

Ergen Bir Hastada Disosiyatif Füg: Bir Olgu Sunumu

Dissociative Fugue in an Adolescent: A Case Report

M. Kenan Duymaz¹, Işık Karakaya²

¹Dr., ²Doç.Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmit

ÖZET

Disosiyatif füg, ruhsal hastalıklar içinde az bilinen klinik görünümüyle ilgi çeken bir hastalıktır. DSM-IV'de disosiyatif füg, kişinin geçmişini unutup, kimlik konfüzyonu ya da yeni bir kimliğe bürünmenin eşlik ettiği, birden, beklenmedik bir biçimde evinden ya da alışageldiği işyerinden ayrılıp gitmesi olarak tanımlanmıştır. Füg genellikle kısa-saatler veya günler sürer. Daha az sıklıkta, füg, aylarca sürer ve binlerce kilometreyi içeren geniş seyahatleri kapsar. Çoğunlukla, iyileşme kendiliğinden ve hızlıdır. Bu yazıda; 15 yaşında bir kız ergenin, darp edilip eşyalarının çalınması ardından gelişen "Akut Stres Bozukluğu" nedeniyle tedavisi sırasında, oldukça uzak bir şehre yolculuk, okulda sınav kağıtlarına farklı isimler yazma ve gerçeğe dayanmayan öyküler anlatma ile seyreden bir Disosiyatif Bozukluk tablosu sunulmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Disosiyatif füg, travma, ergen.

SUMMARY

Dissociative fugue, which is one of the least known mental disorders, is an intriguing disorder with extraordinary clinical signs. Dissociative fugue is characterized by sudden, unexpected travel away from home or one's customary place of work, accompanied by an ability to recall one's past and confusion about personal identity or the assumption of a new identity according to DSM-IV. In this report, we aimed to present a 15-years old adolescent with dissociative disorder. She developed acute stress disorder after being assaulted and extorted her belongings. During treatment of acute stress disorder, she made a long-distance travel to another city, wrote different names to her exam papers in the school, and narrated imaginary stories.

Key Words: Dissociative fugue, trauma, adolescent.

(*Klinik Psikiyatri* 2014;17:129-133)

GİRİŞ

Çoğunlukla travma ile ilişkili olarak ortaya çıktığı düşünülen disosiyatif bozukluk, tamamına yakınının çocukluk döneminde başlamasına rağmen, tanı konulması geciken bir tablodur (Kluft 1996).

Disosiyasyon belirtileri için etyolojik etkenler gözden geçirildiğinde, çocukluk çağı ruhsal travmalarının yanı sıra bağlanma bozuklukları, kaygı bozuklukları ve madde kullanımı gibi diğer durumların da disosiyasyon belirtilerini ortaya çıkaran etkenler olabileceği bildirilmiştir. Çalışmacılar, aslında sözü edilen tüm bu etkenlerin birbiri ile etkileşim içinde olduğunu ve bu karmaşık ilişki sonucunda disosiyatif belirtilerin geliştiğini ileri sürmektedir. Erken bebeklik döneminde yaşanan travmatik deneyimlerin bağlanma sorunlarına yol açtığı, bu durumun da strese karşı nörobiyolojik bir yatkınlık yaratabileceği, aynı zamanda duygu regülasyonunda da sorunlara yol açabileceği söylenmektedir. Bu karmaşık etkilenim de disosiyasyonla sonuçlanmaktadır (Briere 2006) .

