

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/235327542>

# Dissociative disorders among children and adolescents: an evaluation of 36 cases

Article in *Anadolu Psikiyatri Dergisi* · January 2001

Impact Factor: 0.18

---

CITATION

1

---

READS

1,757

4 authors, including:



**Suleyman Salih Zoroglu**

Istanbul University

68 PUBLICATIONS 1,327 CITATIONS

SEE PROFILE



**Vedat Sar**

Koc University

176 PUBLICATIONS 2,445 CITATIONS

SEE PROFILE

## Çocuk ve ergenlerde dissosiyatif bozukluk: 36 olgunun gözden geçirilmesi

S. Salih Zoroğlu,<sup>1</sup> Ümran Tüzün,<sup>2</sup> Mücahit Öztürk,<sup>3</sup> Vedat Şar<sup>4</sup>

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, 36 çocuk ve ergenden oluşan dissosiyatif bozukluk olgularının klinik görünüm ve travmatik özgeçmişleriyle ilgili özellikleri ortaya koymak ve hastalığın çocukluk travmaları ile oluşan, kültürler üstü bir bozukluk olduğunu gösterebilmektir. **Yöntem:** Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu (DKB) ve Başka Türli Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk (BTADB) tanısı konulan ve en az 3 görüşme yapılan 36 olgunun klinik özellikleri, daha önce aldıkları tanılar ve çocukluk çağı travmaları gözden geçirilmiştir. Hastalara Çocuk Dissosiyasyon Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) ve Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (E-DYÖ) uygulanmıştır. **Bulgular:** Ergen hastalar çocuk hastalara göre ve DKB olguları da BTADB olgularına göre daha zengin klinik belirtiler ortaya koymaktadır. En sık gözlenen belirtiler; dalgınlık, kafa içinden ses duyma, içindeki bir güç tarafından yönetilme, kişilik değişikliği ve amnezi gibi dissosiyatif belirtilerdir. Bunun yanında diğer psikiyatrik bozukluklara özgü belirtilere de sık olarak rastlanmıştır. En sık konulan yanlış tanılar epilepsi, psikoz, depresyon ve konversiyon bozukluğu olmuştur. Hastalarımızın özgeçmişlerinde en sık gözlenen travma türünün duygusal istismar olduğu ortaya çıkmaktadır. **Tartışma:** Dissosiyatif bozukluk, Batı toplumuna ve özelde Kuzey Amerika'ya ait bir bozukluk olmadığı gibi, klinisyenlerin aşırı abarttığı bir durum da değildir. Tersine, çocuk istismarı ve ihmalinin olduğu her durumda, coğrafya ve kültürden bağımsız olarak gelişebilen ve her yaş grubunu etkileyen, kronik, ağır ve yıkıcı bir ruh sağlığı sorunudur. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2000; 1(4):197-206*

**Anahtar sözcükler:** Çocuk ve ergenlerde dissosiyatif bozukluk, çocuk istismarı, travma

## Dissociative disorders in childhood and adolescents: review of the 36 Turkish cases

### SUMMARY

**Objective:** This study aims to bring out the characteristics of clinical presentations and histories of traumatic experiences of 36 dissociative disorder cases consisted of both children and adolescents and to demonstrate that as an overcultural disorder, it is resulted from traumas in childhood. **Methods:** Clinical features of 36 patients interviewed at least for 3 times and diagnosed with DID and DDNOS, their previous diagnoses and childhood traumas were examined and the CDC and ADES were performed. **Results:** Adolescents are much more symptomatic than child patients, so are DID cases than DDNOS patients. Most frequent symptoms are

<sup>1</sup> Yrd.Doç.Dr., Gaziantep Ü.T.F. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Bilim Dalı, Gaziantep.

<sup>2</sup> Doç.Dr., İ.Ü. İstanbul T.F. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Bilim Dalı, İstanbul.

<sup>3</sup> Uzm.Dr., Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi, İstanbul.

<sup>4</sup> Prof.Dr., İ.Ü. İstanbul Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul.

Yrd.Doç.Dr. Salih Zoroğlu Gaziantep Üniv. Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, Gaziantep.

e-posta: zoroğlu@hotmail.com

*dissociative ones such as hearing many simultaneous voices in their heads, translike behaviour, passive interference experiences, passive alterations in identity and amnesia. Additionally, specific symptoms of other psychiatric disorders are often available. Many patients had been misdiagnosed with epilepsy, psychosis, depression or conversion. This demonstrated that emotional abuse is the most often trauma kind in the histories of our patients. Conclusion: Dissociative disorder is neither a case much exaggerated by the clinicians nor a disorder belonging to the societies in the West, especially to the North America. On the contrary, it has been a chronic, severe and destructive mental problem seemed in different age brackets and independently from the culture and geography, come out where child abuse and neglect formed. (Anatolian Journal of Psychiatry, 2000; 1(4):197-206)*

**Key words:** *Dissociative disorder in children and adolescents, child abuse, trauma*

## GİRİŞ

Çocuklar fiziksel, cinsel ya da psikolojik saldırganlığa karşı kendilerini koruyamayacak kadar güçsüzdürler. Bu ruhsal travmalar çoğu zaman çocuğun yaşamını devam ettirdiği ortamda oluşur ve en yakınları tarafından yapılır. Bu nedenle de ne fiziksel olarak kaçmak ve kurtulmak, ne savaşım mücadelesi etmek, ne de yaşananları kabul etmek olasıdır. Bu şartlarda otomatik ve primitif psikobiyolojik bir savunma düzeneği olarak dissosiyasyon, yaşanan travmanın fiziksel ve ruhsal etkilerinin -acı, öfke, korku, yas gibi- uzaklaştırılmasını sağlar. Travma ile ilgili her şey -travmatik duygu, düşünce, algı gibi- bir kapsülle çevrilip bilinçten koparılır ve normal şartlarda hatırlama yoluyla erişilemeyecek bir derinliğe gömülür. Böylece dissosiyasyon fiziksel ve ruhsal acıya karşı bir işlev görür. Çocuklar tekrarlayıcı bir şekilde travmatize edildiklerinde, bu savunma düzeneği ya normal olmayan şekillerde ya da normal ancak aşırı ölçülerde kullanılır. Bunun sonucunda da dissosiyatif bozukluklar ortaya çıkar.<sup>1</sup>

