

Konfabulasyon (Masallama): İlgi Çeken Ancak Yeterince Bilinmeyen Bir Belirti

Dr. Duru GÜNDOĞAR¹, Dr. Serpil DEMİRCİ²

Özet / Abstract

Konfabulasyon, bellek boşluğu sonucunda, bilinçte herhangi bir etkilenme olmaksızın, istemsiz olarak ortaya çıkan masal anlatma, gerçek dışı bilgiler uydurma olarak tanımlanır. İlk kez 1889'da Korsakoff tarafından amnezik alkol hastalarında tanımlanmıştır. Konfabulasyonun anterior kommunikan arter yırtılması, kapalı kafa travması, Alzheimer hastalığı, beyin tümörleri gibi hastalıklarda da ortaya çıkabildiği bilinmektedir. İki türü tanımlanmıştır: Bellekteki boşluğu doldurma amacını taşıyan, soru sorulduğunda ortaya çıkan anlık (uyarılmış) konfabulasyon ve bellek boşluğunu doldurma amacını aşan, kendiliğinden oluşan, gerçek bellek kayıtlarından köken alabilen, ayrıntılı, istek doyurucu, büyülenmeci öğeler içeren düşlemsel (kendiliğinden) konfabulasyon. Uyarılmış konfabulasyona özgü bir anatomik bölgeden söz etmek mümkün değildir. Kendiliğinden konfabulasyonlar ise bazal önbeyin ve posterior orbitofrontal korteks lezyonları sonucunda oluşur. Bugüne kadar konfabulasyonların oluş düzeneği konusunda yürütücü/yönetici işlevler, bellek kayıtlarında zaman-mekan bağlamı ve bellek denetleme süreçlerini içeren pek çok denence öne sürülmüştür. En yaygın kabul gören denence frontal devrelerde işlev bozukluğunun varlığıdır. Frontal devrelerdeki işlev bozukluğunda, bilgiyi geri çağırmadaki bozukluğun konfabulasyona neden olduğu düşünülmektedir. Bellekten bilgiyi geri çağırma süreci ipuçlarını belirleme, bu ipuçlarını yaşantısal bellek kayıtları ile karşılaştırma ve gerçeği denetleme aşamalarını içerir. Bu hastalarda bellekte gerçeği denetleme aşamasında bozukluk olduğu düşünülmektedir. Bu makalenin amacı konfabulasyonun tanımını, klinik, nöroanatomi ve nöropsikolojik özelliklerini gözden geçirmek ve araştırılması gereken konuları klinisyenlerin dikkatine sunmaktır.

Anahtar Sözcükler: Konfabulasyon, frontal lob, bellek

SUMMARY: Confabulation: A Symptom Which is Intriguing But Not Adequately Known

Confabulation has been defined as falsification of memory occurring in clear consciousness in association with an organically derived amnesia. It was first described by Korsakoff in 1889, in alcoholic amnesic patients. Later studies showed that confabulation is also seen in a variety of other pathologies such as anterior communicating artery rupture, traumatic brain injury, Alzheimer's disease, and brain tumors. Two forms of confabulations have been described: Momentary (provoked) confabulation which is produced in response to questions, for compensating the gaps in the memory; and fantastic (spontaneous) confabulation consisting of accounts with a kernel of truth with grandiose and wish-fulfilling characteristics. There is no specific localization for provoked confabulations. However spontaneous confabulations appear as a result of basal forebrain and posterior orbitofrontal cortex lesions. There are numerous hypotheses trying to explain confabulations with reference to impairments of general executive dysfunction, temporality and memory-control processes. The most widely accepted hypothesis is the presence of a frontal network dysfunction. As a result of frontal network dysfunction, a deficit in retrieval more than one of encoding, consolidation or storage is thought to underlie confabulation. Normal process of memory recall consists of evaluation of the cues for retrieval, the matching of the cues with episodic memory and reality monitoring. One possible explanation for confabulations is that these patients have a defective reality monitoring, i.e. they have lost the checking procedure in memory retrieval. This article aims to review the description, clinical, neuroanatomical and neuropsychological correlates of confabulation and raise clinicians awareness of the phenomenon and the problematic areas that need to be clarified related to confabulation.

Key Words: Confabulation, frontal lobe, memory

¹Yrd. Doç., Psikiyatri AD., ²Doç., Nöroloji AD., Süleyman Demirel Ü Tıp Fak., Isparta.
Dr. Duru Gündoğar, e-posta: durugundogar2000@yahoo.com

GİRİŞ

Psikiyatride yaygın olarak kullanılan, ancak net olarak tanımlanmamış ve farklı biçimlerde yorumlanabilen terimler mevcuttur. Konfabulasyon da bu terimlerden biridir (Berlyne 1972, Johnson ve ark. 1997, Talland 1961, Whitlock 1981).

Konfabulasyon sözcüğünün tarihi 15. yüzyıla kadar uzanır. Latince fabulari sözcüğünden türeyen fabulation ve Fransızca confabulation günümüzde kullanılan konfabulasyon ile ilişkili kelimelerdir (Rey 1995). İngilizcede 15. yüzyılda confabulation sözcüğünün kullanımına rastlanmaktadır. Pek çok başka dilde de benzer seslik yapıya sahip olan sözcük, İngilizcede 'sohbet, havadan sudan konuşma' anlamına gelir (Berrios 1998). Öztürk konfabulasyonu masallama ya da masal uydurma olarak ifade etmiştir (Öztürk 2002).

