

# ENDER BİR OLGU TANISI NEDENİ İLE ÇOĞUL KİŞİLİK BOZUKLUĞUNUN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Gül Çörüş\*

Hülya Ekberzade\*\*

## Ö Z E T

*Çoğul kişilik bozukluğu, sıradan bir unutma ile açıklanamayacak ölçüde kişisel bilgiyi hatırlayamamaya birlikte bireyin davranışını yineler bir şekilde kontrol altına alan iki ya da daha fazla kimlik veya kişilik yapısının söz konusu olduğu dissosiyatif bir bozukluktur. Bu bozukluk çocukluk döneminde nadiren görülür. Bu yazıda, konu ile ilgili literatür kısaca gözden geçirilmiş ve üç ayrı kişilik yapısı gösteren 11 yaşındaki bir olgu, çoğul kişilik bozukluğu tanısı olarak tartışılmıştır.*

*Anahtar Sözcükler: Çoğul kişilik bozukluğu, dissosiyatif bozukluklar*

---

\* I.Ü. Ed. Fak. Psikoloji Böl.

\*\* Psychomed Danışmanlık

## A B S T R A C T

*Multiple personality disorder, which is characterized by the presence of two or more distinct identities or personality states that recurrently take control of the person's behavior accompanied by an inability to recall personal information. This inability to recall personal information is too extensive to be explained by ordinary forgetfulness, is a kind of dissociative disorders. The disorder is rarely diagnosed in childhood. In this article, the related literature was briefly reviewed and a 11 year-old case with three distinct personality states was discussed as a diagnosis example for multiple personality disorder.*

*Keywords: Multiple personality disorder, dissociative disorders.*

## G İ R İ Ő

Bu alışmada, özölme reaksiyonlarının (dissosiyatif bozukluklar) erken dönem travma temelli tablolarından biri olarak kabul edilen ve çocukluk döneminde oldukça ender ortaya çıktığı bilinen çoğul kişilik bozukluğu (dissosiyatif kimlik bozukluğu) ile ilgili literatür, 11 yaşındaki bir olgudan hareketle, kısaca gözden geçirilmiş ve olgunun hastalık öyküsü bağlamında tanıya götürücü bulguları tartışılmıştır.

DSM-IV sınıflamasında Eksen I'in önemli tablolarından biri olan özölme reaksiyonları, tehlike ya da ağır bir stres karşısında, bilinç, bellek, kimlik veya çevrenin algılanmasına ilişkin bütünleşmiş işlevlerde dağılmanın meydana geldiği ve temelinde geçmişteki çatışmalar ile günlük travmatik olaylardan uzaklaşma gereksiniminin

yattığı psikolojik bir kaçış mekanizması olarak ele alınır (APA, 1994; Dinçmen, 1981; İlal, 1984; Talbott, Hales ve Yudofsky, 1988; Ziyalar, 1981). Bu reaksiyonlar, dissosiyatif bellek yitimi (psikojenik amnezi), dissosiyatif kaçma (füg), dissosiyatif bayılma, depersonalizasyon, uyurgezerlik (somnanbulizm), otomatik davranış ve donakalım (katalepsi) şeklinde ortaya çıkabileceği gibi, nadiren de ilgili reaksiyonların en ileri derecesi sayılan ve bu çalışmanın odak noktasını oluşturan çoğul kişilik bozukluğu (dissosiyatif kimlik bozukluğu) şeklinde meydana gelebilir.

Bireysel bütünlüğü tehdit edici olaylar karşısında veya yoğun bir stres altında kişiliğin parçalanarak kendisini aşırı endişe halinden korumasını ifade eden çoğul kişilik bozukluğu, DSM-IV tanı kriterlerine göre şu temel özellikleri taşır (APA, 1994):

