

Dissosiyatif Bozuklukta Tanı ve Ayırıcı Tanı: Olgu Sunumu

Diagnosis and Differential Diagnosis of Dissociative Disorder

Merve Çıkılı Uytun¹, Rabia Durmuş², Didem Behice Öztop³

¹Yrd.Doç.Dr., Yaşam Özel Aile Danışma Merkezi, ²Uz.Psk., Özel Danışma Merkezi, İzmir

ÖZET

Çocukluk çağı travma öyküsünün, bir çok psikiyatrik hastalık ile ilişkisi olduğu bilinmektedir. Dissosiyatif bozukluklar, en çok üzerinde durulan bozukluklardandır. Dissosiyatif bozukluklarda paylaşılan ortak tema geçmişe ait belleğin, kimliğin farkında oluşun ve bedenden gelen duyumlarla bedensel hareketlerin kontrolü arasındaki normal entegrasyonun kısmi veya tam kaybıdır. Bu hastalık grubunda bir organik hastalık ya da patofizyolojik bozukluğa ait kanıtlar da yoktur ve belirtiler beden veya akıl işlevinin nasıl bozulacağı veya işlev görmeyeceğine ilişkin hastanın düşüncelerine karşılık gelir. Dissosiyatif bozuklukların en önemli özelliği neredeyse her ruh fonksiyonunu etkileyebilmesidir. Dissosiyatif amnezi, depersonalizasyon, derealizasyon, kimlik bocalaması ve kimlik değişikliği dissosiyatif psikopatolojinin temel özellikleridir. Dissosiyatif bozukluklar kişilik bozuklukları dahil bir çok psikiyatrik bozukluğa eşlik edebilir veya psikiyatrik bozuklukların belirtileri içinde bulunabilir. Bu nedenle doğru tanının konulması ve ayırıcı tanının dikkatle yapılması önemli bir konudur. Dissosiyatif bozukluklara tanı koymakta ise Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD-10) ve Psikiyatride Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflandırması El Kitabı (DSM-IV-TR) kullanılmaktadır. ICD-10 ve DSM-IV-TR' de nosolojik durum açısından farklılıklar olmakla birlikte temel temalar değişmemiştir. Bu çerçevede çocukluk çağında yaşadığı bir travma sonrası dissosiyasyon semptomları olan hasta üzerinden dissosiyatif bozuklukta ayırıcı tanı anlatılacaktır.

Anahtar Sözcükler: Dissosiyasyon, konversiyon, çocukluk çağı travması.

SUMMARY

It is known that there is a relationship between many psychiatric disorder and childhood trauma history. Dissociative disorders are most often investigated disorders. The common theme shared by dissociative disorders is a partial or complete loss of normal integration between memories of the past, awareness of identity, and immediate sensations and control of bodily movements. This group of illnesses also lacks the evidence of proximate organic illness or pathophysiological disturbance, and the symptoms correspond to the ideas of the patient about how parts of body or mind malfunction or fail to function. The most important feature of dissociative disorders that these disorders can affect almost every psychological function. The main features of this psychopathology includes that dissociative amnesia, depersonalization, derealization, confusion of identity and changing of identity. A number of psychiatric disorders, including personality disorders, either have dissociative disorder comorbidity or contain dissociative symptoms in their diagnostic criteria. Therefore, It is important that diagnose and differential diagnose with dissociative disorders should make carefully. International Classification of Diseases (ICD-10) and Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) can be use for diagnose of dissociative disorders. In spite of the differences between nosological status, the basic themes remain unchanged. In this context, our patient who after a trauma experienced in childhood and we confused about this patient's current diagnosis are explained.

Key Words: Dissociation, conversion, childhood trauma.

(*Klinik Psikiyatri* 2014;17:41-48)

GİRİŞ

Dissosiyatif bozukluklar çeşitli fiziksel ve ruhsal belirtilerle karakterize bilinen somatik bir hastalık ile ilişkili olmayan psikiyatrik rahatsızlıklardır. Yaygın belirtileri paralizi, nöbetler, konuşamama, duyu kaybı, görsel bozukluklar, amnezi, trans ve konfüzyonu içermektedir. Hastalar çeşitli çoklu semptomlar gösterebilirler ve semptomlar zamanla değişiklik gösterebilir (Jans ve ark. 2008). Çalışmalarda dissosiyatif bozuklukların psikiyatrik hasta popülasyonunda %12-13.8 oranında görüldüğü bildirilmektedir (Şar ve ark. 2000, 2004). Bu zamana kadar çocuk ve ergenlerde dissosiyatif bozuklukların epidemiyolojisi ile ilgili geniş çalışmalar bulunmamaktadır (Boysen 2011).

