

giren hastaları teorik olarak yanlışlıkla EPS (akatzizi) olarak tesbit etmiş olabiliriz. Bu özellik de çalışmamızda EPS gözükiş nisbetini yükseltmiş olabilir. Araştırmamızda akatzizinin yüksek oranda saptanması, yoksunluk sendromundaki anksiyenin yanlışlıkla akatzizi olarak değerlendirilmesinden ileri geldiği düşünülebilir. Teorik olarak böyle düşünülebilirse de biz akatziziyi saptarken büyük bir hata yaptığımızı sanmıyoruz.

#### Sonuç

En az üç aydan beri haloperidol-biperiden kombinasyonu uygulanan, kronik fonksiyonel psikotik hastaların %32.5 unda biperiden ile tedavinin sürdürülmesi gerekmemiştir. Hastaların %67.5 unda ise biperiden ili ekombine tedavinin sürdürülmesi gerekmiştir.

#### Kaynaklar

- 1- ARKONANÇ, Oğuz: Klinik tedavi bakımından ilaçların yol açtığı ekstrapiramidal sendromlar ve antiparkinson-antidiskinetik ilaçlar. Düşünen Adam, Cilt I, Sayı I, İstanbul 1984.
- 2- BAYSA, A.İ.: Ekstrapiramidal Sistem Hastalıkları, Ankara 1982.
- 3- Chouinard, G., and al: Extrapiramidal Rating

- Scale for İdiopathic and Neuroleptic-induced Parkinsonism and Dyskinesia,?.Montreal.
- 4- DAVIS, J.M.: Antipsychotic Drugs in Comprehensive Textbook of Psychiatry/III (ed.Kablan, Freedman, Benjamin) Baltimore 1980.
  - 5- Gandos, G.and Cole, O.: Maintenance Anti Psychotic Therapy: For whom and Howlong? in Psychopharmacology 1978.
  - 6- GRAHAME-SMİTH (ed.): Preclinical Psychopharmacology, Amsterdam 1983.
  - 7- HİPPIUS-WINOKUR (ed.): Clinical Psychopharmacology, Amsterdam 1983.
  - 8- KLEİN, D.F. and al: Diagnosis and Drug Treatment of Psychiatric Disorder, second ed. Baltimore 1980.
  - 9- MCİNDİS, M.and al: Withdrawal of Trihexphenidyl, Acta Psych. Scand. 1985:71:297-303.
  - 10- SOVNER, R.and DİMASCİO, A.: Extrapiramidal Syndromes and Other Neurological Side Effect of Psychotropic Drugs İn Psychopharmacology: A Generation of Progress (Lipton and al, ed.), New York 1978
  - 11- TYRER, P., J. (ed.) Drugs in Psychiatric Practice, London 1982.

## DİSSOSİYATİF BOZUKLUKLAR

Doç. Dr. Oğuz ARKONANÇ\*, Dr. İlknur KOÇAK\*

#### ÖZET:

Bu yazıda dissosiyatif bozukluklar DSM-III esaslarına göre gözden geçirilmiştir.

#### SUMMARY:

In this article, dissociative disorders have been reviewed on the basis of DSM-III criteria.

#### ANAHTAR KELİMELELER:

Dissosiyasyon, amnezi, fug, çoğul kişilik, depersonalizasyon.

\* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

DSM-III'e göre Dissosiyatif bozuklukların temel özellikleri şöyledir:

"Bilinç, kimlik ya da motor davranışın normalde integratif olan işlevlerinde ani ve geçici değişiklik" sonucu ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklardır. Bu değişiklik bilinçte ise, önemli kişisel olaylar anımsanmaz. Kimlikte ortaya çıkarsa, ya bireyin alışlagelen kimliği geçici olarak unutulur ve yeni bir kimlik takınılır ya da kişinin alışlagelen kendi gerçeklik duygusu tamamen kaybolur ve yerine bir gerçek kişilik duygusu gelir. Motor davranışta ise, aynı zamanda kimlik veya bilinçte de bir bozukluk vardır. Bellekte bir bozukluk olmamasına rağmen depersonalizasyon bozukluğu da dissosiyatif bozukluklara eklenmiştir. Çünkü bunda da kimliğin önemli bir komponenti olan kendi gerçeklik duygusu bozulmuştur.

