

DİSSOSİYATİF KİMLİK BOZUKLUĞU TEŞHİS EDİLEN BİR VAK'ADA GÖRÜLEN HİSTRİONİK VE BORDERLINE KİŞİLİK YAPISI ÖZELLİKLERİ

Dr. MERT SAVRUN*, Dr. ALAADDİN DURAN*, Dr. SAFFET TÜZGEN**, Dr. SONGÜL ÖZERTÜRK*,
Dr. MÜFİT UĞUR*

ÖZET

Dokuz yıl evvel konversiyon şikayetleri ile başlayan daha sonra birtakım borderline kişilik bozukluğu semptomlarının görüldüğü, arkasından elektroensefalografi (EEG) tetkiki ile epilepsi teşhisi konan polisemptomatik bir vak'ada son iki ay içerisinde ortaya çıkan altı değişik kişilik alterinin görülmesi ile hasta çoğul kişilik bozukluğu - "Dissosiyatif kimlik bozukluğu" olarak değerlendirildi. Elde edilen tanı ve bulgular mevcut literatür bulgularının ışığında tartışıldı.

SUMMARY

A case which began with some conversion symptoms nine (9) years ago has developed some symptoms related to borderline personality disorder. After some time this polysymptomatic case was evaluated electroencephalographically for the seizure disorder and was diagnosed as epilepsy. This case began to show multiple personality disorder - "dissociative identity disorder" since two months by demonstrating six different alters of personality. So the case is diagnosed as multiple personality disorder - "dissociative identity disorder". The diagnosis and the symptoms are evaluated under the view of the present literature.

GİRİŞ

Çoğul kişilik bozukluğu "Dissosiyatif kimlik bozukluğu" nun çocukluk döneminde cinsel taciz, fizik taciz gören kişilerde veya iki durumu birden aynı zamanda yaşayan kişilerde görüldüğünü bildiren çok sayıda yayın bulunmaktadır (*Shearer ve ark, 1990*). Aynı zamanda benzer durumları yaşayanlarda madde bağımlılığı da kontrollara nazaran daha sık görülmektedir. Herman ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda ise daha çok kadınlarda görülen, temelinde cinsel tacizlerin yattığı borderline durumlarda kişilerin normallere nazaran daha impulsif, tahrip edici, madde bağımlısı oldukları bildirilmektedir (*Herman ve ark, 1989*). Keza aynı araştırmacılar cinsel taciz olayının yanısıra fizik taciz olayının ve çocuğun erken dönemlerde çok büyük dehşet tablolarına şahit olmasının da benzer durumların ortaya çıkmasında rolü olduğu üzerinde durmuşlardır. Bryer ve arkadaşları ise gene aynı şekilde yaptıkları çalışmalarında çocukluk dönemlerindeki taciz durumlarından bi-

rini veya ikisini birden yaşayanların erişkinlik dönemlerinde daha çok ruhi problemlere sahip olduklarını bildirmektedirler (*Bryer ve ark, 1987*). Ludolph ve arkadaşları ise yaptıkları çalışmalarında borderline bozukluk durumu gösteren vak'aların kontrollerle kıyaslandıklarında, bunların daha anlamlı bir oranda beş yaştan önce ebeveynlerinden ayrılmış çocuklar olduklarını, bakımsızlık ve ilgisizlikten dolayı da her türlü travmatik duruma maruz kaldıkları üzerinde durmuşlardır (*Ludolph ve ark, 1990*). Keza Bliss ise yaptığı bir çalışmada çoğul kişilik bozukluğu veya "dissosiyatif kimlik bozukluğu" durumunda ki hastalarda ortaya çıkan semptomları gruplamıştır. Araştırmacı anksiyete semptomlarını, histrionik belirtilerin, fobik durumların, depresyon ve intihar durumlarının, hatta düşünce içerikli bazı şizofrenik semptomların dahi "dissosiyatif kimlik bozukluğu" gösteren kişilerde kontrollara kıyasla çok daha yüksek oranda görüldüğünü bildirmektedir (*Bliss, 1980*).

Bunların yanısıra Devinsky, Putnam ve arkadaşları ise dissosiyatif durumlar ile epilepsi arasındaki ilişkileri araştıran bazı çalışmalar yapmışlardır. Çalışmacılar "dissosiyatif kimlik bozukluğu" durumunun epilepsi ile alakası olduğunu araştırmak için müşterek semptomları olan altı hasta üzerinde çalışmışlar-

* İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

** İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroşirurji Anabilim Dalı

dır (*Devinsky ve ark, 1989*). "Dissosiyatif kimlik bozukluğunda" elektroensefalografi (EEG) tetkikleri yapılmış, ancak vak'aların hiçbirisinin epileptik olmadığı kanaatine varılmıştır. Araştırma ve kontrol gruplarındaki vak'a sayısını arttıran araştırmacılar daha sonra epilepsi odağının dominant hemisferde olması halinde, nondominant hemisferlerinde epilepsi odağı olan kişilerden daha çok depersonalizasyon skalasında puan aldıklarını tesbit etmişler, böylece epileptik durumların çoğul kişilik bozukluğu -"dissosiyatif kimlik bozukluğu"nun gelişimi üzerinde birinci derecede etkili olmadığını ifade etmişlerdir (*Devinsky ve ark, 1989*).

