

Şizoid Kişilik Bozukluğu

SCHIZOID PERSONALITY DISORDER

Özgür ÖNER*, H. Hüseyin ÖZSAN**

* Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD,

** Prof.Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, ANKARA

Özet

Şizoid Kişilik Bozukluğu (ŞKB) hem dinamik hem de tanımlayıcı literatürde geniş şekilde tartışılmıştır. Son 20 yıl içinde bozukluğun tanımında önemli değişiklikler olmuştur. Dinamik literatür, çekingen ve şizoid kişilik bozukluklarının ayrımını sosyal ilişki kurma isteğine göre yapan DSM sınıflandırmalarının yanlış olduğunu iddia etmektedir. Psikoanalitik literatüre göre ŞKB ciddi ve devam eden pre-oedipal travma, kimlik difüzyonu sendromu ve bölünme ile yansıtılmalı özdeşim gibi savunma mekanizmalarının kullanımı ile karakterizedir. ŞKB belirtilerine benzer belirtiler gösteren birçok çocukluk dönemi bozukluğu vardır ancak bunların ayırıcı tanıları tartışmalıdır. Psikotik bozukluklar, Asperger Sendromu ve diğer kişilik bozuklukları ŞKB ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulmalıdır. ŞKB tedavisi esas olarak psikoterapiden oluşur, ancak hastalar genel olarak uzun dönemli bir tedavi için gerekli motivasyonu göstermezler.

Anahtar Kelimeler: Şizoid Kişilik Bozukluğu,
Asperger sendromu,
Çekingen kişilik bozukluğu

T Klin Psikiyatri 2002, 3:27-34

Summary

Schizoid personality disorder (SPD) is discussed extensively both in dynamic and descriptive psychiatry literature. The definition of the disorder has gone through significant changes during the last 20 years. The dynamic literature insists that the distinction between avoidant personality disorder and SPD in DSM classifications are faulty and that these disorders can not be distinguished on the basis of interest in social interaction. Psychoanalytic literature suggests that SPD is associated with severe and ongoing preoedipal trauma, identity diffusion syndrome, and defense mechanisms like splitting and projective identification. There are many childhood disorders with symptoms resembling SPD and there is controversy for the differential diagnosis of these conditions. Psychotic disorders, Asperger's syndrome and other personality disorders must be differentiated from SPD. Treatment of SPD mainly consists of psychotherapy, but usually the patients are not motivated enough for a long term treatment.

Key Words: Schizoid personality disorder,
Asperger's syndrome,
Avoidant personality disorder

T Klin J Psychiatry 2002, 3:27-34

DSM-IV'e göre kişilik özellikleri "Çok çeşitli toplumsal ve kişisel ortamlarda sergilenen, kişinin kendisini ve çevresini algılaması, ilişki kurma biçimi ve düşünceleri ile ilgili süregiden bir örüntüdür". Bu özellikler esneklikten yoksun ve uyumu bozucu olduğunda, işlevsellikte belirgin bozulmaya ya da öznel bir sıkıntıya neden olduğunda kişilik

Geliş Tarihi: 03.04.2001

Yazışma Adresi: Dr.Özgür ÖNER
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD
ANKARA

T Klin J Psychiatry 2002, 3

bozukluğu oluşturabilir. Kişilik bozukluğunda kişilik örüntüsü kişinin kültürüne göre beklenenden önemli ölçüde sapmalar gösterir. Bu örüntü başka bir mental bozukluğun bir görünümü ya da sonucu olarak daha iyi açıklanamaz (1).

Kişilik bozukluklarının tanımsal (deskriptif) ve dinamik açıklama ve tanımlamalarını yapmak olasıdır. Şizoid kişilik bozukluğu (ŞKB) için önce tanımsal çalışmalar, daha sonra da dinamik çalışmalar üzerinde durulacaktır.

Tanımsal Çalışmalar

"Şizoid" terimi 1908 yılında Eugen Bleuler tarafından bireyin dikkatini dış dünyadan uzak-

laştırdığı kendi iç dünyasına yönlendiren, kişiliğin doğal bir bileşeni olarak tanımlanmıştır. Bu eğilimin morbid ancak psikotik olmayan bir şekilde abartılmasıyla "şizoid kişilik" meydana geliyordu. Bleuler'e göre bu kişiler sessiz, şüpheli, çekingen ve aynı zamanda hassas bireylerdi. İç yaşamları ise "afektivitenin ahenksizliği ve birbirine karşıt isteklerin varlığı" ile karakterizedydi (2).

1944 yılında Asperger erken çocukluk döneminden itibaren tanımlanabilir bir özellik olarak "otistik psikopati"yi tarif etmiştir. Daha sonra bu çalışmalarında tanımladığı durum Asperger Sendromu olarak tanımlanmıştır. Bu sendromda bakış anormallikleri, otistik zeka, yalnızlık, kayıtsızlıkla beraber olan aşırı kişisel duyarlılık özellikleri mevcuttu. Asperger bu durumun şizofreni öncülü olmadığını düşünüyordu (3). Asperger sendromuna daha sonra daha ayrıntılı bir şekilde değinilecektir.

