

## İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN ÇOCUKLARDA DİSOSİYATİF BOZUKLUK: OLGU SUNUMU

Behiye ALYANAK, Ümran TÜZÜN\*

### ÖZET

Bu çalışmada, intihar girişimi olan 11-15 yaşları arasında 4 olgu sunulmuştur. Bu dört olguda ortak olan disosiyatif özellikler, daha önce aldıkları yanlış tanımlar literatür ışığında tartışılmış; disosiyatif kimlik bozukluğunda (DKB) kendine dönük agresif ve intihar davranışlarının önemi üzerinde durulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** İntihar girişimi, disosiyatif bozukluk, çocuk.

### SUMMARY

*Dissociative disorder in children attempting suicide: case presentation.* In this study, we have presented 4 suicide attempting cases, their ages ranged from 11 to 15. All had the diagnosis of dissociative identity disorder (DID). We try to emphasize the importance of high frequency of self directed aggressive and suicidal behaviors in DID.

**Key Words:** Suicidal attempts, dissociative disorder, child.

### GİRİŞ

Ruhsal yapının analizi çalışmaları başlangıcından bugüne, nörobiyolojik araştırmalar, bilgi işleme teorisi, çocuk gelişimi araştırmaları, bilişsel - gelişimsel teori ve bellek ile ilgili evrimsel teorilerin etkisiyle ilerlemiştir. Kişilerarası alanın içsel ruhsal yapıları etkisi, anne-bebek etkileşimi araştırmaları, ayrılma-bireyleşme, nesne ilişkileri, kendilik psikolojisi kuramlarınca vurgulanmıştır<sup>(19)</sup>. Klasik psikanalitik 3 parçalı ruhsal yapı modelindeki (ego, id, superego) ego yerine "we go" yapılanmasından söz edilir olmuştur<sup>(2)</sup>.

Gelişim, yaşamsal farklılaşma ve bütünleşme yoluyla sağlanır; yeni deneyimler katlanması zor acılar içeriyorsa, varolan kendilikle bağdaşmaz, bütünleşmez, yaşadıkları andaki duygusal-bilişsel biçimiyle paketlenmiş, sınırlanmış, ayrılmış yapılar, "disosiyatif materyel" olarak kalır ve ruhsal gelişimi sekteye uğratır<sup>(11)</sup>.

Bu bütünleşmeme ya da ayrışma gündelik stresler karşısında basit unutkanlıklar biçiminde ortaya çıkabilen normal disosiyatif savunmalardan, küçük çocukların hayali oyun ve fantazilerinden farklıdır. Patolojik disosiyasyon erken çocukluktaki örseleyici yaşantılara bağlı gelişen, bilinç, bellek, kimlik veya algının bütünlüklü işlevlerinde bir ayrışma olarak amnezi, füğ, depresonalizasyon, kişilik bozukluğu biçiminde görülebilir. Bilinç değişiklikleri, farklı kişilik durumları (alter kişilikler) gösterdiğinde Disosiyatif Kimlik Bozukluğundan (DKB) söz edilir<sup>(1,5,20,21,23)</sup>.

Bütün Disosiyatif Bozukluklar (DB) çocukluk döneminde başlamasına karşın, olguların ancak %3'ü 12 yaşın altında ve ancak %8'i 12-19 yaş arası ergenlik döneminde tanılabilmektedir. Erken yaşta doğru tanının konulması çocuğun içinde bulunduğu örseleyici ortamın ele alınarak düzenlenmesine ve kısa sürede çok daha başarılı bir tedaviye olanak sağlar<sup>(5)</sup>.

İntihar davranışları; kendine zarar verme ve ölüme neden olma yollarını düşünmeyi (inti-

har düşünceleri, kendine zarar verici eylemleri (intihar girişimi) veya ölümü (intihar) kapsar. İntihar girişimi ölümcül olmayan eylemdir (8).

1980'lerde ergen intiharlarındaki artış, dikkatleri önleme çalışmalarına yöneltmiştir. Etiyolojiyi anlamının, önleme programları oluşturmada yaşamsal önemi vardır. Ergenlerde intihar girişimlerinin yaşam oyu prevalansının %3.5 ile %11 arasında olduğu bildirilmektedir (10). İst.Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D'nin yaptığı bir epidemiyolojik çalışmada, İstanbul' da lise öğrencileri arasında, en az bir kez intihar girişiminde bulunma sıklığının %10 olduğu saptanmıştır (24).