- İki ya da daha fazla ayrı kimlik veya kişilik yapısının aynı kim-sede görülmesi (Kriter A)
- Bu kimlik veya kişilik yapılarının bireyin davranışlarını yineleyen bir şekilde kontrol altına alması (Kriter B)
- Sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak ölçüde kişisel bilgilerin hatırlanamaması (Kriter C)
- Bozukluğun bir maddenin fizyolojik etkileri (örneğin, alkol zehirlenmesinde ortaya çıkan bilinç boşlukları veya kaotik davranışlar) ya da genel fiziksel durumdan (örneğin, karmaşık kısmi nöbetler) kaynaklanmaması ve çocuklarda semptomların hayali oyun arkadaşlarına veya diğer düşsel oyunlara atfedilmemesi (Kriter D)

Çoğul kişilik bozukluğu tanısının verilmesinde DSM-IV'ün esas aldığı bu dört ana tanı kriterinin yanı sıra, klasik yaklaşıma göre, aşağıdaki bulgular da önem taşımaktadır (Talbott ve diğ., 1988):

- Önceki tedavide başarısızlık

• Asıl tanı öncesinde üç ya da daha fazla sayıda farklı tanının konması

- Hali hazırda psikiyatrik ve somatik semptomların varlığı
- Değişen semptomlar ve işlevsellik düzeyleri
- Ağır başağrıları
- Zaman algısı bozukluğu ve zaman boşlukları
- Hatırlamadığı davranışlarının başkalarınınca söylenmesi
- Diğerlerinin gözlemlenebilir değişimlerini farketmesi

• Bir kimlikteki el yazısı ya da nesnelere ve ürünleri kullanımının, diğer kimlikte hatırlanamaması

• Onu bazı aktiviteleri yapmaya yönelten sesler işitmesi (hastaların %80'i bu seslerin kafalarının içinden geldiğini belirtmiştir)

- Kollektif anlamda "biz" kelimesinin kullanımı

• Hipnoz veya sodyum amobarbital uygulamasıyla diğer kimliklerin ortadan kaldırılabilmesi

Yukarıda da belirtildiği üzere, DSM-IV'e göre (APA, 1994), çoğul kişilik bozukluğu, kimlik, hafıza ve bilincin çeşitli işlevlerini bütünleştirmedeki başarısızlığını ifade eder. Her kişilik hali farklı bir ad taşıyan ayrı bir özgeçmişe, kendilik imajına ve kimliğine sahipmiş gibi yaşanabilir. Genellikle bireye verilen adı taşıyan pasif, bağımlı, suçlu ve bastırılmış bir ana kimlik vardır. Diğer kimlikler sıklıkla başka adlara sahip olup, ana kimlikle zıt olan nitelikler taşırlar (örneğin, düşman, kontrol edici, koruyucu ve öz-yıkıcı).

Ross, Norton ve Wozney (1989), çoğul kişilik bozukluğu tanısı konmuş 236 olgunun analizi sonucunda, diğer kimliklerin, çocuksu kişilik (%86), farklı yaşta bir kişilik (%84.5), koruyucu kişilik (%84)

ve perseküte kişilik (%84) şeklinde ortaya çıktığını saptamışlardır. Benzer kişilik yapıları (öfkeli, koruyucu, baskılı, incinmiş, çocuksu), Dell ve Eisenhower'ın (1990) çoğul kişilik bozukluğu tanısı konmuş 11 adölesan üzerindeki araştırmasında da (deneklerin tümünde) ortaya çıkmıştır.

Bu bozuklukta, bireyler özgeçmişlerine dair uzak ve yakın belleklerinde sık boşluklar yaşarlar (APA, 1994). Amnezi yalnızca yineleyen zaman dilimlerinin kaybı şeklinde değil, çocukluk dönemine ilişkin biyografik belleğin tümünün kaybı tarzında da olabilir. Bir kimlikten diğerine geçiş genellikle bir kaç saniye alır. Nadiren dereceli geçiş görülebilir. Ortaya çıkan kimlik sayısı 2'den 100'lere ulaşmakta, rapor edilen olguların yarısında ise 10 ya da daha az kimliğin varlığından söz edilmektedir. Kadınlar (ortalama 15 ve yukarısı) erkeklerden (ortalama 8) daha fazla kimliğe sahip olma eğilimindedir. Bozukluk yetişkin kadınlarda yetişkin erkeklerden üç ila dokuz kez daha sık görülmekte, çocuklarda ise kız-erkek oranı daha da artabilmektedir. Ancak konuyla ilgili data sınırlıdır (APA, 1994).