Dissosiyatif bozukluklar karakteristik olarak ani başlar ve bitirler, epizodlar spontan ya da psi-

\*Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

kolojik çatışmaya neden olan duygular, duygusal travmalar ile ortaya çıkabilir. Amnezi, kafa travması sonucu da olabilir. Hafif travmalarda psikolojik köken düşünülmeli, ağır olanlarda ise histe-rik komponentin gizli kalabileceği unutulmamalıdır. Bulgular genellikle çeşitli, karmaşık ve zor ayrılabilir. Hepsinde bir grup mental olgunun istemli olarak bilince çıkarılmayışı ve bunların uygun koşulda bilinçliliğe dönme eğilimi vardır. Formlar arasındaki farkları şu üç faktör belirler:

- 1) Histerik dissosiyasyon epizodunda bilinçliliğin durumu
- 2) Amnezinin oluşumu
- 3) Epizoda katılan kişilik ve davranış değişmelerinin derecesi

### PSİKONEJİK AMNEZİ

Temel özellik önemli kişisel bilgileri anımsamada ani bir yetersizlik ve bu yetersizlik organik bozukluğa bağlı değildir. Bozukluğun düzeyi alelade unutkanlıkla açıklanamayacak kadar büyüktür.

Anımsamada dört tip bozukluk vardır. En yaygın tipi, laküner (sınırlı) amnezidir. Hastalar birdenbire belli bir süreye ait bellek kayıpları olduğunu farkederler. Sistematize (seçici) amnezide ise sadece özel ve ilişkin geçmiş olguları unuttular. Az görülen genel amnezide birey geçmiş tüm yaşamını unuttur. Sürekli amnezide ise şimdiki zaman dahil olur olmaz her şeyi unuttular. Süregelen bir amnezi nöbeti sırasında, şaşkınlık, yönelim bozukluğu ve amaçsız dolaşmalar ortaya çıkabilir. Kişi genellikle anımsamadaki bozukluğun farkındadır.

Eşlik Eden Özellikler: Amnestik dönem sırasında bellek bozukluğuna yönelik kayıtsızlık olabilir. Post-travmatik stres bozukluğu da birlikte bulunabilir.

Psikojenik amnezi en sık olarak ergen ve genç erişkin kadınlarda, nadiren yaşlılarda görülür. Savaş sırasında genç erkeklerde görülmesi artar. Çoğunlukla ciddi bir psikososyal stresi izleyerek ani başlar ve ani sona erer. İyileşme tamdır ve nüskeler nadir olarak görülür. Komplikasyonu yoktur.

DSM-III'e göre tanı ölçütleri:

A) Önemli kişisel bilgileri anımsamada alelade unutkanlıkla açıklanamayacak derecede yaygın ani bir yetersizlik.

B) Organik mental bozukluğa bağlı değildir. (Alkol intoksikasyonundaki bellek boşlukları gibi)

ÖRNEK: Bayan M. boşanmış olan anne ve babasından ilgi görememekten yakınan birisi olup hamileyken nişanlısı tarafından terk edilmek, annesinin yanından ayrılmak zorunda kalmak gibi travmatik olaylar yaşamıştı. Babası ve iki erkek kardeşi ile yaşadığı ortam sürekli bir gerilim po-

tansiyeli taşımaktaydı. Giderek artan anksiyete, depresyon, yalnızlık duygusu, baş ağrısı, yorgunluk, uykusuzluk yakınmaları olan bayan M. son zamanlarda tanıştığı bay T. ile iyi bir ilişki kurabilmiş ve onda bulabildiği barış ve huzuru evdeki gerilime karşı alternatif olarak kabullenmişti.