Disosiyatif bozukluklar ile intihar ilişkisi az sayıda çalışma ile ortaya konmuştur (6). Kötüye kullanım öyküsü olan çocukların 1/3'ünde bir disosiyatif bozukluk, 1/4'ünde disosiyatif kimlik bozukluğu (DKB) ortaya çıktığı bildirilmektedir (7,8,20).

## OLGU SUNUMU

Burada sunulan olgular İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D. Genel polikliğine, Konsültasyon-Liyazon polikliniğine intihar girişimi ile başvurmuşlar, olgular arasından DSM-IV'e göre disosiyatif bozukluk tanısı almışlardır. Olguların tedavi süreci 6-9 ay sürmüştür. Bütün olgularda mevcut alter kişililerle görüşerek ve tedavi protokolü oluşturularak stabilizasyon sağlanmış, tedavi sürecinde kendine zarar verici davranışları olmamıştır.

**OLGU 1:** Beyza, 15 yaşında ticaret lisesi 2. sınıf öğrencisi kız, bayılmaların olması, kendini iyi hissetmeme, şiddetli başağrısı, ilaç içerek intihar girişiminde bulunma nedeniyle başvurdu. Sinirlendiğinde, üzülürken bayıldığı; kendini yerden yere attığı, etraftakileri tanımadığı, olan biteni hatırlamadığı bildirildi.

İntihar girişimini ailesini etkilemek, daha anlayışlı olmalarını, dışarı çıkmasına izin vermelerini sağlamak için yaptığını, amacına da ulaştığını söylüyordu. Detaylar sorgulandığında intihar girişimi öncesinde gördüğü karanlık bir yüzün, bu son gecen olacak, sen kötü bir kızsın dediğini, içine korku hissi geldiğini, onun evdeki ilaçları alıp çantasına koyduğunu, onunla mücadele ettiğini, ilaçları içmek istemediğini, içtikten sonra arkadaşına telefonla haber vermek istediğini, bir süre sonra telefon açabildiğini söylüyordu.

Görüşmecinin yüzüne dalgınlaşarak baktığında, canavara benzer, karanlık, buruşuk yüzlü, şeytan olabileceğini düşündüğü bir kişiliği, kalın erkek sesiyle gülerken görüyordu. İki ay önce onun beyaz olduğunu, giderek grinin tonlarına ve şimdi simsiyah renge döndüğünü söyledi. "Sanki ona verilmiş bir süre var, beni 4-6 ay içinde öldürecek ama bunu başaracak. Çok savaş veriyoruz, ikimizin arasında büyük rekabet var" diyordu.

Sonraki görüşmelerde yüzünü gri renkte gördüğü, 11 yaşında olduğunu söyleyen çocuk alter ile konuşuldu. "Beyza ablam benim kadar karamsar değil, ben onun kafasına takıyorum, onu üzüyorum. Ben onu kıskanıyorum. Ağzını bantlıyorum, konuşturamıyorum. Önceden ben aşırı kötüydüm. Yüzüm simsiyahtı. Beyza ablamı intihar ettirdim. Onun elini kolunu bağladım. Beyza ablam pencereden atlayacaktı."

Çocuk alter bir taciz olayı yaşamıştı. 10 yaş büyük bir akraba asker dönüşü 4-5 saat onu evde alkoymuş, porno resimler göstermiş, "iğrenç şeyler" yapmış, "bu olayı söylersen seni öldürürüm" demiş, söylememesi için ona ayakkabı almıştı.

**OLGU 2:** Bilge, 15 yaşında özel bir okulda orta üçüncü sınıf öğrencisi kız; sinirlilik, uykusuzluk, hayaller görme, bir kez ilaçla suisid girişimi ve pencereden atlama düşünceleri nedeniyle gittiği bir klinikte yüksek dozda

nöroleptik medikasyonun başlaması ve hastane yatışı önerilerek elektrokonvülsif tedavi (EKT) endikasyonu konması üzerine, aile durumu değerlendirmemiz için bize getirmişti.