Dissosiyatif bozukluklar (DB) %100 oranında çocukluk döneminde başlamasına rağmen, hastaların ancak % 3'üne 12 yaşın altında ve ancak % 8'ine 12-19 yaşları arasında ergenlik döneminde tanı konabilmektedir.<sup>2</sup> Oysa, erken yaşta doğru tanının konulması, en az iki açıdan hayati öneme sahiptir. Birincisi, bu bozukluk çocukluk döneminde daha kolay tedavi edilir ve sonuçlar oldukça başarılıdır. İkincisi, içinde bulunulan travmatik ortamın farkedilmesine ve çocuğun travmadan korunmasına olanak sağlar.

Çocukluk ve ergenlikteki dissosiyatif bozuk-  
**Anadolu Psikiyatri dergisi 2000; 1(4):197-206**

Çocukluk ve ergenlikteki dissosiyatif bozuklukların tarihi, bu hastalığın erişkindeki tarihine paraleldir. On dokuzuncu yüzyılda çocuk ve ergen vakalar detaylı bir şekilde tanımlanmışlar, fakat daha sonraki yüzyılda unutulmuşlardır.<sup>3</sup> İlk kez Fine, Despine'in 1840 yılında Fransa'da yayımladığı, hem klinik özellikler hem de tedaviye cevap açısından klasik bir vaka olan 11 yaşındaki bir DB olgusu "Estelle"nin önemine dikkat çekmiştir.<sup>4</sup> Bowman, 1829 yılında Dewar tarafından yayımlanmış olan bir başka ergen dissosiyatif kimlik bozukluğu hastasını tarihsel çalışmaları sırasında ortaya çıkarmıştır.<sup>5</sup> 1970 yılı sonlarına kadar dissosiyasyonla dolaylı bir ilişki kuran ilave bir kaç vaka dışında çocukluk çağı dissosiyatif bozukluğu literatürde hiç yer almamıştır.<sup>3</sup>

1980'li yıllarda, tek ya da az sayıda vaka içeren çocuk ve ergen DB serileri yayımlanmıştır. 1990'lı yıllarda dissosiyatif bozukluğu olan 10 ya da daha çok çocuk veya ergenden oluşan seriler ortaya çıkmıştır.<sup>6-9</sup> Bu seriler istatistiksel bir zemine dayanan klinik profillerin elde edilmesine ve hastalığın etkeni olarak travmanın belirgin bir şekilde ortaya konmasına olanak sağlamıştır. Travma sıklığı Hornstein ve Putnam'ın<sup>7</sup> 64 vakalı serisinde % 95.3 ve Coons'un<sup>8</sup> 25 vakalı serisinde % 92'dir. Erişkinlerde dissosiyasyonun ölçümüyle ilgili elde edilen başarı, çocuk ve ergenlerle ilgili ölçüklerin de geliştirilmesini motive etmiştir. Son olarak tanı koydurucu nitelikte yapılandırılmış bir görüşme formu hazırlanmaktadır.<sup>10</sup>

Ülkemizde Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi alanında DB ile ilgili çocuk vaka bildirimleri<sup>11,12</sup> çocuk vaka serisi<sup>13</sup>, ergen vaka bildirimleri<sup>14,15</sup> ve ergen vaka serileri yayımlanmıştır.<sup>16,17</sup> Ergen

yaş grubunda dissosiyasyonun, travma ve intihar davranışı ile ilişkisini inceleyen bir toplum taraması yapılmıştır.<sup>18</sup>

Putnam<sup>19</sup> tarafından geliştirilen ve patolojik dissosiyasyonun çocuk yaş grubunda değerlendirilmesini sağlayan “Çocuk Dissosiyasyon Değerlendirme Ölçeği”nin, Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması tamamlanmıştır.<sup>20</sup>

## AMAÇ

Ülkemizde çocuk ve ergen yaş grubunda dissosiyatif bozuklukla ilgili en geniş olgu serisi olan bu çalışmanın üç amacı vardır:

1. Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniklerine hiç de seyrek olmayan bir sıklıkla başvuran bu hastaların klinik görünümünün ve konan yanlış tanıların incelenmesi,

2. Hastalığın oluşumunda güçlü bir faktör olan çocukluk dönemi psikolojik travmalarının ortaya konması,

3. Erişkinlerde bir çok kez ortaya konulduğu gibi, dissosiyatif bozukluğun etiyoloji ve klinik görünüm açısından çok önemli benzerlikler gösteren kültürler üstü bir fenomen olduğu bulgusunun, çocuk ve ergen yaş grubunda test edilmesidir. Böylece bozukluğun bu yaş grubundaki yerel özellikleri de ortaya konabilecektir.

