerin çocukları kadınlarla flört şeklinde çok şiddetli ilişkiler kurduktan sonra mesele seksüel birleşmeye gelince birdenbire inhibisyon kendisini gösterip başarısızlığa uğramaktadırlar. Patolojik derecede taassup, sonunda seksüel aktiviteyi öylesine bastırmaktadır ki bazı şizofreniform ve paranoid sendromlar dahi gelişebilmektedir.

Müzik, matematik dehaları gibi şiddetli intellektüel faaliyetin bir aşırı süblimasyon ile seksüel faaliyeti durdurduğunu belirtmiştik. Buna en açık misal büyük fizik dehası **Sir İzaac Newton**'dur. **Newton**'un hayatında tek bir seksüel münâsebet dahi yoktur.

Frijidite ve impotens sebeplerinin en başta gelenlerinden biri «sıkıntı» dır. Psikoanalitik okul sıkıntıyı kastrasyon kompleksine bağlamaktadır. Çok sevilen bir objeye erişememek de, o objeden gayri bütün insanlara karşı seksüel arzu beslenememesi sebebiyle, bir çeşit impotense sebep olabilir. Mastürbasyon, bir kötü şartlanma yapabildiği gibi, mastürbasyonun zararları hakkında verilen hatalı telkinler de korku sebebiyle impotense götürebilmektedirler.

Son olarak şuna bilhassa işaret etmeliyiz: **Kinsey**'in de gösterdiği gibi, seksüel organlarda bir tahribata bağlı olmayan her çeşit impotens psişik bir sebebe bağlanmalıdır.

Seksüel hypoversion ve seksüel hyperversion :

Seksüel arzu ve potensin azalma veya çoğalmasından bahsedebilmek için bunun normalinin ne olduğunun belirlenmesi ve tarif edilmesi gerekir ki, bu da hemen hemen imkânsızdır. Ancak, «aynı fizik şartlarda» diğer insanlardan daha az seksüel arzu ve potens gösterilmesi haline hypoversion, daha çok arzu gösterilmesine, seksüel arzunun bir türlü doyurulamamasına da seksüel hyperversion demek uygun olur.

Seksüel hypoversion hallerinde birçok hekimler hormon ve stimülân tedâvilerine baş vurmaktadırlar. Bu vak'aların hemen hemen hepsi psişik sebeplere bağlı olduğundan, bu çeşit tedâviler herhangi bir sonuç vermemekte, aksine, içine düştükleri çaresizlik hissini arttırmaktadır. Halbuki seksüel hypoversion'un sebebi ortaya konduğu zaman bu hal kolaylıkla tedâvi olup geçebilir. Bir seksüel münâsebet denemesinde başarı sağlanamadığı zaman ilerdeki seksüel birleşmeden bir taraftan sonuç ümid edilirken diğer taraftan da başarısızlık korkusu gelişir. Böylece korku - impotens - daha fazla korku - impotens halinin artması gibi bir fâsid daire içine düşülmüş olur. Bu noktada diğer bir faktör işe karışır: artık eşi, seksüel partneri bu birleşmelerden hoşlanmamakta, bu denemelerden zevk almamakta ve gittikçe irritabl hale gelmektedir. Münâkaşalar, karşılıklı suçlamalar meseleyi daha da karmakarışık yapar. Bazı kadınlar erkeklerin «her arzu ettikleri zaman» ereksiyona muktedir olduklarını sanmaktadırlar. Erkeklerde ise bu, eşlerinin her zaman için seksüel birleşmeye hazır olduklarını zannetme şeklinde kendini gösterir.

Seksüel hyperversion, sıcak iklim, uzun süren subfebril ateş, adrenal tümörü gibi hormonal bozukluk yapan haller dışında tamamen psikolojik sebeplere de bağlı olarak görülür. Meselâ çözülmemiş bir Oidipus kompleksi böyle bir seksüel hyperversionu ortaya çıkarabilmektedir. Seksüel hyperversion erkeklerden daha çok kadınlarda görülmektedir. Diğer taraftan, hipomani ve eksitasyon halleri, epilepsi de hyperversion sebeplerinin önde gelenlerindendir.

İPTİLÂLAR VE İNTOKSİKASYON PSİKOZLARI

Bu bölümde çeşitli toksik maddelerin kontrol edilemiyen kullanılmaları, alışkanlık ve iptilâları ile gene bu toksik maddelerden meydana gelme akut ve kronik zehirlenmeler, bu zehirlenmelerin yaptığı psikiyatrik sendromlar gözden geçirilecektir.

Bu toksik maddelerin zaman zaman ve muayyen ölçüleri aşmıyan kullanılmalarının kullanan kişide belirli bir zarar meydana getirmediği, dolayısiyle psikiyatrinin sınırları dışında kaldığı muhtelif yazarlar tarafından kabul edilmektedir. Konuya girerken hemen şurasını kesinlikle belirtmeliyiz ki, ister rahatlamak, ister neş'elenmek için olsun, alkol veya diğer toksik maddeleri, pek nâdir de olsa, kullanmak, kanaatimizce patolojik bir haldir ve psikiyatrinin sınırları içine girer. Psikiyatriyi sadece hastahane duvarları içinde tatbik sahasını bulmuş bir klinik ilmi olarak kabul edersek bu konulara iğilmesini bekleyemeyiz. Ancak, kitabımızın daha başında belirttiğimiz gibi, Psikiyatri, tıbbî olduğu kadar sosyal bir bilimdir ve insanın olduğu kadar toplumun da bütün davranışları bu bilimin konusu içine girer. Normal gündelik hayatını birkaç yudum alkolle renklendirmeye çalışan günümüzün insanı ise başlı başına bir psikiyatrik problemdir. Alkolün bu tarzdaki kullanılışının bugün için genel bir hoşgörü ve tasvibe mazhar olması meseleyi hiç değiştirmez. Burada **Bertrand Russell**'in şu sözünü hatırlatmak isterim: «Bir düşünüşün herkesçe benimsenmesi onun saçma olmadığını göstermez; nitekim, insanlığın çoğunun budalalığı göz önünde tutulursa, yaygın bir inancın akla yakın bir inançtan daha saçma olacağı bellidir».

Toksik maddelerin, «**social drinking**» denen ölçülerin dışında, devamlı ve yüksek dozda kullanılması iptilâlara ve birtakım psişik bozukluklara sebep olur. Günümüzde en çok kullanılan toksik madde **alkol**'dür.

Gene bu bölümde meslekî zehirlenmelerin meydana getirdiği intoksikasyon psikozlarından da söz edilecektir (tetraethyl, kurşun, cıva, arsenik, fosfor, barbitüratlar) gibi.

Pek çok toksik madde psişik bozukluk yapmaktadır. Burada karşımıza çıkan ilk problem, bu maddelerin klinik gösterilere sebep olup olmadıklarıdır. **Bonhoeffer**, ister intoksikasyon, isterse infeksiyondan meydana gelsin, bütün eksogen psikozların psikotik reaksiyonları bakımından birbirinden pek de farkları olmadığını söylemektedir. Buna karşılık, **Kraepelin** infeksiyon psikozlarının intoksikasyon sendromlarından psikotik sendromun karakter ve strüktürü bakımından farklı olduğunu ileri sürmüştür. Infeksiyon psikozları derin bir şuur bozukluğu ile ortaya çıkarlar. Bu konfüzyon haline parça parça ve sistemsiz hallüsinasyonlar da eklenebilir. Buna karşılık, intoksikasyon psikozlarında şuur bulanması daha hafif olup sahneler halinde ve şahsın meslekî faaliyetleriyle ilgili hallüsinasyonlar görülür.

Alkol iptilâsı

Alkol iptilâsı, alkolizma veya **kronik alkolizma** kontrol edilemiyen alkol alma arzusu ile kendisini gösteren bir hastalıktır. Muntazam ve hattâ yüksek dozda alkol alan her şahıs bir kronik alkolik telâkki edilemez. Kronik alkolizmada, bir defa hastalık başladıktan sonra, şahısta fizyolojik bir iptilâ meydana gelecek ve gittikçe arttırmak suretiyle alkol alacaktır.

Alkolizmanın ve ona bağlı psişik gösterilerin araştırılması ancak 19. yüzyılın ortalarında başlamıştır. **Magnan**, 1874'de, **Lasègue** 1881'de alkol psikozlarını tarif ve tasnif etmeye çalışmışlardır. **Stern**, kronik alkolizma kavramının anlaşılmasındaki güçlüğe ve tarifindeki eksikliğe dikkati çekmiş ve bir alkoliğin şu bakımlardan gözden geçirilmesi gerektiğine işaret etmiştir:

1 — Alkolizmanın sonuçları, alkolik ve çevresi ile ilgili sosyo-ekonomik problemler..

2 — Alkolizmaya iten sebepler, çeşitli alkol alma şekilleri ve bunun mizaçla olan ilişkileri.

3 — Şahsın alkole verdiği cevap, alkolün sebep olduğu biyolojik ve daşranışa ait değişiklikler.

Dünya Sağlık Teşkilâtı (World Health Organization)'nın Alkolizm Komitesi alkolizmayı **«âdet ve geleneklerin ötesinde devamlı ve aşırı bir alkol alma alışkanlığı»**, alkolik şahsı ise **«alkol alma arzusu ruhî ve bedenî sağlığı, çevre münâsebetlerini, iş ve aile ilişkilerini, sosyal ve ekonomik durumunu bozacak kadar fazla olan kimse»** diye tarif etmektedir.

Jellinek, bu tarifi yetersiz bulmuş ve çeşitli memleketler için tatbikinin imkânsız olduğunu kaydederek şu tarifi ileri sürmüştür: **«Ferde veya cemiyete, yahut da her ikisine birden zarar veren her**

türlü içki kullanma alışkanlığıdır». Jellinek, bu tarif içine giren alkolizmayı alfa, beta, gamma ve delta alkolizma olmak üzere dört sub-gruba ayırmıştır.

Alfa alkolizma: Emosyonel veya somatik bir ıstırabı bastırmak maksadiyle şahsın psişik bir alkol alma düşkünlüğüdür. Şahsı sosyal veya beslenme ile ilgili bir bozukluğa uğratmadan senelerce devam edebilir.

Beta alkolizma: Alfa alkolizm'e bazı fizyolojik bozuklukların karışması halidir (polinöropati, gastrit, hepatit ve vasküler hastalıklar gibi). Ancak, burada henüz fizyolojik bir alışkanlık bahis konusu değildir. Alkolden kesilme belirtileri nisbeten hafif geçer ve alkolik hallüsinoz, delirium tremens gibi büyük psikotik sendromlar görülmez.

Gamma alkolizm: Burada hücre seviyesinde bir mukavemet ve düşkünlük bahis konusudur. Aşikâr kesilme belirtileri, abstinans arazları görülür. İradeli kontrol bozulmuştur. İçme arzusu durdurulamaz bir hale gelmiştir. Ruhî ve fizik kontrol kaybolmuştur.

Delta alkolizın: Çok kısa bir süre için bile alkolün bırakılamaması halidir. Devamlı içerler ve aldıkları alkol ihtiyaçları olan dozun biraz altına düşerse kesilme belirtileri gösterirler. Delta alkolizme daha çok Fransa, İtalya, İspanya gibi şarap içilen memleketlerde rastlanır.

Keller, «Alkolizma psikolojik bir düşkünlük ve fizyolojik bir alışkanlıktır; alkolik, içmeye başlıyacağı zamanı ve bir kere başladıktan sonra da ne zaman durması gerektiğini kestiremez» demektedir. Personalite değişikliği, gelişmemiş ruhî yapı, beslenme bozukluğu ve bunların yanı sıra bilinmeyen birçok sebepler alkolizma ile ilgili bulunmakta ve **«içmeyi kontrol etmenin kaybı»** alkolizma için patognomonik sayılmaktadır.

Gordon ise tamamen ayrı bir görüş açısından hareket ediyor ve bir alkoliği tamamen tecrid edip alkolden ayırmakta bir fayda umulamıyacağını söylüyor. «Elimizde tecrid ve uzaklaştırma metodunun lüzumlu ve faydalı olduğunu doğrulayan hiçbir ciddî çalışma ve araştırma bulunmamaktadır» diyen araştırıcı, kendisine karşı çıkanlara «Alkolden tamamen kesip huzura kavuşturabildiğiniz ve muvaffak olduğunuz bir tek vak'anız var mıdır?» sorusunu sormaktadır. **Gordon**, hastalığı bir kitle hastalığı olarak görmekte ve tıpkı, meselâ enfeksiyonlar gibi, diğer hastalıklar tarzında mütalea etmektedir.

Alkolün fizyolojik tesirleri

Alkol alındıktan sonra gastrointestinal tractus içinde sür'atle

emilir ve oldukça kısa zamanda kanda yüksek seviyeye çıkar. Kan ve çeşitli organlardaki alkol konsantrasyonu arasında bir denge meydana gelinceye kadar absorbsiyon devam eder. Kan dolaşımı içindeki alkolün atılması için ise bundan çok daha uzun bir zamana ihtiyaç vardır. Alkolün hızlı absorbsiyonu ve yavaş eliminasyonu arasındaki bu fark, kandaki alkol seviyesini tayinde önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun sayesinde kandaki alkol seviyesi oldukça uzun zaman sâbit kalmakta ve alkolün karakteristik tesirleri bu süre içinde devam etmektedir. İntoksikasyon şiddeti de, bir dereceye kadar, kandaki alkol yoğunluğu ile ilgilidir. Midede besinlerin bulunması, alkol alırken yemek yenmesi veya tok karnına içmek absorbsiyon hızını yavaşlatır. Bu sebepten, aç mide ile alınan alkol daha etkilidir. Özellikle süt (yağ) ve et (protein) alkolün tesirlerini yavaşlatıcı besinler arasında sayılırlar. Yavaş yavaş içme, absorbsiyonu yavaşlatarak kandaki maksimal alkol seviyesinin nisbeten düşük kalmasını sağlar. Alkollü içkinin sulandırılarak içilmesi de kanın alkol konsantrasyonuna etkilidir. İçilen içkideki alkol konsantrasyonu düşük olduğu zaman absorbe edilen likid başına düşen alkol yüzdesi de düşük olacaktır. Diğer taraftan, çok yüksek konsantrasyonlu içkilerin alınması halinde de bu kesif alkolün mucosa'da meydana getirdiği irritasyon absorbsiyonu yavaşlatmaktadır. Bütün bunlar dikkate alındıkta, alkolün gastro-intestinal tractus'dan en hızlı absorbe edildiği içkiler % 10 ilâ % 30 alkol ihtiva edenlerdir. Dolayısiyle, meselâ şarap, % 20 civarında alkol ihtiva ettiği için, % 1 - 7,5 konsantrasyonlu biradan ve % 43 - 53 konsantrasyonlu viski'den daha zararlıdır.

Alkol absorbe edildikten sonra metabolik faktörler harekete geçer ve kandaki alkol seviyesini düşürme yolunda bir faaliyet başlar. Bu faaliyet, alkol tamamen giderilinceye kadar devam edecektir. Alınan alkolün % 10 kadarı solunum, ter ve idrar yoliyle atılır. Kalan % 90'ı ise vücutta oksidasyona tâbi tutulur. Oksidasyon hızı ise oldukça yavaştır. Oksidasyon sonucunda karbon dioksit, su ve 1 gr alkole karşılık 7 kalori hesabiyle ısı açığa çıkar. Günde en çok 200 gr. alkol okside edilebilir (2.100 kalori). Alkolün oksidasyon hızı karaciğerin kapasitesi ile sınırlı bulunduğu, fizik faaliyette bulunan bir insan için de günde 2.100 kalori kifayet etmiyeceği için sadece alkolle yaşamak mümkün değildir. Bunun yanında, alkolün vitaminler, amino asidler ve yağlar gibi besin elementlerinden de yoksun olduğunu dikkate alırsak, sadece alkol ile yaşamanın mümkün olmayacağını anlarız. Bu sebeple alkoliklerde şiddetli beslenme bozuklukları meydana gelmektedir.

Alkol intoksikasyonu

Kan ve beyin dokusundaki alkol seviyesi arasında bir denge bahis konusu olduğu için, kandaki alkol mikdarı ile sarhoşluk gösterileri arasında da bir ilişkinin bulunması gerekir. İntoksikasyon derecesini sadece klinik belirtilerle tayin etmek imkânsızdır. Alkolik intoksikasyon derecesinin objektif ölçüsü kandaki alkol konsantrasyonudur. Kandaki alkol konsantrasyonu indirekt ve yaklaşık olarak idrar, tükürük veya ekspirasyon havasındaki alkol konsantrasyonu ile de ölçülebilir:

İdrar / kan ———— 1,20-1,30/1
tükürük / kan ———— 1,3/1
alveol havası / kan ———— 1/2.100

Alkol kullanmıyanlar ve orta derecede alkol alanlarda alkolün ruhî faaliyetler ve kas koordinasyonu üzerindeki etkisi % 0,05 ilâ % 0,1 gibi bir konsantrasyonunda ortaya çıkmakta, buna karşılık çok alkol alanlar ve alkoliklerde bu etkiler ancak % 0,1'in üstündeki alkol yoğunluklarında görülebilmektedir. % 0,1'in üstündeki alkol seviyesi, şahsın legal bakımdan alkolün etkisinde olduğuna delildir. Bu seviye taşıt kullanma müsaadesinin üst hududu olarak birçok Avrupa memleketinde ve Amerika Birleşik Devletleri'nde kabul edilmektedir.

Alkol, beyin üzerinde depressif bir tesir icra eder. Bu sebeple, barbitürikler gibi, depressör maddeler grubunda mütalea edilir. Önce sinir sisteminin yüksek, komplike ve iradeli fonksiyonları bozulur. Bu devrede otomatik, ekstrapiramidal faaliyetler sâlimdir. Meselâ, daktilo ile yazı yazmaya alışmış bir kimse alkol aldığı zaman eski hızı ile yazmaya devam edebilirse de yanlış sayısının arttığı dikkati çeker. Muhakeme, oto-kritik ve yüksek inhibitör faaliyetler evvelâ bozulur. Şahsın oto-kontrolü ortadan kalkacağı için alkolün ilk devresinde bir eksitasyon ve neş'e hali ortaya çıkar. Bu sebeple alkol, yanlış olarak, bir stimülân gibi tanınmaktadır. Alınan alkol mikdarı arttıkça şahsın uyanıklık hali azalır ve nihayet kaybolur; kas koordinasyonu bozulur. Nihayet vejetatif merkezlerin faaliyetleri de bozulur ve komadan sonra solunum yetmezliği ve şok ile ölüm gelir.

Kandaki alkol seviyesi ile psikovejetatif reaksiyonlar arasındaki ilişki şöyle özetlenebilir:

Kandaki alkol mikdarı % mg/cc olarak	Psiko-vejetatif belirtiler
10 mg	Düşüncede berraklaşma, burun yolu ile solunumun artması, ağız ve boğaz çevresinde kızarıklık, konjesyon.
20 mg	Başın arka kısmında dolgunluk hissi, baş dönmesi, sıcak basması ve umumî bir iyilik hissi. Bu safhada analjezik etki vardır. Ufak tefek ağrılar ve yorgunluk duygusu kaybolur. Şahıs artık ne etrafının, ne de kendi görünüşünün tasasını çekmez. Bütün arzusu sohbet etmek ve hoşça vakit geçirmektir.
30 mg	Hafif öfori, aşırı bir nikbinlik hissi. sıkıntının zail olması, depressif şahsiyetin yerini daha aktif bir şahsiyete terketmesi. Genellikle bu safha psikolojik alışkanlığın husûle geldiği ve içkiye yeni başlıyanların çok aradıkları bir safhadır.
40 mg	Şahıs kendini çok güçlü ve kudretli hisseder. Yüksek sesle ve bağırarak konuşur. Eller hafifçe titremeye başlamıştır. Konuşma peltekleşmiştir. Hareketlerde aşikâr bir beceriksizlik görülür. Kaba ve yersiz şakalara güler. Hafıza uyanık ve canlıdır. Sık sık sarhoş olmadığını tekrarlar.
50 mg	Bütün dünyayı kendisi yaratmıştır. Çok cömerttir. Kendini tamamen hür hisseder, her türlü inhibisyondan kurtulmuş, zaman ve mekândan, her çeşit ekonomik bağdan sıyrılmıştır, hiçbir şey için keyfini bozmaz. Serebellar sistem alkolden iyice müteessir olmuş ve iradeli hareketler çok zorlaşmıştır. Gövdenin statiği bozulmuş ve hareketlerdeki sinerji kaybolmuştur.
70 mg	Yalnızlık ve elem hissi, kendi beceriksizliği ile alay etme, masadaki eşyalarla lüzumsuz bir şekilde oynama, sağa sola atma, kuvvet gösterisinde bulunma, ellerini ve yüzünü ovuşturma. Solunum ve nabızda hızlanma, pupilla akomodasyonunda güçlük ve görmenin bulanması.

100 mg	Dengesiz yürüyüş, sendeleme ve yalpalama, kendi kendine konuşma, palto ve ceketini giymede güçlük, anahtarla kilidi açamama, homurdanma, küfür etme, kavga çıkarma, aşikâr seksüel sapıklık belirtileri, ekshibisyonizm ve agressif davranışlar.
200 mg	Sıkıntı ve bulantı hissi, kusma, orientation kusuru, şaşkınlık, kin, garez, öfke, kıskançlık, seksüel itilmeler, homisid arzusu ve şuur altının zorlayıcı muhtevasının boşalması. Ağır serebellar belirtiler, confusion hali.
300 mg	Şuurun bulanması ve bulutlanması, precoma, solunum ritminin bozulması, kusmalar, uzun horlamalı uyku devreleri, şiddetli eksitasyon ve agressivite.
400 mg ve yukarısı	Derin koma. Hayatla bağdaştırılamıyacak toksik seviye. Arter basıncının düşmesi, solunum felci ve şokla ölüm.

Uzun bir süre alkol kullanmanın doğurduğu birtakım kronik intoksikasyon belirtileri, psikozlar ve alkolün birden kesilmesine bağlı «kesilme» (abstinence) arazları ile genel kesilme sırasında ortaya çıkan psikozlar ayrıca gözden geçirileceklerdir.

Epidemiyoloji

Alkolizma prevalansını tayin etmek için en geçerli metod **Jellinek** tarafından ortaya konmuştur. Ölçü, bir sene içinde karaciğer sirozundan ölenlerin sayısını esas alır. İkinci kriterium toplum içindeki komplikasyonlu alkoliklerin mikdarıdır (siroz, gastrit, delirium tremens, Korsakoff psikozu gibi). Hesaplama şu formüle göre yapılır:

$$A = \left(\frac{PD}{K}\right) R$$

A — Bir yıl içinde sayılan canlı alkolik sayısı
D — Aynı bir yıl içinde sirozdan ölenlerin sayısı
P — Bu ölüm sayısının alkolden olma ölüme oranı
K — Komplikasyonlu alkolik sayısının sirozdan ölenlere oranı
R — Komplikasyonsuz alkoliklerin komplikasyonlu alkoliklere oranı

İntiharlar:

Hastahanelere başvuran intihar teşebbüsleri ve başarılmış intiharların büyük bir kısmını alkolikler teşkil eder. Nitekim **Moore**, 1195 vak'alık bir seride % 11 oranında alkoliğe rastlamıştır. **Schmidt, O'Neal** ve **Robin** bu nisbeti % 13 olarak hesab etmişlerdir. **Palola** 123 vak'alık bir seride % 17,1 oranında intihar teşebbüsü tesbit etmiştir. Her ne kadar yazarların aldıkları sonuçlar bazı farklar gösteriyorsa da, gerçek olan şudur ki, hemen hemen on intihar vak'asının birinden alkol sorumlu bulunmaktadır.

Meslek:

Alkolizmaya işçiler arasında diğer meslek gruplarından daha sıklıkla rastlanmaktadır. Her 100 işçiden üçünün alkolik olduğu tesbit edilmiştir. Ancak, alkolizmanın hafif ve orta derecelerinde iş hayatının da beraberce yürütülebildiği görülmektedir. İş gücünün alkolle azaldığı hakkında da çeşitli çalışmalar vardır. Her ne kadar bu husus bir tartışma konusu ise de, alkolün yapılan işin mükemmeliyetine - pek hafif dozlarda bile - tesir ettiği ve performansı azalttığı muhakkaktır. Alkoliklerde iş kazaları da görülecek derecede artar.

Sosyo-kültürel faktörler:

Alkolizma üç derecede ele alınmaktadır:

1 — «Social drinking» dedikleri ve bugün için toplum hayatında (ne yazık ki) mutad ve kabul edilebilir sayılan içme şekli.

2 — Sarhoşluk.

3 — Patolojik sarhoşluk.

Ayrıca, alkol epidemiyolojisinde sosyal seviye, din, yaş, cins ve etnik gruplar gibi çeşitli faktörlerin rolü incelenmektedir. Meselâ, Finlandiya'da işçilerin ayın bir veya iki gününde çok fazla içip taşkınlık yapmaları sarhoşluk olarak vasıflandırılırken bu hal Amerika Birleşik Devletleri'nde sarhoşluk diye kabul edilmemektedir. Hollanda, İspanya gibi memleketlerde ise bu şekilde aralıklı olarak içmenin adı alkolizma'dır. Fransa'da devamlı şarap içme normal addedilmekte, ancak kesilme belirtileri ve ruhi araz gösterenler için alkolik terimi kullanılmaktadır. 1964 senesinde Fransa'da yapılan antialkolik kampanya sırasında metro, otobüs gibi taşıtlara asılan ilânlardaki şu yazı çok dikkati çekicidir: «Günde bir litreden fazla şarap içmeyin, zararlıdır...»

Horton, 56 gelişmemiş toplumda yaptığı araştırmada sıkıntı derecesi ile içki nisbeti arasında bir paralellizm tesbit etmiştir. «Anxiety - Counter anxiety» adı ile anılan **Horton Teorisi**'ne çeşitli bakımlardan itirazlar olmuş, özellikle, bu memleketlerdeki şahısların sıkıntıdan kurtulmak için neden müzik, sportif faaliyetler yerine alkolü tercih ettikleri sorusunun cevabının açıkta kaldığı belirtilmiştir. **Field, Horton**'un incelediği bu 56 toplumu «Cross-cultural rating score» testleri ile incelemiş ve **Horton**'un iddiasının aksine, sebep olarak şu hususları ortaya çıkarmıştır:

a) Erkeğin aile içerisindeki otoritesinin azalması,

b) Erkeğin aile içerisindeki otoritesinin çok artması,

c) Toplum düzeni ile aile arasındaki münâsebetlerin iyi gelişmemiş olması.

Diğer yönden, **Borry, Buckwald** ve **Bacon,** 110 gelişmiş toplumda yaptıkları çalışmaları şu şekilde sonuçlandırmışlardır:

a) Çocuklukta çocuğa tanınan müsamahanın azlığı oranında erginlik çağında çok içme eğilimi meydana çıkmaktadır.

b) Çocuklukta arzunun artması ve imrendirilme oranında sarhoşluğa karşı bir özenme gelişir.

c) Erginin emosyonel bağlılıktan hoşlanmayışı ve haz duymayışı oranında içkiye düşkünlük husûle gelir.

İlkel toplumlarda bu şekilde bir kompulsif ve iptilâ yapıcı davranışa rastlanmamıştır. İçkinin bu toplumlarda aracı bir fonksiyon yaptığı sanılmaktadır. İlkel insan topluluklarında alkolizma çok nâdir görülür. Gelişmiş kültürlerde ise alkolizma çok defa problem doğurucu niteliktedir.

Alkolizmada psikolojik oluşumun çocuk - ergin (baba, anne ve diğerleri) arasındaki çatışmadan doğduğu kanaati uyanmaktadır. Meselâ Yahudiler ve Çinliler gibi babanın hâkim olduğu topluluklarda alkolizma derecesi çok düşük bulunmuştur. Baba otoritesinin çok zayıf olduğu, İrlandalı, Amerikan ve İsveç tipi ailelerde ise alkolizma ve sarhoşluk çok yüksek seviyeye ulaşmıştır.

Milliyet :

İtalyan ve Amerikan tipi ailelerde alkol küçük yaştan başlar ve ekseriya yemekle şarap içilir. Bunun dışında düşük bir nisbette ve yemek dışında zevk için de içilmektedir. Bu toplumlarda yemekte ikram edilen bir mikdar alkolü reddetmek adeta ayıp sayılmakta ve tuhaf karşılanmaktadır. Yahudilerde alkolizma oranı çok düşüktür, buna karşılık alkol kullanma oldukça yaygındır. Her çeşit içkiye erken başlanır ama çok kere şarap diğer içkilere tercih edilir. İçki ge-

nel olarak aile toplantılarında, düğün, nişan gibi merasimlerde veya dinî vesilelerle içilir. Alkol almanın hafif dereceleri daima teşvik görür. Ağır dereceleri ise hoş karşılanmaz. İptilâ çok nâdirdir.

Memleketimizde çocukların alkol alması bahis konusu olmadığı gibi, yeni yetişen gençlerin de alkol kullanmaları hoş karşılanmamakta, buna mukabil, delikanlılık ve erginlik safhasında bir çeşit «erkeklik taslamak», «aile baskısından kurtulmak» gibi kabul edilmektedir. Mutad bir içki ikramı sadece bazı çevrelerde bir kadeh likör tarzında olmakta, sosyetede viski de ikram edilmektedir. Bunun dışında, her yemekte içki alınması âdeti yoktur. Adetâ millî içki gibi telâkki edilen rakının içilmesi belli bir seremoniye muhtaçtır. Ekseriya akşamları, sofrada, meze ve yemekle ve arkadaşlarla içilir. Bu da alkolizma oranını azaltan sebeplerden biridir. İslâm dini de alkol alınması üzerinde önleyici bir etki göstermektedir. Dinlerin alkol karşısında aldıkları vaziyet ayrıca incelenecektir. Bütün bunlara rağmen rakı tüketimi 1931 yılında 931.391 litre iken 1950'de 6.278.675 litreye yükselmiştir. 1962'de ise rakı tüketimi 13.829.758 litredir. Şarap 1931 yılında 528.171 litre kullanılmış, 1950 yılında 3.317.352 litre, 1962 yılında da 4.609.731 litre sarfedilmiştir. Nüfus artışını da dikkate alarak, şahıs başına düşen alkol mikdarını hesaplarsak bu, 1939'da 1,11 litre, 1950'de 1,30 litre iken 1962'de 3 litreyi bulmuştur. Nüfusumuz 1939'dan 1962'ye kadar % 49 oranında bir artış göstermiş, buna karşılık alkollü içki sarfiyatı % 80 oranında bir artma kaydetmiştir.

Dinler: (*)

İçki gibi kişiyi olduğu kadar toplumu ve toplum içindeki şahıslar arası ilişkileri de bozan bir zehir karşısında dinler de vaziyet almışlardır. Yahudilerin din kitabı olan Tevrat'da, başta domuz eti olmak üzere deve, geviş getirmeyen ve tek tırnaklı (meselâ at) olan hayvanlarla pulsuz balık ve bazı yırtıcı kuşların etlerinin yenmesi yasaklanmış olduğu halde (Tesniye, bap: 14, âyet 3 - 22 arası) içki ve şarabın yasak edildiğine ait bir hüküm yoktur. Aksine Yahudiler arasında onun serbestçe istihsal edilip içildiğini ifade eden açıklamalara rastlanır: «Yıldan yıla tarlada çıkan tohumun bütün mahsûlünün onda birini mutlaka vereceksin. Ve daima Allah'ın Rab'den korkmayı öğrenmek için buğdayının, ve şarabının, ve zeytin yağının...» (Tesniye, bap: 14, âyet: 22 - 23). «Ve parayı canının dilediği

(*) Bu bilgi, Yüksek İslâm Enstitüsü öğretim üyesi Sayın **Emin Işık**'dan alınmıştır.

her şey için, sığırlar için, ve koyunlar için, ve şarap için, ve canının isteyeceği her şey için vereceksin» (Tesniye, bap: 14, âyet: 26) âyetlerinde geçen ifadeler bir fikir verdiği gibi, yine Tevrat'da **Lût** Peygamberin ve kızlarının sarhoş oluncaya kadar şarap içtikleri anlatılmaktadır. Binaenaleyh, bu âyetler Tevrat'da içkinin yasak edilmediğini ve tahdit edici bir hüküm bulunmadığını gösterir.

Hristiyanlık'da şarap **Hazreti İsa**'nın kanını temsil eden bir nevi kutsal bir şeydir. Bu manâda ve dinî ayinlerde sembolik olarak adeta kutsal sayılmış ise de, sarhoşluk bilhassa dindar hristiyanlarca hiçbir zaman makbul addedilmez ve hoş karşılanmaz.

Müslümanlığa gelince... **Hazreti Muhammed** ve **Hazreti Ebubekir** hiçbir zaman, hattâ İslâmdan önce bile, içki içmemişlerdi. Fakat Müslümanlar başlangıçta şarap içiyorlardı. İçkinin yasak edilmesi tedricen olmuştur. **Hazreti Muhammed**'in içki içmediğini, fakat içenlere de bir şey demediğini gören bir kısım Ashab, içki hakkında ne düşündüğünü sordular. Peygamberimiz hemen cevap vermedi, bu hususdaki ilâhî hükmü bekledi. Aldığı Vahiy şöyle idi: «Sana şarap ve kumarı soruyorlar, de ki: bu ikisinde de büyük bir günahla bazı faydalar vardır. Fakat zararları faydalarından daha büyüktür» (Bakara, âyet: 219). Bu âyet üzerine birçokları içkiyi terkettiler. Birçokları da sarhoş oldukları halde namaz kılıyorlardı. Sarhoş olarak ilâhî huzurda durmanın çirkinliği meydanda idi: «Sizler sarhoş iken sakın namaza yaklaşmayınız, tâ ne dediğinizi bilinceye kadar» (Nisa: 43). Buna riayet ediliyordu. Fakat müslümanlar arasında çıkan bir kavgaya içkinin sebep olduğu anlaşılmıştı. Yine Müslümanlardan bir grup **Hazreti Muhammed**'e giderek kat'î hükmün ne olduğunu sormuşlardı. Peygamberimiz de «Yâ Rab! Bize içki hakkında derde derman olacak bir hüküm ihsan eyle!» diye duâ etmişti. Bir müddet sonra: «Ey iman edenler! İçki, kumar, putlar ve fal okları şüphesiz şeytan işi olan pisliklerdir. Bunlardan kaçın ki selâmete eresiniz» (Maide: 90) âyeti ile son ve kat'î hüküm gelmiş oldu.

Yaş ve cinsiyet

Alkole başlama yaşı genel olarak 13 - 14 arasında kabul edilmektedir. Yaşları 13 ile 19 arasındaki gençlerde yapılan çalışmalarla bu grubun % 25'inin önemli mikdarlarda, geriye kalanlarının ise fırsat buldukça alkol aldıkları gösterilmiştir. Başlama yaşı da çeşitli topluımlarda farklı oranlar göstermektedir. Memleketimizde böyle bir istatistik çalışması henüz yapılmamış ise de, her halde alkole başlama yaşı dünya standardlarının çok daha üstünde, en azından yüksek öğrenim çağı olan 19 - 23 yaş arasındadır.

Amerika Birleşik Devletleri kanunları, yaşları 21'in altında olanlara alkollü içki satışını yasakladığı halde ikram edilmesine karşı çıkmaz. Memleketimizde böyle bir kanun hükmü yoktur.

Patolojik sarhoşluk

Garnier, sarhoşluğun patolojik gösterileri arasında sensoriyel-hallüsinasyonlu, eksito-motor ve hezeyanlı (délirante) şekiller ayırd etmektedir.

Psikopatik zemin, debilite, dejeneressans, kronik alkolizma, yorgunluk, heyecanlar sinir sistemini alkole hassas kılan diğer sebepler anormal sarhoşluk gösterilerine «**patolojik sarhoşluk - ivresse pathologique**) sebep olmaktadırlar.

Eksito-motor şekilde patolojik sarhoşlukta aşırı hiddet reaksiyonları ile karakterize bir eksitasyon hali bahis konusudur. Eksitasyon hali çevresine karşı çeşitli tecavüzlerden adam öldürmeye kadar gidebilir. İçki içtiği bardağı ağzını kanata kanata yiyenlere rastlanır. Bazen bu çeşit patolojik sarhoşluklar epileptik tabiatte birer reaksiyondurlar. Bu sebepten EEG kontrolünün yapılması aydınlatıcı olur.

Sensoriyel, hallüsinasyonlu şekilde bilhassa görmeye ait hallüsinasyon ve illüzyonlar vardır. Bazen hayvanlar görülür (zoopsi). Kısa süreli onirik devreler olur. İşitmeye, tad almaya, koklamaya ve iç organlara ait hallüsinasyonlar da vardır.

Hezeyanlı şekilde psikosensoriyel bozukluklarla beraber hezeyanlar ve masal uydurmalar görülür. Hezeyanlı melankoliyi andıran auto-accusation'lu, megalomanyak hezeyanlı, perseküsyonlu tipleri vardır.

Patolojik sarhuşluklar normal sarhoşluk devresinden çok daha uzun sürer (meselâ 24 saat) ve ekseriya koma ile sonlanırlar.

Patolojik sarhoşluk bahsinde **Neyzen Tevfik**'in şu fıkrasını nakletmeden geçemiyeceğim:

«İçki petrole benzer. Toprağa döküp yakarsınız, is verir, koku verir. Petrol lâmbasının fitilinden geçtikten sonra ışık membaıdır. Ama bir lüks lâmbasında yanarsa nur olur...»

Kronik alkolizma'da ruhî bozukluklar

Kronik alkoliklerdeki ruhî bozukluklar belirli bir ruhî zemin üzerinde gelişirler. Bu alt yapının karakteristikleri hiperemotivite, çok değişen ve sebatsız bir mizaç ve zaman zaman gelen depressif

mahiyette bunalmalardır. Bunlarla beraber astenik ve hipokondriak fikirler de bulunabilir.

Kronik alkolizmada entellektüel kapasitede düşme, randımanın, verimin azalması, hafıza kusurları, dikkatin zayıflaması ortaya çıkarsa da, bu kusurlarına rağmen entellektüel fonksiyonlar uzun zaman devam edebilir.

Affektivite bozuklukları karakteristiktir. Alkolikde ahlâk duygusu çok zayıflamıştır. Kıskanç, zalim ve bencil olurlar. Ailesine karşı vazifelerini tamamen unutmuşlardır. Bu durum aile içindeki otoritesinin kaybolmasına sebep olur. Halbuki zalim, bencil ve otoriter yapıları bu pozisyonunu şiddetle protesto etmesine sebep olmaktadır.

> 3 senelik evli bir alkolik hastam, evlendiğinin ertesi gecesinden itibaren hiçbir gece yemek zamanından evvel evine gelmemiş. Bu arada bir de çocuğu olmuş. Karısı yemeğini yer ve kimbilir gece yarısı mı, sabaha karşı mı meyhaneden sarhoş gelecek kocasını pencerede beklermiş. Eve geldiğinde kapıyı çalınca açmakta bir an gecikmeleri ise evde cam çerçeve ne varsa kırılmasına ve bütün ev halkının sıra dayağından geçirilmesine sebep oluyormuş. Burada aileye karşı vazife ve mes'uliyetin kaybı yanında patolojik, adeta paranoid bir otorite ve sayılma arzusu dikkati çekmektedir.

İşine devam etmez olur. Sık sık geç kalır. Bunların karşısında herhangi bir suale tahammülü yoktur. İşini kaybeder ve bir «sosyal inadapte» halini alır.

Zaman zaman kolayca ağlamasına sebep olacak bir «aşırı ve çocukça hassasiyet» ile zalim bir bencillik arasında oynanan affektiv gösterileri affeksiyondaki gerilemeyi belli eder. Sabah uyandığı anda alkol susuzluğu şiddetli bir sıkıntı ile kendini gösterir. Alkol almaya başlayınca bu sıkıntı azalır ve gece gene ortaya çıkar. Geceleri kâbuslar, âni uyanmalar, sıçramalar, korkunç hayvanlar tarzında hallüsinasyonlar, meslekî rüya ve hezeyanlarla doludur.

Bu psişik belirtileri nörolojik, hepatik ve gastro-intestinal belirtiler tamamlar.

Dilde ve ellerde tremor, alt ekstremitelerde polinevrit belirtileri (ağrılar ve kas kitlelerinin sıkmakla ağrılı oluşu, kramplar, arefleksi, hipoestezi), optik nevrit sık görülen nörolojik belirtilerdendir. Bunlardan başka medulla spinalis, cerebellum ve ekstrapiramidal sistem belirtileri de ortaya çıkabilir.

Alkol psikozları

Kronik alkolizmanın komplikasyonları arasında çeşitli psikotik klinik tablolar yer almaktadır. Bunların bir kısmı alkol alındığı devrede, bir kısmı ise birdenbire alkolü kesenlerde görülmekte, bazı psikozların meydana çıkması için ise kafa traumaları, infeksiyonlar, intoksikasyonlar gibi yardımcı sebepler gerekmektedir. Bunları sırasiyle gözden geçireceğiz.

Subakut alkolik delirium

Lasègue'in (1869) tarif ettiği, **Magnan**'ın ise (1874) délire alcolique simple diye isimlendirdiği bir subakut psikozdur. Belirtilerin analizi son olarak **Michaux** ve **Buge** (1956) tarafından yapılmıştır.

Subakut alkolik delirium, esas itibariyle konfüzyonlu - onirik bir psikozdur. Bunu **Lasègue** «rüya hezeyanı» **(délire de rève)**, **Régis** ise **«délire onirique»** diye tarif etmişlerdir. Hastanın görünüşü çok karakteristikdir: yüz solmuştur. Ajite ve sıkıntılıdır. Uyanıkken rüya görür gibi bir hali vardır. Hallüsinasyonları ve rüya hali genel olarak mesleğiyle ilgili konularla doludur. Ayrıca hayvan görme (zoopsi) tarzında hallüsinasyonlar, şiddetli kıskançlık ve perseküsyon hezeyanları, korku ve bazen kendi kendini ithamla beraber depressif safhalar göze çarpar.

Bütün sensitif ve sensoriyel sistemi ilgilendiren hallüsinasyonlar olabildiği gibi, illüzyonlara da rastlanır. Telkinle hallüsinasyon ve illüzyonlar meydana getirilebilir. Eline verilen boş bir kağıttan mektup okur, üstüne geldiği söylenen yılandan kaçar, gösterilen hayalî böcekleri ayağıyla ezmeğe çalışır.

Fizik muayenesinde ellerde titreme, kas kitlelerinde sıkmakla ağrı uyandırılması, amblyopi, diskromatopsi, skotomlar görülür. Bu skotomlar tek gözle hallüsinasyonlara sebep olurlar **(F. Morel)**. Nabız hızlanmıştır. Araya giren bir enfeksiyon olmazsa vücut ısısı genel olarak normal kalır. Karaciğer ekseriya büyümüş olup, subikter vardır. Şiddetli ter sebebiyle su kaybı olur. Dil kurudur. Bazen hafif albüminüri ve glükozüri görülebilir.

Genel olarak psikoz, nöbetler ve arada kısa süreli hafif açılmalarla dalgalı bir seyir arzeder ve birkaç gün içinde uykunun düzelmesi ile hasta açılır. Fakat hezeyanların tamamen zail olabilmesi için günler ister.

Subakut alkolik delirium'dan akut delirium'a (delirium tremens) veya kronik hezeyanlı alkol psikozlarına geçiş de mümkündür.

Delirium tremens (Akut alkolik delirium)

Hastalık ilk olarak **Thomas Sutton** tarafından 1813 yılında tarif edilmiştir. Başlangıçta uzun süre alkol kullanmış olanlarda ânî alkolden kesilmenin bu hastalığa sebep olduğu sanılmışsa da alkolün dışındaki sebeplerle de (traumalar, zehirlenmeler, ağır enfeksiyonlar gibi) ortaya çıkması bu kanaati sarsmıştır.

Hastalığın etyo-patogenezi hakkında çeşitli fikirler ileri sürülmektedir. **Klippel** (1893) ve **Binswanger** (1932) karaciğer menşeli bir oto-entoksikasyon üzerinde durmuşlardır. **Toulouse, Marchand** ve **Courtois,** kronik alkolizma veya diğer sebeplerle meydana gelmiş serebral lezyon üzerinde gelişen bir «akut psikotik ansefalit» olduğu kanaatindedirler. Adaptasyon sendromuna benzer bir hümöral şoktan da bahsedilmiştir. Bugün yaygın olan kanaatlerden biri bunun bir «beslenme yetersizliği» olduğu yolundadır. Bozukluk karbonhidratların hatalı metabolizmasında, karaciğerin detoksikan gücünün azalmasında, protein metabolizması bozukluğunda, asid-alkali dengesinin aksamasında ve nihayet, B kompleksi vitaminlerinin eksikliğindedir.

Genellikle 30 yaşın altında görülmez. Hastalık hemen daima iştahtan, yemeden kesilme, huzursuzluk, adinami, terleme, çabuk yorulma, uykusuzluk, korkulu rüyalar, panik, ezilme ve ağırlık hissi, sebepsiz korkular gibi belirtilerle başlar. Kısa süre içinde korkulu, tehdit edici vasıfta illüzyon ve hallüsinasyonlar tabloya eklenir. Bunların gerçek olmayan karakterini hasta başlangıçta farkederse de bunların tehdit edici, korkutucu etkisinden kendini kurtaramaz. Bir kısmında emotif ve affektif stress'lerle hastalığın başladığı da vâkidir. Bazen başlangıçta bir iki epileptik nöbet olabilir.

Çoklukla hastalığı, iradesiyle veya zorunlu olarak alkolden kesilme başlatır. Polis karakollarında geçirilen alkolsüz geceler, çeşitli sebeplerle hastahaneye yatma ve bu yüzden alkolden uzak kalma veya kronik alkolizma tedâvisi için bir kliniğe yatarak alkolden kesilme neticesinde akut olarak, birdenbire başlar. Bir defa başladıktan sonra da patolojik tablo sür'atle gelişir. Elden başlayan ve başa, dile, gövdeye geçen tremor en karakteristik belirtidir. Devamlı bir motor huzursuzluk vardır. Bir taraftan ajitasyon, diğer taraftan ataksi ve denge kusuru hasta için tehlikeli bir durum yaratır. Düşer, yaralanır, bir tarafını kırar, hattâ intihar sanılan kazalarla ölümler de vâkidir. Şuur bulanıklığı kısa fasılalarla birçok değişiklikler gösterir. Kendi haline bırakılmış hastalarda bu hal rüyaî (oni-

rik) bir vasıf kazanır. Onirizm içinde meslekî ve alışılmış birtakım hareketler otomatik şekilde yapılır. Fırıncı kendini hamur karıyor, şoför araba sürüyor zanneder. Yılanlar, fareler, birtakım acaib hayvanların devamlı hareket ettiği ve hastaya korku ve dehşet verdiği ifade edilir. Bu hallüsinasyonların yanı sıra su borularını yılan gibi görme, yuvarlak ve küçük eşyaların akrep ve çiyan gibi idrâk edilmesi tarzında illüzyonlar boldur. Küçük küçük birtakım insanlar görülür (lilliputienne hallüsinasyonlar). Böyle kurşun asker gibi küçücük askerlerden taburlar resmi geçit nizamında kolunun yeninden girip yakasından çıkar, yastığının altına girer, oradan oraya dolaşır, bir araya gelip komik bir müzik icra eder, bazen içki şarkıları söyler, meyhane sohbetleri yaparlar. Bütün dostları ve arkadaşları onun için küçülmüş hale gelerek fıkralar anlatır, şarkılar söyler ve onu eğlendirirler.

Ezik ve dizartrik, serebellar tipte bir konuşma vardır. Tenbihle rüya halinden kısa bir süre için çıkarılabilir, telkinle hallüsinasyon ve illüzyonlar meydana getirilebilir. Döşemenin kayması, duvarların yuvarlanması, odanın dönmesi gibi vestibüler belirtilere sık rastlanır.

Duvarlarda ve kendi vücutlarında dolaştığını sandıkları böcekleri yakalamak için vücutlarını yaralarlar.

Orientation kusuru, korku ve dehşet, yerini nâdiren keyif hali, öfori, usluluk ve sükûnete terkedebilir. Masal anlatma ve illüzyonlarını tarif etme mutaddır.

Paslı dil, yüzde ve konjonktivalarda konjesyon, tremor, ateş yükselmesi, hızlı solunum, taşikardi ve dehidratasyonla fizik belirtileri tamamlanan bu tablo kendi haline bırakılırsa birkaç gün içinde 24 saat kadar süren bir uyku devresinden sonra hasta açılır. Pnömoni, kalb yetmezliği, şok veya kazalar sonucu ölüm de görülebilir.