Neredeyse yüz yıldır klinisyenlerin ilgisini çeken konfabulasyon, tıptaki klasik biçimiyle, organik sebeplerle bellekte oluşan boşlukları doldurmak amacıyla, istemsiz olarak hayali ya da gerçek dışı öyküler uydurma olarak tanımlanır (Berlyne 1972, Chow ve Cummings 2000). Bir diğer tanımla kişinin çevresi, kendisi ya da dış gerçeklikle ilgili anlattığı yanlış ya da hatalı bilgilere konfabulasyon adı verilir (Dab ve ark. 1999). Bu terimle ilgili ilginç tanımlamalar yapan yazarlar da vardır. Moscovitch (1989) konfabulasyonu 'dürüst yalan söyleme' olarak ifade ederken, Barbizet 'hatırlayamadığını hatırlayamama' tanımına yer vermiştir (Barbizet 1963, Benson ve ark. 1996). Konfabulasyonların içeriği akla yakın ve gerçekçi olabildiği gibi, tuhaf ve düşlemsel (fantastik) de olabilir (Kopelman 1987, Moscovitch ve Melo 1997). Her durumda hasta bellek probleminin farkında değildir.

İlk olarak Korsakoff (1889/1996), amnezisi olan alkol bağımlısı hastaların, yaşanmış olaylarla ilgili ayrıntılar hakkında gerçek dışı bilgiler ürettiğini saptamış, bu yanlış-anımsamalar kısa süre sonra konfabulasyon olarak adlandırılmış ve sonraki araştırmalarla daha farklı sebeplerle de ortaya çıktığı belirlenmiştir (Benson ve ark. 1996, Burgess ve Shallice 1996, Fotopoulou ve ark. 2004, Turnbull ve ark. 2004).

Korsakoff'un tanımını izleyen dönemde, Bonhoeffer (1904) (Berlyne 1972'den aktarılmıştır), hastanın bellekteki bir boşluğu doldurmak için gerçekleştirdiği anlık (momentary) konfabulasyonla, bu bellek boşluğunu doldurma amacını aşan düşlemsel (fantastik) konfabulasyonları tanımlamıştır. Aradan yüz yıl geçmiş olmasına rağmen Bonhoeffer'in konfabulasyon sınıflandırması

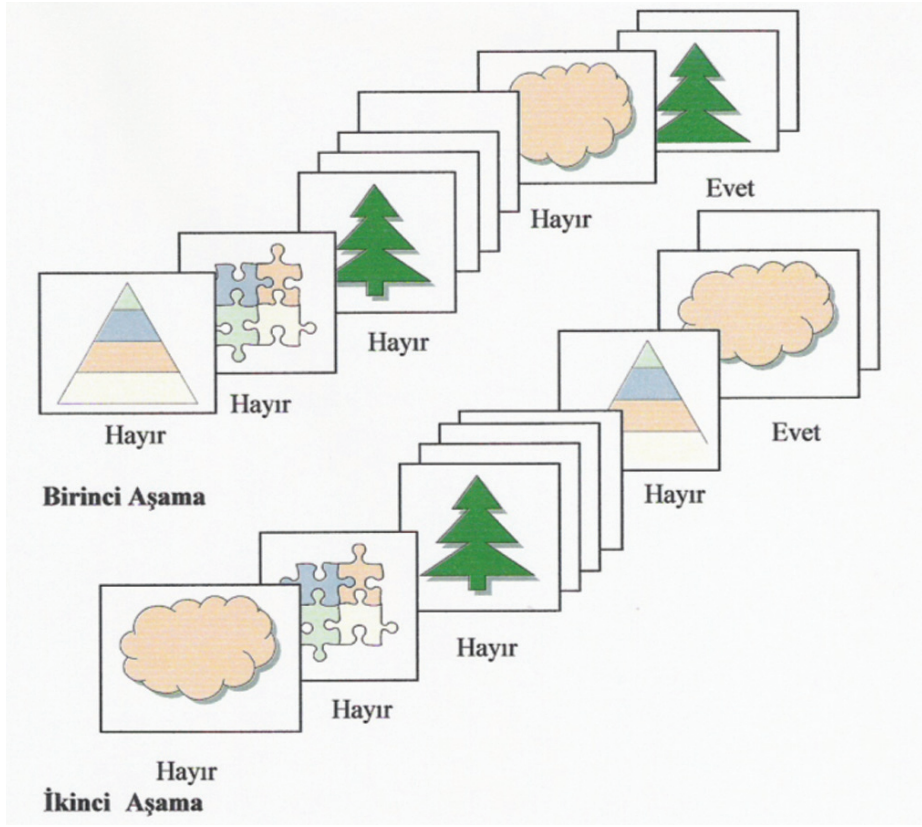
halen geçerliliğini korumaktadır (Berlyne 1972, Dab ve ark. 1999, Johnson ve ark. 1997). Anlık konfabulasyonda hasta bellek boşluğunun yarattığı sıkıntıyı gidermek için gerçek olmayan bilgiler verir. Düşlemsel konfabulasyonda ise hasta bellek boşluğunu doldurmanın ötesine geçen ayrıntılı ve renkli öyküler anlatır. Berlyne (1972) de bu iki türden söz etmiş, anlık konfabulasyonun görüşmecinin sorduğu sorular sonucunda oluştuğunu ve zamansal açıdan yer değiştirmiş gerçek bellek öğeleri içerdiğini belirtmiştir. Diğer taraftan düşlemsel konfabulasyonlar kendiliğinden ortaya çıkar, gerçek bellek kayıtlarına dayanmaz ve sıklıkla istek doyurucu ve büyülenme temalar taşır (Feinberg 1997, Kapur ve Coughlan 1980, Schnider 2000, Schnider 2003).

Konfabulasyonu, kendiliğinden (spontan) ve uyarılmış (provoked) konfabulasyon olarak sınıflandıran yazarlar da vardır. Bu ayırıma göre kendiliğinden konfabulasyon daha çok düşlemsel konfabulasyonu ifade ederken, uyarılmış konfabulasyon anlık konfabulasyon anlamında kullanılmaktadır. Son dönemde yeni yazarlar genellikle bu iki farklı sınıflama özelliklerini bir arada ele alarak kendiliğinden konfabulasyon tanımını 'düşlemsel, ayrıntılı, kapsamlı, büyülenme, hastanın günlük yaşamı ile ilgili olan bellek çarpıtmaları' olarak kullanmaktadırlar (De Luca ve Cicerone 1991, Fischer ve ark. 1995, Schnider 2001, Schnider 2003).