## YÖNTEM

Bu çalışmanın denek grubu, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği'nde, 1993-1998 yılları arasında, Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu (DKB) ve Başka Türü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk (BTADB) tanısı konulan ve en az üç kez görüşme yapılan 36 olgudan oluşmuştur. Yaşları 5-17 arasında değişen 36 hastanın ruhsal durum muayeneleri yapılmış, psikiyatrik ve tıbbi öyküleri alınmıştır. Daha sonra devam eden tedavi görüşmeleri boyunca alınan bilgiler zenginleştirilmiştir. Tüm hastalara EEG ve 18 hastaya da nörolojik muayene uygulanmıştır. Hasta yakınları, okul yetkilileri, öğretmenler, arkadaşlar vb. gibi mümkün olan diğer üçüncü

kişilerden hasta ve psikiyatrik öykü ile ilgili bilgi alınmıştır. Cinsel, fiziksel ve duygusal istismar, ihmal, şiddet şahitliği ve diğer travmatik yaşantılarla ilgili detaylı bilgi toplanmaya çalışılmıştır. Hastaların tümü için Çocuk Dissosiyasyon Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ); 12 ve daha büyük yaşta olanlara da Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (EDYÖ) uygulanmıştır.

## BULGULAR

### Demografik Veriler

Sekiz ergen DKB olgusunun, on bir ergen BTADB olgusunun, beş DKB olgusunun ve on iki çocuk BTADB olgusunun ortalama yaşları ve cinsiyetleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Demografik veriler

| Tanı        | Sayı | Yaş        | Cinsiyet |
|-------------|------|------------|----------|
| Ergen DKB   | 8    | 15.6 ± 2.3 | 7K, 1E   |
| Ergen BTADB | 11   | 16.3 ± 2.1 | 7K, 4E   |
| Çocuk DKB   | 5    | 9.8 ± 2.2  | 3K, 2E   |
| Çocuk BTADB | 12   | 9.3 ± 2.4  | 7K, 5E   |

(K: kız, E: erkek)

### Dissosiyasyon belirtileri

Primer olarak dissosiyasyon kökeninde gelişen belirtiler Tablo 2'de sıralanmıştır. Tüm gruplar için en yaygın belirtiler kafa içinden duyulan sesler, trans benzeri dalgınlık ve davranışlar, kişilikte oluşan değişiklikler ve amnezidir. Ergenlere göre daha az semptomatik olan çocuklarda kafa içinden gelen sesler ve trans benzeri dalgınlık ve davranışların özellikle önemli olduğu ortaya çıkmaktadır.

### Diğer psikiyatrik ve davranışsal belirtiler

Psikolojik travma çok geniş bir yelpazede psikiyatrik belirti ortaya çıkartır. Tablo 3'te bu belirtilerin bazıları sıralanmıştır. Görüldüğü gibi ergenler çocuk hastalara göre daha semptomatiktir. Bu yaş grubunda depresyon,

Tablo 2. Dissosiyatif belirtiler

| Belirtiler              | Ergen DKB |     | Ergen BTADB |     | Çocuk DKB |     | Çocuk BTADB |    |
|-------------------------|-----------|-----|-------------|-----|-----------|-----|-------------|----|
|                         | Sayı      | %   | Sayı        | %   | Sayı      | %   | Sayı        | %  |
| Amnezi                  | 8         | 100 | 9           | 82  | 3         | 60  | 5           | 40 |
| Füg                     | 3         | 38  | 2           | 18  | 0         | 0   | 0           | 0  |
| Depersonalizasyon       | 5         | 75  | 5           | 63  | 3         | 60  | 6           | 50 |
| Derealizasyon           | 5         | 63  | 4           | 36  | 1         | 20  | 2           | 16 |
| Dalıp gitme             | 8         | 100 | 10          | 93  | 4         | 80  | 12          | 80 |
| Trans benzeri davranış. | 6         | 75  | 9           | 82  | 5         | 100 | 9           | 72 |
| Ses                     | 8         | 100 | 11          | 100 | 5         | 100 | 9           | 72 |
| Kişilikte değişiklikler | 8         | 100 | 9           | 82  | 5         | 100 | 7           | 56 |
| Farkedilen kişilik      | 8         | 100 | 5           | 45  | 2         | 40  | 3           | 24 |

kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi gibi emosyonel belirtiler daha sık ve şiddetli olarak ortaya çıkmaktadır. En sık görülen kendine zarar verme davranışı kol ve bileklerini kesmedir, bunu saç çekme ya da yolma davranışı ve kafa ya da vücudun diğer bölümlerinin sert bir yere vurulması takip etmektedir. Bir grup hastada (% 38), bu davranışlar çok şiddetli ve uzun süreli devam etmiş ve buna bağlı olarak kesilen ya da zedelenen bölgelerde skatrisler oluşmuştur. Çocukluk dönemi dissosiyatif bozukluğunda görsel varsanının sık görülmesi dikkat çekicidir. Görsel varsanı tutarlı ve sistematik bir yapıya sahipse, içerik olarak uzun bir

zamandan beri aynı şekilde devam ediyorsa, eşlik eden işitsel varsanı ile bütünlük oluşturuyorsa ve psikotizmin diğer çekirdek belirtileri bulunmuyorsa DB akla gelen ilk tanılardan biri olmalıdır. Dissosiyatif bozuklukta başağrısı daha çok içsel kişilikler (ego durumları, alter kişilikler) arasındaki ilişki ve etkileşimin bir sonucudur. Kişilikler birbirine hakimiyeti kaptırmama çabasıdayken ya da bir kişilikten diğerine geçiş aşamasında başağrısı ortaya çıkar. Bizim hastalarımızın büyük çoğunluğunda (% 48-75) başağrısı bulunmaktadır. Başağrısının, alterlerin belirginleştiği ve güçlendiği ileri yaşlarda daha yüksek oranda ortaya çıktığı görülmektedir.

