

Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu: Tanı ve Nozolojik Sorunlar

Vedat ŞAR*

ÖZET

Dissosiyatif kimlik bozukluğu dissosiyatif bozuklukların en ağır ve kronik olanıdır. Bir zamanlar sanıldığı gibi aksine, DSM-IV tanı ölçütlerini tam olarak dolduran biçimi en az şizofreni kadar sık görülen dissosiyatif kimlik bozukluğu son yıllarda ülkemizde geniş araştırmalara konu olmuştur. Ruhsal travma ile yakın ilişkisi olan ve etiyoloji ve tanıya dikkate alan bir psikoterapi gerektiren bu bozuklukta aşırı ve anlamsız ölçüde deskriptif eştanıya rastlanmaktadır. Bu durum dissosiyatif kimlik bozukluğunun hiyerarşik yaklaşımla üsttanı sayılmasını gerektirmekte ve sınıflandırma sistemlerinde önemli değişiklikler yapılması gereğine işaret etmektedir. Dissosiyatif kimlik bozukluğu günümüzde geçerli psikiyatrik sınıflandırma ve nozolojinin önemli eksikliklerine dikkat çekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Dissosiyasyon, kimlik, sınıflandırma, tanı, DSM-IV, travma

KLİNİK PSİKİYATRİ 1998;1:13-21

SUMMARY

Dissociative Identity Disorder: Diagnosis and Nosological Problems

Dissociative identity disorder is the most severe and chronic form of dissociative disorders. In contrast of imagined previously, its complete form defined in the DSM-IV is at least as frequent as schizophrenic disorder in the community. Recently, extensive research and clinical work has been conducted on dissociative identity disorder in Turkey. This trauma related disorder requires specific psychotherapeutic intervention considering the diagnosis

and etiology; however, it is not uncommon for these patients to fit diagnostic criteria of several other psychiatric disorders at the same time. This excessive descriptive comorbidity can be solved accepting dissociative identity disorder as a supraordinate diagnosis of traumatic origin. This solution needs extensive revision in classification systems currently in use. Dissociative identity disorder challenges the current psychiatric classification and nosology.

Key words: Dissociation, identity, classification, diagnosis, DSM-IV, trauma

Dissosiyatif bozukluklar psikiyatrik bozukluklar arasında en eskiden beri bilinenlerden olmasına rağmen (Ellenberger 1970) tarihsel akış içerisinde dönem dönem ihmale uğramış ve başka bozuklukların epifenomeni gibi değerlendirilmiştir. Dissosiyatif bozukluklarla yakın ilişkisi olduğu bilinen ruhsal travmaya verilen önem konusunda da görülen bu dalgalanmanın bilim ve insanlık tarihinde önemli sonuçları olmuştur (van der Kolk ve ark. 1996).

Bu kez modern psikiyatride standartlaştırılmış ölçme araçlarının, önyargıları bir yana bırakan fenomenolojik sınıflandırma sistemlerinin, nörobiyolojik araştırmaların ve deneysel psikolojinin katkıları ve nihayet ruhsal travmanın ele alınmasını destekleyen toplumsal gelişmelerin (kadın hareketleri, savaş karşıtı hareketler, açıklık politikalarının egemen olması sonucu travma kurbanlarının yaşantılarını ifade etmelerinin kolaylaşması gibi) etkisi ile dissosiyatif bozukluklar

* Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İSTANBUL

Kuzey Amerika, Hollanda ve Türkiye başta olmak üzere bazı ülkelerde yeniden ele alınmaya başlamıştır. 1980 sonrasında artan çalışmalar bu bozukluklar grubunun en ağır ve kronik özellik taşıyan olan dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB) ya da yaygın adı ile "çoğul kişilik" (ÇKB) üzerinde yoğunlaşmıştır.

Ülkemizde kısa süre önce yapılaştırılmış tanı koydurucu bir görüşme çizelgesi ile genel toplumda (Sivas) yürütülen bir çalışma DSM-IV ölçütleri uyarınca dissosiyatif bozukluklara kadınlarda %18.5 oranında rastlandığı sonucuna varmıştır (Şar ve ark. 1998). Aynı popülasyonda DKB sıklığı %1.1 olmuştur. Daha önceki bir çalışmamızda ise klinik olarak doğrulanmış olmak koşulu ile, DKB sıklığının en az %0.4 olduğu görülmüştür (Akyüz ve ark, baskıda), ki bu oran çalışmanın ikinci ve üçüncü turlarında erişilemeyen çok sayıda denegin varlığına rağmen ulaşılan asgari orandır.

Bu bulgulara göre dissosiyatif bozukluklar en sık görülen psikiyatrik bozukluklar arasındadır. DKB ise sadece filmlerde rastlanan, egzotik, acayip bir fenomen olmayıp toplumda en az şizofreni kadar sık görülen, DSM-IV tanı ölçütlerini tam olarak doldurmayan "yumuşak" şekillerine ise (DSM-IV başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk, tip 1) bundan 4-5 kat fazla rastlanan "sıradan" bir psikiyatrik bozukluktur. İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yürüttüğümüz çalışmalara göre, klinik olarak doğrulanmış olmak koşulu ile, genel psikiyatri servisine yatan hastaların yaklaşık olarak en az %5'i, genel psikiyatri polikliniğine başvuranların ise %4'ü DKB hastasıdır (Tutkun ve ark. 1998, Şar ve ark. 1997).