Bu yazıda konfabulasyonun klinik özellikleri, anatomik temelleri ve içerdiği nöropsikolojik süreçleri ele alan çalışmaların gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla "konfabulasyon", "frontal lob", "bellek", "yürütücü-yönetici işlevler" anahtar sözcükler olarak belirlenmiş ve ayrı ayrı ve birbirleriyle eşleştirilerek 1960-2006 yılları arasında PubMed, Psycinfo, Ebscohost ve Türk Tıp Dizini veri tabanları taranmıştır. Adı geçen kaynaklar Toronto Üniversitesi Tıp Fakültesi Gerstein Bilim Bilgi Merkezi, 'Sunnybrook and Women's College Health Science Center' kütüphanesi ve TÜBİTAK Cahit Arf Bilgi Merkezi'nden sağlanmıştır. Konfabulasyon görüngüsü ile ilgili eski kuramlar günümüzde de geçerlilik taşımaya devam etmekte ve konfabulasyon konusu pek çok belirsizlik içermektedir. Bu sebeple, kuramlar ve görüşlerin zaman içindeki gelişimini aktarırken, konu bütünlüğünü sağlayabilmek için yazıda görece güncel olmayan kaynaklara da yer verilmiştir.

KONFABULASYONDA KLİNİK GÖRÜNÜM

Konfabulasyon sergileyen hastalara genellikle Korsakoff sendromu, beyin travması ya da anterior kommunikan arter yırtılması sebebiyle kliniğe yatırılan hastalar



ŞEKİL 1. Schnider'in Deney Modeli (Schnider 2000, 2001, 2003. Şekil Yazardan İzin Alınarak Uyarlanmıştır.): Birinci Aşamada Hastaya Bazıları Tekrar Olan Bir Dizi Resim Gösterilir. Deneklerden Tekrarlayan Resimleri Göstermesi İstenir. Bu Aşama Yeni Bilginin Öğrenilmesini Ve Hatırlanmasını Değerlendirir. İkinci Aşamada Aynı Resimler Değişik Sırada Gösterilir. Deneklerden 1. Dizide Gördüklerini Dikkate Almaksızın Sadece 2. Dizide Tekrarlayan Resimleri Belirtmesi İstenir. Evet ve Hayır Doğru Cevapları Göstermektedir.

arasında rastlanır. Yaygın amnezi saptanmayan bazı olgular bildirilmiş olsa da (Dalla Barba 1993, Dalla Barba ve ark. 1990, Delbecq-Derouesne ve ark. 1990, Moscovitch ve Melo 1997, Feinstein ve ark. 2000), bu hastaların hemen hepsi amneziktir. Ancak bu amnezi genellikle klinik açıdan belirgin düzeyde değildir. Hastanın günlük yaşamdaki aktiviteleri tamamen normal olabilir. Gerçeği bilmeyen bir klinisyen doğru sorgulamayı yapmadığı takdirde, hastayı tamamen normal olarak değerlendirebilir. Bu durumda sadece hastanın durumunu yakından takip eden bir kişi/ klinisyen hastanın gerçekteki durumunun farkında olmadığını ve beyin hasarını ihmal ettiğini fark edebilir (Schnider 2001).

Sağlıklı insanların düşünce içeriğinde olduğu gibi, konfabulasyon hastalarında da içerik açısından tercih edilen bazı ana temalar vardır. Bu ana tema, belirti süresince genellikle sabit kalır, ancak zaman içinde ana tema ile ilişkili başka bellek çarpıtmaları da ortaya çıkabilir. İçerik genellikle istek doyurucu olup, duygusal yüklülük içerir ve hastanın gerçek yaşantılarından özler barındırır (Turnbull ve ark. 2004). Ne var ki bu gerçek bellek izlerinin zaman ve mekan özellikleri çarpıtılmıştır. Örneğin anevrizma yırtılması nedeniyle kliniğe yatırılan diş hekimi hasta, hastalarının randevuları olduğunu sanıyor, bu sebeple sürekli hastaneden kaçıyor (Ptak ve Schnider

1999). Orbitofrontal korteks hasarı saptanan bir başka hasta sigortacıydı ve hastanede yatarken, gerçekte böyle bir durum olmadığı halde, ekonomi ile ilgili çok önemli bir toplantıya yetişmesi gerektiği konusunda ısrar ediyordu (Schnider ve ark. 1996a, Schnider ve ark. 2000).

Konfabulasyonun süresi değişkendir. Korsakoff sendromunda konfabulasyon genellikle hastalığın erken döneminde ortaya çıkar ve hastada süregelen amnezik sendrom yerleştiğinde ortadan kalkar. Ancak konfabulasyonun çok daha uzun sürdüğü olgular da bildirilmiştir (Berrios 1998, Feinberg 1997).

Hastanın yer ve zaman yönelimi bozuktur. Hastaneye neden yattığının farkında değildir, sıklıkla bellek problemini inkar eder (Schnider 2000, Schnider 2001, Schnider 2003). Anlattıklarının gerçek dışı özelliği ile yüzleştirildiğinde hasta şaşırır, bocalar ve bir açıklama yapmaya çalışır. Bu açıklamayı yaparken bir öncekinden daha da tuhaf ifadeler kullanabilir. Bazı yazarlar bu duruma 'ikincil konfabulasyon' adını vermişlerdir (Moscovitch 1989).

Hasta bu öyküleri anlatırken hekimi aldatmayı amaçlamaz, bu durumdan herhangi bir çıkarı yoktur ve gerçekte böyle yaptığının farkında değildir. Sonuç olarak konfabulasyon hastanın bellek bozukluğunun farkına

varmadığı bir ‘anosognozi’ olarak düşünülebilir. (Feinberg 1997, Moscovitch 1989, Talland 1965). Tüm bu özellikler Moscovitch’in aktardığı olguda da gözlenebilmektedir (Moscovitch 1989).

