

Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu Tanısı Konularak Uzun Süreli Değerlendirme ve Tedaviye Alınan 25 Hastanın Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Vedat ŞAR, İlhan YARGIÇ, Hamdi TUTKUN

ÖZET

4-24 ay arası süre ile birer saatlik ortalama 39 görüşme (10-120 kez) yapılan ikisi erkek 25 dissosiyatif kimlik bozukluğu hastasının yaş ort. 24 idi. Ek olarak 14'üne konversiyon bozukluğu, 9'una somatizasyon bozukluğu, 8'ine sınırda kişilik bozukluğu tanıları konulmuştur. 24 hastada çocukluk çağına ilişkin ruhsal travma tanımlanmaktadır. 18'inde cinsel taciz, 16'sında fiziksel taciz, 17'sinde emosyonel taciz, 11'inde ihmal edilme, 6'sında başka travmatik yaşantılar vardı. Alter kişilik sayısı ortalaması 12 idi. 23 hastanın en az bir intihar girişimi, 14 hastanın kendisine fiziksel zarar verici davranışları olmuştu. 13 hastanın psikiyatrik yatışı vardı. 8 hastaya tedaviyi çeşitli nedenlerle terketti. 25 hastanın 11'inin klinik tablosunda belirgin bir değişiklik olmadı, 8 hastanın klinik belirtilerinde önemli derecede iyileşme, 6 hastada alter kişilikler arasında kalıcı birleşme sağlandı.

Anahtar kelimeler:

Düşünen Adam; 1995, 8 (4): 38-46

SUMMARY

25 patients (2 males and 23 females) diagnosed as dissociative identity disorder were followed up and psychotherapeutically treated with 39 (10-120) interviews on average for 4-24 months. They have a mean age of 24.0. Comorbid psychiatric diagnosis were borderline personality disorder in 8, conversion disorder in 14, somatisation in 9 of the patients. 24 of the patients reported childhood psychological trauma. Traumas were sexual abuse in 18, physical abuse in 16, emotional abuse in 17, neglect in 11 and other types in 6 of the patients. Mean number of alter personalities was 12. 23 patients had been hospitalized in a psychiatric clinic. 8 patients dropped out for various reasons 11 out of the remaining 25 patients did not have a significant improvement, 8 of them improved clinically and 6 of them had total fusion of alter personalities.

Key words:

GİRİŞ

Geleneksel olarak histerinin bir türü sayılan çoğul kişilik bozukluğu (American Psychiatric Association, 1987) ya da DSM-IV'de önerilen adlandırma ile dissosiyatif kimlik bozukluğu (American Psychi-

atric Association, 1994) modern psikiyatride kronik ve polisemptomatik bir dissosiyatif bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Bu kategori bir ucunda normal olarak gündelik yaşamda görülen dissosiyatif yaşantıların oluşturduğu kesintisiz sürekli bir yelpazenin patolojik ucunda yer almaktadır.

Etiyolojisinde çocukluk çağı ruhsal travmalarının önemli rolü olduğu düşünülen bu bozukluk bu yönüyle neredeyse bir çocukluk çağı kronik travma sonrası stres bozukluğu gibi de görülebilmektedir (1987a). Özellikle 1980'lerden sonra artan yayınlar bu bozukluğun kendine özgü etiyojisi, fenomenoloji, prognoz ve tedavisi olması nedeniyle diğer psikiyatrik kategorilerden ayrı görülmesinin gerektiğini savunmaktadır (1989b). Ancak bir yandan da günümüzde pek çok klinisyen böyle bir kategorinin geçerliğine kuşku ile baktığı bilinmekte, konu üzerinde sert tartışmalar olmaktadır (1992). Bu konudaki bildirimlerin uzun süre Kuzey Amerika ile sınırlı kalması dissosiyatif kimlik bozukluğunun kültüre bağlı olduğu tezine de yol açmış, ancak yakın zamanda Hollanda (1993) ve Türkiye'de yayınlanan (1995), vaka serileri bu bozukluğun kültürlerüstü bir semptom profilinin olduğunu göstermiştir.

Daha önce başka yerde bildirdiğimiz vaka serilerimiz ilk 20 (1995) ve 36 (1995) konsektif hastamızdan oluşmakta idi. Bu yazıda ise dissosiyatif kimlik bozukluğu tanısı koyduğumuz vakalardan en az 10 görüşme olmak kaydıyla iki yıllık bir dönemde izlenenlerin klinik özellikleri uzun süreli değerlendirme sonuçlarına dayanarak sunulmaktadır. Bu serinin bileşiminin tedaviyi terketmeye neden olan etkenlerin yolaçtığı seçicilik nedeniyle daha önce bildirdiğimiz iki konsektif seriden farklı olması beklenmektedir. Öte yandan sadece uzun süre izlenen vakaların çalışmaya alınmasıyla, psikojen anamnezi nedeni ile travma öyküsünde ve hepsinin ilk anda tanınamaması nedeniyle alter kişiliklerin dağılımında kesitsel değerlendirmede kaçınılmaz olan eksikliklerin aşılması ve yanlış tanı olasılığının tümüyle ortadan kaldırılması ve tedavi sonuçlarının yansıtılması amaçlanmıştır.

MATERYEL ve METOD

Hastaların seçilmesi

Kasım 1992 tarihinden Şubat 1995 tarihine dek İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Klinik Psikoterapi Birimi ekibince tanısı konularak dissosiyatif bozukluklar programı çerçevesinde değerlendirme, izleme ve tedaviye alınan dissosiyatif kimlik bozukluğu vakalarından belirli ek koşulları dolduranlar bu çalışmaya katıldı. Bu tanının ko-

Tablo 1. Araştırma grubuna alınma ölçütleri

1. DSM-IV dissosiyatif kimlik bozukluğu tanı ölçütlerine uyum
2. En az üç kez görüşme içi kişilik değişimi "switching" gözlenmesi
3. Hasta ile en az 10 görüşme yapılmış olması

nulmasında DSM-IV ölçütlerine uyuldu. Adolesan ve erişkin yaştaki hastalar çalışmaya katıldı. Asıl tanı ölçütleri yanısıra en az üç kez görüşme içi "switch" fenomenine tanık olunması ve hastanın en az on kez görülmüş olması koşulu konuldu.