DSM-IV TR' de Disosiyatif Bozukluklar altında sınıflandırılan disosiyatif füg, kişinin geçmişini unutup, kimlik konfüzyonu ya da yeni bir kimliğe bürünmenin eşlik ettiği, birden, beklenmedik bir biçimde evinden ya da alışageldiği işyerinden ayrılıp gitmesi olarak tanımlanmıştır (APA 1994). Seyahat, saatler ya da günler süren kısa gezilerden, haftalar ya da aylar süren binlerce kilometrelik karmaşık, çoğu kez amaçsız dolaşmaya kadar değişebilmektedir. Genel toplumda disosiyatif füğün yaygınlık oranı %0,2 olarak bildirilmekle birlikte çoğu zaman Disosiyatif Kimlik Bozukluğu ve benzeri tabloların belirtisi olarak ortaya çıkması nedeniyle tek başına yaygınlık oranı oldukça düşük olarak saptanmaktadır. Genellikle 20-40'lı yaşlar arasında görüldüğü söylenmektedir. Öte yandan çocuklarda da kısa mesafeli yolculuklardan oluşan füg epizotlarının olabileceği bildirilmiştir (Zoroğlu 2008).

Bu yazıda; 15 yaşında bir kız olgunun, darp edilip eşyalarının çalınması ardından gelişen "Akut Stres Bozukluğu" nedeniyle tedavisi sırasında ortaya çıkan Disosiyatif Bozukluk (DB) tablosu sunulmuş ve DB'a zemin hazırladığı düşünülen diğer etkenler ile birlikte tartışılmaya çalışılmıştır.

OLGU

Z, 15 yaşında, lise 2. sınıf öğrencisi, kız hastadır. Kliniğimize okula gitmek istememe yakınması ile başvurmuştur.

Z'nin annesi 35 yaşında, ev hanımı, okuma yazma bilmiyordu. Babası 65 yaşında, lise mezunu, emekliydi. Annesi ilk evliliğini 15 yaşında yapmış. Bu evlilikten bir kızı olmuş ancak kocasının başka biriyle evli olduğunu öğrenmesi üzerine çocuğunu alamadan tekrar kendi ailesinin yanına dönmüş ve eşinin tehditleri nedeniyle bir daha çocuğunu görememiş. Anne 17, baba 50 yaşındayken ikinci evliliklerini yapmışlar. Z anne ve babasının ikinci evliliğinden olan tek çocukmuş. Z, babanın ilk evliliğinden olan 5 çocuğu ile beraber büyümüş. Anne, evliliklerinin ilk yıllarında eşinin kendisini aşırı kışkırttığını, bu yüzden sık sık tartıştıklarını ve zaman zaman kocasının kendisine şiddet uyguladığını, Z doğduktan sonra evlilik uyumlarının biraz daha iyi olduğunu belirtti. Anne Z'ye aşırı düşkünmüş, sürekli yanında bulunmasını ister ve onun her istediğini yaparmış. Abiler kendi arasında eskiden beri hiç anlaşamazmış ama Z'nin hepsiyle arası iyiymiş.

Alınan öyküde; Z'nin 1 hafta önce okula giderken başına vurularak darp edildiği, çantası, montu ve atkısının çalındığı öğrenildi. Bu olay sonrasında, Z olayın olduğu yerden geçerken ağlayacak gibi olduğunu, olayın sürekli aklına geldiğini ve okula gitmek istemediği belirtti. Yapılan bu ilk görüşmede "Akut Stres Bozukluğu" tanısı düşünülerek fluoksetin tedavisi başlandı. Z, 3 hafta sonraki kontrolünde fluoksetin tedavisinden sonra yakınmalarının azaldığını ve yeniden yalnız başına okula gidebildiği ancak bu sırada kimseyi açıklayamadığı bir olay yaşadığını söyledi. Z, okula gitmek için evden çıktığını, sonrasında kendini tanımadığı bir yerde, bir binanın duvarının dibine uzanmış halde bulunduğunu ve oradaki insanlara nerede olduğunu sorduğunda Batman'da olduğunu öğrendiğini, Kocaeli'den oraya nasıl gittiğini hatırlamadığını, bir süre sonra aklına Siirt'te yaşayan ablasının yanına gitmek geldiğini, otobüs şoförüne parasını kaybettiğini söylediğini ve Siirt'e kadar kendisini götürmesi için rica ettiğini, ablasının kendisini gördüğünde çok şaşırıldığını, anne ve babasının dün gecedan beri her yerde kendisini

aradıklarını söyleyip hemen annesine haber verdiğini belirtti.