Dissosiyatif Bozuklukların Sınıflandırılması

Dissosiyatif bozukluklar yineleme eğilimi olsa da genelde akut ve reaktif durumlar olarak düşünülmüştür. Son yıllarda ise dissosiyatif bozukluklara yönelik bakış açısındaki en önemli değişiklik dikkatlerin görece kronik durumlara yönelmesi olmuştur: Kronik karmaşık dissosiyatif bozukluk ya da dissosiyatif süreç (Putnam, kişisel iletişim). Dissosiyatif bozukluklar içerisinde en kronik ve ağır olanı sayılan dissosiyatif kimlik bozukluğu bu tür durumlar içerisinde en fazla inceleneni olmuştur. Tablo 1'de dissosiyatif bozukluklar için günümüzde geçerli bilgiler doğrultusunda oluşturduğumuz bir sınıflandırma görülmektedir. Bu tabloda yoğun dissosiyatif belirtiler göstermesi ve travma sonrası stres bozukluğu ile dissosiyatif bozukluklar arasında bir köprü oluşturması nedeniyle akut

stres bozukluğuna da "parantez içerisinde" ve şimdilik bir "ara durum" olarak yer verilmiştir.

Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunda Tanı

Dissosiyatif bozukluklar gündelik uygulamada sanıldığı aksine, sadece belleği değil, bilinç ya da kimliği de etkileyebilir. DKB'nun temel özelliği kendilik algısını etkilemesidir. DKB'nda asıl olan davranışın anımsanmamasından çok kişinin bu davranışı kendisinin değil bir başkasının davranışı olarak algılamasıdır. Ancak DSM-IV uyarınca, DKB tanısının konulması için dissosiyatif amnezinin varlığı da aranır. Dissosiyatif amnezi ile mutlaka alter kişilikler arasında habersizlik olması kastedilmemektedir, "bazı kişisel bilgileri sıradan unutkanlıkla açıklanamayacak biçimde anımsamama" bu ölçütün var olduğunu göstermeye yetmektedir.

Alter Kişilik Nedir?: Alter kişiliğin gerçekte ne olduğunu söyleme olanağı yoktur. Ancak bir tanım yapılabilir. Putnam'a (1991) göre alter kişilik, bilincin süregiden bir affekt, sınırlı bir davranış repertuarı ve bir dizi duruma-bağımlı anıyla birlikte bir kendilik duygusu (beden imajı dahil) çevresinde organize olmuş ileri derecede ayrılaşmış durumlarıdır. Klüft (1991) ise şöyle tanımlar: Ayrılaşmış kendilik durumları, yani (alter) kişilikler mental içerik ve işlevleri seçici olarak hareket geçirme örüntülerinin mental odaklarıdır. Bu odaklar görece stabil ve süreklidirler. Söz konusu mental içerik ve işlevler rol alma ve rol oynama boyutlarıyla açıkça davranışa dökülebilir. Bunlar intrapsişik, kişilerarası ve çevresel uyaranlara duyarlıdır; kendi kimlik ve düşünce yapısı hissine sahiptirler, düşünce süreci ve eylem başlatma kapasiteleri vardır. Her biri zihnin bir parçası olarak değil, zihnin değişik bir örgütlenme biçimi olarak anlaşılmalıdır. Alter kişilikler bütünün bir parçası olmaktan çok, değişik örüntüler olarak düşünüldüğünde sayılarının neden çok fazla olabildiği daha iyi anlaşılır. Genellikle bir hastada bir kaç gelişkin alter kişilik ve çok sayıda fragman bulunur. Bazı fragmanlar sadece bir duyguyu ya da bir anıyı taşır, bunların ortaya çıkışı kimi zaman bir geçmişe dönüş (flash-back) epizodundan farksız olur.

DSM-IV ölçütlerinin uygulanması: Hiç bir başka bozukluk DKB'nun DSM-IV tanı ölçütlerini karşılamaz. Ancak DSM-IV ölçütlerini bilmek DKB tanısını koyma becerisini kazandırmaz. Üstelik DKB hastaları zaten aynı anda çok sayıda başka psikiyatrik bozukluğun tanı ölçütlerini de deskriptif olarak karşılar. Bu ise DKB'nun farkedilmemesini hastasına bir tanı arayan

Tablo 1. Dissosiyatif bozukluklar için bir sınıflandırma önerisi (Şar)

	Sıklık		
	Kadın (n=628) Şar ve ark (1998)		Kadın ve erk (n=502) Ross ve ark. (1991)
	n	%	%
A. Basit dissosiyatif bozukluklar	60	9.6	8.8
1. Dissosiyatif amnezi	49	7.8	6.0
2. Dissosiyatif füğ	1	0.2	0.0
3. Depersonalizasyon bozukluğu	10	1.6	2.8
B. Karmaşık dissosiyatif bozukluklar			
a. Akut karmaşık dissosiyatif bozukluklar	?	?	?
(1. Akut stres bozukluğu)	?	?	?
2. Reaktif dissosiyatif psikoz ("histerik psikoz")	?	?	?
b. Kronik karmaşık dissosiyatif bozukluklar	58	9.2	3.2
1. Dissosiyatif kimlik bozukluğu (çoğul kişilik)	7	1.1	3.0
2. Başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk	51	8.1	0.2
i. Dissosiyatif kimlik bozukluğu benzeri durumlar	26	4.1	?
ii. Dissosiyatif trans bozukluğu	3	0.5	?
iii. Derealizasyon (depersonalizasyon olmaksızın)	7	1.1	?
iv. Diğer (karışık belirtili)	15	2.4	?
Toplam	118	18.5	12.2

klisyon için sorun olmaktan çıkarır; hastada DKB dışındaki bir tanı kategorisinin tüm belirtilerini bulmak her zaman olanaklıdır. Bu perspektiften bakıldığında DKB hiyerarşik olarak üst (supraordinate) tanı olmak durumundadır.

