



# İki Olgu Üzerinden Disosiyatif Bozukluklar ve Karşı Aktarım

Esra Alataş<sup>1</sup>, Tonguç Demir Berkol<sup>1</sup>, Süheyla Doğan Bulut<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dişkayı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

## ÖZET

### İki olgu üzerinden disosiyatif bozukluklar ve karşı aktarım

Son günlerde her türlü insan ilişkisinde önemli rol oynadığı kabul edilen karşı aktarım özellikle hekim hasta ilişkisinde, hastanın hastalık tablosu ve ihtiyaçlarına uygun tedaviyi almasına engel olabilecek faktörler arasında kabul edildiğinden farkındalık geliştirilmesi gereken bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Özellikle disosiyatif bozukluklar, konversiyon bozukluğu, kişilik patolojileri gibi tedavi ekibinde negatif duygular uyandırabilen, hastanın temel tedavi ihtiyaçlarını gözden kaçırabileceği durumlarda daha sıklıkla karşılaşılmakta ve zaman zaman hastalarda öncelikle temaruz düşünülmesi eğilimi ortaya çıkmaktadır.

Burada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören iki disosiyatif bozukluk olgusu üzerinden karşı aktarım anlatılmakla birlikte, tüm tıp dalları için karşı aktarımın tedavinin aksamamasına neden olabilecek önemli bir sorun olabileceğinin altı çizilmeye çalışılacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Karşı aktarım, disosiyatif bozukluk, simülasyon

## ABSTRACT

### Dissociative disorders and simulation on two cases

Counter transference confronts us as an issue that needs further awareness as it plays an important role in every kind of human interaction, and as it was acknowledged as an obstacle against the patient's right to correct treatment in accordance to his/hers sickness table and needs.

Specifically counter transference is faced more frequently when exploitation on treatment team, wasting time and similar negative feelings like dissociative disorders, conversion disorder and personal pathology occur, and it sometimes causes an orientation towards the thought of malingering primarily for the patient.

In this article, the problem of countertransference which could be a major problem for all of the medical branches, as an hindrance against the correct treatment will be tried to underline using the two dissociative disorder cases- that is receiving inpatient treatment in a psychiatry clinic.

**Key words:** Counter transference, dissociative disorders, simulation

Bakırköy Tıp Dergisi 2017;13:44-47

## GİRİŞ

Dissosiyatif bozuklukların temel özelliği; bilincin, belleğin, farkındalığın, algının ani bir biçimde bozulmasıdır. Bu durumun fiziksel bir hastalık ya da organik bir beyin bozukluğu ile ilişkisi yoktur. İşlevsellikte bozulmaya yol açacak kadar şiddetlidir (1). DSM-IV-TR'de Disosiyatif Amnezi, Disosiyatif Füg, Disosiyatif Kimlik Bozukluğu, Depersonalizasyon Bozukluğu ve Başka Türlü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluklar olarak beş altı tipi tanımlanmıştır (2).

Dissosiyatif bozukluklar, tanı konulurken bazen tablonun ne kadarının bilinç dışı çatışmalardan kaynaklandığı, ne kadarının da bilinçli olarak ortaya çıkarıldığı konusunda tedavi ekibini şüpheye düşüren, bazen de kandırılıyor, kötüye kullanılıyor duygusu yaratarak 'negatif karşı aktarım' geliştirmeye eğilimli olunan tanılarıdır. Ayırıcı tanıda temaruzun öncelikli olarak düşünülmesi eğilimi vardır.

Karşı aktarım tepkilerinin terapistte uyanan, gerçek olmadığı düşüncesi ve buna bağlı kızgınlık, hastanın acı-

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Esra Alataş, Dişkayı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

Telefon / Phone: +90-312-596-2986

Elektronik posta adresi / E-mail address: esra.alatas@hotmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 18 Haziran 2013 / June 18, 2013

Kabul tarihi / Date of acceptance: 25 Haziran 2014 / June 25, 2014

dan kaçmakla aşırı uğraşması sonucu kızgınlık ve hayal kırıklığı, hastanın doktorunu kontrol etmeye aşırı uğraşı sonucu hayal kırıklığı ve kızgınlık, travmayla empati yapmaya çalışmanın getirdiği gerginlik, etkin tedaviyi verememe ya da yetersizlik duygusu, bilgi ve gerçeklik algısının değersizleştirilmesi gibi yaşantı ve duygulardan kaynaklandığı bildirilmiştir (3).