“61 yaşında erkek hastaya subaraknoid kanama sebebiyle anterior kommünikan arterde kliplene yapılmıştı. Daha sonra hastada sağ frontal alanda daha belirgin olmak üzere bilateral frontal iskemi ve enfarkt gelişmişti. Hasta 1951’den beri evliydi ve 27, 31, 32 ve 34 yaşlarında 4 çocuğu vardı. Hasta kendisinin 4 aydır evli olduğunu söylüyor, ‘4 ayda bu çocuklara nasıl sahip olduğu’ sorulduğunda onları evlat edinmiş olduklarını belirtiyor, ‘bu durumu kendisinin de biraz tuhaf bulup bulmadığı’ sorulduğunda gülüyor ve gerçekten de durumun biraz tuhaf olduğunu kabul ediyordu”.

KONFABULASYONDA ANATOMİK TEMELLER

Konfabulasyon ilk olarak amnezik alkol bağımlısı hastalarda tanımlanmış olmakla birlikte (Korsakoff 1889/1998, Talland 1965), anterior kommünikan arter anevrizması (DeLuca 1993, DeLuca ve Cicerone 1991, Kapur ve Coughlan 1980, Shapiro ve ark. 1981, Stuss ve ark. 1978) travmatik beyin hasarı (Baddeley ve Wilson 1986,1988, Shapiro ve ark. 1981, Stuss ve ark. 1978), normal basınçlı hidrosefali (Mercer ve ark. 1977), Wernicke ensefalopatisi (Mercer ve ark. 1977), Alzheimer hastalığı (Kern ve ark. 1992, Kopelman 1987, Mercer ve ark. 1977), beyin tümörleri, enfeksiyonlar (Schnider 2001, Schnider 2003) vb. durumlarda da ortaya çıkabildiği anlaşılmıştır. Son dönemde Feinstein (2000) multiple sklerozla ilişkili bir düşlemsel konfabulasyon olgusu bildirmiştir.

Uyarılmış (anlık) konfabulasyona özgü bir anatomik bölgeden söz etmek mümkün değildir, sağlıklı bireylerde de ortaya çıkabildiği bilinmektedir. Diğer yandan kendiliğinden konfabulasyonların oluşumundan bazal önbeyin ve posterior orbitofrontal korteks lezyonları sorumlu tutulmaktadır (Schnider 2000, Schnider 2001, Schnider 2003). Bu bölgedeki lezyonlar sıklıkla anterior kommünikan arter yırtılması veya travmatik beyin hasarı sonucunda oluşur.

Dorsomedial talamik çekirdek lezyonlarında da konfabulasyon görülebilmektedir. Korsakoff sendromunda görülen spontan konfabulasyonların dorsomedial talamik çekirdek harabiyetine bağlı olduğu düşünülmektedir. Buna ek olarak dorsomedial nükleusun orbitofrontal korteksle bağlantısını sağlayan sağ kapsüler genu, medial hipotalamus ve amigdala lezyonları ile ilişkili olgular da bildirilmiştir.

Tüm bu bölgelerin ortak özelliği posterior medial orbitofrontal korteksle dolaylı ya da dolaysız bağlantı içinde olmalarıdır (Feinberg 1997, Moscovitch 1989, Schnider 2000, Schnider 2001, Schnider 2003).

KONFABULASYONDA NÖROPSİKOLOJİK SÜREÇLER

Konfabulasyon ve amnezi sıklıkla birlikte anılıyor olsa da amnezinin varlığı konfabulasyon oluşması için yeterli değildir. Bütün amnezik hastalarda konfabulasyon gözlenmez. Korsakoff sendromunda konfabulasyon erken dönemde ortaya çıkmakta, amnezi devam ettiği halde, başlangıçta mevcut olan konfabulasyon bir süre sonra ortadan kalkmaktadır. Bu bulgular konfabulasyonun oluşumunda amneziden farklı ve onun ötesinde bir düzeneğin varlığını gündeme getirir (Burgess ve Shallice 1996, Feinberg 1997, Feinstein ve ark. 2000, Johnson ve Raye 1998).

Konfabulasyonun Korsakoff sendromu dışında pek çok hastalıkta ortaya çıktığı zaman içinde saptanmış, ancak alta yatan anatomik bölgeler ve düzenekler yıllardır tartışılmamış ve pek çok farklı görüş öne sürülmüştür (Dab ve ark. 1999).

Barbizet’ye göre (1970), konfabulasyon bellekteki boşlukları doldurmaya hizmet eden bir telafi mekanizmasıdır (Barbizet, 1970). Bu görüşle ilgili eleştiriler bütün amnezik hastalarda konfabulasyon olmadığı gibi, bütün konfabulasyon hastalarında da belirgin bellek bozukluğu saptanmadığı doğrultusundadır (Burgess ve Shallice 1996, Dalla Barba 1993, Moscovitch ve Melo 1997). Berlyne (1972) konfabulasyonun ‘telkine açık olma’ ile ilişkili olabileceğini öne sürmüştür. Van der Horst’a göre ise (1932) (Berlyne 1972, Schnider ve ark. 1996b, Shapiro ve ark. 1981, Stuss ve ark. 1978, Talland 1965’ten aktarılmıştır) konfabulasyonda bellekte kayıtlı bilgilerin kronolojik özelliklerinde bozukluklar mevcuttur. Bu görüşlerin bir kısmı bazı günümüz yazarlarınınca da kabul edilmektedir (Turnbull ve ark. 2004).