DKB tanısına yaklaşmak için geniş belirti profilini bilmek yararlı ise de tanının kesinleşmesi ancak hastada birden fazla kişilik durumu ya da kimliğin bulunduğu saptanması ile olasıdır. Depresyon ya da benzeri bir başka ruhsal bozukluğun DSM-IV'te yazılı olan belirtilerini saptamak pek zor değildir, ancak DKB'nun tanı ölçütlerini gözlemek o kadar kolay olmamaktadır. Bu iş deneyim ve beceri gerektirmektedir, ki doğru tanı için deneyimin ve becerinin gerekli olması hekimliğin zaten temel özelliklerinden biridir.

Ayrılık ve farklılık kavramları: En az bir alter kişilik durumu ya da kimliğin vücudun denetimini tam ya da kısmen aldığı saptandı ise birinci adım geçilmiş demektir. Şimdi şu sorunun yanıtı aranmalıdır: Bu kişilik durumu DSM-IV ölçütlerinde belirtildiği gibi diğerlerinden ya da diğerlerinden yeterince "ayrı (separate)" ve "farklı (distinct)" midir? Ayrı olma özelliği alter kişilik durumunun kendisini diğerlerinden ayrı bir kişi

olarak görme eğiliminin derecesine göre değerlendirilir. Örneğin bir kişilik durumu diğerinin ölümü halinde kendisinin yaşamaya devam edeceğini düşünüyor ise ayrılık tamdır. Farklı olma ise alter kişilik durumunun kendisini bir diğerinden değişik algılamasıdır, bu fark farklı duygulanım, davranış özellikleri, beden yapısı, yaş ya da cinsiyet konusunda olabilir. Örneğin erişkin bir hastada kendisini çocuk olarak algılayan bir kişilik durumunda farklılık tam olarak gerçekleşmiştir.

Tanı ölçütlerindeki değişim süreci: DKB tanı ölçütlerinin DSM-III, DSM-III-R ve DSM-IV'ün oluşum süreci içerisinde geçirdiği değişim yukarıda sözü edilen incelemelerin önemini yansıtmaktadır. DSM-III'te kişilik terimi kullanılmakta idi ve alter kişiliğin tam denetimi alması koşulu (klasik DKB) aranmakta idi. Oysa son yıllarda anlaşılmuştur ki alter kişiliklerin tam denetimi almadan evsahibi kişiliği arkadan etkileyip yönetmeleri (kuklalaştırma tipi DKB), onlarla birlikte bulunmaları (co-presence) çok daha yaygın olan, tipik biçimdir. İşte bu nedenle DSM-III-R'da tam denetim sözü kaldırılmış ve alter kişilik yerine kişilik durumları ya da kimlikler terimi konulmuştur. Oldukça geniş olan bu tanımlama DSM-IV'de dissosiyatif amnezi koşulunun

konulması ile daraltılmıştır. Böylece önceleri DKB tanısı alan ve tüm alter kişiliklerin eşbilingli, yani birbirinden haberdar (co-conscious) olduğu bazı hastalar (eşbilingli DKB) artık başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk tanısı alır olmuştur. Hangi ölçüt takımının hastaları ele almada daha yararlı olduğu gelecekte anlaşılacaktır. Ancak DKB'nda bellek bozukluğu ile kastedilen mutlaka kişilik durumları arasında amnezi olması değildir. Sıradan unutkanlıkla açıklanamayacak her hangi bir amnezinin varlığı yeterli olmaktadır.

Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunda Eştanı

DKB'nun tipik özelliklerinden birisi aynı anda çok sayıda tanı kategorisinin ölçütlerini doldurabilmesidir. Ülkemizde SCID-D ile tanısı doğrulanan 30 DKB hastası üzerinde SCID-I ve SCID II ile yapılan bir çalışma bu hastaların DKB yanısıra DSM-III-R'a göre ortalama 9.3 ek tanı (5.3 birinci eksen ve 3.9 ikinci eksen) aldıklarını göstermektedir (Tablo 2 ve 3). Bir hastada yaklaşık olarak on ayrı çeşit psikiyatrik hastalığın birlikte bulunmasının anlamsızlığı DKB'nun bir tanı kategorisi olarak gerekliliğinin en önemli göstergelerinden biridir.

Ancak burada unutulmaması gereken bir nokta vardır: SCID-I ve II ile yapılan değerlendirmelerde sorular hangi kişilik durumunun egemen olduğu dikkate alınmaksızın yöneltilmiştir. Bu nedenle değişen kişilik durumlarının (switching) oluşturduğu semptom dalgalanmaları değerlendirmeye yansımamaktadır. Bu ise SCID-I ve II ile konulan eştanıların büyük bölümünü tartışmalı hale getirmektedir. DKB modeli üzerinden ifade edilirse, hangi alter kişiliğinin hangi soruya yanıt verdiği dikkate alınmamakta ve bilinmemektedir. Oysa klinikte, majör depresyon tanısı alan bir DKB hastasının "switching" sonrası bu belirtileri göstermez hale geldiği sıklıkla görülür ve üstelik bu gibi hastalar antidepresif farmakoterapi gibi standart depresyon tedavilerine olumlu yanıt da vermezler. O halde burada sözü edilen eştanılar çoğu zaman DKB'nun SCID-I ve II üzerindeki "görünümü" ve bir "enstantane" olmaksızın öteye gitmezler.