Acil servise polis tarafından getirildiğinde, öğleden beri süregelen yedi saatlik bir amnezisi vardı. Evden son zamanlardaki rahatsızlığı nedeniyle bir doktora gitmek üzere çıkmıştı ve otobüse binene dek olanları kolaylıkla anımsıyordu. Sonra ilk anımsadığı polis merkeziydi.

Klinikte durumu giderek düzeldi, ancak amnezisi sürüyordu, fakat bu amnezi onu telaşlandırmıyordu. Durumu çözmeye çalışan doktorun elindeki tek bulgu hastanın sık sık gördüğü bir rüyaydı. Burada bayan M. bir araba parkında yardım arayan bir kadın görüyor, yardım edeceğine inandığı bir adama doğru koşuyordu. Bazen bu kadının kendisi olduğunu düşünüyordu.

Sonunda doktor hipnoz uygulamaya karar verdi ve hipnozda rüyayı başlangıç odağı olarak kullandı. Seans sırasında olaylar ortaya çıktı. Bayan M. doktorunu yerinde bulamamış, hayal kırıklığı ile bay T.'nin işyerine gitmiş, orada T.'yi arabasına binerken görmüş, ancak yetişememişti. Sonra polisler onu park alanında şaşkın dolaşırken bulmuşlardı.

Bütün bu olanlar bayan M.'nin ailesi ve arkadaşlarının ilgisini toplamasına neden olmuş ve bu da oluşturduğu ikincil kazançla bayan M.'nin iyileşmesini güçleştirmişti.

### PSIKOJENİK FUG

Temel özellik, yeni bir kimlik takınma ve kişinin önceki kimliğini anımsamada bir yetersizlikle birlikte evden ya da ahşıl gelmiş iş yöresinden uzakta bir yere ani, beklenmedik bir yolculuktur. Şaşkınlık ve yönelim bozukluğu ortaya çıkabilir. İyileştikten sonra fug sırasında olan olaylar anımsanmaz.

Bazı olgularda bozukluk tamamen yeni bir kimlik takınma ile kendini gösterebilir. Bu kimlik tipik olarak sakin ve tümüyle alelade özellikler taşıyan önceki kişiliğe göre, daha çok topluma karışan ve daha inhibisyonuz çizgilerle belirlenmiştir. Biri kendine yeni bir mekan seçmiş, iyi entegre olmuş kompleks sosyal aktivitelere katılmış olabilir ve kendisinde mental bozukluk olduğunu düşündürecek hareketleri yoktur. Bununla birlikte bir çok olgu kısa ve görünürde bir amacı olan yolculuktan ötesini içerir. Bu olgularda sosyal ilişkiler minimaldir, hatta kaçınılmıştır. Eğer ortaya çıkmışsa, yeni kimlik tamamlanmıştır. Bazen başka bir kişiye ya da eşyaya karşı şiddet patlamaları görülür. Bununla birlikte bireyin yol-

culuk etmesi ve davranışının psikojenik amnezide görülen başıboş dolaşmadan daha amaçlı olması gereklidir.

**Eşlik Eden Özellikler:** Bilgi yok.

Her yaşta görülebilir. Alkol predispozisyon yaratabilir. Ciddi psikososyal stresler sonrasında görülebilir. Genellikle kısa sürelidir, hızla iyileşir ve niüks görülmez. Komplikasyonu yoktur. Fug sırasında geçmiş yaşamdan tamamen habersizdirler. Ancak amnezinin tersine unuttuklarının farkında değillerdir. Önceki kişiliklerine döndüklerinde de kaçış süresini unuttular.

**DSM-III'e göre tanı ölçütleri:**

A) Kişinin geçmişini anımsamada yetersizliği ile birlikte evinden ya da alışageldiği işyerinden uzaklara beklenmedik yolculuğu.

B) Kısmen ya da tam bir kimlik takınma.

C) Organik mental bozukluğa bağlı değildir.

