

# Adölesan Yaşta 17 Disosiyatif Kimlik Bozukluğu (çoğul kişilik) Olgusunun Sosyodemografik, Klinik Özellikleri ve Travmatik Yaşantı Öyküleri

Salih ZOROĞLU, İlhan YARGIÇ, Hamdi TUTKUN, Ümran TÜZÜN, Vedat ŞAR

## ÖZET

*Adölesan yaş grubunda 3'ü erkek, 14'ü kız, 17 Disosiyatif Kimlik Bozukluğu (DKB) olgusunun yaş ortalaması 15.6 (ss:2.9) idi. 16 hastada çocukluk çağına ilişkin ruhsal travma tanımlanmıştır. 12'sinde emosyonel taciz, 11'inde ihmal edilme, 10'unda fiziksel, 10'unda cinsel taciz ve 5'inde de başka travmatik yaşantılar vardı. Hastaların tümünde gözlenen üç semptom dalgınlıklar, Scheneider belirtileri ve anamneziydi. Alter kişiliklerin ortalama sayısı 4.8 idi. 9 hastanın en az bir kez intihar girişimi, 9 hastanın kendisine fiziksel zarar verici davranışları ve 4 hastanın da 1 ayı aşan psikiyatrik yatışı olmuştu.*

*Anahtar kelimeler: Disosiyatif kimlik bozukluğu, adölesan, travma*

*Düşünen Adam; 1996, 9 (2): 9-15*

## SUMMARY

*17 patients (3 males and 14 females) diagnosed as dissociative identity disorder were follow-up and..... They have a mean age of 15.6. 16 of the patients reported childhood psychological trauma. Traumas were emotional abuse in 12, neglect in 11, physical abuse and sexually abuse in 10, and other types in 5 of the patients. Most common symptoms of the patients were trance like states, amnesias and Schneider first rank symptoms. 9 patients had been at least once suicidal behavior and 9 patients have self mutilation behavior. Mean number of alter personalities was 4.8. 4 patients had been hospitalized in psychiatric clinic at least for a month.*

*Key words: Dissociative identity disorder, adolescent, trauma*

## GİRİŞ

Geleneksel olarak histeri kavramı içerisinde yer alan disosiyatif kimlik bozukluğu (eski ve daha iyi bilinen adıyla çoğul kişilik bozukluğu) normal olandan patolojik uca doğru bir kesintisiz süreklilik oluşturan disosiyatif durumlar yelpazesinin en ağır kutbunda yer alan kronik, polisemptomatik bir ruhsal bozukluktur (1,2).

Son yıllarda klinik ampirik çalışmalar sonucunda etiolojisinde cinsel taciz başta olmak üzere çocukluk çağı travmatik yaşantılarının önem taşıdığı anlaşılan disosiyatif kimlik bozukluğu (DKB) bu yönüyle neredeyse bir kronik travma sonrası stres bozukluğu niteliğini de taşımaktadır (3). Çoğul kişilik bozukluğu hakkında az şey bilinir ve oldukça nadir olduğu sanılırken, ilk kez DSM-III de kriterlerinin yeralmasından sonra vaka bildirimleri ve ilk vaka se-

\* İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı

rileri yayınlanmıştır. ÇKB ve diğer kronik disosiyatif bozuklukların tanısının konulmasında çeşitli standartlaştırılmış görüşme çizelgeleri (4), öz bildirim ölçekleri (5), geliştirilmiş ve oldukça geçerli ve güvenilir bulunmuştur.