Z, komşularının kendisiyle "kaçak" diye dalga geçtiğini ama kendisinin hiçbir şey hatırlamadığını, sadece okula gitmek için hazırlanıp evden dışarı çıktığını hatırladığını, daha önce Batman'a hiç gitmediğini, yalan söylemediğini ve insanların güvenini kaybetmenin kendisini üzdüğünü sonraki görüşmelerde sıkça dile getirmiştir.

Siirt'te yaşayan ablası ile telefon görüşmesi yapıldı. Olayla ilgili ablanın da benzer anlatımı vardı. Ablası, Z'nin üzerinde okul kıyafetleri olduğunu, sesinin titrediğini, sanki şuuru yerinde değilmiş gibi şaşkın bir halinin olduğunu, polise başvurduklarını, Z'nin defalarca Terörle Mücadele Ekipleri tarafından sorgulandığını, ancak kardeşinin nasıl ve hangi araçla geldiğini hatırlamadığını bildirdi. Bu olay sonrasında; Z'nin iki gün boyunca evden dışarı çıkmadığını, çok sinirli olduğunu, bağırarak konuştuğunu, kendisi gibi davranmadığını ama ikinci günün sonunda normale döndüğünü ve "Buraya ne zaman geldim, nasıl geldim?" gibi sorular sorduğunu ifade etti.

Anne-baba; hastamızı küçüklüğünden beri konuşkan, neşeli, arkadaş canlısı ve davranış sorunu olmayan bir çocuk olarak tanımlamıştır. Ancak son 1 yıldır varolan maddi ve ailevi sorunlar nedeniyle Z'nin çok etkilendiği, durgunlaştığı, duygusallaştığı ve çok kolay ağlamaya başladığı belirtildi. 1 yıl önce Z'nin çok sevdiği ağabeyinin, isteği dışında bir akrabasının kızıyla imam nikâhı ile evlendirildiği ve evlendikten 6 ay sonra abisinin evlilik dışı bir ilişkisi olduğunun ortaya çıkmasıyla da evde şiddetli tartışmaların yaşanmaya başlandığı belirtildi. Bu tartışmaların fiziksel şiddete dönüşmesiyle, babanın abiyi evlatlıktan reddettiği ve evden kovduğu aktarıldı. Tüm bu olaylar yaşanırken Z'nin tepkisiz kaldığı, odasına çekilip sessizce ağladığı, durgunlaştığı ve eski neşeli halinin kaybolduğu belirtildi. Anne ile yapılan görüşmede; bu olayların öncesinde Z'nin abisine aşırı düşkün olduğunu, abisini çok sevdiğini ve sürekli abisiyle zaman geçirmenin fırsatını kolladığını ancak yaşanan kavga sonrasında Z'nin abisinden nefret ettiğini belirtti. Ayrıca bu dönemde Z'ye çok ilgi gösteremediklerini, çünkü olanları umursamadığını düşündüklerini aktardı.

Yapılan psikometrik incelemelerde; sürekli anksiyetesinin yüksek olduğu, hafif düzeyde depresif belirtilerinin olduğu, benlik saygısının düşük olduğu saptandı. Verilen öğretmen bilgi formlarında ise; Z'nin zeki bir öğrenci olduğu ve her yıl başarı belgesi aldığı, ancak son birkaç aydır derslere karşı ilgisiz olduğu, notlarını sıfıra kadar düşürdüğü, akademik başarısında tutarsızlıklar olduğu, bir ders öncesinde hiçbir şey bilmediğini söylerken diğer ders tüm soruları çözebildiği, daha önce hiç yalan söylemezken çok rahat ve soğukkanlı bir şekilde tüm öğretmenlerine yalanlar söylediği, sınav kâğıtlarına başka sınıf arkadaşlarının ya da hiç tanımadığı kişilerin adlarını yazdığı, sınav kâğıdını boş vermesine rağmen ısrarla tüm soruları cevapladığını ve 100 puan beklediğini iddia ettiği, bunu neden yaptığı sorulduğunda ise sanki o yapmamış gibi davrandığı ve yeni yalanlar söyleyerek olayları kapatmaya çalıştığı, daha sonra ise hiçbir şey olmamış gibi yüzünde hafif bir tebessüm ile dersi dinlemeye devam ettiği belirtilmiştir.