Tablo 3. Diğer psikiyatrik belirtiler

| Belirtiler          | Ergen DKB |    | Ergen BTADB |    | Çocuk DKB |    | Çocuk BTADB |    |
|---------------------|-----------|----|-------------|----|-----------|----|-------------|----|
|                     | Sayı      | %  | Sayı        | %  | Sayı      | %  | Sayı        | %  |
| Depresyon           | 7         | 88 | 6           | 54 | 2         | 40 | 3           | 24 |
| İntihar girişimleri | 6         | 75 | 6           | 54 | 2         | 40 | 4           | 32 |
| Self mutilasyon     | 6         | 75 | 6           | 54 | 3         | 60 | 6           | 48 |
| Baş ağrısı          | 6         | 75 | 6           | 54 | 3         | 60 | 7           | 56 |
| Konversiyon         | 4         | 50 | 5           | 45 | 2         | 40 | 7           | 56 |
| Somatizasyon        | 1         | 12 | 0           | 0  | 0         | 0  | 1           | 8  |
| Görsel varsanı      | 4         | 50 | 8           | 72 | 4         | 80 | 8           | 64 |
| Madde kullanımı     | 1         | 12 | 0           | 0  | 0         | 0  | 0           | 0  |
| Alkol kullanımı     | 2         | 25 | 0           | 0  | 0         | 0  | 0           | 0  |
| Yeme bozukluğu      | 2         | 25 | 0           | 0  | 0         | 0  | 0           | 0  |

Dissosiyatif bozukluklar hemen her zaman bir çok davranışsal problemle bir arada bulunur. Çoğu zaman hastanın tedaviye getirilişinin nedeni ses duyma, dalgınlıklar ve kişilik değişimi gibi dissosiyatif belirtilerden çok davranışsal belirtilerdir. Tablo 4'te sık görülen davranışsal belirtiler sıralanmıştır. Görüldüğü gibi özellikle çocuk yaş grubunda davranışsal belirtiler daha yoğun olarak ortaya çıkmaktadır. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve/veya davranım bozukluğu belirtileri görülebilmektedir. Nitekim DSM-IV'te, DEHB'nun ayırıcı tanısı için dissosiyatif bozukluklara da dikkat edilmesi gerektiği belirtilmektedir. Öğrenme zorlukları ve ders başarısızlıkları hastanın gelecek yaşamını önemli ölçüde etkilemektedir. Bu iki belirtinin bulunduğu hastalarda, eğer tedavi geç başlamışsa, DB tedavisi tamamlansa bile, okul, öğrenme ve ders başarısı ile ilgili problemler ortadan kalkmamaktadır. Travmanın uzun süreli etkilerinden sayılan ve saldırganla özdeşim savunma düzeneğinin bir sonucu

olarak ortaya çıkan seksüel davranışlar ve saldırganlık, özellikle ergenler için önemlidir. Çocuklardaki saldırganlık çevre tarafından belli oranda hoşgörü ile karşılanırken, ergenlerde bu eğilim çok şiddetli olduğu ve çoğu zaman suça yatkınlık oluşturduğu için, hem tedavi hem de hastanın sosyal yaşantısı açısından ciddi bir risk oluşturmaktadır. Kızlarda fuhuş sektöründe çalışma ya da hamilelik, erkeklerde ise cinsel saldırganlık suçları işleme gibi çok ağır sosyal ve hukuksal sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Yine ergenlerde alkol ve madde kötüye kullanımı, bir tür self-medikasyon davranışı olarak ortaya çıkar, fakat hem tedaviyi engelleyici bir etki oluşturur, hem diğer psikopatolojilere yol açar, hem de hastanın riskli gruplara ve ortamlara girmesini kolaylaştırarak yeni travmaların oluşmasına neden olur. Türkiye'de alkol ve madde kullanımı alt yapısının henüz tam olarak gelişmemesi nedeniyle hastalarımızdaki oran oldukça düşüktür.

Tablo 4. Davranışsal belirtiler

| Belirtiler           | Ergen DKB |    | Ergen BTADB |    | Çocuk DKB |     | Çocuk BTADB |    |
|----------------------|-----------|----|-------------|----|-----------|-----|-------------|----|
|                      | Sayı      | %  | Sayı        | %  | Sayı      | %   | Sayı        | %  |
| Yıkıcı davranışlar   | 5         | 63 | 6           | 54 | 3         | 60  | 7           | 56 |
| Agresif davranışlar  | 6         | 75 | 6           | 54 | 5         | 100 | 9           | 72 |
| Kaçma                | 4         | 50 | 5           | 45 | 3         | 60  | 5           | 40 |
| Yalan söyleme        | 4         | 50 | 6           | 54 | 5         | 100 | 5           | 40 |
| Çalma                | 2         | 25 | 3           | 27 | 2         | 40  | 5           | 40 |
| Öğrenme zorlukları   | 5         | 63 | 5           | 45 | 4         | 80  | 9           | 72 |
| Okulu asma           | 2         | 25 | 4           | 36 | 2         | 40  | 5           | 40 |
| Ders başarısızlığı   | 5         | 63 | 7           | 63 | 4         | 80  | 7           | 56 |
| Regresif davranışlar | 4         | 50 | 4           | 36 | 5         | 100 | 8           | 64 |
| Seksüel davranışlar  | 3         | 38 | 4           | 36 | 2         | 40  | 5           | 40 |