Artık DKB daha iyi tanınmakta ve sanılandan daha sık görüldüğü anlaşılmaktadır (6). DSM-IV'de hastalığın çocukluk çağına başladığı açıkça belirtilmiş olmasına ve yetişkinlerde yapılan çalışmaların da DKB'nin çocukluk çağına başlayıp devam eden bir bozukluk olduğunu göstermiş olmasına rağmen çocukluk ve adölesan DKB'siyle ilgili çok az sayıda vaka bildirim ve seri yayını vardır. Şimdiye kadar Klüft 16, Dell ve Eisenhower 11 vakadan oluşan adölesan MPD (DKB) serileri yayınlamışlardır (7,8). Ülkemizde ilk adölesan vaka 1994 yılında sunulmuştur (9), bu aynı zamanda ulaşılabilen literatür içindeki ilk DKB vakasıdır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma yazarlar tarafından tanısı konulan 17 adölesan yaştaki DKB vakası üzerinde yapılmıştır. Hastalarımızın büyük bir kısmı İstanbul Tıp Fakültesi'nin Psikiyatri ve Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı polikliniklerine çeşitli şekillerde başvurmuşlardır. Bir kısmı da diğer kliniklerden tetkik amacıyla gönderilmiştir. Araştırma süresince adölesan yaş (12-18) grubundan herhangi bir disosiyatif bozukluk tanısı alan hastalar takibe alınmış ve bunlardan 17 tanesine DKB tanısı konulmuştur. Bunların dışında hasta ve yakınlarının DKB'ye özgü bazı önemli belirtileri anlatıtları, fakat gerek hastanın devam etmemesi, gerek kişilik değişimlerinin ve kontrolü ele alan en az iki kişiliğin yazarlar tarafından görülmeyişi nedeniyle "başka yerde sınıflandırılmayan disosiyatif bozukluk" (BTADB) tanısıyla çalışma kapsamı dahil edilmeyen vakalar da olmuştur.

Tüm hastalardan aşağıdaki bilgiler toplandı: Psikiyatrik ve tıbbi öykü, ruhsal durum muayenesi, sistematik ve nörolojik muayene, EEG, Rorschach projektif testi, zeka testi ve nöropsikiyatrik testler. Bütün hastaların yakınlarından da hasta ve psikiyatrik öykü ile ilgili bilgi alındı. Demografik özellikler, psikiyatrik ve tıbbi yakınmalar, psikolojik travma, daha önceki tanılar ve ailede psikiyatrik öykü hakkında detaylı bilgi toplama imkanı veren ve

yazarlar tarafından oluşturulan "bilgi alma formu" çerçevesinde hastalarımız değerlendirildi. Hastaların biri dışında tümüne, kronik kompleks disosiyatif bozukluk tanısı konulduktan sonra disosiyatif yaşantılar ölçeği verildi (4). Bu ölçeğin Türkçe uyarlamasının yetişkinlerin çoğunlukta olduğu hasta ve normal popülasyonda yüksek derecede geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir (10).

Hastaların aileleri, Fagan&McMahon'in önerdikleri (11) ve ebeveynin hastaya karşı olan tutumunu "1. narsistik, reddedici, 2. kötüye kullanan, travmaya uğratan, 3. destekleyici" olarak gruplandırılan bir klasifikasyon çerçevesinde değerlendirildi. Buna göre destekleyici aile tipinde kişilik bozukluğu özellikleri göstermeyen ya da minimal bozukluk gösteren anne ve baba modelleri vardır, adölesana karşı empatik (eşduyuma açık), ilişkiye açık ve destekleyicidirler.

Tedavinin devamında hastaya ve hekime yardımcıdırlar. Narsistik yapıdaki anne ve baba; adölesana karşı empati yoksunu, emosyonel ve bazen de fiziksel kötüye kullanımda bulunabilen ve kendi aralarındaki ilişkilerin de bozuk olduğu bireylerdir. Kolaylıkla reddedici olabilir ve tedavinin sonlanmasına yönelik davranışlar gösterebilirler. Kötüye kullanımda bulunan ailede ebeveyn, yoğun agresyon taşıyan, soğuk ve sadistik özellikler gösteren kişilerdir. Adölesana karşı emosyonel kötüye kullanım ciddi ve uzun sürelidir. Aynı zamanda erken çocukluktan başlayan fiziksel kötüye kullanım vardır ve keza cinsel kötüye kullanım da sık olarak bulunur. Hem ebeveyn, hem de adolesanda belirgin kişilik bozukluğu özellikleri vardır, tedaviye direnç gösterirler ve çoğu zaman taciz devam etmektedir.