Son dönemde yaygın olarak kabul edilen bir diğer görüşe göre ise, hastada konfabulasyonun ortaya çıkmasından, bellek bozukluğuna eşlik eden frontal işlev bozukluğu sorumludur (Burgess ve Shallice 1996, Kapur ve Coughlan 1980, Shallice 1999, Stuss ve ark. 1978). Baddeley ve Wilson da (1986) bu görüşü desteklemişler ve konfabulasyon siddetinin, frontal loblardaki yürütücü/yönetici işlev bozukluğu ile doğru orantılı olduğunu öne sürmüşlerdir. Konfabulasyonda bellekte bilgi kodlama ve depolamadan çok, bilgiyi geri çağırma ve geri çağırılan bilginin denetimi aşamasında bozukluk saptan-

mıştır (Mercer ve ark. 1977, Schnider 2001, Schnider 2003, Shapiro ve ark. 1981).

Konfabulasyonların nasıl ortaya çıktığını anlayabilmek için öncelikle bellekten geri çağırma sürecinin nasıl işlediğini anlamamız gereklidir. Bu süreçte çok sayıda zihinsel yetinin eşzamanlı çalışması gereklidir. İlk olarak beyin geri çağırma için gerekli ipuçlarını belirlemelidir. Daha sonra bu ipuçları yaşantısal bellekteki kayıtlarla karşılaştırılır ve eşleştirilir. Son olarak da geri çağırılan bilgilerin doğru olup olmadıkları denetlenmelidir. Bu son aşamaya gerçeği denetleme (reality monitoring) adı verilir (Shallice 1999).

Konfabulasyonda gerçeği denetleme yetisi bozulmuştur. Dolayısıyla bellekten geri çağırılan bilgiler gerçeğe, zaman ve mekan özelliklerine uygun olup olmadıkları değerlendirilmeksizin dışa vuruk hale gelir. Gerçeği denetleme yetisindeki bozukluktan, esas olarak frontal devreler sorumlu tutulmaktadır (Dayus ve van den Broek 2000, Johnson ve ark. 1997, Johnson ve Raye 1998, Moscovitch 1989, Shallice 1999, Schnider ve Ptak 1999).

Konfabulasyon ve frontal lob işlevleri

Frontal loblar davranışın ve hareketin tüm öğelerini birleştiren ve bütünleştiren bağlantılar ve geri bildirimli devreler içerir. Alexander ve arkadaşları (1986) tarafından tanımlanan bu fronto-subkortikal devrelerin her biri bilişsel işlevler ve davranışın yürütülüp yönetilmesinde önemli işlevleri yerine getirir. Frontal loblar sadece bu devrelerle değil, aynı zamanda diğer heteromodal kortikal bölgelerle olan bağlantıları aracılığı ile de tüm beyin etkinliklerine katılıp bunları bütünleştiren, yürüten, denetleyen, izleyen ve gerektiğinde değiştiren bir üst yapı, kontrol merkezi görevini yürütür (Demirci ve Kuzugüdenlioğlu 2004).

Frontal loblar bellek işlevleri açısından da çok önemli bir rol oynarlar. Bellekte kayıtlı bilgilerin kontrolü ve yönlendirilmesi frontal loblar aracılığıyla gerçekleştirilir. Bu nedenle frontal lobların 'bellekle eşgüdüm içinde çalıştığı' söylenebilir (Stuss ve Levine 2002). Frontal loblar bellekten bilgi geri-çağırma (memory retrieval) sürecinde denetleme, doğrulama ve bilginin zaman ve mekan özelliklerinin saptanması gibi işlevlerde de aktif bir role sahiptir (Parkin 1997, Stuss ve Levine 2002). Tüm bu işlevleri göz önüne alınarak, frontal lobların bellekten geri çağırma sürecinde de yürütücü/yönetici rol oynadığı söylenebilir.

Bellek mükemmel bir aygıt değildir, hata yapma eğilimi gösterir. Aynı olayı birlikte yaşayan iki sağlıklı bireyde dahi, olayla ilgili hatırlanan ayrıntılarda (zaman, mekan, eşlik eden kişiler vb) farklılıklar oluşacaktır. Bellekte ka-

yıtlı bir anımızla ilgili ayrıntıları hatırlamaya çalıştığımızda bazı noktalardan tam olarak emin olamayız. Ne var ki, olayla ilgili bellekten geri çağırduğumuz bilgilerin doğruluğunu, bellekte kayıtlı diğer bilgilerle karşılaştırır, ipuçlarını birleştirir ve en doğru sonuca varmaya çalışırız. Bunu yaparken anımsanan bilgileri gözden geçirir ve hatalı bilgileri ayıklarız. Barbizet'e göre, belleğin doğru işleyebilmesi için 'hatırlayamadığını hatırlamak', yani hangi bilgilerin hatalı anımsanmış olabileceğini değerlendirebilmek de önemlidir (Barbizet 1963, Parkin 1997, Shallice 1999).

Bellek, mantıksal düşünmenin olduğu kadar hayal kurmanın da temelini oluşturur. Hangi günde ve nerede olduğumuz, ne yapmayı planladığımız gibi konular da bellekte kayıtlı bilgilerden faydalanırız. Şaşırtıcı olan, beynimizin hayal kurmamıza olanak sağlaması ve aynı zamanda yeniden gerçekliğe geri dönmemizi de temin etmesidir. Bu noktada, hatıralarımızı hayal ettikten sonra, devam eden gerçekliğe geri dönmeyi beynimizin nasıl kontrol ettiği önemli bir sorudur. Belleğimizde var olan geçmiş hatıralarımızı, her an gerçeklik taşıyor sanarak yaşasaydık, hayatımız karmakarışık olurdu (Schnider 2001).

Bu durumu Schnider'in bildirdiği olgu iyi bir şekilde açıklamaktadır: Anterior kommunikan arter yırtılması sebebiyle hastaneye yatırılan kadın hasta, bebeğini emzirmesi gerektiğini söylüyordu. Oysa 'bebeği' 30 yaşındaydı. Bu olguda hasta geçmişteki bellek kayıtları (30 sene önce gerçekten bir bebeği vardı) ile ilgili zaman ve mekan değerlendirmesi yapamıyor, hatıralarında kayıtlı bilginin o anda da gerçek olduğunu sanıyordu (Schnider ve ark. 1996a, Schnider 2001).