**ÖRNEK:** Bay A.B. bir gün bankadan para çekerek bazı faturalarını ödemiş, arabasına binerek bulunduğu şehirden ayrılmıştır. Yaklaşık iki ay sonra başka bir ilde altı hafta önce bir dükkan kiralayıp kırtasiye, konfeksiyon gibi eşyalarla doldurmuş olan, kimseye egzantrik, alışılmadık gelmeyen, kendisini K.B. olarak tanıtan adam korku içinde uyanmış, çevresine bakınmış, dışarı fırlayarak, nerede olduğunu sormuştu. Daha sonra adının A.B. olduğunu, dükkan işlerinden hiç anlamadığını ve son anımsadığı şeyin - daha dün gibi görülmekteydi - bankadan para çekmek olduğunu söylemişti. İki ayın geçtiğine inanamıyordu.

Evine döndüğünde yolculuğundaki iki ay için tam bir amneziye sahipti. Diğer şehire gidene dek süren iki hafta hakkında bilgi edinilemedi. Ancak yeni komşuları onu sessiz, alışkanlıklarında düzenli, garipliği olmayan biri olarak tanımladılar.

### ÇOĞUL KİŞİLİK

Temel özellik, bireyde her biri belirli zamanlarda egemen olan iki ya da daha fazla kişiliğin varlığıdır. Her kişilik kendi periyodunda davranışlarının doğasını ayarlar. Bir kişilikten diğerine geçiş ani ve genellikle dramatiktir. Her durumda diğer kişilikler ve onların baskın olduğu zamanlar hakkında amnezi vardır. Sıklıkla kişiliklerden biri böyle bir amnezi ile sınırlandırılmamıştır ve diğer kişilerin varlıkları, nicelikleri ve aktiviteleri hakkında tam bir uyanıklığa sahiptir. Her kişilik tamamen yapılanmıştır. Karakteristik tavırlar, kişisel ilişkiler ve davranış yöntemleri ile ilgili anıların oluşan yüksek bir kompleks setidir.

Diğer kişiliklerin sürelerine ait amnezi dışında genellikle bir gariplik görülmez. Yeterince uzun süreli bir gözlemlen mental işlevde ani bir duraksama görülebilir.

**Eşlik Eden Özellikler:** Kişiliklerden biri ya da

daha fazlası, açıkça uyum bozukluğu ya da özgün, ayrı bir mental bozukluk gösteren başka bir kişilikle yer değiştirebildiği gibi, belirli ölçüde bir uyumla da işlev görebilir. Çalışmalar aynı bireydeki değişik alt kişiliklerin fizyolojik ve psikolojik ölçümlere farklı yanıtlar verebildiğini göstermiştir.

Alt kişiliklerden biri ya da daha fazlası karşı cinsten, farklı yaştan ya da ırktan olduğunu bildirebilir. Kişiliklerden biri ya da daha fazlası bir diğerinin ya da daha fazlasının sesini duyduğunun farkında olabilir veya onlarla konuştuğunu ya da etkinliklerine katılmış olduğunu bildirebilir. Bu içsel konuşmalar ve kişinin aslında esas kişiliğinin dissosiyası bir görünümü olan diğer kişilerle bazı etkinliklere girmiş olduğuna inanması, diğer hılasinatuar ve deliran yaşantı şekillerinden ayırt edilmelidir. Çoğul kişilikli bireylerde somatoform bozukluklar ve fizik durumları etkileyen psikolojik faktörler daha yaygındır.

Erken çocuklukta ya da daha geç başlayabilir. Ergenlik dönemine dek tanı nadiren konabilir. Diğer dissosiyatif bozukluklara göre kronik gidiş eğilimi taşır, tam iyileşme daha azdır. Geçici psikotik nöbetler, psikoseksüel bozukluklar ve başka yerde sınırlanmamış impuls kontrol bozuklukları komplikasyon olarak ortaya çıkabilir.

**DSM-III'e göre tanı ölçütleri:**

A) Bireyde her biri belirli zamanlarda egemen olan iki ya da daha fazla farklı kişiliğin varlığı,

B) Herhangi belirli bir zamanda egemen olan kişilik bireyin davranışını belirler.

C) Tek tek her kişilik komplekstir, kendine özgü davranış kalıpları ve sosyal ilişkileri ile bütünleşmiştir.