1970 yılında Heston şizoid durumun davranışsal ve içsel (intirens) yönlerini ayırma çabasına girmiştir. Davranışsal özellikler içinde sosyal gariplik, seksüel sapma (deviasyon), şüphelilik, ağır alkol kullanımına yatkınlık ve garip suçlar işleme bulunuyordu. İçsel yönlerinde ise rijid düşünce, aşırı duyarlılık, küntleşmiş afekt ve mikropsikotik dönemler vardı (4).

Özetle DSM-III öncesi, yani 1980'den önceki tanımsal literatürde ŞKB'nun genelde şizofreni ile ilişkili olduğu düşünülüyordu. Bu durum sosyal içe çekilme, canlı bir iç yaşam, seksüel kaos, bilişsel gariplikler, diğerlerine olan bağlanmada dalgalanmalar ile karakterizedydi. Yazarlar bu bireylerin iç ve dış dünyalarının birbiriyle uyumlu olmadığı konusunda hem fikirdiler. Burada dikkat çeken bir durum bu dönemde şizotipal özellikler ile şizoid özellikler arasındaki ayrımın belirsiz olmasıdır. Birçok yazarın olgu tarifleri daha sonra tekrar değerlendirildiğinde DSM-III-R şizotipal kişilik bozukluğuna daha çok uyuyordu (5).

DSM-III'te (1980) ŞKB ayrı bir tanı olarak yer almaktaydı. Tanısal ölçütler diğer bireylere karşı sıcak yakın duygular olmaması, diğer insanların duygu ve düşüncelerinin önemsenmemesi, aile bireylerini de kapsayacak şekilde bir ya da ikiden fazla yakın arkadaş olmaması, şizotipal kişilik bozukluğunda görülen düşünce bozukluklarının ve konuşma değişikliklerinin (eksantirisite) bulunmaması ve belirtilerin şizofreni ya da paranoid bozuk-

lukla daha iyi açıklanamaması idi . Ancak bu tanımlayıcı ölçütler birçok araştırmacı tarafından yetersiz ve tekrarlayıcı bulunmuştu (2). Örneğin bir birey diğer insanlara karşı sıcak duygular duymadan ve onlara karşı kayıtsızken nasıl yakın arkadaşlık kurabilirdi? Bu tanımlamada bireyin yaşadığı içsel kronik ikilem, yani hem yakın ilişkide olamama hem de bundan uzak kalamama, yer almıyordu. Ayrıca bu bireylerdeki canlı iç yaşantılar, içsel duyarlılık, dışarıya dönük agresyonun yetersizliği, cinsel kaos gibi özelliklerden de söz edilmiyordu.

DSM-III'te daha önce şizoid kişilik özellikleri olarak yer alan özellikler üç kişilik bozukluğu arasında bölüştürülmüştü: şizoid, çekingen ve şizotipal. Şizoid tanımı sosyal ilişki kurma kapasitesinde içsel bir eksiklik olan bireylerle sınırlanmıştı. Çekingen kişilik bozukluğu olanlarda ise sosyal ilişki için gerekli kapasite ve istek vardı, ancak bu bireyler reddedilme ve aşağılanma korkusu ile kendilerini bu ilişkilerden uzak tutuyorlardı. Şizotipal terimi ise sosyal ilişkileri ekzantirik olan ve şizofreni ile genetik bir ilişkisi olan bireyler için kullanılıyordu (6). Bu tanımlamadaki şizotipal kavramı eski latent şizofreniyi çağırıyordu. Daha az sorunluydu, ancak çekingen ve şizotipal kişilik bozuklukları arasındaki ayrım yapay bulunuyordu (2). Aradaki temel ayrım çekingen kişilik bozukluğu olanların sosyal ilişkilere karşı istekli olması, ancak ŞKB olanların bunu istememesi idi. Birçok araştırmacının klinik gözlemleri ise bu iki durumun aynı bozukluğu iki görünümü olduğunu düşündürüyordu.

DSM-III-R tanı ölçütlerinde yakın ilişkilerden zevk almama, hemen daima yalnız yapılan aktiviteleri tercih etme, hoşlanma ya da öfke gibi şiddetli duyguları nadiren gösterme, diğer insanlarla cinsel deneyimlere karşı isteksizlik ifade etme, diğer insanların eleştirilerine karşı kayıtsızlık, birinci derece akrabaları dışında yakın, güvnebildiği arkadaşlarının olmaması ve afekte kısıtlılık (soğukluk, nadiren mimik kullanma, az gülümseme) yer alıyordu (1). Bu tanımlamada daha fazla özellik vardı, bu bozukluğun aşırı basitleştirilmesini azaltıyordu (2). Cinselliğin ve saldırganlığın ifadesindeki zorluk eklenmişti. Ayrıca "ifade etmek", "görünmek" gibi tanımlamalar aslında içsel durumla dış görünüm arasında farklar olabileceğini gösteriyordu. Bu durum çekingen ve şizoid kişilik

bozuklukları arasındaki ayrımı yumuşatmıştır. DSM-III-R'de çekingen kişilik bozukluğu şizoid benzeri özelliklerden çok fobik benzeri özellikler gösteriyordu. Ancak bu tanı ölçütleri arasında yer alan insan ilişkilerine karşı "isteksizlik" tanımlaması tartışmalıydı.