Bir başka tartışma konusu da DKB'nda görülen ve SCID-I ve II ile "evet" yanıtı alınan belirtilerle bu sorulara "evet" yanıtı veren şizofreni hastasının yaşadığı belirtinin gerçekte aynı olup olmadığı konusudur. Kimi yazarlar dissosiyatif bozukluk hastalarının tanıladığı "seslere" ve "görüntülere" psödohalüsinasyon adını vermektedir; öte yandan "Schneider" belirtileri

tanımlayan DKB hastasındaki fenomen ile şizofreni hastasındaki acaba gerçekten aynı mıdır? İki ayrı durumdaki hastanın aynı belirti konusunda yaşadıkları farklı olabilir ama bu fark daha çok temeldeki bozukluktan kaynaklanmaktadır. Örneğin şizofreni hastasında Schneider'ın belirtiler daha çok primer bir düşünce bozukluğu ve gerçeği değerlendirme yetisinde bozulmanın sonucu gibi görünmektedir. Oysa DKB hastası için bu fenomenler "gerçekten yaşadığı bir durum", bir "yaşantıdır"; bu yaşantı üzerine düşünce bozukluğuna dayalı bir sanrı geliştirmez. İşitsel varsanılar ise bir çok DKB hastasında pek çok şizofreni hastasında olduğundan daha net duyulan seslerdir; doğal ki bir çok hastada da bunlar henüz varsanı öncesi bir aşamada, "düşüncenin gürültülü hale gelmesi (Gedankenlautwerden-Bleuler)" düzeyindedir. Üstelik klinisyenlerce bu belirtiler hemen her zaman tanımlandıkları biçimle kabul görmekte ve DKB olasılığı bilinmiyorsa hemen her zaman uzun süreli nöroleptik ilaç tedavisine yol açmaktadır.

Eştanılar içerisinde psikotik bozukluk ve şizofrenik bozukluk tanıların yanısıra pozitif sayılması gerekmektedir. Bu durumun nedeni DSM-III-R ve DSM-IV'de Schneider belirtileri ve özellikle işitsel varsanılara şizofrenik ve psikotik bozukluk ölçütleri arasında gereğinden fazla yer verilmiş olmasıdır. Bu sorunun yeni sınıflandırma sistemlerinde çözülmesi gerekmektedir. Öte yandan DKB hastalarının psikoz benzeri dönemler geçirebildikleri bilinmektedir; ancak bu durumlar daha çok dissosiyatif doğada bir "histerik psikoz" (Tutkun ve ark. 1994, 1995, 1996) niteliği taşımaktadır; "histerik psikoz"a eş düşen bir tanı kategorisinin henüz DSM-IV'de bulunmaması bu tanı sorununu çözümsüz bırakmaktadır. "Histerik psikoz" ve DKB ilişkisi özel bir önem taşıdığından aşağıda ayrıca ele alınmıştır.

Yüksek oranda rastlanan duygudurum bozukluğu tanısında ise hastaların değişik kişilik durumlarının etkinleşmesi ile ortaya çıkan dalgalanmaların SCID-I ile saptanamaması rol oynamaktadır. Gerçekten de, her ne kadar standart değerlendirmede majör depresyon tanısı ortaya çıkıyorsa da, DKB hastalarının önemli bir bölümünde standart antidepresan ilaç tedavisine yanıt alınmamaktadır. Anksiyete bozuklukları içerisinde yüksek oranda rastlanan travma sonrası stres bozukluğu DKB'nun travmatik kökenine işaret etmektedir. Şimdilik bizim hastalarımızda yeme bozukluğu ve madde bağımlılığına yüksek oranda rastlanmamakta-

Tablo 2. 30 DKB hastasında SCID I tanıları (Kızıltan ve ark. 1998).

Tanımlar	N	%
Distimik bozukluk	14	46.7
Geçmiş majör depresyon	12	40.0
Şimdiki majör depresyon	10	33.3
Geçmiş mani	2	6.7
Şimdiki mani	0	0.0
Herhangi bir affektif bozukluk	28	93.3
Panik bozukluğu	14	46.7
Obsessif kompulsif bozukluk	14	46.7
Travma sonrası stres bozukluğu	14	46.7
Basit fobi	10	33.3
Sosyal fobi	7	23.3
Agorafobili panik bozukluğu	3	10.0
Yaygın anksiyete bozukluğu	1	3.3
Panik bozukluğu olmaksızın agorafobi	0	0.0
Herhangi bir anksiyete bozukluğu	29	96.7
BTA psikotik bozukluk	12	40.0
Şizofrenik bozukluk	7	23.3
Şizoaffektif bozukluk	3	10.0
Şizofreniform bozukluk	1	3.3
Kısa psikotik bozukluk	1	3.3
Sanrısız bozukluk	0	0.0
Herhangi bir psikotik bozukluk	24	80.0
Somatizasyon bozukluğu	16	53.3
Farklılaşmamış somatoform bozukluk	2	6.7
Hipokondriyazis	0	0.0
Herhangi bir somatoform bozukluk	18	60.0
Alkol kötüye kullanımı	2	6.7
Madde kötüye kullanımı	5	16.7
Herhangi bir alkol veya madde kötüye kullanımı	7	23.3
Anoreksiya nervosa	1	3.3
Bulimia nervosa	2	6.7
Herhangi bir yeme bozukluğu	2	6.7

dır; oysa bu konuda Kuzey Amerika kaynaklı yayınlarda yüksek oranlar bildirilmektedir.

Somatoform bozukluk eştanısına da DKB hastalarında yüksek oranda rastlanmaktadır. Gerçekten de bu hastalarda organik bir neden bulunamayan somatik yakınmalara ve konversiyon semptomlarına sık rastlanmaktadır. DKB hastalarındaki somatik belirtilerin ilginç bir yanı yaşanmış travmatik olaylarla "somatik bellek" yolu ile doğrudan ilgili olabilmeleridir; örneğin dövülmüş kişide vurulmuş olan yerin ağınması gibi. "Histerik nevroz" kavramı da bilindiği üzere altta ya-

tan bir tür ruhsal çevrilme düzeneği varsayılarak "konversiyon" terimini içermiştir. Günümüzde bu tür belirtiler için çağın ruhuna daha uygun biçimde "somatoform dissosiyasyon" terimi önerilmektedir (Nijenhuis ve ark. 1996).