Fahy çoğul kişilik bozukluğunun - "dissosiyatif kimlik bozukluğunun" psikolojik ve fizyolojik yönlerini incelediği bir çalışmada histerik kişilik yapısının çoğul kişilik bozukluğuna benzediğini ifade etmiş ve simülasyon yapanlar ile çoğul kişilik bozukluğu "dissosiyatif kimlik bozukluğu" gösterenlerin ayırdedilmesi için bir kelime testi tekniği geliştirmiştir. Böylece birbirine benzeyen vak'aların ayırdedilebilme imkanı elde edilmiştir. Aynı araştırmacı çoğul kişilik bozukluğu - "dissosiyatif kimlik bozukluğu"nda değişen alterlerde fakat aynı kişide deri direncindeki değişimleri tesbit etmişler ve böylece her alterin değişik bir emotif yapıya sahip olduğunu da isbat etmişlerdir. Aynı araştırmacı değişen alter durumlarında elektroensefalografik (EEG) incelemelerde dahi değişmelerin olabileceğini ifade ile bu değişikliklerin daha çok temporal bölgelerde olabileceğine dikkat çekmişlerdir. Temporal loblarda meydana gelen bu değişikliklerin değişik alterlerde değişen nörohormonların etkisiyle olduğunu ifade etmişler ve temporal sahaların bazı nörohormonlara daha çok duyarlı olmaları sonucunda anormal elektroensefalografik kayıtların elde edilebileceğini, hatta söz konusu nörohormonların etkisiyle beyin kan dolaşımında dahi birtakım değişikliklerin ortaya çıkabildiğini ve bu durumun da değişik alter durumlarında tesbit edildiğini bildirmişlerdir (*Fahy, 1988*).

Tarihçesine bakıldığında çoğul kişilik bozukluğu ilk defa 1816 senesinde bir vak'a münasebetiyle Mitchell tarafından bildirilmiştir. Kısa bir süre sonra 1845 senesinde Mayo ve gene 1845 senesinde Skae iki ayrı vak'a daha bildirmişlerdir. Bliss isimli araştırmacı ise psikiyatri tarihinde neşredilen 300 vak'anın 79 tanesinin 1970 senesinden sonra görülüp bildirildiğini ifadeyle tablonun son senelerde daha çok tanındığını ifade etmiştir. Önce ABD'lerinde daha sık tanınan ve neşredilen çoğul kişilik bozukluğu - "dissosiyatif kimlik bozukluğu" vak'alarının son zamanlarda bütün dünya ülkelerinde de görülüp bildirilmesiyle çoğul kişilik bozukluğu "dissosiyatif kimlik

bozukluğu" kültüre has bir psikiyatrik hastalık olma özelliğini de kaybetmiştir.

Dissosiyatif bozukluklar ise genelde şuur kaybı, hafızanın, kimliğin bozulduğu ve çevrenin yanlış idrar edildiği durumlar olarak bilinmektedir. Bunlar:

- a) Dissosiyatif amnezi: Bu durumda kişiye has önemli bilgilerin hatırlanmasında önemli ve hatta tam bir bozukluk bulunmaktadır. Bu durum genelde herkesin zaman zaman gösterebileceği unutkanlık halinden öte bir durum olup, çok zaman oluş mekanizmasının altında bir psikolojik travma veya yoğun stres yaratan durumlar bulunmaktadır.
- b) Dissosiyatif fuge durumlarında ise ani ve beklenmedik zamanda evden veya işyerinden yapılan yolculuklar olur. Kişi yaptığı bu yolculukları hatırlayamaz. Bu durumdaki hasta aynı zamanda kendi geçmişini de hatırlamaz. Hasta aynı zamanda kendi kimliği hakkında da tam bir konfüzyon durumundadır. Bu yüzden de hasta yeni bir kimliğe bürünür.
- c) Dissosiyatif kimlik bozukluğu ise iki ya da daha fazla değişik kimlik durumunun veya kişilik yapısının mevcut olması ile karakterize bir durumdur. Bu durumlarda hasta bir diğer kimlik halinde kendine has olan özellikleri unuttur ve değişik kimlikli bir şahıs gibi davranmaya başlar. Bu unutkanlık durumunun geneldeki mutlak unutkanlık durumlarımız ile bir benzerliği bulunmaktadır.
- d) Depersonalizasyon bozukluğu halinde ise kişi ısrar edici ve tekrarlayıcı bir duygu durumu ile kendi zihni melekelerinin fonksiyonlarından, kendi beden imajından kopar, onlara yabancılaşır ve realite ile çatışır.

Dissosiyatif amnezi veya psikojenik amnezi durumunun tanınması için DSM IV'e göre şu kriterlerin mevcudiyeti gerekmektedir.