DSM-IV'e göre ŞKB için tanı ölçütleri

A-Aşağıdaki dördünün (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, sürekli, toplumsal ilişkilerden kopma ve başkalarıyla birlikte olunan ortamlarda duyguların anlatımında kısıtlı kalma örüntüsü:

1-ailenin bir parçası olamadığı gibi, ne yakın ilişkilere girmeyi ister, ne de yakın ilişkilere girmekten zevk alır

2-hemen her zaman tek bir etkinlikte bulunmayı yeğler

3-başka biriyle cinsel deneyim yaşamaya karşı isteği varsa bile çok azdır

4-birinci derece akrabaları dışında yakın arkadaşları ya da sırdaşları yoktur

5-başkalarının övgü ve eleştirilerine karşı ilgisiz görünür

6-duygusal soğukluk, kopukluk ya da tek düze bir duygulanım gösterir

B-Sadece şizofreni, psikotik özellikler gösteren bir duygudurum bozukluğu, başka bir psikotik bozukluk ya da yaygın gelişimsel bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve genel bir tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (1).

Bu hastalar jest ve mimikleri nadiren kullanırlar ve nadiren gülümserler. DSM-IV'te eşlik eden özellikler kısmında bu kişilerin öfkelerini dışa vurmada bu duygudan yoksun oldukları izlenimi bırakacak şekilde özel bir zorluk yaşayabildikleri belirtilmiştir. Bu yüzden kendilerini öfkeliendirecek durumlarla karşı karşıya kaldıklarında omnipotans ya da geri çekilme fantazileri kurarlar. Çok olağandışı durumlarda duygularını açıkça ifade edebilirler. Böyle anlarda sosyal iletişim sırasında yaşadıkları acıdan bahsederler. Bu bireyler yaşamları herhangi bir amaca yönelikmiş gibi görünmeyebilirler. Sıkıntılı yaşam olayları karşısında

tepkilerini göstermekte zorlanırlar. Önemli yaşam olayları karşısında uygun cevapları gösteremeyebilirler. Mesleki yaşamları sekteye uğrayabilir. Ancak sınırları belirli ortamlarda iyi performans gösterebilirler. Matematik ve astronomi gibi konulara büyük ilgi gösterebilir ve hayvanlara karşı derin bağlılık duyabilirler (7). Şizoid erkekler yeterli yakın ilişkiyi kuramadıkları için evlenemeyebilirler. Kadın şizoidler ise evlenmeyi isteyen saldırgan bir erkeği kabul edebilirler. Bu kişiler strese tepki olarak çok kısa süreli (dakikalar-saatler boyu süren) psikotik dönemler yaşayabilirler. Bu hastalarda bazen depresyon gelişebilir. En sıklıkla şizotipal, paranoid ve çekingen kişilik bozuklukları ile beraber görülür (1).

Bu ölçütlerde de "görünme" tanımı sıklıkla kullanılmakta, ayrıca önceki çalışmalarda sözü edilen bir çok özellik tanımlanmaktadır. Temel olarak yaklaşımın DSM-III-R ile benzer olduğu söylenebilir.

Farklı kültürel altyapıları olan insanlar yanlışlıkla şizoid olarak değerlendirilebilirler. Örneğin kırsal kesimden şehre göçeden bireylerde aylar boyu süren, kendini yalnız yapılan aktivitelerle ve kısıtlanmış afektle gösteren tablolar ortaya çıkabilir. Benzer şekilde göçmenlerin davranışları da bazen yanlışlıkla düşmanca, soğuk ya da kayıtsız olarak değerlendirilebilir (1).

ŞKB erkeklerde hafifçe daha fazla görülür ve onlarda daha fazla bozukluğa neden olur. Klinik ortamlarda nadiren raslanan bir durumdur ve sıklığıyla ilgili yeterli bilgi yoktur. Bazı çalışmalara göre ise toplumda sıklığı %7.5'e kadar çıkar (7).

Dinamik Çalışmalar

Dinamik çalışmalarla ilgili bilgiler Akhtar'ın 1987 tarihli gözden geçirme yazısından aktarılmıştır.