İlgili laboratuvar bulgularına göre (APA, 1994), çoğul kişilik bozukluğu olan bireyler, hipnoza yatkınlık ve dissosiyatif kapasite ölçümlerinde genel dağılımın üst ucunda puan almaktadırlar. Değişen kimliklere göre değişen fizyolojik özellikler de rapor edilmiştir (örneğin, görsel keskinlikte, acı toleransında, astım semptomlarında, allerji yapan maddelere duyarlılıkta, insüline karşı kan şekerinin tepkisinde kimlikler arasında farklar vardır). İlgili fiziksel muayene bulguları ve genel fiziksel duruma bakıldığında ise kendini yaralama veya fiziksel örselenmeye ilişkin izler saptanabilir. Bu bozukluğu gösteren kimselerde migren veya diğer tipte baş ağrıları, irrite edici barsak sendromu ve astım görülebilir.

Çoğul kişilik bozukluğu olan bireylerin, özellikle çocukluk çağlarında, yineleyen ağır fiziksel ve cinsel istismara uğradıkları belirtilmektedir (Ament, 1987; APA, 1994; Baldwin, 1990; Coons, 1986;

Cozolino, 1989; Dale, 1999; Fraser, 1990; Kluff, 1987; Lynn, Rhue ve Green, 1988; Mulhern, 1994; Putnam, 1993; Talbott ve diğ., 1988, Whitman ve Munkel, 1991). Nitekim, Ross ve diğelerinin (1989) yukarıda değinilen çalışmasında, ele alınan olguların %74,9'unda ağır fiziksel istismar, %79,2'sinde ise ağır cinsel istismar bulgusu saptanmıştır. Dell ve Eisenhower (1990), yine yukarıda sözü edilen, çoğul kişilik bozukluğu tanısı konmuş adölesan çağındaki 11 olgunun tümünde, çocukluk dönemi travması olarak cinsel, fiziksel ve emosyonel istismar geçmişi saptamıştır. Bu gençlerin annelerinin %36'sında da aynı bozukluk görülmüştür. Nitekim, bu bozukluğun görülme sıklığına bakıldığında, birincil dereceden biyolojik akrabalar arasında, genel popülasyonda olduğundan daha fazla ortaya çıktığı gösterir çalışmalar vardır (APA,1994).

Goff ve Simms (1993), 1800-1965 yılları arasında yayımlanan 52 olgu ile 1980' lerde yayımlanan 54 olguyu karşılaştırdıklarında yukarıdaki verileri destekleyen şu ilginç sonuçlara ulaşmışlardır: Eski ve yeni olgular arasında tanı yaşı, tedavi ve izleme süreleri, çocuğu ve karşı cinse ait kişilik yapıları ile hipnotize olma yönlerinden herhangi bir farklılaşma meydana gelmemiştir. Ancak yeni olgular eskilerinden, ortalama kişilik sayısı (3'den 12'e), başlangıç yaşı (20'den 11'e), erkeklerde görülme oranı (%44'den %24'e) ve çocukluk çağında istismar geçmişi bulunma sıklığı (%29'dan %81'e) açısından anlamlı bir şekilde farklılaşmıştır.

Çoğul kişilik bozukluğuyla birlikte seyredilebilen tablolardan en önemlisi travma sonrası stres bozukluğu ya da travma sonrası belirtileridir (örneğin, gece kâbusları, geri dönüşler ve irkilme tepkileri). Bu seyre bağlı olarak, öz-yıkıcı davranışlar, kendini yaralama, intihar ve saldırgan hareketler meydana gelebilir (Dale, 1999). Nitekim, Ross ve diğelerinin (1989) çalışmasında, ele alınan olguların %72'sinin intihar girişiminde bulunduğu ve %2,1'inin bu girişimde sonuca ulaştığı bildirilmiştir.