SCID-II ile saptanan kişilik bozukluğu eştanıları arasında sınırda, paranoid, obsessif kompulsif ve kaçınan kişilik bozukluğunun önde geldiği görülmektedir. Burada SCID-II değerlendirmesine yansıyan tipik DKB hastası hızlı duygudurum ve davranış değişiklikleri gösteren (switching), travmatik geçmişinin bir sonucu

Tablo 3. 30 DKB hastasında SCID II tanıları (Kızıltan ve ark. 1998)

Tanılar	N	%
Sınırdaki kişilik bozukluğu	24	80.0
Paranoid kişilik bozukluğu	22	73.3
Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu	17	56.7
Kaçınan kişilik bozukluğu	16	53.3
"Self-defeating" kişilik bozukluğu	7	23.3
Şizotipal kişilik bozukluğu	6	20.0
Histriyonik kişilik bozukluğu	6	20.0
Narsistik kişilik bozukluğu	5	16.7
Pasif-agresif kişilik bozukluğu	5	16.7
Bağımlı kişilik bozukluğu	4	13.3
Antisosyal kişilik bozukluğu	4	13.3
Şizoid kişilik bozukluğu	3	10.0

olarak kimseye güvenmeyen, kendisini kontrol etme kaygısı taşıyan (özellikle evsahibi kişilik) ve travmatik geçmişini anımsatan uyaranlardan kaçınan bir kişidir. Tarihsel önyargıların aksine histriyonik kişiliğe çok düşük oranda rastlanmıştır. Oysa kliniğimizde yürütülen bir başka çalışma histriyonik kişilik bozukluğunun bipolar affektif bozukluk hastalarında önde gelen SCID-II tanısı olduğunu göstermektedir (Üçok ve ark. 1998). Sınırdaki kişilik bozukluğu eştanısı özel bir önem taşıdığından aşağıda ayrıca ele alınmıştır.

Histerik Psikoz ve Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu

Histerik psikozun kısa psikozdan ayırılması gerektiğine ve dissosiyatif doğada bir bozukluk olduğuna Türk psikiyatrisinde dikkat çekilmiş ve bu tablo "psödopsikotik dissosiyasyon" olarak adlandırılmıştır (Öztürk ve Göğüş 1973, Öztürk 1981, 1994). Öztürk (1981,1994) bu hastaların ağır baskı ortamında "uyusal uyum" gösteren kişiler olduğunun altını çizmiş, ancak bu yaklaşımını güncel travma literatürü ile birleştirmemiştir. Şar (1983) Türkiye'de histeri hastalarının ihmal ortamında yetişen insanlar olduğuna dikkat çekerek gelişimsel bir vurgulama ile psikanalikle köprü kurmuş ve Türk kültüründe "histeride oralite" den söz etmiş, ancak çocukluk çağı travmaları ile erişkindeki psikopatoloji arasında bugünkü travma kuramı anlamında doğrudan bağ kurmamıştır. Histerik psikozun travmatik doğada dissosiyatif bir bozukluk olduğuna yakın yıllarda Batı psikiyatrisinde de dikkat çekilmiştir ve reaktif dissosiyatif psikoz adı önerilmiştir (van der Hart ve ark. 1993).

DKB üzerinde çalışanlar ise histerik psikoz kavramı

üzerinde hiç durmamış, fakat DKB vakalarında psikoz benzer durumlar olabildiği ve bunların psikoz olmayıp aslında birer "döner kapı krizi" (Putnam 1989) ya da "eşbilençlilik krizi" (Kluft, kişisel iletişim 1995) olduğunu bildirmişlerdir.

Histerik psikoz ile DKB arasında açık bir bağ bulunduğu ve histerik psikozun bazı DKB vakalarında hastaneye başvuru biçimi oluşturduğu bildiğimiz kadarı ile ilk kez 1994 (Tutkun ve ark. 1994) ve 1995 (Tutkun ve ark. 1995, Şar ve ark. 1995) yıllarında İstanbul Tıp Fakültesi grubunca ortaya konulmuştur (Tutkun ve ark. 1996). Gerçekten de histerik psikoz geçirmekte olan bir DKB hastasında çocukluk çağı travmalarını taşıyan çeşitli yaşlarda değişik kimliklerin bir resmi geçitine tanık olmak ve bu psikopatolojinin doğrudan travmatik kökenini açıkça gözlemek olanaklıdır.

Ancak bu durum gözlemlerimize göre her histerik psikoz vakasında DKB bulunduğu anlamına gelmemektedir. Buna karşın, histerik psikoz kategorisi DKB'nu tanımayan ülkelerde bu alana bir giriş kapısı oluşturacak önemdedir ve yeni hastalık sınıflandırmalarında histeri sözcüğünün içerdiği önyargılardan kurtararak başka bir adlandırma ile yer verilmesi gerekmektedir.

Bu durumda akut stres bozukluğu, histerik psikoz, DKB ve başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluklar arasındaki ilişkiler gelecekte incelenmelidir. Daha geniş bir çerçevede böyle bir bakış açısı sınırdaki kişilik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve son olarak duygudurum bozukluklarını da kapsamalıdır.