Alkolik hallüsinoz (Wernicke)

Bu hastalığı **Kraepelin** «alkoliklerin hallüsinasyonlu cinneti» ve **Wernicke** de «akut alkolik hallüsinoz» diye isimlendirmişlerdir. Bugün için delirium tremens'in değişik bir şekli olduğuna inanılmaktadır.

Hastalığın ana semptomları sadece işitme hallüsinasyon ve illüzyonlarıdır. Zamanla bu seslerin dayandığı zeminde sistematize olan bazı persekütif fikirler de gelişebilir. Başlangıçta duyulan sesler elemanter vasıfta olup çıtırdama, vurulma, kükreme, zil çalması, fısıldama, ıslık sesi tabiatindedir. Zamanla bu sesler forme olur ve kelimeler veya cümleler şeklinde duyulmaya başlar. Bunların arasında

hem dost ve hem de düşmanların sesleri vardır. Kendisine içtiğinden ötürü çattıklarını, küfrettiklerini, hayatı boyunca işlemiş olduğu suç ve günahlarının kulağına fısıldandığını söyler. Bu sebeple etrafı düşmanları ile çevrelenmiş olup devamlı göz altındadır. Polis de bunlara katılmıştır. İşini ve yerini değiştirmeye çalışır, korunmak için yanında silâh taşır. Ya düşman sandığı bir kimseye tecavüzü üzerine veya bu ithamlardan kurtulmak için intihar teşebbüsü üzerine ele geçer. Evvelâ bir paranoid psikoz intibaını verirse de hiçbir zaman şizofreniye has düşünce bozukluklarını göstermemesi ve antesedandaki alkol teşhisi koydurur.

Daha şiddetli vak'alarda hastalar arkasından ateş edildiğini veya «seni bu akşam keseceğiz», «bu akşam ırzına geçiyoruz», «sen erkek değil kadınsın» şeklinde şiddet kazanan ve onu paniğe düşüren sesler duyar. Bu devrede bile şuur ve sensorium, delirium tremens'in aksine, açık kalır. İyileştikten sonra hâdiseye ait bütün teferrüatı rahatlıkla hatırlar. Gene delirium tremens'in aksine telkinin hallüsinasyonlar üzerinde bir etkisi yoktur.

Birkaç günden birkaç aya kadar sürer ve alkolün kesilmesi ile belirtiler kısa zamanda silinir.

Alkol paranoia'sı

Daha çok alkoliğin aile hayatını ve yakınlarını tehdit eden ve adam öldürmeye kadar giden şiddetli kıskançlık fikirleri ile karakterizedir. Erkeğin seksüel gücünün alkol sebebiyle azalmış olması, kocaya karşı düşkünlük ve sevginin zamanla azalmış bulunması ve kadının artan cinsî isteğine erkeğin kâfi cevap verememesi sebepleriyle kadının kocaya karşı davranışlarında bir lâkaydî ve aşağılayıcı durumun erkek tarafından sezilmesi halinde gelişir. Öfke, huzursuzluk ve şiddetli kıskançlık tarzında kısa zamanda gelişen bu reaksiyon kontrol edilemiyen emotif ve affektif bir karakter kazanır. Sarhoşluk halinde ortaya çıkabilen bu hal zamanla hastanın bütün düşüncesini ve hayatını istilâ eder, içmediği zaman da hezeyanları, şüpheleri ve öfkesi bâki kalır. Artık karısı sokaktan geçen herkesle, kendi öz babası, ağabeyi ve oğlu ile yatmaktadır. Yatakta, yerlerde, mendillerde meni kalıntıları, şüpheli lekeler aranır.

55 yaşında bir erkek hastamız yatak çarşaflarını ve karısının iç çamaşırlarını devamlı olarak bir lâboratuvara

götürüyor ve meni lekesi aratıyordu. Bir kaptan hastamız da şüphelerden kurtuluşu karısını kesmekte bulmuştu.

Hasta, karısının kendisine soğuk davranışını ancak başka erkeklerle temasta bulunmasına yorar.

Korsakoff psikozu

Polinevrit ve psikotik belirtilerle karakterize bir sendromdur. 1884'de **Charcot**, alkolizmanın ruhî bozuklukları ve periferik sinir belirtileri arasındaki münâsebete dikkati çekmişti. 1887 ve 1889'da **Korsakoff**, **«polinevritik psikoz»** veya **«toksemik psişik serebropati»** adı altında bilhassa alkol sebebiyle meydana çıkan bir ruhî bozukluklar - dejeneratif polinevrit semptom kompleksini incelemişti.

Korsakoff psikozuna daha çok kadınlarda rastlanır. Üçlü bir semptom kompleksi dikkati çeker: amnezi, konfabülasyon ve orientasyon bozukluğu. Bu semptom üçlüsünün yaptığı **Korsakoff sendromu** birçok, meselâ tömöral ve vasküler, sinir sistemi hastalığında görülebilir. Buna polinevrit de eklenirse **Korsakoff hastalığı** veya **Korsakoff'un polinevritik psikozu** ortaya çıkar.

Önde gelen belirtiler arasında tesbit hafızasının bozulması dikkati çeker. Yakın hatıraları ve o sırada kendisine sorulanları hemen unutur. Verilen rakkamları tekrarlıyamaz. Gündelik hayatı hakkında bilgi veremez. Daha önceki hatıraların bozulmamasına karşılık bu fiksasyon hafızasının bozulmasına **Janet «assimilâsyon amnezisi»** adını vermiştir. Bazen eski hatıralara ait bir amnezi de, daha hafif derecede olmak üzere, görülebilir. Ekseriya hasta eski hatıralarıyla karıştırarak birtakım masallar uydurur ve hatıra defektlerini bununla telâfiye çalışır **(confabulation)**. Bütün temporo-spatial yönelme, fiksasyon hafızasındaki bu kusur sebebiyle bozulmuş olduğundan orientation bozukluğu tamdır.

Bazen sendromu konfüzyonlu bir onirizm hali tamamlar.

Nörolojik belirti olarak alt ekstremite kaslarında hipotoni ve arefleksi ile karakterize ikinci nöron tipinde felçler görülür. İki taraflı olan bu felçlerle beraber hissiyet kusuru ve trofik bozukluklar polinevrit tablosunu ortaya çıkarırlar. Nâdiren kafa çiftlerinin tutulduğu, refrobülber optik nevritin teşekkül ettiği de görülür.

Genel olarak hastalık kronik bir seyir gösterir ve sonunda tam bir bunamaya gider.

Alkol bunaması

Uzun süre yüksek mikdarlarda alkol alan kimselerde şahsiyette bir çözülme, bir parçalanma ortaya çıkar. Bu yıkım bazı vak'alarda emosyonel bir bozukluk şeklinde olabileceği gibi, bir kısmında tam bir bunamaya kadar gidebilir. Alkoliklerde ilerleyici vasıfta bir merkezî sinir sistemi parenkiması dejeneressansı mevcuttur. Bu yıkılmaya aksonların da iştirâk ettiği bilinmektedir. Bilhassa frontal korteks atrofisi intellektüel çöküntüyü hızlandırır. Bu harabiyetin bir beslenme bozukluğundan çok ethyl alkolün toksik tesirinden olduğu sanılmaktadır..

İlk belirtiler instinktif, ânî parlama şeklinde, düşünülmeden yapılan impulsiv hareketlerdir. Bu parlamaların sebebi alkoliklerde olağan sayılan alınganlık, düşmanlık hisleri ve suçluluk duyguları olduğu sanılmaktadır. Başlangıçta her ne kadar ahlâkî değerler korunabilirse de bir süre sonra içgüdüler ve irade zayıflar. Gayret, teşebbüs yeteneği azalır. Doğruluk ve itimad telkin edebilme gücü kaybolur. Şahıs durumunu kabul ve idrâk etme, gerçekle yüz yüze gelme dirayetini gösteremez. Başarısızlığı ve içinde bulunduğu uygunsuz şartlardan dolayı başkalarını sorumlu tutar. Çevrenin onu bu duruma düşürdüğünü iddia eder. Affeksiyonu bozulur ve gaye ortadan kalkar. Alkolik kendi günlük bakımını, görünüşünü dikkate almaz, aile ve yakın çevresini ihmâl eder. Egosantrinin artması hastanın sosyal bağlarını zayıflatır, koparır. Mizaç genellikle bütün ikaz ve uyarmalara rağmen iyimser kalmakta devam eder. Ancak, çoğu kere sebepsiz bir şekilde şiddet ve öfke reaksiyonları, ânî parlamalar görülür. Küçük bir takılmaya alınır, çabucak ağlar. Ancak, bu göz yaşlarının birden yerini kahkahalara terkettiği görülür. Sokakta, arkadaşları arasında, meyhane'de çok neş'eli ve konuşkan olan alkolik evinde az konuşan, soğuk, utanmaz bir kimse havasına girer. Hemen her vak'ada seksüel hayat iflâs etmiştir. Buna sebep bazı hallerde alkol olduğu gibi, bazen de bu durum, yani seksüel yetersizlik, alkole itmektedir. Genellikle içmesini hoş karşılamıyan ve tenkid edenlere sempatisi yoktur. Bu kimseleri düşman bilir. Bir süre sonra hafıza yıkımı başlar. Tam bir bunamadan kaçınılamaz. Bu hastalarda tatbik edilen psikometrik testler entellektüel yıkımın global bir vasıf kazandığını ortaya çıkarır.

Alkol alımının herhangi bir safhasında hastayı bu toksik maddeden kesmek kabil olursa belirtilerin ilerlemediği ve çok kere iyilik ihtimâllerinin ortaya çıktığı görülür. Ancak, ne kadar aksini iddia ederlerse etsinler, alkoliklerin içkiyi bırakmak istemedikleri de

bir hakikattir. Yalnız bu şekilde sorumluluk duygusundan ve gerçeğin ağır gelen baskısından kendilerini kurtarma şansına sahip olabilmektedirler.

Alkolik epilepsi

Alkolün epilepsi ile münâsebeti uzun zamandanberi bilinmektedir. Nöbetler hemen daima uzun süre yüksek mikdarlarda alkol alanlarda ortaya çıkmaktadır. Ara sıra içki içenlerde şimdiye kadar bu tip nöbetlerin geliştiğini gösteren literatüre rastlanmamaktadır. Birkaç hafta devam eden sürekli alkol alınımı hamlelerin ortaya çıkması için kâfidir. Nöbetlere 35-45 yaşları arasında çok rastlanmakta, 25-35 arası ve 50'den sonra ise sıklığı azalmaktadır. Nöbetlerin ileri yaşlarda ortaya çıkması her ne kadar idiopatik bir epilepsiden ayırım yapmayı kolaylaştırıyor ise de diğerlerinin semptomatik epilepsilerden ayırd edilmesi gerekmektedir.

İzole nöbetler, nâdiren de status epilepticus görülür. Nöbetler daima grand mal şeklindedir. Delirium tremens ve geçici hallüsinasyonlarla beraber olursa hâdisenin başlangıcında hemen daima bir alkolden kesilmenin bulunduğu dikkati çeker. Genellikle alkol kesildikten 48 saat içinde nöbetler başlar. Alkol kullananlarda kafa traumaları da nöbetleri başlatan sebeplerdendir.

Gayet - Wernicke ansefalopati'si

1875'de **Gayet**, pedunculus cerebri'nin üst kısımları, optik bölgeler, IV. ventrikül döşemesi ve III. ventrikül duvarlarına lokalize bir diffüz ansefalit'e ait müşahedesini neşretmiştir.

Wernicke (1881) «akut hemorajik poleoencephalitis superior»ü tarif ederken sür'atle öldüren tabiatinden bahsetmiş, ancak alkolizmanın rolü üzerinde durmamış, poliomyelitis'inkine benzer bir iltihabî sebep olabileceğini ileri sürmüştü. Alkolik etyoloji 1887'de **Thomsen** tarafından gösterildi.

Ataksi, şuur bozukluğu ve göz küresinin ekstrensek kaslarında felç şeklinde bir semptom üçlüsü gösterir. Belirtiler arasında en dikkati çeken göz arazlarıdır. Hemen daima horizontal nystagmus, daha nâdir olarak da vertikal nystagmus görülür. Konjüge hareketlerin bozulması ve okülomotor sinire ait diğer kusurlara da rastlanır. Diplopi ve içe şaşılık sıktır. Nervus abduscens felci ekseriya iki taraflıdır. Miyotik, reaksiyon vermiyen bir pupilla vardır. Ruhî bozukluk başlangıçta bir gerginlikle kendini gösterir, arkasından çoğu zaman hallüsinasyon ve delirium ortaya çıkar. Uyuklama nâdirdir.

Daha çok ilgisizlik ve zihnî yavaşlama bulunur. Kendiliğinden konuşma azalmış olup, sorulara verilen cevaplar kısalmıştır. Dikkatin bir konuya çevrilmesi zordur. Konuşma sırasında uyuklama da görülür. Değer hükümleri bozulmuş olup, bilhassa yakın hafıza yıkılmıştır. Bazı hallerde bir bunamayı düşündürecek derecede intellektüel yıkılma tesbit edilir. Bu durumda Korsakoff Psikozu ile karışabilir. Üçüncü belirti olarak ataksi sayılabilir. Yürümede ve ayakta durmada zorluk şeklinde ortaya çıkan bu araz hastaların % 80'inde görülebilir. Bir kısmı ancak yardımla ayakta durabilen hastalardan yürümeye muktedir olanlarda adımlar küçük ve emniyetsizdir. Bacaklar yana açılmıştır. Hareketle ortaya çıkan bir tremor olabilir. Periferik polinöropati hemen bütün vak'alarda vardır. Komplikasyonlu şekillerinde karaciğer yetmezliği, ambliyopi, delirium tremens beraberce bulunur.

Alkolik polinöropati

Beslenme bozukluğuna bağlı ve alkolden olma bir hastalıktır. Yanlışlıkla alkolik neuritis adı verilirse de nöronal değişiklikler iltihabî olmaktan çok dejeneratif vasıftadır. Konu ile ilk ilgilenenlerden biri **Strauss**'dur. **Street** ve **Swank**, güvercinlerde B vitamini eksikliği husûle getirmek suretiyle periferik sinir dejenerasyonları yapmışlardır. **Williams** ve arkadaşları ise gönüllülerde thiamine eksikliği ile polinöropatinin objektif bulgularını elde etmeye çalışmışlar, ancak nevrastenik vasıfta bazı şikâyetlerin yanı sıra ayaklarda anormal bir duyum ortaya çıkarmışlardır. Bu belirtiler de thiamine tedâvisi ile zail olmuştur. Ancak iki vak'ada üç aylık bir thiamine eksikliği diyetinden sonra polinöropati görülmüştür. **Swank, Wintrobe** ve **Adams** panthotenic asid ve pyridoxine eksikliğinde de benzer belirtilerin meydana geldiğine dikkati çekmişler ve thiamine eksikliğinin polinöropati için vasfî olamıyacağı kanaatine varmışlardır.

Bugün için bilinen, bu hastalığın alkolle ve Wernicke - Korsakoff grubu ile ayrılmaz beraberliğidir. Büyük bir kısmında nörolojik belirtiler çok siliktir. Hastalar daha çok motor bir beceriksizlikten şikâyet ederler. Hissî kusurlar ise ancak dikkatli bir muayene ile meydana çıkarılabilir. Vak'aların yarısında şikâyetler adale zaafı, parestezi ve bazen de ağrı şeklindedir. Hastalığın gelişmesi genellikle yavaştır. Akut vak'alarda bir gün veya birkaç gün içinde hastalık gelişir. Belirtiler daima simetrik olup distalden başlar ve proximal'e doğru yükselir. Bacaklar kollardan daha önce tutulur. Hissî ve harekî kusurların aynı zamanda başlamasına rağmen hastalar motor yetmezlikten şikâyet ederler. Donukluk, soğukluk ve ölü bir his alın-

ması şikâyetlerin esasını teşkil eder. Ağrı geç ortaya çıkan ve seyrek rastlanan bir belirtidir. Ayaklarda yanma hissi ve temasla şikâyetlerin artması usûldendir. Basınç, tahammülü güç bir duyum husûle getirir. Muayenede motor fonksiyonun, reflekslerin ve hissiyetin kaybolduğu dikkati çeker. Hafif şekillerinde topuk ve parmak uçlarında yürümek zorlaşır. Hastalık ilerledikçe düşük el ve düşük ayak husûle gelir. Daha ileri safhalarda ise tam bir felç yerleşir. Omurilik sıvısı, diğer alkolden olma hastalıklardaki gibi normaldir. Düzelme genellikle yavaştır. Orta derecedeki tutulmalarda motor düzelme birkaç haftada olabilir. İleri şekillerinde şahsın yardımsız ayakta durabilmesi için birkaç sene geçer. Tam iyileşme hiçbir şekilde beklenemez. Koruyucu adale dokusunun erimesi çok kere ekstremitelerde kemiklerin kırılmalarına sebep olur. Hastanın alkol alma alışkanlığını terkedememesi de tedâvinin gecikmesini intac eder.

Alkolik ambliopia

Alkolik polinöropatili hastaların 1/5'ide ciddî görme kusurları ortaya çıkar. Bu durum **«retrobülber nöropati»** ye bağlıdır. Bu hastaların hikâyesinde uzun süre fazla mikdarda alkol alma ve uygun olmayan beslenme vardır. Bir iki hafta içinde gelişen bir görme bulanması olur. Bu hal ilerlerse de tam bir görme kusuru husûle gelmez. Muayenede papilla nervi optici'de orta derecede bir temporal solukluk ve sentral görme defekti vardır. Uygun bir diyet ve vitamin tedâvisi ile bir iki hafta içinde hastalık geriler.

Alkolik serebellar dejenerasyon

Romano, Michael ve **Merritt**, «alkolik serebellar dejenerasyon» adı altında, kol ve bacaklarda serebellar inkoordinasyon gösteren bir hastalık ayırmışlardır. Bu hastalığa yakalananların hepsinde de ağır bir alkolizm dikkati çekmekteydi. Bunun yanı sıra beslenme bozukluğunun da görülmesi mutaddı. Bu hastalıklar sayılabilecek kadar seyrek görüldüğünden burada tafsilâtına girmeyeceğiz.

Dipsomania

Alkole bağlı klinik gösterileri bitirmeden, son olarak kompulsif, nöbet nöbet gelen bir içme arzusundan, dipsomani'den söz etmek gerekiyor.

Hugeland'ın tarif ettiği ve **méthilepsie** veya **méthomanie** de denen dipsomani, nöbet nöbet adetâ kudurmuşçasına, hırsla, öfkeyle

içki içme halleridir (**Salvatori**, 1817). Önce bir depression devresi vardır. Hasta içme impulsion'u ile kendi kendine savaşır, sonra bir geceden birkaç haftaya kadar süren kriz müddetince devamlı olarak gayet kuvvetli içkiler içer. İçilen mikdar hayret edilecek kadar çok olduğu halde bu devrede alkole karşı bir direnç de vardır. Krizin başlangıcı nisbeten şuurlu ise de devamı tamamen şuursuzdur ve hasta açıldıktan sonra bu devreyi hatırlamaz. **Bleuler**'in bildirdiği gibi, haftalar, hattâ aylarca süren kriz aralarında ise bu hastalar ağızlarına içki koymazlar.

Lhermitte şampanya, **Janet** sütlü kahve içme tarzında elektif dipsomani krizleri tarif etmişlerdir. Sadece su içen dipsomanlara ise **hydrodipsoman** denir.

Sebep olarak **Marchand**, **Ajuriaguerra** ve **Lhermitte** bir epileptik psikomotor nöbeti düşünmüşlerdir. Nöbet nöbet gelme özelliği manik - depressif psikoz üzerinde durulmasına sebep olmuştur. En çok üzerinde durulan sebep ise bir karakter nevrozu, bir psikopati'dir. Bunları şizoide psikopatinin bir şekli olarak gören müellifler vardır.

> **Dağyolu**'nun naklettiği bir vak'a: Beyoğlu'nda oturan ve iyi bir aileye mensup bir hanım. Bir sabah erken saatlerde dipsomani nöbeti başlar. Evinden gecelik ve terliklerle fırlar, ilk tekel bayiinin kapısına giderek açılmasını bekler. Daha dükkâncı kepenkleri kaldırırken bir şişe votka ister. Mantarını çıkarmak için dahi sabredemez, şişenin ağzını duvara vurarak kırar ve kırık camlar dudaklarını kesip kanatırken şişeyi başına diker, içer.

Alkol intoksikasyonunun tedâvisi

Alkol alışkanlığı ve alkolizma ile ilgili problemlerin çözümü ve alkoliğin tedâvisi ancak alkolikle toplum arasındaki münâsebetleri bilmekle kabil olur. Bilinen, hemen bütün toplumlarda alkoliğe bir düşman, toplum dışı bir insan gözü ile bakıldığıdır. Şimdiye kadar tatbik edilegelmiş olan tedâviler yetersiz olduğu gibi, hekimlerin de bu «hastalığı» anlayışı pek sınırlıdır. Bugünün şartları içinde bir alkoliği, onun alışık olduğu çevreden ayırıp yeni bir ortamın içinde yaşatmak pek de mümkün olmadığından tedâvinin başarı ihtimali de sınırlı kalmaktadır. Tedâvi altına alınan alkolikler şu üç grup içinde toplanabilir:

a) Sosyal çatışması olanlar
b) Psikolojik çatışması, conflict'i olanlar
c) Fizik araz gösterenler

Birinci grupta evlilik ve meslek hayatına ait meseleler, tevkifler ve mahkûmiyetler bahis konusudur. Bunun yanısıra sosyal yalnızlık hallerini ve «zorla beraber yaşamayı» (cohabitation forcée) sayabiliriz.

İkinci grupta delirium tremens, alkolik hallüsinoz, Wernicke hallüsinozası, Korsakoff psikozu olan hastalar yer alır. Üçüncü grupta ise polinöropati, karaciğer sirozu ve beslenme bozuklukları bulunmaktadır.

Memleketimizde tedâvi için müracaat eden alkoliklerin sayısı seneden seneye çok arttığı ve alkol gittikçe daha ciddî bir problem halini aldığı halde maalesef bu iş için ayrılmış özel hastahane, islâhhane ve dispanserler yoktur. Bizim alkolikler hakkında yapabildiğimiz ancak ileri derecede belirtiler ve iptilâ gösterenlerden kliniklere müracaat ettirilenlerle meşgul olmaktan ibarettir. Bunun yanısıra yeni başlayanlarla fizik ve psikiyatrik belirti vermiyenler hekime müracaat yerine daima kaçmayı tercih ederler. Bu sebeple kişilik yapısı, sosyal şartlar veya fizik faktörlerden hangisinin hazırlayıcı bir tesir husûle getirdiği veya bizzat sebebi teşkil ettiğini kolaylıkla kestirmek mümkün değildir. Yeni görüşler alkoliğin premorbid şahsiyetinde hepsinin birden mevcut olduğu şeklindedir. Meselâ bir evlilik problemi alkolü az mikdarda alan bir kimsenin fazla mikdarda içmesine sebep olur. Bunun yanısıra artan alkol iptilâsının mevcut aile içi geçimsizliği şiddetlendireceği de bir gerçektir. Alkolizmayı iyi anlayabilmenin tek şartı alkole yeni başlıyanları veya başlama ihtimali olanları tetkik olduğuna inanıyoruz. Yoksa, çok kerre şahsiyeti bozulmuş, fakülteleri yıkılmış bir alkoliğin incelenmesi bize pek bir şey vermiyecektir. **Plunkett** ve **Gordon**, şöyle bir pratik sınıflandırma teklif etmektedirler:

— Hiç içmeyenler
— Çok mahdut mikdarda ve çok seyrek içenler
— Alkolizma belirtisi verenler
— Organik ve mental belirti verecek kadar fazla içenler

Kronik alkolizma tedâvisi

Kronik alkolizmanın ilk şartı alkoliğin kendi problemini bilmesi, alkolü terketmeye hazır ve istekli olması ve tedâviyi kendi arzu ve iradesiyle kabul etmesidir. Zorla yapılacak bir tecrid ve tedâvi sadece kısa bir süre için alkolden uzaklaştırmaktan başka bir işe yaramıyacaktır.

Detoksikasyon ve kriz döneminin bir hastahanede geçirilmesinde zaruret vardır. En iyi niyetli alkoliklerin bile kriz sırasında iradele-

rine hâkim olamayıp alkole kavuşmak için hastahaneden çıkma yollarını aradıkları her gün rastladığımız olaylardandır.

> Bir haftadır bir klinikte detoksikasyona ve tedâviye tâbi tuttuğum bir alkolik hastam son ziyaretimde artık tamamen iyi olduğunu, kendisini bu iptilâdan kurtardığımız için çok müteşekkir bulunduğunu, bir daha alkolü ağzına koymayacağını, zaten artık ondan nefret ettiğini, zoraki bir gülümseme ve gizlemeye çalıştığı bir heyecan içinde anlatıyor ve işleri çok sıkışık olduğu için artık bir an önce çıkması gerektiğini izah etmeye çalışıyordu. Ellerini uzatmasını istedim, avuçları ter içindeydi, elleri titriyordu, biraz sonra alnında da terler birikti. Kendisi hiç bir şey söylemediğim halde, maksadını anladığımı farketti ve özür dileyerek bir daha çıkma isteğini tekrarlamadı.

Alkolden kesmenin dereceli olmasını savunanlar vardır. Bizim kanaatimizce alkolden kesme tedâvisi birdenbire uzaklaştırmakla olur. Gittikçe azaltarak alkol vermenin kesilme ve abstinence belirtilerini lüzumsuz yere uzatmaktan başka bir şeye yaramadığını müşahede ettik. Hastahaneye yatırmak suretiyle alkolik gerek alkolden ve gerekse iş ve aile çevresinden koparılmış, uzaklaştırılmış olur. Ayrıca, bazen çok tehlikeli olabilecek kesilme belirtileri ve kesilme sırasında ortaya çıkması mümkün psikotik reaksiyonlar da böylece kontrol altına alınır.

Detoksikasyon ve sevrage devresinde yemeklerden iki saat önce 5 ünite insülin deri altına şırınga edilir. Bu suretle iştahın açılması temin edildiği gibi, insülinin öforik etkisinden de faydalanılır. Damar içine sabah akşam 2 cc hipertonik serum glycosée veya sabah akşam 500 cc izotonik dextrose şırıngaları tatbik edilir. Karaciğeri korumak için gerekli tedbirler alındığı gibi B kompleksi vitaminleri de yüksek dozda verilir. Sıkıntı ve kesilme belirtilerine karşı Librium, Chlorpromazine (Largactil), Nozinan, Théralène kullanılır. Uyku için Nozinan (1 ampul i.m. veya 1 tablet veya 15 - 25 damla) faydalıdır. Bol protеinli ve karbonhidratlı bir rejim verilir. Meprobamate'lar da sıkıntıya karşı tavsiye edilirse de, bunların alkol kesilmesi belirtilerinde çok hafif kaldığını gördük. Coramine ve diğer analeptikler gerektiğinde kullanılır.

Alkolizmada uygun bir psikoterapinin yeri çok büyüktür. Tedâvinin iyi seçilebilmesi için her şeyden evvel teşhisin sağlam konması, şartların doğru bir şekilde değerlendirilmesi gerekir. Alkolikleri kabaca:

— Psikososyal
— Psikonörotik
— Psikotik

olarak üç grup içinde toplayabiliriz. Bu grupların özellikleri şöylece şematize edilebilir **(Solomon)**:

Psikonörotik alkolizma: Nörotik bir davranış olarak içer. Bu davranış çok kere şuursuz olup, şahsın psikodinamik dengesinin kurulması için gereklidir. Görünüşte diğer nörotik davranışlardan pek farkı yoktur. Uyuşturucu madde kullanmak, kumar, aşırı yemek yeme, fanatizm gibi compulsif vasıftadır. Ruhî denge çeşitli yollarla akut veya kronik olarak bozulabileceği gibi bu dengenin tekrar kurulması da çeşitli yollardan olabilir. Alkol çok kerre bu rahatlatıcı vasıtalardan biri olarak kullanılagelmektedir. Unutmamak lâzımdır ki, iptilâlarda bütün rahatlama yolları normal insanın kullandığı vasıtaların mübalâğa edilmiş kullanış şekillerinden ibarettir. Ancak, normal insan nâdiren veya fırsat düştükçe alkol aldığı ve kontrolünü kaybetmediği halde alkolikde **kontrol kaybı** esastır. Psikonörotik alkolizmaya götüren sebepler şöylece sıralanabilir:

— **Destekleyici olarak içenler.**

Bu tipler şiddetli bir aşağılık duygusundan şikâyetçidirler. Bunun kısmen farkında olmakla beraber asıl sebebi bilemezler. «Birkaç kadeh almadan kimse ile konuşamıyorum», «Patronumun karşısına çıkabilmem için iyice içkili olmalıyım», «İçkili olmazsam karıma sözümü geçiremiyorum» cümleleri bu bazik inferioriteyi belirtmektedir.

— **Rahatlatıcı olarak içenler.**

«Rahat edebilmem için içmeliyim», «İçmeden kalabalık arasına giremiyorum», «İçince daha rahat konuşuyorum» diyen bu tipler hissettikleri şiddetli inhibisyon sebebiyle içmektedirler.

— **Bastırılan bir duygu veya fikre karşılık olarak alkolü alanlar.**

Burada çok defa alkol bir seksüel tatmin vasıtası, substitut'u olarak kullanılır. Hâdise tamamen şuur dışı cereyan eder. Bu tipler çok kerre gizli bir homoseksüalitenin ıstırabını çekerler. Erkekler kendi aralarında balık ve av partileri tertibederler, bu vesile ile içerler. Kadınlar ise kendi aralarında içki âlemleri yaparlar.

— **Nötralize edici olarak içenler.**

Bu tipler hissettikleri sıkıntı ve korkuyu karşılamak maksadiyle içerler. Meselâ alkol almadan trene ve uçağa binemiyen, sevdiklerinden biri uzakta olduğu zaman içmeden yapamıyanlar bu gruba girerler.

— **Kaçmak için içenler.**

Suçluluktan, homoseksüaliteden, kadından, mes'uliyetten, öfkeden ve ıstıraptan kaçmak için içenler vardır. Bunların bir kısmı işten atılma, sokakta bir insana eziyet edilmesinin görülmesi ile birden içmeye başlarlar. Bu «tetik» olay, şahsın ego'sunun bir ölçüsü olarak kabul edilir.

— **Düşmanlık ve şiddetli agressiviteyi bastırmak için içenler.**

«Eve geldiğim zaman yemek hazır değildi, üstelik çocuk da ağlıyordu, her taraf pis ve bakımsızdı. Karımdan nefret ediyorum, onu öldürmek yerine ölesiye içtim...» Burada alkol obsessif bir fikrin substitut'u olarak kullanılmakta ve motor impulsion alkole kaydırılmaktadır. Bir bakıma faydalı bir müdafaa reaksiyonu olarak kabul edebiliriz.

— **Ruhen özlemini çektiği veya asıl ruh kademesi olan bir seviyeye inmek için içenler.**

Adetâ aptallaşmak için içer denebilir. Çocuk gibi ağlar, şımarır, anasının şefkatini arar ve bunu karısının şefkati ile mukayese eder. «Benim annemin pişirdiği yemeklerin lezzeti nerde, senin pişirdiklerin nerde...» «Bir haftadır ateşim var, bir hatır bile sormadın...» veya, «İçtiğim zaman çok defa altımı ıslatır, kaçırırım»... Bu hal bir regression olup, çocuksu bir psikoseksüel safhaya gerilemeden ibarettir. Hasta ancak bu seviyede rahatlayabildiği için alkolü regression'u sağlayıcı vasıta olarak kullanır. Şizofrenide ve bunamalarda da rastlanan bu regressionun dinamiğinin her üç halde de aynı olduğu kabul edilmektedir.

Uzun zaman alkol almış olanlarda bir fizik ve ruhî davranış örneği meydana çıkmakta ve bu insanı alkolizmaya iten asıl sebep ortadan silinmiş bulunmaktadır. Bu hal tıpkı yıkılmış bir şizofrenide başlangıç semptomlarının ve hezeyanların zamanla yıkılıp yerini bir dağınıklığa silikliğe bırakması gibidir. Artık alkolik niçin ve ne sebeple içtiğini unutmuş, sadece şımartılmış, primitif bir canlı gibi

hareket eder olmuştur. İçki içme iradeli bir hal olmaktan çıkmış ve refleks vasfını kazanmıştır.

Psikotik alkolizma: Psikotik alkolizma reaksiyonları normallerde de mevcut olan, çok derine gömülü patolojik eğilimlerin yüzeye çıkması olayıdır. Dinamiği psikonörotik alkolizmada olduğu gibidir. Realiteye karşı aşikâr bir itimatsızlık ve olayı anlamada zorluk vardır. «Bu dünya gerçekten var mı?» tarzında şüphelere, idrâk yanılmalarına, «ben buraya daha evvel gelmiş miydim?.. Bütün bunlar daha evvelce olmamış mı idi?» gibi hafıza kusurlarına sıklıkla rastlanır. Psikotik alkolizmada, tıpkı siklofrenide olduğu gibi arada normal ve içkisiz devreler bulunabilir. İki tip tefrik edilmektedir:

a) **Şizofrenik alkolizma:** Ana vasfı impulsiv olarak gelen şiddetli içme nöbetleridir. Bu içme nöbetleri sırasında manâsız kaçışlar, şiddet hareketleri, adam öldürme, seksüel suçlar ve sapıklıklar, yer değiştirme, ortadan kaybolma halleri, kavgacılık, huzursuzluk, inatçılık, durgunluk, dikkat ve hafıza aldanmaları karakteristiktir.

b) **Manik-depressif alkolizma:** İmpulsiv başlamasına rağmen yavaş seyirlidir. Hasta kendisini tamamen tecrid eder. Bir defa başladıktan sonra ya devamlı olarak, hiç ara vermeden içer veya içkinin herhangi bir safhasında intihar eder. Diğer bir ihtimal de alkol komasıı içinde ölmesidir.

Yukarda anlatılan iki psikotik alkolizma şekli ile dipsomania arasında birçok benzerlikler vardır. Esasen dipsomania da, yukarda anlatıldığı gibi, nöbetler halinde gelen impulsif içme arzusundan ibarettir. Ancak, dipsomania'da buna eklenen diğer psikotik belirtilere pek rastlanmaz.

Tedâvi için her şeyden evvel bilinmesi gereken, özel bir alkolik kişilik yapısının mevcut olmadığıdır. Hastanın kendi kişiliğine eklenmiş alkolizma şekilleri vardır. Bir defa alkolik olanın artık hayatınca alkolik kalacağı iddiası da doğru değildir. Nitekim, sebebi tedâvi edildikten sonra hayatının arta kalan kısmını arada sırada ve kontrollü **alkol alan** kimseler gibi geçiren vak'alar mevcuttur. Mamafih, korunma bakımından en iyi çare, bu şekilde ruhî defektleri ve sapmaları olan insanların ağızlarına hiç içki koymamalarıdır.

> Bütün meslek hayatımda, kronik alkolizma belirtileri gösterirken klinikte tedâvi edildikten sonra kendisini takibettiğim 15 sene boyunca arada sırada kontrollü alkol alan ve bir daha iptilâya yakalanmıyan bir tek kimse gördüm. Bu da bir meslekdaşımızdı.

Bir alkoliğin tedâvisini yüklenen hekimin her şeyden evvel onunla iyi bir temas kurması gerekmektedir. Hastanın sosyal şartlarını bilmeli, işi ile ilgilenmeli, işine gitmediği günler âmirleri ve işverenleri ile konuşup ona yardımcı olabilmelidir. Bütün bunların dışında, hastasına güven telkin edebilmelidir. Hasta, onun tedâvisiyle iyileşeceğine inanmalıdır. Hattâ, gerekirse sıkıştığı zaman ufak maddî yardımlarda dahi bulunmalıdır. Hastanın sık sık fizik muayenesi, nörolojik kontrolü yapılmalı, aksayan fonksiyonları mutlaka zamanında düzeltilmelidir. Ruhî tedâvinin yanısıra medikal tedâviye gereken önem verilmeli ve bilhassa avitaminozlara, enfeksiyonlara karşı koruyucu tedbirler alınmalıdır. Diyet, egzersiz, vücudun bakımı, uykunun tanzimi, cildin bakımı ve korunması titizlikle yapılmalı, varisler, hemoroidler, barsak ve mide bozuklukları gözden kaçırılmamalıdır.

Akut ve subakut alkol psikozlarının tedâvisi

Hasta, ilk belirtilerin ortaya çıktığı andan itibaren bu işler için gerekli mütehassıs elemanları olan bir kliniğe kaldırılmalı ve izole edilmelidir.

1) Âcil bir tedbir olarak derhal hastanın su kaybı telafi edilir. Tuzlu ve glükozlu izotonik serumlar verilir ve ağızdan mayi alması kabilse bol bol su ve sulu şeyler içirilir.

2) Sedatifler tatbik edilir. Evvelce opiumlu ilâçlar, bromürler, chlorale kullanılırdı, bugün için terkedilmişlerdir. Barbitüratlar da kuvvetli dozlarda sinir sistemi üzerine alkolünkine eklenen bir depressif tesir icra edeceklerinden tavsiye edilmezler. Librium, gerek ağızdan günde 20 - 30 mg kadar, gerekse perfusion serumu içinde damar yoliyle faydalı olmaktadır. Chlorpromazine (Largactil), Nozinan, Théralène de aynı şekilde ajitasyon ve sıkıntının giderilmesi için kullanılır. Gerekirse sun'î hibernasyon dahi yapılabilir.

3) Vitaminler, özellikle B grubu ve C vitaminleri, karaciğeri destekleyici ilâçlar tatbik edilir. Akut zehirlenmede B_6 vitamini faydalı olmaktadır.

4) İnsülin'in alkol metabolizmasındaki arttırıcı etkisi gözönüne alınarak deri altına 20 - 40 ünite insülin şırınga edilir. Hipoglisemiye girmemesine dikkat etmeli, bu arada glikozlu serumlar yapılmalıdır.

Akut alkol zehirlenmesinde tedâvi, yukarda sayılan ana prensipler içinde kalmaktadır.

Delirium tremens'de hastanın yanında devamlı olarak birisinin bulunması ve korku krizleri içindeyken ona yardımcı olması gerekir. Hastaların pek çoğu motor hiperaktivite ve eksitasyon sebebiyle kay-

bedildikleri gibi, bir kısmının da aşırı dozda hipnotik ve sedatif vermek yüzünden öldükleri hatırdan çıkarılmamalıdır. Chlorpromazine (Largactil) seçkin ilâçtır. Analeptikler, gerektiği zaman, tatbik edilirler. B grubu vitaminleri yüksek dozda verilir. Serum perfusion'ları yapılır. Tremor ve hezeyanların çok şiddetli olduğu hallerde bir magnesium eksikliği de düşünüldüğünde % 15'lik sulfate de magnésie ampullerinden 10 - 20 cc damar içine verilir. Böbrek veya kalbe ait bir bozukluk yoksa ve su yüklemeden korkulmuyorsa günde 3 - 4 litre mayi verilmelidir. Günde 3.000 - 4.000 kalori alacak bir beslenme uygulanır. Gerekirse beslenme tübajla yapılır.

Wernicke haliucinosa'sı tedâvi bakımından yukarda anlatılanlardan bir özellik arzetmez. **Alkol paranoiasında**, alkolden kesmek ve genel alkolizma tedâvisinden başka, diğer paranoid sendromlarda kullanılan nöroleptikler (Haloperidol gibi) kullanılabilir. **Korsakoff psikozunda** periferik sinir belirtilerinin gerekli fizik tedâvisi eklenmelidir. **Alkol epilepsisinde** genel antikonvülzif tedâviler (epilepsi bahsine bakınız) alkolden kesme tedâvisine eklenir.

Sosyal problem olarak alkolizm

Alkolizma, melankoli ile birlikte, intihar sebeplerinin en belli başlılarındandır. Antisosyal davranışların çoğunun altında alkol yatar. İş ve trafik kazalarının en önemli sebebi alkoldür.

Bütün dünya ülkelerinde zaman zaman alkolün yasaklandığı ve alkollü olmanın suç sayıldığı devreler olmuştur. Ancak, yazılı kanunlarla bu iptilâ ile ilk mücadeleyi İslâm dini açmış, İslâm Devletinde alkol yasaklanmıştır. Kur'anı Kerim'in alkolü yasaklıyan hükmü (Maide Suresi, âyet: 90) ve **Hazreti Muhammed**'in alkollü içkileri «Bütün kötülüklerin anası» diye nitelemesi ile bu yasaklama formüle edilmiş bulunmaktadır. Bugün dahi birçok İslâm memleketinde alkollü içkilerin satışı ve içilmesi yasaklanmış bulunmaktadır. Yazılı kanunlarla alkole karşı mücadeleyi açan devletlerin başında gelenlerden biri de Amerika Birleşik Devletleridir. Birleşik Devletlerin Massachusets eyaletinde alkolü yasaklıyan kanunlar hâlâ yürürlükte bulunmaktadır. Bu kanuna göre «iradeli olarak bu kabil toksik bir maddeyi almanın cezası 30 günden fazla olmamak üzere hapis ve 6 aydan fazla olmamak üzere tecrid» dir. Hâkim isterse bunu 15 dolar para cezasına çevirebilir.

Birinci dünya harbinden sonra A.B.D.'de konan içki yasağı, imâl etme, satma ve dağıtmayı yasaklıyordu. Ancak halk oyunun bu yasağa karşı gösterdiği sert tepki ve evlerde imal edilen kötü kaliteli alkollü içkilerin meydana getirdiği zehirlenme ve ölüm vak'aları

zorlama ile alkolle mücadelenin yapılamıyacağını, başka birtakım çareler aranması gerektirdiğini ortaya koydu.

Memleketimizde de Millî Mücadele yıllarında, savaşın getirdiği zor şartlar altında «Men'i müskirat Kanunu» ile alkollü içkiler bir süre yasaklanmıştı. «Suç işlendiği sırada şuur ve harekât serbestîsini tamamen ortadan kaldıracak» bir ruhî hal içinde bulunan kimseler hakkında ceza verilemiyeceğini emreden Türk Ceza Kanununun 46 ncı maddesinden sonra 48 nci maddesi «İhtiyarî sarhoşluk ceza ehliyetini kaldırmaz» demekle alkol karşısındaki açık vaziyetini de belirtmiştir.

Adlî bakımdan, polis yönünden alkoliği ve alkolizmayı tarif etmek ve bu tarifi pratikte kullanılır bir hale getirmek oldukça güçtür. Hemen her gece çeşitli eğlence yerlerinden, davetlerden, resmî toplantılardan çıkmış, toplumun muteber insanlarının ağızlarından henüz aldıkları alkolün kokusu silinmeden direksiyonlarının başına geçmelerinin ne suretle yorumlanabileceğini kestirmek çok güçtür. Bugün pek çok medenî memlekette artık akşamları alkol almamış bir tek kişiye rastlamak hemen hemen mümkün değildir. Fakat, kanaatimizce, her ne pahasına olursa olsun, trafik bakımından en hafif alkolün dahi, en az mikdarının bile suç sayılması gerekmektedir. Polis şu dört hususu göz önünde bulundurarak şahsın alkollü olup olmadığına karar verebilir:

1 — Motor fonksiyonlardaki bozukluklar (yalpalıyarak yürüme, el ve kol hareketlerinde beceriksizlik, başta ve gövdede sallanma, hareketlerin düzenini kaybetmesi, harekette âhenk, yumuşaklık ve serbestinin kaybı, elde ve dilde tremor).

2 — Konuşma kusurları (peltek konuşma, ezik konuşma, kekeleme, geveleme, aynı tonda ve yüksek sesle konuşma, konuşmaya baş, yüz ve kol hareketlerinin refakat etmesi, alaycı ve küfürlü konuşma, cinsiyete çok yer veren, hakaret edici vasıfta, tehditkâr konuşma, sırasız, kopuk ve hikâyeyi andırır uzun konuşma).

3 — Ruhî kusurlar (aşırı öfke, aşırı heyecan, bazen taşkınlık ve saldırganlık, bazen ileri derecede durgunluk ve depression, marazî neş'e ve keder, alınganlık, seksüel irritasyon, yapışkanlık, viskozite, cömertlik, israf, orientation kusuru ve ileri derecelerinde komaya kadar varan şuur bulanıklığı ve bulutlanması, şaşkınlık, hezeyan ve idrâk kusurları ile birlikte delirium tablosu).

4 — Lâborauar bulguları (kanda ve alveoler havada alkol tayini).

İtiraf etmek gerekir ki, memleketimizde alkol tayini ve alkol alınıp alınmadığının tesbiti - gerektiren sebep ne olursa olsun - basit bir nörolojik muayenenin sonunda verilen karardan öteye geçme-

mektedir. Hattâ sadece duyulan kokuya dayanılarak «alkol almıştır» diye bir rapor verildiği çoktur. Adlî mekanizmayı son derecede tereddütte bırakan bu kabil raporlar şahsın iradeli kontrolünün ve ruhî melekelerinin ne dereceye kadar alkolden müteessir olduğunu belirtmediğinden bunun belli bir formül içine alınması zaruridir.

İsveç'li **Leonard Goldberg**, Birinci Milletler arası Alkol ve Trafik Kongresinde yaptığı son derece ilgi çekici bir tebliğinde 37 kişilik tecrübeli bir şöfor grubunda aldığı sonuçları bildirmiştir. Sonuçlar şöyle sıralanmaktadır:

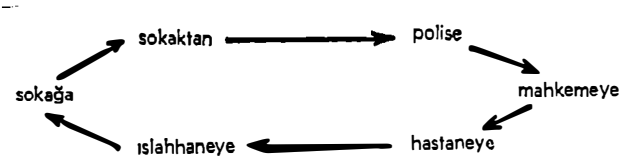
1 — % 4 alkol ihtiva eden biradan 3 veya 4 şişe (1 - 1,3 litre) veya % 40 alkol ihtiva eden içkiden 100 - 130 cc (toplam olarak vücut ağırlığının kilosu başına 0,55 gr alkol) içmek çok alışkın şöförlerin bile araba kullanma kabiliyetlerini % 25 - 30 oranında tahribetmektedir.

2 — Aynı tecrübeler alkol almamış şahıslarda yapıldığı takdirde, ikinci seferinde, aksine araba sürme kabiliyetinde % 20 oranında bir artma müşahede edilmiştir. Bu da alkol almışlarda görülen kabiliyetteki azalmanın yorulma sebebiyle olmadığını açıklamaktadır.

Yakın tarihli bir çalışmada 100 cinayet vak'asından 62'sinde, 100 trafik kazasından 43'ünde, 100 intihar vak'asından 21'inde yüksek konsantrasyonda alkol bulunmuştur. Sürücülerin ölümle biten kazalarının % 60'ında, yaya ölümlerinin % 50'sinde alkol tesbit edilmiştir. Diğer taraftan, alkol aldıktan sonra sür'at yapma merakı da meselenin tehlikesini büsbütün arttırmaktadır. Sadece Amerika Birleşik Devletlerinde teen-ager denen ve yaşları 13 - 19 arasındaki gençlerin ölümle biten kazalarının sayısı bir senede 40.000'i bulmuştur.

1957 senesinde alkol suçları sebebiyle İstanbul C. Savcılığınca 7 826 sanık hakkında 5.936 kamu dâvası açılmıştır. 1960 senesinde sanık sayısı 9.034'ü, dâva sayısı ise 7.051'i bulmuş, 1964'de ise sanık sayısı 11.351'e, dâva da 9.217'ye yükselmiştir.

Alkoliklerin çok tipik bir yaşantıları ve hayat devreleri vardır. Bu kapalı devreyi şöyle bir şema ile göstermek kabildir:



«Dönen kapı yaşantısı» diye adlandırılan bu hal, bir alkolikte üç veya dört defa tekrarlanmaktadır. Nihayet bu dolaşım ekseriya sokakta veya bir hastahanede kesilmekte ve hayat son bulmaktadır.

Gene bu şemada görüldüğü gibi, alkolik hemen daima polisle çatışma halinde olarak ortaya çıkmaktadır. Bu sebepledir ki, polisle işbirliği halinde çalışan özel alkol dispanserleri ve kliniklerinin meseleye en kestirme çözüm yolu olduğuna ve alkolizmanın tıpkı sifiliz gibi mecburi tedâviye tâbi hastalıklar arasına alınması gerektiğine inanıyoruz.