Daha önce ergenlerde tarama çalışmalarında genellikle ergenlerin kendilerinin doldurduğu ölçekler kullanılmıştır. Martinez- Taboas ve ark.'nın (2006) yaptıkları 891 ergenin (11-17 yaş) dahil olduğu bir çalışmada ergenlerin %4.9'unun patolojik dissosiyatif semptomlar sergiledikleri bulunmuştur. Başka bir çalışmada da ergenlerde (12-19 yaş) klinik olmayan örnekleme %2.3 sinde, klinik örnekleme %50 sinde ölçek skorları anlamlı bulunmuştur (Nilsson ve Svedin 2006). Yakın zamanda Şar ve ark.'nın (2013) çalışmasında ise psikiyatrik hasta popülasyonundaki ergenlerin (11-17 yaş) %25.9'unda Adolesan Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği puanlarına göre ölçek puanları kesim değeri olan 3'ün üzerinde bulunmuştur.

Çocukluk çağı dissosiyatif bozukluğu 5 yaşından önce nadir olarak tanımlanmıştır (Goodyer 1981). Ancak dissosiyatif bozuklukların %100 oranında çocukluk döneminde başlamasına rağmen, hastaların ancak %3'üne 12 yaşın altında ve ancak %8'ine 12-19 yaşları arasında, ergenlik döneminde tanı konabildiği bilinmektedir (Kluft 1996).

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 fark edilmesine ve çocuğun travmadan korunmasına olanak sağlar (Zoroğlu ve ark. 2000). Erken dönemde tedavi edilmesi intihar girişimleri, kendine zarar verme davranışı (Zoroğlu ve ark. 2003) gibi yaygın komplikasyonların önlenmesinde de önemlidir.

Çocukluk çağı travma öyküsünün, bir çok psikiyatrik hastalık ile ilişkisi olduğu bilinmekte ve hastalık oluşumu için risk etkeni olarak kabul edilmektedir (Zanarini ve ark. 2002). En çok üzerinde durulan hastalıklar ise dissosiyatif bozukluklar olmuştur (Gast ve ark. 2001).

Patolojik dissosiyatif reaksiyonlar genellikle destek veya yardım alınmayan tekrarlayıcı ve kronik travmalar veya mevcut ortamdan kaçma imkanının mevcut olmadığı travmalar varlığında gelişmektedir. Yaşadığı travmalar sonrası mevcut durumlar ve yaşadıkları deneyimleri birleştirmede başarısızlık, çocuğun daha uygun başa çıkma becerileri edinmesini engelleyebilir ve dissosiyatif reaksiyonun göreceli iyi durumlar için de genellenmesine neden olabilir. Çocuk; okulda sosyal ilişkilerinde sorun yaşayabilir, izole edilebilir ve sonunda uygun olmayan davranışları öğrenme ve herhangi bir ruhsal bozukluk geliştirme açısından daha riskli hale gelebilir (Kisiel ve Lyons 2001, Perry 2006).

Sık görülen bozukluklar olmasına rağmen klinikte dissosiyatif bozuklukların tanısı nadir olarak konmaktadır. Bizim olgumuzda da çocukluk döneminde yaşadığı kötü bir deneyim, sonrasında bu olaya bağlı olarak gelişen durumlar sonucunda dissosiyatif kimlik bozukluğu tanısı koyarak takip ettiğimiz hasta dissosiyatif bozukluklar tanısına dikkat çekmek amacıyla sunulacaktır.

OLGU

Başvuru Şikâyeti

16 yaşında, kız, Lise 2.sınıf öğrencisi olan hastamız ilk olarak Pediatrik adolesan servisinden konversiyon bozukluğu ön tanısı ile tarafımıza konsülte edildi. Hasta değerlendirildiğinde, görsel ve işitsel varsanılları olduğu, akşamları bayıldığı ve bayıldığında bir süre 5 yaşında çocuk gibi davrandığı 1-2 saat sonra kendisine geldiği öğrenildi. Bu şikâyetleri üzerine hasta polikliniğimizde takibe alındı.