## BULGULAR

### Hastaların demografik özellikleri

Hastaların 14'ü (% 82) kız ve 3'ü (% 18) erkekti. En genç hastamız 14 ve en yaşlı olan hastamız 18 yaş 1 aylıktı. Yaş ortalamaları 15.6 (ss. 2.9) idi. 7 hasta öğrenci, 5 hasta çalışıyor ve 5 hastanın şu anda belli bir işi yoktu. Ortalama 7.24 yıl eğitim görmüşlerdi. Hastalık yüzünden 6 hasta işini ve 6 hasta da okulu herhangi bir seviyeden bırakmak zorunda kalmıştı. Ortalama kardeş sayıları 3.12 idi (en az 1, en fazla 9). Hastalarımızdan 13'ü (% 76) yaşayan en

büyük çocuktı. Hastalarımızdan 4'ünün de (% 24) anne babası boşanmıştı.

### Hastalığın başlangıç yaşı

Hastalığın başlangıcı hakkında her vakada kesin bir zaman tespit edilemese de, çoğunda ilk disosiyatif belirtilerin 10 yaşın altında başladığı anlaşıldı. Bazı hastalar çocukluk dönemlerine ait belirgin anamnezleri nedeniyle yeterli bilgi veremediler. Çocukluk çağında disosiyatif belirtilerin kesin olarak varlığı 9 hastada (% 53) tesbit edildi.

### İlk başvuru şekli ve daha önceki tanı ve tedaviler

9 hasta çocuk ve yetişkin psikiyatri polikliniklerine, 8 hasta ise çeşitli konversif-disosiyatif tablolar ile acil psikiyatri polikliniğine başvurmuştu. 14 (% 82) hastanın bir ya da daha çok acil psikiyatrik başvurusu oldu. 4 hasta, bir ya da daha çok kez ortaya çıkan "kriz dönemleri" nedeniyle, 1 ayı aşan sürelerde psikiyatri servisine yatırıldı. 7 hasta (% 41), DKB tanısı almadan önce çeşitli psikiyatrik ve nörolojik tanılar almışlar ve ilaç tedavisi görmüşlerdir.

### Psikiyatrik belirtiler

En az üç görüşme sonucunda saptanan belirtiler Tablo 1'de sunulmuştur. En yaygın semptomlar kafa içinden duyulan sesler, Schneider belirtileri ve anamnezi idi. 17 hastada da (% 100) bu üç belirti saptandı. Depersonalizasyon ve çeşitli davranış bozuklukları 14 hastada (% 82), başağrısı 13 hastada (% 76), saldırgan davranışlar 11 hastada (% 65) tespit edildi. Konservatif belirtiler 10 hastada (% 59), kronik kendine zarar verme davranışları ve intihar girişimi 9 hastada (% 53) saptandı. Bu 9 hastanın hepsinde de kol ve bileklerini kesme şeklinde kendine fiziksel zarar verme davranışı vardı ve buna bağlı olarak kesilen bölgelerde skatrisler oluşmuştu. Görsel halüsinasyonlar 9 hastada (% 53) vardı. Başvuru sırasında 7 hasta (% 41) travma sonrası stres bozukluğu tanısını alıyordu. 6 hastada (% 35) çeşitli uyku bozuklukları saptandı. 5 hastada (% 29) başvuru sırasında depresif belirtiler saptanmasına rağmen, bunların belirli kişiliklere sınırlı olması ve diğer bir kişiliğe geçtiğinde ortadan kalkması nedeniyle hiçbirinde affektif bozukluk düşünülmedi (Tablo 1).

Tablo 1. Klinik belirtiler

Semptom	n	%
Ses	17	100
Anamnez	17	100
Schneider belirtileri	17	100
Davranış problemi	14	82
Depersonalizasyon	14	82
Baş ağrısı	13	76
Saldırgan davranışlar	11	65
Konversif belirtiler	10	59
Suisid girişimleri	9	53
Self mutilasyon	9	53
Görsel halüsinasyon	9	53
PTSD belirtileri	7	41
Gece korkuları	6	35
Depresif belirtiler	5	29
Madde kullanımı	2	12
Yeme bozukluğu	2	12

Disosiyatif yaşantılar ölçeği skorları: Hastalarımızın DES ortalama puanı 49.75 idi (en az 26.8, en fazla 81).