Z'ye uygulanan Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği'nde; Sözel Zekâ Puanı 76, Performans Zekâ Puanı 73, Toplam Zekâ Puanı 72 olarak değerlendirildi. Ancak testör tarafından Z'nin teste başlarken çok rahat olduğu ve bu rahatlığın test boyunca da sürdüğü, zeka puanları sınır zekâyı işaret etse de alt testlerden aldığı puanların kapasitesinin normal düzeyde olduğunu düşündüğü belirtildi.

Hastanın özgeçmişinde olayla ilişkili olabilecek herhangi bir tıbbi durum, alkol ve madde kullanımı tarif edilmedi. Olay sonrası yapılan jinekolojik, nörolojik, laboratuvar ve radyolojik değerlendirmelerde (MRI ve EEG) herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Soygeçmişinde bir özellik yoktu.

Ruhsal Durum Muayenesi

Z, yaşından büyük gösteren, özbakımı yeterli, giymi sosyoekonomik düzeyine uygun kız ergendi; göz teması kuruyordu; iletişim kurmaya istekliydi, ancak yaşadığı olay hakkında konuşmakta isteksizdi; duygudurumu depresif ve duygulanımı anksiyeteliydi; düşünce süreci yavaşlamıştı; düşünce içeriğinde ise yaşadığı olaylar ve bu olaylar karşısında kimsenin kendisine inanmamasından kaynaklanan öfke temaları ağırlıktaydı; düşünce ve

algı bozukluğu saptanamadı; dikkati ve konsantrasyonu azalmıştı; bilinci açık, yer ve kişi yönelimi tamdı, ancak zamana yönelimi bozulmuştu; zekâsı klinik olarak normal izlenimi vermekteydi.

"Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli Türkçe Uyarlaması" görüşmesi sonucunda; geçirilmiş Akut Stres Bozukluğu, eşik altı TSSB ve Major Depresyon tanıları kondu.

Hastanın takip sürecinde, aileye hastalık süreci hakkında ayrıntılı bilgi verildi. Anne yaşanan olaylar sonrasında Z'nin tek başına dışarı çıkmasına izin vermiyordu, Z'nin sürekli gözünün önünde bulunmasını istiyor ve ona bir şey olacağından endişeleniyordu. Anne ile yapılan görüşmelerde uygun ve uygun olmayan davranışlar üzerinde çalışıldı. Anneye yoğun kaygıları nedeniyle psikiyatri desteği önerildi. Z ile yapılan görüşmelerde, Z'nin yaşadığı travmatik olay ve sonrasında yaşananlar ayrıntılı olarak ele alındı. Yoğun anksiyete ve depresif belirtileri nedeniyle fluoksetin 20mg/gün başlandı. Takip eden görüşmelerde Z'nin çok sevdiği abisi ile ebeveynleri arasında şiddetli tartışmalar yaşandığı, bu kavga sonrasında Z'nin taraf tutmak zorunda kaldığı, babasının abisini evlatlıktan reddetmesiyle abisi ile iletişiminin tamamen kesildiği anlaşıldı. Z ile bu konu üzerinde çalışıldı ve destekleyici görüşmeler yapıldı. Abisi ile tekrar görüşmeye başladı. 8 aylık takipten sonra fluoksetin tedavisi sonlandırıldı ve sonraki görüşmelerde de hastanın iyilik hali devam etti. Düzenli poliklinik takipleri önerilmesine rağmen, annenin Z'nin yakınmalarının tamamen geçtiğini ve randevulara gelemeceklerini belirtmesi üzerine hasta takipten çıkarıldı.