Bu yazıda, iki olgu üzerinden, hastanın tedavi gereksinimini ön planda tutmaya engel olabilecek karşı aktarım konusunda farkındalık sağlamanın psikiyatri ve diğer tüm tıp dallarındaki önemine dikkat çekilmeye çalışılmıştır.

## OLGU SUNUMU

### Olgu Sunumu 1

36 yaşında, evli, erkek hasta beş gün önce birden bire kaybolmuş, ailesi ve polis tarafınca aranırken, elinde üzerinde çeşme yazan bir tuzlukla kendiliğinden eve gelmişti. Eve geldiğinde oldukça kirli görünüyordu. Kollarında ve vücudunun çeşitli yerlerinde kesi ve sıyrıklar mevcuttu. Yakınları ile kendiliğinden iletişim kurmuyordu. Beş gün süreyle nerede olduğunu, ne yaptığını hatırlamıyordu. Yakınlarınca acil servise götürülen hastanın yapılan rutin kan tetkikleri ve bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT) normal sınırlarda idi. Kanda alkol ve toksik madde yoktu. Tıbbi durumların dışlanması üzerine psikiyatri kliniğine konsülte edilen hastanın yatırılarak izlemine karar verildi.

Ailesinden alınan öyküsünden daha önce psikiyatrik başvurusunun olmadığı, sosyal ortamlarda uyumlu, iş yerinde sevilen biri olduğu ve son dönemde ödemekte güçlük çektiği yüklü miktarda borcu olduğu öğrenildi. Kuaförlük yaptığı, kaybolmadan bir gün önce iş yerinde kullandığı tarak ve makaslarla evine geldiği ve eşine bu malzemeleri temizlemek için getirdiğini söylediği ve ertesi gün esrarengiz bir şekilde kaybolduğu öğrenildi.

Özgeçmişinde fiziksel bir hastalık, alkol ya da madde kullanım öyküsü yoktu. Soy geçmişinde de belirgin bir özellik yoktu.

Yapılan ruhsal durum muayenesinde, yaşında gösteriyordu. Öz bakımı kısmen azalmıştı, vücudunun çeşitli yerlerinde yüzeysel kesiler vardı. Sözel iletişim ve göz teması kurmaktan kaçınıyordu. Yer, zaman ve kişi oryantasyonu tamdı. Anlık ve uzak bellek tamdı. Kayıp olduğu beş günle ilgili bir şey hatırlamıyordu.

Tıbbi durumların dışlanması amacıyla nöroloji kliniğine konsülte edilen hastanın nörolojik muayenesinde her iki gözde vertikal nistagmus, sol alt ekstremitede -5/5 kas gücü, TCR lerde bilateral lakayt cevap olduğu tesbit edildi. Çekilen beyin MR'da özellik yoktu. EEG'si normal olarak değerlendirildi.

Klinik izlemde kısa psikotik bozukluk, disosiyatif bozukluk ve temaruz ön tanıları düşünüldü ve tanı konulana dek ilaçsız takibi planlandı. Yatışının ikinci gününde iletişimi kısıtlı idi, ilerleyen günlerde sözel iletişim arttı. Yattığı süre içinde evden ayrıldığı zaman öncesine karşı olan amnezi düzelerken kayıp olduğu beş günlük döneme ait amnezisi sürüyordu. Bu dönemde yapılan muayenesinde semantik belleğin ve yeni bilgi işleme sürecinin korunduğu görüldü. Düşünce içeriğinde ödemesi gereken borçlar ve yakınlarının kendisine yeterince destek olmadığı ve onlardan yardım beklentileriyle ilgili temalar vardı.