Bu kısa literatür taraması ışığında, çalışmanın bundan sonraki bölümünde, çocukluk döneminde görülmesi bakımından ilginç ve nadir bir tanı örneği oluşturduğu düşünülen, çoğul kişilik bozukluğu tanılı 11 yaşındaki bir olgu, hastalık öyküsü ve tanıya götürücü bulguları açısından ele alınmaktadır.

## OLGU

Olgu, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Kliniğine, başlıca, ani bayılma nöbetlerinin oluşu, vücudunda kasılmalar ve çarpınmalar meydana gelmesi, sayıklamalar, ağlama krizleri, yürüme bozuklukları, aşırı hareketlilik, hırçınlık, çocuksu davranışlar ve konuşmalar, kişilik yapısında ani değişimler göstermesi şikayetleriyle getirilmiş olan 11 yaşında erkek temel öğretim 5. yıl öğrencisidir. Hastalık öyküsüne göre, bu bulgular, çocuk, kliniğe getirilmeden 3 ay önce, annenin başka bir kentteki akrabasını ziyaret amacıyla ondan ilk kez ayrıldığı dönemde, aniden ağlama, kasılma ve çarpınmalarla ortaya çıkmış, aynı tablo 2-3 gün sonra yinelemiş ve çocuksu konuşmalar ile yürüme bozukluklarının zaman zaman tekrarlaması nedeniyle, üniversite hastanesi öncesinde yerel bir çocuk kliniğine bir hafta süreyle yatırılmış, ancak, organik kaynaklı bir bozukluk saptanmadığından klinikte kalış süresi kısa tutulmuştur. Eve dönüşte ise aynı sorunlar yeniden ortaya çıkmıştır.

Kişisel kimliğin gizliliğini sağlamak üzere biyografik bilgilerin kısmen değiştirildiği olgu geçmişi, öncelikle aşağıda belirtilen açılardan incelenmiştir:

**Aile Yapısı:** Hastanın özgeçmişi ve aile yapısı irdelendiğinde, aile üyelerinden şizofreni tanısı olan halanın dışında, çocuğu doğrudan etkileyebilecek dikkat çekici herhangi bir patolojik bulguya ya da travmaya rastlanmamıştır. Aile üyeleri, anne-baba-iki çocuk (16 ya-

şında kız ve ele alınan olgu olarak 11 yaşında erkek) ve haladan oluşmaktadır. Baba, 56 yaşında yüksek mimar ve anne 46 yaşında ilköğretim mezunu ev hanımıdır. Ailenin hali hazırdaki sosyo-kültürel yapısına paralel olarak, anne ve baba farklı sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerden gelmektedir. Ancak, bağlantılı oldukları ailevi geçmişleriyle ters orantılı olarak, klinik gözlemlere göre, babanın tutucu nitelikteki tutumları, esnek bir kişilik yapısı sergileyen anneye kıyasla, daha yoğundur. Anne ve babanın ortak görüşüne göre, ablanın kıskançlığından kaynaklanan iki kardeşin çatışması dışında, aile içi ilişkilerde, hala da dahil, herhangi bir sorun bulunmamaktadır.

**Organik İncelemeler:** Hasta çocuğun fizik gelişimi normal olup, özgeçmişinde önemli bir hastalığa rastlanmamıştır. Organik incelemeleri ve EEG'si normal bulunmuştur.

**İlaç Geçmişi:** Hasta çocuğun tedavisinde, daha önce başvurulmuş klinik ve hastanelerde farklı tanımlar konmuş olup, bu değişken tanımlar doğrultusunda, bazı antidepresanlar (Anafranil, Tofranil, Lithuril) ve/veya beraberinde nöroleptik (Largactil) kullanıldığı saptanmıştır. Hastanın ailesi bu sağaltımlardan yararlanılmadığını ve hatta hastalığın şiddetlendiğini ifade etmiştir.

**Psikometrik İncelemeler:** Çocuk Psikiyatrisi Kliniğinde uygulanan R.B.Cattell Zekâ Testi 2B Formuna göre, hastanın zekâ düzeyi normal olarak saptanmış ve Rorschach Testi sonucunda nörotik tipte reaksiyon bulgulanmıştır.