- A. Bir veya birden fazla nöbetler halinde kişisel bilgilerin unutulması söz konusudur. Bu unutma durumları travmatik yaşayışlar ile veya stress halleri ile ilgilidirler.
- B. Söz konusu durum sadece dissosiyatif kimlik bozukluğunun seyri esnasında, dissosiyatif fugeler esnasında, posttravmatik stress bozukluğunda veya somatizasyon bozuklukları esnasında olmaktadır. Aynı zamanda ortaya çıkan amnezi hali kullanılan bir toksik maddenin doğrudan etkisiyle de meydana gelmemektedir.
- C. Bu semptomlar sonucunda kişinin sosyal, mesleki ve diğer çalışma alanlarında bozukluklar ve gerilim halleri olmaya başlar.

Dissosiyatif fuge durumları ise DSM IV'e göre şu kriterlere göre tanınmaktadır:

- A. Ev veya iş yerinden yapılan ani ve beklenmedik seyahatlerin mevcudiyeti önemlidir. Şahıs bunları nasıl yaptığını ve kendi geçmişini hatırlayamaz.
- B. Kişisel kimlik hakkında bir konfüzyon durumu veya tamamen yeni bir kimlik durumu yaşanmaktadır.
- C. Bu bozukluk tek başına dissosiyatif kimlik bozukluğu esnasında olmaz. Aynı zamanda kullanılan toksik maddelerin birinci derecede tablonun ortaya çıkmasında etkileri bulunmaz.
- D. Kişinin sosyal, mesleki ve diğer çalışma alanlarında bozulmalar ve gerilimlere sebep olur.

Dissosiyatif kimlik bozukluğunun tanınması için DSM IV'e göre şu kriterlerden istifade edilir.

- A. İki veya daha fazla değişik kimlik durumlarının mevcut olması gerekmektedir. Her bir kişilik alterinin idrak ediş tarzı, çevre ile münasabetler kurması, çevre ve kendisi hakkında birtakım düşünceler geliştirmesi değişiklik arz eder.
- B. En az bu kimliklerden iki tanesi veya kişilik durumları tekrarlamak suretiyle kişinin değişen davranışlarını kontrol altında tutar.
- C. Genel bir unutkanlık haline benzemez. Önemli kişisel bilgilerin hatırlanmasında ileri derecede zorluk bulunmaktadır.
- D. Tablo bir madde bağımlılığının doğrudan ortaya çıkardığı bir durum değildir.

Depersonalizasyon durumu ise DSM IV'e göre şu kriterler ile tanınmaktadır.

- A. kalıcı ve tekrarlayıcı biçimde kişi kendi benliğinden kopmuştur. Kişi artık kendi benliğinin, davranışının, düşüncesinin ve hareketlerinin dışardan gözlemleyicisi haline gelmiştir.
- B. Depersonalizasyon durumunda realiteyi test etme kabiliyeti bozulmamıştır.
- C. Depersonalizasyona bağlı olarak sosyal, mesleki ve diğer fonksiyon durumlarında anlamlı bozukluklar ve zorluklar olur.
- D. Depersonalizasyon durumu şizofreni, panik bozukluğu, akut stress bozukluğu veya diğer dissosiyatif bozukluklar ile bir arada olmaz. Aynı zamanda madde kullanımının da doğrudan etkisine bağlı bir olay değildir.

Bütün bu dissosiyatif durumları tanıdıktan sonra vak'amızı ilgilendiren dissosiyatif kimlik bozukluğu hakkında biraz detay bilgi vermeyi ve vak'ayı bu bilgiler ile literatür bulguları ışığında incelemeyi uygun gördük.

Çoğul kişilik bozukluğu veya dissosiyatif kimlik bozukluğu (Dissociative Identity Disorder) teriminden bir veya daha fazla kişilikteki değişik benzerlik hallerinin veya kişilik durumlarının diğer kişilik durumunu tamamen kontrol altına aldığı durumlar anlaşılır. Böyle bir çoğul kişilik bozukluğu esnasında basit bir unutkanlık halinin en ağır durumunda bile görmediğimiz şekilde çok önemli kişisel bilgilerin hatırlanması mümkün olmaz. Aynı zamanda ortaya çıkan durum hiçbir zaman bir maddenin veya bir tedavi durumunun sonucu değildir. Çocuklarda görüldüğünde semptomlar hayali arkadaşlara veya diğer oyun fantazilerine bağlı değildir.