Alkol iptilâsı ile savaşan çeşitli sosyal teşekküller ve cemiyetler de vardır. Bunlar arasında en ilgi çekicilerden biri 1935'de Amerika Birleşik Devletlerinde, biri hekim olan iki alkolik tarafından kurulmuş olan «**Alcoholics Anonymus**» (A.A.) (İsimsiz Alkolikler) teşkilâtıdır. Bugün A.A. bir milletler arası hareket halinde gelişmiştir. Prensipleri, (1) Allah'a veya tabiat kanunlarına inanmak, (2) kendi değerlerini açıkça ortaya koymak, (3) itiraf etmeye ve hatalarını düzeltmeye hazır olmak, (4) insanlığa itimad ve (5) alkolle savaşmayı samimî olarak arzu edenleri bu teşkilâta üye ederek ve alkol almamalarını sağlayarak onlara yardıma amade olmak şeklinde toplanabilir.

Alkol ve diğer drog iptilâları ile savaşan önemli bir milletler arası teşkilât da **International Organization of Good Templars** (IOGT) dir. 1851'de kurulmuş olan bu teşkilâtın tüzüğüne göre amaçları şöyle toplanmaktadır:

1 — Bütün dünyada insanları ırk, millet, din, sosyal pozisyon veya politik düşüncelerine bakmaksızın bir dostluk içinde toplamak;

2 — Herkesin bütün alkollü içkileri tamamen terketmesi suretiyle örnek bir hayat tarzı kazanmaları, bu suretle alkolsüz bir kültürün teşekkül ve teessüsü;

3 — Alkol kullananların bunu bırakmaya teşvik edilmesi ve Organizasyonun dostluk ve kardeşlik havası içinde bu gibilere yardım etmek;

4 — Alkollü içkilerin etkileri hakkındaki bilgileri yaymak ve okullarda alkol problemleri hakkında bilgi verilmesinin sağlanması;

5 — Alkol kullanılmasını sınırlayan kanunlar çıkarılması için çalışmak ve buna alkol tamamen terkedilinceye kadar devam etmek;

6 — Bu konuda mevcut kanunların kuvvetlendirilmesi ve tatbikine yardım etmek.

7 — Üyelerinin iyi birer vatandaş olarak yetişmeleri için onların sağlam beden ve sağlam ruhla sosyal fonksiyon ve eğitimlerini temin etmek.

1970 senesindeki Dünya Kongresini İstanbul Kültür Sarayında yapan bu teşkilât bugün Güney Afrika'dan İskandinav memleketle-

rine ve Japonya'dan Birleşik Amerika'ya kadar yayılmıştır. İşbirliği yapmayı kabul etmiş teşekküller arasında Türkiye Yeşilay Cemiyeti ve Bulgaristan Antialkolik Millî Komitesi de vardır.

Türkiye Yeşilay Cemiyeti ise 1 Mart 1920 tarihinde kurulmuştur. Genel merkezi İstanbul'da olup Türkiye'nin her tarafında şube ve mümessillikleri vardır. Tüzüğünün 3 üncü maddesinde gayesi şöyle belirtilmiştir:

«Cemiyetin gayesi: Alkollü içki ve buna mümasil uyuşturucu maddelerin zararlarını idrâk ederek içki kullanmayan veya kullanmaktan vazgeçen hüsnü ahlâk sahibi hayır seven vatandaşları bir araya toplayarak halkımızı ve bilhassa genç nesli içki âfetinden korumak için gerekli tedbirlerin alınmasını sağlamak, kültür, sanat ve spor çalışmaları yapmak, dispanser, yurt ve lokaller tesis etmektir.»

Alkol ile mücadelenin zamanımızda artık kanun ve polis gücüyle değil, sosyal teşekküller, cemiyetler ve eğitim yoliyle yapılabileceğine inanıyoruz. Ancak, Devlet de bu savaşa alkollü içkilerin propagandasını yapmamak, bunlardan kazanç sağlamayı düşünmemek ve alkollü içki trafiğini mümkün olduğu kadar güçleştirici tedbirler almak suretiyle katılmalıdır.

Toksikomani'ler

Çeşitli uyuşturucu ve toksik maddelere karşı meydana gelen alışkanlık ve iptilâlar ile bunlardan olma psikozlar bu başlık altında gözden geçirilecektir. Konunun başında da belirttiğimiz gibi, esas itibariyle alkol ve diğer toksik maddeler arasında bir fark görmediğimizden bunların hepsini bir grup altında ele almış bulunuyoruz.

Bu maddelerin kontrol edilemiyen kullanılmaları iki türlü olur:

Alışkanlık (habituation): İlâcın kesilmesinde fizik belirti vermeyen haller,

İptilâ (addiction) : İlâcın kesilmesi halinde aşikâr kesilme (abstinence) belirtilerinin ortaya çıkması hali.

Fizyolojik ve psikolojik bağlılıklar da birbirinden ayırd edilmiştir. **Fizyolojik bağlılık,** ilâcın bırakılması veya mikdarının azaltılması hallerinde ortaya çıkan eksiklik belirtileri ve şiddetli kriz hallerini (sevrage, abstinence, kesilme belirtileri, susuzluk arazı) ifade eder. **Psikolojik bağlılıktan** ise şahsın, nâhoş ve istenmiyen etkilerine rağmen ilâca karşı bir istek ve ihtiyaç hissetmesi hali anlaşılır. **Tahammül** (tolerance) başlama dozunun zamanla kâfi gelmemesi ve aynı tesirin elde edilebilmesi için dozun arttırılması zorunluluğudur. **Cross-tolerance** deyimiyle ise aynı sınıftan ilâçlardan birine karşı

alışma halinde diğer bir üyesine karşı da alışkanlığın husûle gelmesi kastedilir.

Uyuşturucu madde iptilâsı'nı şöyle tarif edebiliriz:

«İptilâ. ilâcın sentetik veya tabiî olarak elde edilen cinslerinin peryodik veya kronik olarak tekrarlanan aralarla alınması sonucu ortaya çıkmış bir zehirlenme (intoxication) halidir. İptilâ etkilerini fert üzerinde olduğu kadar toplum üzerinde de gösterir.»

Görülüyor ki, iptilâlarda hâdise ferdin özel psikolojisini ve fizyolojisini ilgilendirmekle kalmıyor, sosyal yapıya da tesir ediyor ve en önemlisi, soyu bozucu zararlar ortaya çıkarıyor.

İptilâların şu üç karakteri taşımaları gerekir:

1 — Her şart altında ilâca devam etmede önüne geçilmez bir arzu ve ihtiyacın duyulması (compulsion).

2 — Devamlı olarak dozun arttırılması lüzumu,

3 — İlâcın tesirlerine karşı psikolojik veya fizyolojik bir ihtiyacın duyulması. Psikolojik ihtiyaç halinde şahıs ilâcın eksikliğinde şiddetli sıkıntı ve huzursuzluk duyar, alınması ile bu iki belirti kaybolur. Fizyolojik ihtiyaç halinde ise ilâcın kesilmesi ile beraber ortaya bir hastalık tablosu çıkar.

Etyoloji:

İlâca alışkanlık bir taraftan kültürel diğer taraftan ailevî problemlerin çatışması sonucu ortaya çıkar, uygun fırsatların ortaya çıkması ve şahsın tecrübe edilen ilâca devamı için uygun bir ruhî predispozisyon içinde bulunması alışkanlığın geleceğini tayin eder. Yakın zamana kadar Çin ve diğer birçok Asya ülkesinde iptilânın tabi'î bir alışkanlık gibi kabul edildiği bilinmektedir. Diğer taraftan uyuşturucu madde alım satımının bir kazanç vasıtası olduğu memleketlerde çeşitli giriş yolları ortaya çıkmakta ve kullanılan insan sayısı her geçen gün artmaktadır. Türkiye, Yunanistan ve Amerika bu grup içindeki ülkelerdir. Bir başka faktör ilâca başlamanın bir cesareti gerektirdiği ve bunun da gerek yetişkin insanı (Yasak olan bir şeyi yapmak, bir cesaret gösterisinde bulunmak) gerek gelişmemiş ruhî yapıdaki insanı cezbettiği keyfiyetidir. Uyuşturucu madde kullanımının «Tıbbî bir problem» olarak ele alındığı Batı Avrupa (Özellikle İngiltere) ülkelerinde ise kültür, ilâç kullanan insanlara itibar etmemekte ve ayrıca alım satımdan da kâr temini doyurucu olmamaktadır. Bu sebeple bu memleketlerde alışkın insan sayısı pek yüksek olmamaktadır.

Alışkınların çoğu sosyopatik şahsiyet yapısında olmalarına rağmen nörotikler ve psikozlular da affektif problemleri sebebi ile ilâç

kullanmıya yatkın hale gelirler. Kullananların çoğu ego ve süperegosu iyi gelişmemiş olanlar ve daha yaklaşık bir deyimle anaya saplantısı olan şahıslardır. Kuvvetli bir baba figüründen yoksun ailelerde de alışkanlığa bir eğilim vardır. Alışkının kendi iç kontrolunda başarılı olamaması, ihtiyaçlarının doyumunda sabırsız olması, sonu gelmez arzuları ile devamlı çatışma halinde bulunması, psikoseksüel gelişmesindeki eksiklikler ve gayelerinin gerçekleştirilmesinde egosunun kifayetli olmayışı gibi sebebler de önemlidir. Psikopatın sapmış olan zevk anlayışı ve sosyal çevre içindeki başarısızlığı, nörotik ve psikozlunun içinde bulunduğu sıkıntılı veya eksite durum alışkanlığa iten sebeplerdir.

Gerek narkotikler ve gerek diğer uyuşturucular bu insanlara derhal bir **rahatlama** ve **öfori** adını verdiğimiz bir **keyif hali** verirler. İlâcı aldıkları anda kavuştukları bu durum onların gerçek ruhî ve heyecanî durumları ile tam tersdir, ilâç onlara zevk, tatmin olma duyumu, hissettikleri devamlı gerginliğin zail olması ve bir kudret hissi vermektedir. Mevcut problemleri artık onlar için rahatsız edici olmamakta ve bir başka deyimle ya unutulmakta veya karikatürize edilmektedir. Bunun yanı sıra bir seri vejetatif değişiklikler de temin etmekte ve meselâ açlık, ağrı duyumu, şahsı huzursuz kılan henüz açıklığa kavuşmamış cinsî çatışmalar hafiflemekte, ortadan kalkmaktadır. Bir süre sonra ilâcın tesiri geçince ümidsizlik, yalnızlık hisleri tekrar ortaya çıkmakta buna nörotik veya psikotik tabiatta suçluluk hisleri de eklenmektedir. Şahsın tekrar bir rahatlama ve uyuşma durumuna girebilmesi için ilâç tekrar alınmakta ancak bu defa daha yüksek bir doz gerekmektedir. İlâcın öforizan tesiri kısa aralarla dozun arttırılmasını gerektirmektedir. Öforizan tesirin bastırılması ve sedasyonun elde edilebilmesi ancak doz artımı ile kabil olmaktadır. Ancak iyi bir şans olarak uyuşturucu maddeleri birkaç defa kullananlarda hücre içi fizyolojik bağlılığın husule geldiği görülmemekte, bu hal daha uzun bir süre sonra ortaya çıkmaktadır.

Keyif verici tesirin hâkim olduğu ilk devreye «**Balayı devresi**» denir.

Morfinde tolerans ve fizik bağlılığın oluş sebeplerini izaha çalışan iki teori bilinmektedir. Birincisine göre, morfin iki yönlü tesir etmekte ve biri depresan diğeri eksitan olarak iki tesir göstermektedir. Eksitan tesirin depresan tesirden daha uzun süre devam ettiği ve akümüle olduğu, bu sebeple şahsın ilâcın sedatif tesiri geçer geçmez eksitan tesirinden kurtulmak için tekrar ilâç almak zorunda kaldığı ancak birikici olan eksitan tesirinden ötürü bir evvelki dozunu aşmak zorunda kaldığını iddia eden teoridir. Diğeri «Hücre adaptasyonu» adı ile bilinir. Burada ilâcın depresan tesiri ile kurul-

muş olan homoeostatik denge ilâcın eksitan tesiri ile bozulur ve yeniden dengenin kurulması için artan mikdarlarda ilâç gerekir, bu artan mikdarlar da homoeostatik dengeyi daha çok bozacaklarından her seferinde ilâca duyulan ihtiyaç mikdarı artar ve bu fâsid daire devam eder. İlâcın kesilmesi ve terkedilmesi halinde ise artan dozlarla devamlı baskı altında tutulan homoeostatik mekanizmalar birden serbestleşir, ancak akkümüle olmuş olan eksitan tesir devam ettiğinden fizyolojik bir eksiklik belirtisi olarak **bağlantı** meydana çıkar. Bu teori ilâcın kesilmesi ile ortaya çıkan eksiklik belirtilerinin daima ilâcın alınması halinde mevcud tablo ile olan tam karşıtlığına dayanır. Nitekim alışkın olmayanda morfin pupillayı daraltır. Tansiyonu düşürür, vücud hararetini azaltır ve sedasyona sebeb olur. Alışkın olanda ilâcın kesilmesinde ise pupillada aşikâr genişleme olur. Ateş yükselir, kan basıncı artar ve uykusuzluk ortaya çıkar. Herne kadar bu hâdiselerin nasıl husule geldiği henüz bilinmiyorsa da merkez sinir sistemi hücrelerinde biyoşimik bir değişiklik olduğu akla yakın gelmektedir.

Yayılma

Alışkanlıkların çoğunluğunu şahsiyet kusurlarının hazırladığı müsait şartlarda daha başka alışkanlarla temasları sonucu yakalanmış kimseler teşkil eder. Her alışkan daha başkalarını da alıştırmaya çalışır, bundan maksad çok kere elindeki malın diğerlerine satışından bir mikdar kâr temin edip geçinebilmektir. Bu insanlar, çoğu kere saldırgan, herkese düşman gözü ile bakan, heyecanları bakımından gelişmemiş ve devamlı iç gerginliği hisseden kimselerdir. Genel olarak vücud sağlıkları bozuk olup, iptidai dürtülerini çabucak doyurmak emelindedirler. İlâcı aldıkları zaman sun'i bir zindelik ve iyilik hissederler ve ekzotik duyumlarla tatmin olurlar. Şuurlu huzursuzluk kaybolur, bastırılmış dürtüler açığa çıkar ve hepsinden önemlisi mesuliyet duygusu ortadan kalkar. Diğer bir grub, nörotikler olup ilâcın alınması ile sıkıntı, obsessif compulsif araz silinir ve psikosomatik belirtiler (Ense gerginliği, göğüs ağrısı, çarpıntı, baş ağrısı, ülser ağrısı, kolite bağlı dispeptik şikâyetler gibi) hafifler. Üçüncü grub organik bir hastalık sebebi ile ilâca başlayıp sonradan bırakamıyanlardır. Hekim eliyle yapılmış bu tip tedâvi hataları sonucu da bir alışkanlık gelişebilirse de çoğu kere bu şahısların da predispose kimseler olduğunda kanaat yaygındır.

Dikkati çeken noktalardan biri de alışkanlığın minorite gruplarında daha sıklıkla rastlanmasıdır. Psikodinamik açıdan alışkınların oral ve narsistik safhalarda takılmış oldukları iddia edilir. Amphe-

tamine alışkanlığı daha çok 13 - 18 yaşları arasındaki gençlerde görüldüğü halde esrara orta sınıfın yetişkinlerinde daha sıklıkla rastlanmaktadır. Birden fazla uyuşturucunun karıştırılarak beraberlikle kullanılması da çokça görülmektedir. En fazla rastlanılan karışımlar Morphine+Barbiturate, Morphine+Esrar, Barbiturate+Amphetamine, Esrar+amphetamine+psychedelics ve Morfin+Cocaine karışımlarıdır. Alkol ise bütün bu ilâçlarla beraberlikle alınabilmektedir.

Afyon (opium) ve morphine

Tabiatta bulunuşu : Papaver Somniferum Linneé veya Fam. papaveraceae adlı bitkilerin ham meyvalarının kapsüllerinin çizilmesi ile elde edilen süte benzer sıvının güneşte kurumasıyle elde edilir. Bu bitki yetişmesi için özel bir bakımı gerektirir ve ancak sıcak iklimde yetişir. Her nebat rengi beyaz, pembe ve mora kadar değişen ve sayıları üç veya dört tane olabilen çiçek ihtiva eder. Çiçeklerin yaprakları döküldükten sonra kapsüller çizilir. Ertesi gün macun kıvamında kahve rengi bir madde çizilen yerden alınır. İnsanların morfini çok eski zamanlardanberi tanıdığı bilinmektedir. Nitekim **Theophrastus** milâttan evvel 300 senelerinde bu ilâcın kullanıldığını bildirir. **Homer** bu macunu kederi dağıtan bir ilâç olarak tarif eder. 9 uncu asırda arablar bu ilâcın tesirlerini hemen bugünkü kadar biliyorlardı. Arab tüccarları ilâcı uzak doğuya tanıttılar. Çin'liler uzun süre morfini dizanteriyi tedâvi etmekte kullandılar. Ancak ilâcın tıbbî anlamda kullanılışı 18 inci asırda Avrupa'da olmuştur. Nihayet 1805 yılında **Friedrich** ilk morfin alkaloidini tecrit etmeyi başardı. Bundan sonra ham morfinden elde edilen alkaloidlerin sayısı iki düzineyi buldu. Daha sonraları tabiî alkaloidlerin dışında sentetik alkaloidler de elde edildi (Heroin, Dionin, Apomorphine gibi). Kimyevi olarak opium alkaloidleri birincisi phenanthrene ikincisi benzyllizoquinoline grubu olmak üzere ikiye ayrılır. Birinci grupta birikici tabiatta olan morfin ve kodein vardır. İkinci grup hernekadar narkotikler içinde düşünülürse de bunlar birikme yapmazlar ve psikolojik tesirleri yoktur.

Tesirleri : Opium başlıca terapötik tesirini merkez sinir sistemi ve barsakta gösterir. Başlıca tesiri ağrıyı kaldırmasıdır. Adale koordinasyonunda ve şuurda fazla bir değişiklik yapmaz. İdrakte bir gerileme olur ve orta derecede ağrı tamamen kaybolur. Şiddetli ağrı azalır. Bunun yanı sıra korku, panik hissi, ağrının verdiği sıkıntı ortadan kaldırılamaz. Yüksek dozlarda şiddetli ağrıya rağmen uyutur. Eğer morfin nöbet halinde gelen ağrıdan evvel tatbik edilmiş

ise tesiri çok daha iyi olur. Morfin sadece ağrıyı ortadan kaldırmakla kalmaz aynı zamanda bir iyilik hissi de verir (Öfori). Kırık ağrıları, koroner tromboz, yanıklar, şiddetli böbrek kolikleri ve ilerlemiş kanser ağrılarında endikasyonu vardır. Obstetrikte Scopolamine ile karıştırılıp kullanılır. Cerrahî müdahale hazırlığında iki saat evvelinden tatbik edilir. Morfin merkez sinir sisteminde sadece sensoriel bölgeyi inhibe etmekle kalmaz aynı zamanda öksürük merkezini de bastırır. Bu terapödik tesirleri yanında meselâ kusma merkezini tenbih etmesi gibi tesirleri de vardır. Pupillayı ileri derecede daraltması ve bağırsakta konstipasyon husule getirmesi de istenmiyen tesirlerindendir. Teneffüs merkezi üzerindeki inhibitör tesiri çok kere doz aşmalarında öldürücü sebebi teşkil eder. Pupillanın daralması (Pinpoint pupil), teneffüs depressionu ve şuur kaybı morfin zehirlenmesinin tipik üçlü belirtisini teşkil eder.

Alışkanlığı: Morfin ve eroinde alışkanlık kolaylıkla husule geldiği halde kodeinde bu tesir çok zayıftır. Normal bir insana iki hafta ara ile tekrarlanan dozlarda morfin verilirse alışkanlık husule gelir. Hele bu şahısta bir predispozisyon da varsa iptilânın husûlü için birkaç enjeksiyon kafi gelmektedir. Köpekler ve maymunlar kısa bir alıştırma devresinden sonra ilâçtan kesilirlerse hastalık derecesinde sevraj arazı gösterirler.

İnsanda hekim eliyle morfine alışmış her beş hastadan birinde bu alışkanlığın devam ettiği görülmüştür. Morfin müptelâlarının en karakteristik belirtileri şahsiyet bozukluklarıdır. Opium ve Narkotik alkaloidleri ferdi realiteden uzaklaştırırlar. Bir alışkın günde normal olarak 2 parça - her parçaya bir grain adı verilir ve bir grain 0,065 gr'dır - morfin alır. Nadir hallerde günde 75 grain'e kadar alanlar görülmüştür. Biraz ilerlemiş bir alışkında normal doz günde 10 ilâ 20 grain arasındadır. Mamafih Cross-tolerance hâdisesi alışkınların yüksek mikdarlarda morfin almadan uyku ilâçları ilâve etmek süreti ile daha düşük dozlarda idare edebilmelerini sağlar. Alışkının aradığı sedasyon hali hakikatte bir intoksikasyon tablosundan başka bir şey değildir. Nitekim bu durumda olan bir hastada uyuklama, teneffüs süratinin ve derinliğinin azalması, nabız yavaşlaması ve tansiyon arterielin düşmesi karakteristiktir. Yüksek dozlara çıkıldığında gayesizlik ve fizik enerjinin kaybı ve lethargy hali görülür. Dikkat azalması ve aptallık ortaya çıkar. Ancak ihtiyacı olan mikdarı bulabilenlerinde komplike meseleleri bile çözebilecek bir becerikliğe rastlanırken ilâcı kâfi mikdarda bulamıyanlarında cinavete kadar giden sosyal davranış kusurları ortaya çıkar. Normal yollardan ilâç bulmakta güçlük çekenlerde ilk ilâç temin ettikleri anda gereğinden çok fazla dozda uyuşturucu maddeyi almalarından ötü-

rü devamlı bir fizik ve psişik kararsızlık ve uyuklama hali vardır. Alışkanlıklarını devam ettirebilmeleri ancak moral bir takım fedakârlıklarda bulunmaları ile mümkündür. Satıcıların çok kere yüksek fiatlar istemeleri içiciyi ya dilenmek veya çalmak zorunda bırakır. Devamlı yakalanma korkusu zamanla ruhî bir yıkılmaya sebeb olur. Ancak morfin alışkanlığının psikotik bir gelişme gösterdiği söylenemez.

Teşhis : İçiciler çok kere içtiklerini saklamaz ve itiraf ederler. Saklıyanlarda ise miozis, vücudda iğne yerleri ve abseleri, sertleşmeler ve eksitasyon ve sedasyon devrelerinin kısa aralarla birbirini takib etmesi hekimi teşhise götürür. En iyisi hastayı bir kliniğe tecrit etmek ve susuzluk belirtilerinin ortaya çıkışını beklemektir. Ancak bu kimselerin bazen çok kurnaz davranabileceklerini ve bir mikdar ilâcı eşyaları arasına veya vücud boşluklarına saklayabileceklerini unutmamalıdır. Son zamanda sevraj belirtilerini beklemeden bir kimsenin morfin alışkını olup olmadığını ortaya çıkaran bir test bulunmuştur. Kuvvetli bir morfin antagonisti olan NALLİNE (N-allylnormorphine) adlı bir maddenin, hasta sahibinden veya kendisinin yazılı müsaadesi alınarak 3 mg'ı deri altına enjekte edilir. Tatbikinden 20 dakika sonra alışkında çok şiddetli bir sevraj arazı ortaya çıkar. Bu metodla günlük dozu 60 mg kadar olan Morfin, Eroin, Dihydromorphine, Methadone ve Leva-Dromeran adlı ilâçlara karşı alışkanlık meydana çıkarılabilir. Sevraj arazının ortaya çıkmadığı hallerde ve bu ilâca karşı direkt belirtilerin (baş dönmesi, psödoptoz, miozis gibi) çıkması halinde testin negatif olduğu yani şahsın bir alışkın olmadığı kanaatine varılır. En az bir haftadır uyuşturucu madde almıyanlarda veya çok seyrek olarak kullananlarda da netice negatif olur.

Kesilme belirtileri : Morfin veya derivelerine alışkın kimselerde bu ilâçların birden kesilmesi halinde susuzluk veya kesilme belirtileri adını verdiğimiz bir seri reaksiyonlar ortaya çıkar. Eğer alınan bir dozu müteakib aradan 12 ilâ 14 saat geçmesine rağmen ilâç tekrarlanmamışsa bu sayılan kesilme belirtileri gene ortaya çıkar. İlk belirtiler esneme, salya artması, burun akıntısı, aksırma ve terlemedir. Eksikliğin devamı halinde anorexia, pupillalarda genişleme, tremor ve bakışların donuklaşması görülür. Son alınan dozdan sonra eğer 36 saatlik bir zaman geçmiş ise adalelerde kontrol edilemiyen müskuler fibrilasyonlar ve ayaklarda, sırtta, ensede kramplar görülür. Huzursuzluk, uyuyamamak, kan basıncında yükselme ve nabızda süratlenme belirir. Kusma ve diyare karakteristiktir. Aradan 48 saat geçtikten sonra bu belirtiler en şiddetli seviyesine ulaşır ve bu durum 72 saat sürer. Bundan sonra beş ilâ 10 gün içinde geriler. Bu

belirtilerin yanı sıra hasta ileri derecede huzursuz, sıkıntılı, irrite ve gayrimemnundur. Motor hareket artması, şiddetli eksitasyon ve agressiviteye kadar varabilir. Homocid, suicid, tahripkârlık çok görülür. Bu susuzluk belirtilerinin birden düzelmesi halinde hastanın ilâç bulduğu şüphesi akla gelmelidir.

Prognoz : Uyuşturucu madde kullanımının hemen daima emotif bir problem sonucu ortaya çıktığı unutulmamalıdır. Bu sebepledir ki bir müddet tedâvi altında tutulanların ancak % 25'inde uzun süre bir sobriety (İlâç almama durumu) görülmekte diğerleri en geç 30 gün içinde alışkanlıklarına tekrar başlamaktadırlar. Büyük bir kısmı ilâç alamadıkları süre içinde anlamada zorluk tarif ederler ve bir doyumsuzluktan bahsederler. Nihayet kısa bir süre sonra kendilerini anlıyan bir çevre içine gene dönerler ve diğer alışkınlar arasında kendilerini emniyette hissederler. Henüz tedâviden yeni çıkmış eski bir arkadaşını gören bir alışkın tedâvi edilmiş olanın çok kuvvetli olan potansiel halindeki içme dürtüsünü kolaylıkla harekete geçirmesini bilir ve hemen ilk karşılaşmada iptilâ tekrar başlar. Bu şekilde tedâvi edilmiş olanlardan elde edilen faydalı netice sadece ilâcı terkettiği andaki yüksek doz yerine hastanın daha küçük bir doz ile alışkanlığına başlamasından ibaret kalır.

Tedâvi : Birleşik Amerika'da bu iş için spesialize olmuş Halk Sağlığı Merkezlerinde (Public Health Service) hastalar kabul edilir. Ücret ödeyebilenlerinden cüz'i bir ücret alınır, diğerleri ise ücretsiz olarak yatırılır ve tedâvi edilirler. Burada tatbik edilen metod hastanın alışmış ve yükselmiş olduğu doz seviyesi dikkate alınarak tedricen azaltılmış günlük dozlarda ilâcı yavaş yavaş kesmek ve eksiklik belirtilerinin mümkün olduğu kadar hafif geçmesini temin etmektir. Buna rağmen 5 ilâ 10 gün içinde çıkan eksiklik belirtileri sedatifler, analjezikler ve serum tatbiki ile giderilir. Diğer bir teknik morfin yerine onun bir subtitüsü olan Methadone'nun verilmesidir. Bir süre sonra methadone kesildiği zaman bu ilâcın kesilme belirtileri çok hafif olarak kendini gösterirler. Bu şekilde sevraj belirtileri tedâvi edildikten sonra tedâvinin istikameti psikolojik bir yöne kaydırılır ve şahsı huzursuzluğa iten refule sebebler aranır. Çevre şartlarının ve muhitin değiştirilmesi sağlanmıya çalışılır. Bütün bunlara rağmen tedâvi edilenlerin % 65'i mutlaka gene alışkanlığına döner. Bir kısım hastalarda ise gittikçe artan dozlardaki ilâcın masraflarını karşılayamadıkları için tedâvi istedikleri ve maksadlarının tedâvi sonucu satın alabilecekleri daha düşük dozlardan başlama şansını tekrar kazanabilmeleri olduğu bilinmektedir. Morfini barbitüratlarla beraber kullanan hastalarda bu durum hekim tarafından bilinmiyorsa aynı zamanda bir barbitürat sevrajı da söz ko-

nusu olur ve bu defa hastada şiddetli adalî konvülsionlar (kasılmalar) ortaya çıkar ve kemik kırılmaları sıklıkla görülebilir. Bu durumda yapılacak iş azaltılan mikdarlarda bir barbitürat kürünün de tedâviye eklenmesidir.

Kesilme sırasında hekimle hasta arasında iyi bir transferansın kurulması çok önemlidir. Hastanın kendisini içmeye iten sebepleri anlamaktaki inadının uygun bir şekilde kırılması gerekmektedir. Psikoterapi hastanın motivasyonu, korunma mekanizmaları ve sosyal uyumu etrafında konsantre edilmelidir. Alışkanlığın, işin başında bir hastalık olarak alınmayıp bir suç gibi anlaşılması tedâviyi faydasız yapar. Bu kimselerde grup terapi denemeleri olumlu sonuçlar vermemiştir. Tedâvi sonucu serbest bırakılan hastaların devamlı olarak müessese ile temas halinde olmaları ve günlük yaşantılarını ve karşılaştıkları problemleri bildirmeleri hastayı takib ve tedâvinin başarısı bakımından çok önemlidir. Kendi haline bırakılan hastaların hepsinin gene aynı alışkanlığın içine düştüğü bir gerçektir.

Kullanılışı : Şarkta morfin kurutulmuş ham opium'un sigara ile içilmesi şeklinde alınır. Birleşik Amerika'da ve Avrupa'da ise saf alkaloidleri kullanılır. Bu sebeple alışkanlık daha yaygındır. Bir ilâç olarak kullanılması kanunen menedilmiş olan Heroine'de husule gelen öfori çok daha şiddetli olup kesilme belirtileri de çok şiddetlidir. Morfin alışkınları bu maddeyi kolaylıkla temin edebilen sağlık personeli arasında çok sayıdadır. 1920'den 1930 yıllarına kadar Birleşik Devletlere Batı Avrupa ve Japonya'dan kaçak olarak sokulan morfin 1940'dan sonra kaynağını Orta Doğu memleketleri, Fransa, İtalya, Meksika ve Komünist Çin'e kaydırmıştır. 1920 senelerinde Birleşik Amerika'da morfine alışkın nisbetinin binde bir olduğu hesaplanmıştı. 1960 senesinde ise bu nisbet üçbinbeşyüzde bire düşmüştür. Orta Doğu ülkeleri için ise 1930 sıralarında bu nisbetin otuzda bir gibi çok yüksek bir değerde olduğu iddia edilmektedir.

Heroine :

Kimyevi adı Diacetylmorphine olup kapalı formülü (C_{21} H_{23} NO_5) dir. Şiddetli alışkanlık husule getiren bir opium derivesidir. Beyaz, kokusuz acı tatda, kristalize bir tozdur. Heroine adı 1899 senesinde bir Alman ticaret firması tarafından konulmuş bir patent ismidir. Opiumun phenantrene sınıfı türevlerindendir. Morfin ve kodeinle aynı grupdandır. Sentetik olarak da elde edilebilir. Fiziyolojik tesirleri hemen morfinin aynı olmakla beraber ondan çok daha şiddetlidir. Alışkanlığı da çok çabuk husule gelir. Genellikle zayıf

karakterdeki şahıslarda bir defa kullanılması iptilâ için kâfi gelmektedir. Bu tehlikesinden ötürü ticarette kullanılması yasaklanmıştır. Tıpkı morfin gibi teneffüs merkezini inhibe eder, solunumu yavaşlatır ve sathileştirir. Öksürük merkezini inhibe eder ve kuru öksürükleri durdurur. Barsak hareketlerini yavaşlatır ve kabızlık yapar. Ağrıyı azaltır. Morfinde olduğu gibi biri depresan diğeri eksitan iki tesiri vardır. Küçük dozlarda öfori ve iyilik hissi, yüksek dozlarda uyuklama ve koma husule getirir. Heroine'in morfinden farklı olarak konvülsion husule getirici tesirinden bahsedilir. Tedâvisi ve vazgeçilmesi en zor alışkanlıklar arasında sayılır. Ya enfiye şeklinde buruna çekmek veya deri altına tatbik edilmek sureti ile kullanılır. Yüksek birikici hassasından dolayı toleransı çok yüksektir ve devamlı doz artımını gerektirir. Küçük bir doz aşımı derhal ölüme sebeb olur. Teneffüs merkezinin felci ölüm sebebidir. Toleransın şiddetle artması, bir süre sonra hastanın ancak damar içi enjeksiyonları ile teskin edilebilmesi durumunu ortaya çıkarır.

Cocaine :

Kokain kurutulmuş Erythroxylon Coca yapraklarından elde edilen bir maddedir. Güney Amerika'nın And dağları batı eteklerinde tabi'i olarak yetişir. Sarıya çalan çiçekleri ve küçük kırmızımsı meyvaları vardır. Çalı tabiatında bir bitki olup yabani halde boyu dört metre kadardır. Özel olarak yetiştirildiği zaman boyunun bir, birbuçuk metre kadar olması yapraklarının kolay toplanabilmesi bakımından tercih edilir. En iyi mahsül 1500 - 2000 metre arasındaki irtifada yetişen bitkiden alınır. Senede üç veya dört defa yaprakları toplanabilir. Bolivia ve Peru'nun çok yağmur alan tepeleri ziraat için çok elverişlidir. Coca yapraklarında pek çok alkaloid bulunmasına rağmen en mühimi cocaine'dir.

Kullanılışı : Uzun seneler And dağlarında yaşıyan yerli halk koka yapraklarını, bazı sebzeleri yakıp küllerini karıştırarak çiğnemek suretiyle kullandılar. Bu şekilde bir iyilik ve zindelik hissi elde ediyor ve açlıklarını bastırabiliyorlardı. İlâç merkez sinir sistemine tesir ediyor ve bir öfori husule getiriyordu. Arkeolojik çalışmalar İnkalar'ın milattan 500 yıl önce bile bu nebatı kullandığını ortaya çıkarmıştır. Eskiden daha çok nüfuzlu kimselere tanınmış olan bu coca yapraklarını çiğneme hakkı daha sonra halk arasında da yayılmıştır. Halen Peru, Bolivia, Colombia. Arjantin ve Amazon vadisinde sekiz milyondan fazla insan bu bitkinin yapraklarını çiğnemektedir. Araştırıcılar uzun süre kullanılma halinde bile bu alışkanlığın bir hastalık yapabileceği kanaatinde ittifak etmezler. Bunama yaptığı

şeklindeki iddialar elli yılı aşkın alışkınlarda yapılan psikolojik testlerle doğrulanmamıştır. Bu alışkanlığın fiziki ve sosyal bakımdan tehlikeli olduğu iddia edilemez.

Fizyolojisi : Cocaine'in anestezik tesiri yoktur. Kan yolu ile beyne ulaştığı zaman bir öfori ve keyif hali husule gelir. Bu keyif hali bazı kimselerde alışkanlığa sebep olabilir. Cocain aynı zamanda adrenalinle daraltılmış kan damarlarının bu daralmasını da şiddetlendirir. Aynı zamanda bir hücre zehiri olup yüksek konsantrasyonda veya uzun süreli tatbiklerde hücreleri öldürür. Tıbbî bakımdan kullanış sahası gittikçe daralmaktadır. İlk defa 1880 senesinde Amerikan cerrahlarından **W. Halsted** tarafından lokal anestezik tesiri ortaya çıkarılmıştır. Göz cerrahisinde de korneada tahribat yaptığı ve pupillayı çok genişlettiği için kullanılmaktan vaz geçilmiştir. Halen kulak ve boğaz cerrahisinde püskürtme yolu ile anestezik etkisinden istifade edilir. Hücre üzerindeki toksik tesirlerinden ve aşırı vazokonstriksiyon yapmasından ötürü bu mahzurları olmıyan subtiteleri sentetik olarak imal edilmiştir. Procaine (Novocaine) bunların içinde en tanınmışıdır. Procaine'le cocaine'in şimik yapıları tamamen farklı olduğu halde fizyolojik tesirleri benzerlik göstermektedir. Procaine'de alışkanlık husule gelmeyişi ve toksik olmayışı aşikâr üstünlüğünü teşkil eder.

Alışkanlığı : Buruna çekilmek veya enjeksiyon şeklinde kullanılır. Burun yolu ile kullananlarda nazal septum mukozasını tahrib ettiğinden enfeksiyona sebeb olur ve çok kere de septum defektleri husule gelir, bu sebeble hımhım konuşma ortaya çıkar. Narkotik tesirinin olmayışı, aşikâr bir öfori husule getirmesi, kendine emniyet hissinin artışı, fikir akışının kolaylaşması, konuşma ve hareketin artması belli başlı tesirlerindendir. Bu safhada kullananlarda yorgunluk hissinin azalması sonucu iş kapasitesinde belirli bir artma husule getirir. Ancak ilâcın tesirinin geçmeye başlaması ile şiddetli bir yorgunluk kendini gösterir. Durgunluk, huzursuzluk, irritabilite belirir. Bunun yanı sıra hazım şikâyetleri, tremor, çarpıntı, adalî zayıflama, göz önünde lekeler uçuşması, seksüel empotans ve hafif bir konfüzyon ortaya çıkar. Uzun süre kullananlarda yüksek dozlara çıkılmış ise psikotik semptomlar görülebilir. Bu hastalar vizüel hallüsinasyonları yanı sıra, şüpheci, kıskanç olurlar ve persekütif fikirler taşırlar. Bilhassa derileri altında böcekler gezindiği şeklinde bir hezeyan (Hallüsinasyon değil) gösterirler. Moral yıkıntı çok kere morfinde olduğundan fazladır. Tedâvi denemeleri maalesef şimdiye kadar bir netice vermemiştir. Abstinansları çok silik geçmesine rağmen bu alışkınlar ilâçtan vazgeçmek istemezler. Nitekim bu ilâcı tıbbî alanda ilk kullanan Amerikan cerrahı **W. Halsted**

ve asistanlarının hepsi de neticede vazgeçmez birer alışkın olmuşlardır.

Tedâvi : İlâcın kesilmesi ile ortaya çıkan şiddetli hezeyanlı tabloların tedâvisinde Barbitüratların Cross-tolerance etkisinden faydalanılır. Akut gelişen toksik belirtilerle mücadele etmek çok güçtür. Kısa süreli barbitüratlar ve sun'î teneffüs faydalı olur.

Esrar :

Genel olarak **Marijuana** adı ile bilinir. Hind kenevirinin gövdesi, yaprakları ve çiçekli kısımlarından elde edilen bir karışımdır. Nebatın ilmi adı Cannabis Sativa veya Cannabis İndica'dır. Bitkinin sadece çiçekli kısımlarında özel bir muamele ile elde edilen yüksek tesirli bir reçineye **Hashish** adı verilir. Hindliler bu reçineye **Charas** adını verirler. Bazen de yapraklarından infüzyonlu **hashish** reçinesi elde edilebilir. Bu reçine ya tabletler veya pelet haline sokulur veya yapraklar ham olarak çiğnenir, yahut sigaraya bastırılıp içilir. Hindistan'da haşişi şekerle yoğurarak bir nevî yemek yapıp yerler. Morfin kadar kuvvetli bir madde olup şiddetle toksiktir ve hallüsinasyon husule getirir. Ektasy adını verebileceğimiz ve kullanıcılar tarafından «**Dalga**» tabir edilen bir somnolans durumu yapar, daha derin intoksikasyon torpör ve koma hali husule getirir.

Milattan 2700 sene evvelinde bile Çinlilerin bu maddeyi tanıdığı ve bazı hastalıklarda ilâç olarak kullandığı bilinmektedir. Hindistan'da onuncu yüzyılda bir zehir olarak kullanılıyordu. Bütün dünyada çok yaygın olan bu madde batı dünyasında **Marijuana** olarak, Güney Afrika'da **Dagga** adıyle, merkezi Afrika'da **Djoma**, Türkiye'de **Kabak** adıyle, Brezilya'da **Liamba**, Hindistan'da **Ganja** olarak tanınmaktadır. Hernekadar Hind kenevirinin anavatanı Orta Asya ise de bu nebat biraz sıcak olan her iklimde yetiştirilebilir, pek çoğu yerlerde de yabanî olarak kendiliğinden yetişir. Sadece dişi nebatın köklerinde, çiçeklerinde ve yapraklarında müessir madde mevcuddur. En zengin kısımlar çiçeklerdir. İçinde bulunan maddeler arasında esrarın bütün belirtilerini en iyi verebilen madde olarak **tetrahydrocannabinol** bulunmuştur. Bu madde psikomimetik ve hallüsinojen olarak bilinir. Ancak hallüsinojen tesiri LSD-25 ve Mescaline'den farklıdır.

Kullanılışı : Alkol, morfin ve morfin derivelerinin aksine esrar psikolojik bir bağlılık dışında fizik bir dependance husule getirmez ve ilâcın kesilmesi halinde medikal yardımı icab ettirecek bir servaj belirtisi vermez. Depressionlarda kullanılması veya alkolun terkedilmesinde bir subtitut olarak kullanılması fikri rağbet bulmamıştır.

Mazhar Osman Uzman'ın gösterdiği gibi, kronik esrar kullanmalarında şizofreniye benzer affekt yıkılmaları ortaya çıkmaktadır.

Fizyolojik tesirleri : Başlıca tesiri merkez sinir sistemi üzerindedir. Çevre şartları, kullananın şahsiyeti ve dozun mikdarı ile kullanış tekniği tesirini değiştirir. En büyük değişme kullananın mizacında görülür. Bir iyilik hissi (Öfori) karakteristiktir. Emniyet ve rahatlama olur. Bu mizaç değişikliği sensoriel bir takım değişikliklerle beraberdir. Mesafeler olduğundan daha uzun idrâk edilir. Zaman uzamıştır. Sesler daha hoş, şekiller daha eksantrik ve güzel görünüştedir. Herşey daha enteresan ve zevk vericidir. Bazı vak'alarda emosyonel kontrol azalır ve impulsivite ortaya çıkar. Hayale dalma çok görülür. Hastalar bunu bir yükseliş bir hafifleme gibi anlatırlar. Umumiyetle «**dalga**» tabir edilen bu durum ulaşılması istenen ideal durumdur ve alışkınlar bu dalga durumunu aşacak bir doz fazlasından kaçınırlar. Bazen hastalar ajitasyon, panik veya diğer psikotik belirtilerle beraber olan illüzyonlar, işitme ve görme hallüsinasyonları idrâk ederler. Eskiden bunların esrara karşı husule gelmiş bir idiosenkrazi olduğu sanılmasına rağmen bu gün her şahısta yüksek dozların bu tip reaksiyonları doğurabileceği bilinmektedir. Normal dozlarda husule gelen gevşeme hali çoğu kere bir saatten altı saate kadar sürebilen bir uyku hali ile son bulur.

Adlî tıp : Pek çok memlekette ilâcı üzerinde bulundurma, satma ve kullanılması yasaklanmıştır. Cezaî müeyyideler narkotiklere tatbik edilenin aynıdır. Pek çok araştırıcı ve kanun adamı esrarın psikotik reaksiyonlara yol açtığı ve suça teşvik ettiği, seksüel sapıklıklara ittiği kanaatinde hemfikirdir. **Mazhar Osman Uzman** hocamız da esrarın bir çeşit şizofrenik reaksiyon husule getirdiği ve bunamaya götürdüğü kanaatinde idi. Bizim de klinik etüdlerimizde uzun süre esrar kullananlarda şahsiyette deteriorasyon ve idrak aldanmaları ile karakterize kronik konfüzyonel tablolar dikkatimizi çekmiş, yapılan tedâvi ve ilâçtan kesilme ile bu tabloların düzeldiği görülmüştür. Burada hemen işaret edilmesi gereken bir husus alkol ve morfin derivelerinin suça ve seksüel sapıklıklara iten tesirlerinin herhalde esrardan çok daha fazla olduğu hakikatidir. **Noyes** ve **Kolb** esrarla ilgili bahiste bu hususa ısrarla dikkati çekmektedirler.

Bütün cezaî müeyyidelerin ağırlığına rağmen bu maddenin kullanımı gittikçe revaç bulmakta ve artmaktadır. Talebeler ve orta sınıf halkın rağbeti endişe vericidir Esrar kullananlar arasındaki suç ve seksüel perversiyon nisbeti normal popülâsyonda aynı tip suçlar ve sapıklıklardan farklı değildir. Bu maddenin **legalize edilmesi yönünde yaygın bir istek ve temayül vardır.** Araştırıcılar ilâcı arasıra alanların devamlı kullananlardan daha stabil bir ruhî yapıya

sahip olduğu, alkol zararları ile mukayese edilir ise yasaklanması gereken maddenin esrar değil de alkol olduğuna inanırlar. Diğer taraftan bu kadar sıkı tedbirler ve yasaklamalarla ancak nisbeten zararsız bir hale getirebildiğimiz bu maddeyi serbest bıraktığımız ve geniş kitlelerin kullanımına arzettiğimiz zaman nasıl bir felâketle karşılaşacağımız aşikâr olduğu görüşü, esrarın tamamen kanun dışı sayılması alkolun ise daha kontrollü ve zararsız bir hale sokulması fikri bizim de itibar ettiğimiz ve tıbbî mesnede dayandığına inandığımız bir görüştür. Yukarıda pek çok zararlı fizyolojik tesirini gördükten sonra «eh bu insanların bu dünyadan bu kadar keyif almıya elbette hakkı vardır» şeklindeki realite ile hiç bir yakınlığı olmıyan görüşlere elbetteki yer verilemez. Burada bu münakaşayı açmamızın sebebi sadece dünya efkârındaki görüşleri aksettirmekten ibarettir.

Sympathomimetic amine'ler:

Bu grubun iki üyesinden amfetamin **benzedrine,** metamphetamine ise **desoxyn** ticarî adları ile piyasada bulunmaktadır. Amfetaminin kimyevi yapısı bir racemic phenylisopropylamine olup kapalı formülü C_9 H_{13} N. terkibindedir. Saf halde renksiz, çabuk buharlaşan bir sıvı olup kuvvetli bir kokusu ve yakıcı bir tadı vardır. Umumiyetle fosfat veya sülfat tuzları şeklinde ağızdan veya enjeksiyon tarzında kullanılır.

Fizyoloji: Ağız yolu veya parenteral yolla alındığında, zihnî faaliyeti ve fizik enerjiyi arttırır. Kendine emniyet hissi, canlılık ve neş'e husule gelir, konuşma artar. Pupillaya damlatılırsa genişletir. İyilik hissi ve öfori verir. Açlık hissini azaltır ve devamlı bir uyanıklılık durumu yapar. Bu değişikliklerden sonra tesiri geçince yorgunluk ve mental depression husule gelir. Günlük doz 250 mg den 1 ve 1,5 gr.'a kadar değişir. Doz aşımı hallerinde akut toksik belirtiler ortaya çıkar. Baş ağrısı, baş dönmesi, ajitasyon, anlama kusuru, konfüzyon, nahoş hisler, çarpıntı, göğüste kalb etrafında sıkıntı, bulantı, kusma, diyare ve vücudda kaçak ekstremite hareketleri ve bazen de konvulsionlar husule getirir. Amphetamine intoksikasyonu kokain intoksikasyonuna çok benzer. İnsomni, anorexi, hallüsinasyonlu ve delusionlu psikotik tabloların ortaya çıktığı zehirlenme vak'aları kaydedilmiştir.

Kullanılışı: Amphetamine 1927 senesinde sentetize edilmiş ve ilk defa tıpta burundaki konjesyonu çözmede kullanılmıştır. 1932 senesinde Benzedrine adı altında piyasaya verilmiştir. Daha sonraları bir iştah kesici ve şişmanlama karşıtı olarak kullanılmıştır.