Hastaların değerlendirilmesi ve veri toplama araçları

1. Yapılandırılmamış klinik görüşme: 1992 yılı sonundan başlayarak dissosiyatif kimlik bozukluğu vakaları üzerinde değerlendirme tanı, ayaktan ve yatarak tedavi çerçevesinde deneyim kazanmış olan araştırma ekibi bir öğretim üyesi ve iki kıdemli psikiyatri asistanından oluşmuştur. Hernekadar tanı konulmasında yardımcı araçlardan yararlanılmış ise de en büyük ağırlık klinisyen değerlendirmesine verilmiştir. Çalışmanın sürdürüldüğü klinik değerlendirme düzeyine şu aşamalardan geçilerek gelinmiştir.

a. Psikoterapi görüşme tekniği eğitimi: Bu program klinik inceleme, araştırma ve tedaviyi birlikte kapsamakta, çalışmanın ikinci ve üçüncü yazarları hastaların tedavilerini birinci yazarın denetimi altında yürütmektedir. Tedaviyi yürüten hekimler hizmet içi eğitim ve asistan eğitim programı çerçevesinde çalışmanın birinci yazarı tarafından düzenli olarak sürdürülen, banda alınmış görüşmelerin incelenmesine dayalı psikoterapötik görüşme tekniği semineri aracılığıyla bu program için gerekli temel psikoterapi deneyimlerini edinmiş ve geliştirmişlerdir.

b. Klinik deneyim edinilmesi ve tanıya uygun görüşme tekniğinin geliştirilmesi: Yazarlar bu tanı grubu üzerindeki deneyimlerini 1992 yılından başlayarak uzun süre izledikleri, yatarak ve ayaktan ayrıntılı olarak inceledikleri ilk vakada kimlik değişimlerine (switch fenomeni) ve dissosiyatif kimlik bozukluğunun diğer bulgularına tanık olarak edin-

meye başlamışlardır. Yazarları bu konuya yaklaştıran ikinci kaynak aynı dönemde "psidopsikoz/histerik psikoz" (1973) vakaları, sınır kişilik bozukluğu ve kısa psikozlar üzerinde yataklı servis bünyesinde yürüttükleri klinik çalışmalar olmuştur. İlk dissosiyatif kimlik bozukluğu vakalarıyla uygun klinik görüşme tekniğinin geliştirilmesinde önemli rol oynamıştır. Bu teknik geliştirilirken yapılandırılmış bir görüşme çizelgesi olan SCID-D'den (1993) yararlanılmıştır. Ancak bu görüşme çizelgesinin türkçesinin geçerlik ve güvenilirliği henüz gösterilmemiş olduğundan bu aşamada tanı koyma amacıyla kullanılmamıştır. Dissosiyatif yaşantılar ölçeğinin-DES (1986, 1993) uygulamaya sokulması son önemli adımı oluşturmuş ve artan deneyimle birlikte tanı koyma süreci giderek kısalmıştır. Görüşme tekniğinde hipnoza yer verilmemiştir.

2. Dissosiyatif yaşantılar ölçeği (DES): 28 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir (1986, 1993). Tanı koydurucu değildir, başta dissosiyatif kimlik bozukluğu olmak üzere dissosiyatif bozuklukların saptanmasında tarayıcı amaçla kullanılmaktadır. Türkçesinin geçerlik ve güvenilirliği ekibimizce değerlendirilmiş olup bulgular başka yerde bildirilmiştir (1995). İngilizcesi ile yapılan çalışmalar 100 üzerinden 30 puan sınırını aşan deneklerde bu ölçeğin dissosiyatif kimlik bozukluğu için 0.17 düzeyinde pozitif prediktabilitesi olduğunu göstermektedir (1993). Bu çalışmada vakaların hepsine verilmiştir.

3. Dissosiyatif bozukluklar için görüşme çizelgesi (DDIS): 131 sorudan oluşan tanı koydurucu, yapılandırılmış bir klinik görüşme çizelgesidir. İngilizcesinin geçerlik ve güvenilirliği gösterilmiş ve çok sayıda çalışmada kullanılmıştır (1989). Türkçesinin geçerliliği ayrıca gösterilmiştir (1995). Bu çalışmada 25 vakanın 19'una verilmiştir.

4. Sosyodemografik bilgi formu

5. Fizik muayene ve laboratuvar incelemeleri: Fizik ve nörolojik muayene yapıldı. Hastalardan 24'ünde elektroensefalogram çekildi.

6. Psikolojik testler: Kliniğin bağımsız bir birim olarak çalışan psikoloji laboratuvarında tanıdan habersiz olarak Roschach projektif test, zeka testi

Tablo 2. Veri toplama araçları

1. Klinik görüşme 10-120 kez (ort. 39 görüşme)/2 ay-24 ay
2. DES
3. DDIS (hastaların 19'una verildi)
4. Sosyodemografik bilgi formu
5. EEG (hastaların 24'ünde çekildi)
6. Fizik muayene
7. Roschach ve Stanford Binet/WAIS testleri

(Stanford-Binet ya da WAIS) ve laboratuvarca uygun görülen psikoorganite testleri yapıldı. Ancak test uygulamalarını yapan laboratuvarın dissosiyatif kimlik bozukluğunun projektif test değerlendirmesi konusunda özel deneyimi olan elemanlardan oluşmaması nedeniyle rapor edilen yorumlar tanı koyma sürecine özgül bir katkı oluşturamamıştır.