Bebekliğinden beri hırçın, inatçı, hareketli bir çocuk olarak tanımlanıyordu. Anne ve babasıyla bir kaç yıldır arası bozulmuştu. Son üç aydır torbalarda kesik başlar gördüğünü, sesler duyduğunu, pencereden atlayabileceğini ama bundan korktuğunu söylüyordu. Kısa süreli derealizasyon ve depersonalizasyon yaşantıları tanımlıyordu. Afekti labil ve düşünce içeriğiyle uyumluydu, duygulanımı depresifti. DSM IV'e göre komorbid Dikkat Eksikliği Hareketlilik Bozukluğu tanısı alıyordu. Hipnozabilitesi yüksekti. Gözlerini kapattığında, içinde "güçlü insanlar" dediği, yüzü olmayan iki kişinin olduğunu, onların kendisini yüksek bir uçurumdan sarkıtarak boğmaya çalıştıklarını gördü. Sürekli konuştuğu "kendim" ve kızıl saçlı küçük bir kız olarak gördüğü çocuk kişilik de vardı. 9-11 yaşları arasını hatırlamıyordu. Kimsenin kendisini anlamadığından yakınıyordu. Antidepresan ile farmakoterapinin yanısıra psikoterapi süreci ile kişilikler arası entegrasyon sağlandı.

**OLGU 3:** İlgin 13 yaşında, özel bir okulda orta ikinci sınıf öğrencisi kız; ilaç içerek intihar girişiminde bulunma nedeniyle kliniğimize başvurdu. Son 6 aydır sinirlilik, dağınıklık, dalgınlık, mutsuzluk, anne babasına karşı gelme, derslerini çalışmama dikkati çekmiş. İlgin 4 yaşındayken babasında beyin tümörü teşhis edilmiş, operasyon sonrası radyoterapi yapılmış ve takibi halen sürüyormuş. Anne aile idaresini üstlendikten sonra, depresif ve obsesif özellikleri arttığından psikiyatrik yardım alıyordu.

İlgin'in içinden gelen sesler vardı. Kurukafa, diğer İlgin, Naciye (annesi). Zaman zaman bu kişilikler yaşamı sürdürüyormuş. Kurukafa, İlgin'in ölmesini istiyormuş, hırçın,

saygısızmış, derslerde öğretmenlere karşı gelebiliyor, yazılılarda boş kağıt veriyormuş. Bir öğretmeni "neden böyle yapıyorsun" diye sorduğunda İlgin "ben yapmıyorum, içimdekiler yapıyor" diye yanıtlamış. "Benim dışındaki güçler bana yardım etmek için gelmişler" diyormuş. Gece karaltılar evde geziyor, ondan korkuyormuş; yorganın altından çıkınca bir şey görecekmış gibi oluyormuş. İlgin'in eşyaları kırma, dökme, kollarını kesme gibi belirgin zarar verici davranışları vardı; uyuşturucu denemeyi istiyordu. DSM-IV'e göre DKB tanısı yanısıra ikinci eksen Borderline kişilik özellikleri mevcuttu.

**OLGU 4:** Derya 11 yaşında, erkek; hırçınlık, sinirlilik, sosyal ilişkilerinde yetersizlik, gece altını ıslatma, intihar girişimi nedeniyle kliniğimize başvuruda bulundu. 4 yıldır ölümü düşünüyor, bu durumu 2 yıldır ailesi biliyormuş. Bir kez balkondan atlarken annesi yakalamış. Kalbine bıçak saplamak istemiş. Hep birisi onu öldürse diye düşünüyor, ancak acı çekmek istemiyormuş. "Arkadaşlarla kavga ediyoruz, liseliler bizi dövüyor, canımız acıyor; bazen de canım çok sıkılıyor, ölmek istiyorum." diyordu.

