

# ÇOCUK VE ERGENLERDE DİSOSİYATİF BOZUKLUKLARIN GELİŞİMİ VE TANISI

Şadiye Küçükkömürcü\*

## ÖZET :

Çocukluk çağı disosiyatif bozuklukları 19. yüzyıl tıbbi yayınlarında açıkça tanımlanmış, ancak 20 yüzyılda uzunca bir süre psikiyatri nosolojisinde ortadan kaybolmuştur. Son yıllarda çocuk ve ergenlerde disosiyatif bozukluklar yeniden ilgi çekmeye başlamıştır. Fakat çocuk ve ergen disosiyatif bozukluklarında belirtilerin çeşitliliği ve karmaşıklığı ayırıcı tanıyı güçleştirmektedir. Bu derlemede çocuk ve ergenlerde disosiyatif bozukluğun gelişimi ve tanısı gözden geçirilerek, ayırıcı tanıda yararlanılması amaçlanmıştır. **Anahtar Sözcükler :** Disosiyatif bozukluk, çocuk, ergen, gelişim, tanı.

## SUMMARY : DISSOCIATIVE DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Dissociative disorders in children and adolescents had been defined significantly in the medical literature of the 19th century, but on the 20th century it disappeared from the psychiatric nosology for a long time. On the last decade, child and adolescent dissociative disorders have started to attract the attention again, but the variety and complexity of symptoms of dissociative disorders in childhood and adolescence makes differential diagnosis difficult. In this article the development and diagnosis of dissociative disorders in children and adolescents are reviewed to help the differential diagnosis. **Key words :** Dissociative disorder, children, adolescent, development, diagnosis.

## GİRİŞ

Disosiyasyon başedilmesi güç ruhsal ve / ya da fiziksel travmaya karşı bir savunma mekanizması olarak kabul edilir (Horstein 1991, Putnam 1991). Gelişimsel etkenler nedeniyle çocuklukta disosiyatif davranışın normal sınırlarda mı, yoksa patolojik mi olduğunu ayırtmak güçtür (Putnam 1991). Çocukluk ve ergenlik dönemi disosiyatif bozukluklarının tanınmasının ve kabulünün yetişkine göre daha güç olması nedeniyle çocuk psikiyatrisi topluluğu çoğul kişilik bozukluğunun varlığına şüphyle bakmıştır (Kluft 1984 a).

Son yıllarda tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de gerek yetişkinlerde, gerekse çocuk ve ergenlerde disosiyatif bozukluklara ilgi artmıştır. Yargıç, Tutkun ve Şar (1994) disosiyatif yaşantılar ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmışlardır. Ayrıca ergende (Zoroğlu ve ark. 1995a) ve çocukta (Zoroğlu ve ark. 1995b) disosiyatif kimlik bozukluğu olgu sunumları yapılmıştır.

Bu derleme, Türkiye'de de çocuk ve ergen disosiyatif bozukluklarına artan ilgi ve tanı tartışmaları nedeniyle hastaların ayırıcı tanısında bu bozukluğun göz ardı edilmemesini sağlamayı

amaçlamaktadır. Bu amaçla çocuk ve ergenlerde disosiyatif bozukluk gelişimi ve tanısı gözden geçirilmiştir.

## TARİHÇE

Çocukluk çağı disosiyatif bozuklukları 19. yüzyıl tıbbi yayınlarında açıkça tanımlanmıştır. Fakat, yetişkin benzerlerinde olduğu gibi çocukluk ve ergenlik dönemi disosiyatif bozuklukları da 20. yüzyıl uzunca bir süre psikiyatri nosolojisinde ortadan kaybolmuştur. Son 10 - 15 yılda yetişkin disosiyatif bozukluklarına ilginin artmasıyla birlikte çocuklarda ve ergenlerde disosiyatif bozukluklar da ilgi çekmeye başlamıştır (Putnam 1991). Kluft 'a (1984a) göre çocukta ilk çoğul kişilik olgusu 1840 'da Despine tarafından tanımlanmış ve tedavi edilmiştir. Yaklaşık 140 yıl boyunca Despine'nin olgusu çocuklukta tanı almış ve tedavi edilmiş tek çoğul kişilik olgusu olarak kalmıştır. Daha sonra 1979'da Kluft, 8 yaşında bir erkek çocukta ve 1982'de Weiss 10 yaşında bir kız çocukta çoğul kişilik olguları bildirmişlerdir (Lewis 1991).