BULGULAR

Sosyodemografik özellikler

Hastaların 23'ü (% 92) kadın, 2'si (% 8) erkekti. Yaş ortalaması 24.0 (15-45 arasında) olup % 60.0'ı ilkokul, % 12.0'si ortaokul, % 24.0'ü lise mezunu idi. Bir hasta hiç okula gitmemişti, ancak okuma yazma biliyordu. 12 hasta evliydi (biri erkek), bir kadın hasta eşinden ayrı yaşıyordu. 10 hasta (ikisi erkek) çalışıyordu. Bunlar arasında itfaiyeci, hemşire, büro görevlisi, tezgahlar, sekreter ve temizlik görevlisi olarak çalışanlar vardı. 15 kişi ev kadınıydı. İki hasta işini, başka üçü de okulunu, bu rahatsızlıktan dolayı bırakmıştı. İşli olan iki hasta gelişinden önceki son üç yılda, herbir yılın 6 aydan fazlasını bu rahatsızlıktan dolayı istirahatli olarak ya da hastanede yatarak geçirmek zorunda kalmışlardı. Hasta grubu ağırlıklı olarak düşük ve orta sosyoekonomik kattan gelen genç kadın hastalardan oluşuyordu.

Tablo 3. Sosyodemografik özellikler

Cinsiyet	
Kadın	23
Erkek	2
Yaş	15-45 (ort. 24.0)
Medeni durum	
Evli	12 (biri erkek)
Ayrı yaşayan	1
Bekar	12
İş durumu	
Çalışan	10 (ikisi erkek)
Ev kadını	15

Başlangıç yaşı

Belirtilerin başlangıç zamanı konusunda, kesin bir bilgi almak oldukça güç idi, ancak vakaların çoğunda ilk dissosiyatif belirtilerin 10 yaşından önce başladığı anlaşılmaktaydı. 11 (% 44.0) hastada kendisinin travmatik yaşantı sırasında ortaya çıktığını belirten alter kişilikler saptandı. Bazı hastalar çocukluk ve adolesan dönemine ilişkin ağır anamnezi nedeniyle yeterli bilgi veremediler.

Başvuru şekli

Hastaların geliş yolu: Hastalar çok farklı kaynaklardan tarafımıza klinik değerlendirme amacıyla gönderildi. 7 vaka psikiyatri acil birimine histerik psikoz (dört kişi), intihar girişimi (iki kişi) ve atipik akut dissosiyatif bozuklukla (bir kişi) getirilmişti. İki hasta yataklı tedavi biriminde dissosiyatif bozukluk dışında başka tanılarla yatarken saptanan, uzun süredir yatarak ve ayaktan çeşitli tedavi girişimlerinde bulunmuş olan vakalardı. 14 hasta polikliniğe çeşitli nedenlerle başvurmuşlardı: Başağrısı-bayılma-irritabilite-konversiyon-somatizasyon yakınmaları (dokuz kişi), değişik tanılar altında uzun süredir değişik psikiyatrik tedavi alıyor olma (iki kişi), ego distonik eşcinsellik (biri erkek, biri kadın iki kişi). Polikliniğe gelen hastalar arasında birine kronik travma sonrası stres bozukluğu (uzun süreli cinsel tacize bağlı) tanısı konulmuştu. Bir hasta nöroloji kliniğinde yatarken konsültasyon sırasında saptanmıştı. Bir hasta başağrısı nedeniyle nöroloji polikliniğine başvurmuştu.

İzleme/değerlendirme süresi: Vakalar dört ay ile iki yıl arasında değişen sürelerle izlendi. Bu seride genellikle haftada bir bazen iki olmak üzere en az 10,

Tablo 4. Hastaların geliş yolu

1. Acil başvuru: 7
Histerik psikoz: 4
İntihar girişimi: 2
Akut atipik dissosiyatif bozukluk: 1
2. "Kronik psikiyatri hastası": 2
3. Psikiyatri polikliniği: 14
Basağrısı-bayılma-irritabilite-konversiyon-somatizasyon: 9
Çok sayıda tanı almış "kronik", "problem" hasta: 2
Kronik TSSB (cinsel tacize bağlı): 1
Ego distonik eşcinsellik: 2
4. Nöroloji servisi (konsültasyon): 1
5. Nöroloji polikliniği (basağrısı): 1

Tablo 5. İzleme/değerlendirme süresi (haftada 1-2 görüşme ile)

10-20 görüşme: 9 kişi
21-50 görüşme: 8 kişi
51-100 görüşme: 6 kişi
100 görüşmeden fazla: 2 kişi

Tablo 6. Psikiyatrik belirtiler

En az bir Schneider belirtisi: 25 hasta
Öyküde intihar girişimi: 23 kişi
Şiddetli başağrısı: 22 kişi
Agresif davranış: 16 kişi
Self-mutilasyon: 13 kişi
Madde kullanımı: 2 kişi

en çok 120, ortalama 39 görüşme yapılan hastalar yer aldı. 10-20 görüşmeye gelenler 9, 21-50 görüşmeye gelenler 8, 51-100 görüşmeye gelenler 6 kişi, 100 saatten fazla gelen ise 2 kişi idi. İlk başvurudan çoğul kişilik bozukluğu tanısı kesinleşene kadar geçen süre değişiyordu.

Psikiyatrik belirtiler: Hastaların tümünde depresif yakınmalar olmakla birlikte, çoğunda bunların belirli kişiliklere sınırlı olması ve bir diğer kişiliğe geçiş olduğunda ortadan kalkması nedeniyle ancak iki kişi majör depresyon ve bir kişi distimik bozukluk tanılarını aldı. 22 hastada (% 88) şiddetli başağrısı yakınması vardı. 23 kişi (% 92) daha önce en az bir kez intihar girişiminde bulunmuştu. 13 hastada (% 52) kendine fiziksel zarar verme davranışı (self-mutilasyon), 16 hastada (% 64) saldırgan davranışlar (genellikle tam olarak hatırlanamayan vurma, kırma, yaralama, dövme krizleri biçiminde) olmuştu. Hastaların hepsinde Schneider'in birinci derece belirtilerinden en az biri bulunmaktaydı. Bir erkek hastada tiner kokladığını belirten bir "alter" kişilik saptandı, bir kadın hasta esrar ve eroin kullanımı tanımladı. Birlikte görülen psikiyatrik bozukluklar Tablo 6'da gösterilmiştir.

Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar: En sık alınan ek tanılar somatizasyon ve konversiyon bozuklukları idi (% 56 ve % 40). Travma sonrası stres bozukluğu tanısı alanlar % 40 oranında idi. Hastaların % 32'si DSM-III-R'e göre sınırda kişilik bozukluğunun tanı ölçütlerini dolduruyordu. Hastaların % 16'sında ise günümüzün yaygın sınıflandırma sistemlerinde yer verilmeyen, fakat ülkemizde kullanılan bir kategori

Tablo 7. Başvuru döneminde eşlik eden psikiyatrik bozukluklar

Tanı	Vaka sayısı	%
Somatizasyon bozukluğu (DSM-III-R)	14	56
Konversiyon bozukluğu (DSM-III-R)	10	40
Travma sonrası stres boz. (DSM-III-R)	10	40
Borderline kişilik bozuk. (DSM-III-R)	8	32
Histerik psikoz	4	16
Majör depresyon (DSM-III-R)	2	8
Distimik bozukluk (DSM-III-R)	1	4
Madde kullanım bozukluğu	2	8

olan histerik psikoz (Öztürk ve Göğüş 1873) görülüyordu. 2 hasta (% 8) majör depresyon ve bir hasta (% 4) distimik bozukluk tanılarını alıyordu. 2 hasta (% 8) madde kullanım bozukluğu tanımlıyordu.

Önceki psikiyatrik tanılar

19 hastaya (% 76) daha önce en az bir başka tanı konulmuştu, bazıları birden fazla tanı almıştı. 11 vaka ile en çok psikotik bozukluk tanısına rastlanıyordu (% 44). Diğer tanılar depresyon (% 44), dissosiyatif bozukluk (% 20), borderline kişilik bozukluğu (% 16), epilepsi (% 12), ego distonik eşcinsellik (% 8), konversiyon bozukluğu (% 8), travma sonrası stres bozukluğu (% 8), histeri (% 8), anksiyete bozukluğu (% 4), şizoid kişilik bozukluğu (% 4), ayrıştırılmayan kişilik bozukluğu (% 4), somatizasyon bozukluğu (% 4) olarak dağılıyordu. İki hastanın çocukluk çağında psikiyatrik başvurusu olmuş, biri uyum bozukluğu diğeri enuresis ve dissosiyatif bozukluk tanılarını almışlardı. 11 hasta daha önce bu yakınmalar nedeniyle tıp dışı iyileşme yollarına başvurmuştu.

Ruhsal travma öyküsü

24 hasta (% 96), 16 yaş öncesinde başından geçmiş olan travmatik yaşam olayları bildirdi (Tablo 2). Herhangi bir çocukluk çağı travması tanımlamayan tek hastanın 23 yaş öncesine psikojen anamnezisi vardı. 20 hastada birden fazla travmatik yaşantı tanımlanıyordu. 11 hastada oluşmalarını belirli bir çocukluk dönemindeki travmatik yaşantıya bağlayan "alter" kişilerler belirlendi.

Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü

5 hastanın babasında (% 20) alkol kötüye kullanımı,

Tablo 8. Önceki psikiyatrik tanılar (19 hasta daha önce tanı almış)

Psikotik bozukluk: 11 kişi
Depresyon: 11
Dissosiyatif bozukluk: 5
Borderline kişilik bozukluğu: 4
Epilepsi: 3
Ego distonik eşcinsellik: 2
Konversiyon bozukluğu: 2
TSSB: 2
Histeri: 2
Anksiyete bozukluğu: 1
Şizoid kişilik bozukluğu: 1
Ayrıştırılmayan kişilik bozukluğu: 1
Somatizasyon bozukluğu: 1
Tıp dışı iyileşme yollarına başvuran: 11 kişi

Tablo 9. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları

Türü	n (vaka)	%
Cinsel kötüye kullanım (ensest dahil)	18	72
Emosyonel kötüye kullanım	17	68
Fiziksel kötüye kullanım	16	64
Kronik ihmal	13	52
Ensest	9	36
Ağır kronik fiziksel hastalık	2	8
Aşırı fakirlik	2	8
Küçük yaşta evlatlık verilme	1	4
Kaza sonucu ölüme tanık olma	1	4
Küçük yaşta anne ölümü	1	4
Hiçbir travma bildirmeyen	1	4

birinde patolojik kumar alışkanlığı vardı. İki hastanın annesinde (% 8) kronik dissosiyatif bozukluk (başka yerde sınıflandırılmayan dissosiyatif bozukluk) vardı. Bir vakadaki şizofreni olan baba dışında hiçbir hastanın birinci derece yakını psikotik bozukluk tanısı almamıştı. İki hastada borderline kişilik bozukluğu tanısı almış birince derece yakını vardı. Bir hastanın erkek kardeşi madde bağımlısı idi. Birer hastanın anne ve babası depresyon tanısı almışlardı. Hastalardan 6'sının çocuğu vardı, hepsi 15 yaşından küçüktü. Bu çocuklardan sadece birinin psikiyatrik başvurusu olup o da dissosiyatif kimlik bozukluğu olarak değerlendirildi ve tedaviye alındı.