Yakınmanın öyküsü

Hastanın bu şikâyetleri ilk olarak 12 yaşında iken başlamış. Bayılma şikâyeti olan hasta bir çok merkezde konversiyon bozukluğu tanısı ile takip edilmiş. Daha sonra "kafasında bir ses duyma, bazı anları hatırlayamama" gibi şikâyetler eklenince dis-

sosiyatif bozukluk tanısı düşünülerek başka bir dış merkeze yönlendirilmiş. O dönemde hastada mevcut belirtiler; kafasının içinde sesler duyma, yaptığı bazı şeyleri hatırlayamama, derste dalıp gitme, tuttuğu günlüğün bazı kısımlarını kendisinden başka birisinin başka bir yazıyla yazdığını fark etme idi. Dış merkeze bu belirtilerle başvuran hastaya dissosiyatif kimlik bozukluğu tanısı konularak, psikoterapi uygulanmış. Tedaviden sonra bir süre iyi olan hastanın bayılma şikâyeti bir sene sonra tekrar başlamıştı. Bu dönemde hastanın epilepsi olabileceği düşünülerek detaylı nörolojik tetkikler yapıldığı öğrenildi. Video EEG sonucunda epilepsi tanısı kesin olarak ekarte edilen hasta, polikliniğimize yönlendirildi.

Özgeçmiş ve Soy geçmişi

2 çocuklu ailenin 1. çocuğu olarak spontan vajinal yoldan 2.500 gr olarak doğmuş. Doğum sırasında herhangi bir komplikasyon olmamış. Gelişim basamakları normalmiş.

Anne; 37 yaşında, ortaokul mezunu, ev hanımı. Baba; 49 yaşında, lise mezunu, serbest olarak çalışıyor. Kardeşi; 14 yaşında ilköğretim 8. sınıf öğrencisi idi.

Anne, baba ile ailesinin rızası olmadan evlenmiş. Evlendikleri günden beri problemleri varmış.

Anne; babayı, geçinilmesi zor, katı, duygusuz bir insan olarak tanımlamaktaydı. Anne, hastamız 2.5 yaşındayken boşanmaya karar vermiş ve çocuklarıyla birlikte kendi ailesinin evine taşınmış. Baba velayetle ilgili bir iş için eşinin yanına geldiğinde anneanne ile tartışmış ve anneanneyi evin önünde 7 yerinden bıçaklayarak öldürmüştü. Bu olay sonrasında anne, dede ve çocuklar hastanemizin bulunduğu şehre taşınmışlar ve beraber yaşamaya başlamışlar. Dede, bu olaydan sonra kızına oldukça sinirli olduğu için evdekilerle maddi konular dışında hiç ilgilenmiyormuş. Genelde mecbur kalmadıkça konuşmuyormuş. Bu durumdan anne ve çocuklar yıllardır çok rahatsızlanmış. Bu şekilde yaşamak çok zor oluyormuş. Hastamız 6 yaşına gelene kadar annesinin veya kendisinin hatırladığı herhangi bir problemleri olmamış.

Hastamız 6 yaşındayken ateşli bir hastalık döneminde "elsiz, kolsuz adamlar" şeklinde görüntüler gördüğünü ancak bunun 1-2 gün sürüp hastalık

sonrası geçtiğini belirtti. Sonrasında böyle bir durum tekrarlanmamış.

Hastamız 8 yaşındayken babası hapisten çıkmış. Hapisten çıktıktan sonra baba, bir kez ziyaretlerine gelmiş. Hastamız bu ziyaretin kendisi için hiç bir anlamı olmadığını ve hiçbir şey hissetmediğini ifade etmekteydi.

12 yaşında iken şikâyetleri başlayan ve tedaviye alınan hastamız tedavi sürecindeyken bu sürece iyi yönde katkı sağlayacağını düşünen anne, baba ile tekrar evlenmiş. 1 ay boyunca babanın yaşadığı şehre taşınıp orada yaşamışlar fakat anlaşamayınca tekrar ayrılmışlar. Hastamız, babasının anneannesini öldürdüğü olayı pencereden gördüğünü ve her şeyi hatırladığını ifade etti. Anne ise bu konuda emin değildi. Hastanın babasına karşı düşünceleri bu olaydan dolayı oldukça olumsuz idi. Babasından nefret ettiğini ve ondan intikam almak istediğini söylemekteydi. Ancak babasından ziyade dedesi ile ilişkilerinin kötü olmasının kendisini daha fazla etkilediğini belirtmekteydi. Bu olay ve devamındaki süreçler dışında tekrar tekrar sorgulanmasına rağmen başka herhangi bir istismar, ihmal veya herhangi bir kötü deneyim öyküsü alınmamıştır.

Fizik Muayene

Hasta ilk muayenede yaşının görünümünde, sosyo ekonomik seviyesine uygun giyimli, öz bakımı yerinde, göz teması yeterli, sakin görünümde idi. Göze çarpan fiziksel herhangi bir sakatlık veya anomalisi yoktu.