## EPİDEMİYOLOJİ

Tanı koymadaki güçlüklerle bağlı olarak disosiyatif bozukluğun görülme sıklığı 1/10000

\* Uzm. Dr., Sami Ulus Çocuk Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Kl., Ankara.



olarak bildirilmektedir (Schafer 1986). Kız/ Erkek oranı da 2/1 ile 14/1 arasında değişiklik göstermektedir (Putnam ve ark. 1986, Stern 1984).

## **DİSOSİYATİF BOZUKLUĞUN GELİŞİMİ VE TANISI**

Geriye dönük klinik araştırmalar, çocuklukta travma ile yetişkinlikte gelişen disosiyatif belirtiler arasında belirgin bir bağ olduğunu göstermektedir. Giderek artan sayıda klinisyen kötüye kullanılmış çocuklarda tanınamayan ya da yanlış tanınan disosiyatif belirtiler olabileceğini kabul etmektedir (Putnam 1993, Atlas ve Hiott 1994, Coons 1994a ve 1994b).

Çocuklarda disosiyatif bozukluğun gelişimiyle erken başlangıçlı ağır fiziksel, cinsel ve duygusal kötüye kullanım arasında nedensel bir ilişki olduğu kabul edilmektedir. Bildirilen olguların büyük çoğunluğunda erken ve devam etmekte olan fiziksel ve / ya da cinsel kötüye kullanım sözkonusudur. Ender olarak psikolojik etkili tek bir yaşantı bildirilmişse de sıklıkla çocukluğun erken dönemlerinde başlayan ve katlanarak devam eden garip, olağandışı davranışları içeren öyküler gözlenmektedir. Bu davranışlar olgu için fiziksel ve psikolojik olarak öylesine yaralayıcıdır ki başedebilmek için bilinç dışı olarak kendini bunlardan ayırır, disosiyasyon eder. Ancak böylece bu dayanılmaz durumla başedebilmektedir (Lewis 1991). Bu mekanizmada kabul edilemez çatışmaların çözümü, gerçeğin baskısından kaçınma, izolasyon, analjezi ve kendilik duygusundan uzaklaşma vardır (Putnam 1991).

Klinik deneyimler ve deneysel çalışmalara göre çocukların normalde yetişkinlerden daha çok disosiyatif davranış gösterdiği kabul edilmektedir.

Ayrıca çocuklardaki bu normal disosiyasyonun doğası ve derecesi bilişsel gelişim süresince öyle değişim göstermektedir ki, patolojik düzeyleri ayırdedecek basit ölçütler saptamak güçleşmektedir. Yetişkinlerin disosiyatif bozukluklarında kullanılan ölçütler özellikle küçük çocukların klinik tablolarını tanımlamakta yetersiz kalmaktadır (Putnam 1991).

Disosiyatif bozukluğun sıklıkla 20-30 yaşlarında, ender olarak yetişkinlikten önce tanınabildiği ancak olguların incelenmesinden anlaşıldığı üzere heimen her zaman çocuklukta başladığı

belirlenmektedir (Kluft 1984 a ve b, Putnam ve ark. 1986).

Çocuklukta başlayanlar genellikle yanlış tanı almaktadır. Yetişkinlerde bile psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkışı ile doğru tanı konması arasında 6.8 yıl bulunduğu bildirilmektedir (Putnam ve ark. 1986).

Gelişimin puberte öncesi ve puberte dönemleri çocuk ve ergen için zorlayıcı ve savaşım gerektiren bir çok sorun ve görev taşımaktadır. Cinsel ve fiziksel kötüye kullanım en çok bu dönemlerde görülmektedir. Bu tür travmatik deneyimlerin birikimi çocuğun psikolojik gelişimini bir çok yönden etkilemektedir. Gerek yetişkinlerde, gerek ergenlerde, çocuklukta cinsel ya da fiziksel kötüye kullanım öyküsü olan hastalarda disosiyatif belirtilerin oranı belirgin olarak daha yüksek bulunmaktadır (Putnam 1993, Stanford 1993, Kirby ve ark. 1993, Irvin 1994). Disosiyatif bozukluğu olan hastalarda çocuklukta cinsel kötüye kullanım öyküsü oranı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (Di Tomasso ve Routh 1993, Anderson ve ark. 1993).