"Alter" kişiliklerin özellikleri: Hastaların "alter" kişilik sayısı ortalama 11.9 (2-45 arasında) olarak bulundu. Bu "alter" kişiliklerin özellikleri Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tıbbi durum ve EEG

Hastalardan sadece üçünde (% 12) süregiden önemli bir fiziksel hastalık vardı. Bunlardan iki tanesininiki

Tablo 10. Alter kişiliklerin özellikleri

Özellikler	n (vaka)	%
Farklı isimde kişilik	18	72
Çocuk yaşta kişilik	18	72
İntihar eğilimli kişilik	18	72
Yardımcı/koruyucu kişilik	16	64
Persekütör kişilik	18	72
Karşı cinsten kişilik	14	56

nörolojik idi. Birinde optik nörit saptanmıştı, manyetik rezonans görüntülemesi (MRI) normaldi. Diğerinde optik atrofi bulundu. MRI normaldi, B12 yetersizliği görüldü. Her iki hastada da nöroloji kliniğince yürütülen tüm incelemelere rağmen kesin bir nörolojik tanıya varılamamış olup izlemleri devam etmektedir. 24 hastanın EEG incelemesi yapıldı. Bunlardan sadece birinde sağ hemisferde yaygın organizasyon bozukluğu saptandı, bu hasta optik nöriti olan kişiydi. Hiçbir hasta epilepsi tanısı almadı. Bir hastada ise bir herediter böbrek hastalığı (polikistik böbrek) bulunmakta idi, bu nedenle sık sık üriner enfeksiyon geçiriyor ve çocukluğundan beri hastane yatışları oluyordu. Bir hasta ondört doğum sonrasında histerektomi geçirmişti.

Psikolojik testler ve psikopatolojinin standart ölçümleri

Hastalardan 24'üne DES (0-100 arası ölçekli) verildi, ortalama DES puanı 47.8 (25.0-83.2 arasında, SS= +/-16.7) bulundu. Rorschach testi değerlendirmelerinde hiçbir hastada açık psikotik durum bildirilmedi, bir bölümünde bulgular prepsikotik durum olarak rapor edildi. Ancak değerlendirmeyi yapan psikoloji laboratuvarı elemanları araştırmayı yürüten ekipten bağımsız olup dissosiyatif kimlik bozukluğu konusunda hiçbir deneyime sahip olmadıklarından bulguların yorumunda bu durum dikkate alınmamış olmaktadır. Zeka bölümü (Stanford Binet/WAIS yöntemleriyle) sınır ile yüksek zeka düzeyi arasında değişiyordu.

Dissosiyatif Bozukluklar Görüşme Çizelgesi (DDIS) uygulanan 19 hastanın 17'si (% 89.5) bu yapılandırılmış klinik görüşmele ÇKB tanısı aldılar. DBGÇ ile ÇKB tanısı almayan 2 hastada ev sahibi kişilik alter kişiliklere amnezik olduğu için bir tanesi diğer kişiliğin kontrolü tam olarak ele alması ile il-

Tablo 11. Tedavi sonuçları

Tedaviyi kesen 10 kişi: 10-100 görüşme arasında (ort.32.2 görüş.)
Devam eden: 15 kişi
Entegrasyon öncesi dönemde olan: 9 kişi
Postentegrasyon dönemine ulaşan: 6 kişi
(35, 80, 120, 80, 70 ve 36 saatlik tedavilerle)

gili soruya, diğeri de her bir kişiliğin diğer kişiliklerin paylaşmadığı sosyal ilişki, tutum ve davranışlara sahip olması ile ilgili soruya "bilmiyorum" yanıtını verdiler. Ancak klinik görüşmeler sırasında bu ölçütlerin tam olarak karşılandığı görüşmeciler tarafından gözlenmişti.

Tedavi süreci

10 hasta ortalama 32.2 görüşme sonrasında, 10 görüşme ile 100 görüşme arasında değişen süreler sonunda tedaviyi son aşamasına gelmeden terketti (% 40). Terklerin ikisi işyerinden izin alamama, biri de başka şehre göç etmek nedeniyle oldu. Tedaviye devam etmekte olan 15 hasta içerisinde biri erkek 6 kişi psikoterapide füzyon sonrası döneme vardı. Bu hastalar primer terapistleriyle 35, 80, 120, 80, 70 ve 36 saatlik tedavilerle bu evreye geldiler. Ancak bu rakamlar içerisinde iki hastanın yatarak tedavi gördükleri dönemlerde devreye giren servis hekimince yürütülen görüşme saatleri yer almamaktadır.

TARTIŞMA

Bu çalışma dissosiyatif kimlik bozukluğu konusunda ülkemizdeki üçüncü vaka serisi bildirimidir. Bulgularımızı karşılaştırabileceğimiz Kuzey Amerika'dan ve Hollanda'dan yayınlanmış, sırasıyla 100, 50, 236, 71 hastaya ilişkin verileri yansıtan dört vaka serisi ve daha önce ekibimizce yayınlanan 20 ve 36 vakalık seriler bulunmaktadır (Putnam ve ark. 1986, Coons ve ark. 1988, Ross ve ark. 1989, Boons ve Draijer 1993, Tutkun, Yargıç ve Şar 1995, Yargıç, Tutkun, Şar ve Zoroğlu 1995). Bu yazıdaki 25 hastanın 11'i daha önceki 20 vakalık serimizde de yer almıştır, ancak burada sunulan seri daha uzun süre izlenmiş olması nedeniyle ilkinden önemli ve tartışılmayı gerektiren farklılıklar göstermektedir. İlk serideki 9 hasta tedaviyi 10 görüşmeden önce terkettiklerinden bu seriye alınmamıştır.

Tablo 12. Vaka serilerinin karşılaştırılması

	Bu çalışma n=25	Tutkun ve ark. n=20	Şar ve ark. n=20	Ross et al. n=102	Boon et al. n=71	Putnam et al. n=100	Coons et al. n=50	Ross et al. n=102
Yaş (ort.)	24.0	20.0	22.8	-	33.1	35.8	29.0	30.8
Kadın/Erkek oranı	11/1	9/1	7/1	9/1	24/1	11/1	11/1	7/1
Alter sayısı (ort.)	11.9	5.1	-	-	18.4	13.3	6.3	15.7
Çocuk kötüye kullanım								
Fiziksel	% 64.0	% 55.0	% 62.9	% 82.4	% 80.3	% 75.0	% 60.0	% 74.9
Cinsel	% 72.0	% 55.0	% 57.1	% 90.2	% 77.5	% 83.0	% 68.0	% 79.2
Fiziksel ya da cinsel	-	-	% 77.1	% 95.1	% 94.4	-	% 96.0	-
İhmal	% 52.0	% 25.0	% 62.9	-	-	% 60.0	% 22.0	-
Emosyonel	% 68.0	% 50.0	% 57.1	-	-	-	% 10.0	-
En az biri	-	-	% 88.6	-	-	-	-	-
Herhangi bir travma	% 96.0	% 85.0	-	-	-	% 97.0	-	-
Baş ağrısı	% 86.0	% 85.0	% 82.9	% 88.0	% 80.3	-	% 56.0	-
Schneider belirtisi	2-8	ort. 4.0	ort. 6.2	ort. 6.4	-	-	-	ort.4.5
Sınırdaki kişilik bozukluğu	% 32.0	-	% 31.4	% 63.7	% 38.8	-	% 56.0	-
DES skoru (ort.)	47.8	47.2	49.1	-	-	-	41.0	-