### Travma öyküsü

16 hasta (% 94) herhangi bir türden olmak üzere, en az bir travmatik yaşantı bildirdi. Bütün hastalar gözönüne alındığında, kişi başına ortalama 3.76 adet travmatik yaşantı düşüyordu. Fiziksel taciz, cinsel taciz, emosyonel taciz, ihmal ve ensestten oluşan 5 majör travma grubu gözönüne alındığında, bu 5 travma türünden kişi başına ortalama 2.82 tür travma düşmekte idi. Kısa süreli izlenen bir vakada (% 6) travma tespit edilemedi. Travma türleri ve sıklığı Tablo 2'de görülmektedir. En sık belirtilen istismar türünün emosyonel taciz olduğu, (12 kişi, % 71) bunu fiziksel ve cinsel tacizin izlediği (10 kişi, % 59) ve 11 kişinin de (% 65) uzun süreli ihmal yaşantısı bildirdiği görülmektedir. Ensest 9 hasta (% 53) tarafından bildirilmiş ve bu hastaların en sık olarak baba ensestine maruz kaldıkları anlaşılmıştır (Tablo 2).

### Aile özellikleri ve ailede psikiyatrik öykü

7 hastanın ailesinde alkol kötüye kullanımı olan en az bir kişi ve 6 hastanın ailesinde de patolojik kumar alışkanlığı olan en az biri kişi vardı. Hiçbir hastanın yakını psikoz ya da affektif bozukluk tanısı almamıştı ve psikiyatrik hastane yatışı yoktu. Yukarıda bahsedildiği gibi anne ve babanın hastaya karşı olan tutumlarını narsistik, istismar eden (abusive) ve des-

Tablo 2. 17 hastanın travmatik yaşantıları

	n	%
Fiziksel taciz	10	59
Cinsel taciz (ensest dahil)	10	59
Ensest	9	53
Emosyonel taciz	12	71
İhmal	11	65
Şiddet şahitliği	5	29
Aşırı fakirlik	2	12
Ölüyle yakın fiziksel temas	1	6
Kronik hastalık	2	12
Travma saptanmayan	1	6
-----		-----
Kişi başına düşen ortalama travmatik yaşantı		3.76
Kişi başına düşen ortalama travma türü		2.82

Tablo 3. Ebeveynin hastaya karşı olan tutumları

	n	%
Narsistik, reddedici	9	5
İstismar eden	3	7
Destekleyici	5	5

tekleyici tipte olmak üzere 3 kategoriye ayıran klasifikasyonda 3 hastanın annesi saldırgan-istismar eden, 9 hastanın annesi narsistik-reddedici ve 5 hastanın annesi de destekleyici bir model oluşturuyordu. Aynı klasifikasyonla 7 hastanın babası saldırgan-istismar, 5 hastaninkisi narsistik-reddedici ve 5 hastanın babası da destekleyici bir tavırda oldukları görüldü (Tablo 3).

### Alter kişilikler

Hastaların kişilik sayılarının ortalaması 4.8 bulundu. Kişiliklerin özellikleri Tablo 4'de gösterilmiştir.

### Tıbbi durum ve EEG

Hastalarımızın 1'inde kronik böbrek yetersizliği ve işitme yetisinde azalma vardı. Bunun dışında önemli bir tıbbi hastalığı olan hastamız olmadı. Bütün hastaların EEG'leri vardı ve normal sınırlarda değerlendirilmişti. Hiçbir hastamız epilepsi tanısı almamış ve anti epileptik ilaç kullanmamıştı.