Disosiyasyon gelişimiyle ilgili modellerde, çocuğun her stres ve travma karşısında disosiyatif duruma girdiği ve zamanla bunun daha hafif streslerde bile kullanılmış bir savunma mekanizmasına dönüştüğü ileri sürülmektedir. Bilinçteki disosiyasyon bellek ve kimlikte bozukluklarla kendini gösterir. Sık ve uzamış disosiyatif durumlar tek benlik gelişiminde, davranışsal durumların düzenlenmesi ve bellekte devamlılıkta aksaklıklara neden olmaktadır (Putnam 1991).

Bu psikolojik ve biyolojik etkilerin doğası ve derecesi çocuk büyüyüp duygusal ve bilişsel olarak olgunlaştıkça değişmektedir (Putnam 1991).

Çoğul kişilik bozukluğunun gelişmiş bir örneğinde disosiyatif bozukluğun tüm temel özellikleri izlenebilir. Kimlik bozukluğunun bir çok belirtisi (kimlik değişiklikleri, depersonalizasyon, psikojenik amnezi, fug, kendine zarar verici davranışlar gibi), öğrenme, anımsama ve bilgilenme süreçlerinde sorunlar, davranışların düzenlenmesinde güçlükler (kişilik değiştirme, ani trans durumları, mizaç dalgalanmaları, panik atakları, geri dönüşler gibi) değişik kişilik durumlarının içsel psikolojik çatışmalarına bağlı işitsel sanrılar ve pasif etkilenme deneyimleri görülebilir (Putnam 1991).



## NORMATİF DİSOSİYASYON

Çocuklukta geçici disosiyatif durumlar sık ve normatif bir olaydır ve genellikle ergenlikte azalarak yetişkinlikte çok düşük düzeylere iner (Putnam 1993).

Normatif disosiyasyon ile ilgili sistematik çalışmalar çocuk disosiyasyon ölçeklerinin normal ve disosiyasyon göstermeyen klinik durumlarda yaygın olarak kullanılmasıyla başlamıştır. Disosiyatif bozukluklar anılarla kimliğin birleştirilip bütünleştirilmesindeki güçlüklerle karakterizedir ve tipik olarak amnezi ve değişik kimliklerin gelişimi ya da yabancılaşmayla ortaya çıkar. Kendiliğinden ortaya çıkan disosiyatif durumların hipnoz ile uyarılabilmesi tanı ve tedavide hipnoza yatkınlığın rolünü düşündürmüştür. Disosiyatif bozukluk tanısı alan hastalarda klinik disosiyasyon ve hipnoza yatkınlık düzeylerinde artış gözlenmiştir (Kluft 1992, Putnam ve ark. 1995). Çocuklarda disosiyasyon hakkında bilgilerimiz çocukların hipnoza yatkınlıklarıyla ilgili çalışmalar ve çocuklukta örselenmiş yetişkinlerin araştırılmasıyla elde edilmiştir. Hipnoza yatkınlık ve klinik disosiyasyon eş süreçler olmamakla birlikte bir çok yönden benzer noktaları vardır (Putnam 1991). Hipnotik kapasite ve telkine yatkınlıkla yaş arasında, önce yükselen, sonra azalanan bir ilişki saptanmıştır. Ancak bu azalma, ergenlik ortasından genç erişkinliğe kadar uzanmaktadır. Fakat, erken çocuklukta hipnoz kapasitesinin ani artışı gerçek mi yoksa, küçük çocuklarda psikometrik ölçümlerin güçlüğüne mi bağlı, bu sorgulanmaktadır (Putnam 1991).

Yetişkinler ve çocuklar hipnoz uygulaması sırasında bazı işlemlerde yetenek farklılıkları göstermektedir. Bu tür işleme özgü farklılıklar hipnoza, telkine ya da klinik disosiyasyona yatkınlıkta yaş etkilerinin farklı olabileceğini desteklemektedir. Ayrıca çocuklarda plasebo etkili ilaç tedavisine yüksek yanıtlar, çocukların disosiyasyon / hipnoz kapasitelerine bağlanmakta ve yaşla komplike, doğrusal olmayan bir ilişki göstermektedir (Putnam 1991).