Bu vaka serimizdeki kadın/erkek oranı 11/1 olarak belirmektedir, bu oran diğer serilerde bulunana yakındır. Fakat bizim vakalarımızın yaş ortalamaları daha düşüktür. Depresif belirtiler ve intihar girişimi bu seriler için bildirilenlerle aynı sıklıktadır. Buna karşın hastalarımızın "alter" kişilik sayıları ortalama 11.9 olup Putnam ve ark. (13.3) ve Ross ve ark. (15.7)'nin bulduklarına yakın, fakat Coons ve ark. (6.3)'ninkinden yüksektir. Diğer serilerde alkol ve madde kötüye kullanımının oldukça sık olduğu belirtilmektedir. Bizim çalışmamızda alkol ve madde kötüye kullanımına sadece iki hastada rastlanmıştır. Hasta grubumuzun görece genç olması ve alkol ve madde kötüye kullanımının ülkemizde genel olarak ve özellikle kadınlar arasında görece düşük oranda olması (Öztürk 1993) bunda etkili olmuş gibi görünmektedir.

Baş ağrısı yakınmasının çoğul kişilik bozukluğu hastaları arasında oldukça sık görüldüğü bilinmektedir (Putnam ve ark. 1986, Coons ve ark. 1988). Coons ve ark. % 56 olarak bildirmektedir. Bizim çalışmamızda da baş ağrısı yakınması sıklığı, nöroloji kliniği ile yakın işbirliğinin de bir sonucu olarak yüksekti (% 86). Baş ağrılarını özellikle bir "alter" kişilikten diğerine geçiş sırasında şiddetleniyordu. Bu durum daha önce başka yazarlarca da vurgulanmıştır (Coons ve ark. 1988, Putnam 1984).

"Posesyon" (tutulma) Hindistan'da en sık rastlanan dissosiyatif bozukluklardan biri olarak bildirilmek-

tedir (Adityanjee Raja ve Khandelwal 1989). Oysa biz araştırma çalışmalarımız süresince ancak bir "demonik posesyon" vakası saptadık.

Dissosiyatif kimlik bozukluğundaki dissosiyatif belirtilerin kronik limbik epilepsinin bir belirtisi veya temporal lob epilepsisinin interiktal fenomeni olabileceği bazı araştırmacılar tarafından belirtilmektedir (Mesulam 1981, Schenk ve Bear 1989). Coons ve ark. 50 hastanın sadece % 10'unda epilepsi bildirmektedir. Bizim vakalarımızın sadece birinde EEG anormalliği rapor edilmişti, ancak bu hastanın hiç epileptik nöbeti olmamıştı. Bu vakanın saptanan üç ayrı kişiliğinin çevresi ile kurduğu birbirinden tamamen farklı ilişkileri epileptik bir fenomen olarak görmek oldukça zordu.

Vakalarımızda çocukluk çağı travmasına yüksek oranda rastlanışı diğer üç serideki bulgularla uyumludur. Coons ve ark. cinsel taciz sıklığını % 68 ile bizdekine (% 72) yakın bulmuştur. Fakat emosyonel taciz bizim çalışmamızda % 68 ile bu kez Coons ve ark.'nın bulgusundan (% 10) oldukça yüksektir. Ülkemizde bildirilen çocukluk çağı ruhsal travmaları içerisinde de oldukça ağır olanlara rastlanmakla birlikte Kuzey Amerika'dan bildirilen bazı vakalarda görülen kült içerisinde uygulanan törensel işkence gibi brutal şiddet, n, penetrasyonun olduğu ağır incest olgularının aynı oranda olmadığı görülmektedir. Vakalarımız içerisinde bir bölümünde incest penetrasyon olmaksızın gerçekleşirken, özellikle am-

caoğlu ve benzei geniş aile üyelerinin tacizlerde rol aldıkları görülmektedir. Buna karşın bu tacizlerin de kişi üzerindeki psikopatolojik etkilerinin benzer ağırlıkta olabilmesi dikkat çekicidir. Çocuğun kısıtlı koşullarda (evde yalnız başına bırakılma, arkadaşları ile görüştürülmeme, katı disiplin, kız-erkek çocuk ayrımı vb.) yaşamak zorunda bırakılması ve ihmale uğraması ise bizim vakalarımız arasında en sık görülen ve diğer travma türleri kadar ağır sonuçları olabilen etkenler olarak belirmektedir.

Vakalarımızın % 44'ü daha önce psikotik bozukluk tanısı almış ve nöroleptik ilaçlarla tedavi uygulanmıştı. Çoğul kişilik bozukluğunun klinisyenlerce şizofreni ile çok sık olarak karıştırıldığı daha önce de bildirilmiştir (Coons ve ark. 1988, Putnam ve ark. 1986, Ross ve ark. 1989). Başka çalışmalarda ilk psikiyatrik başvurudan çoğul kişilik bozukluğu tanısı konulana kadar geçen sürenin 6.7 yıl ve daha önce konulan tanı sayısının ortalama 3.4 (Ross ve ark. 1989) olmasına rağmen hastalarımızda bu süre ve sayının o denli yüksek olmadığını gördük; hastalarımızın ancak ondokuzu daha önce bir psikiyatriste başvurmuştu. Ayrıca hastaların % 44'ü ilk başvurusunu tıp dışı kişilere (cinci, muskacı, medyum) yapmıştı.