Nihayet feza uçuşunda Mercury kapsülündeki otomatik pilotun çalışmaması üzerine astronot **Gordon Cooper**'e amphetamin alması bildirilmiş, bu suretle çok seri ve bir takım manevraları yapabilmesi mümkün olmuştur. İlâcın yaygın kullanış şekillerinden biri de talebelerin imtihana hazırlanmaları sırasında, gece şoförlerinin uyumamak ve gece çalışan sahne sanatkârlarının uyuklamamaları ve zindeliklerini korumak için ilâç almalarıdır. Biz klinikte amphetaminle husule gelmiş hallüsinasyonlu, hezeyanlı birkaç psikoz vak'ası müşahede ettik ve ilâcın kesilmesiyle bu vak'aların düzeldiğini tesbit ettik.

Bunlar uyku ve sedasyon husule getiren maddeler olup kimyevi bakımından Barbiturik asid deriveleridir. Üre ve Malonik asidin kombinasyonu ile elde edilirler. Tıpta ilk tatbikatı 1903 senesinde **Barbital** ile başlar.

Fizyoloji : Bütün barbitüratların tesirleri birbirine benzer. Tam dozda uyku husule getirirler. Bunun altındaki dozlarda ise sedasyon ve sükunet verirler. Düşük ve orta dozlarda ağrıya tesir etmezlerse de yüksek dozlarda torpör husule getirmek sureti ile ağrı duyumuna mâni olurlar. Yaşlı kimselerde yüksek dozlar konfüzyona sebeb olur. Alkol, chloral hydrate ve trankilizanlarla beraber alındığı zaman birikici karakter kazanırlar. Bu tip karışımlar çok kere umulmadık zamanlarda spontane intoksikasyonlara sebeb olurlar. Travma, gebelik, ateşli hastalıklar, zayıflama, eritici hastalıklarda barbitüratlara mukavemet azalır. Orta derecede dozlar bile kolayca koma durumu husule getirebilirler. Amerika'da trafik kazaları sonucu ölümlerin pek çoğunda travma sonucu husule gelmiş bir barbitürat zehirlenmesi mesul tutulmuştur. Barbitürat iptilâsı olan bu kimselerde travma, birikici vasıfta olan ilâcın birden tesir etmesine ve ilk bakışta trafik kazası sonucu gibi görünen hakikatte bir barbitürat zehirlenmesi olan ölümlere yol açmaktadır. Barbitüratların merkez sinir sistemindeki tesir sahaları hakkında çok kat'i bilgiler yoksa da retiküler formasyonun asandan parçası üzerinde asıl tesirini gösterdiği bunun yanı sıra korteksin diğer sahalarını da etkilediği ileri sürülmektedir.

Barbitüratlar tesir sürelerine göre, uzun tesirli olanlar ve kısa tesirli olanlar olmak üzere ikiye ayrılırlar. Birincilere örnek olarak Phenobarbital (Luminal) ikincilere Amybarbital (Amytal) gösterilir. Uzun tesirli olanlarında tesir süresi 12 - 24 saat arasındadır. Kısa süreli olanlarında ise 10 - 12 saat kadardır. Bunlardan başka çok kısa süreli barbitüratlar da vardır. Bunlar Pentobarbital (Nembutal), Secobarbital (Seconal) olup tesir süreleri 5 ilâ 8 saat arasında değişir. Ayrıca «Ultrashort-acting barbiturates» denilen ve tesir sü-

releri birkaç dakika olan barbitüratlar vardır (Thiopental sodium) ve bu grup, ameliyatlarda genel narkoza hastayı hazırlamakta kullanılır. Barbitüratlar genellikle ağız yolu ile alınırsa da enjektabl olanları da vardır.

Kullanılışı: Tıpta bu ilâçlar, sedasyon ve uyku meydana getirmede, hipertiroidide, koroner arter hastalıklarında, kalb yetmezliğinde, peptik ülserde, vücud fonksiyonlarının yavaşlatılması arzu edilen hallerde, bazı epilepsi nevilerinde kullanılır.

Son zamanlarda barbitüratlarla bir bünye benzerliği olmadığı halde tesirleri itibariyle barbitüratlara çok benziyen bir grup meydana çıkmıştır. Relaksanlar, psikotrop ajanlar, minor trankilizanlar olarak bilinen bu ilâçların hepsi de sedasyon, intoksikasyon, psikolojik ve fizyolojik bağlılık husule getirirler ve bu belirtiler barbitüratlarla ortaya çıkan belirtilere çok benzer. Doriden (Glutethimide), Equanil (Meprobamate), Librium (Chlordiazepoxide), Valium (Diazepam) gibi.

«Psychedelic» ilâçlar

İnsanın idrakine ve affeksiyonuna tesir eden bir takım maddeler çok eskidenberi bilinmektedir. Merkezî Amerika kızılderilileri uzun zaman dinî seremonilerinde **Mescaline** adlı psychedelic bir ilâç ihtiva eden **peyodate** kaktüsünü çiğnemeyi âdet edinmişlerdi. Bu madde insanın şuurluluğunda ve idrakinde çok dramatik değişiklikler yapmaktadır. Bilhassa vizüel hallüsinasyonlar çok karakteristiktir. Meksika kızılderilileri ise aynı tesiri **psilocybin** taşıyan bir çeşit mantarı yemek sureti ile elde ederler. Aynı şekilde kenevir otunun (Hashish), Coca nebatının (Cocaine), Haşhaş çiçeklerinin (Opium) tesirleri daha önceki bahislerimizde anlatılmıştı.

LSD, Lysergic acid diethylamide buğdaya musallat olan bir mantardan elde edilir. Bu mantarda bulunan ergot adlı madde vazokonstriktör olup tıpta kanamalarda kullanılır. Küçük dozlarda damar daraltıcı olan bu madde daha yüksek mikdarlarda hallüsinasyon yapar. 1943 senesinde kimyager **Albert Hofmann** bu madde ile çalışırken yanlışlıkla, muhtemelen cild yolu ile bir mikdar toksik madde aldı ve kendisinde, bir süre sonra uçucu, değiştirici karakterde fantastik bir takım imajlarla karakterize hafif baş dönmesi veren tatlı bir sarhoşluk hali hissetti. Bu defa 250 mikrogram kadar bir mikdarı kendi isteği ile tekrarlamış ve memnuniyet ve kudret hisleri ile beraber zaman kontrolünü kaybettiğini sanmıştır. Uzan-

dığı yerden kımıldamıyor ve ölmüş olduğunu iddia ediyormuş. Renklerin sayısız çoğalması ve şekillerin distorsiyonu ile karakteristik vizüel tipte hallüsinasyonlar LSD'nin daha çok vizüel korteks üzerinde tesir ettiğini akla getiriyordu. Bazı alışkınlarda emosyonlardaki şiddetlenme hipotalamusla ilgili bulunmuştu. Husule gelen şiddetli hallüsinasyonlar ve illüzyonlar bu maddenin şizofreni etyolojisinde bir rolü olduğunu ima eder mahiyette idi. Bu sebeble bu ilâçlarla ortaya çıkan belirtilere **«Model Psikozlar»** adı verilmiştir.

Bu sınıfın diğer üyelerinden olan **Mescaline**, cactusse indigeneus, **Psilocybin** ise psilocybe mexicana mantarından elde edilen halusinogenlerdir.

Alışkanlığı: Çalışmalar LSD ve Psilocybine alışkanlığının çok çabuk, Mescaline toleransının ise yavaş geliştiğini ortaya koymuştur. Her üç ilâcın da birbirine karşı çok yüksek bir cross-tolerance'ı vardır. Psikolojik bağlılığının çok belirli olmamasına rağmen fizik düşkünlük fazladır. Genellikle 4 veya 5 kullanımdan sonra alışkanlık yerleşir. Psikolojik tesiri 10 - 12 saat kadar sürer ve karakteristiği «Kaleidoscopic» tipte çok renkli, şekilli, değişici vasıfta vizüel hallüsinasyonlardır (Kaleidoskop, bir ucunda renkli cam parçaları olan, içinde aynalar bulunan bir boru, çocukların eğlenceli oyuncaklarındandır). Alışkın kendi hallüsinasyonları ile meşguldür. Mizaç genellikle depressif yönde değişir. Bir yabancılık ve depersonalizasyon hissi ortaya çıkar. Uzun süre kullananlarda entellektüel fakültelerde bulanıklık, dağınıklık ve enkoherans vardır. Konuşmadaki irtibatlar kopuktur. Uzun süre kullananlarda ilâcın kromozomlarda değişiklik yaptığı ve ilâcı kullanan annelerin çocuklarında bir takım malformasyonlara sebeb olduğu iddia edilmesine rağmen bu husus kesinlikle doğrulanmamıştır. İlâcın kesilmesinde husule gelen belirtiler kullanılma sırasında ortaya çıkan belirtilere benzerler. Şahsın kontrolunu kaybedeceği korkusu, sıkıntı, psikolojik yıkıntı ve hallüsinasyonlar kesilmenin karakteristik belirtileridir.

EPİLEPSİ

«Epilepsi, beyin fonksiyonlarında birdenbire meydana gelen, spontan olarak geçen ve tekrarlıyan, paroksismal bir fonksiyon bozukluğudur» **(Russel Brain,** 1951).

Epilepsi kavramı yukardaki tarife gelinceye kadar birçok safhalar geçirmiştir. Epilepsinin tarihinin insanlık kadar eski olduğunu söylemek herhalde yersiz bir iddia olmaz. Çok eski çağlarda epilepsiyi fena ruhların yaptığı zannedilir, epileptik nöbetlere bir çeşit insan üstü fenomen gibi bakılırdı **(mal sacré).** Tanınmış pek çok insanın, tarihe adını yazdırmış kimselerin epileptik nöbetler geçirdikleri kaydedilmiştir. **Jül Sezar** epileptik olduğu için bu hastalığa **Morbus Caesar** da denmiştir. Büyük fizikçi **Helmholtz**'un epileptik olduğu söylenir. Herkül hastalığı **(Mal d'Hercule)**, nöbetler sırasında hasta yere düştüğü için **mal de chute,** şeytanî hastalık anlamına **«mal divin»**, göklerle ilişkisi olduğu zannedilerek **«mal astral»**, **Saint-Jean hastalığı** gibi isimler hep epilepsinin tabiat üstü karakterine inanılmasının sonuçlarıdır. Epilepsinin beyinle ilgili bir hastalık olduğuna dair ilk işaretleri **Hippocrates** ve **Galenus**'da buluyoruz. Fakat, epilepsinin patogenezine ait ilk aydınlatıcı bilgilerin elde edilebilmesi için 19. yüzyıl'ı, **Hughlings Jackson**'u beklemek gerekmiştir. 1928 de **Hans Berger**'in beyin biyoelektrisitesini ortaya çıkarması ile de epilepsi hakkında bütün bildiklerimiz değişmiş, bu hastalığın gerçek yüzü ortaya çıkarılmaya başlanmıştır.

Epilepsi, bir hastalık olarak ele alındığı müddetçe araştırıcıları yanıltmıştır. Epilepsiyi, çeşitli sebeplerle ortaya çıkan bir klinik gösteri, bir semptomlar topluluğu olarak almak ve bu görüş açısından meselâ baş ağrısı ile mukayese etmek gerekir. Diğer taraftan, epileptik fenomenler beynin çok çeşitli bölgeleri ile ilgili olabileceğinden bütün psişik ve nörolojik fonksiyonlara ait bozukluklar ve gösteriler bir epilepsi nöbeti sırasında ortaya çıkabilir. Böylece, epilepsi nöbetleri beyin fonksiyonları kadar çok ve çeşitli semptomatolojiye sahiptir. Bunlar, en basit hareketlerden ve kaba duyumlardan en karışık psişik tezahürlere kadar sıralanabileceğinden epilepsi hem psi-

kiyatri ve hem de nörolojinin tetkik sahasına girer. Esasen, bir epileptik gösterinin dikkatli bir şekilde takibi müşahedeciye sinir sistemi fonksiyonları hakkında pek çok şey öğreteceğinden ayrı ve paha biçilmez bir değer daha kazanır.

Sınıflandırma

Epilepsi anlamı eski çağlardan bugüne çok değişmiştir. Artık bir belirtiye epileptik fenomen damgasını basabilmek için onun «nöbet nöbet gelen, şuur kaybı ile ve birtakım konvülziyonlarla ortaya çıkan» veya «kısa süreli şuur kaybı nöbetleri halinde kendini gösteren» bir hadise olması şartı yoktur. Kısa süreli bir uyuşma, bir mide bulantısı, epigastrium'da bir eziklik hissi (epigastric sensation), «globus hystericus» denen duyumların pek çoğu ve birçok psişik gösteri, klinikte histeri nöbeti diye teşhis edilen pek çok vak'a, bugünkü epilepsi anlayışı ve muayene, tetkik imkânları karşısında birer epilepsi nöbetinden başka bir şey değildir. Bu açıdan ele alınarak doğru teşhis edilmiş vak'alar da o güne kadar yapılan hiçbir tedâviden faydalanmadıkları halde sür'atle iyileşmektedirler.

Epilepsi kavramındaki bu değişiklikle beraber epilepsinin sınıflandırılması da tamamen değişik bir açıdan, anatomo-fizyolojik açıdan tekrar ele alınmış ve konu açıklığa kavuşturulmuştur. Bunu dünya hekimliği **Wilder Penfield**'e borçlu olduğu kadar, bizler de Kanada'dan memleketimize döndükten sonra senelerce yılmadan, bıkmadan seminerler, toplantılar yaparak bize bu yenilikleri aktaran, öğreten hocamız **Kenan Tükel**'e borçluyuz. Bu sebepledir ki, Epilepsi konusuna **Prof. Tükel**'i anarak başlamak isterim.

Epilepsinin eski sınıflandırılma gayretlerini, tarifini **Hppocrates**'de görüyoruz: «Hasta konuşamaz, şaşkındır, şuurunu kaybeder, işitmeye, görmeye ve ağrıya karşı hissizdir. Yere düşer ve vücudu her tarafa doğru kıvrılır; özellikle elleri kasılır, dişleri kenetlenir; ayaklarıyla tepinir, gözleri kayar. Ağzından köpük gelir, nefesi boğulur gibi tıkanır, abdestini kaçırabilir. Bunlara ilâveten, el ve ayaklarının soğuması, hattâ morarması, göz aklarının yukarıya çevrilmesi, kalbde hızlı çarpma ve şiddetli terleme diğer belirtilerini teşkil eder ki, bu belirtiler histerik ve epileptik nöbetlerin birbirine benzemesine sebep olur.» Bunun dışında **Hippocrates,** kısa şuur kaybından ibaret olup konvülsion göstermiyen küçük nöbetleri de tarif etmiştir. **Hippocrates,** «Kafa Yaralanmaları» adlı kitabında, sol temporal bölgedeki yaralanmanın vücudun sağ tarafından başlıyan konvülsionlara, sağ taraftakilerin ise sol tarafta konvülzif gösterilere

sebep olduğunu kaydetmiş, fakat bunları gerçek birer epileptik nöbet olarak nitelemekten çekinmiştir.

Penfield'e kadar epilepsi tasnifi pek de **Hippocrates**'inkilere bir şey eklemişe benzemiyordu: **Grand mal** adı altında hastanın âni şuur kaybı ile birdenbire düşüp konvülsionlar geçirmesi, **Petit mal** deyimiyle kısa süreli ve konvülsionsuz şuur kaybı nöbetleri (absence) incelenmekte idi. Bunun dışında tasnif edilemiyen bir sürü epileptik fenomen bulunuyordu. Meselâ **Equivalent epilepsi** deyimiyle grand mal veya petit mal nöbetlerinin görülmeyip yerine «başka herhangi bir gösteri» nin ortaya çıkması, **Jackson epilepsisi** tabiriyle bir grup kastan başlayıp belirli bir sıra takibederek yayılan konvülzif fenomenler kastedilmekte idi. Myoclonus epilepi, abdominal epilepsi, psikomotor epilepsi, epilepsia partialis continua **(Kojewnikow)** gibi çeşitli epilepsi şekilleri de meseleyi büsbütün karıştırmakta idi.

Bir petit mal epilepsi vak'asının günün birinde grand mal nöbetlerine dönmesi, grand mal olarak başlıyan epilepsilerde de arada petit mal nöbetlerinin görülmesi her zaman beklenen fakat pek de izah edilemiyen olaylardandı.

Epilepsi nöbetlerinden önce birtakım haber verici gösterilerin bulunabileceği de **Hippocrates**'danberi bilinmektedir. Bu gösterilere Yunanca «esinti» anlamına **Aura** adı verilir. Aura sinir sisteminin herhangi bir fonksiyonuna ait bir belirti olabilir. Meselâ bir ses duyma, hayâl görme, vücudun belli bir yerinde karıncalanma veya baş dönmesinden **Falret**'nin «**aura intellectuelle**» dediği kompleks ruhî faaliyetlere kadar çeşitli aura'lar görülür. Yalnız, eğer bir epilepsi nöbetinde herhangi bir aura varsa artık o hasta için bütün hayatı boyunca geçireceği nöbetlerde ayni aura görülecek, aura'da bir değişme olmayacaktır.

Epilepsinin sebebi biliniyor, daha doğrusu elde mevcut araştırma metodlarına dayanarak epileptik nöbetlerin sebebi ortaya çıkarılabiliyorsa «**semptomatik**», eğer böyle bir sebep bulunamıyorsa «**idyopatik**» veya «**kriptojenik**» epilepsiden bahsedilirdi.

Sadece hastanın o andaki nöbetine ait klinik gösterileri anlatmaktan başka hiçbir değeri olmayan petit mal - grand mal - equivalent tasnifinin yerine anatomo-fizyolojik sınıflandırmayı getiren **Wilder Penfield** konuya açıklık kazandırmıştır. Biz de burada, meselenin nörolojik detaylarına fazla inmemeye ve bir psikiyatri kitabının hacmini aşmamaya çalışarak konuyu incelerken **Penfield**'in tasnif ve öğretisine dayanacağız.

Penfield'in tasnifi primer anormal nöronal deşarjın çıktığı yeri dikkate alarak meydana getirilmiştir. Tedâvi bakımından da bu de-

şarjın (1) korteksden mi, yoksa (2) subkortikal bölgelerden (centrencephalic) mi doğduğunun bilinmesi önemlidir. Bunun dışında bir diğer grup (3) lokalize edilemiyen nöbetler ayrılmaktadır. Böylece, epileptik nöbetleri şu şekilde sınıflandırmak kabil olur:

Nöbetin tipi	Epileptik deşarjın başlangıç yeri
1. Fokal serebral hamle	Hemisferlerin gri cevheri (ekseriya cortex cerebri)
2. Centrencephalic hamle (*)	Üst beyin sapındaki integrasyon sistemi
3. Lokalize edilemiyen serebral hamleler	

Fokal serebral hamle

Fokal serebral hamle veya kısaca fokal epilepsi diye merkezi sinir sisteminde belli bir focus'den başlıyan anormal nöron deşarjlarına denir. Nöbetin klinikteki görünümü deşarjın başladığı focus'a bağlıdır. Böylece bazen fokal deşarjlar ve o focus'a ait gösterilerle nöbet biter, bazen de deşarj bütün kortekse, nihayet centrencephalic bağlantılar yoliyle diğer hemisfere de yayılır ve grand mal nöbeti ortaya çıkar. Bu grand mal'lerde primer deşarjın çıktığı bölgeye ait gösteriler her nöbetten önce tekrarlanır. Buna **aura** diyoruz. Epileptojen foküs değişmediği için aura da hep ayni olacaktır. Esasen, bir bakıma asıl epilepsi nöbeti aura'dır, ondan sonraki klinik fenomenler deşarjın diğer sağlam korteks bölgelerine yayılmalarının sonucudur. Görülüyor ki, daha meselenin başlangıcında muhtelif nöbetlerin ayni şahısta zaman zaman ortaya çıkabilmeleri ve aura'nın değişmezliği kolayca izah edilmektedir.

Anormal deşarjın çıktığı focus'a ait başlangıç fenomenleri (aura'lar) bu focus'un bulunduğu yere bağlı olmak üzere motor, sensoriyel, otonom, ruhî gösteriler olabildiği gibi şuur kaybı veya automatism halleri de olabilir. Buna göre fokal serebral hamleler kendi aralarında sınıflandırılırlar:

Somatik motor hamleler:

(1) **Büyük (veya umumî) nöbetler,** bir kortikal focus'dan başlayıp hızla üst beyin sapı bölgelerine ve diğer korteks kısımlarına yayı-

(*) **Centrencephalic** sistem: Her iki serebral hemisferi birbirine bağlıyan ve böylece fonksiyonlarını koordine eden, üst beyin sapında yerleşmiş nöron sistemi.

lan deşarjların sonucudur. Klinikte tonik ve klonik safhalariyle grand mal nöbetleri tarzında görülür.

(2) **Jackson nöbetleri**, gövdenin herhangi bir yerinde lokal birtakım hareketlerle kendini gösterir. Epileptik deşarjın precentral gyrus üzerinde aşağı veya yukarıya doğru yayılması sonucu bu hareketler de vücudun bir parçasından diğerine yayılır (Jacksonian march). Meselâ bir elin parmaklarında başlıyan epileptik konvülsionlar bileğe, ön kola, kola, yüze yayılarak nihayet jeneralize olabilir. Jackson epilepsisi diye sadece somatik motor nöbetlere dendiğini, diğer korteks bölgelerinden çıkan meselâ visseral fenomenlere Jackson nöbeti denemiyeceğini de ayrıca işaret edelim.

(3) **Adversiv nöbetler:** Baş ve gözlerin bir tarafa doğru kuvvetle çevrilmesiyle ortaya çıkarlar. Ekseriya dönüş sağlam hemisfer tarafına doğrudur.

(4) **Tonik mezensefalik nöbetler:** Osta beyin civarından doğan deşarjlar bütün ekstremitelerin gerilmesiyle beraber vücutta rijiditeye sebep olurlar. Hayvanlarda beyin sapının mesencephalon hizasından kesilmesiyle ortaya çıkan deserebrasyon rijiditesine benziyen bu nöbetlere yanlış olarak «serebellar hamle» denmiştir. (Cerebellum ile ilgili herhangi bir epileptik deşarjın mevcut olmadığını hatırlatalım). Geçici opistotonik nöbetler de bu grupta mütalea edilirler.

(5) **Postüral nöbetler,** bir hemisferin «ilâve motor bölge» sinde (supplementary motor area) doğan deşarjların sonucudur.

Sensoriyel hamleler:

Gerek somatik sensorium ve gerekse görme, işitme, tad alma, koklama gibi spesifik sensorium ile ilgili korteks bölgelerine ait deşarjlar bu duyumlarla adlandırılan aura'lara sebep olurlar. Çoğunlukla bu sensoriyel aura'yı müteakip motor veya psişik epileptik fenomenler ortaya çıkarsa da, yukarda da işaret ettiğimiz gibi, asıl nöbetin kendisi aura'dır.

(1) Somatosensoriyel nöbetler belli bir bölgede karıncalanma, uyuşma, hareket duyumu veya hareket etme arzusu, nâdiren de ağrı şeklinde ortaya çıkar. Motor Jackson nöbetine benzer bir yayılma da görülebilir. Postcentral gyrus'dan doğan böyle bir epileptik deşarj precentral gyrus'a yayılırsa duyumun olduğu vücut kısmında hareket tarzında motor fenomenler de tabloya eklenebilir.

(2) Görme ile ilgili nöbetler oksipital loblardan doğar. Işık görme, görme keskinliğinin azalması, hattâ geçici tam körlük şeklinde olabilir. Komplike görme hallüsinasyonları ve görülen şeylerin tefsi-

rindeki bozulmalar bu gruba girmeyip, psişik nöbetler arasında ele alınacaktır.

(3) İşitme ile ilgili nöbetler zırıltı, davul vuruşu gibi basit sesler halinde ortaya çıkar ve ekseriya sağlam hemisfer istikametine lokalize edilir. Daha komplike ve forme hallüsinasyonlar (meselâ dreamy state'deki müzik sesi) gene psişik nöbetler arasında sayılmaktadır.

(4) Vertigo nöbetleri: Baş dönmesi ve dengesizlik sık rastlanan belirtilerdendir. Daha seyrek olmak üzere Menière sendromu tipinde, âni gelen gerçek vertigo nöbetlerine rastlanır.

(5) Olfaktif nöbetler: **Jackson** tarafından gyrus uncinatus ile ilgisi ortaya konan ve nöbetin başlangıcında nâhoş birtakım koku hallüsinasyonları olan «**uncinate fit**» nöbetleri.

Otonom nöbetler:

Epigastrik aura, kalb bölgesinde sıkışma, vazomotor değişiklikler, idrarını kaçırma gibi visseral fenomenler somatik motor, somatik sensoriyel veya psişik hamlelerle beraber görülebildiği gibi, **visseromotor** veya **visserosensoriyel** nöbetler tarzında, otonom sinir sistemi hamleleri de olabilmektedir. Visserosensoriyel fenomenler arasında özellikle epigastrik aura ve bulantı hissi çok görülür. Visseromotor gösterilerden de pupilla değişiklikleri, vasküler, gastrointestinal ve pilomotor fenomenler sayılabilir. Nâdiren bu fenomenlerin Jackson nöbetlerinde olduğu gibi bir yayılma göstermesi de mümkündür.

Psişik nöbetler:

Bazı nöbetler, doğrudan doğruya somatik veya visseral tesir yapmaksızın, psişik değişikliklerle ortaya çıkmaktadır. Bu kabil nöbetler özellikle temporal bölgelerin epileptik deşarjlarında görülür ki, bunlar psikiyatrik birer gösteri olduklarından ayrıca ve teferruatiyle incelenecektir. Evvelce «**intellektüel aura**» diye adlandırılan bu nöbetler için halen **H. Jackson**'un «**dreamy state**» deyimi kullanılmaktadır.

Dreamy state nöbetleri birtakım illüzyon ve hallüsinasyonlarla beraber seyreder. Hastanın bulunduğu hal ve yeri birdenbire yabancı ve uzak hissetmesi veya bu olayı sanki daha evvelden yaşamış gibi bir «aşinalık hissi» içine düşmesi şeklinde psişik illüzyonlar görülür. Bu idrâk bozuklukları hem görme ve hem de işitme duyumlarına ait olabileceği gibi, meselâ seslerin birdenbire çok yüksek gel-

mesi, objelerin olduğundan daha büyük ve yakın veya daha küçük ve uzak hissedilmesi gibi sadece bir duyuma inhisar da edebilir.

Bir psişik hallüsinasyon bazen hastayı, çevresindeki gerçeklerle ilgisi olmayan bir rüya hali içine düşürebilir. Bu sırada hastanın şuuru ya bulanmış veya kaybolmuştur. Bazı nöbetler tıpkı uykudaki rüya gibi geçer.

Otomatizm halleri :

Bir hastanın, birdenbire, ne yaptığını anlamadan birtakım normal gibi görülen hareketler yapmasına otomatizm hali denir. Bu perioda ait amnezi vardır. Bir otomat gibi davranır, fakat çevreden verilen emirleri - bir dereceye kadar - yerine getirebilir. Bir epileptik deşarj sırasında görülen böyle otomatizm hallerine «**iktal otomatizm**», deşarjın sona ermesinden sonra ortaya çıkanlarına ise «**postiktal otomatizm**» adı verilir. Ekseriya hem iktal ve hem de postiktal otomatizm olarak ortaya çıkar ki böyle nöbetlere «**psikomotor hamle**» denir.

Sentrensefalik nöbetler

Üst beyin sapındaki sentral integrasyon merkezlerinden doğan epileptik deşarjlar «**sentrensefalik hamle**» adını alırlar. Bu sistem her iki hemisferle simetrik bağlantılara sahip bulunduğu için elektroansefalografik anomali iki hemisferde simetrik ve senkron olarak ortaya çıkar. EEG tetkiki ile olduğu gibi, bu nöbetler, nöbetin seyrini iyi takibetmek suretiyle klinikçi tarafından da ayırd edilebilirler.

Şu tiplerde sentrensefalik nöbetler vardır:

	EEG bulguları :
Petit mal	3/sec. frekanslı, primer olarak bifrontal wave-and-spike'lar.
Myoklonik petit mal	Bilateral mültipl spike-and-wave.
Grand mal	Bilateral hızlı ritm
Petit mal otomatizması	Primer olarak bifrontal, 3/sec. frekanslı wave-and-spike.
Psikomotor otomatizma	Primer olarak bitemporal veya fronto-temporal 4-6/sec. frekanslı ritm.

Petit mal :

Sentrensefalik sistemden doğan kısa süreli deşarjların meydana getirdiği ve «**absence**» veya «**mental lapse**» da denen şuur kaybı nöbetleridir. Hasta âni ve kısa süreli şuur kaybını aradaki boşluklardan idrâk eder. Bu esnada çevresindekiler aktivitedeki bir anlık duraklamayı farkederler. Gözler ekseriya yukarıya çevrilir ve göz kapakları hızlı hızlı kırpıştırılır. Baş bazan öne doğru düşer. Bilhassa çocuklarda birdenbire yere düşme müşahede edilebilir. Pek kısa bir zaman için vücutta bir hareket de görülebilir. Petit mal nöbetleri «idiopatik» veya «cryptogenic» denen epilepsi nöbetlerinin klinik gösterisidir.

Myoklonik petit mal :

Basit petit mal'e benzemekle beraber ondan ekstremitelerde ve gövdede âni silkinmelerin bulunmasıyla ayrılan nöbetlerdir.

Grand mal :

Âni ve simetrik konvülsionlarla meydana gelen konvülzif nöbetlerdir. Grand mal terimi, orijini ne olursa olsun, bütün büyük konvülzif nöbetler için, bu arada jeneralize somatik motor hamleler için de kullanılmaktadır. Sentrensefalik grand mal'i fokal serebral tabiatli jeneralize somatik motor nöbetlerden ayıran başlangıçtaki simetridir.

Petit mal otomatizması :

Nöbet sırasında hasta evvelce başladığı faaliyeti devam ettirir, meselâ yürümeye devam eder. Nöbet safhasına ait amnezi mevcuttur.

Psikomotor otomatizma :

Petit mal nöbetlerine benzer bir şuur kaybı bahis konusu ise de petit mal otomatizmasından daha uzun sürer. Başlangıçta çiğneme hareketleri ile karakterize «masticatory pantomime» denen gösteriler, nöbet sonrasına ait de postiktal amnezi vardır. Hasta elleriyle üstünü başını çekiştirir, etrafındaki eşyaları karıştırır.

Lokalize edilemiyen serebral hamleler

Beyin diffuz anomalilerinin veya hipoglisemi gibi birtakım sistemik anomalilerin sebep olabileceği, deşarjın orijininin lokalize edilemediği epileptik nöbetler bu grupta toplanırlar.

Etyolojik sınıflandırma

Epileptik bir hastanın tedâvisi, nöbetin sebebinin bulunmasına bağlıdır ve epileptik hasta ile karşılaşıldığı zaman ilk yapılacak iş etyolojik faktörün ortaya çıkarılmasına çalışmaktır. Meseleyi tıpkı bir baş ağrısı gibi ele almalıdır. Bir tümörden basit bir soğuk algınlığına kadar pek çeşitli sebeplerle ortaya çıkan baş ağrısı karşısında semptomatik tedâvi ile yetinmek ne derece tehlikeli ise, epilepside de sadece semptomatik bir tedâvi düşünerek antikonvülzif ilâçla yetinilmesi aynı derecede mahzurludur.

Epileptik nöbetler «gösterilebilen bir sebebe bağlı» veya «organik» ile «gösterilebilen bir sebebe bağlanmayan» veya «fonksiyonel» epilepsiler olmak üzere iki gruba ayrılabilirler. Aşağıdaki tabloda epilepsilerin etyolojik tasnifini görüyoruz:

A. Gösterilebilen serebral lezyonu olanlar:	**Sebepleri:**
1. Yayılıcı lezyonlar	Neoplazma, kronik abseler, v.s.
2. Serebral sikatris	Trauma, infeksiyon,
3. Lokal serebral atrofi	Kompresyon, iskemi, infeksiyon
4. Lokal microgyria	İnfantil kompresyon veya iskemi
5. Kist	Damar tıkanması veya kanama
6. Diffüz beyin hastalıkları	Degenerasyon, infeksiyon, skleroz
7. Diffüz serebral vasküler hastalık	Arterioskleroz, sifiliz, v.s.
8. Muhtelif	Kongenital lezyonlar, v.s.
B. Gösterilebilir lezyonu olmayanlar	
1. Sentrensefalik (idiopatik)	Anormal serebral fizyoloji
2. Toksik ve febril	Ekstraserebral sebepler
3. Hipoglisemik	Ekstraserebral sebepler
4. Muhtelif	Angionörotik, dolaşım durmasına bağlı, ilh.

Kronolojik sınıflandırma

Nöbetlerin başlangıç yaşı hekime sebep hakkında bazı bilgiler verebilir. Aşağıdaki tabloda başlangıç yaşına göre sebep ihtimalleri

sıralanmıştır. Ancak, bunların kesin olmadığı, sadece en çok rastlanan ihtimalleri belirttiği de hatırdan çıkarılmamalıdır.

Başlangıç yaşı	Muhtemel sebepler
Bebeklik (0-2 yaş)	Doğum trauması, dejenerasyon, kongenital
Çocukluk (2-10 yaş)	Doğum trauması, febril tromboz, trauma, sentrensefalik anomali (idiopatik)
Delikanlılık (10-20 yaş)	Sentrensefalik anomali (idiopatik, kriptojenik), trauma, doğum trauması
Genç kâhil (20-25 yaş)	Trauma, neoplazma, doğum trauması
Orta yaş (35-55 yaş)	Neoplazma, trauma, arterioskleroz
İhtiyarlık (55-70 yaş)	Arterioskleroz, neoplazma

(Penfield - Jasper'den)

Tasnif edilemiyen epilepsiler

Şimdiye kadar yaptığımız sınıflandırmaya girmeyen bazı epileptik gösteriler ve epileptik kavramlar mevcuttur ki bunları da ayrıca gözden geçirmek gerekir.

Prodrom gösterileri :

Gowers'in (1901) **prodromata** diye adlandırdığı ve nöbetleri haber veren, nâdiren hastalar tarafından nöbetten saatler, hattâ günlerce önce farkedilebilen gösterilerdir. Hattâ bu, bazen hastanın arkadaşları tarafından bile hissedilebilen değişikliklerin, mutad nöbetlerle hiçbir ilgisi yoktur. Buna tarif edilemiyen bir sezgi diyebiliriz. Prodromun, gerçek nöbetin bir parçası olmadığına bilhassa işaret edelim. Aura'lar, ufak kasılma ve çekilmeler, geçici dreamy state'ler gibi esasında nöbetin başlangıcını işaret eden belirtilerin bu prodromlarla ilgisi yoktur.

Prodromlar arasında baş ağrıları, irritabilite, uyuklama hali, mizaç değişiklikleri, gözlerin boş boş bakması gibi belirtileri sayabiliriz. Bir epileptik olan **Dostoievsky**'de nöbetlerden önce bir mizaç yükselmesi, öfori ve iyilik hissi, neş'e şeklinde prodrom olurmuş.

Status epilepticus :

Birbirini takibeden ve aralarında hastanın şuurunun açılması için zaman bırakmıyan jeneralize nöbetlere status epilepticus denir. Nöbetler fokal hamle halinde başlayıp genelleşebilir. Status epilepticus bittiği zaman hasta yavaş yavaş açılır, bir süre konfüzyon için-

de kalır ve büyük bir yorgunluk hisseder. Status epilepticus'dan sonra postepileptik paralizi veya psikozların ortaya çıktığı, hattâ status içinde hastanın öldüğü de çok görülen hallerdendir.

Epilepsia partialis continua :

Kojewnikow (1895) tarafından ilk defa tarif edilen, vücudun bir bölgesinde, uzun bir zaman devam eden, bazen kısa aralar gösterebilen, lokal konvülzif gösterilere verilen isimdir. Bir fokal kortikal deşarjın yayılmayıp uzun müddet devam etmesi veya lokalize ve devamlı bir myoklonik nöbetin sonucu olabilir.

Piknolepsi :

Adie (1924), petit mal'e çok benziyen fakat ondan çok daha selim seyirli ve spontan iyileşmesi mümkün olan bu epilepsiyi şöyle tarif ediyor: «4 ilâ 12 yaş arasında, birdenbire başlıyan, antiepileptik ilâçlardan istifade etmiyen, normal ruhî gelişmeyi etkilemiyen, zamanla kendi kendine kaybolan, her nöbeti birbirinin ayni, monoton görünümlü, çok kısa süreli hafif minor epileptik nöbetler.»

Hastalar petit mal epilepsi geçiren kimseler olarak kabul ve ona göre tedâvi edilmelidirler.

Akinetik hamleler :

Hastanın birdenbire düşmesi ve nöbet süresince hareketsiz kalması haline akinetik epilepsi denir. Deşarjların erekt postür ile ilgili mekanizmaları etkilediği düşünülmektedir. Bu nöbetler çoğunlukla şuur kaybı ile beraber olur. **Gastaut** ve **Pellegrin** (1947) bu nöbetlerde bir kas tonüsü kaybının değil, fakat hastanın yere düşmesine sebep olan bir fleksor spazmının bulunduğuna dikkati çekmişlerdir.

Refleks epilepsi :

Bazı vak'alarda nöbetler afferent stimuluslarla başlatılabilir veya durdurulabilir. Sensoriyel kortekse gelen bu çeşit impulsların nöbetleri meydana getirdiğine dikkati çeken **Penfield** bu olaya «refleks epilepsi» yerine «**sensory precipitation**» denmesini uygun görmektedir.

Sensoriyel durdurma (sensory arrest) :

Birçok hastalar, nöbetin tam başladığı anda ilk hareketlerin görüldüğü noktanın sıkılması, bir şeyle boğulması, uğuşturulması gibi kuvvetli tenbihlerle nöbeti durdurabildiklerini ifade ederler. Adversiv nöbet geçiren hastalar da henüz şuur kaybı olmadan başlarını elleriyle çevirerek nöbeti durdurabilmektedirler.

Psişik epilepsi, affektif epilepsi (psychical precipitation) :

Saf bir ruhî duyum veya heyecan bir epileptik nöbeti başlatabilmektedir. Bazı hastalarda belli bir düşünce veya fikir dahi nöbetleri meydana getirebilmektedir.

Psişik durdurma (psychical arrest) :

Meşelâ dreamy state gibi ruhî seviyede bir nöbetin hasta tarafından ona karşı düşüncelerle mücadele edilerek durdurulmaya çalışıldığı görülür.

İnhibitör epilepsi :

Gordon Holmes, fokal motor nöbetleri olan bir hastada bir ekstremitede geçici paralizilerin görülebileceğine işaret etmiş (1927) ve **Jackson**'un, bir taraf yüzünde lokal motor nöbetleri müteakip ayni taraf elinde felç olan bir vak'asını zikretmiştir. **Penfield**'in bir vak'asında ise sol yüzde klonik nöbetler gelirken sol kolda paralizi oluyor ve gözlerin sola konjüge deviasyonu görülüyordu.

Epileptik ekivalanlar :

Gerek epileptik ekivalan terimi ve gerekse onun sinonimi gibi olan **psikolepsi** ve **epileptik mizaç** deyimleri düşüncenin ânî değişmeleri, sebepsiz mizaç değişiklikleri ve geçici konfüzyonlar için kullanılmıştır. EEG tetkikleri bu hallerin bizzat nöbetin kendisi olduğunu ortaya koymuştur. Diğer taraftan, **Penfield,** epileptiklerde görülen huy ve mizaç kusurunun, nöbetlerin meydana getirdiği bir «yetersizlik duygusu, eksiklik ve sakatlık hissi» veya ilâçların tesiri ile meydana geldiğini ileri sürmektedir. Bugünkü epilepsi bilgileri karşısında bir «epileptik ekivalan» dan bahsedilemiyeceği aşikârdır. Ancak, epileptik mizaç değişikliklerini, epileptiklerdeki kabalaşma,

irritabilite ve seksüel impulsdaki artma tarzındaki karakter bozukluklarını basitçe bir eksiklik duygusuna veya antikonvülzif ilâçlara bağlamak biraz güç görünmektedir. Bu meseleyi ilerde tekrar tartışacağız.

Dünya Nöroloji Federasyonu ve Uluslararası Elektroansefalografi ve Klinik Nöroloji Dernekleri Federasyonu temsilcileri ile «International League Against Epilepsy» nin müştereken kabul ettikleri modern epilepsi tasnifi şöyledir:

I. PARSİYEL NÖBETLER VEYA FOKAL BAŞLAYAN NÖBETLER

A) **Elemanter Semptomatolojili Parsiel Nöbetler:**
(Genellikle Şuur Bozukluğu Olmaksızın)

1. Motor Semptomlarla
   - — Fokal Motor
   - — Jacksonien
   - — Versive
   - — Postural
   - — Somatik inhibitory
   - — Aphasic
   - — Konuşmayı tutan
2. Özel Sensoriel ve Somato-Sensoriel Semptomlu
   - — Semato Sensoriel
   - — Visuel
   - — İşitmeye ait
   - — Kokuya ait
   - — Tada ait
   - — Baş dönmesiyle ilgili
3. Otonomik Semptomlarla
4. Birleşik Formlar

B) **Kompleks Semptomatolojili Parsiel Nöbetler:**

1. Yalnızca şuuru bozanlar
2. Bilmeye ait semptomatoloji ile birlikte olanlar
   - — Dismnesik bozukluk ile birlikte
   - — Fikri bozukluklar
3. Affektif Semptomatoloji ile birlikte
4. Psikosensoriel Semptomatoloji ile birlikte
5. Psikomotor semptomatoloji ile birlikte
6. Bileşik formlar

C) **Sekonder Olarak Jeneralize Olan Parsiel Nöbetler**

II. GENERALİZE NÖBETLER, BİLATERAL SİMETRİK NÖBETLER, LOKAL HAMLESİZ NÖBETLER.

A) **Absanslar**

1. Yalnızca şuur bozukluğu ile birlikte olan basit absanslar
2. Şuur bozukluğu ile diğer fenomenlerin birlikte olduğu kompleks absanslar.
   - — Hafif klonik komponentli
   - — Postural tonusun artması ile birlikte olan
   - — Postural tonusun azalması veya kalkması ile birlikte olan
   - — Otomatizmler ile birlikte olan
   - — Otonomik fenomenle birlikte olan
   - — Miks formlar

B) **Bilateral Massif Epileptik Myoclonus**
C) **İnfantile Spasme'ler**
D) **Klonik Nöbetler**
E) **Tonik Nöbetler**
F) **Tonik - Klonik Nöbetler**
G) **Atonik Nöbetler**
   - — Çok kısa süreli
   - — Uzun süreli

H) **Akinetik Nöbetler**

III. ÜNİLATERAL VEYA PREDOMİNANT OLARAK ÜNİLATERAL NÖBETLER

A) **Hemikonvülsiyonlu**
B) **(H.H. Sendromları)**

IV. SINIFLANDIRILAMIYANLAR

Biz, gerek **Penfield-Jasper** okulunun EEG bulgularına ve nörofizyolojiye dayanan sınıflandırmasını, gerekse daha çok klinik belirti ve gösterileri ön plânda tutan yukardaki sınıflandırmayı beraberce kullanmakta ve epileptik nöbetleri değerlendirmekteyiz. Epilepsinin psikiyatrik gösterilerinin nörolojik belirtilere oranla çok daha fazla olduğu, birçok vak'anın epilepsi teşhisi konmadan psikiyatri kliniklerine gelip gittiği dikkate alınırsa, her iki sınıflandırmanın da, psikiyatrik tabloları ön plâna alan yeni bir sınıflandırmayı da içine almak suretiyle, gözden geçirilmesi gerektiğine kaniiz.

Etyoloji

Etyolojisi bilinmeyen epilepsiler

Bu grupta, hastanın muayene ve tetkiklerinden ve anamnezinden, mevcut epilepsisi için belli bir sebep gösterilemiyen vak'alar toplanmaktadır. Evvelce kullanılan «idyopatik (idiopathic) epilepsi» deyimi kendi başına kesin bir klinik antiteyi belirler göründüğü ve bu haliyle anlamsız kaldığı için, «kriptojenik (cryptogenic) epilepsi» tabiri ise, her ne kadar muayenelerle ortaya çıkarılamıyorsa da, olaydan birtakım beyin lezyonlarının sorumlu olduğu varsayımını peşinen kabul eder göründüğü için terkedilmişlerdir.

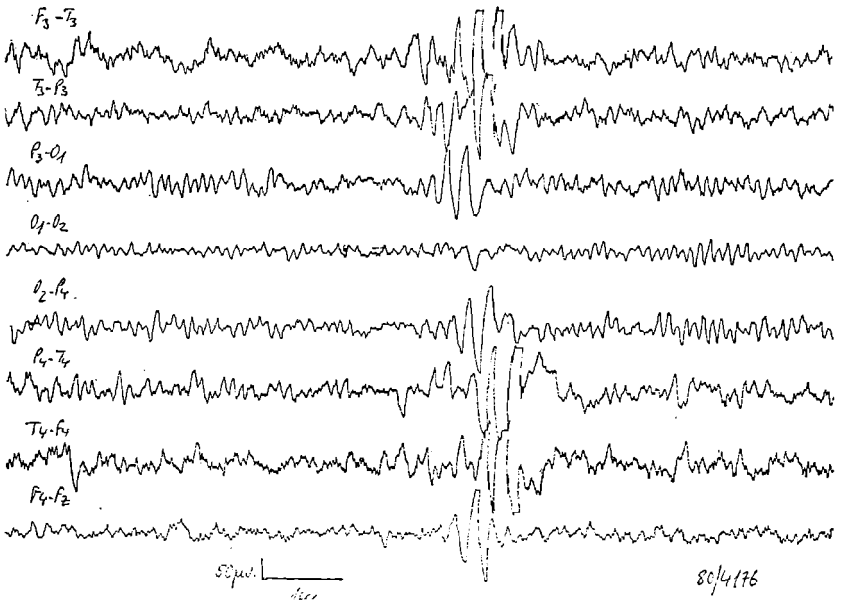
Nöbette fokal belirtilerin, meselâ aura'nın bulunmaması, özellikle sentrensefalik orijinli nöbetlerin EEG ile tesbiti, etyolojisi bilinmeyen epilepsilerin bir karakteristiğidir.

Bu çeşit epilepsilerdeki biyoelektrik anomalinin kesin mekanizması bilinmemekle beraber, nöronlardaki bir biyoşimik bozukluğa bağlı olması düşünülmektedir. Bazı vak'alarda herediter bir yüklülük de dikkati çeker.

Doğum travmasına ve konjenital anomalilere bağlı epilepsiler

Gebelik ve doğum sırasında meydana gelen beyin hasarları epilepsiye sebep olabilmektedir. Özellikle temporal lob epilepsilerinin pek çoğunun doğum travması sebebiyle meydana geldiği gösterilmiştir. Anoksi, kanama, forceps tatbiki sebebiyle beyin hasarı, enfeksiyonlar, kalb ve solunum sistemi hastalıkları, metabolik bozukluklar sebepler arasındadır. Porencephaly, mikroglia, çeşitli beyin korteksi malformasyonları, sclerosis tuberosa, Stürge-Weber ve Lindau hastalıkları ve başka damar anomalileri bu arada sayılabilir.

Bu epilepsilerde başlangıç genellikle erken yaşlarda olmakla beraber, temporal lob epilepsilerinin oldukça geç, 20 yaşlar civarında ilk nöbet şeklinde ortaya çıktığı da tesbit edilmiştir. Böyle vak'alarda alınan iyi bir anamnez, özellikle anneden alınan izahat, ailenin gözünden kaçan ve pek erken yaşlarda tesbiti kabil nöbetleri de açığa çıkarabilir. Meselâ, çocuğun ağlarken katılması, morarması, ilk yaşlarda ateşli hastalıklar sırasında havale geçirmesi gibi başlangıçta dikkate alınmayan ve genellikle ciddî olarak üzerinde durulmayan gösteriler nöbetlerin başlangıcı olarak tesbit edilebilir.



(Şekil: 38) Ateşli bir hastalık sırasında tek bir epilepsi nöbeti geçiren ve aile tarafından «havale», hastayı takibeden hekim tarafından da «febril konvülsion» diye önemsenmiyen 6 yaşındaki vak'amızın EEG'si, aşikâr projekte tipte epileptiform faaliyet göstermektedir.

Post travmatik epilepsiler

Kâhillerde epilepsi sebeplerinin hemen başında kafa travmaları gelir. Ufak bir kanamanın sikatrizasyonu sırasında ortaya çıkan lezyon, glial reaksiyon veya fokal bir korteks atrofisi nöbetlerin focus'unu teşkil eder.