Freud'un narsisistik tip tanımlaması genel olarak narsisistik kişilik bozukluğunun öncülü olarak görülmekle birlikte bu tipin belli yönleri şizoid kişiliğe de uygulanabilir. Bunlar kendini korumayla ilgili perseverasyon, genel ahlaki kısıtlamalardan bağımsızlık, azalmış reddedilme toleransı ve psikoza yatkınlıktır (2). Freud açık bir şekilde şizoid kişilik bozukluğunu tartışmamıştır, ancak erken ego gelişimi, bölünme (splitting), yansıtma ve özdeşim ile ilgili düşünceleri daha sonraki tüm çalışmalar için temel oluşturmuştur.

Şizoid kişilik ile ilgili katkıların en önemlilerinden biri Melanie Klein'inkidir. Melanie Klein'e göre bölünme şizoid kişiliğin temel özelliğiydi. Bölünme karşıtlıkların reddi ve yansıtılma özdeşimin kullanımı ile ortaya çıkıyordu. Kabul edilemez olarak görülen self bölümleri dış dünyaya atılıyordu. Bunun sonucu, korkulan saldırganların ve kişinin kendi iyi taraflarının idealleştirilmiş sembolleri oluşuyordu. Bu içselleştirilmiş-yansıtılmış ilişki biçimi ve bunun kaçınılmaz narsistik oryantasyonu diğerlerini kontrol etme isteğini doğuruyordu. Benliğinin parçalarını kontrol etme isteği altında şizoid birey diğerlerinden uzaklaşıyordu.

Fairbairn şizoid bireylerin omnipotans davranışı, emosyonel ayrılma (detachment) ve içsel gerçeklikle ilgili preokupasyonları olduğunu belirtmiştir. Bu sosyal izolasyon ve düşünce işleminin aşırı değerlendirilmesi özellikle bilimsel ve entellektüel uğraşları olanlarda faydalı olabiliyordu. Fairbairn'e göre şizoid hastalar yaşamlarının erken dönemlerinde annelerinin gerçekten onlara değer vermediğine inanıyorlardı. Bunun sonucunda aşağılık duygusu oluşuyordu. Anneye fikse durumda kalıyorlardı, bu fiksasyona eşlik eden libidinal davranış aşırı bağımlılık ve olası tehditlere karşı narsistik ve kendini koruyucu şekilde ortaya çıkıyordu. Erken oral döneme regresyon ile "meme-annesi" (breast-mother) içselleştiriliyordu. Bu işlem diğer insanlarla olan ilişkilerde de devam ediyordu. Bu durum ise dış dünya ile ilişkileri azaltma pahasına iç dünyanın değerlendirilmesi sonucunu doğuruyordu.

Annenin bir kişi yerine daha kolay kontrol edilebilen bir nesne olan memeye regresif dönüşümü, bu bireylerde diğer insanlara da birey olarak hak ettikleri değerden daha azını vermelerine neden oluyordu. İlişkileri basitleştirme yönündeki bu yoğun eğilim, sıklıkla duygusal temaslar yerine fiziksel temasları tercih etmelerine neden oluyordu. Bu erken dönem davranışının devam etmesi ile duygusal yaşamda vermenin yerini alma dolduruyordu.

Fairbairn'e göre şizoid bireyler kendi ihtiyaçlarının şiddetinin diğerlerini tüketebileceğinden korkuyor ve sevgiyi tehlikeli olarak görüyorlardı. Bu sevgiyi saklamak ve yansıtma ile tehlikeli olarak değerlendirilen diğerlerinin sevgisinden korunmak için şizoid bireyler sevme ve sevilme üzerine engeller dikiyordu.

Guntrip şizoid kişiliğin dokuz özelliğinden söz

etmişti: içe yönelim, çekilme, kendine yeterlik, narsisizm, üstünlük duygusu, afektin kaybı, yalnızlık, depersonalizasyon ve regresyona eğilim. Bu bireyler sevgi nesnelere ayrıldıklarında kendilerini güvensiz ve kaybolmuş hissettiklerini, ancak tekrar bir araya geldiklerinde de kendilerini yutulmuş gibi hissettiklerini iddia etmiştir. Bu yüzden bu bireyler hem ilişki arıyorlar hem de bir ilişki kurduklarında bağımsızlık isteğiyle bunu bozuyorlardı.

Khan'a göre ŞKB'nun gelişimine yol açan özel bir anne-çocuk ilişki biçimi vardı. Bu ilişki biçiminde anne büyümekte olan çocuğu için koruyucu olma işlevini yerine getiremiyordu. Bu durum patojenik bir kümülatif travmaya yol açıyordu. Öte yandan, anne çocuk ile yoğun, sıklıkla fiziksel olan odaksal bir bağlantıyı devam ettiriyordu. Bu durum simbiyotik omnipotans olarak adlandırılmaktaydı ve bireyin dışarıdaki diğer insanlarla ilişki kurmasını da engelliyordu. Bu iki durumun (kümülatif travma ve simbiyotik omnipotans) davranışsal sonucu ise yalancı uyum (pseudo-compliance), kendine yeterlik, entellektüel savunma, kaçınma, oto-erotizm, omnipotans, gizil iyimserlik ve diğerlerinde aşırı duyarlı yaklaşımlar beklemeydi.