### Tedavi ve prognoz

Bir hasta bir hekim tarafından ortalama 20.4 kez görüldü. Bu 3 hekimin kendi hastalarını izlemeleri ile

Tablo 4. Alter kişiliklerin özellikleri

Özellikler	n	%
Farklı isimde kişilik	9	53
Çocuk yaşta kişilik	8	47
İntihar eğilimli kişilik	8	47
Yardımcı koruyucu kişilik	6	35
Persekütör kişilik	11	65
Karşı cinsten kişilik	10	59
Seksüalize kişilik	4	24
Travmaya bağlı kişilik	5	29
Cin, şeytan vb. kişilik	3	18

Tablo 5. Klinik belirtiler açısından iki serinin karşılaştırılması

	(Dell&Eisenhower) USA olgular (%)	Türk olgular (%)
Dalgınlıklar ve trans halleri	91	100
Kişilikte belirgin değişiklik	82	82
Ses duyma	82	100
Anamnez	82	100
Schneider belirtileri	82	100
Depresif belirtiler	82	29
Davranış problemleri	73	82
Depersonalizasyon	73	82
İntihar girişimleri	64	53
PTSD belirtileri	64	41
Gece korkuları	64	35
Baş ağrısı	55	76
Saldırgan davranışlar	55	65
Birden fazla isim kullanma	55	53
Konversiyon belirtileri	45	59
Erken cinsel aktivite	45	41
Görsel varsanı	45	53
Madde kullanımı	36	12
Self-mutilasyon	27	59
Yeme bozukluğu	18	12

sağlandı. Hastaların % 53'ü ilk iki ay içerisinde % 17'si 2 ile 6 ay arasında tedaviyi bıraktı. Hastaların ancak % 24'ü bir yılı aşkın bir süre tedaviye devam etti.

### TARTIŞMA

Bu çalışma adölesan yaş grubunda disosiyatif kimlik bozukluğu konusunda ülkemizdeki ilk vaka serisi bildirimidir. Kuzey Amerika'da yayınlanmış, sırasıyla 100, 50 ve 236 yetişkin hastaya ilişkin verileri yansıtan üç vaka serisi bulunmaktadır (12,13,14). Fakat adölesan yaş grubunda 16 ve 11 hastadan oluşan sadece iki vaka serisi vardır (7,8).

Bizim vaka serimizdeki kız/erkek oranı 4.6/1 olarak belirlenmiştir, bu oran yetişkinlere ait serilerde bulunanlara göre erkekler lehine anlamlı derecede yük-

sektir. 1989 yılı sonuna kadar dünyada bildirilen sadece 12 çocuk vaka için kız/erkek oranı 2/3'dür (15). Bildirilen adölesan vakalar için bu oran 4/1'dir. Oysa yetişkinlerde bu oran 9/1 olarak belirmektedir. Dell ve Eisenhower'in 11 kişilik adölesan vaka serisinde de oran 7/4'dür (8). Görüldüğü gibi yaşın artmasıyla birlikte bildirilen erkek vaka sayısında bir azalma olmaktadır.

Klinik görünüm incelendiğinde bizim çalışmamızdaki adölesanların belirtileri, Amerika'da Dell ve Eisenhower'in adölesan vaka serisinde bildirdiklerine önemli oranda benzemektedir. Bizim vakalarımızda en sık belirtiler kafanın içinden duyulan sesler ve anamnezidir. Bu iki belirti bütün hastalarımızda vardı. Dell ve Eisenhower'in serisinde de anamnezi ve ses (% 82) en sık semptomlardır. Aynı zamanda bu iki semptom şimdiye kadar bildirilen yetişkin, adölesan ve çocuk vakalardaki en yaygın semptomları oluşturur (16).

Bizim serimizde Schneider'in belirtiler de hastalarımızın tümünde (% 100) bulunuyordu. Davranış problemleri ve depersonalizasyon (% 82) sıklık açısından ikinci sırada yerliyordu. Dell ve Eisenhower'in serisinde de benzer sıralama görülmektedir, fakat depersonalizasyon ve Schneideran semptomların sıklığı belirtilmemiştir. Aynı zamanda bu sıralama yetişkin vaka serilerindeki semptom sıklığına da uyumaktadır.