Çoğul kişilik bozukluğu; kimliğin, hafızanın ve şuurun değişik yönlerinde ortaya çıkan bir integrasyon bozukluğunu yansıtmaktadır. Her kişilik durumu ayrı bir kişisel özgeçmişi ile, kendini algılayış biçimi ile, kişiliği ile, bütün durumlara ayrı isimler vermek suretiyle yaşanır. Genellikle kişinin verilen ismini taşıyan primer kimlik pasif, bağımlı, suçlu ve depresyon durumunda bulunmaktadır. Mukabil veya ters kimlikler sıklıkla değişik isimler ile anılırlar ve en önemli özelliği ise primer kimlik ile tamamen zıddiyet göstermeleridir. Bazı kimlik durumları önemli durumlarda ortaya çıkabilmekte ve kişinin cinsine, konuşma kapasitesine, genel kültürüne, baskın afektif durumuna ve yaşına bağlı olmak suretiyle değişiklik göstermektedir. Bazı durumlarda değişen kimlikler her türlü şarta rağmen bir diğerini tamamen kontrol altına alabilmektedir. Agressif ve düşmanca gelişen kimlik durumları ise bazı nahoş durumlarda aktiviteleri ve mekanları tanımaksızın ortaya çıkarlar.

Bu tür kimlik bozukluğu olan şahıslarda hafızada yer yer boşluklar meydana gelir. Meydana gelen bu boşluklar daha çok kişinin kendi yakın ve eski özgeçmişi ile ilgilidir. Amnezi hali sıklıkla asimetriktir. Kimlik ne kadar pasif karakterde olursa hafıza o kadar sıkıştırılmış bir biçimde gözlenir. Bunun yanısıra daha düşmanca davranan, aşırı kontrolcu kimlik durumlarında ise kimlik daha koruyucu bir özellik kazanır ve bu durumlarda hafıza daha iyidir. Bazen kontrol edilemeyen kimlik durumlarında bir takım işitme ve görme hallüsinasyonları meydana gelir. Biyografik hafızada da bozulma olur ve hatta bu biyografik hafıza bozukluğu çocukluk dönemine kadar uzanabilir. Kişinin bir kimlik durumundan, başka bir kimlik durumuna geçişinde psikososyal bir takım stressor faktörler rol oynamaktadır. Kişinin bir kimlik durumundan bir diğer kimlik durumuna geçmesi için gerekli zaman saniyelerden uzun değilse de seyrek olarak tedrici geçişlerin olduğu durumlar da bulunmaktadır. Literatürde 2'den 100'e kadar de-

ğişebilen kimlik durumları "alterleri" bildirilmektedir. Bildirilen vak'aların yarısında kimlik sayısı 10 veya daha az kimlik alteri göstermektedir.

Bu durumda olan kişilerde çok zaman erken çocukluk döneminde yaşanmış ağır derecede fizik veya seksüel problemler bulunmaktadır. Çocukluk döneminin hatıraları daha çabuk distorsiyona uğrar. Bu kişiler çok çabuk hipnotize edilirler ve telkine çok müsait olurlar. Eğer fizik veya cinsel bir takım problemlerden kaynaklanan bir durum söz konusu ise o zaman bu kişiler durumlarını ya inkar ederler (deny) veya içinde buldukları kimliklerini distorsiyona uğratırlar. Böylece çoğul kimlik bozukluğu olan kişilerde bir takım posttravmatik stress durumuna bağlı semptomlar görülür. Bunların sonucunda self mutilasyon olayları, intihar ve agresif davranışlara kadar varan bir dizi durumlar gözlenebilir. Bazı kimlik durumları konversiyon durumlarını hatırlatabilir. Bunlarda self mutilasyon, impulsivite, insanlararası ilişkilerde ani ve yoğun değişiklikler olur. Bu denli durumlar olduğu zaman da borderline kişilik bozukluğu düşünülür.

Bu kişilerde birtakım biyolojik değişiklikler de olmaktadır. Bunların başında ileri derecede artmış hipnotize olma skorları gelir. Dissosiyatif kapasitede de bir artma meydana gelmiştir. Kimlik değişiklikleri esnasında en sık görülen fizyolojik değişim durumları ise görme alanındaki değişiklikler, ağrıya toleransın değişmesi, astım semptomları, allerjenlere karşı hassasiyette artma, kan şekeri seviyesine karşı insülin cevabında değişikliğin meydana gelmesidir.

Bu kişilerin bedenlerinde kendilerini yaralanmalarına bağlı olarak birtakım nedbeler görülür. Bu şahıslarda sıklıkla migren türü baş ağrıları ile bağırsak sistemine ait hastalıklar ile astım nöbetleri görülmektedir.

Kültür, yaş ve kimlik ile ilgili bazı özellikler de çoğul kimlik bozukluğuna etki etmektedir. Yakın zamanda yüksek oranda bazı ülkelerde görülmesi (Amerika'da) sendromun kültür ile bağlantılı olabileceğini telkin etmekteydi. Çoğul kimlik bozukluğuna erişkin kadınlarda erişkin erkeklerden 9 ila 10 kat daha fazla rastlanmaktadır. Kadınlarda görüldüğünde değişik kimlik sayısı "kimlik alteri" erkeklerde görülen durumlara göre dah fazla sayıda olmaktadır. Bu kimlik sayısı kadınlarda ortalama 15'e kadar çıkarken erkeklerde bu değişik kimlik sayısı ortalama 8'i geçmemektedir.