**ÖRNEK:** Bayan M.B. altı aydır yürüyememe yakınması ile hastaneye geldiğinde subjektif bir duyu kaybından başka hiçbir patoloji yoktu. Öyküsünde üç yıl öncesine kadar neşeli, rahat bir hayat süren M.B.'nin bu tarihte bir dinsel gruba katılarak içki, sigara, parti ve danstan uzaklaşması dikkati çekiyordu. Yürüyememe yakınması altı ay önce herhangi bir patolojiye neden olmayan trafik kazası sonrası başlamıştı. Aynı zamanda kendisine istemediği şeyleri yaptırın ve söyleten bir sestən yakınıyordu.

Bu bulgularla konversiyon reaksiyonu olduğuna karar verildi. Bir görüşme sırasında ona emir veren sese kendisini bırakması istendi. Dramatik bir kasılma ve öne arkaya sallanmadan sonra canlı, neşeli bir tavırla hastalık olandan kurtulduklarını belirtti. Adının H.S. olduğunu söyledi, yakınmaları ve onunla ttek bir kişilik olma önerilerini reddetti. Tekrar telkinle M.B. haline döndüğünde uyumuş olduğunu belirtti. M.B., H.S.'den tamamen habersizdi.

## AYIRICI TANI

**ŞİZOFRENİ:** Rastgele bir gözlemde dissosiyatif trans durumu sıklıkla katatonik stuporu andırır. Bazen güç ayrılır, özellikle histerik hasta negativistik ise ya da tüm dissosiyatif mekanizmaların çalışması nedeni ile iletişim kurulamıyorsa, iletişim sağlandığında şizofreninin düşünce ve duyguların karakteristiklerinin olmadığı görülür.

**POSTKONSUSYONEL AMNEZİ:** Bunda, anımsama bozukluğu sınırlı olmakla birlikte sıklıkla retrograddır, kafa travmasından önceki bir zaman dilimini kapsar. Psikojenik amnezide ise anımsama bozukluğu hemen daima anterogradır. Kafa travmasını izleyen retrograd amnezi yaşça kaybolur ve genellikle bellek tam olarak düzelmez. Histerik amneziden kurtulma çabuk ve tamdır. Şüpheli durumlarda hipnoz kullanışlı bir tanı aracıdır.

**TEMPORAL LOB EPİLEPSİSİ:** Bellek bozukluğu ani başlangıçlıdır ve nöbet sırasında genellikle motor anormallikler vardır. Eğer bir yolculuk içeriyorsa motor aktivite basittir ve yani bir kimlik takınma yoktur. Yinelenen EEG'ler ile temporal lob işlev bozukluğu ortaya konabilir.

Temporal lob epilepsisi olan bazı hastalarda, interiktal fazlarda tipik dissosiyatif semptomlar gösterdikleri son klinik çalışmalarda anlaşılmış ve tanıyı zorlaştırmaktadır. Bu bulgunun gerçek klinik, bilimsel bulguları halen açıklanamamıştır. Fakat gelecekteki dissosiyatif fenomeni olası nörolojik ilişkilerine ve belki sonuç olarak tedavi düzenlerine ilişkin araştırmalara yol gösterecektir.

**TEMARUZ:** Ayırıcı tanı oldukça zordur. İkincil kazanç varlığı temaruzu düşündürür. Hipnoz ya da amital görüşmesi yararlı olabilir.

## DEPERSONALİZASYON BOZUKLUĞU

Temel özellik sosyal ya da mesleki yetersizliğe neden olan bir ya da daha çok nöbetin ortaya çıkmasıdır. Nöbette iç akıl işlevleri ve dış olaylar daha önceki gibi gitmekte, öte yandan her şey değişik ve artık o kişiyle hiçbir ilişkisi kalmamış gibi görünmektedir. Kişiye vücudunun parçaları ya da iç fiziksel varlığı yabancı görülebilir. Sık görülen ve zorluk yaratan bir belirti duyguları yaşama kapasitesinde azalmadır. Birey kendini mekanik ya da rüyadaymış gibi hissedebilir. Değişik tipte duysal anesteziyer ve konuşmayı da içeren eylemlerinin tam kontrol altında olmadığı duygusu sıklıkla bulunur.