Schnider'e göre düşlemsel konfabulasyonlar hastanın geçmişinden izler içerir, yukarıdaki olguda olduğu gibi, geçmiş bir yaşantı ya da imge, zaman ve mekan bağlamından koparak, şu anda yaşanıyor gibi algılanır. Bir diğer deyişle, konfabulasyonda bellekteki gerçeği denetleme (reality monitoring) işlevinde bozukluk vardır (Johnson ve Raye 1981, McDermott ve Szpunar 2005, Schnider 2000, Schnider 2001, Schnider 2003).

Şu anda geçerlilik taşımayan bellek kayıtlarının konfabulasyonda nasıl olup da gerçeklik taşıyormuş gibi algılandığı değişik çalışmalara konu olmuştur. Schnider bu konuyu incelediği araştırmasında, mevcut durumda geçerlilik taşıyan ve taşımayan bellek kayıtlarını değerlendirmek için oldukça farklı bir araştırma deseni kurgulamıştır (Shallice 1999, Schnider 2000, Schnider 2001, Schnider 2003).

Schnider'in çalışmasında hastalara bir dizi resim gösterilmiştir. Bu resimlerin bir kısmı tekrarlanmakta, bir kısmı ise bir kez gösterilmektedir. Değerlendirme aynı resimlerin farklı bir sırayla tekrar gösterildiği birden fazla aşama içermektedir. Her aşama için hastanın sadece o aşamada gösterilen resimleri dikkate alması gerekmektedir. Yani hastanın yapması gereken ilk aşamada hangi resmi ilk kez, hangi resmi ise daha önce gördüğünü belirlemektir. Sonraki aşamalarda ise hasta önceki denemelerde görmüş olduğu resimleri dikkate almayarak, o aşama içinde hangi resmi ilk kez gördüğünü saptamalıdır (Şekil 1).

Bu çalışma sonucunda konfabulasyon hastaları, konfabulasyon gözlenmeyen amnezik hastalarla karşılaştırıldığında, daha yüksek oranda yanlış pozitif cevap vermişler, yani o aşamada ilk kez gördükleri bir çok resmi daha önce görmüş olduklarını belirtmişlerdir. Bu durum bellekte gerçeği denetleme (o aşama için geçerli olmayan bellek kayıtlarını eleme) işlevinde bozukluk olduğuna işaret etmektedir (Shallice 1999, Schnider 2000, Schnider 2001, Schnider 2003).

TARTIŞMA ve SONUÇ

İnsan davranış ve hareketlerinin oluşabilmesi için geçmiş deneyimler, süregiden algılar ve gelecekle ilgili kavramların zihinde bütünleştirilmesi ve davranışın gerçekliğe uygun olması için beyinde o anla ilgili zihinsel tasarıların belirlenmesi gereklidir (Schnider ve Ptak 1999). Bu tasarılar oluşturulurken daha önceden depolanmış bilgi kayıtları ve süregiden algılar işlemlenmelidir. Bu da beyindeki yaygın sinir ağları aracılığı ile yürütülür. Yeni edinilen bilgilerin eski bilgilerle bütünleştirilmesi, pekiştirilmesi ve bellek izleri olarak kaydedilmesinden medial-temporal bölge (özellikle hipokampus), diensefalik bölgeler ve bazal önbeyin sorumludur. Bellek işlevlerinin stratejik kontrolü ve yönlendirilmesi ile ilgili süreçler ise frontal bölgelerce yürütülür: bilgilerin uygun şekilde kodlanması, geri çağırma için gerekli ipuçlarının üretilmesi, yanıtların uygunluğunun denetlenmesi, uygunsuz yanıtların baskılanması, bilgilerin zamansal ve uzamsal sıralaması gibi (Luria 1980). Normal bellek süreçlerinde de bilgilerin işlemlenmesinde bir miktar yanılabilir (Johnson ve Raye 1998). Konfabulasyon, bir beyin hasarına bağlı olarak gelişen bellek izlerinde belirgin yanılabilirliğin olduğu bir klinik tablodur.

Daha önceki bölümlerde, bugüne kadar konfabulasyonların içeriği, oluş düzenekleri, süresi, etiyojisi ve biçimi ile ilgili öne sürülen pek çok farklı görüş değerlendirilmiştir. Tüm bu görüşlerin ortak noktası 'konfabulasyon' adı verilen bir görüngünün varlığı ve bu

görüngünün göz ardı edilemeyeceğidir. Ancak belki de konfabulasyonun içerdiği bütün bu belirsizlikler sebebiyle, konu ile ilgili akla gelebilecek pek çok soru yeterince aydınlatılamamıştır. Konfabulasyonlarla ilgili değişik çalışmalarda öne sürülen ilgi çekici tartışma alanları şunlardır.

• Sanrı ile konfabulasyonun farkı nedir?

Genel bir bakışla konfabulasyonun sanrı, mitomani ve patolojik yalan söyleme ile örtüşen bir kavram alanında yer aldığı söylenebilir. Pek çok yazar konfabulasyonu sadece terimin kendi sınırları içinde tanımlamakla yetinmiş, konfabulasyonu sanrıdan ayıran özelliklere değinmemiş, belki de bu karşılaştırmadan kaçınmıştır (Berrios 1998). Berrios'a göre sanrı ile konfabulasyon arasındaki fark gerçeklikten ne kadar uzaklaşıldığı ile ilgilidir. Konfabulasyonun kısmen gerçek öğeler içermesi beklenir. Ancak bu durum sıra dışı bazı düşlemsel konfabulasyon olguları için geçerli değildir. Yine bazı yazarlar konfabulasyonun bellekteki işlev bozukluğu sonucunda ortaya çıktığını ve bu şekilde sanrılardan ayrıldığını belirtmektedir. Oysa bütün konfabulasyon hastalarında amnezi saptanmamıştır. Alzheimer hastalığında amnezi sonucunda gelişen yanlış inançların sanrı olarak nitelendirilmesi de bu görüşle çelişkili görünmektedir (Berrios 1998). Buna ek olarak şizofrenide konfabulasyonun varlığı ile ilgili çalışmalar da vardır (Salazar-Fraile ve ark. 2004).