Post travmatik epilepsiler özellikle şahısta meydana getireceği iş gücü kaybı sebebiyle adlî tıp bakımından da önem kazanmaktadırlar.

İnfeksiyona bağlı epilepsiler

Beyin ve meninkslerin enfeksiyonu, gerek akut safhasında ve gerekse sikatrizasyon sebebiyle ileri devrelerde epilepsiye sebep olabilmektedirler. Önem sırasına göre ensefalitleri, beyin abselerini, venöz sinüs trombozlarını ve menenjitleri sayabiliriz. Bu arada sinir sistemi sifilizinin de önemli bir yeri vardır. Özellikle ileri yaşlarda başlayan epilepsilerde mutlaka sifiliz aranmalıdır. Gene, beynin parazitik kistleri de bu grupta sayılabilir.

Çocukta görülen ve halk arasında «havale» diye adlandırılan «febril konvülsion'lar» bu grubun tamamen dışında ele alınmalıdır. Bunlar, genellikle, doğum travması veya başka bir sebebe bağlı epilepsi nöbetlerinin, ateş sebebiyle ortaya çıkan ilk gösterileridir ve ilerde ateş olmaksızın da devam eder. Bu yüzden, çocukta bir ateşli hastalık sırasında meydana gelen epilepsi nöbetini «febril konvülsion» diye önemsemeyip geçiştirmenin ilerde büyük zararları olabileceği dikkatten uzak tutulmamalıdır. Herhangi bir sistemik infeksiyon sırasında beynin konvülsion eşiğinde bir azalma görülür. Buna enfeksiyon âmilinin toksinleri veya ateş yükselmesi sebep olabilmektedir. Genetik bir yatkınlık veya, biraz önce belirttiğimiz gibi, doğum travmasına bağlı bir lezyon varsa, bu eşik düşmesi ile nöbet ortaya çıkabilir.

Serebrovasküler hastalıklara bağlı epilepsiler

Serebral arterioskleroz, hipertansif ensefalopati, serebral emboli, tromboz ve kanamalar bu grupta toplanmaktadırlar.

Beyin tümörleri

Kafa içinde yer işgal eden bir processus ilk defa bir epilepsi nöbeti ile ortaya çıkabilir. Geç yaşlarda meydana gelen epilepsilerde ilk düşünülecek ve araştırılacak sebeplerden biri tümördür.

Dejeneratif hastalıklara bağlı epilepsiler

Demiyelinizasyon yapan hastalıklar, meselâ mültipl skleroz ve gerek çocukluk gerekse ileri yaş dönemlerinde ortaya çıkan diğer dejeneratif hastalıklar epilepsiye sebep olabilmektedirler. Gene bu grupta senil ve presenil demanslarda görülen epilepsiler de toplanır.

İlâçlara ve toksinlere bağlı epilepsiler

Alkol ve uyuşturucu maddelerin bırakılması sırasında meydana gelen abstinans krizlerinde epilepsi nöbetleri görülebilmektedir. Barbitüratlar da bu arada önemli bir yer işgal eder. Amfetaminler, ergot alkaloidleri ve steroidlerin kullanılması da epilepsi nöbetlerini provoke edebilmektedir. Gene bu arada bazı psikotrop ilâçları, meselâ fenotiazinler ve trisiklik antidepressifleri hatırlatmak gerekir. Kurşun, karbon tetraklorür ihtiva eden insektisidler gibi maddelerle zehirlenmeler de epilepsiye yol açabilmektedir.

Metabolik sebepler

Çocuklukta epilepsi nöbetleri sıklıkla belli ve spesifik bir metabolik hastalığın gösterisi olarak ortaya çıkar. Bu arada galactosemia ve pyridoxine eksikliğini sayabiliriz. Üremi ve hipokalsemi de hayatın bütün dönemlerinde epilepsiye sebep olabilmektedir. Eklampside ve premenstrual dönemde görülen epilepsilerde elektrolit dengesindeki bozukluk üzerinde durmak gerekir. Pankreas tümörleri gibi sebeplerle meydana gelen hipoglisemi krizleri de epilepsiye yol açabilmektedir. Bu arada porphyria'yı da saymak gerekir.

Temporal lob epilepsisinin etyolojisi

Günlük pratikte rastlanan epilepsi vak'alarındaki EEG bulguları gözden geçirilirse, bunların pek çoğunun temporal lobların birinden menşe aldığı dikkati çeker. Temporal lobektomi ile elde edilen materyelin incelenmesinde nedbe, infarkt, gelişme kusuru gibi kabul edilen küçük selim tümörler (hamartoma) ve mesial temporal lob sklerozu gibi çeşitli lezyonlar görülmektedir. Bunların arasında «mesial temporal lobe sclerosis» % 50 den fazla bir yer işgal etmesi sebebiyle büyük önem kazanır.

Mesial temporal lob sklerozunda Ammon boynuzunda ve civarındaki dokularda, meselâ amygdala, uncus ve temporal lobun medial bölgesinde kesif glia infiltrasyonu görülür. Lezyon genellikle bir taraf temporal lobunda mevcuttur. Epilepsi nöbetleri çoklukla ilk 10 yaş içinde başlar. Sebep olarak doğum travması gösterilmektedir. Bu, ya genel bir hipoksi veya doğum kanalından başın geçmesi sırasında meydana gelen temporal lob herniasyonu ve posterior serebral arterin tentorium hiatus'una sıkışması şeklinde olur. Ciddî ve özellikle status epilepticus şeklindeki febril konvülsionlar da, hayatın erken çağlarında, medial temporal lobda irreversibl hasara yol açmakta ve sklerotik bir epileptojenik lezyon bırakmaktadırlar.

Epilepsi nöbetlerini ağırlaştıran ve meydana çıkaran faktörler

Epilepsinin sebebi ne olursa olsun, bazı faktörlerin nöbetleri kolaylaştırdığı da dikkatten uzak tutulmamalıdır. Fizik bünyenin herhangi bir sebeple zayıflaması, yorgunluk, uykusuzluk, açlık, her derecede hipoglisemi, hipokalsemi, geçici anoksiler, kadınlarda premenstrual dönemde ortaya çıkan su ve elektrolit dengesizlikleri, bazı ilâçların kullanılması, idyosenkrazik istidat, ânî ruhî travma ve

şoklar gibi heyecan bozuklukları, alkol alınması bu arada sayılabilir. Özellikle tek bir nöbet geçiren şahısta bu sebeplerin araştırılması ve varsa giderilmesi tedâvi bakımından çok önemlidir.

Elektro ensefalografik teşhis (EEG)

Bir klinik gösterinin epilepsi olup olmadığının ayırd edilmesi ve epileptik deşarjın doğduğu bölgenin bulunması ancak EEG tetkiki ile kabildir. Fakat, şunu hemen ilâve edelim ki, EEG ancak klinik muayeneden elde edilen bulguları ve bilgileri tamamlar. Klinik muayene bilhassa hastanın hikâyesinin ve nöbet şekillerinin iyice belirlenmesi ilk plânda gelir. EEG ve diğer lâboratuar metodları ancak kliniğe yardımcı mahiyettedir. Nitekim, şahsî pratiğimizde de birçok EEG bakımından sessiz epilepsi vak'asına rastladığımız gibi, bunlardan bir kısmında zamanla EEG bulguları gelişmiştir.

EEG'nin diagnostik değeri şu iki hususta önem kazanmaktadır:

(1) Konvülzif hastalığın ayırd edici teşhisi,

(2) Konvülzif nöbetlerin altında yatan patolojinin aydınlatılmasına hizmet.

Konvülzif hastalıklar, epilepsi, birçok başka hastalıklarla karışabilmektedir. Histeri bunların başında gelenlerden biridir. Bazı histerik gösteriler elektrografik bakımdan aşikâr konvülzif hastalık grubuna girmekte ve epilepsi tedâvisi ile düzelmektedirler (bu kabil vak'alarımızdan biraz ilerde bahsedeceğiz). Buna karşılık birçok histeri vak'asında bir biyoelektrik immatürite veya anksiete belirtisi olarak düşük amplitüdlü «düz (flat) trase» elde edilmektedir.

Temporal lob epilepsileri klinikte histeri nöbetleriyle karışabilecekleri gibi, birçok hallüsinasyonlu psikoz ve davranış kusurları ile de ayırd edilmeleri gerekebilir. Çocuklardaki davranış kusurlarının ve hiddet nöbetlerinin pek çoğu temporal lob epilepsisidir. Burada da EEG teşhis bakımından son derecede önem kazanır.

Bilhassa temporal focus'ların meydana çıkarılması için Cardiazol aktivasyonları gerekebilir. Hipervantilasyon ve fotik stimulus myoklonik epilepsi ve sentrensefalik nöbetlerde daha önemlidir.

Syncope ile birlikte görülen kardiyo-vasküler hadiseler de EEG sayesinde epileptik nöbetlerden ayırd edilebilirler.

Petit mal epilepside vak'aların hemen hemen hepsinde 3/sec. frekanslı wave-and-spike'lar görülür. Hiperventilasyon da elektrografik tabloyu kuvvetle aktive eder.

Grand mal nöbetlerinde genel bir disritmi, fokal serebral hamlelerde, Jackson nöbetlerinde bir odaktan çıkan spike'lar, delta ve hattâ theta faaliyetleri dikkati çeker.

EEG gerek nörolojinin ve gerekse psikiyatrinin birçok bakımdan dayandığı bir muayene ve araştırma metodu olarak başlı başına bir ihtisas şubesi halinde gelişmiştir. Bu konuda tafsilât bir psikiyatri kitabının hacmi ve konusu dışında kalmaktadır.

Psikiyatrik bakımdan önemi olan epilepsi nöbetleri

Epileptik hamlelerin anatomo-fizyolojik sınıflandırılmasını ve kısaca özelliklerini gözden geçirdikten sonra psikiyatrik bakımdan önemi olan bazı klinik formları tekrar ve daha detaylı bir şekilde ele almak faydalı olacaktır.

Grand mal :

Nöbetin başlangıcında bir aura bulunabilir. Ânî şuur kaybı ve birçok vak'ada **cri épileptique** denen bir feryatla hasta birdenbire yere düşer. Bu, düştüğü yeri seçmeden, adeta dibinden kesilen bir ağacın devrilmesi gibi, şiddetli ve ânî bir düşüştür. Nâdiren hasta aura'sı sebebiyle nöbetin geleceğini hissedip kendini emniyete alabilir. Derhal tonik safha ortaya çıkar. Esasen epileptik feryat (cri épileptique) da, solunum kasları, diaphragma ve glottis'in kasılmasının sonucudur. Hemen hemen bütün iradeli kaslar spazm halindedir. Ekstremiteler ya ekstansiyon halinde gerilmişler veya fleksiyon postürü içinde gövdeye doğru toplanmışlardır. Solunum durmuş, yüz morarmıştır. Hasta dilini ısırabilir, idrarını kaçırabilir. Boyun gerilmiş, baş opistotonus vaziyetini almıştır. Tonik safha 25-30 saniye kadar sürer ve bunu klonik spazmlar takibeder. Uçlardan başlayıp gittikçe amplitüdü artarak bütün vücuda yayılan sarsılmalar sonunda gürültülü bir solunumla nöbet biter. Bütün hamlenin süresi 1 dakika civarındadır. Nihayet genel bir müsküler gevşeme ve uyku devresi görülür. Bu devre birkaç dakikadan saatlere kadar sürebilir. Yavaş yavaş şuur yerine gelir. Gene nöbete ve şahsa göre değişen ve bazen tehlikeli ve agressif reaksiyonlarla beraber seyredebilen bir konfüzyon devresinden sonra hasta açılır. Nöbete ait tam bir amnezi vardır.

Petit mal :

Kısa şuur kaybı nöbetleri olduğundan bahsetmiştik. Konvülsion görülmez, postür dahi bozulmayabilir. Nöbet birkaç saniye sürer. Meselâ konuşan bir hastanın birkaç saniye için anlaşılmaz bir şeyler mırıldandığı ve sonra konuşmasına devam ettiği veya elindeki

bir şeyi düşürdüğü dikkati çeker. **Dağyolu**'nun bildirdiği bir daktilo kız nöbet sırasında daktilo yazıyorsa ayni tuşa arka arkaya birkaç defa vuruyor ve sonra gene yazısına devam ediyormuş. Metin okunduğu zaman nöbetler tekrarlanan harflerden belli oluyormuş. Bazen göz kırpıştırmalar nöbet geçirildiğini gösterir. Nöbet safhasına ait tam amnezi vardır.

Temporal lob epilepsisi :

Asıl psikiyatrik bakımdan büyük önem taşıyan nöbetler temporal lobdan çıkan epileptik deşarjların meydana getirdiği fokal serebral hamlelerdir. Klinikte nörotik, histerik, v.s. diye adlandırılan birçok gösterilerin aslında birer temporal lob epilepsisi olması mümkündür. Bu kabil vak'alara yaptırdığımız sistematik EEG taramasında birçok gözden kaçmış epilepsi vak'asını yakalamak mümkün olmuştur **(Songar)**.

İnsanda temporal lob korteksi bütün diğer hayvanlardakinden daha fazla gelişmiştir. Temporal lobun superior, lateral, inferior ve mesial yüzleri vardır ki, mesial yüzü uncus ve gyrus hippocampi meydana getirir. Temporal lobun işitme ile ilgili bölgelerinin dışında kalan kısımları, bilhassa superior ve lateral yüzleri hatırlamayı, hafızayı mümkün kılan nöronal mekanizmayı taşımaktadır.

Evvelce temporal lob ile ilgili epileptik deşarjlar geçiren ve böylece temporal kortekslerinin uyarılma eşiği düşmüş bulunan kimselerde temporal korteksin işitme bölgeleri dışında kalan kısımlarının uyarılması birtakım psişik gösterilere sebep olmaktadır: belli bazı hatıraların tekrar yaşanması ve o andaki görüp işittiklerinin yorumlanmasında değişmeler gibi. **Penfield**'in araştırmaları temporal lobların işitme sahası dışında kalan kısımlarının fonksiyonlarını şu şekilde meydana çıkarmıştır:

1 — **Hatıraların kaydı :** Temporal korteksin üst ve yan kısımlarındaki nöron kompleksleri hatıraların kaydı ile ilgilidir. Bu bölgelerin elektrikle uyarılması birtakım hatıraların uyanmasına sebep olmaktadır. Bu stimülâsyon tecrübelerinin sadece evvelden temporal epilepsi geçiren kimselerde mümkün olduğuna bir daha işaret edelim. Sağlam şahıslarda bu bölgenin uyarılabilme eşiği çok yüksektir ve bu seviyedeki bir uyarma epilepsi yaptığı için tecrübe mümkün olamamaktadır. Ancak, evvelce geçirilen epilepsi nöbetleri bir epileptik fasilitasyon sebebiyle eşiği düşürmekte ve böylece tecrübeler lokal anestezi altında temporal korteksleri açılmış kimselerde yapılabilmektedir.

Temporal lobların bu kısımlarını çevreliyen korteks bölgeleri

işitme, görme ve koku alma ile ilgilidir. Gene temporal lobların bu bölgelerinin elektrikle uyarılması, operasyon masasında yatan hastanın, geçmişte yaşadığı bir olayı aynen yaşamasına sebep olmaktadır. Stimülâsyonla meydana getirilen hallüsinasyon işitme, görme veya hem görme ve hem de işitme hallüsinasyonu olabilmektedir. Ancak bu hallüsinasyonları işitme ve görme kortekslerinin stimülâsyonu sırasında çıkan hallüsinasyonlardan ayıran özellik, bunların donmuş birtakım hayaller olmayıp, operasyon masası üzerinde yatarken o hadiseyi aynen yaşama hissi tarzında birtakım psişik hallüsinasyonlar olmasıdır. Bu bir hatırlama olayından ziyade bir rüya hali gibi hissedilmektedir. Ancak, bu rüya sırasında hastanın hatırladığı yerler aynen görülmekte, hatıralar yaşanmakta ve o olayla ilgili şahısların konuşmaları işitilmektedir. Ayni şekilde, o olaya ait heyecan hali de aynen yaşanmakta, olayın affektif yükü de ortaya çıkmaktadır.

2 — Temporal korteksin, hatıraların kaydından başka bir de **halen yaşanan olayların tefsiri, yorumlanması** ile ilgili fonksiyonu vardır. Şahıs, çevreden gelen sensoriyel impulslara karşı şuurlu, uyanıkdır. Bu sensoriyel impulslara karşı şuurlu bir reaksiyonu bahis konusudur. Bu olayların kendisi için ifade ettiği manâları karşılaştırır, muhakeme eder ve yorumlar.

Temporal korteksin bu fonksiyonlarını daima üst beyin sapındaki integrasyon merkezleri ile bağlantı halinde yerine getirdiğini de ayrıca hatırlatalım. Bunları ŞUUR bahsinde incelemiştik.

Temporal lobdaki epileptik deşarjlar, tıpkı somatik motor ve somatik sensoriyel kortekslerdeki deşarjlar gibi bir fokal serebral hamleye sebep olurlar. Ancak, burada bahis konusu olan, birtakım motor veya sensoriyel fenomenler yerine psişik gösterilerdir. Bu psişik gösterileri (1) illüzyonlar, (2) emosyonlar, (3) psişik hallüsinasyonlar ve (4) zorlu düşünce (forced thinking) olmak üzere dört grupta toplayabiliriz.

Psişik hamle sırasında bahis konusu olan, petit mal'deki gibi basit bir şuur kaybı değil, **pozitif bir ruhî durum**'dur. Bir **negatif ruhî durum** diyebileceğimiz petit mal nöbetlerine ait nöbet sonrasında herhangi bir hatıra kalmadığı halde temporal lob nöbetlerindeki yaşanan olaylar nöbet sonrasında şuurlu olarak hatırlanabilmektedir. Hasta, kendi yorumlama tarzındaki bu ânî değişiklikten haberdar olur. Bütün olan bitenler sanki evvelce bir defa daha yaşanmış gibi gelmekte veya çevresindeki eşya ve olayların onunla ilgisi değişmiş gibi görünmektedir. Diğer taraftan, nöbet sırasında şahıslara ve birtakım sahnelere ait canlı rüyalar da görülür. Bunlar gerçek hallüsinasyon vasfındadır. Hasta yaşanan sahneye ait heyecanları da ay-

nen idrâk etmekte, o anı gerçek olarak yaşamaktadır.

Zorlu düşünce de temporal lob epilepsisinde görülebilen özel bir durumdur. Adeta bir obsession tarzında stereotipik bir fikir zihne takılır. Bazen birçok düşüncenin birden hücum ettiği görülür. Eskiden **«intellektüel aura»** denen bu psişik fenomenler de bir çeşit pozitif ruhî durumdur.

Klinikte «histeri» veya «psikonevroz» teşhisiyle ve hiçbir sonuç alınmadan çeşitli tedâvilere tâbi tutularak EEG tetkikinde temporal lob epilepsisi (psişik hamle) tesbit edilen ve uygun antiepileptik tedâviden faydalanan 24 vak'ayı 1962 senesinde yayınlamıştık. Bunlardan çok ilgi çekici bir örneği takdim ediyorum:

> 28 yaşında bir kadın olan hasta klinikte globus hystericus, ağlama, sıkıntı, ellerinde uyuşma gibi belirtilerle ve histeri teşhisiyle tedâvi edilmektedir. Bu nöbetler üzüldüğü, sıkıldığı zaman gelmektedir. Yapılan tedâvilerden sonuç alınamamış, EEG tetkikinde «sol temporal lobun derinliğinde oldukça aktif epileptojenik faaliyet, ayrıca her iki parieto-occipital bölgede dizorganizasyon» bulunmuştur. Bir senelik antikonvülzif tedâviden sonra klinik düzelme mevcudiyetine rağmen epileptojenik mihrakın faaliyetinde bir artma, sağ temporal bölgede de müstakil bir epileptojenik focus tesbit edilmiştir. Bir sene daha tedâviden sonra yapılan yeni bir EEG kontrolünde evvelce mevcut anomalinin salâhını ifade eder bulgular tesbit edilmiştir. Bundan sonra İstanbul'dan ayrılan ve takip imkânı kalmayan hastadan sonra aldığım haberde bir sene daha ilâca devam edip sonra kendiliğinden kestiğini ve hiç bir nöbetin gelmediğini, «histerik» denen belirtilerin tamamen kaybolduğunu öğrenmiş bulunuyorum.

Temporal lob epilepsisi geçiren hastalarda, bu nöbetlere bağlı birtakım psikotik gösterilerin dışında belli bazı davranış anomalileri de tesbit edilmektedir. Bunlar hafıza defektleri, irritabilite, hiddet nöbetleri, konfüzyon halleri, depressif ve nörotik gösteriler şeklinde ortaya çıkmaktadır. Cerrahi tedâvi nöbetleri durdurduğu halde bu çeşit davranış kusurlarını gideremekte, hattâ bazı vak'alarda ameliyattan sonra bunların şiddetlendiği bile dikkati çekmektedir. Tıbbî tedâvi ile nöbetlerin durdurulmasından sonra bazı önemli davranış kusurlarının meydana çıktığı da sık rastlanan hallerdendir.

Psikomotor epilepsi

Buraya kadar anlattığımız birçok epilepsi nöbetlerinde birtakım ruhî belirtilerin bulunduğu dikkati çekmiştir. Ancak, özellikle «psikomotor epilepsi» deyimi, nöbetin yerinin bir psikomotor gösteri tarafından alınması durumuna işaret eder ve özel bir nöbet şekli olarak ortaya çıkar. Bu bakımdan ayrı bir başlık altında bir daha ele almayı uygun bulduk.

Klinik tablo, birtakım huzursuzluk belirtileri, maksatsız hareketler ve anormal davranışlar ile kendini gösterir ve birdenbire başlayıp bitmesi ile karakterize olur. Genellikle diğer epilepsi tipleri gibi bir aura ile başlar ve konvülzif hamlenin yerini alır. Bazen psikomotor nöbeti bir grand mal nöbetinin takibettiği de görülmektedir. Buraya kadar incelediğimiz ekivalan nöbetler, otomatizm halleri, birçok temporal lob epilepsisi şekilleri, kaçmalar, alacakaranlık halleri, epileptik konfüzyonlar bu gruba girer.

Klinikte takibettiğimiz bazı psikotik vak'aların da epileptik kökenli olduğu EEG tetkikleri ve tedâviden alınan uygun sonuçlarla gösterilmiştir:

> Lise öğrenciliği sırasında paranoid şizofreni teşhisi konan ve yıllardır nöroleptik ilâç alan bir yüksek öğrenim talebesi gençte, paranoid belirtilerin ve hallüsinasyonların zaman zaman görülmesi ve şizofreniye has kişilik yıkılmasının bu uzun zaman içinde ortaya çıkmaması, meselâ öğrenimini sürdürebilmesi ve bu arada evlenmesi ile dikkati çekmişti. Son müracaatinde gece uykudan kalkıp bıçağı alarak karısını kesmeye çalıştığı anlatıldı ve kendisi bu olayı **hiç hatırlamadığını** söyledi. Yapılan EEG tetkiki temporal lobda epileptojenik bir focus gösterdi. Nöroleptik tedâvi kesilerek uygun bir epilepsi tedâvisi düzenlendi. Hastada 3 senedenberi hiçbir ruhî belirti yoktur.

Birçok alacakaranlık halleri, konfüzyonel klinik gösteriler de ya bir psikomotor nöbet veya bir post-ictal (nöbet sonrası) gösteriden ibarettir. Gerek grand mal nöbetlerinden ve gerekse psikomotor hamleden sonra normal psikomotor fonksiyonların kazanılması için belli bir sürenin geçmesi gerekmektedir. Bu dönem bazen birkaç saatten birkaç güne kadar sürebilir ve gene bu süre içinde psikotik gibi bir görünüm arzedebilir.

Bir şahıs kim olduğunu bilemediğinden şikâyetle hastaha-

neye müracaat etmiş, bir gün muhafaza edildikten sonra sokakta geçirdiği bir epilepsi nöbetinin konfüzyonunda geldiği anlaşılmıştı.

Epilepsi tedavisi

Epilepsi tedavisi iki safhada mütalea edilebilir:

1 — **Sebep tedâvisi:** Epileptik nöbetlere sebep olan intrakranyal veya ekstrakranyal faktörlerin kaldırılmasından ibarettir. Bir tümör, bir kist, bir iltihap gibi cerrahi tedâviyi gerektiren lezyonlar, hipoglisemi ve sistemik hastalıklar gibi ekstrakraniyal sebepler uygun cerrahi ve tıbbî tedavi ile giderilirler. Bunun dışında, fokal kortikal hamlelerde epileptojen focus'ün bulunduğu korteks bölgesinin eksizyonu nöbetleri durdurmaktadır.

2 — **Semptomatik tedâvi:** Çeşitli antikonvülzif ilâçlarla epileptik nöbetlerin durdurulması mümkündür. Uygun tedavinin ve ilâcın tatbiki ancak elektroansefalografik tetkik sonucu nöbetin cinsinin ortaya çıkarılması ile mümkündür. Evvelâ gereken nöbetin korteksden veya subkortikal strüktürlerden doğan deşarjlardan meydana geldiğinin bilinmesidir. Bu şekilde uygun bir tedâvi tanzim edilebilir. Epilepsi tedâvisinde kullanılan çeşitli ilâçları endikasyonlarına göre şöylece sıralıyabliriz:

	Vücut ağırlığının kilosu başına günlük doz	**Endikasyonları**
Diphenylhydantoin	4-7 mg	Kortikal (fokal veya jeneralize) deşarjlar, somatik motor, somatik sensoriyel ve psikomotor nöbetler.
Phenobarbital	1-5 mg	Kortikal orijinli nöbetlerde ekseriya diphenylhydantoin ile beraber kullanılır.
Primidone (Mysoline)	10-25 mg	Bilhassa psikomotor tipte kortikal nöbetler.
Ethosuximide	20-30 mg	Centrencephalic (petit mal)
Trimethadione (Tridione)	10-25 mg	Centrencephalic (petit mal)

Parametha dione (Paradione)	10-25 mg	Centrencephalic (petit mal)
Carbamazepine (Tegretol)		Büyük motor hamleler, temporal lob epilepsisindeki davranış kusurları (trigeminus nevraljisi)
Bromürler		Nöronal faaliyet üzerindeki genel depressor tesiri sebebiyle evvelce bilhassa kortikal epileptik deşarjlar için kullanılan, bugün terkedilmiş bulunan antiepileptik ajan.

Yardımcı ilâçlar:

Mephenytoin (Mesantoin)	7-12 mg	Fokal ve jeneralize kortikal nöbetler.
Acetazolamide (Diamox)	5-15 mg	Petit mal, sentrensefalik büyük hamleler
ACTH	40-60 ünite total	İnfantil spazmlar, petit mal.
Kortikosteroidler	5-60 mg total	İnfantil spazmlar, petit mal.
Diazepam	0.15-2 mg	Petit mal, status epilepticus.
Nitrazepam (Mogadon)	0.15-2 mg	İnfantil spazmlar, myoklonik nöbetler.
Amfetamin'ler	0.2-0.3 mg	Petit mal'de ve diğer ilâçların uyku tesirlerine karşı.

Epilepsi tedavisinde devamlı ve ortalama 6 ayda bir yapılacak EEG kontrolleri ile takibedilmelidir. En azından bir sene nöbetsiz geçip elektrografik bir salâh da müşahede edilmeden verilen ilâcın dozunun azaltılması düşünülemez. Diğer taraftan antikonvülzif ilâçların yan tesirleri de dikkatle takibedilmelidir.

Kronik hydantoine kullanılmasından olma diş etleri hipertrofisi çok görülür. Dişlerin sık sık fırçalanması ve hijyenik bakımı yanında gerekirse hipertrofilerin kesilerek düzeltilmesi tavsiye edilir.

% 2-5 vak'ada deri döküntüleri görülür. Hirsutismus da bildirilmiştir. Nâdiren megaloblastik anemi gelişir ki bu, folik asid verilmekle giderilebilir. Kan diskrazileri ve hepatitler de kaydedilmiştir ki böyle hallerde ilâcın derhal kesilmesi gerekir. Diphenylhydantoin kullanılması sırasında eksitasyonlu psikotik gösteriler bildirilmişse de bunlar çok nâdirdir. Mesantoin (mephenytoin) kullanılması sırasında bunlara ilâveten lökopeni, mide bozuklukları ve periarteritis nodosa vak'aları bildirilmiştir.

Dion grubu ilâçların yan tesirleri arasında hemeralopia, retinanın ganglioner tabakasına tesir ederek parlak ışıkta körlük meydana gelmesi, deri hassasiyetine bağlı döküntüler, bulantı, kemik iliği depressionu sebebiyle kan bozuklukları, nefroz, hepatit sayılabilir.

3 — **Psikoterapi ve rehabilitasyon:** Epileptik, şahis, gerek nöbetlerinin ve mevcut kortikal irritasyonun meydana getirdiği, gerekse böyle bir hastalığa musab bulunmanın doğurduğu eksiklik duygusuna bağlı birtakım davranış kusurları gösteren kimsedir. Toplum içinde birçok kimselerin yaptığı işleri yapamaz; meselâ taşıt vasıtası kullanamaz, yanında kimse yokken denize giremez, hattâ sokakta yürürken bile emniyet altında değildir. İş kazalarına daima maruzdur. Bütün bunlar hastada kendi talihsizliği olarak yorumlanır ve çevresindeki sağlam kişilere karşı agressif, düşmanca davranışlara sebep olur. Seksüel dürtüsü de şiddetlenmiştir. Gene epileptiklerde mistik duyguların son derecede kuvvetlendiği dikkati çeker. Bunları eretizm, erotizm ve mistisizm'den kurulu bir triad içinde toplayabiliriz **(Gökay)**. Böyle bir hasta destekleyici, öğretici bir psikoterapiye muhtaçtır. Ayrıca, nöbetleri bakımından kendisi için tehlikeli olmayacak bir meslek seçilerek ona göre yetiştirilmesi ve rehabilitasyonunun yapılması gerekir.

Epilepsi ve adlî tıp

Epilepsi, bir taraftan zaman zaman hastanın tamamen şuuru dışında birtakım davranışlarda bulunmasına sebep olabildiği gibi, diğer taraftan da nöbetler arasında meydana gelen kronik davranış bozuklukları dolayısiyle adlî tıpla yakından ilişkisi bulunan bir hastalıktır.

Bir psişik nöbet sırasında hastanın «şuur ve harekât serbestisi» tamamen ortadan kalkacağından, bu hal içindeyken işlenen suçlardan dolayı Türk Ceza Kanununun 46'ncı maddesi uygulanır, yani o suçtan dolayı bir ceza verilmez. Epileptik karakter ve davranış kusurları ise «şuur ve harekât serbestisini ehemmiyetli derecede azal-

tacak» şiddette ise T.C.K.'nun 47'nci maddesine göre azaltılmış sorumluluk bahis konusudur. Medenî haklar ve tasarruf ehliyeti bakımından eksper psikiyatrın kanaati önemlidir. Epileptik davranış kusurları bir zekâ ve hafıza yıkılması ile, telkiniyetle, affekt bozukluğu ile beraberse medenî hukukunu kullanması kısıtlanabilir veya tamamen bir vasi tayini suretiyle ortadan kaldırılabilir.

Eksperimental epilepsi

Her psikiyatr, günlük meslekî hayatında defalarca eksperimental epilepsi nöbetleri meydana getirmektedir. Elektroşok tedâvisi, doğrudan doğruya elektrik stimülâsyonu ile meydana getirilmiş bir epilepsi nöbeti olduğu gibi, insülin koma tedavisi sırasında da epilepsi nöbetleri görülebilir. Bu bakımdan eksperimental epilepsi konusunun önemle ele alınması gerekmektedir. Epilepsinin fizyopatolojisi de bu şekilde incelenecektir.

Eksperimental epilepsi başlığı altında gerek epileptik olmayan insan ve hayvanlarda çeşitli yollarla meydana getirilen epilepsi nöbetlerini ve gerekse epileptik kimselerde mevcut nöbetlerin tecrübî yollarla uyandırılması kastedilir. Tedâvi gayesiyle meydana getirilen epileptik konvülsionlar da, yukarda işaret ettiğimiz gibi, bu çerçeve içinde mütalea edilebilir.

Epileptik olmayan kimselerde epileptik deşarjları meydana getirmek için şu yollar kullanılır:

I — Elektrik stimulusları
II — Konvülzan ilâçlar
III — Epileptojenik lezyonlar

Deneyler genel olarak deney hayvanlarında veya epileptik şahıslarda yapılmaktadır.

I — Bir beyin bölgesine yeter şiddette bir elektrik akımı tatbik edildikten sonra lokal bir ard deşarj görülür. Bu hal epileptik şahıslardaki fokal kortikal hamleyi taklid etmektedir. Böyle lokal bir elektrik deşarjının elektrografik manzarası beş safhaya ayrılabilir:

(1) Asenkron aktivasyon
(2) Senkron ritmik deşarj
(3) Kesik «klonik» deşarj
(4) Yorulma (exhaustion)
(5) Düzelme (recovery) safhaları.

Asenkron aktivasyonun başlangıç devresi şiddetli bir normal aktivasyona veya «uyanma reaksiyonuna» benzer. Normal ritm kaybolur ve yerini geçici desenkronizasyonun sebep olduğu nisbeten düşük voltajlı, sür'atli spike'lar alır. Bunu. nöronların yüksek vol-

tajlı ritmik deşarjları ile karakterize ikinci safha takibeder. Başlangıçta saniyede 10-20 frekanslı deşarjlar görülür; bu yavaş yavaş azalır ve kontinü deşarjın sükûnet safhalariyle kesildiği dikkati çeker. Artık nöbet (biyoelektrik bakımdan) klonik safhaya intikal etmiştir. Nihayet, birdenbire deşarjlar kesilir, sonra çok yavaş frekanslı dalgalar ortaya çıkar ve düzelme safhasına girilmiş olur. Korteksin elektrik eksitabilitesi geri döner.

Eğer bir bölgeye tatbik edilen elektrik akımı geniş bir nöron alanını uyarmaya yeterli değilse ve tatbik edilen elektrodun yüzeyi çok küçükse, bu takdirde sadece elektrod altı bölgenin deşarjı görülür. Bu nöronlardan impulslar buraya projeksiyon yolları ile bağlı bulunan diğer nöron gruplarına iletilirler. Eğer asıl tenbih edilen bölgedeki deşarj durursa uzak bölgelerdeki etkinin de kaybolduğu müşahede edilir. Bu da göstermektedir ki, epileptik processus'ün bir yayılması bahis konusu olmayıp, ancak direkt olarak anatomik yollarla bağlı bölgede onun uzak etkileri tesbit edilebilmektedir **(projeksiyon).**

Bu şekilde uzak projeksiyonlar sadece orthodromik olarak görülmektedir. Meselâ, frontal ve temporal lobları bağlıyan fasciculus uncinatus üzerinden veya oksipitalden frontale giden uzun oksipitofrontal assosiasyon yollarından olduğu gibi. Bu yollarda sadece oksipito-frontal ileti olduğunu ve fronto-oksipital yayılmanın bulunmadığını **Rosenblueth** ve **Cannon** göstermişlerdir.

Epileptojenik deşarjların subkortikal strüktürlerden doğup kortekse projekte olabilecekleri de eksperimental yoldan gösterilmiştir. (sentrensepalik hamlelerde olduğu gibi). Subkortikal strüktürlerdeki deşarj durursa korteksdeki uyandırılmış (evoked) potansiyellerin kesildiği müşahede edilir. Korteks ile subkortikal strüktürlerdeki karşılıklı etkinin iki taraflı olduğu da gösterilmiştir.

Gene, subkortikal stimülâsyon ile bilateral simetrik epileptiform deşarjlar elde edilebilmiştir. **Ajmone - Marsan**'ın deneylerinde, kedide, septum elektrikle uyarılmış ve iki temprol lobun ucunda devamlı ard-deşarjlar ortaya çıkmıştır.

Lokal bir ard deşarj bir defa başladıktan sonra substantia grisea'nın diğer bölgelerinde devamlı epileptik deşarja sebep olacak tarzda beynin çok uzak bölgelerine de yayılabilir. Bu sekonder deşarjlar primer deşarj kesildikten, hattâ primer deşarjın başladığı bölge çıkarıldıktan sonra bile devam ederler. Çevrede ve uzaktaki nöron gruplarının yoğun bombardımanı sırasında primer odaktan gelen impulsların summation'u sonucu sekonder ve spontan devam eden paroksismal deşarjlar görülür.

Deneyler göstermiştir ki, ard deşarjlar nöron devreleri üzerinde yayılmakta ve hattâ çok yakın komşuluk muhafaza edilse bile nöron devrelerinin kesilmesi halinde intikal durmaktadır **(Erickson, Adrian, Rosenblueth, Bond** ve **Cannon). Jasper** ve arkadaşları ile diğer araştırıcılar komşu beyin bölgelerinden tamamen izole edilmiş serebral korteks adacıklarında başlıyan deşarjların bu adacığın dışına çıkmadığını göstermişlerdir. Yayılma hızı saniyede 10 ilâ 40 cm arasında değişmektedir.

Precentral gyrus'daki elektrik ard deşarjı ile konvülzif hareketler arasında yakın rabıta gösterilmiştir: devamlı elektrik deşarjları tonik müsküler kontraksiyona ve kesik deşarjlı klonik faz da klonik motor nöbete tekabül etmektedir. **Adrian** ve **Moruzzi** her kortikal deşarjdan sonra 5-10 milisaniyelik bir latent devre geçince yeni bir kas kontraksiyonunun meydana geldiğini göstermişlerdir.

Motor korteksden hiçbir konvülzif hareket olmaksızın yüksek voltajlı bir ard deşarj elde edilebilmektedir. **Adrian** bunun, deşarjın korteksin derin tabakalarına yayılmasından ileri geldiğini göstermiştir. Elektrik trasesinde pozitif yüzey potansiyelli bir dalga görülürse bu, olaya derin kortikal tabakaların da katıldığını gösterir ki buna konvülzif gösteriler de eşlik eder (deney hayvanının hafif anestezi altında olduğu devre). Daha derin anestezide ard deşarj hattâ derin kortikal bölgelere intikal etse dahi konvülzif hareketler görülmemektedir. Bu hadise bize eksitasyonun motor korteksden motor nöronlara geçebilmek için motor nöron sinapslarında belli bir fasilitasyona ihtiyaç bulunduğunu isbat etmektedir. Bu sayede korteksdeki her nöron deşarjı, hattâ bütün nöronlar deşarja katılsa dahi, her zaman motor gösterilere sebep olmamaktadır.

Görülüyor ki, **elektrografik nöbet ile bir nöbetin klinik gösterileri birbirinden tamamen ayrı şeylerdir.** Bir elektrik hamle, hattâ motör korteksi ilgilendirse dahi, daima bir motör hamlenin muadili olmamaktadır.

II — Eksperimental epilepsi nöbetleri için çeşitli **konvülzan ilâçlar** da kullanılmıştır. Bunlar arasında camphre, absinthe yağı, kreatin, nikotin, eserin, pikrotoksin, metrazol (cardiazol), striknin, flüorasetat ve diisopropyl fluorophosphate (DFP) gibi antikolinesterazlar kullanılmıştır.

Strikninin santral sinapslarda bir fasilitatör tesiri olduğu gösterilmiştir. Küçük mikdarlarda ve lokal olarak kortekse tatbik edilen strikinin sinir hücresinin eksitabilitesini arttırmaktadır. Sensoriyel korteksden alınan uyandırılmış potansiyellerin sayı ve amplitüdleri yükselmektedir.

Sensoriyal presipitasyon: Striknin tatbik edilmiş beyin bölgesinin aktivitesinin arttırılması için bazı metodlar vardır. Bu konu üzerinde çalışmış olan **Glementy**, köpeklerde sigmoid gyrus'a lokal striknin tatbik etmiş, sonradan fotik tenbihlerle kolaylıkla epileptik hamlenin meydana geldiğini göstermiştir. Nitekim, evvelce morfin tatbik edilmiş olan köpeklerde de sonradan ışık, ses ve hattâ tad tenbihleri ile çok daha kolay jeneralize hamleler uyandırılabilmektedir. Bu mekanizma, epileptik şahıslarda periferik sensoriyel stimuluslarla nöbetlerin gelebilmesini açıklamaktadır.

Cardiazol (metrazol): Damar içine hızla şırınga edilen 500-1000 mg Cardiazol büyük nöbet meydana getirebilir. İlâç karaciğerde sür'atle yıkıldığından tesiri çok kısadır. Evvelce psikozlarda şok tedâvisi için kullanılan bu metod elektroşokun bulunması ile terkedilmiştir. Ancak, EEG tetkiklerinde aktivasyon için Cardiazol kullanılmaktadır. Antikonvülzif ilâçların denenmesinde de Cardiazol aktivasyonları kullanılır. Cardiazol gerek diensefale ve gerekse iki taraflı cortex cerebri'ye tesir eder.

Işık - Cardiazol aktivasyonu: Beyin Cardiazol şırıngası ile hassaslaştırıldığı zaman subkonvülzif dozların sensoriyel tenbih sonucu iki taraflı myoklonik hareketlere sebep olduğu gösterilmiştir. Afferent uyaranlar arasında en etkilisi ışık uyaranıdır **(Gastaut** ve **Hunter).** Bu olay myoklonik epilepsinin eksperimental olarak meydana getirilmesi bakımından çok ilgi çekicidir. Kuvvetli fakat kısa süreli bir ışık uyaranı belli aralıklarla verilirse ve şahıs evvelden Cardiazol ile hassaslaştırılmış bulunursa her ışık uyaranı bir myoklonik hamle meydana getirebilir. En uygun fotik frekans 15/sec. dır. Myoklonik cevabın başlaması için genel olarak 2-3 flâş yeterlidir. Eğer 15/sec. frekanslı ışık uyaranı ile uyarılma bir iki saniye devam ederse myoklonik çekilmeler jeneralize bir hamleye çevrilebilir. Elektrografik olarak vizüel korteksde her flâşa yüksek voltajlı bir spike tekabül eder. Bunlardan 20-30 msec. sonra frontal bölgelerden de ayni tipte spike'lar kaydedilebilir. Sonradan frontal bölge spike'ları spike-and-wave kompleksine çevrilmektedir. Myoklonik çekilmelerin görünümü genel olarak frontal spike'lara uymakta, fakat frontal bölgelerin motor alanlarının irritasyonu olmadan da myokloniler müşahede edilebilmektedir.

Bundan başka **asetilkolin** ve **antikolinesteraz** da aktivasyon için kulanılmıştır. Asetilkolin ventriküller ve sisternalara verildiği za-

man konvülzan bir madde gibi tesir eder **(Fiamberti, Henderson** ve **Wilson)**. Fakat, asetilkolin beyinde önemli mikdarda istihsal edilmekte ve konvülsion sırasında serebrospinal likora dökülmektedir **(Bornstein, Tower** ve **McEachern)**. Bir korteks bölgesini bir antikolinesteraz olan eserine ile muamele ettikten sonra buraya % 1'-lik asetilkolin eriyiği tatbik edilirse yüksek voltajlı elektrik faaliyeti ortaya çıkar **(Miller, Stavraky, Woonton)**. Burada asetilkolin'in bir ara, tıpkı Cardiazol gibi şok tedâvisi için kullanıldığını da kaydedelim.

III — Cobalt ve aluminium kremi gibi maddeler tatbiki veya dondurma suretiyle korteksde **eksperimental epileptojenik lezyonlar** meydana getirilmektedir.

Sensoriyel inhibisyon: Epilepsinin kliniğini incelerken bazı epileptik nöbetlerin periferik sensoriyel stimuluslarla durdurulabildiğine işaret etmiştik. **R. Guerrero - Figueroa, A. Brros** ve **F. de Balbian Verster,** sensoriyel yolla eksperimental epilepsi nöbetlerini inhibe etmeye çalışmışlardır. Epileptojen lezyonu olan ve petit mal tipinde olduğu gibi 3/sec. spike-and-wave deşarjları gösteren kedi yavruları ile epileptojen focus'u olup paroksismal spike-and-wave deşarjları gösteren ergin kediler deney hayvanı olarak kullanılmışlardır. Görme, işitme, koku alma ve dokunma sistemlerine ait attentiv faktörler gerek 3/sec. spike-and-wave deşarjlarına ve gerekse bazı paroksismal spike-and-wave deşarjlarına kuvvetle inhibitör tesir yapmaktadır. Ayni şekilde, mezensefalik retiküler formasyonun uyarılması da yukarda bildirilen epileptiform aktiviteyi inhibe etmektedir.

Tedavi gayesiyle meydana getirilen eksperimental epilepsi nöbetleri (elektroşok nöbetleri) :

E. A. Spiegel'in, hayvanların kafasından elektrik akımı geçirmekle konvülsionların meydana çıktığını bulmasından ve bu elektrik akımının geçirilmesinin hayvana hiçbir zarar vermediğinin de bildirilmesinden sonra elektrik akımı **Putnam** ve **Merrit** tarafından antikonvülzif tedavinin değerini ölçmek için kullanılmaya başlanmıştır. Bunu müteakip **Cerletti** ve **Bini**'nin tedâvi gayesiyle takdim ettikleri elektro-konvülsion (elektroşok) metodunu görüyoruz. Bu metod kısa zamanda psikiyatride geniş tatbik sahası bulmuştur.

Elektrokonvülzif tedâvi için çeşitli akım modaliteleri stimulus olarak kullanılmıştır. **Friedman, Reiter** ve **Delmas Marsalet**'nin,

elektroşokun hafıza kusurları gibi yan tesirlerinin alternatif akım sebebiyle meydana geldiğini ileri sürmeleri üzerine **Reiter**'in 60/sec. frekanslı ve redresse edilmiş «yarım dalga» tarzında akım veren cihazı ortaya atılmıştır. 1940'da bu âletle ilk tecrübelere başlanmış, bitemporal veya frontotemporal elektrodlar kullanılmış, frontotemporal elektrodlarla daha az akım şiddeti ile konvülsion meydana getirilebildiği görülmüştür. Bu cihaz için konvülsion yapacak akım şiddeti 40 mA dir. Müddet 1-2 saniye arasında değişmektedir. Çok daha uzun zaman akım veren cihazlar olduğu gibi, bütün konvülsion sırasında, belli bir hududa inerek akımın verilmekte devam edilmesinin nöbetten sonra solunumu stimüle etmek suretiyle apne tehlikesini ortadan kaldırdığı fikrine dayanılarak yapılan cihazlar da meydana konmuştur.

Kafadan geçen elektrik akımının şiddeti, Ohm kanununa göre Bir taraftan tatbik edilen voltaja, diğer taraftan da başın direncine (omik rezistansına) tâbidir. Deri direnci ne kadar düşük olursa o derecede bir voltaj düşüşü olacağı muhakkaktır. Bu faktörleri dikkate alan **Liberson**, 1946'da, kafa derisinin direncini ölçerek verilecek akımı ayarlıyan bir makine maydana getirmiştir.

Stockholm'da **Jan-Otto Ottosson**, nöbet sürelerinin büyük değişiklikler arzetmesi ve tedavinin yeterliliğinin şahıstan şahsa çok değişmesi üzerinde durarak nöbet süresi ile tedâvi yeterliliği arasındaki münâsebetleri incelemişlerdir. Bu araştırmada bir taraftan normal elektroşok epilepsileri, diğer taraftan da lidocaine ile modifiye edilmiş nöbetler birbiriyle karşılaştırılmıştır. Lidocaine ile modifiye edilmiş nöbetler petit mal epilepsiye benzemektedirler. Deneyler sırasında hafif narkoz altında ve tam kas gevşemesi mevcutken elektroansefalografik kayıtlar yapılmıştır. Sonuçlar ilk 4 tedaviden sonra ve tedavi kürü tamamlanınca ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Araştırıcı aldığı neticeleri şöyle özetlemektedir:

1 — Grand mal nöbetlerinin süresi ile tedavi bakımından yeterlilik arasında bir münâsebet yoktur. Nöbetin uzun veya kısa olması değil, önemli olan jeneralize grand mal nöbetinin meydana getirilmesidir.

2 — Lidocaine ile modifiye edilmiş nöbetlerin süresi ile tedavi bakımından yeterlilik arasında ise aşikâr bir münâsebet vardır. Petit mal şeklinde bir nöbet ne kadar uzun olursa o kadar tesirli görülmektedir. Görülüyor ki, lidocaine grand mal nöbetlerinin «tedavi edici komponenti»ni izole etmektedir. Bununla beraber, lidocaine ile modifiye edilmiş nöbetlerin tedavi edici tesirinde aşikâr bir azalma görülmesi lidocaine'in tedavi bakımından faydalı bazı element-

leri de elimine ettiğini göstermektedir. Bir grand mal nöbetinin tedavi edici tesiri muhtemelen sür'atli spike faaliyeti ile değil, fakat daha ziyade onun spike-and-wave faaliyetinden ibaret komponenti ile ilgili görülmektedir.