Depresif belirtiler bizim serimizde % 29, Dell ve Eisenhower'in serisinde % 82'dir. Yetişkin hasta popülasyonunda, gerek Türkiye'de ve gerek Amerika'daki serilerde depresyon çok sık olarak bulunmaktadır. Bizim hastalarımızda da depresif belirtiler bulunuyordu. Fakat birçok hastada depresif belirtilerin bulunduğu dönem kısaydı ve bazen depresyon çok kısa süreler için kontrolü ele alan bir altere ait oluyordu. Bu nedenle de değerlendirme güçleşiyordu. Buna karşın self mutilasyon ve suisid girişimleri bizim hastalarımızda oldukça sıkı (% 53).

Dell ve Eisenhower'in serisinde suisid ve self mutilasyon oranı daha düşüktü (% 27). Saldırgan davranışlar bizim serimizde vakaların % 65'inde, Dell ve Eisenhower'in serisinde % 36'sında vardı. Sonuç olarak bizim hastalarımız daha az depresif fakat kendine ve çevreye karşı daha fazla agresifti. Buna karşı

Dell ve Eisenhower'in serisindeki vakalar daha fazla depresif, fakat kendine ve çevreye karşı daha az agresifti. Hastalarımızın "alter" kişilik sayıları ortalama 4.8 olup Dell ve Eisenhower'in serisinde bildirilen ortalama göre çok belirgin olarak düşüktür. Aynı zamanda yetişkin serileri olan Putnam ve ark. (13.3), Coons ve ark. (6.3) ve Ross ve ark. (15.7)'nin bulduklarından da düşüktür. Bu durumun nedeni bizim hastalarımızın tedavinin erken döneminde, henüz "alter" kişiliklerin tamamı kendini belli etmeden çalışmaya alınmış olması ve diğer serilerde az sayıda vakada belirlenen çok fazla sayıda "alter" kişiliğın ortalamaı yükseltmesi gibi görünmektedir.

Dell ve Eisenhower'in serilerinde alkol ve madde kötüye kullanımının % 36 ile oldukça sık olduğu belirtilmektedir. Bizim çalışmamızda alkol ve madde kötüye kullanımına sadece iki hastada (% 12) rastlanmıştır. Bir erkek hasta alkol kullanıyordu ve bir erkek hastanın da uçucu madde kullandığını belirten (tiner koklayan) bir "alter"i vardır. Alkol ve madde kötüye kullanımının ülkemizde genel olarak adölesanlarda ve özellikle kadınlar arasında görece düşük oranda olması, bunda etkili olmuş gibi görünmektedir (17).

Baş ağrısı yakınmasının çoğul kişilik bozukluğu arasında oldukça sık görüldüğü bilinmektedir (12,13). Coons ve ark. % 56 olarak bildirmektedir. Bizim çalışmamızda da baş ağrısı yakınması hastaların % 76'sında vardı. Bu oran genel olarak Kuzey Amerika'daki oranlardan daha yüksektir. Dell ve Eisenhower'in serisinde baş ağrısı % 55 olarak bulunmuştu. Baş ağrılarını özellikle bir "alter" kişilikten diğerine geçiş sırasında şiddetleniyordu. Bu durum daha önce başka yazarlarca da vurgulanmıştır (12,13).

"Posesyon" (tutulma) Hindistan'da en sık rastlanan disosiyatif bozukluklardan biri olarak bildirilmektedir (18). Oysa bizim çalışmamızda sadece bir "demonik posesyon" vakası saptadık. Çoğul kişilik bozukluğundaki disosiyatif belirtilerin kronik limbik epilepsinin bir belirtisi veya temporal lob epilepsisinin interiktal fenomeni olabileceği bazı araştırmacılar tarafından belirtilmektedir (19,20). Coons ve ark. 50 hastanın sadece % 10'unda epilepsi bildirmektedir. Bizim vakalarımızın hiçbirisinde EEG anormalliği rapor edilmedi.