Kernberg ŞKB'nu borderline kişilik bozukluğu ile daha direkt olarak ilişkilendirmiştir. Bu alt seviye (lower-level) karakter organizasyonunda superego entegrasyonu minimaldir ve hastada egonun sentetik işlevleri ciddi olarak bozulmuştur. Egonun ana savunması olarak bastırmanın yerini bölünme almıştır. Şizoid hastalar kendilerini ve diğerlerini iki değerli (ambivalent) bir bütünlükte (totality) göremiyorlardı ve bunun sonucunda idealize edilmiş ya da korkutucu imajlar iç dünyayı dolduruyordu. Bu hastalarda öznel bir gerçek dışılık ve kimlik dağılımı (difüzyon) vardı.

Kohut'a göre şizoid kişilik bir savunma organizasyonuydu. Bu durumun bireyin sadece kendi narsistik yaralanabilirliğinin bilinç öncesi bir farkındalığından değil, aynı zamanda narsistik yaralanmanın kontrol edilemez bir regresyonu başlamasından kaynaklandığını iddia ediyordu.

Özetle psikoanalitik literatür, şizoid kişilikte oldukça ağır ve devam eden preoedipal travma ve duraklamış ayrışma-bireyselleşme süreci olduğunu belirtmiştir. Buna bağlı benlik ve nesne devamlılığında azalma, içselleştirilmiş ve yapılandırılmış çatışmalara nesne ilişkilerinin ve ikili (dyadic)

çatışmaların baskınlığı, benlik represantasyonlarının ağır bölünmesi ve buna bağlı yansıtımlı özdeşim gibi savunma mekanizmaları, kimlik dağılımı sendromu olduğu da ortaya konmuştur.

Biyolojik özellikler

ŞKB'nun biyolojik özellikleriyle ilgili yayın şaşılacak derecede azdır. Daha önceki şizoid bozukluk tanımının şizoid, şizotipal ve çekingen kişilik bozuklukları olarak bölünmesiyle beraber, araştırmalar şizofreni ile ilişkisi daha belirgin olan şizotipal kişilik bozukluğu üzerinde daha yoğunlaşmıştır. ŞKB'na özgül kısıtlı sayıdaki araştırmalar ise bu bozukluğu olanlarda dopamin 2 reseptörü TAqA1 aleli sıklığında artış olduğunu ve bu bireylerin frontal lob işlevlerini ölçen bir test olan Wisconsin Kart Sıralama Testinde normal bireylere göre daha kötü performans gösterdiklerini ortaya koymuştur (8,9).

Çocukluk döneminde başlayan ve erişkinlikte ŞKB ile karışabilecek durumlar ve bunların birbirinden ayrımı

Çocukluk döneminde başlayan ve yetişkinlik döneminde de önemli oranda devam eden bazı bozukluklarda önde giden bozukluk sosyal ilişki sorunudur. Bu bozukluklar DSM-IV'te yaygın gelişimsel bozukluklar başlığı altındadır (1). Ayrıca DSM-IV'te yer almayan ancak bazı yazarlar tarafından öne sürülen tanı kategorileri de bulunmaktadır.

Otistik bozukluk sosyal ilişki bozukluğunun yanı sıra iletişim sorunlarını ve tekrarlayıcı, kısıtlı ve basmakalıp davranış örüntülerini içerir. Otistik bozukluk oldukça ağır bir bozukluk olduğundan tanımak göreceli olarak daha kolaydır. Ancak, daha hafif belirtilerle kendini gösteren bir grup çocuk Başka Türü Adlandırılmayan Yaygın Gelişimsel Bozukluk tanısını alırlar. Bu tanı özgüllükten uzaktır, çünkü otistik bozukluktan daha sık görülebilmesine karşın (10), dışlamalarla konan bir tanıdır ve kendine özgü tanı ölçütleri yoktur. Klinik uygulamada bu tanı karmakarışık (dezorganize) davranışlar gösteren aşırı hareketli, dil ve öğrenme güçlüğü olan çocuklar için de kullanılabilir (11).

DSM-IV'te Asperger Sendromu (AS) otistik bozukluktan üç farklı ayrılmaktadır. İletişim ve hayal kurmada bozukluk ölçütünün karşılanması AS tanısı için gerekli değildir. AS'nda klinik olarak

belirgin konuşma gecikmesi yoktur. Son olarak AS'da bilişsel gelişimde ya da yaşla uyumlu özbakım becerilerinde, sosyal iletişim dışındaki uyumda ve çevreyle ilgilenmede sorun yoktur (1). AS olan çocuklar otistik bozukluğu olan çocuklara göre erken dönemde daha fazla sosyal davranış gösterirler, kendi ilgi alanlarını paylaşan çocuklarla oyun oynamaktan hoşlanırlar. Bu çocuklar küçüklüklerinde daha fazla göz teması kurarlar ve büyüdüklerinde de daha fazla oyun oynama becerisi gösterirler. Ekolali bu çocuklarda daha azdır, ancak tekrarlayıcı sorular sorabilirler (12). Szatmari ve arkadaşlarına göre de AS olan olguların dil becerileri daha gelişmiştir (3).