TARTIŞMA

Bu olguda; yaşanan maddi ve aile içi sorunların tetiklediği, okul başarısının düşmesi, sınav kâğıtlarına farklı isimler yazma ile başlayan disosiyatif tablo, darp edilme sonrası gelişen Akut Stres Bozukluğu ile ortaya çıkan disosiyatif füğ ile belirgin bir hale gelmiştir.

Disosiyasyon travmaya karşı kendini savunma olarak ortaya çıkmaktadır. Disosiyatif savunmalar, kazazedelere yardımcı olan iki işlevi yerine getirir;

travmadan kaçınmalarını sağlarken, aynı zamanda, yaşamın geri kalan bölümünde travmanın yer edinmesindeki zorunlu işleyişi de geciktirirler (Kaplan&Sadock 2004). Birçok stres ve kişilik etkenleri disosiyatif füğ gelişmesine kişide yatkınlık sağlar. Psikososyal etkenler olarak; evlilik, maddi zorluklar, iş durumu ve savaşla ilgili zorluklar sayılabilir. Diğer eşlik eden yatkınlıktırıcı özellikler; depresyon, organik bozukluklar ve madde kötüye kullanım öyküsüdür. Kafa travması öyküsünün de kişiyi disosiyatif füğe yatkınlıktırıcı ifade edilmektedir (Kaplan&Sadock 2004). Bizim olgumuzda da disosiyatif füğ epizodu öncesinde kafa travmasının olması, yaklaşık 1 yıl önce başlayan ve giderek artan depresif belirtilerin mevcudiyeti literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Olgumuzun yaşadığı travmatik deneyimler son 1 yıl içinde olmuş gibi aktarılmasına rağmen, annenin evliliklerinin başından beri varolan sorunlarının hastanın erken çocukluk döneminden itibaren örselenmesine yol açmış olabileceğini düşündürmüştür. Annenin ilk evliliğinden bir kız çocuğunun olması, ayrıldığı eşi tarafından bu çocuğun alıkonulması ve bebeğini bir daha görememesi o dönemde annede ciddi ruhsal sorunlara yol açmış olabileceğini düşündürmüştür. Ayrıca bu olayın üzerinden 1 yıl geçmeden annenin kendisinden 30 yaş büyük biriyle ikinci evliliğini yapması ve kısa bir zaman sonra da Z'ye hamile kalması; anne-bebek ilişkisinde bağlanma sorunlarına ya da annenin bebeğini ihmal etmesine yol açmış olabileceğini de akla getirmiştir. Çoğu kez ekonomik sorunlar, fiziksel ya da ruhsal travma, savaş, işkence, tecavüz, duygusal ve fiziksel kötüye kullanım gibi olaylar tarafından tetiklendiği bilinmektedir. Ülkemizde yapılan 35 vakalık bir Disosiyatif Kimlik Bozukluğu olgu serisinde çocukluk çağında cinsel istismar oranı %57.1 (bir bölümü ensest özelliğinde olmak üzere), fiziksel istismar %62.9, duygusal istismar %57.1 ve ihmal % 62.9 olarak bulunmuştur (Şar ve ark. 1996). Bizim olgumuzda da aile içi sorunlar nedeniyle erken çocukluk döneminden itibaren duygusal olarak örselenme ve ihmalin olabileceğine dair güçlü kanıtlar bulunduğu düşünülmüştür.

Disosiyatif bozuklukların tamamına yakını çocukluk döneminde başlamasına rağmen, klinisyenlerce olguların ancak %3'ü 12 yaş altında, %8'i ise 12-18

yaş arasında fark edilmekte ve tanı almaktadır (Kluft 1996).