Prevalansı incelendiğinde ise son senelerde hastalığın daha rahat tanınması bu konuda konulan teşhis sayılarını artırmıştır.

Çoğul kimlik bozukluğu seyir bakımından da klinik olarak artma ve azalmalar göstermekte olup za-

man içinde kronik ve tekrarlayıcı bir vasıf kazanabilmektedir. İlk semptomun görülmesi ile teşhisin konulması arasındaki geçen zaman süresi takriben 6 ila 7 sene kadardır. Hastaların 40 yaşlarını geçmelerinden sonra çoğul kimlik bozukluğu daha az görülmektedir. Bu tip bir rahatsızlığın olması durumunda kişinin yaşadığı stress, travma ve madde alışkanlığı gibi durumlar tablonun daha belirgin bir hale gelmesine sebebiyet vermektedir.

Genelde ebeveynlerin birinde çoğul kimlik bozukluğu olması durumunda bunların birinci derecede yakınlarında yani çocuklarında hastalık, ebeveynlerinde benzer hastalık olmayan kişilere nazaran daha sık görülmektedir.

Çoğul kimlik bozukluğunda ayırıcı tanı da oldukça önemlidir. Öncelikle ortaya çıkan kimlik bozukluğu durumunun belli bir tıbbi duruma veya bir tedaviye bağlı olmaması gerekmektedir (mesela geçirilen bir epilepsi nöbeti v.s.). Bu hususta hastanın öz geçmişi, laboratuvar tetkikleri, fizik muayenesi önemlidir.

Dissosiyatif kimlik bozuklukları kısmi (Parsiyel) nöbetlere bağlı olarak ortaya çıkan dissosiyatif semptomlardan da ayırılmelidir. Bütün bunlara rağmen iki durumda bir arada görülebildiği durumlar bulunmaktadır. Nöbet süreleri genellikle çok kısadır (30 saniye ile 5 dakika arasında). Gene nöbetlere bağlı benzer durum yaşayanlarda öz geçmişlerinde fiziki bir travma veya seksüel bir kötü yaşam hali söz konusu değildir. Yapılacak EEG tetkikleri ile veya daha ileri giderek yapılacak nazofaringeal elektrodların kullanılması ile alınacak EEG tetkikleri tablonun aydınlanmasında faydalı olur.

Alışkanlık yapıcı maddelerin doğrudan etkileri ile de benzer semptomlar ortaya çıkabilir. Bu gibi durumlarda kişinin belli bir kimlik bozukluğu nöbeti öncesinde madde kullanmış olmasının bilinmesi ile ayırıcı tanı yapılır.

Dissosiyatif kimlik bozukluğu dissosiyatif amnezi hali, dissosiyatif fuge durumları ve depersonalizasyon bozukluklarının seyrinde de görülebilmektedir.

Kültüre bağlı bir durum değildir. Dissosiyatif durumlar içinde anlatılan, kültüre bağlı durumlardan olan "LATAH", "AMOK" ve Eskimolar arasında görülen özel konversiyon durumlarından daha farklıdır. Bu durumların dışında görülen epidemik histeri vak'alarından da farklı bir klinik özellik bulunmaktadır.

Epidemik histeri vak'alarının seyrinde çoğul kişilik sıklıkla görülebilmektedir. Sıklıkla dissosiasyon veya konversiyon bozukluğu topluluklar içinde bir epidemik gibi yayılma göstermektedir. Bu durum daha seyrek olarak erkeklerde olmasına rağmen daha

sık bir şekilde kapalı çevrede (okul, yurt v.s.) yaşayan kızlar arasında görülür. Keza hemşireler arasında da bu tür epidemilerin ortaya çıktığı bildirilmiştir. Çok zaman toplumda bir tehdit durumuna karşı gelişen anksiyete hali ilk başlangıçta telkine en yatkın ve muhtemelen fizik bir travma yaşamış olan kişide olayı başlatmaktadır. Bunun akabinde çevresindeki diğer kızlarda da benzer kişilik değişikliği ortaya çıkmaya başlar. Oysa onlar hiçbir şekilde fizik bir travma yaşamamışlardır. Görülüş sırası ise kişilerin telkine yatkınlığı ile doğru olarak orantılı bulunmaktadır. En çok telkine yatkın olanda daha önce kişilik değişikliği gözlenir ve devam eder. Semptomların çok değişkenlik gösterdiği bu durumlarda ağlama, gülme, fenalaşmalar ve hatta bayılmalar gözlenmektedir. Benaim ve arkadaşları ise 1973 senesinde yaptıkları bir çalışmada okul talebesi kızlara rasında zaman zaman meydana gelen galeyan hallerini epidemik histeriye bağlı bir kişilik değişikliği olarak tanımlamışlardır. Moss ve Mc Eveday'in de benzer çalışmaları 1966 senesinde yayınlanmıştır. Bazı araştırmacılara göre ortaçağda görülen ve danseden man-yaklar olarak bilinen vak'alar birtakım dini törenler esnasında ortaya çıkan histeri epidemilerine bağlı kişilik bozuklukları vak'aları olarak bildirilmektedir (*Gelder ve ark, 1988*).