**Eşlik Eden Özellikler:** Derealizasyon sıklıkla. Dış dünyanın gerçeklik duygusu kaybolmuştur. Objelerin biçim ve büyüklüklerini değişik algılamaya yaygındır. Yanısıra baş dönmesi, anksiyete,

depresyon, zaman ve yer duygularında bozulma, delirme korkusu, seyrek olarak da çift olma hissi gibi belirtiler vardır.

Hastaların çoğunda semptomlar ani olarak belirlir. Genellikle 15-30 yaş arasında görülür. 30 yaşından sonra çok azdır. Son klinik çalışmalar kadınlarda iki kat çok görüldüğü yönündedir. İzleme çalışmaları olguların yarısından çoğunun kronik gidişli olduğunu göstermiştir. Düzelme ve alevlenmeler belirgindir. Alevlenme hafif bir anksiyete ya da depresyonun ardından gelebilir. Yorgunluk, toksit madde intoksikasyonundan iyileşme, hipnoz, meditasyon, fizik ağrı, anksiyete, depresyon, askeri çatışma ya da trafik kazası gibi ağır stresler predispozisyon yaratabilir.

DSM-III'e göre tanı ölçütleri:

A) Sosyal ve mesleki işlevlerde yetersizlik oluşturmaya yeterli bir ya da daha fazla depersonalizasyon nöbeti.

B) Semptom şizofreni, affektif bozukluk, organik mental bozukluk, anksiyete bozukluğu ya da epilepsi gibi herhangi bir bozukluğa bağlı değildir.

**ÖRNEK:** Bir hasta şöyle anlatıyordu:

"Halsizlik ve baş dönmesi ataklarımdan yakınıyordum. Yorgunluklarının tam tepe noktasında gördüğüm ya da duyduğum hiçbir şeyi anlayamıyordum. Kelimeler kulaklarımın bir çekiç gibi vuruyor ve insanlar rüyada gibi görünüyorlardı. Ataklar sırasında nerede olduğum konusunda hiç bir fikrim olmuyordu ve düşüncelerimi toplayabilmem birkaç dakikadan fazla sürüyordu. Bu his pek çok kez oluyor ve hatta bir gürültüyle ortaya çıkabiliyordu. Bazen zorlukla da olsa uyuyabiliyordum ama, uyuduktan sonra gerçekle karıştıracak derecede canlı karabasanlar görüyordum. Sıklıkla düşme ya da kafamın giyotinle kesildiği vahşi bir ölüm düşü görüyordum. Bazen gerçekten öleceğimi düşünüyordum. Çarpıntılarımı buna bağlıyordum. Hastalığımın başlangıcında sürekli yorgunluktan yakınıyordum. Sürekli bitkindim ve sıklıkla bir iş yaparken uyuyakalıyordum. Aksini düşünmeme rağmen sürekli helli bir doğrultu-

da yürümek zorunda kalıyordum veya düşüncelerimle ilgisiz konuşmalarım oluyordu. Nadiren zamanı tam algılayabiliyordum. Bazen gerçekleştirebileceğimden emin olduğum intihar düşüncelerim vardı. Sıklıkla boğulma hissi duyuyordum. Saplandığım en garip düşüncelerimden biri "çift" olduğum fikri idi. Biri düşünen diğeri davranan iki kişilik hissediyordum. Böyle zamanlarda dünyanın gerçek olduğu duygusunu kaybediyordum. Derin bir uykuya daldığımı hissediyor ve düşüncemin mi davrananım mı kendim olduğunu çıkarıyordum."

## AYIRICI TANI

Birçok psikiyatrik hastalıkta ortaya çıkabildiği için dikkatli olmak gereklidir. Şizofreni, affektif bozukluklar, organik mental bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve epilepside bir semptom olabilir. Psikomimetik ilaçların neden olduğu gerçeklik duygusundaki bozukluk atlanmamalıdır. Dikkatli bir öykü ve akıl muayenesi gereklidir. Ciddi bir nörolojik muayene ile epilepsi ve tümör olasılığı dışlanmalıdır.