Schneider'in birinci derece belirtilerinin şizofrenik bozukluklar dışında da görüldüğü bilinmektedir. Klufit (1987b) çoğul kişilik bozukluğunda bu belirtileri şizofrenik bozukluklardan daha sık bulmuştur. Hastalarımızın hepsinde en az iki Schneider belirtisi (2-8 arası) bulunmuştur. Daha önceki çalışmalarda ortalama 4.5 ve 3.4 olarak bulunduğu belirtilmiştir (Putnam ve ark. 1989, Ross ve ark. 1989). Ross ve ark. (1989) tartışan (% 71.1) ve yorumda bulunan (% 66.1) seslere en yüksek oranda rastlandığını bildirmektedir. Çoğul kişilik bozukluğunda bu belirtiler depersonalizasyon ve "alterler" arasında kısmi eşbincililik sonucunda ortaya çıkmakta olup hastalar çoğunlukla işitsel varsanıların kafalarının içinden geldiğini belirtmekte ve "evsahibi" kişiliğın denetiminde iken de varsanıllarda beliren isteklere karşı koymada güçlük çekmektedirler. Ancak, şizofrenide pekçok kez görüldüğünün aksine çoğul kişilik bozukluğu hastaları bu yaşantılarını açıklamak amacıyla ayrıca sanrı geliştirmemekte dirler. Dissosiyatif kimlik bozukluğu hastalarında Schneider belirtileri primer bir düşünce bozukluğu olarak

değil, patolojik bir yaşantı biçiminde ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmada Schneider belirtileri üzerinde durulmasının nedeni bu bozukluğun şizofreni ile karıştırılmasında rol oynaması olasılığıdır. Bu hastaların ayırıcı tanısında en önemli dayanak ise şizofreninin diğer belirtilerinin bulunmamasıdır.

Hastalarımızın bir bölümünün (% 32) sınırda kişilik bozukluğunun tanı ölçütlerini doldurduğu görülmektedir. Ancak her iki bozukluk aynı kişide görülebilmekle birlikte dissosiyatif kimlik bozukluğu hastalarının bir çoğunda bulunan "sınırda" özellikler genellikle alter kişilik aktivitelere bağlı olarak ortaya çıkmakta ve entegrasyon sağlandığında ortadan kalkmaktadır. Bu nedenle gerçekte sınırda kişilik bozukluğu olmayan pekçok dissosiyatif kimlik bozukluğu hastası deskriptif olarak bu tanıyı alabilmektedir. Bu konunun açıklığa kavuşması için yeni araştırmalara ve sınıflandırma sistemlerinde yeni ayırıcı ölçütler getirilmesine gereksinim vardır. Öte yandan, bizim çalışmamızda sınırda kişilik özelliklerinin Kuzey Amerika ve Hollanda'dan bildirilenlere oranla belirgin biçimde daha az olduğu dikkati çekmektedir. Bu durum intrapsişik "multiplite"nin değişik kültürlerde farklı yaşanabileceğine dikkat çekmektedir.

Bu bozukluğun ailesel özellik gösterdiği bildirilmektedir (Ross ve ark. 1989). Üç hastamızın (% 8) birinci derece yakınının dissosiyatif bozukluk tanısı aldığı belirlendi. Bunlardan biri olan 9 yaşındaki kız çocuğunun da tanısı izleme süreci içerisinde dissosiyatif kimlik bozukluğu olarak özgülleştirildi. Çalışmaya alınan hastaların Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) puanı ortalaması 47.2 (SD= +17.6) olup diğer çalışmalarda belirlenenlere oldukça yakındır (Carlson ve Putnam 1993). Hastalarımızın zeka düzeyleri sınırdan yükseğe kadar değişiyordu ve daha önceki çalışmalarla uyumlu idi (Coons ve ark 1988).

Araştırma süresini oluşturan iki yıl içerisinde bu serideki hastaların % 60'ını tedavide tutmak mümkün olmuştur. Entegrasyona ulaşan hastalar için bu sonuca ulaşılma süresinin 35-120 saat arasında değiştiği görülmektedir. Daha önceki 36 vakalık konsektif serimizde geliş şekli histerik psikoz olan hasta sayısı % 25 oranında iken (Yargıç, tutkun, Şar ve Zoroğlu 1995) bu seride % 16'ya düşmesi tedaviyi terketme oranının histerik psikoz ve bu ne-

denle hemen daima acil olarak başvuran hastalarda daha yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Adolesanlar ve bu grup içerisinde aile patolojisinin belirgin olduğu vakalar da erişkin hastalara oranla psikoterapiyi daha çabuk terketmektedir (Yargıç, Tutkun, Şar ve Zoroğlu 1995). Adolesan dissosiyatif kimlik bozukluğu hastaları arasında kız/erkek oranının 4/1 olması erkek vakaların erişkinliğe geçişte daha sık tedavi dışında kaldıklarını düşündürmekte ve bu kişilerin agresif davranışlar nedeniyle giderek psikiyatrik sistemden çok adli sisteme girdikleri görüşüne uymaktadır. Dissosiyatif kimlik bozukluğunu dikkate alan yaklaşımla yürütülen psikoterapi ile vakaların bir bölümünde entegrasyona ulaşılmış olması bu tanı kategorisinin işlevsel ve geçerli olduğu görüşünü desteklemektedir.