### Çocukluk dönemi istismar ve travmaları

Dissosiyatif bozukluklar ciddi çocukluk travmalarına bağlı olarak ortaya çıkar. Bizim hastalarımızın özgeçmişleri incelendiğinde, şimdiye kadarki bulguları destekleyen verilerle karşılaşılmıştır. En yüksek travma oranı ergen DKB olgularında ortaya çıkmaktadır. Bu grupta çocukluk travması olguların % 75'inde (6

hasta) saptanmıştır. Nispeten daha kısa süreli izlenen iki DKB olgusu travma belirtmemişler, fakat travma yaşamadıklarını da ifade etmemişlerdir. En sık olarak duygusal istismar belirtilmiştir. Cinsel taciz hastaların % 63'ünde (5 hasta) dile getirilmiştir. Bu olgularda cinsel travmanın ikinci bir kaynak tarafından doğrulanma oranı % 40'tır (2 hasta). Cinsel, fiziksel,

duygusal istismar, ihmal ve şiddet şahitliği gibi 5 travma türü göz önüne alındığında, travma **dile** getiren hastalarda (6 hasta) ortalama travma türü sayısı 3.4 olmaktadır. İstismar davranı-

şı oldukça erken yaşta başlamaktadır. Sözelimi cinsel istismar için ortalama başlangıç yaşı 5.6 ve ortalama devam süresi 3.1 yıldır. Diğer gruplara ait veriler Tablo 5’de gösterilmiştir.

Tablo 5. Travmatik yaşantı öyküleri

| Travma türü             | Ergen DKB |    | Ergen BTADB |    | Çocuk DKB |    | Çocuk BTADB |    |
|-------------------------|-----------|----|-------------|----|-----------|----|-------------|----|
|                         | Sayı      | %  | Sayı        | %  | Sayı      | %  | Sayı        | %  |
| Cinsel istismar         | 5         | 63 | 6           | 54 | 2         | 40 | 3           | 24 |
| Fiziksel istismar       | 4         | 50 | 4           | 36 | 3         | 60 | 5           | 40 |
| Duygusal istismar       | 6         | 75 | 6           | 54 | 3         | 60 | 5           | 40 |
| İhmal                   | 5         | 63 | 6           | 54 | 2         | 40 | 3           | 24 |
| Şiddet şahitliği        | 5         | 63 | 3           | 27 | 3         | 60 | 4           | 32 |
| Ort. travma türü sayısı | 3.4       |    | 2.5         |    | 3.2       |    | 1.7         |    |

### Önceden konulan yanlış ve eksik tanıları

Tablo 6’da görüldüğü gibi hastalık ne kadar uzun sürdüyse konulan yanlış tanıları da o oranda artmaktadır. En sık konulan yanlış tanıları epilepsi, psikoz, depresyon ve konversiyon bozukluğu olmaktadır. Çocuklarda organik nedenler daha ağırlıklı düşünülmüş ve epilepsi ilk akla gelen ön tanılarından birisi olmuştur. Tüm hastalarımıza İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Kliniği’nde elektroensefalografi (EEG) yapılmış, buna ek olarak daha önce epilepsi tanısı alan ya da EEG’lerinde bozukluk bulunan 18 olguya da nörolojik muayene uygulanmıştır. Sonuçta hiç bir hastaya epilepsi

tanısı konmamıştır. Yine, son derece nadir görülen bir bozukluk olmasına rağmen, hastalarımızın önemli bir kısmına çocukluk çağı şizofrenisi tanısı konulmuştur. DB olguları sık olarak yıkıcı davranışlar gösterdikleri halde, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı sadece bir hasta için düşünülmüştür. Tipik bir DB olgusu tabloda sıralanan belirtilerin tümünü gösterir ve bu nedenle birçok klinik tablo ile karışabilir. Aslında bu dikkatli bir klinisyen için aydınlatıcı bir nokta da olabilir. Çünkü bir hastada bir arada bulunması beklenmeyecek klinik bulgular aynı anda gözleniyorsa, bu hastanın DB olabileceğinin önemli bir işaretidir.

Tablo 6. Daha önce konulan tanıları

| Tanıları           | Ergen DKB |    | Ergen BTADB |    | Çocuk DKB |    | Çocuk BTADB |    |
|--------------------|-----------|----|-------------|----|-----------|----|-------------|----|
|                    | Sayı      | %  | Sayı        | %  | Sayı      | %  | Sayı        | %  |
| Depresyon          | 1         | 13 | 2           | 18 | 1         | 20 | 1           | 8  |
| Bipolar bozukluk   | 0         | 0  | 1           | 9  | 0         | 0  | 0           | 0  |
| Psikoz (şizofreni) | 3         | 38 | 4           | 36 | 1         | 40 | 3           | 24 |
| DEHB               | 0         | 0  | 0           | 0  | 0         | 0  | 1           | 8  |
| Davranım bozukluğu | 1         | 13 | 1           | 9  | 0         | 0  | 0           | 0  |
| Konversiyon        | 2         | 25 | 3           | 27 | 0         | 0  | 0           | 0  |
| Somatizasyon       | 0         | 0  | 0           | 0  | 0         | 0  | 0           | 0  |
| Epilepsi           | 2         | 25 | 3           | 27 | 2         | 40 | 3           | 24 |
| Ensefalit/menanjit | 1         | 12 | 0           | 0  | 1         | 20 | 0           | 0  |

### Dissosiyasyon ölçüm araçları

Çocuk Dissosiyasyon Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) ve Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (EDYÖ) skorları Tablo 7’de verilmiştir. ÇDDÖ puanının 12 ya da üzerinde ve EDYÖ

puanının da 3.7 ya da üzerinde olduğu durumlarda disosiyatif psikopatolojinin bulunabileceği belirtilmektedir. Görüldüğü gibi her iki ölçek açısından da hastalar patoloji sınırının hayli üzerinde skorlar elde etmişlerdir.