## ATİPİK DISSOSİYATİF BOZUKLUK

Özgün bir dissosiyatif bozukluk için doyurucu ölçütleri bulunmayan bireyler için kullanılan kalıpla bir kategoridir. Trans benzeri durumlar depersonalizasyonun eşlik etmediği derealizasyon ve uzun, şiddetli, zorlayıcı ikna dönemlerine maruz kalmış kişilerde (Nazi toplama kamplarında kalan, beyin yıkama, düşünce reformu ve endokrinasyona uğrayan kişilerde) meydana gelebilen daha uzun dissosiyatif durumları içerir.

### ETKENLER:

Dissosiyatif bozuklukların nedenleri için çeşitli açıklamalar yapılmaya çalışılmıştır. Bunlardan bazıları yükselen retiküler aktive edici sistem, talamokortikal yansımalar ve diğer nörolojik yollar üzerinedir. Ancak şimdiye dek elde edilebilmiş nörofizyolojik bilgiler klinik varlığı ve açıklamaların yapılmasına yeterli olamamıştır.

Dissosiyatif histerinin kullanılan geleneksel açıklama-

ları Freud'un dinamik kavramlarına dayanır. Amneziye ya da diğer dissosiyasyon belirtilerine götüren mental içeriklerin bastırılması, rahatsız edici dışsal olaylardan, ya da anksiyete uyandıran içsel dürtü ve etkilerden uyanacak olan duygusal açıdan hastayı koruma mekanizması ürünüdür.

Konversiyonun ve dissosiyatif histerinin altında yatan temel mekanizma çözülmemiştir. Semptom konversiyonda olduğu gibi bir organdaki duyu ya da işlev kaybı olsun ya da dissosiyatif bozuklukta olduğu gibi bellek kaybı olsun, düşünceler, görüntüler, duygular, duyumlar ve dürtüler şeklindeki ilgili mental elemanlar kompleksinin belirgin uyanıklıktan uzaklaştırılmasıdır. Birlikte görünmeleri şaşırtıcı değildir.

Depersonalizasyon etyolojisinin araştırılmasında son çalışmalar çeşitli farmakolojik, nörofizyolojik ve yerel faktörler üzerine yoğunlaşmıştır. Psikomimetik ilaçların (Meskalin, LSD) kullanımını izleyerek ortaya çıkan algılama yanılsamaları arasında, gerçeklik duygusunda değişiklik en başta gelenidir. Temporal loblara verilen elektrik uyarısı ile depersonalizasyon fenomeninin olduğu gözlenmiştir. Pek çok yazar duyu kısıtlamasına maruz bırakılan kişilerde depersonalizasyon ortaya çıktığını söylemektedir.

### KAYNAKLAR:

- 1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)
- 2- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Freedman, A. M.: Comprehensive Text Book of Psychiatry, 1985

## MONOAMİNLERLE İLGİLİ YENİ ÇALIŞMALARLA İLİŞKİN KISA NOTLAR

Dr. M. Emin CEYLAN\*

### ÖZET

Bu derlemede yazar, yeni çalışmalarla birlikte monoaminlerdeki gelişmeleri incelemiştir. Bilindiği gibi monoamin teorileri bugünkü psikiyatrik hastalıkların etyolojisini açıklayıcı en önemli kuramsal ve deneysel yaklaşımdır. Yazı bu yönüyle önem taşır.

### SUMMARY

In this review, the author aimed to repeat the

monoamine theories with investigations. We know that monoamines are basic subject in biological psychiatry. Many author say that these are main etiological procedures in schizophrenia and especially bipolar and monopolar affective disorders. Because of this reason monoamines must be argued in all the ways.

Son yıllarda psikiyatride özellikle afektif hastalıklarla ilgili olan hipotezler, kendilerini mono-

\*Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Asistanı.