"İçimde bir sunucu var, 30 yaşında. Şöyle yapabilirsiniz diyor. Biz de yarışıyoruz, eğleniyoruz. Bazen 5 kişi oluyoruz. İçimdeki Derya büyük, 30 yaşında, bir de bıyıklı adam var, adı Mehmet. Oturup puan kazanmaya çalışır. O sıfır puandadır ben milyar puandayım. Cumhurbaşkanı, başbakan gibi bir iki kişi daha var. Onlar seyrederek oynamaz. Şöyle yapabilirsiniz falan derler. Bizi korkutan biri var, bizim asıl sorunumuz o. Çözüm olarak intiharı düşünüyoruz."

## TARTIŞMA

İntiharı tamamlayan, kendilerini öldüren ergenlerin 1/3'ünün daha önce de bir intihar girişimleri olduğu bilinir<sup>(15,18)</sup>. Bu nedenle intihar girişimi olan olguların dikkatle ele alınması yaşamsal önem taşır.

Lewinsohn, intihar girişimi olan ergenlerde depresif mizaç ve özellikle bilişsel ve kişilerarası ilişki alanlarında belirgin psikososyal yetersizlikler saptamıştır (9).

İntihar davranışları olan ve çocuk psikiyatrisi kliniğine yatırılan çocukların birinci derece akrabalarında antisosyal kişilik bozukluğu, suçlu davranışlar, madde kötü kullanımı fazla bulunurken, birinci derece akrabalarda duygudurum bozukluğu veya ikinci derece akrabalarda tanımlanan psikopatolojiler arasında bir ilişki bulunmamıştır (13).

Yakın geçmişte yapılan bir çalışmada (10) ergenlerde intihar davranışı belirlemede, stresörlerin özellikle önemli olduğu, major depresyon gibi altta yatan mental bozukluğun rolünün önceki çalışmaların aksine ihmal edilebileceği gösterilmiştir.

Düşük gelirli bölgelerdeki kadınlar arasında da intihar girişimlerini etkileyen risk faktörleri olarak eşlerin kötü kullanımı ve travma sonrası stres bozukluğu bulunmuştur (22). Son zamanlarda yapılan bir başka çalışmada stresle ya da psikiyatrik problemlerle ilişkili olarak intihara yatkınlığı olabileceği ortaya konmuştur (17).

Fiziksel, duygusal, cinsel kötüye kullanımı, ihmale uğrayan çocukların 1/3'ünde bir disosiyatif bozukluk, 1/4'ünde disosiyatif kimlik bozukluğunun ortaya çıktığı saptanmıştır (7,8,20). Çocuk ve ergen psikiyatrisi klinik başvurularının %35'inde disosiyatif bozuklukların bazı tipleri, %17'sinde DKB bulunmuştur (16).

Kluft, 26-38 yaşları arasında değişen, borderline kişilik bozukluğu ve afektif bozukluk tanıları, konulmuş olan, 6 tamamlanmış intihar olgusunun klinik özellikleri retrospektif tartışarak bu olgularda Disosiyatif Kimlik Bozukluğu (DKB) tanısının daha uygun olduğunu iddia etmiştir (6).

Ross ve ark.'nın 236 DKB hastasında %72 intihar girişimi olmuş, %2.1'i ise kendini öl-

dürmüştür. Daha sonraki çok merkezli çalışmada ise DKB olgularının %92'sinde tekrarlayan ölüm ve intihar düşüncelerinin, ölmüş olma isteğinin ya da girişimin bulunduğu saptanmıştır (16). Putnam ve ark.'nın 100 DKB olgusunda %61 ciddi intihar girişimi, %71'inde intihar jestleri saptamışlardır; 1 olguda intihar tamamlanmıştır (14). Hornstein ve Putnam, çocuk DKB olgularında intihar düşüncesi ve intihar girişimlerinin sık görüldüğünü, tekrarlayan hastane yatışlarına yol açabileceğini bildirmişlerdir (3,4).

Bizim olgularımızda disosiyatif doğada psikopatolojik organizasyona yönelik psikoterapiyle, örseleyici yaşantıların etkileri çalışıldı. Alter kişiler arası içgörü ve stabilizasyon kısa sürede sağlandı. Hospitalizasyon gerekmedi. Bütün olgular yakın çevrelerinde yeterli yakınlığı, ilgili bulamadıklarını, yanlış anlaşıldıklarını belirtmekteydi. Empatik, duyarlı ilişkilerin yaşanmaması ortak sorundu.