Tablo 7. Dissosiyasyon ölçekleri skorları

| Ölçekler | Ergen DKB | Ergen BTADB | Çocuk DKB | Çocuk BTADB |
|----------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| ÇDDÖ     | 24.8      | 17.5        | 22.4      | 16.8        |
| EDYÖ     | 6.4       | 5.1         |           |             |

### TARTIŞMA

Şimdiye kadar yayımlanan, 10’un üzerinde olgu içeren geniş seriler Kuzey Amerika ve Kanada kökenlidir. Bildirimi yapılan en geniş seri Hornstein ve Putnam’ın 64 olguluk serisidir.<sup>6</sup> Bunun dışında Coons<sup>7</sup> 25, Lewis<sup>8</sup> 23 ve Dell ve Eisenhower<sup>9</sup> 11 hastadan oluşan çocuk ve veya ergen DB serileri yayımlamışlardır.

Bizim çalışmamızda ergen hastaların çocuklara göre ve DKB olgularının da BTADB olgularına göre daha semptomatik olduğu görülmektedir. Bu, yukarıda bahsedilen çalışmalar ile uyumlu bir bulgudur. Ergen hastalar her zaman daha dikkat çeken belirtiler ortaya koyarlar. Buna karşılık çocuk hastalar özel bir dikkat gerektirir, çünkü belirtiler daha hafif şiddetlidir, nonspesifik özelliktedir ve uyumu daha az bozar. Bunun tipik bir örneği ergen DKB grubundan 16 yaşındaki bir hastamızdır. Bu hasta çocuk psikiyatrisi kliniğine 9 yaşındayken başvurmuş, “nevrotik çocuk” ve “uyum bozukluğu” gibi tanımlarla 4 yıl boyunca oyun ve bireysel psikoterapiyle izlenmiştir. Bu süre boyunca, disosiyatif ya da posttravmatik belirtiler ile ilgili hiç araştırılmamış ve yakın bir akraba tarafından yapılan cinsel taciz tedavi süresince devam etmiştir. Bu hastanın terapisti, annenin aşırı koruyuculuğu, çok müdahaleci oluşu, anne-baba arasındaki geçimsizlikler, öğretmenin bir kez aşırı kızması ya da hafifçe dövmesi gibi minör travmalar üzerinde fazlaca durmasına rağmen, hasta ya da ailesine cinsel istismar yaşantıları ile ilgili hiç bir soru

sormamıştır. Hastaya doğru tanı ancak 13 yaşında konabilmiştir.

Bozukluk için en tipik olan ve çok sık gözlenen belirtiler, birincil olarak disosiyasyon savunma düzeneğine bağlı olarak gelişir ve disosiyatif belirtiler olarak adlandırılır. Bunlardan kafa içinden gelen sesler, trans davranışları /dalgınlıkları, içindeki bir güç tarafından yönetilme yaşantıları ve amnezi, bu çalışmada en yaygın olarak bulunan (% 100) belirtilerdir. Trans davranışları özellikle çocuklar için spesifiktir. Kişilik değiştirme ve farkedilen ikinci kişilik direkt olarak tanı koyduran iki belirtidir ve DKB olgularında % 100, BTADB olgularında % 56-82 oranlarında gözlenmiştir. Bu iki belirtinin DKB olgularında BTADB olgularına göre daha sık gözlenmesi beklenebilecek bir durumdur. Çünkü, tam olarak kontrolü ele alan ikinci bir kişiliğin varlığı DKB tanısı için şarttır. BTADB olgularında ise diğer ego durumlarının (ikinci kişilik ya da alter kişilik) varlığı gereklidir, ama bunlar tam ve bağımsız bir kişilik halinde değildirler. Bu nedenle tümüyle kontrolü ele alamazlar, esas kişiliğe bağlı olduklarını ve onun bir parçası olarak yaşadıklarını belirtirler. Sıralamada bu belirtilerin hemen ardından, depersonalizasyon, derealizasyon ve füğ gibi disosiyatif semptomlar gelmektedir. Bunlar daha çok ergenlerde görülmüştür. Çocukların, kendileri ve çevreleriyle ilgili yaşantıları tanımlama ve idrak edebilme yetenekleri tam olarak gelişmediği için, depersonalizasyon ve derealizasyon gibi bulgular daha seyrekdir.



Disosiyatif belirtilerin sıklığı ile ilgili bizim çalışmamızdaki bu sıralama, yukarıda belirtilen çalışmalara oldukça benzemektedir.

Dissosiyatif belirtiler dışındaki diğer psikiyatrik belirtilerin de -küçük farklar dışında- Kuzey Amerika kökenli çalışmaların sonuçlarına uyduğu görülmektedir. Depresif belirtiler bizim serimizde % 24-88 oranında saptanmıştır. Ergenler, çocuklara göre depresif belirtileri daha fazla ortaya koymaktadırlar. Bu oran Dell ve Eisenhower'in ergen serisinde<sup>9</sup> % 82, Hornstein ve Putnam'ın<sup>6</sup> çocuk ve ergen serisinde % 82-88 ve Coons'un çocuk ve ergen serisinde<sup>7</sup> % 64-88 olarak bulunmuştur. Görüldüğü gibi, DB olguları farklı iki kültürde de yüksek oranda depresif belirtiler ortaya koymaktadırlar. Sırasıyla Dell ve Eisenhower<sup>9</sup>; Hornstein ve Putnam<sup>6</sup> ve son olarak Coons'un<sup>7</sup> serilerindeki oranlar, self mutilasyon için % 27, % 40 ve % 45; öğrenme güçlükleri için, % 45, % 82 ve % 45; yıkıcı davranışlar için % 54, % 86 ve % 55; agresyon için % 38, % 82 ve % 55, seksüel davranışlar için % 15, % 45 ve % 45, regresif davranışlar için % 36, % 100 ve % 44'tür. Dell ve Eisenhower'in<sup>9</sup> serilerinde alkol kötüye kullanımı % 36, Coons'un serisinde<sup>7</sup> % 56'dır. Bu oran bizim çalışmamızda % 0-25'tir. Ülkemizde alkol kötüye kullanımının daha düşük oluşu bunda etkili olmuş olabilir.