Vakalarımızda çocukluk çağı travmasına yüksek oranda rastlanması diğer üç serideki bulgularla uyumludur (Tablo 2). Hastalarımız kişi başına ortalama olarak 2.82'dir. Değişik taciz yaşantısına maruz kalmış, 3.76 kez de travmatik bir olay ile karşılaşmışlardır. Dell ve Eisenhower'in serilerinde cinsel taciz sıklığını % 73 ile bizden (% 59) yüksek bulmuştur.

Yine emosyonel taciz bizim çalışmamızda % 71 ile en sık taciz yaşantısı olurken, Dell ve Eisenhower'in serisinde % 82 olarak bulunmuştur. Fiziksel tacizde % 73 ile bizim serimizdekenden % 59 yüksektir. Saptanan travma sayısının görece düşük olması hastalarımızın diğer çalışmalara göre daha kısa süre izlenmiş olması ve bu nedenle travmaların bir kısmını bilen "alter"lerin henüz ortaya çıkmamasıyla ilişkili olabilir.

Schneider'in birinci derece belirtilerinin şizofrenik bozukluklar dışında da görüldüğü bilinmektedir. Çoğul kişilik bozukluğunda bu belirtiler, şizofrenik bozukluklardan daha sık bulunmuştur (21). Çalışmamızda Schneider belirtisi sayısı hasta başına ortalama 4.0 (1-7 arası) olarak bulunmuştur. Daha önceki çalışmalarda 4.5 ve 3.4 olarak bulunduğu belirtilmiştir (12,13). Putnam ve ark. 1989, Ross ve ark. 1989, Ross ve ark. (14) tartışan (% 71.1) ve yorumda bulunan (% 66.1) seslere en yüksek oranda rastlandığını bildirirken bizim çalışmamızda hastaların kafalarının içinden geldiğini belirttikleri, yorumda bulunan sesler (% 100) en sık görülen Schneider belirtisi olarak saptanmıştır.

Çoğul kişilik bozukluğunda bu belirtiler de-personalizasyon ve "alterler" arasında kısmi eş-bilinçlilik sonucunda ortaya çıkmakta olup hastalar çoğunlukla işitsel varsanılardan kafalarının içinden geldiğini belirtmekte ve "evsahibi" kişiliğinin denetiminde iken de varsanılarda beliren isteklere karşı koymakta güçlük çekmektedirler. Ancak, şizofrenide pekçok görüldüğünün aksine çoğul kişilik bozukluğu hastaları bu yaşantılarını açıklamak amacıyla ayrıca sanrı geliştirmemektedirler. Bu çalışmada Schneider belirtileri üzerinde durulmasının nedeni bu bozukluğun klinisyenlerce şizofreni ile karıştırılmasında rol oynaması olasılığıdır. Bu hastaların ayırıcı tanısında en önemli dayanak ise şizofreninin diğer belirtilerinin bulunmamasıdır.

Çalışmaya alınan hastaların Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) puanı ortalaması 49.75 olup diğer çalışmalarda belirlenenlere oldukça yakındır (22). Hastalarımızın zeka düzeyleri sınırdan yükseğe kadar değişiyordu ve daha önceki çalışmaları uyumlu idi (3).

Sonuç olarak bu seride belirgin çocukluk çağı travması olan adölesan kızla ağırlık taşımaktadır. Hastalarımızın bir bölümü, kısa sürede yatışmakla birlikte daha kronik ve karmaşık bir disosiyatif bozukluğun bir parçası olan, akut bir kriz durumu ve psödopsikoz/histerik psikoz tablosu ile, bir bölümü dirençli konversiyon belirtileri ile başvurmuştu. Ülkemizde oldukça sık görülen psödopsikoz/histerik psikoz tablosu, kronik kompleks disosiyatif bozukluk hastalarında, acil psikiyatrik başvuruya en sık neden olan klinik tablolardan birisidir (23).