Hipnoza yatkınlık ve disosiyatif bozuklukla ilgili genetik bir etki üzerinde durulmaktadır. Genetik katkıyla ilgili yeterli veri bulunmamakla birlikte, eldeki en belirgin veri; çoğul kişilik bozukluğu olan kişilerin çocuklarında, ciddi psikiyatrik bozuklukların sıklığındaki artıştır. Disosiyatif bozukluğun kuşaklar arası aktarımı,

travmatik davranışların yeni kuşaklara aktarımına da bağlı olabilir. (Kaufman ve Zigler 1987, Widom 1989). Bazı araştırmacılar "disosiyatif bozukluğu olan ana babalar kendi çocuklarını da kötüye kullanmaya eğilimli olduklarından, çocuklarda disosiyasyon riski artmaktadır" demektedirler (Putnam 1991).

## İMGE ARKADAŞLIK VE FANTAZİ OYUN

Hayal kurma ve fantazinin çocukta, ergende ve hatta yetişkindeki normal gelişim süreci hakkında çok az bilgi vardır. İmge arkadaşlığın sık rastlanan bir gelişimsel olgu olduğunun kabul edilmesine karşın, hangi yaşta en sık görüldüğü ve işlevi tartışmalıdır. Hayal kurma yetisi : Fantazi gereksinimine yönelik gerçeği yeniden tanımlama, kendi kimliğini, düşsel rol ve kimliklerle değiştirme ve başkalarının kimliklerini tanımlama yeteneklerini içerir. Çocukların oyunlarında, gerçeğin değişkenliği ve akıcılığı belirgindir. Yaş ilerledikçe çocuklukta bu esneklik azalır da, belirli dereceye kadar fantazi dünyasına girebilme yetisi devam eder.

Çocuğun, zengin sanrı ve yanılsama yetisine bağlı olarak, bir kişiliği oyuncaklara, cansız cisimlere, geçiş nesnelere yansıtma özelliği olağanüstüdür. "İmge arkadaşlık", çocuktaki sanrısız yeteneklerin en ilginç örneklerinden biridir. Çocuklar imge arkadaşlarını, kendilerini etkileyebilecek bağımsız varlıklar olarak değerlendirebilirler. İmge arkadaşlığın çoğul kişilik bozukluğunun çekirdeğini oluşturduğu düşünülmektedir (Putnam 1991).

Bazı çocuklar ve ergenler, kitaplardan, filmlerden, video oyunlarından kaynaklanan ve büyümlü kuralları olan, gündüz rüyası tarzında fantastik bir dünya kurarlar. Bu aşırı özdeşim, gerçeği değerlendirmede bozukluk ya da aşırı çözülmeyle sonuçlanabilir. Böyle bir fantazi dünyasına kaçış, alta yatan stresin ve disosiyasyon savunmasının bir belirtisi olabilir.

Disosiyatif bozukluğa hem katkısı olan, hem de tanıyı zorlaştıran en önemli etken çocuktaki zaman kavramıdır. Çocukların zamanı kavramakta çektikleri güçlük "kayıp zaman" ve diğer disosiyatif bellek bozukluklarını ayırtmayı zorlaştırmaktadır (Putnam. 1991).

Fantaziye eğilimli yetişkinlerde, hipnoza, telkine yatkınlık, yaratıcılık ve alkolizme yatkınlık düzeyleri belirgin olarak daha yüksek bulun-



muştur. Hipnoz, disosiyasyon ve fantazi / hayal yetileri arasında gelişimsel bir ilişki olduğu açıktır (Putnam 1991).

## **ÇOCUKTA VE ERGENDE DİSOSİYASYON KLİNİK TANISI**

Görüldüğü gibi, çocuklar ve ergenlerde disosiyasyon tanısı bir çok etkenle karmaşıklaşmaktadır. Yetişkinde tanı temel olarak klinik görüşmeye dayanmaktadır. Çocukların ve ergenlerin kendi aktarımlarıyla gözlemcilerin aktarımları arasında sıklıkla belirgin farklılıklar görülmesi, çocuklarla görüşmenin tanısal geçerliliği konusunda şüphelere neden olmaktadır. Bu durumda ergenlerin çoğunda ve çocukların hepsinde gözlemcilerin aktarımları daha güvenilir olmaktadır.

DSM - IV tanı ölçütlerine göre disosiyatif bozukluklar :

- a) Disosiyatif amnezi
- b) Disosiyatif füğ
- c) Disosiyatif kimlik bozukluğu
- d) Depersonalizasyon bozukluğu
- e) Başka türlü adlandırılmayan disosiyatif bozukluk

olarak sınıflandırılmaktadır (APA 1994).