Psikiyatrik Değerlendirme

Hastamız rahat bir şekilde iletişim kurmakta, oryantasyonu tam, iletişime açık bir genç kızdı ve geçmişteki olayları rahat ve akıcı bir şekilde anlatabilir durumdaydı. Bazen dalıp gitmeleri olduğunu ve bazı anları hatırlayamadığını ifade etti. Muayenede böyle bir durum gözlenmedi. Dikkati ve anlık belleği normal olarak değerlendirildi. Normal Zeka düzeyine sahip olduğu düşünüldü. Algı bozukluklarından işitsel varsanılar tarifliyordu. Bazen de sanki içinde başka biri varmış ve o kişi konuşuyormuş gibi hissettiğini söyledi. Düşünce sürecinde herhangi bir bozukluk düşünülmedi. Konuşma içeriği ve hızı normaldi. Düşünce içeriği bozukluğu tariflemeydi. Herhangi bir kendine zarar verme veya özkıyım düşüncesi yoktu. Duygulanımı

olağan ve duruma uygun, duygudurumu ötimik idi.

Yapılan DSM-IV'e dayalı klinik değerlendirme sonucuna göre hastada dissosiyatif kimlik bozukluğu düşünüldü. Hastaya uygulanan dissosiyasyon ölçeği (DIS-Q) sonucu 3.76 olarak bulundu (>2.5 dissosiyatif bozukluklar açısından anlamlı). Aynı zamanda WISC-R zeka testi uygulandı. WISC-R sonucu normal zekâ düzeyi olarak raporlandı.

Tedavi Süreci

Hastanın polikliniğimize başvurduğunda öncesinde bir çok antidepresan kullandığı fakat fayda görmediği, şu anda sertralın 100 mg/g kullandığı öğrenildi. Hastanın ilaç tedavisine devam edildi.

Hastamız polikliniğimize ilk başvurduğunda temel şikayetleri olan bayılma ve sonrasında bir süre 4-5 yaşlarında küçük bir çocuk gibi davranması idi. Regrese olduğu dönemde yaptığı resimlerini getiren hastanın resimlerinde elinde bıçakla bir adam çizdiği, bu adamın etrafında insanlar olduğu görüldü. Regresyon döneminin tarafımızdan gözlenebilmesi amacıyla hasta psikiyatri servisine yatırıldı. Serviste 1 hafta yatan hastanın 1 kez kısa süreli bu şekilde davranması olmuş ancak nöbetçi servis ekibi tarafından bu davranışın temaruz olduğu düşünülerek üstünde durulmamış. Sonrasında taburcu edilen hastanın takiplerine poliklinikten devam edilmiştir.

Dedesini ile evde sorunları vardı, özellikle bu durumdan oldukça şikâyetçi idi. Dedesini; inatçı, her şeye karışan, katı ve soğuk biri olarak tanımlıyordu. Dedesinin kendileriyle hiç konuşmadığını ve sadece maddi yönden ilgilendiğini söylüyordu. Hastalığından sonra ise aralarının eskiye göre daha iyi olduğunu söyledi. Ancak annesi ile hala konuşmadığını belirtti. Anne ile yapılan görüşmelerde annenin de babası ile bozuk ilişkileri nedeniyle pek iyi olmadığı, devamlı aynı evde beraber olmanın kendisinin ruh sağlığını etkilediği, çalışmanın kendisine iyi geleceğini düşündüğü ancak iş bulamadığı öğrenildi.

Takiplerde annesi çalışmaya başlayan hasta, kendisini bu nedenle daha iyi hissettiğini belirtti. Bu dönemde annesi ile gelemediği için, gelmeyi reddeden dede ile görüşme fırsatı bulundu. Dede ile hastamızın durumu ve ilişkileri hakkında konuşularak tutum önerilerinde bulunuldu. Oldukça inatçı