Kişilik değişiklikleri bazı kültürlerde de o topluluğa has olarak görülmektedir. Geçmişte bu tür vak'lara bir histeri nöbetinin değişik şekli olarak bakılmışsa da günümüzde birden çok sebebe bağlı olarak ortaya çıktıkları bilinmektedir. "Latah" Malezyalı kadınlar arasında görülen bir kişilik değişikliği olarak bilinmektedir. "Latah" çok zaman ani ve korkutucu bir durumdan sonra ortaya çıkmaktadır. Bu kişilik değişikliği esnasında hastada en çok göze çarpan bulguların başında ekolali ve ekopraksi gelmektedir. Bunun yanısıra hastada birtakım anormal şikayetler dizisi de ortaya çıkmaktadır. "Amok" ise Van Loon tarafından ilk defa 1927 senesinde Malezyalı erkekler arasında ortaya çıkan bir kişilik değişikliği olarak tarif edilmiştir. Kişinin bir süre kara kara düşünmeye dalmasının arkasından ani ve saldırgan bir davranış gözlenir. Bu saldırgan davranış esnasında kişi kontrolünde olmayarak birtakım silahlar bile kullanılabilir ve çevre için tehlikeli olmaktadır. Bu kişilik değişikliğine bağlı olayları takiben şahısta bir amnezi hali gözlenir. Bunların bir kısmı manik, bir kısmı şizofrenik bir kısmı ise epileptik kişiler olarak tasnif edilmişlerdir. Gussow isimli araştırmacı 1963 senesinde Eskimolar arasında histerik yay olayını gözlemiş ve tarif etmiştir. Daha çok bu durum Eskimoların kadınları arasında meydana gelmektedir. Şahis aniden bir kişilik değişikliği gösterir, elbi-

selerini yırtar, bağırır, ağlar ve etrafa saldırırcasına koşturmaya başlar. Bu kişiler aşırı soğuğa maruz kalmak suretiyle ölürlür. Bazen davranışları çok vahşice olmaktadır. Bu sendromun histeri ile münasebeti tam olarak açıklanamamış olmakla beraber hastalığın oluşunda birden fazla sebep olduğu söylenmektedir. Histerideki bu ve benzeri kültürel değişiklikler 1972 senesinde Kiev, 1981 senesinde Leff ve 1985 senesinde Simons ve Hughes tarafından bildirilmiştir (*Geldes ve ark, 1988*).

MATERYAL (VAK'A)

Farklı isim ve yaşlarda olan, kendisinin hatırlamadığı dönemler içinde günde birkaç kez tekrarlayan ve 10 ila 15 dakikadan 1 ila 2 saate kadar sürebilen kişilik değişiklikleri gösteren 25 yaşındaki hasta 5 yıllık evli olup bir çocuk sahibidir. Hasta ilkökul mezunu olup ev hanımı ve halen eşiyle birlikte, eşinin ailesinin evini paylaşmaktadır. Düşük sosyoekonomik imkanları olan bir ailenin dört çocuğundan üçüncüsü olup ilkökulu bitirdikten sonra bir süre bir ailenin yanında çocuk bakıcılığı yapmış, sonra dört sene kadar bir konfeksiyon atölyesinde çalışmış, oradan ayrıldıktan sonra da bir fabrikaya girmiş ve kısa bir süre de burada çalışmıştır. Hasta fabrikada çalıştığı yıllarda orada tanıştığı eşi ile 21 yaşındayken evlenmiştir.

Hasta 16 yaşındayken sokakta ani fenalık hissi ve baş dönmesi ile başlayan, yaklaşık 30 dakika kadar süren ve tam amnezik olduğu bir dönem tarif ediyor. Bundan 9 ay öncesine kadar hiçbir şikayeti olmayan hastanın 5 ay içerisinde toplam 8 defa tekrarlayan baş dönmesi ve fenalık hissini öncülük ettiği bayılma halleri tarif etmekte. Bu bayılma halleri esnasında hastanın vücudunda 20 ila 60 saniye kadar süren bir kasılma hali oluyor ve aynı zamanda ağızdan köpük geliyormuş. Bu sırada hastanın inlediği ve yüzüne sigara dumanı üflendiği zaman bağırarak kendine geldiğini de ailesi ifade etmekte. Hasta bu şikayetler ile psikiyatri kliniğine tetkik ve tedavi maksadı ile yatırılmış.

METOD

Hastanın rutin laboratuvar biokimya tetkikleri normal bulunmuş, nörolojik muayenede bir patoloji bulunmamış ve yapılan kraniyal MRI tetkikinde de bir anormal değerlendirme görülmemiştir. Hastanın yapılan EEG tetkikinde ise sağ temporo frontal bölgede bioelektrik disorganizasyon halinin mevcut olduğu tesbit edilmiştir. Hastaya daha sonra "Epilepsi" tanısı konarak ve antiepileptik ilaçlar verilerek has-

taneden taburcu edilmiştir. Hasta maruz kaldığı birtakım allerjik reaksiyonlardan dolayı anti-epileptik ilaçları kullanamamış ve buna rağmen hastada hiçbir epilepsi nöbeti de gözlenmemiştir.