• Konfabulasyondaki masal uydurma sadece sözel ifadelerle sınırlanabilir mi? Görme, dokunma gibi duyular ya da bellekteki davranış kalıplarını içeren konfabulasyon olguları var mıdır?

Konfabulasyon bellek kayıtlarının geri çağırılmasında ki yanılsamalarla ilgili ise, sözel alanlar dışındaki bellek alanlarını da etkileyebilir. Downes ve Mayes (1995) canlı görsel varsanılları olan bir olguda bu bulguların gerçekte bir görsel konfabulasyonla ilişkili olduğunu öne sürmüşlerdir.

• Anlık konfabulasyonla, düşlemsel konfabulasyon sadece konfabulasyonun içeriği ve niceliği açısından mı birbirlerinden farklıdır? Bu iki klinik görünümün, farklı beyin bölgeleri ve farklı zihinsel süreçlerle ilişkili olduğu, bu sebeple tamamen farklı görüngüler olarak ele alınması gerektiğini düşünen yazarlar vardır.

• Son dönemde yalan söyleme ile ilgili nöro-bilişsel süreçler konusunda önemli çalışmalar yapılmıştır (Mohamed ve ark. 2006). Konfabulasyonla sıradan ya da patolojik yalan söyleme arasındaki bağıntı da incelenmeye değer bir alan gibi görünmektedir (Berrios 1998).

Konfabulasyon bellek süreçleri, bellek denetimi, frontal lobların bellek üzerindeki kontrolü hakkında pek çok bilinmeyen noktanın çözülmesinde araştırmacılara ışık tutabilecek bir belirtidir. Sanrılarla konfabulasyonun örtüştüğü alanın incelenmesi, sanrılarının görüldüğü pek çok psikiyatrik bozuklukta yer alan bilişsel süreçlerin anlaşılması yolunda heyecan verici ufuklar açabilir. Bugüne kadar şizofreni, duygudurum bozuklukları ve pek çok başka psikiyatrik bozuklukta frontal lob işlevleri incelenmiş, ancak esas olarak frontal devrelerdeki işlev

bozukluğu sonucunda ortaya çıkan konfabulasyonlarla sanrılar arasındaki ilişki hak ettiği ilgiyi görmemiştir.

Sonuç olarak konfabulasyon gibi bellek, frontal loblar, demans, Korsakoff sendromu, psikotik bozukluklar dahil olmak üzere birçok kavramın kesişim alanında bulunan bir belirti ile ilgili kapsamlı çalışmalar yapılmamış olması oldukça şaşırtıcıdır. Diğer taraftan Türk psikiyatri yazınında bu konu ile ilgili kaynağın neredeyse yok deneyecek kadar az olması, üzerinde durulması gereken bir başka önemli konudur.

KAYNAKLAR

Alexander GE, DeLong MR, Strick PL ve ark. (1986) Parallel organization of functionally segregated circuits linking basal ganglia and cortex. *Annu Rev Neurosci*, 9:357-381.

Baddeley A, Wilson B (1986) Amnesia, autobiographical memory, and confabulation. *Autobiographical Memory* DC Rubin (Ed), Cambridge. Cambridge University Press, s.225-252.

Baddeley A, Wilson B (1988) Frontal amnesia and dysexecutive syndrome. Special issue: Single-case studies in amnesia: Theoretical advances. *Brain Cogn*, 7:212-230.

Barbizet J (1963) Defect of memorizing hippocampal-mamillary origin: a review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 26:127-135.

Barbizet J (1970) Human memory and its pathology. San Fransisco. W.H. Freeman.

Benson DF, Djenderedjian A, Miller BL ve ark. (1996) Neural basis of confabulation. *Neurology*, 46:1239-1243.

Berlyne N (1972) Confabulation. *Br J Psychiatry*, 120:31-39.

Berrios GE (1998) Confabulations: A conceptual history. *J Hist Neurosci Bonhocffer* 1904, 7:225-241.

Burgess PW, Shallice T (1996) Confabulation and the control of recollection. *Memory*, 4:359-411.

Chow TW, Cummings JL (2000) Neuropsychiatry: Clinical assessment and approach to diagnosis. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7. baskı, cilt 1, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), Philadelphia. Lippincott Williams&Wilkins, s. 221-242.

Dab S, Claes T, More J ve ark. (1999) Confabulation with a selective descriptor process impairment. *Cognitive Neuropsychology*, 16:215-242.

Dalla Barba G, Cipolotti L, Denes G ve ark. (1990) Autobiographical memory loss and confabulation in Korsakoff's syndrome: A case report. *Cortex*, 26:197-217.

Dalla Barba G (1993) Different patterns of confabulation. *Cortex*, 29:567-581.

Dayus B, Van den Broek MD (2000) Treatment of stable delusional confabulations using self monitoring training. *Neuropsychol Rehabil*, 10:415-427.

Delbecq-Derousne J, Beauvois MF, Shallice T ve ark. (1990) Preserved recall versus impaired recognition: a case study. *Brain*, 113:1045-1074.

DeLuca J (1993) Predicting neurobehavioral patterns following anterior communicating artery aneurysm. *Cortex*, 29:639-647.

DeLuca J, Cicerone KD (1991) Confabulation following aneurysm of the anterior communicating artery. *Cortex*, 27:417-423.