Sonuç olarak bu seride belirgin çocukluk çağı travması olan genç kadın hastalar ağırlık taşımaktadır. Hastalarımızın bir bölümünde akut bir kriz durumu ve dolayısıyla başvuru yolu olduğu anlaşılan histerik psikoz kısa sürede yatışmakla birlikte daha kronik ve karmaşık bir dissosiyatif bozukluğun bir parçasıydı (Tutkun, Yargıç ve Şar, baskıda). Bu hastalar şiddetli başağrısı çekiyorlardı ve psikiyatride ulaşılmış olanlar daha önce en çok psikotik bozukluk ve depresyon tınsı almışlardı. Bazı kültürel farklara rağmen hasta grubumuzun klinik özellikleri Kuzey Amerika'dan ve Hollanda'dan bildirilenlere çok benzemektedir. Bu kültürlerüstü bulgular dissosiyatif kimlik bozukluğu kategorisinin geçerliliğini desteklemesi açısından önem taşımakta, ülkemizde de dissosiyatif bozukluklar konusunda klinik eğitim ve bilimsel araştırmalara hız verilmesi gereksinimine işaret etmektedir. Birbirinden bağımsız gruplarca standartlaştırılmış değerlendirme yöntemleriyle yürütülecek çalışmaların bulguları bu kategorinin geçerliliği konusundaki tartışmalara ışık tutacaktır.

KAYNAKLAR

1. Adityanjee Raja GTP, Khandelwal SK: Current status of multiple personality disorder in India. *Am J Psychiatry* 146:1067-10, 1989.
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3th edition-revised). Washinton DC, Am Psychiatric Association, 1987.
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition-revised). Washinton DC, Am Psychiatric Association, 1994.
4. Bernstein EM, Putnam PW: Development, reliability and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 174:727-35, 1986.
5. Boon S, Draijer N: Multiple personality disorder in the Netherlands: A clinical investigation of 71 patients. *Am J Psychiatry*

150:489-494, 1993.

6. Carlson EB, Putnam FW: An update on dissociative experiences scale dissociate. 6:16-27, 1993.
7. Coons PM, Bowman ES, Milstein V: Multiple personality disorder: A clinical investigation of 50 cases. *J Nerv Ment D* 176:519-27, 1988.
8. Klufft RP: Multiple personality disorder: An update hospital community. *Psychiatry* 38:363-373, 1987a.
9. Klufft RP: First rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *Am J Psychiatry* 144:293-98, 1987b.
10. Merskey H: The manufacture of personalities. The production of multiple personality disorder. *Brit J Psychiat* 160:327-40, 1992.
11. Mesulam MM: Dissociative states with abnormal temporal lobe EEG multiple personality and illusion of possession. *Arch Neurol* 38:176-181, 1981.
12. Öztürk MO: Ruh sağlığı ve bozuklukları. 4. baskı, Ankara Sevinç Matbaası, s. 394, 1993.
13. Öztürk MO, Göğüş A: Ağır regresif belirtiler gösteren histerik psikozlar. 9. Milli Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Çalışmaları, İstanbul, s. 155, 1973.
14. Öztürk MO, Volkan VD: The theory and practice of psychiatry in Turkey. *Am J Psychiatry* 15:240-71, 1971.
15. Putnam FW: The study of multiple personality disorder: General strategies and practical considerations. *Psychiatric Ann* 14:58-62, 1984.
16. Putnam FW, Guroff JJ, Silberman EK, et al: The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 recent cases. *J Clin Psychiatry* 47:285-293, 1986.
17. Ross CA: The dissociative disorders interview Schedule. In: Multiple personality disorder: Diagnosis, clinical features and treatment. New York, John Wiley & Sons, p.316, 1989a.
18. Ross CA: Multiple personality disorder: Diagnosis, clinical features and treatment. New York, John Wiley & Sons, p.58, 1989b.
19. Ross CA: Aynı kitap. s.82, 1989c.
20. Ross CA: Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation psychiatri. *Clin North Am* 14:503-517, 1991.
21. Ross CA, Norton GR, Wozney K: Multiple personality disorder: An analysis of 236 cases. *Can J Psychiatry* 34:413-18, 1989.
22. Schenk L, Bear D: Multiple personality and related phenomena in patients with abnormal temporal lobe EEG. *Am J Psychiatry* 138:1311-16, 1989.
23. Steinberg M: Interviewer's guide to the structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders. Am Psychiatric Press, 1993.
24. Steinberg M, Rounsaville B, Chicetti DV: A structural clinical interview for DSM-III-R dissociative disorders: Preliminary report on a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatry* 147:76-82, 1990.
25. Şar I: 1970-1980 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Kliniğine yatarak tedavi gören hastalardan "histeri" tanısı alanların değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniv, Ankara, 1983.
26. Şar V, Yargıç Lİ, Tutkun H: Türkiye'de çoğul kişilik bozukluğu konusunda deneyim ve görüşler: Bir anket ve düşündürdükleri. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 32:76-83, 1995.
27. Şar V, Yargıç Lİ, Tutkun H: (unpublished manuscript): Structured interview data on 35 cases of dissociative identity disorder in Turkey.
28. Tutkun H, Yargıç Lİ, Şar V: Dissociative identity disorder clinical investigation of 20 cases in Turkey. *Dissociation* 8:3-9, 1995.
29. Tutkun H, Yargıç Lİ, Şar V: Dissociative identity disorder presenting as hysterical psychosis. *Dissociation*. (in press).
30. Yargıç Lİ: Çoğul kişilik bozukluğunun yapılandırılmış görüşme çizelgesi ve bir özbidirim ölçeği yardımıyla ayırıcı tanısının yapılması. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniv, 1995.
31. Yargıç Lİ, Şar V, Tutkun H: Çoğul kişilik bozukluğunun yapılandırılmış görüşme çizelgesi ve bir özbidirim ölçeği yardımıyla ayırıcı tanısının yapılması. 31. Ulusal Psikiyatri Kongresine sunulan bildiri. İstanbul, 1995.
32. Yargıç Lİ, Tutkun H, Şar V: Validity and reliability of the Turkish version of the dissociative experiences scale. *Dissociation* 8:10-12, 1994.
33. Yargıç Lİ, Tutkun H, Şar V, Zoroğlu S: Dissociative identity disorder comparison of adolescents and adults. Proceedings of the 5th annual spring conference of the international society for the study of dissociation. Amsterdam, 1995.