DSM'de yer almayan ancak sosyal ilişki kurma güçlüğü gösteren çocukları kapsayan bir kategori sosyal ve duygusal öğrenme güçlüğüdür (13). Bu çocuklar dili iyi kullanırlar, saldırgan değildir ve sosyal ilişki kurmaya isteklidirler. Ancak diğer çocuklar tarafından gariyendiklerinden arkadaş bulmakta güçlük çekerler. Fazla göz teması kurmayan bu çocuklar sosyal deneyimlerden edindikleri bilgiyi yeterli olarak kullanamadıklarından ilişki kurmaları zorlaşır. Nöropsikolojik değerlendirmelerinde matematik ve algılamada bozukluklar, dikkatte azalma, yüz ve ses ifadelerinden duygulanımı anlayamama gibi sağ beyin yarım küresi hasarı düşündüren bulgular elde edilmiştir (14). Yüz ve vücudun motor hareketlerindeki güçlük ve ses tonlamasındaki sorunlar nedeniyle robot gibi konuşma görülebilir (15). Ancak tüm olgular bütün belirtileri bir arada göstermez. Bu çocuklarda basmakalıp hareketler yoktur.

Bernstein ve arkadaşlarına göre ergenlerde tanımlanan kişilik bozukluğu olgularının önemli bir kısmında tanının konmasından 10 sene önce bile davranış sorunları ve duygusal sorunlar belirgindir (16). Davranım bozukluğu ile antisosyal kişilik bozukluğunun belirgin bir ilişkisi vardır, ancak davranım bozukluğu genel olarak diğer kişilik bozukluklarının da öncülü olabilir. Bunun nedeni davranım sorunlarının çocukların kısıtlı davranış repertuarı içinde birçok duygusal zorluğun dışı vurulmuş hali olmasıdır. Ergenlik döneminde davranış repertuarı genişledikçe sorunlar da farklılık gösterir. Çocukluk döneminde sorunların başlama zamanı ile daha sonra gelişen sorunların ağırlığı ilişkili olabilir.

Ayırıcı tanı

ŞKB sanrısız bozukluk, şizofreni ve psikotik özellikli duygudurum bozukluklarından tüm bu hastalıkların uzun süreli psikotik belirtilerle karakterize olmasıyla ayrılabilir. Psikotik bozukluğu olan bir bireyde ŞKB ek tanısını koyabilmek için kişilik bozukluğunun psikotik belirtilerden önce başlaması ve psikotik belirtiler remisyondayken de devam etmesi gereklidir. Bir hastanın, öncesinde ŞKB olan kronik bir eksen I psikotik bozukluk tanısı olduğunda, ŞKB premorbid olarak belirtilir (1). Şizoid bireylerin ailelerinde şizotipal bireyler ve şizofrenlerden farklı olarak şizofreni sıklığı artmamıştır (7).

ŞKB ile AS ve yüksek işlev gösteren otistik bireyleri ayırmak olanaksız olabilir. Bu durumla ilgili daha geniş bilgi yukarıda belirtilmiştir. Ayırıcı tanıda AS daha ağır bir durumu belirtmesi önemli olabilir.

ŞKB diğer kişilik bozuklukları ile de karıştırılabilir. DSM-IV'e göre çekingen kişilik bozukluğu olan bireyler sosyal ilişkileri arzularlar ancak utanma korkusuyla ya da reddedilme olasılığının abartılması nedeniyle sosyal ilişkiden kaçınırlar. ŞKB'nda ise sosyal yakınlık isteği daha sınırlıdır. Dinamik yaklaşımın bu ayrıma katılmadığını ve süreç içinde iki durum arasında geçişler olabileceğini ifade ettiğini yukarıda belirtmiştik.

Hem şizoid hem de obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olan bireyler rijidite, duygusal ifadede aşırı dikkat ve gizlenmiş bir omnipotans eğilimi taşırlar. Ancak her iki bozukluk farklıdır. Kompulsif bireylerde derin nesne ilişkileri, olgun sevgi, ilgi, gerçek pişmanlık ve üzüntü duygularını ifade kapasitesi vardır. Bu bireylerde kimlik dağılması ve bölünme bulunmaz (2).