Demirci S, Kuzugüdenlioğlu D (2004) Frontotemporal demanslar. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry*, 5:116-121.

Downes JJ, Mayes AR (1995) How bad memories can sometimes lead to fantastic beliefs and strange visions. *Broken Memories: Case*

Studies in Memory Impairment, R Campbell, MA Conway (Ed), Oxford. Blackwell, s.115-123.

Feinberg TE (1997) Anosognosia and confabulation. *Behavioral Neurology and Neuropsychology*, TE Feinberg, MJ Farah (Ed), New York. Mc Graw Hill, s.369-390.

Feinstein A, Levine B, Protzner A ve ark. (2000) Confabulation and multiple sclerosis: a rare association. *Mult Scler*, 6:186-191.

Fischer RS, Alexander MP, D'Esposito M, Otto R (1995) Neuropsychological and neuroanatomical correlates of confabulation. *J Clin Exp Neuropsych*, 17:20-28.

Fotopoulou A, Solms M, Turnbull O ve ark. (2004) Wishful reality distortions in confabulation: a case report. *Neuropsychologia*, 47:727-744.

Johnson MK, O'Connor M, Cantor J ve ark. (1997) Confabulation, memory deficits, and frontal dysfunction. *Brain Cogn*, 34:189-206.

Johnson MK, Raye CL (1981) Reality monitoring. *Psychol Rev*, 88:67-85.

Johnson MK, Raye CL (1998) False memories and confabulation. *Trends Cogn Sci*, 2: 137-145.

Kapur N, Coughlan AK (1980) Confabulation and frontal lobe dysfunction. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 43:461-463.

Kern RS, Van Gorp WG, Cummings JL ve ark. (1992) Confabulation in Alzheimer's disease. *Brain Cogn*, 19:172-182.

Kopelman MD (1987) Two types of confabulation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 50:482-487.

Korsakoff SS (1889/1996) Medico-psychological study of memory disorder. *Conscious Cogn*, 5:2-21.

Luria AR (1980) Higher Cortical Functions in Man, 2. baskı, New York, Basic Books Inc, s. 338-345.

McDermott KB, Szpunar KK (2005) The origins of confabulation. *Trends Cogn Sci*, 9:561-562.

Mercer B, Wapner W, Gardner H, Benson F (1977) A study of confabulation *Arch Neurol*, 34: 429-433.

Mohamed FB, Faro SH, Gordon NJ ve ark. (2006) Brain mapping of deception and truth telling about an ecologically valid situation: functional MR imaging and polygraph investigation: initial experience. *Radiology*, 238:679-688.

Moscovitch M (1989) Confabulation and the frontal systems: strategic versus associative retrieval in neuropsychological theories of memory. *Varieties of Memory and Consciousness: Essays in Honour of Endel Tulving* Lea, HL Roediger, FIM Craig (Ed), Hillside N.J., s.133-160.

Moscovitch M, Melo M (1997) Strategic retrieval and the frontal lobes: Evidence from confabulation and amnesia. *Neuropsychologia*, 35:1017-1034.

Öztürk O (2002) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 9. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, s. 514.

Parkin AJ (1997) The neuropsychology of false memories. *Learn Individ Differ*, 9:341-357.

Ptak R, Schnider A (1999) Spontaneous confabulations after orbitofrontal damage: the role of temporal context confusion and self-monitoring. *Neurocase*, 5:243-250.

Rey A (1995) *Dictionnaire Historique de la Langue Française*, t. 2, Paris. Dictionnaire Le Robert.

Salazar-Fraile J, Tabares-Seisdedos R, Selva-Vera G ve ark. (2004) Recall and recognition confabulation in psychotic and bipolar disorders: Evidence for two different types without unitary mechanisms. *Compr Psychiatry*, 45:281-288.

Schnider A, von Daniken C, Gutbrod K ve ark. (1996a) The mechanisms of spontaneous and provoked confabulations. *Brain*, 119:1365-1375.

Schnider A, Gutbrod K, Hess CW ve ark. (1996b) Memory without context: amnesia with confabulations after infarction of the right capsular genu. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 61:186-195.

Schnider A, Ptak R (1999) Spontaneous confabulators fail to suppress currently irrelevant memory traces. *Nat Neurosci*, 2:677-681.

Schnider A (2000) Spontaneous confabulations, disorientation, and the processing of 'now'. *Neuropsychologia*, 38:175-185.

Schnider A, Ptak R, von Daniken C, Remonda L (2000) Recovery from spontaneous confabulations parallels recovery of temporal confusion in memory. *Neurology*, 55:74-83.

Schnider A (2001) Spontaneous confabulation, reality monitoring, and the limbic system- a review. *Brain Res Rev*, 36:150-160.

Schnider A (2003) Spontaneous confabulation and the adaptation of thought to ongoing reality. *Neuroscience*, 4:662-670.

Shallice T (1999) The origin of confabulations. *Nat Neurosci*, 2(7):588-590.

Shapiro BE, Alexander MP, Gardner H, Mercer B (1981) Mechanisms of confabulation. *Neurology*, 31:1070-1076.

Stuss DT, Alexander MP, Lieberman A, Levine H (1978) An extraordinary form of confabulation. *Neurology*, 28:1166-1172.

Stuss DT, Levine B (2002) Adult clinical neuropsychology: lessons from studies of the frontal lobes. *Annu Rev Psychol*, 53:401-433.

Talland GA (1961) Confabulation in the Wernicke-Korsakoff syndrome. *J Nerv Ment Dis*, 132:361-381.

Talland GA (1965) *Deranged memory: A psychonomic study of the amnesic syndrome*. New York, Academic Press.

Turnbull OH, Berry H, Evans CEY ve ark. (2004) A positive emotional bias in confabulatory false beliefs about place. *Brain Cogn*, 55:490-494.

Whitlock FA (1981) Some observations on the meaning of confabulation. *Br J Med Psychol*, 54:213-218.