Serviste kaldığı süre içinde tedavi ekibinin birlikte yaptığı hasta tartışmalarında, özellikle tedavi ekibinin genç üyelerinde, rol yaptığı, ailesi ve tedavi ekibini kandırmaya çalıştığı düşünceleri ile zaman zaman öfke duygusu uyandırdığı gözlemlendi. Daha ciddi hastalar ve gerçekten ihtiyacı olanların yatırılması için hastanın taburcu edilmesi önerileri oldu. Hatta aynı şekilde serviste yatmakta olan diğer bazı hastaların da hastaya durumunu abarttığı şeklinde tepki gösterdikleri görüldü. Tedavi Karşı aktarım konusuna dikkat çekilerek hastanın takip ve tedavisi sürdürüldü. Muayenelerinde belirgin halüsinasyon, çağrışım dağınıklığı, düşünce bozukluğu ve belirgin bir yardım arayışı dışında başka bir sekonder kazanç saptanmayan hasta yaklaşık üç hafta serviste yatırılarak tedavi edildi. Sol alt ekstremitedeki kas güçsüzlüğü de düzelen hasta, 'disosiyatif füg' tanısı ile destekleyici bireysel psikoterapi ve düşük doz antipsikotik verilerek ayaktan takip edilmek üzere taburcu edildi.

### Olgu Sunumu 2

50 yaşında, evli, üç çocuklu, erkek hastanın gün içinde birkaç kez ve bazen de geceleri sıkıntı hissi, terleme, kendini kaybetme, kilitlenme dönemleri oluyor ve bu dönemlerde yaşananları, ailesini ve evini hatırlamıyordu. Bazen bayılıyor, bazen de uyurgezer gibi bilinçsizce evin içinde dolaşıyordu. Bu bayılmalardan sonra kendisinin, etrafındakilerin kimlikleri ve nerede olduğuyla ilgili sorular soruyor, bir süre sonra yavaş yavaş etrafını ve ailesin-

dekileri tanımaya başlıyordu.

Şikayetleri ilk kez dört yıl önce başlamıştı. 2010 ve 2011 yıllarında 'disosiyatif bozukluk' tanısıyla psikiyatri servisine yatırılmıştı. Hastanede yatış dönemlerinde ve sonrasında şikayetleri düzeliyor, psikososyal stresörlerinin yoğunlaştığı dönemlerde şikayetleri tekrar artıyordu. Son iki aydır ailesel sorunların şiddetlenmesi ile mevcut şikayetleri başlayan hasta disosiyatif bozukluk tanısıyla, yatırılarak izlenmek üzere servise kabul edildi.

Özgeçmişinde fiziksel hastalık, alkol ve madde kullanımı öyküsü yoktu. Soy geçmişi de özellik saptanmadı.

Ruhsal durum muayenesinde; yaşında gösteren, görünümü sosyoekonomik durumuyla uyumluydu. Bilinci açık, koopere, yer, zaman ve kişi oryantasyonu tam, algısal alanda derealizasyon tarifliyordu. Düşünce akışı ve biçimi doğal, düşünce içeriği yaşam olayları ve hastalığına yoğunlaşmıştı. Afekti düşünce içeriği ile uyumlu ve anksiyeteliydi. Yargılaması ve gerçeği değerlendirmesi korunmuştu.

Rutin tetkikleri normal sınırlarda olan hastanın istenen nöroloji konsültasyonundaki muayene bulguları, EEG ve beyin MR'ı nöroloji konsültasyonunda normal sınırlarda değerlendirildi.

Klinik izlemde kullanmakta olduğu 75 mg/gün venlafaksin dozu 150 mg/gün'e çıkıldı. Günlük düzenli, destekleyici ve iç görüye yönelik psikoterapiler yapıldı. Klinik izleminde tanımladığı sıkıntı hissinde azalma olan hastanın yattığı süre içinde disosiyatif nöbeti olmadı.

Birinci olgudan kısa süre sonra servise yatmış olan ikinci olgu da aynı şekilde tedavi ekibinde olumsuz duygular uyandırdı. Gerçek bir hastalıktan çok başa çıkma yeteneklerinin yetersiz olduğu, yatarak tedavinin gerekliliği tartışıldı. Birinci olguda olduğu gibi bu hastada da hastaların tedavi ekibinde uyandırdıkları negatif duyguların tanınarak altta yatan nedenlere yönelmeyi engelleyebilecek yaklaşımlar konuşuldu.