Karşılaştırılan bu üç serideki travma saptanmış olan hastaların oranları % 73, % 92 ve % 95'tir. Bizim çalışmamızdaki oran daha düşüktür (% 65). Bu durum, Türkiye'de non-travmatik DB oranının yüksekliğini değil, travmanın ortaya çıkarılmasını sağlayan psikiyatrik tedaviyle ilgili ve/veya psikiyatrik tedavi dışı altyapı olanaklarının zayıflığını gösterir. Sözgelimi, birçok hasta daha 10. görüşmeye ulaşmadan tedaviyi bırakmaktadır. Oysa travmalar tedavinin ortalarına doğru çıkar. Birçok hasta için bu süre 6 ay ile bir yıl arasındadır. Uzun izlenen DKB olgularında travma oranının daha yüksek oluşu bunu desteklemektedir. Çocuk ya da ergenin hasta olmasına yol açan travmatik ortamın ve bu ortamın aktörlerinin, aynı zamanda tedaviyi desteklemesi olanaksızdır. Hatta bu aktörler sonunda suçlanmaktan korktukları için bilerek tedaviyi engellerler. Sonuçta hasta tedavi olmak bir yana, daha travmalarını açıklayama-

dan tedaviyi bırakır. Bazı hastalar da travmalarını açıkladıklarında sonucun kendileri için olumlu olmayacağını, çoğu zaman psikiyatrik destek dışında saldırganlara karşı hiç bir yardım alamayacaklarını ve yalnız bırakılacaklarını bilirler. Kısacası, hastayı travmatik ortamdan uzaklaştırıp hukuksal, maddi ve ruhsal ihtiyaçlarını ve korunmasını sağlayacak olanakların bulunmaması travma oranlarının düşük olmasında etkili olmuş olabilir. Nispeten daha kolay ifade edilen duygusal istismar bizim çalışmamızda % 40-75 ile en sık travma türü olurken, Dell ve Eisenhower'in<sup>9</sup> serisinde de (% 82) en sık travma türüdür.

Yanlış tanı oranı diğer üç çalışmada sırasıyla % 75, % 70 ve % 68'dir. Bizim çalışmamızda yanlış tanı koyma oranı daha düşüktür (% 53). Bu durum, çalışmadaki birçok hasta için ilk başvuru yeri olmamızın ve DB ile ilgili olarak kliniğimizdeki birikmiş deneyimin bir sonucu olabilir. En yüksek oranda konulan üç yanlış tanı psikoz (% 31), epilepsi (% 28) ve depresyondur (% 19). Çocukluk şizofrenisi çok nadir görülen bir bozukluk olmasına rağmen, bazı hastalarda ilk akla gelen tanı olmuştur. Oysa şizofreni için tanımlanmış olan "birinci sıra Scheneider belirtileri"nin DKB için çok daha spesifik olduğu gösterilmiştir.<sup>21</sup> Benzer olarak travma sonrası stres bozukluğu olgularında, görsel, işitsel varsanılar ve düşünce bozuklukları gibi psikotik belirtilerin hiç azımsanmayacak ölçüde bulunabileceği belirtilmektedir.<sup>22</sup> Epilepsi tanısı konulan olguların bir çoğunda bu bir ön tanı olarak konulmuş ve antiepileptik tedavi başlanmamıştır. DB'daki dissosiyatif belirtilerin kronik limbik epilepsinin bir belirtisi veya temporal lob epilepsisinin interiktal fenomeni olabileceği bazı araştırmacılar tarafından belirtilmektedir.<sup>23</sup> Bizim hastalarımızın hiçbirisinde epileptik bir bozukluk saptanmamıştır. DB olgularında komorbid olarak çok sık bulunduğu için depresyon, yanlış değil fakat eksik bir tanıdır. Yıkıcı davranış bozukluğu yurtdışında sık konulan yanlış tanılardan biri olmasına rağmen, bizde sadece 3 hastaya bu tanı konmuştur. Özellikle farklı gruptan belirtilerin bir araya geldiği durumlarda, dissosiyatif bozukluk ilk akla gelen tanılardan biri olmalıdır. Sözgelimi, depresyon, işitsel/

görsel varsanılar, antisosyal davranışlar, seksüel davranışlar, konversiyon belirtileri ve posttravmatik belirtiler gibi klasik bir dissosiyatif bozukluk tablosunun, başka bir psikiyatrik bozukluk nedeniyle oluşabilmesi olasılığı çok düşüktür.

Dissosiyasyonu ölçen araçlara verilen yanıtlar açısından büyük bir benzerlik söz konusudur. Hornstein ve Putnam'ın<sup>19</sup> çalışmasında ÇDDÖ puanı DKB için 25.2, BTADB için 16.8; Coons'un<sup>8</sup> çalışmasında BTADB için 23'dür. Bizim çalışmamızda sırasıyla ergen ve çocuk olgularda DKB için 24.8 - 22.4 ve BTADB için 17.5 - 16.8'dir. EDYÖ, karşılaştırılan üç çalışmada da kullanılmamıştır. Buna karşın Putnam<sup>19</sup> DB olgularında ortalama skorun 4.9 olduğunu belirtmektedir. Görüldüğü gibi ölçekler aracılığıyla elde edilen veriler

açısından da önemli bir benzerlik söz konusudur.