Yaklaşık iki ay kadar önce ailesi tarafından kişilik değiştirme olarak tanımlanan ve hastanın değişik kişiliklere ait amnestik bir dönemi başlamış. Hasta bu değişikliğin öncesinde çarpıntı, baş dönmesi, baş ağrısı ve benzeri şikayetlerinin olduğunu, bunu takiben meydana gelen kişilik değişikliği dönemini hatırlamadığını, ailesi tarafından bir kez kendisinin videoya kaydedildiğini fakat orada kendisini seyrettiğinde seyrettiklerine bir anlam veremediğini söylüyor.

Son iki ay içerisinde günde birkaç kez tekrarlayan bu değişimlerde 6 değişik alter tanımlanıyor. Alterlerden ilki "Ayşe" 21 yaşında ve dindar bir kişi, aynı zamanda diğer alterlerin de başkanı, ikincisi "Pehrihan" 19 yaşında, aşırı sinirli, üçüncüsü "Hatice" 17 yaşında, dördüncüsü "Hülya" 15 yaşında neşeli, konuşkan ve esprili, beşincisi "Ayten" 13 yaşında sessiz, az konuşan, fazlaca bir şey bilmeyen birisi, altıncısı olan "Ayfer" ise 13 yaşında ve Ayten ismindeki beşinci alter ile benzer özelliklere sahip.

TEDAVİ

Hastanın tekrarlanan EEG'sinde hiperventilasyon ile aktive olan bioelektrik disorganizasyon haline rastlandığı için hastaya karbamezepine 200 mg 2x1, ve paroksetin 20 mg 1x1 uygulandı. Yattığı süre içinde hasta ile görüşülerek hastaya içgörü kazandırılmaya yönelik destekleyici terapiler uygulandı.

SONUÇ

Vak'amızda histrionik kişilik yapısında örgütlenme, zaman zaman görülen ve impulsivite ile kendini belirginleştiren borderline kişilik yapısı özellikleri bulunmaktadır. Literatürde bildirildiği gibi çocukluk dönemi pek rahat geçmemiş, sosyoekonomik seviyesi ve aile fertlerinin birbirleriyle olan ilgilerinin düşük olduğu bir ailenin 4 çocuğundan 3'üncüsü olan hasta ilkokulu bitirdikten sonra aile ortamında uzaklaşmış. Bu dönemde önce çocukluk döneminde başka bir ailenin yanında çocuk bakıcılığı yapmış. Burada da kendi isteği ile ayrılmak suretiyle önce bir atölyede sonra da bir fabrikada işçi olarak çalışmış. İfade etmediği veya etmek istemediği bir takım travmatik olayları ve zorlukları bu çevrelerde yaşamış olacağı muhtemel olan hasta, çalıştığı işyerlerinden birisinde tanıştığı birisiyle de evlenmiş.

Evlenmezden önceki yıllarda hastada bir takım

histrionik belirtilerin başlamış olduğunu, hastanın hayat hikayesinde görmekteyiz. Bunların en başında amneziler, baş dönmeleri, fenalık hissi ve histerik bayılmalar gelmektedir. Daha sonra hastanın gösterdiği klinik tabloda bayılma durumlarının ve buna eşlik eden kasılma hallerinin devam etmesi üzerine tablo bir epilepsi olarak değerlendirilmiş ve yapılan elektroensefalografik tetkikte sağ fronto temporal bölgede disorganizasyon halinin mevcut olduğu müşahade edilmiştir. İsmi bilemediği bir anti-epileptik ilacı kullanması söylenen hasta bu ilacın allerji yapmasından dolayı ilacı kullanamamış buna rağmen hastanın şikayetlerinde de belirgin bir artma olmamıştır. Daha sonra hastamızda altı değişik kişilik alteri teessüs etmiştir. Bu alterler davranış, düşünce, kimlik bakımından birbirinden ayrılık göstermektedirler.

TARTIŞMA

Hastamızda görülen histrionik kişilik özelliklerinin mevcut oluşu, literatürde bildirilen dissosiyatif kimlik bozukluğu gösteren kişilerde histrionik kişilik yapısı ve histrionik hastalık belirtilerinin görüldüğü şeklinde yapılan çalışmalara uymaktadır (Fahy, 1988). Keza hastanın erken dönemde evden ayrılmış olması, hastada ileri derecede aile ihmalini, gittiği yabancı ortamlarda fizik veya muhtemelen diğer taciz olaylarını yaşamış olabileceğini telkin etmekte ve bu gelişimin çoğul kişilik bozukluğu için uygun bir ruhsal temel hazırlamış olduğu gene yapılmış olan çalışmalar ile uygunluk içindedir (Ross ve ark, 1990). Hastada bir dönem hallüsinasyonlar, düşünce bozukluğu, anksiyete, histeri, depresyon ve zaman zaman şizofrenik belirtilerin dahi gözlenmiş olması Bliss'in yaptığı çoğul kişilikte şizofrenik ve histrionik belirtilerin bulunduğunu gösterdiği çalışmasına da uymaktadır (Bliss, 1980).