3 — **Penfield** ve **Jasper**'in petit mal epilepsinin EEG tetkiki için verdikleri örneğe dayanılarak denilebilir ki, lidocaine ile modifiye edilen nöbetlerde patolojik faaliyet beyin sapında cereyan etmektedir. Bu tefsire göre elektroşok tedavisinin depressionu iyi edici etkisinin beyin sapında ascendent retiküler sistemdeki epileptik faaliyetin mikdarı ile ilgili olduğu söylenebilir. Bu görüş tarzı diensefalik strüktürlerin mizaç dalgalanmaları ile ilgili olduğu ve elektroşokun tesirinin diensefalik yolla vuku bulduğu hakkında mevcut indirekt bulgularla da uygunluk göstermektedir.

4 — Lidocaine ile modifiye edilmiş nöbetler modifiye edilmemiş global nöbetlere göre tedavi bakımından daha değerli bir komponet ihtiva etmektedir. Bununla beraber, lidocaine ile modifiye edilmiş tedavi bir taraftan tedavi bakımından daha az tesirli olması, diğer taraftan hafıza kusurları tarzında ortaya çıkan yan tesirlerin ehemmiyetsizliği sebebiyle, modifiye edilmemiş tedaviye tercih edilmesi için bir özellik taşımamaktadır.

Bütün bu bulgular ve özellikle **Ottosson**'un araştırmalarının sonuçları göstermektedir ki, mesele, epilepsi nöbeti ile meydana getirilen bir dissolüsyon ve onu müteakip ortaya çıkan daha sıhhatli bir rekonstrüksiyon, reorganizasyondan ibarettir. Bu konuda yapılan bütün araştırmalar **Jackson** ve **Henri Ey**'i doğrulamaktadır.

KAN HASTALIKLARINDA GÖRÜLEN RUHÎ BOZUKLUKLAR

Kan ile doğrudan ilgili psişik bozukluklar çok eskidenberi bilinmektedir. Nitekim **Hipokrat,** 7 ve 9 uncu aforizmalarında öldürücü kanamaların agoni öncesi safhalarında hezeyanlar olduğunu bildirmiş, **Pinel** ise zamanın çok kullanılan tedâvilerinden biri olan kan alma'nın fazla tatbiki halinde hiddet reaksiyonları tarzında ruhî bozuklukların ortaya çıkabileceğine işaret etmiştir. **Schneider**'in 1935'deki yayınlarında bu şekilde toplanmış vak'alara rastlıyoruz.

Nöro-anemik sendrom, psiko-anemik sendrom diye bildirilen ve anemi ile ilgili nörolojik ve psişik değişikliklere işaret eden hastalıklar oldukça sık rastlandığı gibi, astenik şikâyetlerle başvuran hastalara antianemikler verilmesi de aşağı yukarı bir itiyad halini almıştır.

Psikiyatrik bozukluklara sebep olan kan hastalıklarını **anemiler** ve **poliglobuliler** diye ikiye ayırarak ele almak mümkündür.

Anemiler

Anemiye sebep olan hallerin başında kanamalar gelmektedir. Akut kanamalar sırasında, kan volümündeki ânî azalma sebebiyle şuur bulanıklığı, somnolans ve koma görülebilir. Bazen hemorajik şok denebilecek kadar ânî teşekkül eden bu tablo beyin kan dolaşımındaki, birdenbire ortaya çıkan değişikliğe bağlıdır.

Kanamadan bir hafta kadar sonra ortaya çıkan ve tekrarlıyan, fakat arteriyel basınçta önemli bir değişikliğe sebep olmayan kanamalar sırasında görülen psişik bozukluklar daha ilgi çekicidir. Bu vak'alarda 2.000.000 hattâ 4.000.000 civarında bir eritrosit sayısı ile birlikte düşük hemoglobin değeri ile belirli makrositer, basit bir anemi söz konusudur. Baş dönmesi, kulak uğultusu, yorgunluk, sinirlilik, irritabilite ve görme keskinliğinde azalma bu tablonun sık görülen refakat arazlarıdır. Zaman ve mekân orientation'unda bozulma, amneziler, hatıra yanılmaları, confabulation'larla bir Korsakoff psikozunu andırır konfüzyonel sendromlara da rastlanır. Bazı vak'-

alarda anksiete veya apati de görülebilmektedir.

Demir eksikliğine bağlı anemilerde de psikiyatrik bulgular sıktır. Apati ve çevreye karşı ilginin azalması en sık rastlanan semptomlardır. Hareketlerinde bir azalma tesbit edilen hasta tedricen yatağa bağlanır. Günlük işlerini yapamaz, yemek pişirme ve yemek yeme işlemleri ağırlaşır, bunun sonunda tabloya bir de malnütrisyon, besin yetersizliği durumu eklenir. Uzamış apatiyi takiben depression ortaya çıkar. Hasta ekseriya yalnız yaşar. Tablo demans tablosuna benzer. Saf demir eksikliği ile meydana gelen gerçek demans hali görülmez. Bununla beraber, bunların arasında bir bağlantı olması da muhtemeldir. Çünkü, demansın erken devresinde böyle bir eksikliğin düzeltilmesi tablo üzerinde faydalı tesir yapar. Demans ile demir eksikliği arasındaki bağlantı, B_{12} vitamini veya folate eksikliğinde ortaya çıkan tablo kadar belirli değildir.

Ajitasyon ve özellikle mental konfüzyon sık görülür. Konfüzyon içindeki bir anemik bazen kontrol altına alınamaz ve akıl hastahanesine kapatılması gerekir.

Nâdir olarak hezeyan ve hallüsinasyonlar görülebilir.

Megaloblastik anemilerden anemia perniciosa nörolojik ve psişik belirtiler gösteren anemilerden biridir.

Psikiyatrik bozuklukların başında apati, hafıza kaybı ve konsantrasyon kabiliyetinde azalma sayılabilir. Hastalar ekseriya bu şikâyetlerle psikiyatri kliniklerine başvururlar.

Hastalarda zamanla sosyal alışkanlıklar bozulur. Demans tablosu gelişir. Mental konfüzyon sıktır ve ara sıra hasta hipomanyak bir hasta görünümüne bürünür.

Folik asid eksikliğine bağlı anemilerde de ara sıra apati, orta derecede konfüzyon, depression, intellektüel sahada yıkılma müşahede edilmiştir. Folate tedâvisi ile bu tablolarda belirli bir iyileşme olur.

Normokrom ve hemolitik anemilerde belirli bir ruhî bazukluk kaydedilmemiştir. Hemolitik ikter vak'alarında ve bazı orak hücreli anemilerde de confusion halleri tarif edilmiştir.

Poliglobuli'ler

Poliglobuli'ler, dolaşım kanındaki kırmızı kan hücrelerinin total sayısında bir artma ile görülen kan hastalıklarıdır. **Vaquez** tarafından tarif edilen esansiyel poliglobuli (policytemia vera) ise gittikçe lökozlar grubuna sokulan ve etyolojisi kesin olarak bilinmeyen bir poliglobuli çeşididir.

Eritrosit sayısı mm^3 de 6.000.000 civarında olan böyle bir polig-

lobuli vak'asını «**esansiyel poliglobuli**» olarak ele alabilmek için şu durumlardan ayırd etmek gerekmektedir :

— Dehidratasyon ve hemokonsantrasyon sonucu ortaya çıkan «yalancı poliglobuliler» veya çok nâdir olarak idiopatik plâzma volümü azlığı;

— Bronko-pnömopatiler, kongenital kalb hastalıkları, asfiksiler, CO zehirlenmesi, methemoglobinizan zehirlerle zehirlenmeler, irtifa hastalığı gibi kronik anoksiler sebebiyle meydana gelmiş sekonder poliglobuliler;

— **J. Bernard**'ın bildirdiği heredofamilial poliglobuliler;

— Bronş ve böbrek habis tümörlerinde ortaya çıkan pliglobuliler;

— 3. ventrikül tümörleri.

Polycytemia vera'nın başlangıç döneminde hastaya nöroz teşhisi koyduracak ruhî belirtiler ön plândadır. Hastanın yüzünün kırmızılığına dikkat edilmez, dalaktaki hafif büyüme gözden kaçar ve kan sayımı yapılmazsa uzun zaman nörotik - nevrastenik bir hasta gibi tedâvilere tâbi tutulabilir. Baş ağrıları, baş dönmeleri, fizik ve psişik dermansızlık hissi, orta derecede bir depression, senesteziler, çeşitli ve müphem ağrılar bu devrenin arazlarıdır.

Hastalık ilerledikçe konsantrasyon güçlüğü, dikkatin teksif edilmesindeki zayıflama ve gelip geçici hafıza yanılmaları ortaya çıkar. Çok zaman tedâvi ile geriye döndürülen bu belirtiler bazı hallerde ilerleyici ve kalıcı bir entellektüel kapasite kaybına gidebilir. Bazı vak'alarda narkolepsi, katapleksi tarzında nöbetler tarif edilmiştir ki, **Schiff** bu vak'alarda infundibulo-tüberien bölgede bir tümör aranması lüzumu üzerinde durmakta, **Naville** ise bu belirtilerin sadece poliglobuli sebebiyle olabileceğini ileri sürmektedir.

Vak'a : 27 yaşında ev hanımı.

Bize çarpıntı, irritabilite, sırt ve göğüs ağrıları, gaz, hazımsızlık şikâyetleriyle müracaat etmiştir. İlk müracaatında nörotik şikâyetlerinin yanında kan hastalığından bahsetmeyen hastanın yüzündeki kırmızı renk ve göz dibi muayenesinde dikkati çeken venöz dolgunluk üzerine sorulduğunda bir iç hastalıkları kliniğinde yattığını, eritrosit sayısının ise 6.750.000 ve hematokrit değerinin de % 67 bulunduğunu, polycytemia vera teşhisi konduğunu söylemiştir.

Hikâyesi : 1,5 yıldanberi yukardaki şikâyetleri olan hastaya, müracaat ettiği doktorlar **kansız** olduğunu söyle-

yerek fosfostimol, kalsiyum ve **antianemikler** vermişler. Bu arada şikâyetleri çok arttığından yapılan kan sayımı üzerine durum ortaya çıkmış.

Fizik muayenesinde: uçlar siyanoze, yüz hiperemik, palmer eritem mevcut, jeneralize mikroadenomegaliler ele geliyor. Solunum sistemi normal, kalb sesleri tabi'î, arter basıncı 115/80 mm Hg bulunmuş, sindirim sisteminde bir özelliğe rastlanmamıştır.

Lâboratuar tetkiklerinde: Eritrosit: 6.750.000, Hb. 20,4 g, hematokrit % 67, lökosit 13.200, formülde çomak 2, parçalı 80, eozinofil 3, bazofil 1, monosit 2, lenfosit 12 bulunmuş, eritrosit morfolojisi normal görülmüştür. Sedimentasyon 0-4-8 idi. İdrarda eser albümin, ürobilinojen (-), sedimentte 5-6 lökosit, 8-10 eritrosit, 1-2 granülö silendr ve epitel hücresi görülmüştür. Kanın şimik tetkikinde üre % 21 mg, ürik asid % 4 mg, total protein % 7,85 g, albümin % 3,3 g., globulin % 4,55 g, timol 7,5, çinko sülfat 17, oksijen satürasyonu % 96 olarak bulunmuştur. Bazal metabolizma + 20 dir. Solunum fonksiyon testleri, kan gazları, ürografi ve piyelogram, telekardiografi, EKG normal bulunmuştur. KBB muayenesinde üst solunum yollarında hiperemi tesbit edilmiştir. Jinekolojik ve ilk müracaatındaki nörolojik muayeneleri patolojik bulgu vermemiştir. Kraniografide kemik strüktürleri ve sella normal görünümde, beyin sintigrafisinde ise hiperaktif bölge tesbit edilmemiştir. Glükoz tolerans testi 82 - 128 - 132 - 146 - 122 bulunmuştur. Teşhis olarak polycytemia vera diye değerlendirilen hastadan 2 - 3 günde bir toplam olarak 10 defa, her seferinde 350 cc kan alınmış, psikiyatrik şikâyetleri çok arttığından bize müracaat etmiştir.

Psikiyatrik muayenesinde: Çarpıntı, huzursuzluk, irritabilite, sıkıntı, vücudun çeşitli yerlerinde ve özellikle sırt ve göğüste ağrılar, konsantrasyon güçlüğü, mide-barsak şikâyetleri ile belirli psikiyatrik tablo dikkati çekmekte idi. Orientation bozukluğu, hafıza kusuru veya hezeyan tarzında bir muhakeme bozukluğu mevcut olmayıp günlük hayatı hastalık sebebiyle pek aksamamakta idi.

Psikogramında: Rorschach testi ile kuvvetli nevrotik tipte reaksiyon; Cattel testi ile zekâ bölümü (I.Q.) 81, zekâ orta seviyede; Benton testi ile score 11, idrâk dikkat ve tesbit hafızası fonksiyonları vasat; Cornell-index testi ile kuvvetli nörotik ruhî yapı tesbit edilmiştir.

Elektroansefalografik muayenesinde : Sol temporal bölgede bir dizorganizasyon bulunmuştur.

Elektromiyografik tetkikinde : hafif nörojen musabiyet tesbit edilmiştir.

DİABETİN PSİŞİK BELİRTİ VE KOMPLİKASYONLARI

İlk defa **Rollo**, 1798'de diabette sinir sisteminin bozulabileceğine işaret etmiştir. Hattâ 1850'ye kadar şekerli diabet bir «sinir hastalığı» olarak kabul ediliyordu. 1864'de **Marchel de Calvi** nöropatinin diabet sebebi değil de neticesi olduğunu ileri sürdü.

J. Juel ve **B. de Fine Olivarius**, bazı kriptojenik polinöropatilerin diabetik orijinli olabileceğini söylemiştir. **Max Ellenberg**'in kanaatine göre:

1) Nöropati diabetin iyi kontrol edilmesine rağmen meydana gelebilir,

2) Nöropati glükozüri ile ayni zamanda başlar,

3) Nöropati diabetin süresi ve şiddeti ile ilgili olmayabilir.

4) Bazen nöropati hiperglisemi ve glükozüri semptomlarından bağımsız ve bir erken belirti, başlangıç arazı olarak ortaya çıkabilir.

5) İyi kontrol edilen diabette paradoksal olarak bazen diabetin ağırlaştığı müşahede edilmiştir.

6) Nöropati stress durumlarını takiben meydana gelebilir.

Bütün müşahedeler -diabetik nöropatinin- hiperglisemi veya glükozürinin mevcudiyetine bağlı olmaksızın, latent diabet devresinde dahi, meydana gelebileceğini göstermektedir. Bu vaziyette nöropatiyi bir komplikasyon değil, bir refakat arazı olarak kabul etmek gerekmektedir **(Ellenberg,** 1960).

Klinik belirtilere ilâveten sinir fonksiyonlarının elektrofizyolojik olarak tetkiki elbette erken sinir musabiyeti hakkında oldukça yeterli bilgi verir. Böylece, diabetik nöropati düşünülen vak'alarda sinir ileti hızı, elektromiyografik tetkik ve hissiyet muayenesi yapılmalıdır.

Jüvenil diabette, erken safhada, terminal nöromüsküler cihazın patolojik araştırmalarında motor terminal plâkta histolojik değişiklikler tesbit edilmiştir **(Reske, Nielsen** ve ark.). Bunların hiçbiri klinik olarak nöropati belirtisi göstermemekte idiler. Esasen, sinir sistemindeki patolojik değişikliklerin hepsinin kliniğe yansıması gerekmediği, evveldenberi bilinen bir gerçektir.

Periferik nöropati belirtilerini simetrik olarak gösteren her hastada diabet aranması gerektiği gibi, bilhassa kafa çiftlerine ait periferik felçlerde (periferik yüz felci, okülomotor veya abduscens siniri felci gibi) ve tedaviye mukavemet eden ağrılar, özellikle trigeminus ağrılarında diabet araştırması şarttır.

1970 de **Max Ellenberg**, diabetin klinik nöropatik gösterilerini şu şekilde sıralamıştır:

1. Somatik (periferik) nöropati
   - A. Alt ekstremiteler
     - a) Düşük ayak
     - b) Diabetik amiyotrofi
   - B. Üst ekstremiteler
2. Visseral nöropati
   - A. Gözle ilgili
     - a) Ekstraoküler kasların paralizisi
     - b) Pupilla değişiklikleri
   - B. Gastro-intestinal sistem
     - a) Özofagus nöropatisi
     - b) Gastroparesis diabeticum
     - c) Diabetik enteropati
       - — Malabsorpsiyon sendromu
       - — Pankreatik diareler
   - C. Ürogenital sistem
     - a) Nörojen vesica urinaria disfonksiyonları
       - — incipient neurogenic vesica
       - — retrograd ejakülasyon
       - — impotens
   - D. Nöropatik artropati
   - E. Nöropatik ülserasyon
   - F. Otonom sinir sistemi
     - a) Ortostatik hipotansiyon
     - b) Anhydrosis
     - c) Vazomotor instabilite

Literatürde diabetik orijinli psikiyatrik bozukluklara ait belirli bir işarete rastlanmamaktadır. Bunun aksine, diabeti başlatan belirtiler arasında ruhî stresslere, emosyonel gerginliklere daima yer verilmektedir. Cerrahpaşa Psikiyatri Kliniği'nde 8 aylık bir dönemde gelen ve «nevrastenik» denen şikâyetleri olan vak'alara düzenli bir şekilde glükoz tolerans testi uygulanmış ve böylelikle 8 ayda bu çeşit 32 diabet vak'ası tesbit edilmiştir. Glükoz tolerans testi ile teşhis edilen latent diabet vak'alarında değişmez bir bulgu olarak depressiv - nöroastenik - nörotik belirtilere rastlanmaktadır. Bunlar arasın-

da, non-spesifik kabul edilen baş dönmesi, uykusuzluk, impotens, erken ejakülasyon, ekstremitelerde uyuşma ve karıncalanma hissi, müphem ağrılar özellikle dikkate değer. Böylelikle, **Ellenberg**'in nörolojik belirtiler şemasına paralel bir de psikiyatrik belirtiler şeması yapılması gerektiği kanaatindeyiz:

1. Somato-sensoriyel belirtiler
   Ağrılar, yorgunluk, halsizlik
   Karıncalanma ve uyuşma hissi
2. Visseral belirtiler
   Ağız kuruluğu
   İştahsızlık veya çok yeme tarzında iştah kusurları
   İmpotens
3. Otonom sinir sistemi belirtileri
   Baş dönmeleri
   Ateş basmaları
   Terleme
   Vücudun çeşitli bölgelerinde yanma hissi
4. Psişik belirtiler
   Çeşitli seviyelerde depressif âraz ve anksiete,
   irritabilite, huzursuzluk hissi, uyku bozuklukları

Bu belirtilerle gelen ve hele periferik sinir sistemine ait, siyatalji, periferik tipte nervus facialis felci gibi bir de organik semptom gösteren her hastada, tedâviden beklenen sonuç alınamıyan her nevrastenik ve depressif vak'ada kesinlikle oral glükoz tolerans testi yapılarak şeker metabolizmasının araştırılmasının zaruretine inanıyoruz. Bu suretle düzenlenecek uygun bir rejim ve tedavi semptomların kaybolması kadar hastanın sağlığının ve hayatının emniyete alınması bakımından da önem taşımaktadır.

GENEL TIPDA KULLANILAN İLÂÇLARIN PSİKİYATRİK KOMPLİKASYONLARI

Hipokrat «primum non nocere» (evvelâ zarar vermeyiniz) demekle tababetin en büyük prensiplerinden birini ortaya atmış oluyordu. Gerçekten, hekim nâdiren tedâvi eder, bazen rahatlatır amma daima teselli eder ve herhalde zarar vermemeye çalışır. Halbuki «yatrojenik» dediğimiz hekim eliyle meydana getirilen birçok hastalıklar yan etkilerini, komplikasyonlarını iyi bilmediğimiz ilâçları hattâ bazen gelişigüzel kulanmamızdan ileri gelmiyor mu?

Son zamanların iki moda ilâcı var: zayıflamak için kullanılan amfetamin birleşikleri ve gebeliğe karşı kulanılan doğum kontrol hapları. İkisi de eksperimental psikiyatrinin güzel örneklerini bol bol vermekte, psikiyatri polikliniklerini iç hastalıkları ve kadın-doğum uzmanlarının eliyle hastalandırılmış nörotik, hattâ psikotik hastalarla doldurmaktadır.

Bu toplamanın amacı genel tıpta kullanılan bazı meşhur ilâçların psikiyatrik komplikasyon ve yan tesirlerine dikkati çekmektir.

Amerika Birleşik Devletlerinde 1971 yılında yapılan bir istatistiğe göre hastahanelere yatırılan hastaların % 5'i ilâç reaksiyonları olup hastahanelerde yatarak tedâvi gören hastalar arasında % 18-30 oranında bir kısmı ilâçların yan tesirlerinden şikâyetçidir.

Bizzat ilâcın yan tesirleri dışında, alınan ilâcın daha evvel alınmakta olan başka ilâçlarla bir araya gelmesi suretiyle ortaya çıkan zararlı etkiler ve hastanın farmakojenetik predispozisyonuna bağlı reaksiyonlar sayılmak gerekir. Gene aynı istatistikte polifarmasi üzerinde durulmuş, hastaların % 25'inin iki ilâç, en az % 20'sinin ise üç veya daha fazla ilâç aldığı gösterilmiştir. Memleketimizde polifarmasi, inanılır bir istatistik bilgi olmamasına rağmen, bu rakkamın çok daha üstünde bir nisbet göstermektedir. Hastalar bir tek ilâç ihtiva eden reçetelere inanmaz hale gelmişlerdir. Özellikle parenteral uygulanan ilâçlar daha da revaç bulmaktadır.

Digitalis

1874 yılında «Gazette hebdomadaire de Medecine et de Chirurgie» de yayınladığı bir makalede **Duroziez** şöyle diyordu:

«Kanaatimizce digitale zannedildiğinden çok daha sıklıkla deliliğe sebep olmaktadır. Bu delilik bazen geceleri geçtiği, bazen de hastalığın kendisine atfedildiği için üzerinde pek durulmamaktadır.»

Digitalis ile tedâvi edilen her on hastadan ortalama beşinde toksik belirtiler ortaya çıkar. **Marriot** digitalis zehirlenmesine bağlı nöropsikiyatrik belirtileri şöyle sıralamaktadır:

Baş ağrısı, yorgunluk, somnolans, apati, depression, affekt ve şahsiyet değişiklikleri, hafıza kusurları, baş dönmesi, ataksi, konfüzyon, orientation bozukluğu, afazi, irritabilite, huzursuzluk, öfori, eksitasyon, ajitasyon, agressivite, hezeyan, hallüsinasyonlar, uykusuzluk, kâbus, nevraljiler, paresteziler, senkop, epileptiform nöbetler, stupor, koma.

Digitalis toksisitesinin en belirgin örnekleri görme bozuklukları-dır. Onları da şöylece sıralayabiliriz:

Görmenin bulanması, göz kararması, skotomlar, kıvılcımlanmalar, sarı, yeşil, kırmızı, beyaz renk görmeler, siklopleji, ambliyopi, diplopi, körlük. Bu görme kusurları da digitalis'in merkezî sinir sistemi üzerindeki toksik etkisine bağlanmaktadır.

Digitalis'in kalb ritmi üzerine, bazen ölümle sonlanan toksik tesirleri ise konumuzun dışında kalmaktadır.

Kortikosteroidler

Kortizon, stress'ler karşısında canlılığın korunabilmesi için gerekli bir steroid hormondur. **Hans Selye**'nin araştırmaları ile önemi ve terapötik kullanılışı bütün dünyanın dikkatini üzerinde toplayan kortizon vücutta gerektiğinden az veya çok bulunursa mizaç değişiklikleri, psişik belirtiler ve davranış kusurları ile ortaya çıkan birtakım psikiyatrik tablolar gelişebilmektedir.

Kortizon'un davranış üzerindeki tesirleri dört grupta toplanabilir:

1 — Mizaç, düşünce ve davranış bozuklukları;
2 — Emosyonel bozukluklar;
3 — Uyku değişiklikleri;
4 — İdrâk bozuklukları.

Sürrenal yetersizliği ve hiperfonksiyonunun birtakım ruhî bo-

zukluklar yaptığı çok eskiden beri bilinmekte idi. **Addison**'un tarif ettiği sürrenal yetmezliği tablosu «konsantrasyon güçlüğü, uyuklama, huzursuzluk, uykusuzluk, irritabilite» ile belirlenmekte idi. **Engel** ve **Margolin** 25 Addison vak'asını ruhî belirtiler bakımından incelemişler ve bunların 16'sının psikotik olduğunu göstermişlerdir. Bu 25 hastadan 6'sında ciddî depression tesbit edilmiştir. **Hartmann**'ın takdim ettiği böyle vak'alarda psişik belirtiler, eksik olan hormonun tamamlanması ile sür'atle düzelmektedir.

Sürrenal hiperfonksiyonu da ruhî bozukluklara yol açar. 1932'de **Harvey Cushing** bazofil adenoma vak'alarını yayınlarken bunlardaki psişik belirtilere de dikkati çekmişti. Gerçekten, ilk Cushing sendromu vak'alarından biri bir akıl hastahanesinde tesbit edilmişti. Ben de hayatımda gördüğüm tek Cushing sendromu vak'asına Bakırköy Akıl Hastahanesinde, asistanlık yıllarımda, rastladım. Kendisini bazen Atatürk'ün kızı, bazen de Başhekimin kızı ve Atatürk'ün nişanlısı zanneden bir paranoid vak'a idi.

Gerek endogen ve gerekse eksogen kortizon fazlalığı hallerinde konfüzyon, anksiete, uykusuzluk, hezeyan ve hallüsinasyonlar çok görülmektedir. **Glaser**, uzun süre kortikosteroid tedâvisi uygulanan hastaların % 36'sında psişik belirtiler tesbit etmiştir. Gerek depression halleri ve gerekse mani'ye kadar varan eksitasyonlar çok görülmektedir ki memleketimizde de, özellikle kortikosteroid tedâvisinin çok tatbik edildiği 1950 yıllarında bu kabil vak'alar sıklıkla yayınlanmakta idi. Endogen hiperkortisolism halerinde, meselâ Cushing sendromunda, daha çok depression, eksogen hiperkortisolism'de ise eksitasyon ve öfori daha çok görülür.

Hiperkortisolism hallerinde şizofreniform reaksiyonlar da yayınlanmıştır ki yukarda bahsettiğimiz vak'a bu kadroya giren bir paranoid şizofrenik psikoz idi. **Henderson** ve **Lipmann**, yüksek dozda kortikosteroid tedâvişi gören lösemili hastalarda huzursuzluk, derealizasyon, illüzyon ve hallüsinasyonlar görüldüğünü bildirmişlerdir.

Gerek eksitasyon ve gerekse depression tarzında ortaya çıkan kortikosteroid etkilerinde uyku azalmaktadır. İdrâk bozuklukları da çok dikkati çekicidir. **Kopell** ve arkadaşları görme stimulusuna karşı «ortalama uyandırılmış potansiyel» cevaplarında azalma kaydetmişlerdir. Bu, spesifik bir stimulus'a karşı selektif dikkatte azalma demektir. **Henkin** ve arkadaşları kortizonun nörotransmisyon üzerindeki etkilerini araştırmışlardır. Bu araştırıcılar birçok sinir yollarında eşik değerin düştüğünü ortaya koymuşlardır. Meselâ, ses, tad, koku ve dokunma duyularına ait yollarda eşik değer düşmekte ve yeterli dozda kortizon verildiği zaman tekrar normal hale

gelmektedir. Bu araştırmalar sensoriyel yollardan gelen informasyonların optimal integrasyonu ve idrâki için optimal dozda kortizona ihtiyaç olduğunu göstermiştir. Normal kontrol şahıslarda da gün içinde kortizon seviyesinin değişmesine bağlı sensoriyel eşik değer değişmeleri takibedilebilmiştir. Çevrenin yanlış idrâkî ve tefsiri ile birlikte dikkati teksif etmedeki güçlük ve hattâ imkânsızlık psişik değişikliklere yol açmaktadır.

Reserpin

Bir zamanlar psikiyatride oldukça geniş kullanım sahası bulan reserpin bu yerini bugün fenotiazin türevi nöroleptik ilâçlara terketmekle beraber, iç hastalıklarında hipertansiyona karşı hâlâ bol bol kullanılmaktadır.

Hipertansiyon vak'alarında reserpin tatbikatının ilk devrelerindenberi reserpin alan hastalarda bol bol depression halleri kaydedilmişti.

Biyojenik aminler hipotezine göre depression hali beyinde, spesifik sentral sinaplar seviyesinde nörotransmettörlerde fonksiyonel bir yetersizliğe bağlıdır. Buna karşılık mani bu nörotransmettörlerde bir fazlalığın belirtisidir. Bu hipotez bazı ilâçların hayvanlarda santral ve periferik adrenerjik sistemler üzerindeki etkilerinin araştırılması sonucu ortaya atılmıştır. Antidepressif tesirli ilâçlar (monoamin oksidaz inhibitörleri) beyin amin seviyesini yükseltmekte veya (trisiklik antidepressiflerde olduğu gibi) nöronal bağlantılarda açığa çıkan aminleri, presinaptik seviyede tekrar kullanılmasını (reuptake) önlemek suretiyle potansiyalize etmektedir. Buna karşılık reserpin beyin aminlerini azaltmakta ve böylece, uzun süre kullanıldığı zaman depressiona sebep olmaktadır.

L — Dopa

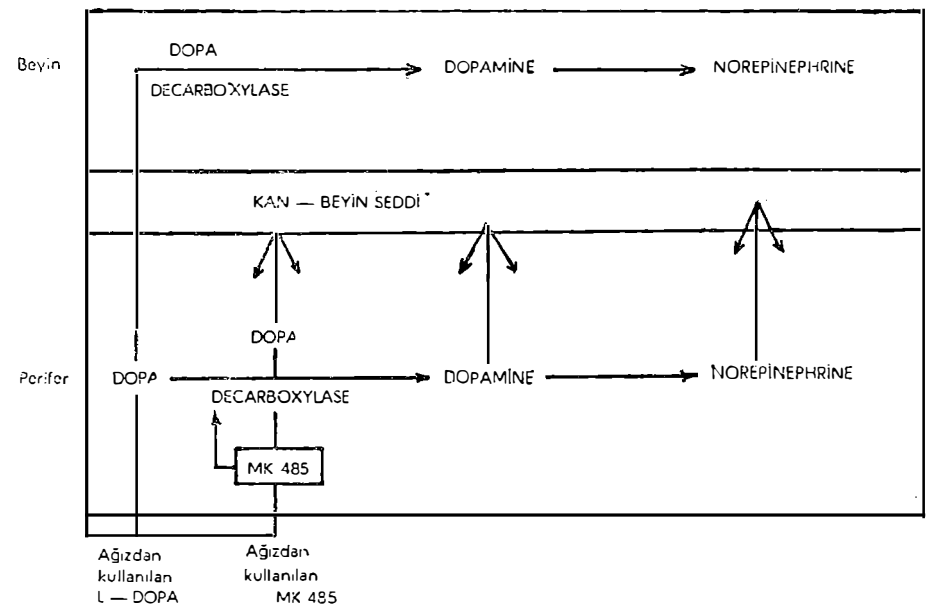
Parkinson hastalığında L-Dopa'nın başarı ile kullanılması, zamanımızın belli başlı tıbbî ilerlemelerinden biri olarak gösterilmektedir. Fakat, daha ilk tatbikat günlerinden başlayarak L-Dopa ile meydana gelen davranış kusurları kendini göstermiş, hattâ bir zamanlar L-Dopa'nın seksüel güç ve iştihayı arttırdığı ileri sürülünce bu ilâcın meraklıları bir hayli de artmıştı.

L-Dihydroxyphenylalanine (L-Dopa), dopamin ve norepinefrinin amino-asid prekürsörüdür. Serotonin ile birlikte bu katekolaminler beynin psikomotor, vegetatif ve emosyonel fonksiyonlarla ilgili bölgelerinde nörotransmettör olarak vazife görürler. Bu sebeple, L-Dopa kullanılmasının birtakım psişik gösterilere yol açması tabi'îdir.

L-Dopa'nın bu etkilerinin incelenmesi, diğer taraftan, beyin aminleri ve özellikle dopamine ile normal ve anormal ruhî faaliyetler arasındaki ilişkinin daha iyi bilinmesine yardım etmektedir.

Hayvanlarda yüksek dozda L-Dopa kullanımı uyanıklık hali, motor faaliyette artma ve agressivite gösterilerine sebep oluyor.

Parkinson hastalığında L-Dopa kullanılmasının sebebi ise bu hastalarda beynin belli bölgelerinde dopamine yetersizliğinin tesbit edilmesi vakıasına dayanmaktadır. Periferiden verilen dopamine kan-beyin seddini geçemediği için, parenteral yoldan verildiği zaman bu seddi geçerek dopamine ve norepinefrin'e dönüşebilen amino-asid prekürsörü, L-Dopa kullanılmaktadır. L-Dopa ile birlikte verilen alpha-methyl-dopa-hydrazine (MK 485) periferik decarboxylase inhibitörü olarak tesir etmekte ve L-Dopa'nın periferik dokularda kullanılmasını önlemektedir.



Katekolamin hipotezine göre depression, beyin nörotransmettörlerinde santral sinapslar seviyesinde bir fonksiyonel eksikliğe, yetersizliğe, mani ise, bu aminlerin fonksiyonel fazlalığına bağlı birer patolojik hal olarak kabul edilmektedir. L-Dopa, bu görüşten hareket edilerek depression hallerinde tedâvi ve araştırma ilâcı olarak verilmiştir. Reserpin'in depressan tesirine karşılık L-Dopa'nın antidepressif etkisini beklemek yerinde olur.

Goodwin'in etüd ettiği L-Dopa alan 908 Parkinson hastasında ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar şöylece sıralanabilir:

	Sayısı	% oranı
Confusion, delirium	40	4,4
Depression	38	4,2
Psikomotor aktivite, huzursuzluk, ajitasyon	33	3,6
Psikoz, hezeyan, paranoid âraz	33	3,6
Hipomani	14	1,5
Hiperseksüel davranışlar	8	0,9
Çeşitli diğer bozukluklar	14	1,5
T o p l a m	180	20,0

Burada bir husus dikkati çekiyor. Katekolamin hipotezine göre L-Dopa kullanımı sonunda eksitasyon ve öfori hali beklenirken 908 vak'alık bu seride küçümsenemiyecek ve hemen hemen eksitasyon halleri kadar aynı miktarda ve oranda depression da müşâhede edilmiştir. Bu sonuç ya araştırıcının depression kriterlerindeki değişiklikten gelmektedir veya aynı psişik halin bazı şahıslarda eksitasyon ve bazı şahıslarda ise depression tarzında kendini göstermesine, yani kişisel ifade tarzına bağlı olarak bu sonuç ortaya çıkmaktadır. Nitekim yukarıya aldığımız istatistikî değerlendirmede **Goodwin** «psychosis, delusions, paranoia» diye kaydetmiş olup onu «psikoz, hezeyan, paranoid âraz» tarzında tercüme ettim. Zira, paranoia sadece sistemli hezeyanlarla seyreden bir kronik psikoza verilen isimdir ki bu kabil vak'alar pek nâdirdir. Araştırıcının L-Dopa kullanılması sonunda ortaya çıkan bir çeşit toksik tabloya «paranoia» adını vermesi psikiyatrik değerlendirmesinin sıhhati hakkında kâfi bilgi verir. Bu bakımdan bol vak'aya dayanan bu istatistiğin toplam değeri, yani % 20 oranında psikiyatrik bozukluğa rastlanması hali bizim için önem taşımaktadır. 1720 vak'a üzerinde **Keenan** ve **Klawans**'ın araştırmaları da göstermiştir ki, L-Dopa kullanılması ile gastro-intestinal bozukluklar ve anormal hareketlerden sonra üçüncü sırada yer alan yan tesirler psişik bozukluklardır.

Amfetamin

Günümüzün moda ilâcı. Öğrencilerin ders çalışmak için, hanımların ise zayıflamak gayesiyle kullandıkları ve kendilerini psikiyatri kliniklerine kadar götüren amfetaminlerin alınması, bir taraftan tam bir toksikomani tarzında iptilâlara, diğer taraftan da paranoid-dissosiatif tipte kronik psikozlara yol açmaktadır.

Amfetaminin anoreksi yapan etkisi çok kuvvetlidir. Kullanılma-

ya başlandıktan sonra bazen birkaç gün içinde şiddetli zayıflamalar müşahede edilebilmektedir. Buna karşılık, hayvan tecrübelerinde çok yüksek dozlara çıkıldığı zaman anoreksinin kaybolup yerine büyük bir iştihanın geldiği fakat, kilo kaybının devam ettiği gösterilmiştir. Aynı hale amfetamin iptilâlarında da rastlanmakta ve amfetamin toksikomanında zaman zaman oburluk devreleri ortaya çıkmaktadır.

Amfetaminin diğer bir sâbit, değişmez etkisi uykusuzluktur. Toksikomanların tek bir kuvvetli dozdan sonra 48 ilâ 72 saat uyumadıkları kaydedilmiştir.

Gerek literatürdeki vak'alar ve gerekse bugüne kadar takibettiğimiz pek çok amfetamin toksikomanisi vak'ası kesin olarak göstermiştir ki amfetamin tam anlamıyla bir «habit forming drug» (alışkanlık, iptilâ yapıcı madde)'dir. Amfetamin kesildiği zaman şiddetli depression ve bitkinlik halleri ortaya çıkmakta ve bazen intiharlara bile rastlanmaktadır. Şahıs günlük uyanıklık halini ve aktivitesini ancak amfetaminle sürdürebilmekte, gittikçe tolerans teşekkül ederek doz arttırılmakta ve sonunda psikoz tablosu ortaya çıkmaktadır. Bu psikoz ise çoklukla alkol psikozlarında olduğu gibi paranoid tiptedir.

ÇOCUK PSİKOZU

(ÇOCUK ŞİZOFRENİSİ)

Şimdiye kadar çocuk şizofrenisinin kesin bir tarifi yapılamamıştır. Bununla beraber organik (biolojik), fonksiyonel (çevre) veya her ikisini ilgilendiren sebeplerle oluşan çocukluk dönemi psikozları; «erken infantil otizm» «interpersonal psikotik bozukluk» «çocukluk dönemi şizofrenisi» «psödomental eksiklik» veya «atipik gelişme bozukluğu» adı altında çeşitli araştırıcılar tarafından incelenmeye çalışılmıştır.

Erişkin şizofreni tablosunu hazırlayan ön arazların çocukluk yaşlarında iyi tanınması, çabuk teşhis edilmesi ve tedâvi edilmesi gerekmektedir. Çoğu zaman bu psikotik çocukları ilk görenler pratisyen hekimler ve çocuk hastalıkları uzmanlarıdırlar.

Çocuk şizofrenisi üzerinde ilk dikkati çeken **Leo Kanner**'dir. Bu araştırıcı çocuk dönemi psikozları başlığı altında «erken infantil otizm» adını verdiği klinik tabloyu tarif etmiştir.

Araştırıcı bu kilinik tablonun belirtilerini şöyle sıralar:

6 aylıktan 2 yaşına kadar çocuklarda farkedilebilecek ileri derecede durgunluk, ebeveyn'den ve diğer insanlardan çocuğun uzak durması, konuşma fonksiyonunda bozukluk, uzun süre aynı durumu devam ettirme hali, cansız eşyalara karşı ilgi artması, buna karşılık aile fertleri ile ve diğer kişilerle temas kaabiliyetinin ortadan kalkması.

Bu gruptaki çocuklar yaşlarına rağmen izole oldukları görülür. Bunlarla bağlantı kurmak hemen hemen imkânsızdır. Yalnız bırakıldıkları zaman daha mes'ut görünürler. Çocuklar çevresindeki kişilerin ve objelerin aynı kalmasını isterler, günlük programlarında ve çevre şartlarında büyük değişiklik onların şiddetli olarak reaksiyon vermesine ve aşırı anksiete durumuna düşmesine sebep olurlar. Belirtildiği gibi hiç konuşmazlar, yahut suallere bir iki kelime ile cevap verirler. Oysa iyi tetkik etme fırsatı bulundukları zaman, iyi bir hafızaları, zengin bir kelime bilgilerinin olduğu görülür.

Despert (1937) çocukluk şizofrenisi ile ilgili düşüncelerini şöyle bildirmiştir: Bu çocuklarda realite ile ilgili affektif kontakt noksan-

lığı, bu kontaktta gelişme noksanlığı dikkati çeker. Esasen realite ile affektif temasın kaybı esas bozukluktur. Bunun sonucu olarak otistik düşünce, dissosiasyon, regression gibi fenomenler ortaya çıkar. Motor davranışta, düşüncede konuşmada bozukluklar göze çarpar. Yeni sitüasyonlara, yeni sosyal şartlara çabuk uyamaz. Negativizm tablosu görülür. Uykusuzluk, devamlı mastürbasyon, hiddet nöbetleri müşahede edilir. Hiç bir sebep olmadan ağlamalar ve gülmeler sıktır.

Despert, çocuk şizofrenisini üç tablo içinde gözden geçirir:

Akut başlayan tablo: Klinik olarak yüksek ateşle seyreden bir çocuk infeksiyonu tablosunu andırır. Çocuk huzursuzdur. Konfüzyon içindedir. Devamlı hareket eder. Uykusuzluk vardır. Konuşmaz, sıkıntılıdır. Katatoni belirtileri de görülebilir.

Sinsi gelişen tablo: Psiko-motor gelişme normal görüldüğü halde; emosyonel ve entellektüel gelişme normal değildir. Anneye aşırı bağlı olabildikleri halde ana-babaya düşmanca davranabilirler. Fazla agressiftirler. Affeksiyon kusuru görülür. Konuşmada dissosiatif fenomenler vardır. Aynı hareketleri devamlı olarak yaparlar, aynı sözleri kullanırlar. Sıkıntı içindedirler. Hallüsinasyon ve hezeyanlar olabilir.

Akut bir başlangıçtan sonra klinik tablonun yavaş yavaş yerleşmesi: Burada ileri derecede anksiete, dikişsiz ve çok konuşma, aşırı heyecan durumu, daha sonra mütizm görülür.

Çocukluk şizofrenisine «simbiotik psikoz» adını takan **Margeret Mahler** hastalık belirtilerini üç plânda tarif eder:

İlk sıradaki belirtiler: Burada öfke ve şiddetli ajitasyon hâkimdir. Beklenmedik şekilde bir mutluluk duygusu, fakat bunun hemen arkasından şiddetli agressiv davranışlar görülür. Depersonalizasyon belirtileri vardır (hasta elinin, ayağının kime ait olduğunu sorar). Çocuk canlı ve cansız varlıkları birbirinden ayıramaz. Büyüklere çok kuvvetli, yapışır tarzda bağlılık vardır. Absürd düşünce ve davranışlar göze çarpar.

İkinci sıra belirtileri: Bu belirtiler savunma mekanizmalarından yararlanarak egonun bütünlüğünü koruma amacına yöneliktir: Düşüncede, idrâkte, fikirlerde başkalarından farklı olma hali, cisimleri canlandırma, başkalarını çok sadık bir şekilde taklid etme, çevre ile ilgiyi kesme, kendi kabuğuna çekilme (otizm) gibi... Gerçeklerle temasın kesildiğini işaret eden çok şiddetli öfke nöbetleri, egoya ait bazı fonksiyonlarda erken ve ileri derecede gelişme dikkati çeker.

Üçüncü sıra belirtiler: Affeksiyonda ambivalans, introjeksion ve projeksion mekanizmalarının birbirini takip etmesi.

Loretta Bender, 11 yaşından evvel ortaya çıkan, organik bir zeminde oturan personalite değişikliklerinden söz eder. Üç klinik tip tarif etmiştir:

Zekâ geriliğine benzer tip: Otistik çocuk; **Mahler**'in tarif ettiği bütün belirtilerle birlikte, adale tonüsünde azalma vardır.

Psikonevroza benzer tip: Sıkıntı, korku reaksiyonları, obsessiv düşünceler, hipokondriler, düşünmede, konuşmada ve affeksiyonda bozukluk görülür.

Psikopatiye benzer tip: Kendi akranları ile geçinemeyen, otoriteyi temsil eden kişilere karşı kuvvetli menfiyet gösteren, yangın çıkarma, hırsızlık gibi anti sosyal davranışlarda bulunan çocukları araştırıcı bu tipe sokar.

Spitz hayatın ilk yılında sevgi objesinden ya tamamen veyahut uzun bir süre ayrılma sonucu ortaya çıkan atipik bir depression tablosunu çocuk şizofreni tablosu içine sokar. Bu klinik tablonun belirtileri; affeksiyonda elem yönünde ileri derecede artma, çevreden kaçıp kendi kabuğuna çekilme, konuşmada ve hareketlerde ileri derecede azalma, stupor, somatik gelişmenin gerilemesi, iştah ve kilo kaybı, uykusuzluktur.

Etyoloji :

Herediter, organik (biolojik), fonksiyonel (çevre) faktörler üzerinde durulmaktadır.

Heredite üzerinde ilk defa **Morez** durmuştur. Daha sonra **Bover, Bellak** ve **Hosking** bu konuya eğilmiştir. **Koliman**, ikizler üzerinde yaptığı çalışmalarla ikizlerin monozigot ve heterozigot oluşuna göre hastalığa yakalanma oranının çok değiştiği ve bu nisbetin monozigotlarda % 86, heterozigotlarda ise % 3,3 ile % 14 arasında olduğunu ileri sürmüştür.

Çeşitli araştırıcıların üzerinde durduğu kalıtım incelemelerinin tümünü şöyle özetleyebiliriz: Şizofreninin spesifik tabiatinden irsiyet faktörünün sorumlu olduğu, şizofrenik oluşumun hatalı gen veya genlerin bir fonksiyonu olduğu, veyahut herediter faktörlerin bu hastalığın görülmesinde gerekli, fakat yeterli olmadıkları, hastalığın herediter bir eğilim gösteren kişilerde geliştiği, böyle çocuklar psikoza girerse bu psikozun genellikle şizofrenik cinsten olduğu ileri sürülmüştür.

Lorette Bender çocuk şizofrenisini organik bir temele oturtmak isteyen araştırıcıların başında gelir. Ona göre şizofrenilerde embriolojik hayattan beri bütün seviyelerde sinsi bir immatürasyon söz konusudur. Merkezi sinir sisteminin integrasyon seviyelerinde pato-

lojik değişiklikler olduğunu kabul etmektedir. Araştırıcı şizofrenik çocuklarda behavior'un olgunlaşmasının geri kaldığını belirtir.

Mednick ve Schulsinger (1968) yaptıkları araştırmalarla, genetik olarak predispoze kişilerde gebelik ve doğum komplikasyonlarının otonomik cevap mekanizmasını bozduğunu hafif bir beyin hasarına yol açıldığını, çocuğun stress dolu çevre ile karşılaşması ile organik yıkımın daha da hızlandığını, bunun sonunda şizofreni diye isimlendirilen ve başlıca düşünce procesinde bozuklukla karakterize klinik tablonun oluştuğunu ileri sürerler.

Çeşitli araştırıcılar (**Bender, Faretra,** 1962; **Gittleman** ve **Birch,** 1966; **Pollack, Woerner,** 1966) gebelik ve doğum komplikasyonlarının çocukluk dönemi şizofrenilerinde kontrollere nazaran anlamlı olarak yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Bazı araştırıcılar ise çocukluk dönemi şizofreni tablosu gösterenlerde «**minimal beyin disfonksiyonu**» adını verdikleri spesifik bir klinik tabloyu tarif etmişlerdir. Klinik tablo aynı yaş ve gelişme dönemindeki çocuklarla karşılaştırıldıkları zaman belirlenen orratik, emosyonel açıdan aşırı aktivite, hiperkinetik durumla birlikte öğrenme güçlüğü, verilenlerin reddi ve negativizm ile belirlidir. Bu psikiyatrik belirtilerle birlikte çok hafif nörolojik bulgular vardır. Bu klinik tablonun gebelik ve doğum komplikasyonları ile ilgili olduğunu ileri süren araştırıcılar olduğu gibi bu ilgiyi gösteremeyen araştırıcılar da vardır.