**Sosyal İlişkiler ve Okul Başarısı:** Aile, hastayı, öğretmen ve arkadaş ilişkileri iyi, girişken, paylaşmayı seven, gerek bir yıl süreli okul öncesi eğitiminde gerekse okul yıllarında uyumlu, okula sevecek ve isteyerek devam eden, son 1 aya kadar derslerinde başarılı (zaman zaman teşekkürle geçen) bir çocuk olarak tanımlamıştır. Ancak, yakın dönemde, hastalığı nedeniyle, okula gidemediğini ve okul başarısının düştüğünü belirtmişlerdir.



Olgu takibine göre, hastada, normal kimliği dahil, aynı adı taşıyan ve sonuncusu tedavi sürecinde gelişen üç ayrı kişilik yapısının varlığı saptanmıştır. Normal kimliği, ailenin de tanımladığı üzere, uyumlu bir kişilik yapısı gösterirken, ikinci kimliği saldırgan ve çocuksu, tedavi sürecinde gelişen üçüncü kimliği ise sürekli olarak herkesin “deli” olduğunu belirtmesinin yanı sıra anne-baba dahil olmak üzere çevresindeki hiç kimseyi tanımayan bir yapıdadır. Normal kimlikten ikinci ya da üçüncü kimliğe geçiş, bir kaç saniye içinde, herhangi bir isteğinin gerçekleştirilmemesi ya da televizyonda izlediği olumsuz haberler gibi provoke edici bir olay sonucunda şiddetli baş ağrısı, çift görme veya gözleri kapalı tutma, konuşmanın bozulması, değişen kimlik sürecinde 5-6 kez ortaya çıkan 1-15 dakika süreli ani bayılmalar ve ağlamalar, vücutta kasılmaların meydana gelmesi, ikinci kimlikte çocuksu ve saldırgan davranışlarda bulunma, üçüncü kimlikte ise anne-baba ile yakın akrabalar dahil hiç kimseyi tanıma ve "Ben deliyim. Sizler delisiniz. Herkes deli" sözlerinin tekrarlanması şeklinde ortaya çıkmakta, bu belirtiler bir kaç dakikadan ortalama 90-95 dakikaya ve zaman zaman bir kaç güne kadar uzayabilmektedir. Diğer kimliklerden normale dönüşte aşırı terleme, yorgunluk, titremeler ve şiddetli baş ağrısı görülmekte, gözler sabit bakmakta, aynı kelimenin tekrarı olmakta, hasta olan biteni genellikle anımsamamakta ya da rüya gördüğünü belirtmekte, rüyasını anlatması istendiğinde ise kısmen diğer bir kimlikteyken yaşadıklarını ifade etmektedir.

Klinik izlenimler ve takip sonucunda, hastalığının temelinde geçmiş muhtemel travmatik olaylardan veya olası istismar öyküsünden ziyade, günlük travmatik olaylardan kaçma ihtiyacının bulunduğu düşünülen olguda, normal kimliği dahil üç ayrı kişilik yapısının var olması, bu yapıların bireyin davranışlarını yineleyen bir şekilde kontrol altına alması, sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak ölçüde kişisel bilginin hatırlanamaması, bozukluğun bir maddenin fizyolojik etkileri ya da genel fiziksel durumdan kaynaklanmaması ve

semptomların hayali oyun arkadaşlarına atfedilmesinin olası olması gibi bulgular, DSM-IV'ün dissosiyatif kimlik bozukluğu için öngördüğü tanı kriterlerinin tümünü karşıladığından, iki çocuk psikiyatristi ve bir uzman psikologdan oluşan tedavi ekibindeki üyelerin ortak kararı doğrultusunda hastaya, “çoğul kişilik bozukluğu” tanısı konmuş ve sağaltımda medikal yol ile hipnoz temelli bir psikoterapötik yaklaşımın izlenmesine karar verilmiştir. İzlenen medikal süreçte semptomatolojiyi ortadan kaldırma amacıyla antikonvülsan etkili ilaçlar (Tegretol, Rivotril) ve beraberinde antianksiyolitik (Ativan) kullanılmıştır. Ancak, olgu takibinde, izlenen medikal yolun sağaltımda başarı sağlamadığı bulgulanmış ve tedavinin salt hipnozla sürdürülmesine karar verilmiştir. Olgu takibi, ilgili kurumda sürmekle birlikte, ele alınan vak'anın, DSM-IV'ün “çoğul kişilik bozukluğu” tanı kriterlerinin tümünü karşılayan, çocuk psikiyatrisi alanında nadir bir tanı örneği oluşturması, söz konusu bozukluğun bu makale kapsamında gözden geçirilmesinin temel nedenidir.