Narsistik kişilik bozukluğu ve ŞKB arasında birçok benzerlikler vardır. Her iki bozuklukta da bireyler ayrışma-bireyselleşme sorunları, yeterli olmayan latensi ve ergenlik ile sonuçlanan üstbenlik (superego) bozuklukları mevcuttur. Dinamik olarak her ikisinde de ana savunma operasyonu olarak bölünme, bastırmaya baskındır. Tanımsal olarak her iki durumda da kendiliğinden cevap gereken durumlardan kaçınma ve yakın ilişkilerde sıcaklıktan yoksunluk vardır. Bütün bunlara karşın her iki bozukluk arasında önemli farklar da vardır.

Narsistik, bağımlılığı için diğerlerini kullanır, oysa şizoid bağımlılık isteklerini saklar. Narsistik hırslı ve yarışmacıdır, şizoid ise çekingendir. Narsistik bozuk nesne ilişkilerini kompense etmek için aşırı sosyalleşme ve kendini onaylatmayı kullanırken, şizoid omnipotent sevgi nesnesini aramaktan vazgeçmiş ve bunun yerine aşırı değerlendirilmiş içsel nesnelere koymuştur. Sonuç olarak narsistik aktif, havalı iken şizoid edilgendir (2).

Kernberg ve Gunderson borderline kişilik bozukluğu ve ŞKB arasında benzerlikler olduğunu ileri sürmüşlerdir, ancak davranışsal olarak her iki bozukluk birbirinden oldukça farklıdır. Borderline olgusu öfkeli, arayış içinde ve cinsel olarak aktifken, şizoid bu özellikleri göstermez (2).

ŞKB şizotipal kişilik bozukluğundan algı bozuklukları ve kognitif bozukluklar olmaması ile ayrılabilir.

Gidiş ve prognoz

ŞKB'nun başlangıcı genellikle çocukluk dönemindedir. Diğer kişilik bozuklukları gibi uzun sürelidir, ancak mutlaka yaşam boyu devam etmesi gerekmez. Hastaların ne kadarında şizofreni ortaya çıktığı belli değildir (7).

Tedavi

1991'de yapılan bir literatür taramasına göre özgül bir şekilde ŞKB'nun tedavisiyle ilgili beş yayına raslanmıştır (17). Salzman'a göre (1974) hastalar genelde bir kriz nedeniyle tedavi isterler, ancak tedavi güçtür çünkü hastanın ego gücü sınırlıdır (18). Benzer şekilde Millon da hastaların motivasyonlarının eksikliği, içgörülerinin azlığı, afektlerindeki kronik ve devamlı eksiklik nedeniyle tedaviye başvurma ve başvurduklarında da tedavinin başarı olasılıklarının düşük olduğunu belirtmiştir. Tedavinin ana amacı sınırlı bir miktarda da olsa sosyal aktiviteyi sağlayarak hastanın izolasyonunu azaltmaktır. Sosyal beceri eğitimi dışındaki davranış modifikasyonu işlemleri başarılı bulunmamıştır. Millon'a göre psikoanalitik tedavilerden çok, dikkatli grup yöntemleri hastaların sosyal becerilerini arttırmakta başarılı olmaktadır (6).

Siever'e göre tedavi bir kere başladığında şizoid hasta direnç göstermeye başlar (19). Bu yüz-

den terapistin duyarlılığı ve izlediği yol önemlidir. Terapötik rol yorumdan çok yapılandırıcı (constructive) olmalıdır. Terapist kendi duygularının farkında olarak hastaya diğer insanlar üzerinde yaratabildikleri duyguları göstermelidir. Genelde hastanın sosyal izolasyonu stabilleşmiştir ve hasta uzun dönemli bir tedavi değil kriz durumunun düzeltilmesini talep eder. Hasta için yoğun bir tedavi çalışması tehdit edicidir. Grup tedavisinden daha az ciddi hastalar daha fazla faydalanabilir.

Şizoid hastaların terapisi rijid olmamalıdır ve daima hastanın hızında ilerlemelidir. Terapinin başlangıç bölümlerinde terapist hasta tarafından birçok şekilde test edilir ve ancak ondan sonra hasta savunma mekanizmalarından vazgeçmeye başlayabilir. Terapist açısından da hastaya karşı duyulabilecek olumsuz karşı aktarım göz önünde bulundurulmalıdır. Herhangi bir önemli değişikliğin oluşabilmesi için, orijinal savunma organizasyonu oluşturulan duygusal ilişkiden daha iyi uyum sağlayan duygusal bir bağ kurulmalıdır. Bunun oluşabilmesi için genellikle hastanın erken duygusal gereksinimlerinin göz önünde tutulması gereken bir dönem yaşanır ve bu dönemde terapistte bağımlılık gelişebilir. Hasta için bu aktarım tepkisi çok acı verici olabilir. Hasta akut bir şekilde kendi içsel boşluğunun farkına varabilir. Bu dönemde terapist hastaya olası en fazla desteği vermeli ve tedaviye devamını sağlamalıdır. Bunun için seansları sıklaştırmak ya da telefon temasları kullanılabilir. Eğer terapist bunu başarabilirse hasta zamanla önceden kestirilemeyen anksiyete durumlarında kullanmak üzere terapistin içsel bir represantasyonunu oluşturabilir. Bu şekilde hastanın bağımlılık gereksinimlerine karşı kurduğu rijid savunmalar gevşeyebilir. Bu regresif dönem oldukça uzun, hatta yıllarca sürebilir (17).