Travmatik yaşam olayları ile ilişkili olduğu bilinen intihar davranışlarında disosiyatif bozukluk tanısının akla gelmemesi şaşırtıcıdır. 2. ve 3. Olguda olduğu gibi psikoz ya da psikotik depresyon düşünülerek yanlış tedaviler düzenlenebilmektedir. Epizotik halüsinasyonlar öyküsü özellikle çocuk veya ergenlerde olduğunda klinisyen DKB tanısı konusunu aklına getirmelidir. Emir veren halüsilasyonlar ve birbiriyle konuşan sesler DKB'nin karakteristikleri olarak düşünülebilmektedir. Disosiyatif durumlar gün içinde değişen bilinçlik halleri ile karakterizedir ve gerçeklik algısı ve genel işlevsellik korunmuştur, oysa bir psikotik epizod haftaları hatta aylarca sürebilir ve gerçeklik algısında ve işlevsellikte bozulma belirgindir (3,6,8). Disosiyatif bozuklukta major depresyon komorbid tanısı konabilmektedir ancak disosiyatif tanı major depresyon boyutuyla sınırlı kaldığında, özellikle çocukluk çağında psikoterapi ile çok kısa sürede elde edilebilecek kalıcı düzelmeye şansı kaybedilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4.ed), American Psychiatric Association, Washington DC (1994).
2. Emde R: Positive emotions for psychoanalytic theory from infancy research and new directions. *J Am. Psychoanal Assoc (suppl)* 39-5 (1990).
3. Hornstein NL: Complexity of psychiatric differential diagnosis in children with dissociative symptoms and disorders. "Dissociative child: Diagnosis, treatment and management" Ed. Silberg JL Lutherville, MD: Sidran Press. 27-45 (1996).
4. Hornstein NL, Putman FW: Clinical phenomenology of child and dissociative disorders. *J Am Acad Adolesc Psychiatry*, 31:1077 (1992).
5. Kluft RP: Childhood multiple personality disorders: Predictors, clinical findings, and treatment results "Childhood Antecedents of Multiple Personality" Washington DC, American Psychiatric Press (1985) s: 167 .
6. Kluft RP: Six completed suicides in dissociative identity disorder patients: clinical observations, *Dissociation* 8:104 (1995).
7. Lewis DD: Diagnostic evaluation of the child with dissociative identity disorder/multiple personality disorders. *Child and Adolesc Psychiatric Clin North Amireca* 5:303 (1996).
8. Lewis DD, Yeager CA: Dissociative identity disorder/Multiple personality "Child and Adolescent Psychiatry" ed: Lewis M, Williams&Wilkins, Baltimore (1997) s: 702.
9. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR: Psychosocial characteristics of adolescent with a history o suicide attempt. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32:8 (1993).
10. McKeown RE, Garrison CZ, Cuffe SP, Waller JL, Jackson KL, Addy CL: Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37:612 (1998).
11. Noam G: The theory of biography and transformation: Foundation for clinical-development therapy. Shirk S (ed): "Cognitive Development and Child Psychotherapy" New York, Plenum (1988) s: 273.
12. Preffer CR, Hurt SW, Peskin JR, Stiefker CA: Suicidal children grow up: Ego functions associated with suicide attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:1318 (1995).
13. Preffer CR, Normandin L, Kakuma T: Suicidal children grow up: Suicidal behavior and psychiatric disorders among relatives. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33:1087 (1994).
14. Putman FW: Diagnosis and treatment of multiple personality disorder. New York, Guilford (1989).
15. Roberts RE, Roberts CR, Chen YR: Suicidal thinking among adolescents with a history of attempted suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37:1294 (1998).
16. Ross CA: Epidemiology of multiple personality and dissociation. *Psychiatric Clin North Am* 14:503 (1991).
17. Roy A, Nilsen D, Rylander G, Sarchiapone M, Segal N: Genetics of suicide in depression. *J Clin Psychiatry* 60:113 (1999).
18. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M: Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 53:339 (1996).
19. Shapiro T, Esman A: Psychoanalysis and child and adolescent psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31:6 (1992).