Hastada epilepsi tanısının konmuş olması, ancak tedavi edilmeden bu bulguların geçmesi ile çoğul kişilik vak'alarında non dominant hemisferden ortaya çıkabilecek arızı bioelektrik deşarjların çok önemli olmadığını belirten Devinsky ve arkadaşlarının çalışmaları ile uygunluk içinde bulunmaktadır (Devinsky ve ark, 1989). Keza Fahy ve arkadaşları her değişik kişilik alterinin değişik emosyonel durumlarından kaynaklanan birtakım nörohormonal değişiklikler sayesinde EEG'de değişik patolojik durumların görülebileceğini, ancak bunun bir epileptik durumdan ziyade dissosiyatif kimlik bozukluğu veya çoğul kişilik bozukluğu durumunda değişik alterlerin değişen nörohormonlara verdiği nonspesifik cevap tarzı olduğunu da ifade etmiştir

(Faby, 1988). Bizim vak'amızda da sağ temporo frontal bölgede bulunan disorganizasyon halinin bulunmasından sonra hastanın antiepileptik ilaç kullanmamasına rağmen klinik durumunun düzelmesi, ortaya çıkan EEG bozukluğunun değişik alterlerin değişen emosyonel durumlara karşı temporal loblarda meydana gelen eşik seviyesindeki düşüşler ile izah edilmektedir (Faby, 1988).

Hastada son zamanlarda değişik altı adet kişilik alterinin bulunması, bunların her biri hakkında hastanın tam bir amnezi içinde bulunması, bu alterlerin bir gün içinde birkaç sefer tekrarlayıp süratle bir alterden bir diğerine geçmesi gene literatür bulguları ile tam uyumluluk göstermektedir (Gelder ve ark, 1988).

Hastanın klinikte kaldığı süre içinde kullandığı antidepresan ilaçlardan ve antiepileptik ilaçlar (karbamazepine)'dan faydalanması dissosiyatif kimlik bozukluğu veya çoğul kişilik bozukluğu esnasında depresyon bulgularının da bulunduğunu ve bunların tedaviye cevap verdiğini bildiren literatür bulguları ile temporal lobların hassas olmasına bağlı her alterin değişen nörohormonlarının temporal loblara değişik şekilde etki edebildiği ve bazı alter durumlarında nöbetlere dahi sebep olabileceği tarzındaki çalışmalar bizim vak'amızdaki bulgular ile uygunluk göstermektedir (Bliss, 1980; Devinsky ve ark, 1989; Faby, 1988).

KAYNAKLAR

American Psychiatric Association; DSM IV, Diagnostic and statistical manual of mental disorders; 4th edition; Ame-

- rican Psychiatric Association; Dissociative disorders; Washington D.C; page 464-484; 1994.
- Bliss L.E.; Multiple personalities; Arch. Gen. Psychiatry; December 1980; 37; 1388-1397.
- Bryer B.J., Bernadette A., Miller J.B., Krol P.A.; Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness; Am. J. Psychiatry; November 1987; 144:11; 1426-1430.
- Devinsky O., Putnam F., Grafman J., Broomfield E., Theodore W.H.; Dissociative states and epilepsy; Neurology; June 1989; 39; 835-840.
- Fahy A. Thomas.; The diagnosis of multiple personality disorder; A critical review; British Journal of Psychiatry; 1988; 153: 597-606.
- Fahy A. Thomas, Abas M., Brown J.C.; Multiple personality; British Journal of Psychiatry; 1989; 154: 99-101.
- Gelder M., Gath D., Mayou R.; Neurosis Part II; Oxford textbook of psychiatry; Oxford university press; Printed in Great Britain by Butler and Tanner LTD.; Oxford; Page 208-213; 1988.
- Herman J.L., Perry C., Bessel A.; Childhood trauma in borderline personality disorder; Am. J. Psychiatry; April 1989; 146:4; 490-495.
- Ludolph S.P., Westen D., Missle B., Jackson A., Wixom J., Wiss F.C.; The borderline diagnosis in adolescents: Symptoms and developmental history; Am. J. Psychiatry.; April 1990; 147:4; 470-476.
- Ross A.C., Miller S.D., Reagor P., Bjornson L., Fraser G.A., Anderson G.; Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centers; Am. J Psychiatry; May 1990, 147-5; 596-601.
- Shearer S.L., Peters P. C., Quaytman M.S., Ogden R.L.; Frequency and correlates of childhood sexual and physical abuse histories in adult female borderline inpatients; Am. J. Psychiatry; February 1990; 147:214-216.