Sonuç olarak, bir çok ruhsal kaynaklı problemde, ele alınan olguda da görüldüğü üzere, altta yatan psikolojik süreçlere müdahale, medikal müdahale kadar önemli bir pozisyon taşımakta, hatta psikoterapi kanalıyla müdahale, pek çok noktada, medikal müdahalenin sınırlılığını sorgulayan bir araç konumuna geçmektedir. Özellikle çözülme reaksiyonlarında, arka planda olası bir istismar geçmişinin var olabileceği sorusu, temel alınan literatür bağlamında, her zaman için yadsınmaz bir olasılık taşıdığına göre, psikoterapinin işlevselliğine ilişkin beklenti, bir kez daha, çarpıcı bir şekilde ortaya çıkmaktadır.

## KAYNAKLAR

- Ament, A. (1987). Rape and multiple personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144(4), 541.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. 4th Ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Baldwin, L.C. (1990). Child abuse as an antecedent of multiple personality disorder. Special issue: multiple personality disorder. *American Journal of Occupational Therapy*, 44(11), 978-983.
- Coons, P.M. (1986). Child abuse and multiple personality disorder: review of the literature and suggestions for treatment. *Child Abuse and Neglect*, 10(4), 455-462.
- Cozolino, L.J. (1989). The ritual abuse of children. Implications for clinical practice and research. *Journal of Sex Research*, 26(1), 131-138.
- Dale, P. (1999). *Adults abused as children*. Experiences of counselling and psychotherapy. London: Sage Publications.
- Dell, P.F. & Eisenhower, J.W. (1990). Adolescent multiple personality disorder: a preliminary study of eleven cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(3), 359-366.
- Dinçmen, K. (1981). *Deskriptiv ve dinamik psikiyatri*. İstanbul: Ar Yayın Dağıtım.
- Fraser, G.A. (1990). Satanic ritual abuse: a cause of multiple

personality disorder. Special issue: in the shadow of satan: the ritual abuse of children, *Journal of Child and Youth Care, special issue*, 55-65.

Goff, D.C. & Simms, C.A. (1993). Has multiple personality disorder remained consistent over time? A comparison of past and recent cases. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 181(10), 595-605.

İlal, G. (1984). *Tipsal psikoloji*. İstanbul: Beta Yayın Dağıtım.

Lynn, S.J., Rhue, J.W. & Green, J.P. (1988). Multiple personality and fantasy proneness: is there an association or dissociation? *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 5(3), 138-142.

Kluft, R.P. (1987). The parental fitness of mothers with multiple personality disorder: a preliminary study. *Child Abuse and Neglect*, 11(2), 273-280.

Mulhern, S. (1994). Satanism, ritual abuse, and multiple personality disorder: a sociohistorical perspective. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 42(4), 265-288.

Putnam, F.W. (1993). Dissociative disorders in children: behavioral profiles and problems. *Child Abuse and Neglect*, 17(1), 39-45.

Ross, C.A., Norton, G.R. & Wozney, K. (1989). Multiple personality disorder: an analysis of 236 cases. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34(5), 413-418.

Talbott, J.A., Hales, R.E. & Yudofsky, S.C. (Eds.) (1988). *The american psychiatric press textbook of psychiatry*.

GÜL ÇÖRÜŞ ve HÜ.

Washington, D.C.: Amei

Whitman, B.Y. & Munkel, W. (1  
a risk indicator, diagnos  
for severe child abuse. C.  
30(7), 422-428.

Ziyalar, A. (1981). *Psikiyatrik semiyoloji ve medikal psikoloji.*  
İstanbul: İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği  
Vakfı Yayınları.