## TARTIŞMA

Disosiyatif bozukluklar, kendilerini değişik tablolarla gösterebilir. Her iki vakada da yakınmalar, tanı, yapılan tetkikler, tedavi ve takip süreçleri özetlenmiştir.

Birinci olgunun aniden, beklenmedik biçimde evinden ve işinden ayrılması, kişisel kimlik konfüzyonu olması sebebi ile "disosiyatif füğ" için DSM-IV-TR tanı kriterlerinin karşılandığı düşünülmüştür. Travmatik ya da stres doğuran olaylar sonrası önemli kişisel bilgilerin,

sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak biçimde anımsanamadığı ikinci olguda ise "Disosiyatif amnezi" tanısı düşünülmüştür.

Servise kısa aralıklarla yatırılan olgularda klinik tablonun ortaya çıkmasına neden olabilecek diğer tıbbi durumlara yönelik fizik muayene, ilgili tetkikler, gerekli konsültasyonlar yapılmakla beraber, her iki olguda da benzer şekilde hastaların çalışmaktan, sorumluluktan, görevden kaçmak ya da maluliyetle ilgili bir kazancı olup olmadığı konusunda anamnez derinleştirerek öncelikle temaruz dışlanmaya çalışılmıştır. Tedavi ekibinin öncelikle temaruz konusunda şüpheye düşmüş olması dikkat çekmiş ve bu da ekibinin 'karşı aktarım' konusunda kendini sorgulamasına neden olmuştur. Diğer insanlara yardım amacı ile hekimliği, özellikle de ruh sağlığı alanında çalışmayı seçmiş hekimler, karşısındakinin yalancı olabileceği, doktor hasta ilişkisinin ihlal edildiği, kandırılmaya ve kullanılmaya çalışıldığı düşüncesi ile zaman zaman negatif duygular geliştirebilmektedir.

Tedavi ekibinin sıcak, anlatan ve arkadaşça bir tavırda olması ile hastanın sözel iletişimi kolaylaşırken, negatif duygularla yaklaşılan aksi tutumlarda travmatize kişiler, yaklaşımları aldırma ya da reddedilme gibi algılayıp durumlarından utanma ya da daha da içe çekilme yaşayabilirler (4).

Disosiyatif kimlik bozukluğu tanılı bireylerle çalışan terapistlerin dört farklı tepki gösterdiği gözlenmiştir. Birinci grup şüpheli ve dedektif benzeri bir tavır takınan, zamanla empatiyi kaybedebilen, hasta söylediklerini ispatlarsa ciddiye alınacağı mesajı veren grup olarak tanımlanmıştır. İkinci grupta yer alan terapistler normal terapi sürecinin hastanın yaşadığı şiddetli sıkıntıya karşı yetersiz kalacağı düşüncesi ile sevgiyle iyileştirmek gereğine inanıp tedavi sınırlarını ortadan kaldırmakta, üçüncü grupta yer alan terapistler sadece terapinin yetmeyeceğini, hastanın haklarını yasal yollarla da aramak gerektiğini düşünür, dördüncü grup ise empatiye yoğunlaşarak karşı özdeşim oluşturur (5).

Sağlık hizmetleri, genellikle kendi kontrollerinden bağımsız biçimde, hastalıklardan ya da dikkatsizlik sonucu oluşan kazalardan etkilenen insanlara yardım etmeye odaklanmıştır. Bu nedenle hastalar bilinçli ya da bilinçsiz şekilde, aşırı dozda ilaç alma ya da kendini kesme gibi kasıtlı biçimde kendilerine zarar verdiklerinde, sağlık çalışanlarında yardım hissiyle birlikte kişiye yönelik bir öfke de oluşabilmektedir (6).