Disosiyatif füg etyolojisindeki temel özelliğin, yüksek duygusal gerilim ya da bireyin sosyal ve meslek yaşamındaki çatışmalardan kaynaklanan travmalar olduğu söylenmektedir (Butler ve ark. 1996). Bizim olgumuzun da; aile içindeki şiddetli tartışmalara tanık olması, çok sevdiği abisi ile anne-babası arasında taraf tutmak zorunda bırakılması, abisi ile annesinin birbirine olan fiziksel şiddetine tanık olması ve bu süreçte yoğun çaresizlik duygusu ile odasına çekilip sessizce ağlaması hastamızın yüksel duygusal bir gerilim içinde bulunduğunu düşündürmüştür.

Çoğu füg tablosu erişkinlerde tanımlanmış ve en yaygın olarak tek epizot bildirilmiştir. İyileşme hemen her zaman hızlıdır ama bazı olgularda dirençli bir amnezi sürebilmektedir (APA 1994). Bir füg epizodu sırasında, bireylerde psikopatoloji fark edilemeyebilir. Bir kez birey füg öncesi durumuna dönünce, füg sırasında olan olayları anımsamamaktadır (APA 1994). Hastamızın da ilk başvurusundaki disosiyatif belirtiler gözden kaçmış, ancak yaşadığı ilden 1300 km uzağa gitmesi ile seyreden füg tablosu ile hekime başvurusunda bir disosiyatif bozukluk olduğu anlaşılabilmiş, geriye dönük olarak sorgulandığında da kısa füg epizot-

larının olduğu dikkati çekmiştir. Erken çocukluk döneminden itibaren içinde bulunduğu ailedeki duygusal istismar ve ihmal ortamı gencin yatkinliğini artırmış, ailenin yaşadığı olayların genç tarafından travmatik bir deneyim olarak algılandığı saptanmış ve darp edilmesiyle travmatik stres belirtileri alevlenmiştir. Aynı zamanda gencin bu dönemde ailenin destek ve denetiminden yoksun kalması ve ikincil bir travmatik deneyim yaşaması tablonun daha da ağırlaşmasının diğer nedenleri gibi görünmektedir. Tedavi sürecinde; hem aile hem de gençle çalışılmış, ortaya çıkarıcı etkenler üzerinde durulmuş ve terapötik görüşmeler sürdürülmüştür.

Oldukça farklı bir klinikle kendini gösteren bu olgu bağlamında, gencin yaşadığı travmatik deneyim DB için ortaya çıkarıcı etken gibi görünse de, böyle olgularda erken çocukluk döneminden itibaren aile ortamı, bakım ve bağlanma özellikleri gibi diğer etyolojik faktörlerin de ayrıntılı olarak sorgulanmasının ve tedavi sürecinde ele alınmasının prognoz açısından önemi vurgulanmak istenmiştir.

Yazışma adresi: Dr. Işık Karakaya, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmit, karakaya73@yahoo.com

KAYNAKLAR

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fourth ed., text rev.). Washington, DC: APP, 2000.

Briere J (2006) Dissociative symptoms and trauma exposure. Specificity, affect dysregulation, and posttraumatic stres. J Nervous Mental Disease, 194(2): 78-82.

Butler LD, Duran RE, Jasiukaitis P ve ark(1996) Hypnotizability and traumatic experience: A diathesis-stress model of dissociative symptomatology. Am J Psychiatry, 153:42-63.

Kluft RP (1996) Outpatient treatment of dissociative identity disorder and allied form of Dissociative Disorders Not Otherwise Specified in children and adolescents. Child Adolesc

Psychiatr Clin N Am, 5:2: 471-493.

Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry (Clinical Psychiatry). Abay E (Translated by), İstanbul: Nobel Matbaacılık, 2004.

Şar V, Yargic LI, Tutkun H (1996) Structured interview data on 35 cases of dissociative identity disorder in Turkey. Am J Psychiatry, 153: 1329-1333.

Zoroğlu S (2008) Disosiyatif Bozukluklar. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı içinde, Çuhadaroğlu Çetin ve ark (eds), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s: 438-461.