Sınırdaki Kişilik Bozukluğu ve Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu

Çok sayıda DKB hastasının aynı zamanda sınırdaki kişilik bozukluğunun tanı ölçütlerini de doldurması ilginç bir durum oluşturmaktadır. DSM kuralları uyarınca ayrı eksenlerde yer aldıklarından her iki tanıyı koymak da olanaklıdır ve deskriptif araştırmacılıkta bu yapılmaya devam edilmektedir. Ancak bu iki bozukluğun aynı şey olduğunu düşünmek için bu ölçüt ortaklığı yeterli değildir. Günümüzdeki deneyimler bu iki bozukluğun ayrı durumlar olduğunu düşündürmektedir. Özellikle psikoterapi açısından değerlendirmek gerektiğinde, ancak DKB hastasında alter kişilik durumlarında çoğunda sınırdaki kişilik bozukluğu belirtilerinin görülmesi halinde gerçek bir komorbiditeden söz edilebilmektedir.

Kanımızca ve bugünkü psikiyatrik nozoloji ve sınıflandırma uyarınca DKB bir kişilik bozukluğu değildir, bir "birinci eksen" bozukluğudur. Ancak DKB'nu bir epifenomen olarak görme eğiliminde olan klinisyenler temelde bir kişilik bozukluğunun varlığını düşünebilir. Çoğu klinisyenin aklına iki kişilik bozukluğu gelmektedir. Yukarıda sözü edilen deskriptif ortaklıklar nedeni ile sınırda kişilik bozukluğu ve tarihsel "histerik nevroz" kavramı nedeni ile histriyonik kişilik bozukluğu.

Sınırda kişilik bozukluğu kategorisi "kişilik örgütlenmesi" kavramına merkezi önem vererek oluşturulmuştur ve kökeni psikanalize dayanır. Bu biçimiyle DSM-IV'e bir kişilik bozukluğu türü olarak girmiştir. Oysa belirtilerinin bir kişilik bozukluğunu aşacak denli ağır olabildiği bilinmekte ve bir "birinci eksen patolojisi" olarak görülmesinin tek engelini "kişilik örgütlenmesi" yaklaşımı olduğu anlaşılmaktadır. Bu yaklaşımın ne oranda dayanıklı olduğunu önümüzdeki yıllar gösterecektir. Bu süreçte birinci ve ikinci eksen geleceğin psikiyatrisinde genel olarak hangi önem ve rolün verileceği, psikanalitik kişilik kuramlarının yaşamaya devam edip etmeyeceği de rol oynayacaktır.

Öte yandan DKB hastaları yalnız sınırda kişilik bozukluğu değil, başka bir çok kişilik bozukluğunun da tanı ölçütlerini doldururlar. Buna karşın, deskriptif çalışmalar DKB hastalarında histriyonik kişilik oranının diğerlerinden çok daha düşük olduğunu, aksine örneğin bipolar affektif bozukluk hastalarında en önde gelen kişilik bozukluğu türlerinden biri olduğunu göstermektedir (Üçok ve ark. 1998). Öte yandan, klinik vaka serilerinde erkek hastalara yalnızca 1/9 oranında rastlanmakta ve erkek DKB vakalarının sağlık sistemine girmeyip suç işleme yolu ile doğrudan adli sisteme girme olasılıkları söz konusu olmaktadır. Erkek DKB vakalarında antisosyal kişilik bozukluğu eştanısının kadınların ağırlıkta olduğu klinik serilerden fazla olması olasılığı vardır; nitekim bizim kliniğimizde adolesan DKB vaka serimizde erkek/kadın oranı 1/4'e düşmekte ve bu ise erişkin yaşa gelen erkek vakaların sağlık sisteminden uzaklaşmaları anlamına gelmektedir (Yargıç ve ark. 1995).

Başka Türü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk (BTADB) Kavramı ve Önemi

BTADB vakalarının önemli bir bölümü çeşitli kişilik durumlarının bulunduğu, fakat bunların DKB tanısı için yeterli ölçüde ayrılık ya da farklılık göstermediği, ya da gösterse bile dissosiyatif amnezilerin saptana-

madığı hastalardır. Ancak bu hastalarla DKB vakaları aslında birbirinden niteliksel olarak ayrı değildir. Her iki durum da aynı bozukluğun değişen dereceleridir. Öte yandan ilk anda BTADB izlenimi veren kimi vakaların yakından tanımak durumunda birer DKB oldukları anlaşılabilir. Bazı BTADB vakalarında ise kişilik durumları gösterilemez, ancak dissosiyatif amneziler, Schneider belirtileri, DKB'nun ikincil belirtileri olarak bilinen kimi özellikler, işitsel varsanılar ve kimi zaman duyu ötesi algı yaşantıları bulunur. Dissosiyatif trans durumları, Ganser sendromu ve baskı altında ortaya çıkan kimi dissosiyatif durumlar da bu grupta sınıflandırılır.

BTADB vakaları deskriptif olarak çeşitlilik gösterse de araştırmacılık açısından belki de en önemli dissosiyatif bozukluk grubunu oluştururlar; çünkü kimi başka kategorilerle komşuluk gösterirler ve klasik kategorilerin sınırlarını zorlarlar. Örneğin birinci eksen BTADB ikinci eksen sınırda kişilik bozukluğu alan vakalar, histerik psikoz ve akut stres bozukluğu ile BTADB ilişkisi, kültürel özellikli kimi psikopatolojik durumlar gibi bir çok olgu bu grupta inceleme konusu olmaktadır.

Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu İle İlgili Ölçekler ve Görüşme Çizelgeleri

Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) ve Dissosiyasyon Ölçeği (DIS-Q) psikoform dissosiyatif belirtileri taramada ve derecelendirmede başarı ile kullanılan özbeöz ölçekleridir. Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ) ise bir "konversiyon" ölçeği olup dissosiyatif bozukluk hastalarını saptayabilmektedir. Tanı koydurucu araçlar olarak Dissosiyatif Bozukluklar İçin Görüşme Çizelgesi (DDIS) ve Dissosiyatif Bozukluklar İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi (SCID-D) kullanılmaktadır. DDIS tam yapılandırılmış ve kullanımı kolay bir araçtır. SCID-D ise yarı yapılandırılmış olup uygulaması daha fazla deneyim gerektirmektedir. Tüm bu sözü edilen ölçek ve çizelgeler İstanbul Tıp Fakültesi Grubu tarafından Türkçeye uyarlanmış ve hepsinin geçerli ve güvenilir oldukları 1993 yılından bu yana sürdürülen ayrı ayrı çalışmalarla gösterilmiştir (Yargıç ve ark. 1995; Şar, Kızıltan ve ark. 1997; Şar, Kundakçı ve ark. 1997; Şar, Kundakçı ve ark. 1998; Yargıç ve ark. baskıda, Kundakçı ve ark. 1998).

SONUÇ

DKB az rastlanan ve "egzotik" bir fenomen değil, olağan bir psikiyatrik bozukluktur. Psikiyatristlerce ta-

nınması, psikiyatri uzmanlık eğitiminde şizofreni, duygudurum bozukluğu ve diğer psikopatolojiler için olduğu kadar yer verilmesi gereklidir. DKB'nun tanınması ruhsal travma kökenli psikopatoloji gösteren çok sayıda hastanın psikoterapisi konusunda geniş ufuklar açacaktır. Bizim kliniğimizde 1993 yılında ilk DKB tanısı konulduğundan beri hiç bir dissosiyatif bozukluk vakasına EKT uygulaması gerekmemiş ve yapılmamıştır. Tümüyle doğal olarak ortaya çıkan bu olgu dahi doğru tanının klinisyene tedavi konusunda ne denli güç ve yönelim kazandırdığını gösteren ilginç bir durumdur.

Dissosiyatif bozuklukların ve genel olarak ruhsal travma ile ilişkili karmaşık bozuklukların var olan psikiyatrik nozoloji ve sınıflandırma sistemlerini sarsan

özellikleri, psikoterapiye getirdiği yenilikler ufukta bir paradigma değişikliğinin olabileceğini de hissettirmektedir. Dissosiyasyon çalışmaları ruhsal travmaya insan zihninin tepkisinin nörobiyolojisi konusunda da gelecekte pek çok şey söylenmesine olanak verecek gibi görünmektedir (Şar ve ark. 1997, 1998). Öte yandan bilim adamının söyledikleri ancak toplumsal dinamikler elverdiğinde, yani zamanı geldiğinde etkili olmakta ve değişimlere yol açabilmektedir. Bu nedenle dissosiyasyon ve ruhsal travma çalışmalarının tıpkı 19. yüzyıl sonlarında olduğu gibi çeşitli dinamiklerin etkisi ile giderek ortalama psikiyatrinin dışına mı düşeceği, yoksa 21. yüzyıl psikiyatrisini ve psikoterapisini, Türkiye'de ve dünyada, derinden mi etkileyeceği merak konusu ve belki de kritik bir sorudur.

KAYNAKLAR

- Akyüz G, Doğan O, Şar V ve ark. (1996) Frequency of dissociative identity disorder in the general population in Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, baskıda.
- American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Ed.III*. Washington DC, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Ed.III-R*. Washington DC, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Ed. IV*. Washington DC, American Psychiatric Association.
- Bernstein EM, Putnam PW (1986) Development, reliability and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis*, 174:727-735.
- Carlson EB, Putnam FW, Ross CA ve ark. (1993) Validity of the Dissociative Experiences Scale in screening for multiple personality disorder: a multicenter study. *Am J Psychiatry*, 150:1030-1036.
- Chodoff P (1997) Turkish dissociative identity disorder. *Letter. Am J Psychiatry*, 154:1179.
- Ellason JW, Ross CA (1997) Two year follow-up of inpatients with dissociative identity disorder. *Am J Psychiatry*, 154:832-839.
- Ellenberger HF (1970) *The Discovery of the Unconscious*. New York, Basic Books.
- Kızıltan E, Şar V, Kundakçı T ve ark. (1998) Comorbidity in dissociative identity disorder: a study using SCID-I, SCID-II and SCID-D. Paper submitted to the 15th Fall Conference of the International Society for the Study of Dissociation, Seattle.
- Kluft RP (1991) Clinical Presentations of Multiple Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 14:605-609.
- Kluft RP (1991) Multiple Personality Disorder. A. Tasman (Ed), *Annual Review of Psychiatry*, Washington DC, American Psychiatric Press, s.161-188.
- Kluft RP (1996) Treating the traumatic memories of patients with dissociative identity disorder. *Am J Psychiatry, Festschrift Supplement*, 153:103-110.
- Kundakçı T, Şar V, Kızıltan E ve ark. (1998) The reliability and validity of the Turkish version of the SCID-D. Paper submitted to the 15th Annual Conference of the International Society for the Study of Dissociation, Seattle.
- Lewis DO, Yeager CA, Swica Y ve ark. (1997) Objective documentation of child abuse and dissociation in 12 murderers with dissociative identity disorder. *Am J Psychiatry*, 154:1703-1710.
- Nijenhuis ERS, Spinhoven Ph, van Dyck R ve ark. (1996) The development and the psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *J Nerv Ment Dis*, 184:688-694.
- Öztürk MO (1981) Histerik nevroz. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. M.O. Öztürk (Ed.), Ankara, Meteksan, s.209-219.
- Öztürk MO (1994) Histerik psikoz. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. M.O. Öztürk (ed.), Ankara, Sevinç Matbaası, s.301-302.
- Öztürk MO, Göğüş A (1973) Ağır regresif belirtiler gösteren histerik psikozlar. 9. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Çalışmaları. Ankara, Meteksan, s.155-164.
- Putnam FW (1991) Dissociative Phenomena. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, Cilt 10, A Tasman, SM Goldfinger (Ed), Washington DC, American Psychiatric Press, s.145-160.
- Putnam FW (1997) *Dissociation in Children and Adolescents. A Developmental Perspective*. New York, Guilford Press.
- Ross CA (1991) Epidemiology of Multiple Personality Disorder and Dissociation. *Psychiatr Clin North Am*, 14:503-517.
- Ross CA (1997) *Dissociative Identity Disorder. Diagnosis, Clinical Features, and Treatment of Multiple Personality*. 2. baskı, New York, John Wiley.
- Spitzer RL, Gibbon M, Skodol AE ve ark. (1994) *DSM-IV Case Book*. Washington DC, American Psychiatric Press, s.512-516.
- Şar V, Tutkun H, Alyanak B ve ark. (1997) Frequency of childhood abuse among psychiatric outpatients in Turkey. *Programbook of the 13th Annual Conference of the International Society for Traumatic Stress Studies*, Montreal, s.131.