olduğu gözlenen dedeye yaşadıklarının kolay olmadığı ve kendisinin de psikiyatrik destek almasının faydalı olabileceği anlatıldı. Ancak süreç içinde psikiyatrik desteği devamlı reddetti. Buna rağmen hastamız ile ilişkilerinin daha iyi olduğu öğrenildi. . Bu dönemde bayılma ve regrese olma ile ilgili şikayetleri azaldı. Hemen her gün olduğu öğrenilen bu durumun haftada 1 defa olduğu öğrenildi. Fakat annesinin işten ayrılmasıyla birlikte şikayetleri tekrar arttı. 1 ay sonra hasta kendisini çok kötü hissettiğini içinde 4 ayrı kişinin konuştuğunu, kendisini kontrol edemediğini belirtti. Bu 4 alter kişilikten 3'ünün adlarının Hasan, Hayat ve X olduğunu, birinin ismini bilmediğini, X'in kendisine kötü şeyler yapmasını söylediği öğrenildi. Sık aralıklarla görüşülen hastanın bahsettiği alter kişilikler poliklinik ortamında gözlenemedi. Ancak evde bir akşam bıçak alarak kardeşinin üzerine yürüdüğü, annenin o anda Büşra'nın sanki başka biri gibi davrandığını farketttiği öğrenildi. Hasta, dissosiyatif bozukluklar ile ilgili bir merkeze yönlendirilmek istedi. Ancak annenin şu an maddi durumlarının başka bir şehirde tedavi için uygun olmadığını belirtmesi üzerine hastanemiz psikiyatri servisine hastanın yatışı planlandı. Serviste yattığı sürece bir kez çocuksu davranışları olan hastanın bu dönemi servis ekibi tarafından gözlendi. Hastaya servis yatışı sürecinde ağırlıklı olarak ilaç tedavisi uygulandı. Hasta yatış sürecinde şikayetlerinin azaldığını, kafasındaki seslerin kalmadığını belirtti. Bunun üzerine taburcu edildi ve poliklinikten takibine devam edildi. Bu süreçte hastanın bayılmaları azaldı fakat hala devam etmektedir. Amnezi, kafasında ses duyma, halüsinasyonlar gibi şikâyetleri kalmadı. Hastanın temel sorununun şu anda annesi ve dedesi arasındaki soğukluk olduğu öğrenildi. Hastalığı sürecinde hastanın dedesi ile arası düzeldi fakat anne ve dedenin arasındaki soğukluk devam etmektedir. Hasta bu süreçte "Sorunları düzelse semptomlarının düzeleceğini" ifade etmektedir. Bu aşamada hastada problem çözme becerilerinin artırılması yönünde destekleyici ve davranışsal psikoterapi programı halen uygulanmaktadır. Hastanın polikliniğimizde takibi sürmektedir.

TARTIŞMA - SONUÇ

Çocuklar fiziksel, cinsel ya da psikolojik saldırgan-

lığa karşı kendilerini koruyamayacak kadar güçsüzdürler. Bu travmalara maruz kalındığında otomatik ve primitif psikobiyojik bir savunma düzeni olarak dissosiasyon, yaşanan travmanın fiziksel ve ruhsal etkilerinin uzaklaştırılmasını sağlar. Böylece dissosiasyon fiziksel ve ruhsal acıya karşı bir işlev görür (Lewis ve Yeager 1994).

Bizim hastamız da ciddi bir stresör yaşamıştı. Babasının anneannesini öldürdüğü gerçeğini kabul etmekte zorlanıyordu. Ayrıca olay sonrası hastanın dedesi ile aynı evde yaşıyor olması ve dedenin bu olaydan dolayı yaşadığı sorunlar, anne ile çatışmalarının sürmesi hastada kronik bir stresör etkisi oluşturmaktaydı. Bu olay dışında yaşadığı kötü bir deneyim olup olmadığı konusunda hastamız ve annesi sorgulanmasına rağmen başka bir bilgiye ulaşamadı.

Dissosiyatif bozukluklara çocukluk ve ergenlik döneminde tanı koymak güçtür çünkü bu yaş grubuna ait birçok psikopatoloji ile benzer belirtileri vardır (Putnam 1996). Kronik depresyon (distimi, çifte depresyon), konversiyon bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu görünümü, intihar girişimi (özellikle yineleyici olanlar), kendi bedenine tekrarlayıcı biçimde zarar verme, psikoz, cinsel problemler, flaşbek halleri, migren, adolesan problemleri bu hastalarda başvuruda görülen sorunlardır. DKB hastalarının gösterdikleri belirtiler nörotik, sınırdaki, psikotik ve organik olmak üzere çok sayıda kategoriyi aklı getirir. Gerçek anlamda komorbidite olabileceği gibi DKB hastaları sadece görünüşte çok sayıda psikiyatrik bozukluğun ölçütlerini de doldurabilirler. Sık olarak birlikte görülen bozukluklar konversiyon bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, sınırdaki kişilik bozukluğu, depresyon ve madde kullanım bozukluğudur.