## SONUÇ

Ülkemizde çocuk ve ergen yaş grubunda en geniş olgu serisi olan bu çalışmanın bulguları, klinik özellikler, travmatik yaşantılar, konulan yanlış tanımlar ve standardize ölçeklere verilen yanıtlar açısından, Kuzey Amerika'da yayımlanmış çocuk ve ergen serilerine oldukça benzemektedir. Dolayısıyla, DB Batı toplumuna ve özelde Kuzey Amerika'ya ait bir bozukluk olmadığı gibi, klinisyenlerin aşırı abarttığı bir durum da değildir. Tersine, çocuk istismarı ve ihmalinin olduğu her durumda, coğrafya ve kültürden bağımsız olarak gelişebilen kronik, ağır ve yıkıcı bir ruh sağlığı sorunudur.

## KAYNAKLAR

1. Lewis DO, Yeager CA: Abuse, dissociative phenomena, and childhood multiple personality disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1994; 3:729-743.
2. Kluft RP: Treatment of multiple personality: a study of 33 cases. *Psychiatr Clin North Am* 1984; 7:9-29.
3. Putnam FW: A brief history of multiple personality disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1996; 5(2):263-272.
4. Fine CG: The work of Antoine Despine: The first scientific report on diagnosis and treatment of a child with multiple personality disorder. *Am J Clin Hypn* 1988; 31:33-39.
5. Bowman ES: Adolescent multiple personality disorder in the nineteenth and early twentieth century. *Dissociation* 1990; 3:179-187.
6. Hornstein NL, Putnam FW: Clinical phenomenology of child and adolescent dissociative disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 1077-1085.
7. Lewis DO: Diagnostic evaluation of the child with dissociative identity disorder. *Child and Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1996; 5(2):303-332.
8. Coons PM: Confirmation of childhood abuse in child and adolescent cases of multiple personality disorder and dissociative disorder not otherwise specified. *J Nerv Ment Dis* 1994; 182: 461-464.
9. Dell PF, Eisenhower JW: Adolescent multiple personality disorder: a preliminary study of eleven cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29:359-366.
10. Lewis DO: Diagnostic evaluation of the child with dissociative identity disorder/multiple personality disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1996; 5:303-332.
11. Zoroğlu S, Tutkun H, Tüzün Ü, Şar V: Çocuk yaşta çoğul kişilik bozukluğu: bir olgu sunumu. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 1996; 3:98-113.
12. Miral S, Alkan T, Sonsuz C: Bir dissosiyatif amnezi olgusu. *Çocuk Ruh Sağlığı Dergisi* 1996; 3(1):33-36.
13. Zoroğlu S, Yargıç Lİ, Tutkun H, Öztürk M, Şar V: Dissociative identity disorder in childhood: five Turkish cases. *Dissociation* 1996; 9(4):253-260.

14. Tutkun H, Yargıç Lİ, Şar V: Adölesans döneminde bir çoğul kişilik bozukluğu vakası. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1994; 2:261-266.
15. Zoroğlu S, Şar V, Yargıç İ: Ergen dönemde iki dissosiyatif kimlik bozukluğu olgusu. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1997; 5(1):43-53.
16. Zoroğlu S, Yargıç İ, Tutkun H, Tüzün Ü, Şar V: Adölesan yaşta 17 dissosiyatif kimlik bozukluğu olgusunun sosyodemografik, klinik özellikleri ve travmatik yaşantı öyküleri. *Düşünen Adam* 1996; 9(2):9-16.
17. Yargıç Lİ, Tutkun H, Şar V, Zoroğlu S: Comparison of dissociative identity disorder between adolescents and adults. O Van der Hart, S Boon, N Draijer (eds): *Proceedings of the 5<sup>th</sup> Spring Conference of the International Society for the Study of Dissociation'da*. 18-21 Ekim 1995; Amsterdam, Hollanda.
18. Zoroğlu S, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Erocal M ve ark: Childhood abuse, self-İnjury, and dissociative experiences among high school students. *13<sup>th</sup> International Fall Conference of the International Society for the Study of Dissociation*. 7-10 Kasım 1996; San Francisco/CA/USA.
19. Putnam FW, Helmers K, Trickett PK: Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse Negl* 1993; 17:731-741.
20. Zoroğlu S, Tüzün Ü, Öztürk M, Şar V: Reliability and validity of the Turkish version of the Child Dissociative Checklist. *15<sup>th</sup> International Fall Conference of the International Society for the Study of Dissociation*. 14-17 Kasım 1998; Seattle/WA/USA.
21. Kluft RP: First rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *Am. J Psychiatry* 1987; 144:293-298.
22. Kaufman J, Birmaher B, Clayton S, Retano A, Wongchaowart B: Case study: trauma-related hallucinations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(11):1602-1605.
23. Mesulam MM: Dissociative states with abnormal temporal lobe EEG: multiple personality and illusion of possession. *Arch Neurol* 1981; 38:176-181.

## ANADOLU PSİKİYATRİ DERGİSİ

**Mart, Haziran, Eylül, Aralık aylarında yayımlanır.**

**2001 YILI ABONELİK ÜCRETİ 10 MİLYON TL.DİR.**

**TOPLU ABONELİKLERDE % 20 İNDİRİM YAPILIR.**

### **Yazı gönderme adresi:**

Prof.Dr. Orhan DOĞAN  
C.Ü.T.F. Psikiyatri ABD 58140 SİVAS  
e-posta: odogan@cumhuriyet.edu.tr

**Abonelik için posta çeki hesabı no: 1440053**