Aktarım ve karşı aktarım terimleri ilk kez psikanalitik

kuram içinde tanımlanmış ve psikanalitik tedavinin temel araçları olarak kullanılmaya başlanmıştır. Sonraları diğer terapi yöntemlerinde de adı geçen karşı aktarım, bazı kaynaklarda terapistin hastanın tüm davranış, duygu ve isteklerine yönelik her türlü tepkisi şeklinde tanımlanırken, bazı kaynaklarda ise karşı aktarımın hastanın aktarım tepkilerine karşı bir olay olmadığını, hekimin kendi çocukluk yaşamı ve çözülmemiş çocuksu duygu, çatışma ve beklentileriyle ilgili olduğu şeklinde değerlendirilmiştir (7,8). Freud karşı aktarımın terapide çözülmesi gereken bir engel olduğunun altını çizmiştir. Tedavi ekibinde, özellikle genç terapistlerde ortaya çıkabilecek güçlü negatif duygular hastanın uygun bakım almasını etkileyebileceği bu yüzden karşı aktarımın iyileştirilmesi gerektiği bildirilmiştir (9).

Karşı aktarım psikiyatrik hastalık örneklerinde olduğu gibi tıbbın diğer alanlarındaki hekim hasta ilişkilerinde de önemli bir konudur. Örneğin ağır ve ölümcül hastalığı olan hastaların ilkel savunma mekanizmaları kullanma eğiliminde olmaları ve bunun sonucunda beklenti düzeylerindeki yükselme, çabuk öfkelenebilme ve karşılanamayacak talebi beklentileri sebebi ile tedavi ekibinde kolaylıkla karşı aktarım gelişebilmekte ve bu

da, özellikle de akut dönemde hastanın tedavisini olumsuz etkileyebilmektedir. Yine ağır yeti yitimlerinde, özellikle tedavi motivasyonu düşük hastalarda tedavi ekibi yetersizlik hissedebilmekte ve karşı aktarım gelişmesine neden olabilmektedir. Her şekilde de tedavi ekibinden beklenen, altta yatan nedeni anlamaya çalışıp hastanın bu konuda içgörü geliştirmesine yardımcı olarak tedaviye katkı sağlamasıdır (8).

Günümüzde karşı aktarım her türlü ilişki içinde olan iki kişi arasında kaçınılmaz olarak gelişen etkileşimsel bir fenomen olarak kabul edilmektedir. Terapist bunun yaratabileceği olumsuzluklara karşı dikkatli olmalı ve hissettiklerinin sıklıkla hastanın iç dünyasını anlayabilmesini kolaylaştıracak iyi bir yol gösterici olduğunu unutmamalıdır (10).

Hastanın iç dünyasının kavranmasında ve tedavinin planlanmasında çok önemli kavramlar olmasına karşın, terapi sürecinde ortaya çıkan aktarım ve karşı aktarım duyguları ile ilgili çalışmalar yetersizdir (11). Psikiyatri alanında olduğu gibi tıbbın diğer dallarında da karşı aktarım üzerine çalışılmalı ve tedaviyi olumsuz etkileyecek bir faktörden, yol gösterici bir faktöre dönüştürülmesi sağlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B, Leckman JF (Eds). Current Diagnosis & Treatment. Psychiatry 2<sup>nd</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 2008.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> edition Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000.
3. Kluft RP. Treatment trajectories in multiple personality disorder. Dissociation 1994; 7: 63-76.
4. Kluft RP. The psychoanalytic psychotherapy of dissociative identity disorder in the context of trauma therapy. Psychoanal Inq 2000; 20: 259-286.
5. Kluft RP. Multiple personality disorder. In: American Psychiatric Press Annual review of Psychiatry. Tasman A, Goldfinger S (Eds). Washington DC; American Psychiatric Press 1991; p. 161-188.
6. Skegg K. Self-harm. Lancet 2005; 366: 1471-1483.
7. Öztürk MO (Ed). Psikanaliz ve psikoterapi. Evrim Kitabevi; İstanbul 1989: 184-199.
8. Odağ C (Ed). Nevrozlar-1. Ege Üniversitesi Basım Evi; İzmir 1999: p. 49-60.
9. Gabbard GO. A contemporary psychoanalytic model of countertransference. J Clin Psychol 2001; 57: 983-991.
10. Goin MC. Countertransference in general psychiatry. Gabbard GO (Ed). Washington DC; American Psychiatric Press 2005: p.45-69.
11. Özmen M. Tıbbi hastalık tanısı konmuş hastalarda aktarım ve karşı aktarım. Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 8: 72-79.