Klinik görünümün özelliklerine bağlı olarak şizofreni, depresyon, sınırdaki kişilik bozukluğu ve temporal lob epilepsisi ayırıcı tanıda gündeme gelebilir. Çocukluk dönemi dissosiyatif bozukluğunda şizofreniye benzer şekilde 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 dissosiyatif bozukluklar akla gelen ilk tanılardan biri olmalıdır (Zoroğlu ve ark. 2000). DKB'de işitsel varsanılar kafa içerisinde duyulur ve sorulduğunda görüşmeceye yanıt verdikleri hasta tarafından ifade edilir. Ayrıca şizofrenik bozukluğa özgü duygulanım küntleşmesi DKB'de görülmez, DKB nöroleptik ilaçlarla tedaviye iyi yanıt vermez. Yanlış tanı alarak uzun yıllar nöroleptik ilaçlar kullanmış DKB hastalarına rastlanır, bu hastalarda şizofreniden beklenen ağırlıkta kişilik yıkımı gözlenmez. Bizim hastamızda da ilk başvuru döneminde işitsel varsanılar ile bütünlük oluşturan görsel varsanılar mevcuttu. Tedavi süresinde bu varsanılar kayboldu ve hastanın varsanılarının gerçek olmadığına dair iç görüşü bu süreç boyunca mevcuttu.

Çoğu hasta çok sayıda depresif yakınma dile getirir. Ancak genellikle aynı görüşme içerisinde dahi bir alter kişiliğin öne çıkması ile depresif bulgular kaybolur. Ek olarak depresyon tanısı konulabilmesi için depresif belirtilerin alter kişiliklerin çoğunda görülmesi koşulu aranır. Bu koşul karşılanmadığında antidepresif ilaç tedavisi yararlı olmaz. Hastamız ilk değerlendirildiği dönemde ve süreç içerisinde birçok kez depresif yakınmalar dile getirdi. İntihar düşünceleri oldu. Diğer alter kişilikler tarafımızdan gözlenemediği için hastada ek olarak depresyon geliştiği düşünülerek süreç içinde almakta olduğu antidepresana devam edildi. Ayrıca görüşmelerin bir çoğunda depresif yakınmalar, dissosiyatif yakınmalardan ön plandaydı. Buna yönelik bilişsel davranışçı terapi uygulanması planlandı, hastanın terapiye uyumu oldukça düşüktü, kısmen uygulanabilen terapiden kısmen fayda sağlanabildi.

Dissosiyatif belirtilerin görülebileceği bir diğer hastalık temporal lob epilepsisidir. Ancak bu belirtiler bir DKB'nin tam klinik profilini karşılamaktan çok uzaktır. Bu nedenle ayırıcı tanıda bir güçlük karşılaşılmaz. Bir DKB hastasında epilepsi bulunduğu takdirde her iki tanıyı da birlikte koymak gerekir. Fiziksel/nörolojik ve ruhsal muayene, EEG bu hastalarda ayırıcı tanı ve eş tanı açısından yapılmalıdır.

Dalgınlıklar ve trans benzeri davranışlar, klinisyenin aklına absans tip epilepsiyi getirebilir (Bowman 2000). Bizim hastamızın da ilk başvuruda bayılma ve dalma tarif etmesi nedeniyle epilepsi

açısından tetkikleri yapılmıştı. Son olarak Video Elektro Ensefalografi çekilerek epilepsi tanısı ekarte edilmiştir.

DKB'nin etiyolojisinde yer alan travmatik yaşantıların izleri uyku bozukluğu, kabuslar, flaşbek yaşantıları biçiminde dağınık belirtilerle kendini gösterir. Hasta travmatik yaşantılarının bir bölümüne amnezik olabilir. Ancak bu yaşantılarının bilincinde olan ve açık olarak travma sonrası stres bozukluğu gösteren hastalara da sıklıkla rastlanır.

Bir çok DKB hastası DSM-IV sınırdaki kişilik bozukluğu ölçütlerini doldurur. Ancak bu durum DKB tanısına engel değildir. Bu kişilerin bir çoğunda sınırdaki kişilik bozukluğu görünümü dissosiyatif bozukluğun tedavisi ile kaybolur. Bu belirtiler DKB'de alter kişiliklerin yer değiştirmelerinden ya da aralarındaki etkileşimden kaynaklanır. Sınırdaki kişilik bozukluğu ölçütlerinin çok sayıda alter kişilik için ayrı ayrı geçerli olduğu görülmedikçe DKB hastası bir sınırdaki kişilik bozukluğu vakası olarak kabul ve tedavi edilmemelidir. Bizim olgumuzda sınırdaki kişilik bozukluğu belirtilerinden kimlik karmaşası, boşluk hissi ve alterlere bağlı olarak duygu durumunda değişiklikler mevcut olmasına rağmen tutarsız ilişkiler, kendine zarar verme, duyurumda değişkenlik, terk edilme korkusu gibi sınırdaki kişilik bozukluğuna ait diğer belirtilerin olmaması bu tanıdan bizi uzaklaştırmıştır.