**Çocuklarda ve yetişkinlerde disosiyasyon belirtileri şu şekilde sınıflanabilir :**

- \* Disosiyatif belirtiler (Amnezi, trans benzeri davranışlar, davranış dalgalanmaları)
- \* Süreç belirtileri (imge arkadaşı, işitsel sınırlar ve pasif etkilenme)
- \* Davranış belirtileri (Davranım sorunları, saldırganlık, riske girme, kendine zarar verici davranışlar)
- \* Duygulanım belirtileri (Depresyon, patlayıcı öfke)
- \* Posttravmatik belirtiler (Uyku bozukluğu, aşırı canlılık)

Bunların bazıları disosiyasyonun doğru:dan belirtisidir (Örn: Amnezi). Bazılarıysa kronik disosiyasyon ve travma belirtisidir (Örn: Depresyon ve aşırı canlılık).

Yetişkinlerde olduğu gibi çocuklar da disosiyasyonla ilgili bir dizi belirti ve davranış gösterir-

ler. Disosiyatif amnezi, çeşitli şaşırtıcı unutkanlıkları içerir.

Örneğin; öğretmenlerinin, arkadaşlarının adlarını, önemli olayları, sevdikleri etkinlikleri anımsamazlar. Belirgin patolojik yalancılık ve inkara sık rastlanır.

Ancak çocuktaki inkar davranışı, amneziyi olduğu kadar "ikincil kazancı" da düşündürmektedir.

Disosiyasyon görülen çocuklarda sık ve derin, trans benzeri durumlar tüm dünyada saptanmıştır. Boş, hılyah ya da dalgın görünümlü çocuklarda dikkat sorunu olduğu şeklinde yanlış yorumlar yapılabilmektedir. Bu "kayıp zaman" da çocuk yaşadıklarını anımsamamaktadır. Bu çocuklar sıklıkla sınıfın gerisinde kalmaktadır ve konsantrasyon güçlükleri belirgindir.

Bütün yayınlarda davranışsal dalgalanma olduğu bildirilmiştir. Bu çocuklarda dalgalanan yetenekler, tercih yapamama, yetersiz bilgi, beceri vime bellekte yanlışlıklar gözlenir. Yazı karakterleri değişkenlikler göstermektedir. Çocuk disosiye olmadığı zaman da öğrendiklerini kullanamamaktadır. Performanstaki bu dengesizlik yanlış olarak karşıt gelme bozukluğu olarak yorumlanabilmektedir. Süreç belirtileri çeşitli etkilenme ve karışılma deneyimlerini içerir. Küfür ve emir tarzı işitsel sanrılar çok siktir. Ses içten geliyor gibidir, kütüye kullanan kişinin sesine benziyor gibidir. Disosiyatif işitsel sanrılar, nöroleptik tedaviye yanıt vermez.

Ciddi davranış sorunları çocukluk disosiyatif bozukluklarında siktir. Yayınlanan olguların yaklaşık üçte ikisinde erken cinsellik, karmaşa ve sapkınlıklar dikkati çekmektedir. Saldırganlık, patlayıcı öfke, kendine zarar verici davranışlar daha belirgindir. Duygulanım bozukluğu olarak en çok depresyon görülür.

Olguların yüzde 75'inde uyku bozuklukları görülür ve sıklıkla disosiyatif davranışlarla (uyurgezerlik, hipnagogik sanrılar) ve posttravmatik belirtilerin (travmatik kabuslar, gece ürküleri) karışımı şeklindedir. Ayrıca aşırı canlılık, tekrarlayan travmatik hayaller ve düşünceler, abartılmış ürkütücü yanıtlar örselenmiş çocuklarda sıkça rastlanmaktadır.

Çocukluk dönemi disosiyatif bozuklukları, diğer ciddi çocukluk dönemi psikiyatrik bozuklukları gibi sıklıkla; depresyon, anksiyete, somatizasyon bozukluğu, dikkat bozukluğu,



hiperaktivite, davranım bozukluğu ve post-travmatik stres bozukluğu belirtileriyle eş zamanlılık gösterir. Diğer ciddi psikopatolojilerle eş zamanlılık ergen ve yetişkin disosiyatif bozuklukları için de geçerlidir (Putnam ve ark. 1986, Coons ve ark. 1988, Ross ve ark. 1989, Dell ve ark. 1990).