Epilepsi ve çocukluk dönemi psikozları arasındaki bağlantı, İngiltere'de (**Graham** ve **Rutter,** 1968) 11865 çocuğun dikkatli uzun müşahedesi sonucu anlam bulmuştur. Epileptik çocukların 1/3 den daha fazlasında psikoz derecesine varabilen psikiyatrik bozukluklar görülmüştür. Bu durum genel popülasyondan beş misli daha fazla idi.

Slater, Beard ve **Glithere** (1963) **paranoid psikoz belirtisi gösterenlerin** büyük bir kısmında ve bütün hastaların 3/4 ünde **temporal lobda fokus** tesbit etmişlerdir. Araştırıcılar çocuklardaki şizofrenik bozuklukların bazı formlarının temporal lob epilepsisinin bir devamı gibi göründüğünü bildirmişlerdir. Bunun için de çocukluk dönemi psikozu gösteren her vak'ada iyi bir fizik ve nörolojik muayenenin yapılması gerektiğini, ayrıca aktivasyonlu veya aktivasyonsuz EEG tetkikinin de icabettiğini savunurlar. Şiddetli olarak davranış ve düşünce bozukluğu gösteren çocuklarda araştırıcılar anlamlı olarak yüksek EEG anomalileri bulmuşlardır.

Çevre faktörlerine gelince; psikotik çocukların ebeveyninde görülen anomalilerin çokluğuna işaret eden bir çok araştırıcı vardır:

E. Bleuler; ana baba faktörü üzerine istinad ederek «Gizli Şizofreni» nazariyesini kurmaktadır. «Hastalarımızın ebeveyni araştırıldığı zaman, bunlarda ekseriya, hastalarda görülen acaipliklerin benzeri olan belirtilere rastlanır. Hastada görülen belirtiler ailenin diğer üyelerinde görülenlerden sadece şiddet açısından bir farklılık gösterir.»

Y. O. Alanen, son zamanlarda 100 şizofrenin anne - çocuk münâsebetleri ve annenin şahsiyeti hakkında bir rapor neşretmiştir. Bu şizofren çocukların anneleri umumiyetle soğuk ve affektivite bakımından pek zayıf bulunmuşlardır. Bazılarında ise açık bir şekilde anksiyete ve obsesyon tesbit edilmiştir. Fakat araştırıcının özellikle dikkatini çeken nokta, annelerin davranışlarındaki tahakküm ve tecavüzkâr durum idi. Bizzat çocukluktan beri bir sürü talihsizliklere uğramış, bunun neticesi ergin yaşa kadar uzayıp gelen ve evlilik düzenini bozan, hayata karşı bir küskünlük yaratan olaylar tesbit etmiştir. Çocuk da bunun tesirinden kurtulamaz. Araştırıcı şu sözleri eklemiştir: «Şefkati rakkamla ölçmek mümkün değildir, fakat muhakkak ki şizofren çocuklar şefkatten mahrumdurlar».

J. Rosen, «Sapık anne» adlı eserinde, şizofren çocuğun ilk yaşlarda maruz kaldığı früstrasyonların, annelik dürtüsü bozuk olan bir anne tarafından yaratıldığını düşünmektedir.

F. Fromm - Reichemann, «Şizofrenojenik anne» (Schizophrenogenic mother) tabirini ortaya atmıştır. Yazara göre şizofren, başkalarına karşı duyduğu bir çekinme ve kin hissinden muzdariptir. Bunun sebebi, çocukluğu esnasında kendince mühim insanlardan ve bilhassa şizofrenojenik annesinden kötü tesirlere maruz kalmış ve onun tarafından reddedilmiş olmasıdır.

L. Eisenberg, «Otizm» gösteren çocukların babalarının davranışlarını tetkik etmiş ve bunların şahsiyet yapısında ciddî bozukluklar gözlemiştir. Bu yüzden gerekli babalık tesiri olmamakta ve aile dengesi yıkılmaktadır.

Çevre faktörleri adı altında toplanan bu ana-baba özelliklerinden başka ana-baba uyuşmazlığı, aile parçalanması, ana veya baba kaybı, ailenin sosyo-ekonomik durumunun çocukluk dönemi şizofrenilerinin oluşumuna direkt olarak tesirli olduğunu iddia edemeyiz; fakat böyle bir aile ortamı içindeki psikotik çocuğu tedâviye çalışmanın ne kadar güç olduğuna veya klinikte tedâvi görmüş bir çocuğu böyle bir bozuk ortam içinde bırakmanın, hastalığın nüksetme ihtimalini kuvvetlendirdiğine inanıyoruz.

Tedâvi :

En uygun olanı hem kemoterapi ve hem de uygun psikoterapidir. Psikoterapinin, ferdî ve grup psikoterapisi şeklinde gerek hasta çocuğa ve gerekse anne ve babaya tatbiki gerektiğine inanıyoruz. Ayrıca psikoterapinin de destekleyici karakterde olması gerekmektedir.

VAK'ALAR :

1977 yılı içinde Cerrahpaşa Psikiyatri Kliniğine yatırılarak veya ayaktan 11 vak'a çocuk şizofrenisi olarak değerlendirilmiş tetkik, tedâvi ve takip edilmiştir.

Vak'aların değerlendirilmesi, uzun ve devamlı hasta müşahedelerine, aile anamnezine, psikometrik testlere göre yapılmıştır.

Her vak'ada dahilî ve ince bir nörolojik muayene ve çeşitli lâboratuvar tetkikleri ile EEG tetkiki yapılmıştır.

Bize ilk müracaatlarında vak'alarımızın ortalama yaş grubu 12 (10 - 15)'dir.

Fakat aile anamnezinden faydalanarak 5 vak'amızda klinik tablonun 6 ay içinde, 2 vak'amızda hastalığın 2 sene içinde, 2 vak'amızda 3 sene evvel başladığı; bir vak'amızda hastalığın 4 sene evveline, son bir vak'amızda da 6 sene evveline dayandığı öğrenilmiştir.

Vak'alarımızın çoğunda başlangıç belirtileri neşesizlik, sıkıntı, uykusuzluk, sosyal çevreden kopma, ana-babaya ve kardeşlere karşı gelme, derslerini ihmal etme gibi daha ziyade psiko-nevroz tablosunu andırır bir klinik tablo gibi görülmüştür.

Daha sonra tam psikoz tablosu yerleşince, başta affeksiyon ve düşünce olarak bozukluklar ortaya çıkmıştır.

4 tanesi daha evvel başka bir psikiyatri kliniğinde tetkik ve tedâvi görmüş, istenilen epikrizlerden bunların üçünün çocuk psikozu teşhisi ile tedâvi edildiği, birinin ise nevroz teşhisi konarak takip ve tedâvi edildiği öğrenilmiştir.

Psikometrik tetkiklerinde; 1 vak'ada depressif âraz, 2 vak'ada kuvvetli nevrotik tipte reaksiyon, 3 tanesinde şizoid âraz bulunmuş, geri kalan 5 vak'ada ise şahsiyet testlerinde şizofrenik âraz görülmüştür.

Ayrıca psikometrik testlerde, iki vak'ada zekâ debil seviyede, diğerlerinde I.Q. normal bulunmuştur.

EEG açısından vak'aların değerlendirilmesi şöyle idi: 3 vak'ada iki taraflı temporal fokus, 1 vak'ada yaygın aksama, 2 vak'ada normal hududlar içinde, 5 vak'ada ise EEG normal bulunmuştur.

Vak'aların ince nörolojik muayenesinde patolojik objektif bulguya ve göz dipleri değişikliğine rastlanmamıştır.

Dahili ve lâboratuvar tetkiklerinde de patolojik bir bulgu elde edilmemiştir.

Hüdâ şâhid ki bir haksız verilmiş hükme kurbânız
Açıl ey bâb-ı mehterhâne, biz de mihmânız

EŞREF

ADLÎ PSİKİYATRİ

PSİKİYATRİ AÇISINDAN CEZA EHLİYETİ

Adalet kadar eski bir suali sorarak konuya girmek isteriz: «Bir suçluyu serbest bırakmamak için yüz masumu fedâ mı etmeli, yoksa bir masumun haksızlığa uğramaması için yüz suçlunun ceza görmemesine mi razı olmalı?»

Adalet, toplumun içinde herkese lâyık olduğu hakkını vermek, haksızı cezalandırmak demek olduğuna göre, yaptığından habersiz olan kimseye, bir fiili, hezeyanlarının tesiri altında işleyen, kanun deyimiyle «şuuru veya harekâtın serbestîsi ortadan kalkmış olan bir şahsa» ceza verilmemesi de adalet prensibine uygundur. Esasen ceza, faydalı olduğu ve adalete uygun bulunduğu halde ve nisbette verilmelidir. Akıl hastalarının cezalandırılması ise adalete uygun olmadığı gibi faidesizdir de.

Bu hali herhangi başka bir hastalıkla mukayese edebiliriz. Meselâ, bir tifolu, elinde olmadan, hastalığının başka bir şahsa bulaşmasına sebep olur ve bu ikinci şahıs tifodan ölürse, ona hastalığı bulaştıran şahsın bu ölümden sorumluluk dercesinde bir akıl hastası da işlediği cinayetten sorumludur. Ancak, nasıl tifolu hastalığının bulaşmasını önlemek için tedâvi olmaya mecbursa ve bir mecburî karantina, tecrid tatbik edilirse, akıl hastasının da zararlarını önleyici ve tedâvisini zorlayıcı kanun hükümlerinin bulunması gereklidir.

Bu kısa girişimizden de anlaşılacağı gibi, işlenen bir suç karşısında «ceza ehliyeti» meselesi ortaya çıkmaktadır ki, tartışmamızın konusunu da bu teşkil edecektir.

Türk Ceza Kanununun birinci maddesi «Kanunun sarih olarak suç saymadığı bir fiil için kimseye ceza verilemez. Kanunda yazılı cezalardan başka bir ceza ile de kimse cezalandırılamaz» hükmünü getirmektedir. O halde, ceza ehliyeti konusuna girmeden önce genel olarak «suç» ve «ceza» kavramlarını gözden geçirmemiz gerekmektedir.

Zekâ testlerini bulan Binet'ye zekâ'nın ne olduğunu soruyorlar;

«benim testlerimin ölçtüğü şey» diye cevap veriyor. «Testlerinin neyi ölçtüğü» sorusunun karşılığı da «zekâyı ölçtüğü» dür. Burada, «suç» kavramının tarifinde de aynı güçlükle karşılaşmaktayız: Ceza Kanununda suç sayılmayan bir fiilden dolayı kimseye ceza verilemez. Yine aynı kanundan anladığımıza göre suç, kanunun cezalandırdığı fiildir. Bunun dışında, Ceza Kanunumuzda bir suç tarifine rastlamamaktayız. O halde, suçun mevcudiyeti için gerekli şartları araştırmamız icabetmektedir. Suçun mevcudiyeti için üç ana unsurun bulunması şarttır:

1 — **Suçun maddî unsuru:** Kanunun tarif ve tavsif ettiği bir hareketin, bir akt'ın mevcudiyeti, bir fiilin bulunması şarttır. Bu fiil icraî veya ihmalî olabilir. Fiili işlemeden evvel failde bir suç işleme fikri belirir. Fikir karar haline gelince kasit teşekkül eder. Kasdın gerçekleşmesi için gerekli hazırlıklar yapılır ve icraya geçilince de suçun maddî unsuru tamamlanmış olur.

Kasıt, tasarlanan suçu gerçekleştirmeye matuf iradedir. Suçu teşkil eden icra hareketlerinin tamamlanmış olup da neticenin meydana gelmemesi halinde fiil teşebbüs dercesinde kalmıştır. Fiilin eser bırakıp bırakmaması ise neticeyi değiştirmez, yani, hâdisenin «suç olma vasfına» tesir etmez. Meselâ, söğme, bir maddî eser bırakmadığı halde, suç fiili söğmekle tamamlanmış olur.

2 — **Suçun kanunî unsuru:** Bu akt'ın, bu fiilin kanuna aykırı bir fiil olması mecburiyetidir. Bir fiil işlenmeden önce kanunda gösterilmiş ve müeyyidesi belirtilmiş ise suçtur. Kanunsuz suç olmaz.

3 — **Suçun manevî unsurunun mevcudiyeti:** Yani kusurluluğun bulunması. Kusurluluk kasit veya taksir şeklinde olabilir ve fail kusuru bulunduğu takdirde mes'ul tutulur. Bir insan, ancak irade sahibi sıfatiyle suç faili olabileceğine göre, kusur, iradenin kanuna aykırı olarak yönelmesidir.

Suç karşılığında tayin edilecek «**ceza**» ise, suç olarak tavsif edilen, toplum düzenini ihlâl edici fiillerin önlenmesi ve ihlâl edilmiş ise bastırılması için uygulanan müeyyide'dir. Bir elem ve ıstırap mahiyetinde olan cezanın gayesi korkutma —önleme, korkutma— uslandırma ve tasfiye'dir.

Yukarıdaki izahatımızdan da anlaşılacağı üzere, «neyin suç olduğu» ve «suçun mevcut olup olmadığı» değil, bizi ilgilendiren «failin cezalandırılması» keyfiyetidir. Diğer bir deyimle, ruh hekimi olarak bizler «suç» ile değil, «suçlu» ile meşgul oluruz. Onun TCK'nun deyimiyle, suç işlediği sırada, şuurunun ve harekât serbestisinin

mevcut olup olmadığını ve cezadan beklenen gayelerin hasıl olup olamıyacağını tayin ederiz. Bunun içindir ki, bir ruh hekimi adlî ekspertiz yaparken suçun ağırlığı veya hafifliği, kendi düşünce ve temayüllerine, telâkkilerine aykırı olup olmadığı, hattâ bizzat kendi yakınlarına veya kendisine karşı işlenip işlenmediği ile dahi meşgul olmamalı, suç karşısında tam bir tarafsızlık içinde suçlunun o andaki halini tesbite çalışmalıdır.

Bu mesleğe yeni başladığım günlerde bizlerden kıdemli bir asistan ağabeyimizin bir akıl hastasının parmağını iğne ile delerek kan almasını seyrediyordum. Hasta birdenbire o arkadaşın gözüne şiddetli bir yumruk vurdu. O anda arkadaşımızın gözü morardı ve şişti. En tabi'î insan davranışı bu tecavüzü defetmek için hiç değilse karşısındakini itmek iken bu arkadaşımız büyük bir soğukkanlılıkla mendilini çıkarıp şişen gözüne bastırdı ve sükûnetini hiç kaybetmeden ve karşısındakinin canını acıtmamaya azamî dikkati sarfederek parmağını delip kanı aldı. Bizlere döndü, «işte böyle arkadaşlarım, karşımdaki bir akıl hastasıdır, bana herhangi bir düşmanlığı ve bir kasti yoktur, hastalığı dolayısiyle yaptığı şeyden ötürü ne ona kızmak ne de mukabele etmek gerekir» dedi. Hayatım boyunca unutamadığım bu tablo, akıl hastaları karşısındaki davranışlarıma daima rehber olmuştur.

Suçlular genel olarak üç gruba ayrılmak suretiyle mütalea edilirler:

1 — **Arızî olarak suç işleyenler:** Çevrenin ve bir başka kişinin telkin ve tesiri ile suç işleyenlerden, ânî bir hiddet, elem, kıskançlık, v.s. gibi duyguların tesiri altında suç işleyenlere kadar bu gruba girmektedir. Elebaşıların sürüklediği «debil» dediğimiz hafifçe geri zekâlı ve kabili telkin kimseler, muvazenesizler, impulsif dediğimiz fevrî şahıslar, intikamcılar, kıskançlar da bu sınıfta mütalea edilmektedirler.

2 — **Cürmü itiyad edinmiş olanlar:** Sosyal âmillerin irsî ve marazî âmillerle birleşmesi neticesinde suç işleyen şahıslardır. Gittikçe ağırlaşan cürümler irtikâb ederler. **Dupré**'nin «percers instinktif» dediği, «içgüdü sapıklığı» gösteren duygusuz, hiddetli, intibaksız, sindirilmesi ve ıslahı kabil olmayan tehlikeli fertler de bu gruba girmektedir. Alkolikler, uyuşturucu madde müptelâları da bu meyanda mütalea edilirler.

3 — **Cürüm işleyen akıl hastaları (aliénés criminels - mücrim deliler):** Bu gruba, şuur ve harekât serbestisini ortadan kaldıracak

derecede bir akıl hastalığına musab ve bu akıl hastalığının bir arazı olarak, hezeyanlarının, mantık bozukluğunun emredici tesiri altında suç işleyen kişiler girmektedir. Bunlar için ceza değil, bir akıl hastalıkları müessesesinde tedâvi ve ıslah söz konusudur.

T.C.K.'nun 46. maddesi aynen, «fiil işlendiği zaman şuurunun veya harekâtının serbestîsini tamamen kaldıracak surette akıl hastalığına düçar olan kimseye ceza verilemez» hükmünü getirmektedir. Kanunun bu hükmü karşısında «şuur ve harekât serbestîsi» mefhumlarını münâkaşa edersek ceza ehliyeti meselesi de açığa çıkmış olacaktır.

Şuur'un üç safhası veya elemanı mevcuttur:

1 — Şuur için ilk şart **«uyanıklık hali»** dir. Bir şahsın şuurlu olabilmesi için uyanık ve dikkatli olması gerekir.

2 — Çevreden gelen haberleri, intiba ve mesajları almakla ilgili bulunan sinir sisteminin ve duyu organlarının sağlam olarak çalışması lâzımdır. Yani, bir fiille ilgili duyu organının ve ona bağlı sinir sistemi kısımlarının sağlam olması halinde o fiile karşı şuurluluk mevcut sayılır. Gözleri olmayan, kör bir kimsenin görme ile alâkalı bir hâdiseye karşı **«şuurlu»** olması bahis mevzuu değildir.

3 — Uyanık ve dikkatli bir şahsın idrâk ettiği intibaların kalitelerinin ayırd edilmesi, tanınması, bilinmesi ve bu vetîreden bütünüyle haberdar olmak gereklidir. Şuur, bu noktada yüksek ruhî kapasiteleri, zekâ ve hafızayı, muhakemeyi de içine almaktadır.

Psikoloji ve psikiyatri bakımından böylece tarif edilen şuur mefhumu, hukukta, şuurun yukarda bahsettiğimiz üçüncü eleman veya safhasına daha ehemmiyet verilmesi ile, biraz daha genişlik kazanmaktadır. Hukukta şuur, sadece **«ne yaptığını bilmek»** değil, **«yaptığının ne olduğunu da bilmek»** halidir. Meselâ, pek çok şizofren dediğimiz akıl hastası cinayet işlerken ne yaptığını bilir, hattâ sonradan teferruatiyle de anlatabilir. Fakat, buna rağmen mes'ul tutulamaz, zira yapılan hareketi, suç olma unsuru bakımından, değerlendirememekte, bu fiilin ne olduğunu bilememektedir. Burada **«ahlâkî şuur»** (conscience morale)'dan söz etmek ve bunu da tarifimize eklemek mecburiyetindeyiz.

> Akıl hastahanesinde aşçıya yardım eden bir şizofren hasta, aşçı ile birlikte sebze doğramaktadır. Bir ara elindeki sivri bıçağı, karşısında oturan ve kendisi gibi sebze doğramakla meşgul şişman aşçının göbeğine de sokar ve aşçı kanlar içinde yere düşüp ölürken o gene ve büyük bir lâkaydi içinde, sebze doğramaya devam eder. Sorulduğunda verdiği cevap «bilmem... ölmüş galiba...»

Ceza ehliyeti bakımından birinci derecede «şuurun bulanması» (confusion) halini ele almalıyız. Sar'ada ve başka birçok akıl hastalıklarında şuur bulanıklığı olabilir. Psikiyatride «confusion hali» dediğimiz bu durumda şahıs çevresi ve hattâ kendisi hakkında bilgisini kaybeder. Yani, kendi şahsı, çevresi, zaman ve mekânı hakkındaki bilgilerinin mühim bir kısmını kaybetmiş kişiye «confusion halinde» deriz. Böyle bir kimse hareketleri üzerindeki her türlü şuurlu kontrolünü kaybettiğinden dolayı işlediği suçtan mes'ul tutulamaz. Zira, değil yapılanın ne olduğunu, ne yaptığını dahi bilmemektedir. Bir sar'a konfüzyonu içinde bulunan kimse o sırada en yakınlarını ve gayet hunharca öldürebilir ve konfüzyondan açıldıktan sonra kat'iyyen bu yaptığını hatırlamaz. İki defa intihara teşebbüs edip kurtarılan ve intihar teşebbüslerini asla hatırlamayan böyle bir hastamız vardır. Birtakım toksik maddeler, zehirlenmeler ve alkol de buna benzer konfüzyon hali yapabilir. Ancak, T.C.K.'nun 48'inci maddesi «ihtiyarî sarhoşlukla veya ihtiyarı ile kullanılan uyuşturucu madde tesiriyle işlenen suçlar bu madde hükmünden hariçtir» demekle, bu suretle açılması mümkün çok tehlikeli bir kapıyı kapatmıştır.

İhtiyarı ile alınmayan uyuşturucu madde veya alkolün tesiri altında suç işlenmişse o zaman bu maddelerin tevlid ettiği confusion hali elbette ki ceza ehliyetine müessir olacaktır.

> Damarına zorla morfin şırınga edilip onun uyuşukluğu içerisinde gece hırsızlığına, tamamen kendi ihtiyarı dışında iştirâk ettirilen ve sonra da suç mahallinde bırakılarak ihbar edilip yakalattırılan bir yüksek öğrenim öğrencisi, yaptığımız ekspertiz sonunda, T.C.K.'nun 48. maddesine göre bu suçtan dolayı mes'uliyetsizliği anlaşılarak cezadan kurtulmuştur.

T.C.K.'nun 48. maddesi, «Suçu işlediği sırada arızî bir sebepten dolayı 46 ve 47'nci maddelerde münderiç aklî malûliyet halinde bulunan kimseler hakkında o maddelerdeki ahkâm tatbik olunur» demektedir. Buna, geçici sebeplerden olma bütün şuur bulanıklıkları girer. Meselâ tifo ve emsali ateşli hastalıklar, zehirlenmeler, kendi ihtiyarı ile olmaksızın alkol ve uyuşturucu madde alanlar, kafaya isabet eden bazı darbeler, sar'a nöbetleri bu cümleden mütalea edilmektedir.

İkinci olarak **duyu organlarının ve onlarla ilgili sinir sistemi kısımlarının sağlam çalışması** halinden söz etmemiz gerekiyor. Kör

bir insanın, karşısında birisi olduğunu görmeden ve bilmeden attığı bir taşın isabetiyle bu şahıs ölürse, bu kör, görme yoluyle gelecek intibalara karşı «şuursuz» addedileceğinden mes'ul tutulmamak gerekir. Ancak, belki seslenerek tahkik imkânı düşünülür ve bir ihmal söz konusu olabilir. Ayrıca, birçok akıl hastalığında şahıs, çevreden hiçbir intiba gelmeden tıpkı o intiba varmışcasına bazı idrâklerde bulunmakta veya mevcut eşya ve hâdiseleri olduğundan başka türlü idrâk edebilmektedir. Bu da bir çeşit şuur bozukluğudur. Kulaklarına gaipten sesler gelen bir kimse bu sesin gerçekten var olduğuna inanır ve onun emredici tesiri altında bulunur. Bir şahsın kulağına mütemadiyen küfürler gelse, bu küfürlerin belli bir kişi tarafından yollandığı ve o şahsın kendisini rezil etmek veya ortadan kaldırmak azmiyle bunu yaptığı şeklinde bir hezeyanı bulunsa, o kişiyi öldürmesini telkin ve emreden birtakım sesler duysa, artık o hasta şahıs bu seslerin emir ve telkini altındadır. Başka türlü hareket edemez. Kanun deyimiyle, şuur ve harekât serbestîsini kaybetmiştir ve ses ne derse onu yapar. Hattâ yaptığı hareketi, fiili kendisine maletmiyen, «kolum yapmış, elim yapmış» tarzında tamamen şahsiyetin parçalanmasını ortaya koyan ifadeler veren hastalar vardır. Artık suçlu, o hastanın kendisi değil, kulağına gelen sesler, hezeyanlı fikirler ve hattâ, kendi şahsiyetinden ayrı mütalea edilebilecek kolu ve elidir. Böyle bir şahsa elbette ki ceza verilmez ve verilecek cezadan bir faide umulamaz. İdrâk yanılması, idrâk galatı tarzında, karşısındakinin elinde bulunan bir kalemi zehirli bir hançer veya tehlikeli bir yılan zanneden şahıs da kendisini savunma gayesiyle suç işleyebilir ve bu cinayetinden veya suçundan sorumlu olamaz.

Nihayet, şuurun seviyesi, **ahlâkî şuur** (conscience morale) bahis mevzuudur. Şahsın hareketini bilmesi ve bunun suç olduğunu idrâk etmesi gerekir. Birçok zekâ geriliklerinden tutun, akıl hastalıklarının hemen hepsi conscience morale'i bozar.

> Birgün bir çobana patronu ufak kızını emanet eder ve onu da koyunlarla beraber götürüp gezdirmesini ister. Dağda otururken birden çobanın aklına eskiden beri düşündüğü bir mesele gelir. Birgün elbette ölecek ve işlediği bunca günah sebebiyle cehenneme gidecektir. O halde, öyle bir sevap işlemelidir ki günahlarının hepsi affolunsun. İşte, şu karşısında kendi kendine oynayan, koşan masum kızcağız henüz günah işlememiş bir yavrudur. İlerde büyüyüp o da günahkâr olacaktır. Onun büyümesine, dolayısiyle günah işlemesine mâni olur ve onu mukadder ce-

hennem azabından kurtarırsa o çocuk da kendisine ahirette bu iyiliğinden dolayı şehadet ve şefaat eder ve bu büyük sevabından dolayı onun günahları affedilerek cehennemde yanmaktan kurtulur. Bu muhakeme ile çocuğu yatırıp kesen çobanın aslında ona iyilik etmekten başka bir kastı yoktu. Yaptığının suç olduğunu idrâk edemiyecek derecede geri zekâlı olan bu çobanda ahlâkî şuur (conscience morale) hiç teşekkül etmemiş bulunuyordu.

Bursalı, ciğerci Yusuf diye tanınan bir geri zekâlı, bir kıza âşık olur. Kızı ister, vermezler. Birgün kızın veremden öldüğünü duyar, cenazesini takibeder, gömüldüğü yeri görür. Gece mezarı açarak kızın cesedini çıkarır, ona tecavüz eder, sonra göğsünü ve karnını deşrek ciğerlerini çıkarır, bir kısmını çiğ çiğ yer, bir kısmını da evine getirerek kızartır, kebap eder. Bu işten çok hoşlandığı için aynı muameleyi birçok genç kız cesedine tatbik ettikten sonra yakalanan Yusuf, bir geri zekâlı zavallıdan başka bir şey değildi. Senelerce Akıl Hastahanesinde ömür sürdü ve hattâ bizlere asistanlık yıllarımızda getir - götür işlerinde çok yardım da etti.

İki hüküm arasında ayniyet kurabilmek için onların süjelerinin aynı olması gerekir. Bu, mantığın ana kaidesidir ve böyle hükümlere **«mantıkî (logique) hükümler»** denir. Süjelerin ve onlara yüklenen fiil ve vasıfların, yani «attribut» lerin hiçbirinin ayniyet göstermemesi halinde iki kaziye, iki öneri arasında ayniyet kurulursa bu hüküm **«saçma»** ve **«mantıksız» (absurde, illogique)**'dir. Bunların arasında bir hal vardır ki birçok akıl hastalığında arazlara bu çeşit bir düşünce kusuru sebep olur. Şöyle ki, süjeleri benzemiyen, ancak o süjelerle ilgili ve onlara yüklenen fiil veya vasıflardan sadece birinin benzediği iki öneri arasında bu tek benzerlikten hareket edilerek ayniyet kurulması haline **«sapık mantıklı (paralogique) hüküm»** denir.

«Kuş uçar»
«Uçak uçar»
«O halde kuş uçaktır»

tarzında bir hüküm ve netice paralojiktir. Zira, iki öneri arasında süje bakımından hiçbir benzerlik olmamasına rağmen sadece «uç-

mak» fiilinden hareketle bir ayniyet kurulmuş ve hükme varılmıştır.

> Kendisini hem Meryem Ana, hem mum ve hem de bizzat kendisi zanneden bir hasta bunu şöyle açıklıyordu: «Meryem Ana tasvirlerinde başın üzerinde bir hâle vardır. Mum alevinin de çevresinde bir hâle bulunur. Benim ise etrafım düşmanlarımın nefret hâlesi ile çevrilmiştir. Demek oluyor ki, ben hem Meryem Ana'yım, hem mum'um ve hem de bizzat kendim'im.»

Bu şekildeki paralojik mantıkla varılan hükümler, psikiyatride «hezeyan» dediğimiz belirtilere sebep olur ve bu hezeyanlar çok zaman şahsı ağır suçlar işlemeye götürür. Misâldeki hastamız eğer etrafını çeviren nefret hâlesinin filân veya falan şahsın tesir ve teşvikiyle meydana geldiğine emin olsa ve o şahsı öldürse, «şuur ve harekâtının serbestîsini tamamen ortadan kaldıracak bir akıl hastalığı sebebiyle» işlediği bu suçtan dolayı mes'ul tutulamıyacaktır. Hezeyanlar, conscience morale'i ortadan kaldıran hastalık belirtileridir.

Harekât serbestîsi kavramına gelince, T.C.K.'nun «harekât serbestîsinin kalkması» halinden murad, o sırada o hareketin, yani suç eyleminin, seçilmesindeki âmilin münhasıran akıl hastalığı olmasıdır. Bu hal, iradeyi bozan akıl hastalıkları veya malûliyetleri için bahis mevzuudur. İrade, kişinin davranış ve fikirleri arasında tercih yapabilme, seçme kabiliyeti ve melekesidir. Bazı akıl hastalıklarında veya malûliyetlerinde şahıs kendi iradesiyle bu seçimi yapamaz, hezeyanlı fikirlerinin, yukarıda belirttiğimiz gibi, paralojik mantığının ve idrâk yanılmalarının veya başka bir şahsın tesir ve baskısı altındadır. İdrâk yanılmalarından ve hezeyanlardan yukarda bahsettik. Başka şahısların telkini, yani telkin edilebilme, kandırılabilme kabiliyeti için başta zekâ geriliklerini misâl gösterebiliriz. Zekâ, muhakemenin kemmi (kantitatif) azalmasıdır. Dolayısiyle zekâ bozuklukları da şahsın hüküm verme kabiliyetini sakatlar ve ortadan kaldırır. Böylece, çocukların kolay kandırılabildikleri gibi, birçok geri zekâlı da başkaları tarafından kandırılarak suça teşvik edilirler. Uyuşturucu madde müptelâları, fahişeler, cinsî sapıklar da çoğu zaman geri zekâlı kimselerdir.

Birtakım akıl hastalıklarında bizzat hezeyanlı fikir şahsın iradesini ve harekât serbestîsini kendi hükmü altına alabildiği gibi, bu hezeyanlı fikir başka bir kimse tarafından beslenip istismar da edilebilir. Nihayet, bunamalar, iptilâlar ve cinsî sapıklıklar da iradenin zayıflaması ve ortadan kalkması halleridir. Müptelâ oldu-

ğu uyuşturucu maddeyi bulamıyan, onun krizi içinde hırsızlık veya cinayet işleyen kimse, belki bu iptilâsından dolayı suçludur ama bu sebeple işlediği hırsızlıklar veya cinayet suçundaki mes'uliyet derecesi her zaman söz götürür.

> Yeni asistanlık yıllarımda zamanın tanınmış bir sanatçısı uyuşturucu maddeden kurtulmak için Kliniğimize yatmıştı. O gün nöbetçi idim. Bu zat beni çağırarak «henüz aklı başında iken kendisini tesbit gömleğine koyup yatağa bağlamamı» istedi ve «aksi halde yapacağı işlerden dolayı mes'ul olamıyacağını» bildirdi.

Görülüyor ki şahıs, bu hallerde serbest iradesi ile davranışlarına istikamet verememekte, davranışları arasında seçim yapamamakta, ya başka birisinin veya hezeyanlarının ilca ve telkinleri altında hareket etmektedir.

> Tabanca ile iki kişiyi öldürüp iki kişiyi de yaralıyan ve bu şahıslarla aralarında belki de «merhabalaşmaktan ileri» hiçbir münâsebetleri bulunmayan bir kaatil, müşahedesi sırasında hâdiseyi şöyle anlatmakta idi: «Bilmiyorum, hasta getirmişler beni buraya, kardeşlerim geliyor, Osman Derin öldü, Nuri Çakan öldü diyorlar, o an için hasta idim, ben bir şey bilmiyorum. Birkaç gün evvel bana hakaretler yapmak istediler. Karşıdan karşıya işaret ediyor, fena sözler söylüyor, kollarını bağlattıracağız, seni orduya teslim edeceğiz diyorlardı...» «Ne düşmanlıkları vardı, neden böyle yapsınlar?» diye soruldukta: «Ben de anlayamadım ki, zaten ben partilerle alâkadar olmam, beni deli diye sokmazlardı ki efendim, onlar bana düşük bir adam nazarı ile... kendime ait iki silâhım vardı, bağlarımda kullanırdım, evime üç kişi geldiler, ondan evvel bir şahıs geldi ama tabi'î onu tanımıyorum, şahsen bir kumandana benziyor, ipekli eşya getirmişler, ipeklileri verip silâhları aldılar, Suriye'li olduklarını söylediler... Ben çarşıyı gezerken şimdi s.k. anasını bunun dediler, birbirlerine 'tamam' diye işaret ettiler, 'biz ifadeye gidiyoruz, mallarına da ihtiyat tedbiri koyduk' dediler, 'çalışamaz' diye fısıldaştılar... Hepsi bana kötülük etmek için bir araya gelmişler... Kasıtlarını bilmiyorum, bazı tarihten konuşurduk bize orada, ben derdim ki ben öz be öz Türk çocuğuyum ve Cumhuriyetin kurucusuyum ve kurtarıcısıyım di-

ye konuşurdum. (Soruldu) Benim babam... İnönü'nün amcası vardı, Mehmet Ali Bey, Kuvayı Milliyede beni arkalarına bindirip götürürlerdi, İnönü'nün amcasının bakkal dükkânı vardı, babam atla giderdi. Tarihi düşmanlığımız var, onlar bana 'sen Avrupa'dan, Atillâ'dan gelme Türklerdensin' diyorlardı...» «Yaptığına üzülüp üzülmediği» sorulduğunda: «Tabi'î, üzülünmez mi efendim, onlar da bir vatandaştı, üzülünmez mi Türk vatandaşına» diye lâkayt bir tarzda cevap verdi.

Bu vak'ada aşikâr paralojik hükümler, düşmanlık (perseküsyon), asalet ve büyüklük hezeyanları dikkati çekmektedir. Şahıs bunların emredici tesirlerine tâbi olarak cinayet suçunu işlemiştir ve bu suçtan dolayı da mes'ul değildir.

Almanya'da çalışan ve yurda dönen bir işçi, hudut kapısında «bu düzen değişecek, ben dev-genç'im» diye bağırmış, yakalanmış ve hareketlerindeki anormallik dikkati çektiğinden kliniğimize müşahede için gönderilmiştir. «Huduttan girdim, baktım, herkes göbekli. Halbuki Atamız ne emretti? Göğüs ilerde, göbek içerde. Demek ki bu düzen değişmeli, göğüsler ileri çıkmalı, göbekler de içeri... Ben elbette dev-genç'im. Malatya'daki İnönü heykelindeki genç benim, o benim heykelimdir. Hem ben Atatürk'ün ruhunu taşıyorum, bizzat Atatürk'üm ben...» diye hezeyanlarını ortaya koymuştu. Buradaki benzetmelerde aşikâr paralojik hükümler görülmektedir.

Neticeten, demek oluyor ki, ceza ehliyetini ortadan kaldıran hastalık öyle bir hastalıktır ki, şahsın bu akıl hastalığının tesiri altında şuuru (veya ahlâkî şuuru, conscience morale'i) ortadan kalkacak ve hareketlerini değerlendirme imkânından mahrum bulunacaktır veya, iradesi bozulduğu için harekât serbestîsi ortadan kalkacak, davranış ve fiillerini serbest iradesi ile seçemiyecek, bu seçimde âmil münhasıran akıl hastalığı olacaktır.

Bu suretle, suçun maddî ve kanunî unsurlarının bulunmasına rağmen manevî unsur mevcut olmadığından, «suç» fiili meydana gelmemektedir. Ademi mes'uliyet de buradan doğmuş oluyor.

T.C.K.'nun 47'nci maddesi, yukarıda tarif ettiğimiz hallere uymayan ve fakat «şuur ve harekât serbestîsini ehemmiyetli surette azaltan» akıl hastalıklarında işlenen suçlara karşı bazı hafifletici ve azaltıcı hükümler getirmektedir. Burada bahis mevzuu olan «kıs-

mî mes'uliyet» değil, «hafifletilmiş mes'uliyet» dir. Şöyle ki, bazı müelliflerce bir akıl hastası ancak hezeyanlarına uygun cürümler işlerse gayrî mes'ul ve fakat hezeyanları dışında veya onlarla ilgili olmayan suçlarda yarı mes'ul veya tam mes'ul addedilmelidir. Bu düşünüş tarzına «kısmî mes'uliyet» denir. Bizim ceza hukukumuzda kısmî mes'uliyet mefhumu yoktur. Buna karşılık, yukarda tarif ettiğimiz ve T.C.K.'nun 47'nci maddesinde bahsedilen azaltılmış mes'uliyet mevcuttur ki, doğrusu da budur. Ancak, bu madde tarifine hangi hallerin gireceği çok tartışmalıdır. Ancak akıl hastalığı ile normal şahıs arasında kalan, iradesi ve harekât serbestîsi kısmen bulunup kısmen de bulunmayan kişiler bu madde hükmüne girer. Bunun kapsamının genişletilmesi son derecede tehlikeli sonuçlar doğurur ve meselâ suç işlemeyi itiyad haline getirmiş kişilerde T.C.K.'nun 47'nci maddesinin tatbik kabiliyeti düşünülebilir ki bu kapının asla açılmaması gerektiği kanaatindeyim.

> Millî müdafaaya ihanet suçundan yargılanan bir şahsa bir ekspertiz sonunda «ebeveynine karşı asabiyet, titizlik halleri, uykusuzluk gibi arazlar dikkate alınarak, neşvünema çağının yarattığı nevroz reaksiyonu ve macera hevesi» gerekçeleri ile T.C.K.'nun 47'nci maddesi uygulanmak istenmişti. Buna karşı yaptığımız ekspertiz ve müşahededе «hu haller, işlediği ve bütün teferruatiyle anlattığı suç da dikkate alınırsa ceza ehliyetini azaltıcı veya kaldırıcı bir unsur olarak kabul edilemez. Macera hevesi iddiasına gelince, bütün ağır suçlarda bir macera hevesi unsuru mevcuttur. Bu husus dahi, bir akıl hastalığı kadrosuna girmedikçe ceza ehliyetine müessir olamaz» kanaatiyle «tam cezaî ehliyet» kararını vermiştik.

Birçok psikopati hali, ahlâkî redaetler, uyuşturucu madde ve alkol alışkanlıkları ve cinayet işleme, hırsızlık itiyadı gibi haller, suç karşısında toplumun korunması, örnek teşkil etmesi ve suçu önlemesi bakımından, tam ceza ehliyeti olarak kabul edilmeli ve asla 47'nci madde şümulüne sokulmamalıdır. Esasen, bahsettiğimiz gibi, her nevi suçta, ânî, fevrî ve pek zorlayıcı sebepler dışında belki, daima bir «suça istidad» mevcuttur ve bu ceza ehliyetini kaldırıcı bir unsur değildir. 47'nci madde şümulüne sadece bazı hafif zekâ gerilikleri ile şuur ve harekât serbestîsini ehemmiyetli derecede azaltacak, bir akıl hastalığı çevresine girebilecek ağır psikopati halleri girebilir.

Başlangıçta sorduğumuz sualin cevabını ararsak, herhalde,

«mülkün temeli» olan adalet, cezanın sadece müstahak olana verilmesi ile yerini bulur ve ma'şeri vicdan, kamu oyu, mâsûmun haksızlığa uğraması ile, suçlunun cezasız kalmasından daha fazla incinir ve müteessir olur.

Bir suçun işlenişi sırasında akıl hastalığının mevcut olduğuna dair bir iddia ortaya atılır ve durumun tahkiki istenirse yargıç, Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu'nun 32.'nci maddesine göre bu talebi tetkik ederek kabul veya reddeder. Red halinde sebepler kararda açık olarak belirtilmelidir. Eğer bu madde hilâfına, gerekçe gösterilmeden akıl hastalığı iddiasının tetkiki talebi reddedilirse hüküm Yargıtay'ca bozulur (C.M.U.K. 307/1). Ayrıca, Yargıtay 1. Ceza Dairesinin 31.3.1950 gün ve E. 887, K. 324 sayılı içtihadında «Sanık akıl hastalığı iddiasında bulunduğu takdirde C.M.U.K.'nun 74. maddesi hükmünün tatbiki gerekli olup olmadığının münâkaşa edilmesi yolsuzdur» denilmektedir.

Türk Ceza Kanunu'nun **ceza ehliyeti** ile ilgili maddeleri şunlardır:

> Madde 46 — Fiil işlendiği zaman şuurunun veya harekâtının serbestîsini tamamen kaldıracak surette akıl hastalığına duçar olan kimseye ceza verilmez.
>
> Ancak, bu şahsın muhafaza ve tedâvi altına alınmasına, hazırlık tahkikatında sulh hakimi, ilk tahkikatta sorgu hakimi ve son tahkikatta vazifeli mahkeme tarafından karar verilir.
>
> Muhafaza ve tedâvi altında bulundurma müddeti şifaya kadar devam eder. Yalnız, maznuna isnad olunan suç ağır hapis cezasını müstelzim ise bu müddet bir seneden az olamaz.
>
> Muhafaza ve tedâvi altına alınan şahıs, muhafaza ve tedâvinin icra kılındığı müessesenin sıhhî heyetince şifası tebeyyün ettiğine dair verilecek rapor üzerine aynı kazai mercice serbest bırakılır. Bu hususiaki rapor ve kararda, hastalığın ve isnad olunan suçun mahiyeti göz önünde tutularak, içtimaî emniyet bakımından şahsın tıbbî kontrola tâbi tutulup tutulmayacağı, tutulacaksa müddet ve fasılası da gösterilir.
>
> Tıbbî kontrol ve muayene Cumhuriyet müddeiumumilerince, kararda gösterilen müddet ve fasılalarla bu şahısların bulundukları mahalde, yoksa en yakın selâhiyetli mütehassısı olan hastahane sıhhî heyetlerine sevkedilmesi suretiyle temin olunur.

Bu tıbbî kontrol ve muayenede nüks arazı gösterenler hakim veya mahkeme kararıyle yine muhafaza ve tedâvi altına alınıp aynı muameleye tâbi tutulurlar.

Madde 47 — Fiili işlediği zaman şuurunu veya harekât serbestîsini ehemmiyetli derecede azaltacak surette aklî malûliyete mübtelâ olan kimseye verilecek ceza aşağıda yazılı şekilde indirilir:

1. İdam cezası yerine 15 seneden aşağı olmamak üzere ağır hapis;

2. Müebbed ağır hapis yerine 10 seneden 15 seneye kadar ağır hapis;

3. Amme hizmetlerinden müebbed memnuiyet yerine muvakkat memnuiyet;

cezaları hükmolunur.

Diğer cezalar üçte birden yarıya kadar indirilir.

Madde 48 — Suçu işlediği esnada arızî bir sebepten dolayı 46 ve 47'nci maddelerde mündemiç aklî malûliyet halinde bulunan kimseler hakkında o maddelerdeki ahkâm tatbik olunur.

İhtiyarî sarhoşlukla veya ihtiyarı ile kullanılan uyuşturucu madde tesiriyle işlenen fiiller bu madde hükmünden hariçtir.

Madde 51 — Bir kimse haksız bir tahrikin husûle getirdiği gazap veya şedit bir elemin altında bir suç işler ve bu suç ölüm cezasını müstelzim bulunursa müebbed ağır hapis cezasına ve müebbed ağır hapis cezasını müstelzim bulunursa 24 sene ağır hapis cezasına mahkûm olur. Sair hallerde işlenen suçun cezasının dörtte biri indirilir. Tahrik ağır ve şiddetli olursa ölüm cezası yerine 24 sene ve müebbed ağır hapis cezası yerine 15 seneden az olmamak üzere ağır hapis cezası verilir.

Fârik ve mümeyyizlik

Bir suçu, suç olduğunu bilerek ve takdir ederek işleyen kimseye hukuk dilinde **«fârik ve mümeyyiz»** (iyiyi kötüyü birbirinden ayırd edebilen) denir. Türk Ceza Kanununa göre 11 yaşını bitirmemiş olanlar fârik ve mümeyyiz değildir.

Madde 53 — Fiili işlediği zaman 11 yaşını bitirmemiş olanlar hakkında takibat yapılamaz ve ceza verilemez. Ancak, fiil kanunen bir seneden ziyade hapis cezasını ve-

ya daha ağır cezayı müstelzim bir cürüm olduğu takdirde müddeiumuminin talebi üzerine mahkeme reisi çocuğun istirdadı kabil tedabirden olmak üzere terbiye ve ıslah için Devlet idare veya murakabesinde bulunan bir müesseseye konması veyahut -tekayyüt ve nezaretinde teseyyüb ve ihmâl ile bir cürüm işlemesine meydan verirlerse kendilerinden 200 liraya kadar cezayı nakdî alınacağı ihtariyle- ana, baba veya vasiye teslimini emreder.

Yine Türk Ceza Kanununa göre 15 yaşını tamamlamış olanlar her türlü suç karşısında fârik ve mümeyyiz kabul edilirler. Bu iki sınır arasında bulunan, yani 11 yaşını tamamlamış, fakat henüz 15 yaşını bitirmemiş olanların fârik ve mümeyyizliğine ise hekim raporu ile hükmolunur. Fârik ve mümeyyizliğin belli bir suç ve olay karşısında belirtilmesi gerekir. Bir suça karşı fârik ve mümeyyiz olan bir çocuk başka bir suç karşısında fârik ve mümeyyiz olmayabilir.

11 - 15 yaş arasındaki fârik ve mümeyyiz çocukların cezaları belli hadlerde indirilir ve 18 yaşını bitirmemiş bütün çocukların hapis cezaları hapishane yerine ıslahhanede çektirilir (T.C.K. Madde: 54). T.C.K. 55'inci maddeye göre 18 yaşını bitirmemiş bütün çocukların cezalarında da bu kanunda yazılı belli indirmeler yapılır.

Hekimin, bu kanun maddeleri karşısında, fârik ve mümeyyizlik tayini hususundaki vazifesi sadece 11 yaşını bitirmiş ve 15 yaşını tamamlamamış çocuklara inhisar etmektedir. Bir çocuğun fârik ve mümeyyiz olması sadece beden gelişmesine bakılarak kararlaştırılamaz. Onun, yaptığı işin suç olduğunu bilmesi gerekir. Meselâ, bir evin camını taşla kırarak pencere önünde duran bir eşyayı aldıktan sonra onunla aynı evin önünde, sokakta oynayan bir çocukla açık kapıdan gizlice eve girip bir eşyayı çaldıktan sonra onu satarken yakalanan diğer bir çocuğun tefrik ve temyiz kabiliyetlerinin birbirinden farklı olması gerekir. Eğer eskiden işlenmiş bir suça fârik ve mümeyyizlik kararı isteniyorsa hekimin dosyayı incelemesi ve suçun işleniş tarzına göre karar vermesi gerekmektedir.

Medenî haklar

Türk Medenî Kanunu, akıl hastalarının ve aklen malûliyeti bulunan kimselerin medenî haklarını kullanamıyacaklarını bildirmektedir. Bununla ilgili kanun maddeleri şunlardır:

Madde 89 — Evlenmeye yalnız mümeyyiz olanlar ehildir.

Madde 133 — Karı kocadan biri üç senedenberi devam eden bir akıl hastalığına duçar olup da bu hastalık müşterek hayatın devamını diğer taraf için çekilmez hale koymuş ve şifası kabil olmadığı dahi ehli hibre tarafından tasdik edilmiş bulunursa, o taraf her zaman boşanma dâvasında bulunabilir.