Ev sahibi kişiliği sıkıştırmakta olan bir alter kişilik panik nöbetlerine neden olabilir, çocukluk çağı travmasını taşıyan bir alter kişiliğin kendisini kirli hissederek sürekli yıkanmak istemesi obsessif kompulsif bozukluk olarak görünebilir, hala eski zamanda yaşadığını sanan ve kendisini beş yaşında hissederek bir çocuk kişilik zaman zaman egemen olduğunda hastanın yönelimi bozulabilir, hep aç olan bir başka çocuk kişiliğin sürekli yemekle ilgilenmesi yeme bozukluğu görünümünü verebilir. Bütün bu durumların ortak özelliği alter kişilik etkinliğinden kaynaklanmaları ve ilgili sendromlara yönelik tedavilerle değil ancak DKB'ye özgü tedavi ile iyileştirilebilmeleridir. Bizim olgumuzda bu belirtiler bulunmamaktaydı.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ayrı bir tanının yapılması gereken bir diğer hastalıktır. Bu hastalarda görülen dalgalıklar dikkat eksikliği

yönünde yorumlanabilmektedir (Zoroğlu ve ark. 2000). Nitekim bizim hastamızda da önceki dış merkez başvurularında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu düşünülerek ilaç tedavisi önerilmişti.

Dissosiyatif kimlik bozukluğu tanı kriterleri;

A. İki ya da daha fazla birbirinden ayrı kimlik ya da kişilik durumunun varlığı (çevre ve kendisi konusunda her biri oldukça süregiden kendi algılarına, ilişki kurma ve düşünme biçimine sahiptir).

B. Bu kimlik ya da kişilik durumlarından en az ikisi zaman zaman tekrarlayarak kişinin davranışını denetim altında tutmaktadır.

C. Önemli kişisel bilgileri sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak biçimde anımsayamama

D. Bu bozukluk bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine (örneğin alkol entoksikasyonu sırasında görülen "black-out"lar) ya da genel bir tıbbi duruma (örneğin kompleks parsiyel epilepsi) bağlı olarak ortaya çıkmamaktadır. Not: Çocuklarda belirtiler hayali oyun arkadaşları ya da fanteziye dayalı oyunla açıklanamamaktadır (APA 1994).

DSM-IV tanı kriterlerine uygun yapılan klinik görüşmede hastanın alter kişiliklerden bahsetmesi, küçük bir çocuk gibi davranması ve bir kez elinde bıçakla başka biri gibi davranmasının olması, unutkanlıklarının olması nedeniyle DSM-IV tanı kriterlerini karşılayan hastaya dissosiyatif kimlik bozukluğu tanısı kondu. Hastaya ayrıca tanıyı desteklemek amacıyla dissosiasyon ölçeği (DIS-Q) uygulanmıştır.

Bu amaçla ülkemizde kullanılan Türkçe'ye çevrilmiş, geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış olan ölçeklerden Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) ve Dissosiasyon Ölçeği (DIS-Q) psikoform dissosiyatif belirtileri taramada ve derecelendirmede başarı ile kullanılan öz bildirim ölçekleridir. Somatoform Dissosiasyon Ölçeği (SDQ) ise bir "konversiyon" ölçeği olup dissosiyatif bozukluk hastalarını saptayabilmektedir. Tanı koydurucu araçlar olarak Dissosiyatif Bozukluklar İçin Görüşme Çizelgesi (DDIS) ve Dissosiyatif Bozukluklar İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi (SCID-D) kullanılmaktadır (Şar ve ark. 1997a, Şar ve ark. 1997b, Şar ve ark. 1998).

DKB'nin etkili tek tedavisi kişilik durumlarını tanıyıp kabullenene ve bunların ayrılmasına yol açan ruhsal süreçleri tersine çevirmeyi hedefleyen, yaşanan travma üzerinde çalışan bir psikoterapidir. DKB'nin psikoterapisi sırasında bir çok yöntem birlikte kullanılır. Dissosiyatif psikopatolojiyi etkileyen bir ilaç henüz bilinmemektedir. Anksiyolitikler ve sedatifler palyatif olarak kullanılabilir. Birlikte depresyon bulunduğu anti-depresanlardan yararlanır. Nöroleptiklerden yarar umulmadığı gibi durumu kötüleştirmediğine ilişkin gözlemler vardır. Antiepileptiklerin etkisi gösterilememiştir. Bizim merkezimizde dissosiyasyon ile ilgili bu terapiyi uygulayacak birinin bulunmaması nedeniyle hastamız başka bir merkeze yönlendirilmiş ancak maddi durumları nedeniyle götürme imkanları olmamıştır. Tarafımızdan uygulanan tedavi dissosiyatif belirtilere yönelik olmaksızın ziyade eşlik eden depresyona ve aile ilişkilerini düzeltmeye yönelik olmuştur.