Bazı kültürel farklılıklara rağmen hasta grubumuzun klinik özellikleri Kuzey Amerika'dan (Dell ve Eisenhower) bildirilenlere çok benzemektedir. Bu kültürlerüstü bulgular çoğul kişilik bozukluğu kategorisinin geçerliliğini desteklemesi açısından önem taşımakta, ülkemizde de disosiyatif bozukluklar konusunda gerek çocuk ve adölesanlarla ve gerekse erişkinlerle ilgili klinik eğitim ve bilimsel araştırmalara hız verilmesi gereksinimine işaret etmektedir. Birbirinden bağımsız gruplarca standartlaştırılmış değerlendirme yöntemleriyle yürütülecek çalışmaların bulguları bu kategorinin geçerliği konusundaki tartışmalara ışık tutacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Klufft RP: Multiple Personality Disorder In: American Psychiatric Press Review of Psychiatry. Tasman A, Goldfinger SM (ed). 10:161-88, 1991.
2. Putnam FW: Dissociative Phenomena. In: merican Psychiatric Press Review of Psychiatry. Tasman A, Goldfinger SM (ed). 10:145-60, 1991.
3. Spiegel D: Dissociation and Trauma. In: merican Psychiatric Press Review of Psychiatry. Tasman A, Goldfinger SM (ed). 10:261-75, 1991.
4. Bernstein EM, Putnam PW: Development, reliability and validity of a dissociation scale. J Nerv Ment Dis 174:727-35, 1986.
5. Ross CA: The dissociative disorders interview schedule. In: Multiple personality disorder: Diagnosis, clinical features and treatment. Newyork, John Wiley&Sons 1989a: p.316.
6. Ross CA: Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. Psychiatr Clin North Am 14:503-17, 1991.
7. Klufft RP: The natural history of multiple personality disorder. In: RP Klufft (ed). Childhood antecedents of multiple personality. Washington DC: American Psychiatric Press, 1985.
8. Dell PF, Eisenhower JW: Adolescent multiple personality disorder: A preliminary study of eleven cases. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 29:359-66, 1990.
9. Hamdi T, İ. Yargıç, V Şar: Adölesans döneminde bir çoğul ki-

- şilik bozukluğu vakası. 4. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi, Nisan 1994, Bursa.
10. Yargıç İL, Tutkun H, Şar V: Reliability and validity of the Turkish version of dissociative experience scale. *Dissociation* 1:10-13, 1995.
  11. Fagan J, McMahon PS: Incipient multiple personality in children. *J Nerv Ment Dis* 172:26-36, 1984.
  12. Putnam FW, Guroff JJ, Silberman EK, et al: The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 recent cases. *J Clin Psychiatry* 47:285-93, 1986.
  13. Coons PM, Bowman ES, Milstein V: Multiple personality disorder: A clinical investigation of 50 cases. *J Nerv Ment Dis* 176:519-27, 1988.
  14. Ross CA, Norton GR, Wozney K: Multiple personality disorder: An analysis of 236 cases. *Can J Psychiatry* 34:413-18, 1989.
  15. Vincent M, Pickering MR: Multiple personality in childhood. *Canadian J Psychiatry* 33:524-29, 1988.
  16. Putnam FW: Dissociative disorders in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am* 14:519-31, 1991.

17. Öztürk MO, Volkan VD: The theory and practice of psychiatry in Turkey. *Am J Psychiatry* 15:240-71, 1971.
18. Adityanjee Raja GTP, Khandelwal SK: Current status of multiple personality disorder in India. *Am J Psychiatry* 146:1607-10, 1989.
19. Mesulam MM: Dissociative states with abnormal temporal lobe EEG: Multiple personality and illusion of possession. *Arch Neurol* 38:176-81, 1981.
20. Schenk L, Bear D: Multiple personality and related phenomena in patients with abnormal temporal lobe EEG. *Am J Psychiatry* 138:1311-16, 1989.
21. Klüft RP: First rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *Am J Psychiatry* 144:293-98, 1987b.
22. Carlson EB, Putnam FW: An update on dissociative experiences scale. *Dissociation* 6:16-27, 1993.
23. Tutkun H, Yargıç İ, Şar V: Psidopsikoz ile başvuran dört çoğul kişilik bozukluğu vakası. 30. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Poster Bildirisi. Nevşehir, 1994.