Bu dönem geçildikten sonra hastanın diğer insanlarla olan ilişkileri desteklenmeye çalışılır. Hasta terapist ile olan ilişkisini yargılamaya başlar ve öfke gibi duyguları ifade etmeyi başarabilir. Tedavi, tüm süreci gözden geçirip hastanın bu yakın ilişkinin kaybını tolere edebilmesini sağlayacak şekilde yavaş bir şekilde sonlandırılır.

Ne yazık ki birçok şizoid hasta için yukarıda belirtilen gidiş olası değildir. Bunun nedeni hastanın kısıtlılıkları ya da ilk direncin kırılmaması olabilir. Böyle durumlarda terapistin elinden geldiği kadar destekleyici ilişkiyi sürdürmesi gereklidir.

Andrews ve arkadaşlarına göre farmakoterapi semptomların giderilmesi dışında faydalı değildir (17). Kaplan ve Saddock'a göre ise düşük dozajlarda antipsikotikler, antidepressanlar ve stimulanlar bazı hastalarda faydalıdır (7). Seretonerjik ajanlar ise hastaları reddedilmeye daha az duyarlı hale getirebilir.

KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. In: Köroğlu E, ed. 4. baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1995.
2. Akhtar S. Schizoid personality disorder: a synthesis of developmental, dynamic, and descriptive features. *Am J Psychother* 1987; 41, 499-518.
3. Szatmari P, Archer L, Fisman S, Streiner DL, Wilson F. Asperger's syndrome and autism: differences in behavior, cognition and adaptive functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34:1662-71.
4. Heston LL. The genetics of schizophrenia and schizoid disease. *Science* 1970; 167:249-56.
5. Wolff S. Schizoid personality in childhood and adult life I: the vagaries of diagnostic labeling. *Br J Psychiatry* 1991; 159: 615-20.
6. Milton T. Disorders of Personality:DSM-III, Axis-II. John Wiley, New York, 1981.
7. Kaplan HI ve Saddock BJ. Synopsis of Psychiatry. Baltimore, Williams and Wilkins, 1998.
8. Blum K, Braverman ER, Wu S, Cull JG, Chen TJ, Gill J, Wood R, Eisenberg A, Sherman M, Davis KR, Matthews D, Fischer L, Schnautz N, Walsh W, Pontius AA, Zedar M, Kaats G, Comings DE. Association of polymorphisms of dopamine D2 receptor (DRD2), and dopamine transporter (DAT1) genes with schizoid/avoidant behaviors (SAB). *Mol Psychiatry* 1997; 2:239-46.
9. Tien AY, Costa PT, Eaton WW. Covariance of personality, neurocognition, and schizophrenia spectrum traits in the community. *Schizophr Res* 1992; 7:149-58.
10. Wing L ve Gould J. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *J Autism Dev Disord* 1979; 9:11-29.
11. Buitelaar JK, Van der Gaag R, Klin A, Volkmar F. Exploring the boundaries of pervasive developmental disorder not otherwise specified: analyses of data from DSM-IV autistic disorder field trial. *J Autism Dev Disord* 1999; 29:33-43.
12. Eisenmajer R, Prior M, Leekam S, Wing L, Gould J, Welham M, Ong B. Comparison of clinical symptoms in autism and Asperger's disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:1523-31.
13. Voeller KKS. Social and emotional learning disabilities. In: Ferhberg TE, Farah MJ, eds. Behavioral Neurology and Neuropsychology. New York: McGraw-Hill, 1997:795-801.

14. Rourke BP, Finlayson MAJ. Neuropsychological significance of variations in patterns of academic performance: verbal and visual-spatial abilities. *J Abnorm Child Psychol* 1978; 6:121-33.
15. Voeller KKS. Right hemisphere deficit syndrome in children. *Am J psychiatry* 1986; 143:1004-9.
16. Bernstein DP, Cohen P, Skodol A, Bezirgianian S, Brook JS. Childhood antecedents of adolescent personality disorders. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 907-13.
17. Andrews G. Treatment outlines for paranoid, schizotypal and schizoid personality disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1990; 24:339-50.
18. Salzman L. Other character-personality syndromes: schizoid, inadequate, passive-aggressive, paranoid, dependent. *American Handbook of Psychiatry içinde*, New York, Basic Books, 1974.
19. Siever LJ. Schizoid and schizotypal personality disorders. *Personality disorders-diagnosis and management içinde*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1981.