Dissosiyatif bozuklukların sık görüldüğü düşünüldüğünde, dissosiyatif bozukluk psikoterapisi yönünde eğitimimizin olmaması en büyük eksikliğimiz olmuştur. Bu alanda çalışan herkesin dissosiyatif bozukluklara yönelik psikoterapi alanında eğitim almalarının sağlanmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Klinik örneklemde sık rastlanan bir durum olmasına rağmen çoğunlukla atlanan bir durum olduğu düşünülen dissosiyatif kimlik bozukluğuna dikkat çekmek amacıyla, travmasının ve hastalığın sürecinin ilgi çekici olmasından dolayı bu olgu ile çocukluk çağı dissosiyatif bozukluklarına vurgu yapılmak istenmiştir.

Yazışma adresi: Dr. Merve Çıkkılı Uytun, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri, mervecikili@yahoo.com

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Ed. IV. Washington DC, American Psychiatric Association.
- Boysen GA (2011) The Scientific Status of Childhood Dissociative Identity Disorder: A Review of Published Research. *Psychother Psychosom*, 80: 329-334.
- Bowman ES (2000) The differential diagnosis of epilepsy, pseudo-seizures, dissociative identity disorder, and dissociative disorder not otherwise specified. *Bull Menninger Clin*, 64: 164- 180.
- Chu. JA, Dill DL (1990) Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am J Psychiatry*, 147: 887-892.
- Gast U, Rodewald F, Nickel V ve ark. (2001) Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. *J Nerv Ment Dis*, 89:249-257.
- Goodyer I (1981) Hysterical conversion reactions in childhood. *J Child Psychol Psych*, 22:179-188.
- Kisiel CL, Lyons JS (2001) Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *Am J Psychiatry*, 158: 1034-1039.
- Kluft RP (1996) Outpatient Treatment of dissociative identity disorder and allied forms of Dissociative Disorders Not Otherwise Specified in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 5: 471-493.
- Lewis DO, Yeager CA (1994) Abuse, dissociative phenomena, and childhood multiple personality disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am*, 3: 729-743.
- Martínez-Taboas A, Canino G, Wang MQ ve ark. (2006) Prevalence and victimization correlates of pathological dissociation in a community sample of youths. *J Trauma Stress*, 19:439-448.
- Nilsson D, Svedin CG (2006) Evaluation of the Swedish Version of Dissociation Questionnaire (DIS-Q), Dis-Q-Sweden, among adolescents. *J Trauma Dissociation*, 7:65-89.
- Perry BD (2006) The neurosequential model of therapeutics: Applying principles of neuroscience to clinical work with traumatized and maltreated children. In N. Boyd Webb (Ed.), *Working with traumatized youth in child welfare* (sf 27-52). New York: Guilford Press
- Putnam FW (1996) Child development and dissociation. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 5: 285-302.
- Şar V, Kızıltan E, Kundakçı T ve ark. (1997a) Dissosiyasyon Ölçeği'nin (DIS-Q) geçerlik ve güvenilirliği. 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Kitabı, Antalya, s.43-53.
- Şar V, Kundakçı T, Kızıltan E ve ark. (1997b) Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği'nin (DES-II) geçerlik ve güvenilirliği. 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Kitabı, Antalya, s.55-64.
- Şar V, Kundakçı T, Kızıltan E ve ark. (1998) The reliability and validity of the Turkish version of the somatoform dissociation Questionnaire (SDQ-20). Paper submitted to the 15th Annual Conference of the International Society for the Study of Dissociation, Seattle.
- Şar V, Tutkun H, Alyanak B ve ark. (2000) Frequency of dissociative disorders among psychiatric outpatients in Turkey. *Compr Psychiatry*, 41:216-222.
- Şar V, Akyüz G, Kundakçı T ve ark. (2004) Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry*, 161:2271-2276.

Şar V, Önder C, Kilincaslan A ve ark. (2013) Dissociative Identity Disorder Among Adolescents: Prevalence in a University Psychiatric Outpatient Unit. *J Trauma Dissociation*, (just-accepted).

Zanarini MC, Yong L, Frankenburg FR ve ark. (2002) Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *J Nerv Ment Dis*, 190:381-387.

Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Öztürk M ve ark. (2000) Çocuk ve Ergenlerde Dissosiyatif Bozukluk: 36 olgunun gözden geçirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1:197-206.

Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Şar V ve ark (2003) Suicide attempt and self-mutilation among Turkish highschool students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatr Clin Neurosci*, 57:119-126.