Madde 355 — Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle işlerini görmekten âciz veya daimî muavenet ve tekayyüde muhtaç olan, yahut başkasının emniyetini tehdit eden her reşid için bir vasi nasbolunur. Adliye ve idare memurları, resmî muameleleri dolayısiyle muttali oldukları hacri müstelzim halleri sulh mahkemesine hemen ihbar ile mükelleftirler.

Madde 356 — İsrafı, ayyaşlığı, sui hal ve sui idaresi ile kendisini veya ailesini zarurete maruz bırakan veya daimî muavenet ve tekayyüde muhtaç olan, yahut başkasının emniyetini tehdit eden her reşid için bir vasi nasbolunur.

Madde 358 — İhtiyarlığı, malûliyeti veya tecrübesizliği sebebiyle işlerini gereği gibi görmekten âciz olduğunu isbat eden her reşid, vesayet altına alınmasını talep edebilir.

Madde 359 — İsraf, ayyaşlık, sui hal veya sui idare sebebiyle bir kimsenin hacrine, ancak kendisinin istimaından sonra hükmolunabilir. Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle hacir hükmü ancak ehlihibre raporu üzerine verilebilir. Evvelemirde hastanın istimaı faydalı olup olmadığı raporda bilhassa tasrih olunur.

Yine Medenî Kanunun 480 ve 481'inci maddelerinde, vasiyetnâme tanzimi için mutlaka bir eksper hekimin muayenesi ve aklen salim bulunduğuna dair bir rapor verilmesi şarttır.

Adlî Tıp Kanunu

Adlî Tıp Müessesesi, çeşitli ihtisas şubelerinde mütehassıslardan kurulu bir Meclis ile Müşahedehane ve çeşitli Lâboratuarlardan meydana gelmiş resmî bir ekspertiz müessesesidir.

6119 sayılı Adlî Tıp Kanunu.

Madde 1 — Adalet işlerinde bilirkişilik vazifesi ile mükellef olmak üzere Adalet Vekâletine bağlı (Adlî Tıp

Müessesesi) kurulmuştur. Vekâlet, lüzum gördüğü yerlerde şubeler de açabilir.

Adlî Tıp müessesesi, çeşitli imkânları ile kendisine tevdi edilen meseleleri tetkik edip ilgili şubelerce raporlar hazırlanması suretiyle bilir kişilik vazifesini yapar. Burada Adlî Tıp organlarının mahkeme karşısındaki durumu diğer resmî bilirkişiler gibidir. Ancak, birbirini tutmayan, mübayin bilirkişi raporları karşısında meselenin «nihaî hal mercii» olarak Kanun Adlî Tıp Meclisini göstermiştir.

> Madde 10 — Adlî Tıp Meclisi bu Kanunun şümulüne giren işlerde bilirkişi tarafından verilip mazmunları itibariyle Cumhuriyet Müddeiumumilikleri ve kaza mercilerince kanaat verici mahiyette görülmeyen veya birbirilerine mübayin bulunan raporlar hakkında ilmî ve fennî mütaleasını bildirir.
>
> ... ...
>
> Meclisin kararları nihaî olmakla beraber, mahkemenin delilleri serbestçe takdir hususundaki salâhiyetlerini takyid etmez.
>
> Umumî Hıfzıssıhha Kanununun 10. uncu maddesi hükümleri mahfuzdur.

Adlî rapor

Eksper hekimin bir hâdiseyi inceledikten, hastayı muayene ettikten sonra vereceği rapor büyük önem taşımaktadır. Adlî tıp raporu, adlî bir vak'aya ait yazılı delil kabul edildiğinden ve adaletin tecellisinde en büyük yardımcılardan biri bulunduğundan, okuyana hâdise hakkında tam fikir verecek yeterlikte ve objektif, kesin ifadeli olmalıdır.

Bir adlî tıp raporu şu kısımları ihtiva eder **(Kamay)**:

Mukaddime (préambule):

Vak'anın mahiyeti, tarihi, muayene edilenin hüviyeti, özet olarak ekspertiz konusu ve raporu talep eden veya muayeneyi isteyen makam veya şahsın ismi muayene sırasında icra edilen kanunî formaliteleri ihtiva eder.

Metin (visum et repretum):

Hâdisenin tarifi bu kısımda yer alır. Tavsif ve tarifte lüzumsuz teferrüattan kaçınmalı, buna karşılık, gerekli hususlar iyice belirtilmelidir.

Tahkikat hülâsası:

Bazı hallerde eksper hekim tahkikat ve mahkeme dosyalarını da inceler. Bu hallerde muhtevası hülâsa edilerek rapora alınmalı ve gerekli noktalar bilhassa belirtilmelidir.

Münâkaşa (discussion) :

Bu kısımda müşahede ve muayene neticeleri, çeşitli deliller ve tahkikat dosyasının muhtevasının bu müşahedelere nisbetle kıymeti münâkaşa edilir.

Netice (conclusion) :

Bu kısım raporun hekimlere hitabeden kısmıdır. Burada eksper hekim bütün bu yukarda anlattıkları sonunda vardığı neticeyi açık ve kat'î olarak ifade eder. Tekrar ilâve edelim, raporlarda kullanılan deliller ve varılan hüküm tamamen eksper hekimin kanaâtini açıkça belirtmeli, şu veya bu şekilde tefsire müsait olmamalıdır.

Ekspertiz ve raporlardan doğacak sorumluluk:

Umumiyetle hekimler ve bilhassa psikiyatrlar, meslek hayatlarında pek çok kereler ekspertiz ve bilirkişilik yapmak mecburiyetinde kalacaklardır. Bu sebeple, konuyu bitirmeden evvel, bu hallerde hekimin sorumluluğundan da bahsetmeyi uygun buluyoruz.

Eksper hekim, hastalığın varlığına, seyrine veya olmadığına dair verdiği raporun hakikate uymaması halinde ancak bu raporu bilerek ve kasden böyle tanzim etti ise mes'ul olur. Bu konuda Türk Ceza Kanununda şu hüküm vardır:

> Madde 354 — Hekim ve eczacı veya sıhhiye memuru, Hükûmetçe emniyet ve itimad olunacak bir vesikayı hatıra binaen hakikate muhalif olarak verirse 15 günden 3 aya kadar hapis ve 100 liradan 1.000 liraya kadar ağır pa-

ra cezasiyle cezalandırılır.

Böyle hakikate muhalif olarak tanzim olunmuş vesikayı kullanan kimse hakkında dahi aynı ceza tertip olunur. Eğer bu gibi hakikate muhalif vesikaya mebni deli olmayan bir kimse asabî ve akıl hastalıkları müesseselerine kabul ve orada ikamete mecbur edilir veya başkaca fahiş bir zarar husûle gelirse failin göreceği ceza 6 aydan 3 seneye kadar hapistir.

Eğer birinci fıkrada yazılı bir fiil, fâilin kendisine yahut başkasına verilmiş veya vait veya temin olunmuş para vesair menfaat mukabilinde irtikâb olunmuş ise göreceği ceza 3 aydan 2 seneye kadar hapistir.

Eğer vesikadan ikinci fıkrada yazılı olan fahiş zarar zuhura gelmiş ise ceza bir seneden beş seneye kadardır.

Herhalde bu cezalarla beraber ilk fıkradaki para cezası iki kat olarak hükmolunur.

Para veren veya vait yahut menfaat temin veya vadeden kimse hakkında dahi üç aydan bir seneye kadar hapis cezası hükmolunur ve verilip alınan para vesair eşya da müsadere olunur.

Bu sarih kanun hükmü dahi, eksper hekimin bilerek, kasden hakikate muhalif rapor tanzimi halinde sorumlu olacağını belirtmekte ise de, doktorun, vereceği bir raporun sebep olacağı sonuçları düşünmeden, sathî bir muayene sonucu verdiği yanlış rapor, kasten böyle verilmiş olmasa dahi, en azından bir kusurdur. Mümkün olan bütün muayeneler yapıldıktan sonra, hiçbir tesir altında kalmaksızın, tamamen ilmî kanaâtine dayanarak hazırladığı raporun doğuracağı neticelerde ise hekimin içtihadı bahis konusudur ve bu içtihadın şeklinden herhangi bir sorumluluk meydana gelmez.

KAYNAKLAR

ABRAMSON, Harold A. (ed.) — Neuropharmacology, Transactions of the Fourth Conference, September 25, 26 and 27, 1957, Princeton, N. J. Sponsored by Josiah Macy, Jr. Foundation, New York. 1959.

ADASAL, Rasim — Ruh Hastalıkları, Örnek Matbaası, Ankara,
1. cilt — Psikonevrozlar ve Seksüel İflâslar (1955)
2. cilt — Psikozlar (1955)
3. cilt — Ruh Hastalıkları ve Cinsel Bozukluklar (1954)

ADASAL, Rasim — Medikal Psikoloji, 2 cilt, GİM, Ankara, 1964,

ADASAL, Rasim — Klinik Psikiyatri, Ankara, 1969.

ADASAL, Rasim — Normal ve Anormal Cinsiyet ve Evlilik, Güney Basımevi, Ankara, 1975.

ADASAL, Rasim — Ruh Hastalıkları, İlâveli üçüncü bası, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi yayınlarından, Ankara, 1976.

ADIE, W. J. — Piknolepsy: a form of epilepsy occuring in children with a good prognosis, Brain, 1924, 47, 96 - 673.

ADRIAN, — E. D. — The mental and physical origins of behaviour, Intern, Journ. of psychoanalysis, XXVII, 1946.

AKSEL, İhsan Şükrü — Psikozların Anatomisi, Kader Basımevi, İstanbul, 1947.

AKSEL, İhsan Şükrü — Siklofreninin paranoid şekli, Tıp Fakültesi Mecmuası, 1952.

AKSEL, İhsan Şükrü — Beyin fizyopatolojisi hakkında yeni görüşler. Acta Neuro - Psychiatrica, III - 1 - 2, 1954.

AKSEL, İhsan Şükrü — Yeni açılan üniversite klinikleri münâsebetiyle psikiyatrinin tarihine bir bakış, Acta Neuro - Psychiatrica, IV - 5 - 6, 1955.

AKSEL, İhsan Şükrü — SONGAR, Ayhan — Şizofreni tedâvisi esnasında görülen uzun süren ensülin komaları, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, VI - 1 - 2, 1952.

ALEXANDER, Leo — Treatment of Mental Disorder, W. B. Saunders Co., Philadelphia and London, 1953.

ALLEN, Clifford — A textbook of Psychosexual disorders, Oxford univ, press, 1962.

ALPERS, Bernard J. — Clinical Neurology, F.A. Davis Co. Philadelphia, 1963, 991 pp.

ANASTASIADIS, Yani, S. — Bugünün psikoloji cereyanları, Acta Neuro - Psychiatrica, II - 5 - 6, 1953.

ANASTASIADIS, Yani, S. — Rorschach, kelimeye reaksiyon, Bernreuter, Acta Neuro - Psychiatrica, IV - 1 - 2, 1955.

ARIETY, S. — American Handbook of Psychiatry, 1959.

ARKONAÇ, Oğuz — Şizofreni, İstanbul Matbaa Meslek Lisesi, 1976.

BABINSKI, J. — Dêfinition de l'hystêrie, Soc, neurol. 7 novembre 1901 (cit. : MICHAUX, Psychiatrie, 1956).

BARUK, Henri — Precis de Psychiatric, Masson et Cie, êd., Paris 1950.

BAYÜLKEM, Faruk — Lobotomilerin Kliniği hakkında, I. Türk Nöro - psikiyatri Kongresi tutanakları, Acta Neuro - Psychiatrica, I - 4, 1952.
BELGESAY, Mustafa Reşit — Tıbbî Mes'uliyet, İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayınlarından, İstanbul, 1953.
BİLGE, Muammer — Hormonlar Bilimi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi yayınlarından, İstanbul, 1975.
BLEULER, E. — Textbook of Psychiatry, 1924.
BOGAERT, L. van — L'hystêrie et les fonctions diencêphaliques, Rapport Congrês Alienistes et Neurologistes, Bruxelles, 1935.
Brain Mechanisms and Consciousness — A Symposium organized by The Council for International Organizations of Medical Sciences, Masson et Cie. ed. Paris, 1954.
BREUER, Joseph — FREUD, Sigmund — Studies in Hysteria (trans. A.A. Brill), Beacon Press — Beacon Hill, Boston, 1937 (1895).
BROWN, Hugh — Brain and Behaviour, Oxford, Univ, Press, New York, 1976.
CAMERON, Norman. — The Psychology of the behaviour disorders, 1947.
CHARLIN, A. — Le traitement de l'alcoolisme chronique. Etude critique et statistique Rapport au Congrês des mêdecins aliênistes et neurologistes de France et des pays de langue française, LII. Session, Liêge, Juillet 1954. Masson et Cie, êd., Paris, : 221 - 329.
CHASLIN, Ph. — La confusion mentale primitive, Asselin et Houzeau, êd., Paris 1895.
CHASLIN, Ph. — Elêments de sêmiologie et clinique mentale, Asselin, êd. Paris, 1912.
CHERKAS, M. S. — Synanon Foundation. A radical aproach to the medical prob- of addiction. Am. J. Psy. 121, 1065 - 1068, 1965.
CLERAMBAULT, C. G. de — Oevre psychiatrique, 2. vol., Presses univ. France, Paris, 1942.
COBB, Stanley — Foundations of Neuropsychiatry, 5 th. ed., Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1952.
COIRAULT. R. — LABORIT, H. — DAMASIO, R. et al. — Le dêlirium tremens, Masson et Cie, ed., Paris, 1956.
COLE, J. O. and M. M. KATS, — The Psychomimetic drugs. JAMA 187, 758 - 761, 1964.
CONNEL, P. H. — Clinical manifestations and treatment of amphetamine type of dependence, JAMA, 196, 718- 723, 1966.
COSSA, P. — La Cybernêtique (du cerveâu humain aux cerveaux artificiels), Masson et Cie., Paris, 1957.
Council of Mental health. Report on Narcotik addiction. JAMA, 165, 1707 - 1713, 1957.
DAĞYOLU, Kâzım — Üreme Psikozları, Acta Neuro - Psychiatrica, III - 3 - 4, 1954.
DAĞYOLU, Kâzım — ALAZRAKİ, Marsel — ARIDURU, Belma — Alexander'in pratik zekâ testinin normal ve geri zekâlılara tatbiki. Acta Neuro - Psychiatrica, II - 1, 1953.
DAĞYOLU, Kâzım — NOYAN, Burhan — ÖZAYDIN, Selim -- Toksikomani tedâvisi hakkında, Acta Neuro - Psychiatrica, II - 5 - 6, 1953.
DAĞYOLU, Kâzım — NOYAN, Burhan — ÖZAYDIN, Selim — BEYGO, Velhan — ÖZEK Metin — Psikiyatrik sendromlarda neurolitiklerle tedâvi, Acta Neuro - Psychiatrica, III - 1 - 2, 1954.
DAĞYOLU, Kâzım — ÖZAYDIN, Selim — NOYAN, Burhan — Nörolitiklerin karbonhidrat metabolizması üzerine tesirleri, Acta Neuro — Psychiatrica, IV - 1 - 2, 1955.
DAĞYOLU, Kâzım — ÖKTEM, Özcan — İnsülin Koma Tedâvisi, Nazir Akbasan Matbaası, İstanbul, 1957.

DAĞYOLU, Kâzım — SONGAR, Ayhan — SONGAR, Reyhan — Gebeliğin durdurulmasında psikiyatrik endikasyonlar, Acta Neuro — Psychiatrica IV - 5 - 6, 1955.

DAĞYOLU, Kâzım — ZEYNELOĞLU, Kemâl — Memleketimizde psikiyatrinin coğrafyası, Acta Neuro — Psychiatrica, IV- 5 - 6, 1955.

DALLY, Peter, — Anorexia Nervosa, William Heinemann Medical Books Ltd., London, 1969.

DAVIS, D. Russel — An Introduction to Psycopathology, 2 nd. ed., Oxford univ. press, London, 1967.

DELAY, J. — Les dêrêglements de l'humeur, 1. vol. Paris, Masson et Cie., 1964.

DEWAR, A. J., ECCLESTON, D., READING, H. W. and SHIELDS, P, J. — Topics ins Neurochemistry (in Companion to Psychiatric Studies, Editor: Alistar Forrest); Churchill Livingstone, Edinbourgh and London, 1973, pp. 312 - 347. (vol. I)

DİNÇMEN, Kriton — İrade bozuklukları, Acta Neuro - Psychiatrica, II - 3, 1953.

DİNÇMEN, Kriton — Deskriptiv ve Dinamik Psikiyatri, Atlas Kitabevi, İstanbul, 1969.

DOKSAT, Recep — Psikopatolojiye Giriş, Çukurova Tıp Fakültesi Psikiyatri Kürsüsü yayınlarından, Adana, 1975.

DOLE, V. P. and Nyswander - A medical treetment of diacetylmorphine (Heroine) addiction. JAMA, 193, 646- 650, 1965.

DUPRE, E. Pathologie de l'imagination et de l'êmotivitê, Payot, êd., Paris, 1925.

ECCLES — The neurophysiological Basis of Mind, 1953.

EDDY, N. B. and Others. — Drug dependence. Its significance and characteristics. Bull world health organ. 32, 721 - 733, 1965.

EKER, ENGİN — Mültipl Sklerozun Lâboratuar Tanısında İmmunoloji'nin yeri — Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Uzmanlık tezi, İstanbul, 1976.

EMRE S. — EKER E. — SONGAR A. — ÖZDAMAR E. — KARA İ. — Şizofreniklerde kan ve beyin - omurilik sıvısında immünoglobulinler üzerinde bir araştırma. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dergisi, 4 : 267 - 272, 1974.

Encyclopedia Americana. Cild, 1 - 3 - 7 - 9 - 13 - 18 - 22. Sayfa, 754 - 227 - 408 - 159 - 430 - 286, 579 - 744 ve cild, 13, S. 751. Sene 1970.

Encyclopêdie Mêdico — Chirurgicale, Editêe sur Fascicules Mobiles (avec renuovellements de 1976).

ERSEVİM, İsmail — Şizofrenide elektroşok tedâvisinin fayda ve zararları, Acta Neuro - Psychiatrica, IV - 3 - 4, 1955.

ESSIG, C. F. — Clinical and experimental of aspects of barbiturate type withdrawal convulsions. Epilepsia, 8, 21 - 30, 1967.

EY, Henri, — BERNARD, P. — BRISSET, Ch. — Manuel de Psychiatrie, Masson et Cie., êd., Paris, 1960.

FENİCHEL, Otto — Nevrozların Psikoanalitik Teorisi (Türkçesi: Selçuk Tuncer) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi yayınlarından, Izmir, 1974.

FINK, M. and Others — Prolonged adverse reactions to LSD in psychotic subjects. Arch. Gen. Psy., 15, 450 - 454, 1966.

FISCHMANN, V. S. — Drug addicts in o therapeutic comminity. Psychother psychosom, 16: 109 - 118, 1968.

FLACH, F. Frederic — REGAN, Peter. F. — Chemotherapy in Emotional Disorders, Mc Graw - Hill Co., New York, 1960.

FREUD, Sigmund — Psikanalize Giriş (Genel Nevroz Öğretisi) (Türkçesi: G. Koptagel) İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. yayınlarından, İstanbul, 1973.

FREUD, A. — The Ego and Mechanisms of Defence (trans. C. M. Baines) Int. univ.

press, New York, 1946.
FREUD, S. — Interpretations of Dreams (trans. Strachey) Basic Books, Inc., New York, 1938 (1900).
FREUD, S. — Psychopathology of Everyday Life (trans. A. A. Brill) The Basic Writings of Sigmund Freud, Modern Library, New York, 1938 (1904).
FREUD, S. — Three Essays on Sexuality, (trans. J. Strachey), The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol. 7, London, Hogarth Press, 1953 (1905).
FREUD, S. — The Unconscious (trans. C. M. Baines), Collected Papers, vol 4, Basic Books, New York, 1959 (1915).
FREUD, S. — Psycho - Analysis, London, Hogarth Press, Standard Edition.
FREUD, S. — A General Introduction to Psyhoanalysis, Perma Books, 1935.
FREUD, S. — Sexuality in aethiology of the neuroses (trans. J. Bernays) Collected papers, vol, 1, pp. 220 - 248 (1898), Basic Books, New York, 1959.
FREYHAN, F. A. — PETRILOWTSCH, N. — PICHOT, P. (ed.) — Modern Problems of Pharmacopsychiatry,
vol. 1 — Clinical Psychopharmacology (1968)
vol. 2 — The Thioxanthenes (1969)
vol. 3 — Depression : Its Diagnosis and Treatment
Lithium : The History of its Use in Psychiatry (1969)
vol. 4 — Epilepsy, Recent Wiems on Theory, Diagnosis and Therapy of Epilepsy (1970)
vol. 5 — The neuroleptics (1970)
From Lesion to Emotion — «Roche» Scientific Service, F. Holffmann - La Roche and Co., Basle, 1969.
FROMM, Erich — Non - Productice Character Orientations (in : MILLON, Psychopatohology, 1967, pp : 211).
GIBSON, Robert W. (ed.) — Crosscurrents in Psychiatry and Psychoanalysis, J. B. Lippincott Co., Philadelphia and Toronto, 1967.
GÖK, Şemsi — Adlî Tıp, Filiz Kitabevi, İstanbul, 1974.
GREEN, John R. — STEELMAN, Harry F. (ed.) — Epileptic Seizures, The Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1956.
GREY WALTER, W, — Le Cerveau Viyant, Delachaux et Niestle, Paris, 1954.
GUIRAUD, P. — Psychiatrie clinique, Lefrançois, êd., Paris, 1956.
HASSE, Hans J. — JANSSEN, Paul A. J. — The Action of Neuroleptic Drugs, North - Holland Publishing Company - Amsterdam, 1965.
HECAEN, H. — AJURIAGUERRA, J. de — Les encêphalopathies alcooliqes subaiges et chroniques. - Rev. Neurologique, 1956, 94 : 528 - 555.
HENDERSON, Sir David — BATCHELOR, Ivor R. C. — Henderson and Gillespie's Textbook of Psychiatry, Oxford Univ. Press, London, 1962.
HEPOER, Vedia — Sosyal bir problem olarak «Oligofreni», Acta Neuro - Psychiatrica, 1 - 3, 1952.
HINSIE, Leland E. — CAMPBELL, Robert Jean — Psychiatric Dictionary, Oxford univ. press., New York, 1970.
HOCH and ZUBIN J. — Problem of addiction and habituation. New York. Grune and Stratton, 1958.
HORNEY, Karen — Culturl and Neurosis (in : MILLON, Theodore, Psychopathology, 1967 pp : 198 - 204).
ISBELL, H. — Addiction to barbiturates and barbiturate abstinance syndrom. Ann. Int. Med. 33 : 108 - 121, 1950.

IVANOV, Vladimir — Le Traitement de Certaines Psychoses par le Sommeil de Longue Durée et Interrompu, Psychiatria et Neurologia, vol 136, No. 6, 1958.
JAKAB, Irene (ed.) — Art Interpretation and Art Therapy, (Psychiatry and Art, vol 2) S. Karger, Basel, New York, 1969.
JELLINEK, E. M. — L'etude scientifique du probleme de l'alcoolisme - Colloque europeen sur l'alcoolisme, Copenhagen, 1951, O. M. S. Geneve, 1954.
JELLINEK, E. M. — Alcohol Addiction and Chronic Alcoholism, 1958.
JOYCE, C. R. B. (ed.) — Psychopharmacology, Dimensions and Perspectives, Tavistock Publications, J. B. Lippincott Co., 1968.
JUNG, Carl G. — Man and his Symbols, Aldus Books London, 1964.
KALLMANN, F. J. — Heredity in Health and Mental Disorder, 1953.
KAMAY, Behçet — Adlî Tıp, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınlarından, Ankara, 1959.
KARAN, Doğan — Neopsikanalistler (ADASAL - Medikal Psikoloji, Cilt 1, s. 373 - 384).
KARTAL, Râna — Şartlı Refleks Teorisi (SONGAR - Sinir Sistemi Fizyolojisi, Cilt 3, s. 623- 675) 1960.
KAYAHAN, Şefik — Geriyatri (İhtiyarlamanın biyolojisi ve ihtiyarlığın klinik özellikleri), İstanbul, 1970.
KENDELL, R. E. — The Classification of Depressive Ilnesses, Oxford univ, press, London, 1968.
KIERKEGAARD, Vivant — Colloque organise par l' Unesco a Paris du 21 au 23 avril, 1964, Gallimard, 1966.
KLINE, Nathan, S. and LEHMANN, Heinz — Psychiatric Treatment in Medical Practice, W. B. Saunders Co., Philadelphia and London, 1962.
KLINE, Nathan, S. — LASKA, Eugene — Computers and Electronic Devices in Psychiatry, Grune and Stratton, New York, 1968.
KLINE, Nathan S., ALEXANDER, Steward F. and CHAMBERLAIN, Amparo - Psychotropic Drugs, Medical Economics Co., Oradell, New Jersey, 1974.
KOPTAGEL, Günsel — Kadında Eksiklik Duygusu, İstanbul, 1967.
KÖKNEL, özcan — Psikiyatride İlâçla Tedâvi, Bozak Matbaası, İstanbul, 1965.
KÖKNEL, özcan — ALTAN, Ünal — Yaş Dönümü Melankolisi, Nöro - Psikiyatri Arşivi, 1 - 3, Temmuz 1964.
KÖKNEL, özcan — POLVAN, özgür — Aetiological Considerations on the Depressive Syndromes Appering in the Second Half of Life, 7 th. Intern. Congress of Gerontology, Vienna, 1966.
KRAEPELIN, E. — Traite de Psychiatrie, 1909. (cit : MICHAUX, Psychiatrie, 1956)
KRAFT and EBING — Psychopathia Sexualis, Trad. franç., 1958.
KRECH, David — CRUTCHFIELD, Richard — Sosyal Psikiyatri (Türkçesi : Erol GÜNGÖR), Baha Batbaası, İstanbul, 1965.
KRETSCHMER, Ernst — Beden Yapısı ve Karakter (Türkçesi : Mümtaz TURHAN), Maarif Matbaası, Ankara, 1942.
KRUSE, H. D. (ed) — Integrating the Approaches to Mental Disease Hoeber - Harper, 1958.
KÜLEY, Müfide — TEKÜL, Nüvit — SONGAR, Ayhan ve CENGİZ, Hüsnü — Tetanos tedâvisinde hibernasyon, XIV. Millî Türk Tıp Kongresi, İzmir, 1956.
LADER, M. H. (ed) — Studies of Anxiety (Papers read at the World Psychiatric Association Symposium, «Aspects of Anxiety», London, November, 1967),

Headley Brothers Ltd., Ashford, Kent, 1969.
LAUGHLIN, Henry P. — The Neuroses, Butterworths, Washington, 1967.
LEFEBVRE, Henri — Le Langage et la Societe, Gallimard, 1966.
LEWIS, Aubrey — Inquiries in Psychiatry (Clinical and Social Investigations), Routledge and Kegan Paul ed., London, 1967.
LUBAN — PLOZZA, B. ve PÖLDİNGER, W. — Genel Tababette Psikosomatik Bozukluklar, Türkçesi Ayhan SONGAR, 2 cilt, Roche Müstahzarları S. Ltd. Ş. yayınlarından, İstanbul, 1976.
LULEOPULOS, H. N. — Elektroşok, Acta Neuro - Psychiatrica, II - 2, 1953.
MAGNAN, J. — Leçons cliniques, 1891. (cit. : MICHAUX, Psychiatrie, 1965).
MALTZ, Maxwell — Psycho - Cybernetics, Wilshire Book Co., Holywood, Cal., 1969.
MARCHAND, J. L. — Maladies mentales, Legrand, ed., Paris, 1938.
MARCHAND, L., — COURTOIS, A. — SIVADON, P. — L'encephalite psychosique aigue puerperale, Presse med., 1935, 43 : 984 - 987.
MARTI - IBANEZ, Felix — SACKLER, A., — SACKLER, M. D. — SACKLER, Raymond R. (editors) — The Great Phsiodynamic Therapies in Psychiatry, Hoeber - Harper, 1956 (with personal contributions by : Ugo CERLETTI - Roy G. HOSKINS - Laszlo Joseph MEDUNA - Egas MONIZ - Manfred J. SAKEL).
MARTIN, E. M. — Etude etiologique, clinique et pronostique de la melancolie d'involution chez la femme, These, 158 pp., Paris, 1963.
MASTURZO, Aldo — Cybernetic Medicine, Charles C. Thomas, Springfield, 1965.
MEDVEDEV, V. I. — The Structural Mechanism for Decision Making by a Human Brain (in : PROCTOR, Biocybernetics of the Central Nervous System, pp : 371 - 387), 1969.
MEYERS, D. — GOLDFARB, W. — Psychiatric appraisals of parents and siblings of schizophrenic children, Amer. J. Psychiat. 1962, 118 : 902 - 908.
MICHAEL, Richard P. (ed.) — Endocrinology and Human Behaviour, Proc. of a Conference Held at the Institute of Psychiatry, London, 9 - 11 May, 1967, Oxford univ. press, London, 1968.
MICHAUX Leon — Psychiatrie, Editions Medicales Flammarion, Paris, 1965, 1159 pp.
MICHAUX, L., — GALLOT, H. M. — CIRILLI, M. — MARIBAS, F. — L'aura obsessionnelle des acces maniaques et depressifs - Annales medico - psychol., 1948, 108 : 634 - 636.
MICHAUX, L. — BUGE, A. — Etude clinique des delires alcooliques aigus - Rev. neurol. 1956, 94 : 480 - 492.
MILLON, Theodore — Theories of Psychopathology, W. B. Saunders Co. Philadelphia and London, 1967.
MINCKLER, Jeff (Editor) — Introduction to Neuroscience, The C. V. Mosby Co., Saint Louis, 1972.
MINKOWSKI, E. — La schizophrênie, desclêe de Brouver, êd., Paris, 1953.
MOUNIER, Emmanuel — Introduction aux Existentialismes, Gallimard, 1946.
Neurological Basis of Behaviour — Ciba Foundation Symposium, Churchill, Ltd., London, 1958.
NODINE, John H. — MOYEN, John H. — Psychosomatic Medicine (The first Hahnemann Symposium), Lea and Febiger, Philadelphia, 1962.
ÖKTEM, Özcan — Gestalt Psikolojisi ve Afaziler (Goldstein'ın Afazi Görüşü), (SONGAR - Sinir sistemi Fizyolojisi, Cilt 2, 449 - 466), 1959.
ÖZTÜRK, Orhan — Hekim - Hasta Münâsebetleri (Ankara Üniversitesi Psikiyatri Kliniğinde öğrenciler için hazırlanmış teksir notlarından).
PAKALIN, S. — ÖZEK, Metin — Cyclophrenia'da marazî hezeyanlar, Acta Neuro -

Psychiatrica, III - 1 - 2, 1954.
PAVLOV, I. P. — Typologie et Pathologie de l'activite Nerveuse Superieure, Presses Universitaires de France, 1955.
PEELE, Talmage L. — The Anatomical Basis for Clinical Neurology, McGraw - Hill Book Co., New York Toronto London, 1954, 564 pp.
PEKELIS, V. — Cybernetics A to Z (Engl. translation by V. PEKELIS), Mir Publishers Moscow, 1974.
PENFIELD, Wilder — JASPER, Herbert — Epilepsiy and the Fonctional Anatomy of the Human Brain, Little, Brown and Co., Boston, 1954.
PIAGET, J. — Le Langage et la Pensee de l'enfant, Paris, 1923.
(Türkçesi : Siyavuşgil, S. E. — Çocukta Dil ve Düşünce, İstanbul, 1938).
PITTMAN, David J. (ed.) — Alcoholism, Harper and Row, New York, 1967.
PLUM. Fred — POSNER, Jerome, B. — Diagnosis of Stupor and Coma, Contenporary Neurology Series, F. A. Davis Co., Philadelphia, 1966.
POLVAN, Necmettin — SONGAR, Ayhan — ZİYALAR, Adnan — Evoluation des resultats obtenus par le traitement de «Pluphenazine Enanthate» dans le cas de schizophrenie et dans quelques autres syndromes psychiatriques, Congres de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, Grenoble, 1966.
POLVAN, Necmettin — SONGAR, Ayhan — Nöro - Psikiyatri, Yenilik Matbaası, İstanbul, 1969.
POPE, Benjamin — SCOTT, Winfield — Psychological Diagnosis in Clinical Practice, Oxford univ, press, 1967.
PORTNOV, Anatoly — FEDOTOV, Dimitry — Psychiatry, Mir Publishers, Moskow 1969, (Eng, translation by Yuri SHIROKOV).
PÖLDINGER, Walter — SCHMIDLIN, Paul — Index Psychopharmacorum, Verlag Hans Huber Bern und Stuttgart, 1963.
PROCTOR, Lorne D. (ed.) — Biocybernetics of the Central Nervous System, J. and A. Churchill, Ltd., London, 1969.
Psikiyatri Ders Notları — Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi yayınlarından, 1971 (iki cilt).
REGIS, E. — Precis de Psychiatrie, Doin, ed., Paris, 1923.
Report on drug addiction — Bull, N. York, Acad. Med. 31 : 592 - 607, 1955.
ROBERTS, M. T. H. — Pharmacology of Drugs of Importance in Psychiatry (in Companion to Psychiatric Studies, Editor : Alistar Forrest); Churchill Livingstone, Edinbourg and London, 1973, pp. 348 - 385 (vol. I).
SAINSBURY, Peter — KREITMAN, Norman — Methods of Psychiatric Research, University Press, London, 1963.
SALTUK, Ertuğrul — Lobotomi (Teknik), I. Türk Nöro - Psikiyatri Kongresi tutanakları, Acta Neuro - Psychiatrica, I - 4, 1952.
SAMUK, Fevzi — Psikiyatrik hastalıkların Türkiye Coğrafyasına Dağılımı, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Uzmanlık tezi, 1978.
SARGANT, William — SLATER, Eliot — Physical Methods of Treatment in Psychiatry, E. and S. Livingstone, Ltd., Edinbourgh, 1944.
SCHADE, J. P. and FORD, Donald H. — Basic Neurology, Elsevier Publishing Co., 1965.
SCHMIDT, Richard P. — WILDER, B. Joe — Epilepsy, Contenporary Neurology Series 2, F. A. Davies Co., Philadelphia, 1968, 210 pp.
SEGLAS, J. — Leçons cliniques, Paris, 1895. (cit. : MICHAUX, Psychiatrie, 1956).
SEYİSOĞLU, Rahmi — Adlî Tıp El Kitabı Yeni Matbaa, İstanbul, 1956.
SHADER, Richard I — Psychiatric complication of medical drugs, Raven Press

Publishers New York, 1972.
SHEPHERD, Michael — DAVIES, D. L. — Studies in Psychiatry, Oxford univ. press, New York, 1968.
SIVADON, P. — Les psychoses puerperales et leurs sequelles. L'encephalite psychosique post - puerperale, These, Paris, 1933 (cit. : MICHAUX, Psychiatrie, 1956).
SJÖRGEN, T. SJÖRGEN, H. — LINDGREN, A. G. H. — Morbus Alzheimer and Morbus Pick (A. genetic, clinical and patho - anatomical study), Acta psyhiat. et neurol, scandinav., 1952, suppl 82 : 152 pp.
SLATER, Eliot — ROTH, Martin (eds.) — MAYER - GROSS SLATER and ROTH Clinical Psychiatry, Bailliere, Tindall and Cassell, London, 1954.
SMYTHIES, J. R. — COPPEN, Alec. — KREITMAN, Norman — Biological Psychiatry, Springer Verlag New York Inc., 1968.
SOLOMON, P. — Medical management of drug dependence. JAMA, 206 : 1521 - 1526, 1968.
SOLOMON, Philip — PATCH, Vernon D. — Handbook of Psychiatry, Lange Medical Publications, Los Altos, California, 1969.
SONGAR, Ayhan — Freud teorisinde doğumdan püberteye kadar «Libido»nun tetkiki, İstanbul Seririyatı, 4 - 5, 1951.
SONGAR, Ayhan — Çeşitli psikozların tedâvisinde kullanılan chlorpromazine (Largactil)in merkezî sinir sistemine tesirleri, Doçentlik tezi, İstanbul, 1956.
SONGAR, Ayhan — LSD - 25 (d - Lysergic acid diethylamide)'in merkezî sinir sistemine tesirleri hakkında, Acta Neuro - Psychiatrica, V - 3 - 4, 1957.
SONGAR, Ayhan — Psikonevrozlar, İstanbul Klinik Dersleri, XIV, 5 - 6, 1958.
SONGAR, Ayhan — Thrombo - Phlebitis vak'alarında müşahede edilen anxiete hali münâsebetiyle, Acta Neuro - Psychiatrica, VI, 3 - 4, 1958.
SONGAR, Ayhan — Paralizi Jeneral, Türk Hekimler Dergisi, 1 - 2, 1959.
SONGAR, Ayhan — Psikiyatride yeni bir ilâç «R 1625», Türk Hekimler Dergisi, 1 - 3 - 6, 1959.
SONGAR, Ayhan — Sinir Sistemi Fizyolojisi, 3 cilt, Kader Matbaası, İstanbul, 1959.
SONGAR, Ayhan — Psikoaktif denen ilâçların merkezî sinir sistemine tesirlerinin tecrübî etüdü, Türk Tıp Cemiyeti Mecmuası, 4, 1960.
SONGAR, Ayhan — Alkolizma ve alkol zinnetleri, Yeşilay, 359, 1962.
SONGAR, Ayhan — Klinikte psikonevroz belirtisi veren bazı vak'aların elektroansefalografik tetkikleri münâsebetiyle, Klinik Symposium, Eylül 1962 - 2.
SONGAR, Ayhan — Psikiyatride rauwolfia serpentina alkaloidleri ve meprobamat kombinasyonu, Klinik Symposium, Cilt I, Sayı III, 1962.
SONGAR, Ayhan — Davranışın ayarlanması, Nöro - Psikiyatri Arşivi, 1 - 1, 1964.
SONGAR, Ayhan — Dil ve düşünce, Bilgi, 226, 1966.
SONGAR, Ayhan — İhtiyarlığın psikopatolojisi, XI. Millî Türk Tıp Kongresi, İzmir, 1966.
SONGAR, Ayhan — Suçlu akıl hastaları ve adlî tıp mevzuatımız, Symposium, 1968 - IV.
SONGAR, Ayhan — Tecrübî Epilepsi. Nöro - Psikiyatri Kongresi, İstanbul, 1967, Symposium, IV - 1968.
SONGAR, Ayhan — Barbitürat zehirlenmesi, Symposium, VIII - 1969.
SONGAR, Ayhan — Psikiyatri, İkinci Bası, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi yayınlarından, İstanbul, 1976.
SONGAR, Ayhan — Biyofizik ders notları, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Fiyoloji ve Biyofizik Kürsüsü tarafından teksir edilmiştir.

SONGAR, Ayhan — Psikiyatri (İkinci baskı), İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi yayınlarından, İstanbul, 1976.

SONGAR, Ayhan — Haşhaş Meselesi ve Türkiye, Hareket yayınları, İstanbul, 1974.

SONGAR A. — EKER E. — Kliniğimizde tetkik etmek fırsatını bulduğumuz iki kraniostenozis vakası. Symposium 2. Sayı 1976.

SONGAR A. — EKER E. — Nevrastenik ve depressif şikâyetlerle başvurarak latent diyabet tesbit edilen vakalar dolayısıyla diyabet'in psikiyatrik ön teşhis kriterlerinin gözden geçirilmesi, (1975 İzmir Millî Nöropsikiyatri Kongresinde tebliğ edilmiştir).

SONGAR A. — EKER E. — Karakter ve davranış bozukluğu şikâyetleri ön plânda olan sydenham koresi vak'alarında Haloperidol ile aldığımız sonuçlar. 14. cü Türk Pediyatri Kongresi tebliğ kitabı, 157 - 163. 1976.

SONGAR A. — KENDİROĞLU G. — EKER E. — Enteresan bir nazofarinks tümörü, Symposium 3. sayı 1976.

SONGAR, Ayhan — ADAM, Eflâtun — Şizofren ikiz kardeşler, Klinik Symposium, 1962 - I.

SONGAR, Ayhan ve EKER, Engin — Çocuk şizofrenisi vak'aları, Ulusal Pediatri Kongresi, İstanbul, 1976.

SONGAR, Ayhan — ZİYALAR, Adnan — Şizofreninin Psikastenik Şekli, V. Millî Nöro - Psikiyatri Kongresi Tutanakları.

SONGAR, Ayhan — SONGAR, Reyhan — AYKAN Talia, Bali — Bir üreme psikozu vak'asının endometrium tetkiki ve hormonla tedâvisi münâsebetiyle. Yeni Tıp Alemi, IX - 97, 1960.

SONGAR, Ayhan — ZİYALAR, Adnan — Psikiyatride Nialamide, Tıp Dünyası, Ağustos, 1961, Cilt 34, Sayı 8 (400).

STERN, K. — Principles of human genetics, San Francisco, Freeman, 1960.

SULLIVAN, Harry Stack — The modified psychoanalytic treatment of schizophrenia, (in : MILLOW, Psychopathology, 1967, pp : 217 - 227).

TALLMAN, Frank F. — Treatment of Emotional Problems in Office Psychiatry, McGraw - Hill Book Co., New York, 1961.

Tofranil, Thymoleptic to lighten depression — Geigy.

TÜKEL, Kenan — Nöroloji Kliniği seminerlerinden çeşitli notlar (yayınlanmamıştır) 1952, 1953 ve 1954.

TÜKEL, Kenan — Nöroloji, Üniversal Ofset Basımevi, İstanbul, 1966.

TÜRKER, Faruk — Psikoanaliz Hakkında Temel Bilgiler, Hüsnütabiat Matbaası, İstanbul, 1966.

TUNÇER, Müyesser — Diyabetli Anne Çocuğu, Ajans - Türk Matbaacılık Sanayii, Ankara, 1975.

TUNÇER, Müyesser — Diabetes Mellitus'lu annelerden doğan çocuklarda yenidoğan devresi ve ileri yaşlardaki problemlerin incelenmesi, Hacettepe Üniversitesi, Doçentlik Tezi, Ankara, 1972.

ULUER, Lâmia — SEYİSOĞLU, Rahmi — P. M. D. nin paranoid şekline dair, Acta Neuro - Psychiatrica, IV - 3 - 4, 1955.

USDIN, Gene L. (ed.) — Psychoneurosis and Schizophrenia, J. B. Lippincott Co. Philadelphia, Montreal, 1966.

UZMAN, Mazhar Osman — Akıl Hastalıkları, 2. baskı, Kader Matbaası, İstanbul, 1935.

UZMAN. Mazhar Osman — Tababeti Ruhiye, 3 cilt, 3 üncü Basılış, Kader Basımevi, İstanbul, 1947.

UZMAN, Mazhar Osman — Psychiatria, 4. baskı, İstanbul, Kader Basımevi, 1947.

ÜNVER, Süheyl — Türkiye'de Psikiyatri Tarihi üzerine, İ. Ü. Tıp Fak. Mecmuası, XXIII - 4, 1959.

ÜRGÜP, Fikret — Şizofreni (monografi), Baha Matbaası, İstanbul, 1964.

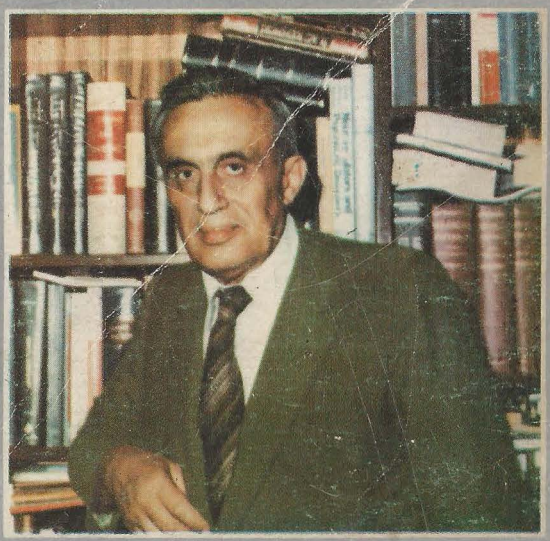
VELİOĞLU, Süleyman — Klinik tedâvileri süresince şizofrenlerin sanat ürünlerindeki değişmeler, Doçentlik tezi, İstanbul 1965.

WIKLER, Abraham — The Relation of Psychiatry to Pharmacology, Willams and Wilkins Co., Baltimore, 1957.

YENER, Beyza — SONGAR, Ayhan — Şizofreni tedâvisi esnasında uzun süren ensülin komaları, Türk Nöro - Psikiyatri Cemiyetinin 27.12.1950 tarihli toplantısında tebliğ edilmiştir.

ZİYALAR, Adnan — Afazide ve şizofrenide konuşma ve düşünce bozukluğunun Hanfmann - Kasanin test metodu ile tetkiki, Doçentlik tezi, İstanbul, 1968.

ZİYALAR, Adnan — Anorexia Nervosa - Güryay Matbaası, İstanbul, 1976.



Profesör Doktor Ayhan Songar, 1927 yılının 10 Temmuzunda Gönen'de doğdu. Asker çocuğudur. Bitlis'de başladığı ilk öğrenimini Mardin de, Mardin'de başladığı orta öğrenimini de Balıkesir'de bitirdi. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1950 yılında Tıp Doktoru olarak mezun oldu. Aynı üniversitenin Fizyoloji Kürsüsünde Prof. H. Winterstein ve Prof Meliha Terzioğlu ile, Psikiyatri Kürsüsünde Prof. Mazhar Osman Uzman ve Prof. İhsan Şükrü Aksel ile, Nöroloji Kürsüsünde Prof. Necmettin Polvan ile çalıştı. 1953 yılında Akıl ve Sinir Hastalıkları Mütehassısı ünvanını aldı.

1956 yılında Psikiyatri Doçenti, 1964 yılında da Profesör oldu. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi teşekkül ettiği zaman bu Fakültede Psikiyatri Kürsüsü'nü kurmak ve yonetmekle görevlendirildi. Halen bu Kürsünün başkanıdır. Ayrıca Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Fizyoloji ve Biyofizik Kürsüsünde öğretim görevi yanı sıra Adalet Bakanlığı Adlî Tıp Müessesesi Müşahedehâne Müdürlüğü vazifesini de yapmaktadır.

Evli ve bir çocuk babasıdır. Bir de torunu vardır.

Meslekî ve ilmî faaliyeti yanında çeşitli cemiyetlerde aktif görevler almış, bir süre İstanbul Tabib Odası Genel Sekreterliğini, uzun bir müddet de Türk Nöro-Psikiyatri Derneği Genel Sekreterliğini yapmıştır. Türk dili üzerine yayınları ve çalışmaları vardır. Türk Dilini Koruma Ve Geliştirme Derneği'nin kurucu üyelerindendir. Türk Edebiyat Vakfı'nın mütevelli Hey'eti üyesidir. Uyuşturucu maddeler ve alkol alışkanlıkları konusunda çalışmaları olmuş, 1974 yılında Helsinki'de toplanan Uluslararası Alkol ve Uyuşturucu Maddeler Politikası Seminer ve Symposium'unda Türkiye'nin haşhaş politikasını savunmuş, bu konuda Helsinki Televizyonundaiki röportaj yayınlanmıştır. Uluslararası Tıbbî Sibernetik Sosyetesinin de üyesidir. Bu konuda çeşitli kitap ve yazıları vardır. Amatör fotoğrafcıdır. Çeşitli sergilere katılmıştır.

Birçok ilmî araştırma, kongre tebliği ve gazete makalesinden başka «Sinir Sistemi Fizyolojisi», «Nöro-Psikiyatri», dört defa basılan «Psikiyatri» (Ders kitabı), «Haşhaş Mes'elesi ve Türkiye», «Beynimiz ve Sinirlerimiz». «Enerji ve Hayat», «Sibernetik» isimli telif kitapları, Luban-Plozza ve Pöldinger'den dilimize çevirdiği «Genel Tababette Psikosomatik Bozukluklar» isimli tercüme kitabı yayınlanmıştır. Symposium isimli tıbbi dergiyi 1962 yılındanberi yayınlamaktadır.

Serhat DAĞITIM
Recai Akpul TEL
Nuruosmaniye Caddesi 3/1 Cağaloğlu-İST. 264990

ÇETİN OFSET BASIMEVİ - 27 32 87

FİYATI: 600 TL.