- Şar V, Kızıltan E, Kundakçı T ve ark. (1997) Dissosiyasyon Ölçeği'nin (DIS-Q) geçerlik ve güvenilirliği. 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Kitabı, Antalya, s. 43-53.
- Şar V, Kundakçı T, Kızıltan E ve ark. (1997) Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeğinin (DES-II) geçerlik ve güvenilirliği. 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Kitabı, Antalya, s.55-64.
- Şar V, Kundakçı T, Kızıltan E ve ark. (1998) The reliability and validity of the Turkish version of the somatoform dissociation Questionnaire (SDQ-20). Paper submitted to the 15th Annual Conference of the International Society for the Study of Dissociation, Seattle.
- Şar V, Ünal SN (1997) SPECT imaging in dissociative identity disorder. Program book, 14th Annual Conference of the International Society for the Study of Dissociation, Montreal.
- Şar V, Ünal SN, Kızıltan E ve ark. (1998) Frontal and parietal hypoperfusion in dissociative identity disorder. Paper submitted to the 15th Annual Conference of the International Society for the Study of Dissociation, Seattle.
- Şar V, Yargıç Lİ, Tutkun H (1995) Dissosiyatif kimlik bozukluğu tanısı konularak uzun süre izlenen 25 hastanın sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Düşünen Adam*, 8:38-46.
- Şar V, Yargıç Lİ, Tutkun H: Structured interview data on 35 cases of dissociative identity disorder in Turkey. *Am J Psychiatry*, 1996; 153: 1329-1333.
- Şar V, Yargıç Lİ, Tutkun H (1997) Reply to letter: Turkish dissociative identity disorder. *Am J Psychiatry*, 154: 1179.
- Şar İ (1983): 1970-1980 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Kliniklerine yatarak "histeri" tanısı alan hastaların incelenmesi. Uzmanlık tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Şar V, Akyüz G, Kundakçı T ve ark. (1998) Frequency of dissociative disorders in the general population: an epidemiological study in Turkey. Paper submitted to the 15th Fall Conference of the International Society for the Study of Dissociation, Seattle.
- Tutkun H, Şar V, Yargıç Lİ ve ark. (1998) Frequency of dissociative identity disorder among psychiatric inpatients in a Turkish university clinic. *Am J Psychiatry*, 155:800-805.
- Tutkun H, Şar V, Yargıç Lİ ve ark. (1997) Frequency of childhood abuse among psychiatric inpatients in Turkey. Programbook of the 13th Annual Conference of the International Society for Traumatic Stress Studies, p.131.
- Tutkun H, Yargıç Lİ, Şar V (1994) Psödopsikoz ile başvuran dört çöğül kişilik bozukluğu vakası. 30.Ulusal Psikiyatri Kongre Kitabı, Nevşehir, s. 368-378.
- Tutkun H, Yargıç Lİ, Şar V (1995) Dissociative Identity Disorder Presenting as Pseudopsychosis (Hysterical Psychosis). Proceedings of the 5th Spring Conference of the International Society for the Study of Dissociation.
- Tutkun H, Yargıç Lİ, Şar V (1996) Dissociative identity disorder presenting as hysterical psychosis. *Dissociation*, 9:241-249.
- Tutkun H, Yargıç Lİ, Şar V (1995) Dissociative identity disorder: clinical investigation of 20 cases in Turkey. *Dissociation*, 8:3-9.
- Üçok A, Karaveli D, Kundakçı T ve ark. (1998). Axis II comorbidity in bipolar mood disorder. *Compr Psychiatry*.
- Van der Hart O, Witztum E, Friedman B (1993) From hysterical psychosis to reactive dissociative psychosis. *J Traumatic Stress*, 6: 43-64.
- Van der Kolk BA, Weisaeth L, Van der Hart O (1996) History of trauma in psychiatry. *Traumatic Stress*. BA Van der Kolk, AC McFarlane, L Weisaeth (Ed). New York, The Guilford Press, s. 47-74.
- Vanderlinden J, Van Dyck R, Vandereycken W, Vertommen H, Verkes RJ (1993) The Dissociation Questionnaire (DIS-Q). Development and characteristics of a new self-reporting questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1:21-27.
- Yargıç Lİ, Şar V, Tutkun H ve ark. (baskıda) Comparison of dissociative identity disorder with other diagnostic groups using a structured interview in Turkey. *Compr Psychiatry*.
- Yargıç Lİ, Tutkun H, Şar V (1995) The reliability and validity of the Turkish version of the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 8:10-13.
- Yargıç Lİ, Tutkun H, Şar V, Zoroğlu S (1995) Comparison of adolescent and adult cases of dissociative identity disorder. Paper presented at the 5th Fall Conference of the International Society for the Study of Dissociation, Amsterdam.