Çocuk ve ergende, klinik görünüm benzer olarak tanımlanmakla birlikte yaşla, cinsiyetle ilgili bazı farklılıklar görülmektedir. Örneğin çocukta daha az sayıda kişilik değişimi olmaktadır, bunun da üç ya da dördü tanımlanabilmektedir (Vincent, Pickering, 1988). Dell ve Eisenhower (1990) kızlarda disosiyasyona daha çok eğilim gözlenmiş ve ergenlerde ortalama yüzde 24.1 oranında kişilik değişimi bildirmişlerdir. Ancak örneklemelerinde ergen grupta yaşla değişim sayısı arasında ilişki bulamamışlardır. Çocuklarla ergenlerin kişilik değişim sistemleri de farklılık göstermektedir. Büyük çocuklarda, yetişkin benzeri kişiliklere değişim olurken küçüklerde daha çok imge arkadaşına benzer değişim olmaktadır. Buna karşın Riley ve Mead üç yaşında tam gelişmiş kişilik değişimi gösteren

bir olgu bildirmişlerdir. Ancak tanı için yeterli ölçütler bulunmadığından daha ileri çalışmalar gerekmektedir (Aktaran Putnam 1991).

## AYIRICI TANI

Çocuklarda disosiyatif belirtiler daha sık görülen diğer psikiyatrik bozuklukları taklit edebilir ya da düşündürülebilir. Bunlar şizofreni ya da diğer psikotik durumları, duygulanım bozukluklarını, ağır davranım bozukluklarını, öğrenme bozukluklarını, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunu, epileptik nöbetleri içerir. Tanı koymada klinik tabloda gözlenen dalgalanmalar klinisyen için uyarıcı olmalıdır (Lewis 1991).

Aşağıdaki tabloda tanı yarlılıklarına neden olan durumlar gözden geçirilmiştir.

## SONUÇ

Çocuk ve ergenlerde disosiyatif davranışların normal sınırlarda mı, yoksa patolojik mi olduğunu ayırmadaki güçlüğü yanısıra, disosiyatif bozuklukları diğer psikiyatrik bozukluklardan

YANLIŞ TANI ALAN DİSOSİYATİF BELİRTİLER (Hornstein, Tyson 1991)

DİSOSİYATİF BELİRTİ	GÖZLENEN DAVRANIŞ	YANLIŞ TANI
Belirgin unutkanlık süreleri	Trans benzeri garip davranış, ani patlamalar, dikkat, konsantrasyon ve canlılık azalması	Absans / Psikomotor nöbet, DEHB, Davranım bozukluğu
Farklı kişilikler arasında dalgalanma	Saldırganlık, kaçma, okula gitmeme, beceri, akademik başarı ve performansta değişiklikler	Davranım bozukluğu, Gelişimsel öğrenme bozukluğu
Duygulanım bozuklukları	Farklı kişilikler farklı mizaçlar gösterebilir, Depresyon / İntihar ve aşırı canlılık ender değildir. Uyku bozuklukları, kabuslar sıkır.	Duygulanım bozukluğu
Düşünce sürecinde bozukluklar	Değişimler işitsel, görsel sanılar, pasif etkilenme olarak değerlendirilebilir. Hızlı değişimler düşünce akışında kesilmeye neden olabilir.	Psikotik bozukluk
Somatofom belirtiler	Baş ağrısı sıklıkla dalgalanmaları izler. Parestezi, somatik sanılar, konversiyonlar, garip hareketler olabilir.	Somatofom bozukluk. Tik bozukluğu.
Anksiyete PTSB	Disosiyatif çocuklarda yüksek düzeyde anksiyete ve posttravmatik stres bozukluğu belirtileri sıkır.	Primer Anksiyete bozukluğu.

ayırdetmenin zorluğu da tanıya yönelik daha çok çalışmayı zorunlu kılmaktadır. Daha geniş çalışmalarda sosyokültürel, psikolojik, biyolojik ve çevresel etkenlerin bozuklukla ilişkileri üzerinde durulmalıdır. Ayrıca çocuk ve ergenler için de yetişkinlerden farklı özgül tanı ölçütleri ve psikometrik ölçekler geliştirmek gerekmektedir.

Fiziksel ve cinsel kötüye kullanımı, evde ve dışarıda şiddet ve travma kaynaklarının hızla artışı bütün bu çalışmaları daha da önemli kılmaktadır.

## KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV* APA, Washington D.C.
- Anderson G, Yassenik L, Ross CA (1993) *Dissociative experiences and disorders among women*. *Child Abuse Negl* 17 : 677-86.
- Atlas JA, Hlott J (1994) *Dissociative experience in a group of adolescent with history of abuse*. *Percept Mot Skills* 78 : 121-2.
- Coons PM, Bowman E, Milstein V (1989) *M.P.D. : A clinical investigation of 50 cases*. *J Nerv Ment Dis* 176 : 519-527.
- Coons PM (1994a) *Confirmation of childhood abuse in child and adolescent cases of MPD and dissociative disorders* *J Nerv Ment Dis* 182 : 461-4.
- Coons PM (1994b) *Recall of abuse in childhood and three measures of dissociation*. *Child Abuse Negl* 18 : 885-7.
- Dell PF, Eisnhower JW (1990) *Adolescent MPD*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29 : 359-366.
- Di Tomasso MJ, Routh DK (1993) *Recall of abuse in childhood and three measures of dissociation* : *Child Abuse Negl* 17 : 477-7.
- Hornstein NL, Tyson S (1991) *Inpatient treatment of children with multiple personality/dissociative disorders and their families*. *Psychiatr Clin North Am* 14 : 631-648.
- Hornstein NL, Putnam F W (1992) *clinical phenomology of child and adolescent dissociative disorders*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31 : 1077-1085.
- Irvin HJ (1994) *Proneness to dissociation and traumatic childhood events* *J Nerv Ment Dis* 182 : 456-60.
- Kaufman J, Zigler E (1987) *Do abused children become abusive parents ?* *Am J Orthopsychiatry* 57 : 186-192.
- Kirby J S, Chu J A, Dill D L (1993) *Correlates of dissociative symptomatology in patients with physical and sexual abuse histories*. *Compr Psychiatry* 34 : 258-63.
- Kluft RP (1984 a) *Multiple personality in childhood*. *Psychiatr Clin North Am* 7 : 121-134.
- Kluft RP (1984 b) *Treatment of M.P.D : A study of 33 cases*. *Psychiatr Clin North Am* 7 : 7-29.
- Kluft RP (1992) *The use of hypnosis with dissociative disorders*. *Psychiatr Med* 10 : 31-46.
- Lewis DO (1991) *Multiple Personality*. *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*, Melvin Lewis (ed) Baltimore p : 707-715.
- Putnam FW, Gurhoff J J, Silberman E K ve ark. (1986) *The clinical pharmacology of MPD : 100 recent cases*. *J Clin Psychiatry* 47 : 285-293.
- Putnam FW (1991) *Dissociative disorders in children and adolescents*. *Psychiatr Clin North Am* 14:519-531.
- Putnam FW (1993) *Dissociative disorders in children* *Child Abuse Negl* 17 : 39-45.
- Putnam FW, Helmers K ve ark. (1995) *Hypnotizability in sexually abused girls*. *Child Abuse Negl* 19 : 645-55.
- Ross CA, Norton GR, Wozney K (1989) *MPD. An analysis of 236 cases*. *Can J Psychiatry* 34 : 413-418.
- Ross CA, Miller SDJ, Bjornson I ve ark. (1990) *Structured interview data on 102 cases of MPD. from four centers*. *Am J Psychiatry* 147 : 596-601.
- Schafer DW (1986) *Recognizing multiple personality patients*. *Am J Psychiatry* 40 : 500-511.
- Stanford LL (1993) *Dissociation and MPD*. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 31 : 15-20.
- Stern CR (1984) *The etiology of multiple personality disorder in childhood*. *Can J Psychiatry* 33 : 524-529.
- Widom CS (1989) *Child abuse, neglect and adult behavior*. *Am J Orthopsychiatry* 59 : 355-367.
- Yargıç Lİ, Tutkun H, Şar V (1994) *Dissosiyatif yaşantılar ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. 30. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Nevşehir.
- Zoroğlu S, Şar V, Yargıç Lİ (1995a) *Adölesan yaşta iki Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu Olgusu*, 5. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi, Ankara.
- Zoroğlu S, Tutkun H, Yüzün Ü, Şar V (1995b) *Çocukluk çağı Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu Bir Olgu Sunumu* 5. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi, Ankara.