

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

KARMAŞIK DISSOSİYATİF BOZUKLUK VE MAJÖR DEPRESYONUN
ALEKSİTİMİ, BİLİŞSEL İÇGÖRÜ, KİŞİLERARASI BAĞLANMA VE İNTİHAR
EĞİLİMİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ
Dr. Serkan İSLAM

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Vedat ŞAR

İSTANBUL-2009

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

KARMAŞIK DİSSOSİYATİF BOZUKLUK VE MAJÖR DEPRESYONUN
ALEKSİTİMİ, BİLİŞSEL İÇGÖRÜ, KİŞİLERARASI BAĞLANMA VE İNTİHAR
EĞİLİMİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Serkan İSLAM

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Vedat ŞAR

İSTANBUL-2009

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca her türlü kolaylığı ve anlayışı gösteren, eğitimimiz ve çalışma koşullarımız konusunda fikirlerimize değer veren Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Raşit Tükel'e;

Tez çalışmam sırasında, engin bilgi ve deneyimlerinden çok yararlandığım, uzmanlık eğitimim sırasında ilgi ve desteğini her zaman hissettiğim, tez danışmanım, değerli hocam Prof.Dr. Vedat ŞAR'a ;

Psikiyatri eğitimim sırasında emeği geçen bütün öğretim üyelerine; beş yıl boyunca bir çok anıyı paylaştığım ve beraber çalışmaktan hem büyük keyif aldığım hem de çok şey öğrendiğim tüm asistan arkadaşlarıma,

Yoğun poliklinik şartlarında iş birliği içinde çalıştığımız bütün psikolog, sosyal hizmet uzmanları, hemşireler, sekreterler ve kliniğimiz çalışanlarına;

Rotasyonum sırasında bilgi ve deneyimlerinden çok yararlandığım Çocuk Psikiyatri ve Nöroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyelerine ve beraber çalıştığım asistan ve hemşirelere;

Eğitimim boyunca mesleğimde yetişmeye katkıda bulunan tüm hasta ve yakınlarına,

Son olarak, daima yanımda olduklarını bildiğim, bugünlere gelmemi sağlayan değerli aileme;

İçten teşekkür, sevgi ve saygılarımla...

Dr. Serkan İSLAM

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLO LİSTESİ	iv
ŞEKİL LİSTESİ	vi
KISALTMALAR.....	vii
ÖZET.....	viii
İNGİLİZCE ÖZET.....	ix
I. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
II. GENEL BİLGİLER.....	3
II-A. DİSSOSİYATİF BOZUKLUKLAR.....	3
i. Dissosiyasyon Tanımı ve İşlevleri.....	3
ii. Türkiye’de Dissosiyatif Bozukluk	5
iii. DSM-IV’te Dissosiyatif Bozuklukların Sınıflandırılması.....	6
iv. Karmaşık Dissosiyatif Bozuklukların Klinik Görünümü	10
v. Epidemiyoloji.....	13
vi. Etiyoloji.....	14
vii. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Nörobiyolojisi.....	16
II-B. DİSSOSİYATİF BOZUKLUK VE DEPRESYON:	
ORTAK VE AYRI YÖNLER.....	18
II-C. DİĞER PSİKİYATRİK BOZUKLUKLARDA DİSSOSİYASYONUN VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ YERİ.....	19
i. Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni.....	21
ii. Sınırdaki Kişilik Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu.....	26
iii. İmpulsif-Kompulsif-Spektrum.....	28
iv. Somatoform Dissosiasyon ve Genel Tıp.....	29
II-D. DİSSOSİYATİF BOZUKLUK VE DEPRESYON:	
FENOMENOLOJİK ÖRTÜŞME.....	30
i. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Öyküsü.....	30
ii. Aleksitimi	35
iii. Bilişsel İçgörü.....	37
iv. Kişiler Arası Bağlanma Biçimleri.....	39
v. İntihar.....	51

III. YÖNTEM VE GEREÇLER.....	61
III-A. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	61
III-B. DEĞERLENDİRME ARAÇLARI.....	61
III-C. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	64
III-D. İSTATİSTİK DEĞERLENDİRME.....	65
III-E. ETİK AÇIKLAMA.....	65
IV. BULGULAR.....	66
IV-A. DİSSOSİYATİF BOZUKLUK VE MAJÖR DEPRESYON HASTALARININ SOSYODEMOGRAFİK VERİLER AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI	66
IV-B. DİSSOSİYATİF BOZUKLUK VE MAJÖR DEPRESYON HASTALARININ KLİNİK ÖLÇEK DEĞERLENDİRİLMELERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI.....	69
IV-C. DİSSOSİYATİF BOZUKLUK VE MAJÖR DEPRESYON HASTALARINDA KLİNİK DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ KORELASYONLAR.....	72
i. Birleşik Grupta Değerlendirme.....	72
ii. Dissosiyatif Bozukluk ve Depresyon Gruplarında ayrı olarak değerlendirme.....	74
IV-D. KLİNİK ÖZELLİKLER ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN ÇOK DEĞİŞKENLİ İSTATİSTİK YÖNTEMLERLE ARAŞTIRILMASI.....	80
V.TARTIŞMA.....	83
VI. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	87
VII. KAYNAKLAR.....	88
VIII. EKLER.....	110

TABLO LİSTESİ

Tablo 1 - Dissosiyasyonun BASK Modeli

Tablo 2 - Dissosiyatif Bozukluklar DSM-IV Tanı Ölçütleri

Tablo 3 - Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu ve Benzeri Durumlarda Sık Görülen Belirtiler

Tablo 4 - Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu ve Benzeri Durumlarda Başvuru Biçimleri

Tablo 5 - Kişiler Arası Bağlanma Biçimleri

Tablo 6 - Sosyodemografik Veriler; Dissosiyatif Bozukluk ve Majör Depresyon Hastalarının Yaş, Evlilik Yaşı, Eğitim Yılı, Evli Kalma Süreleri, Kardeş sayısı ve Psikiyatrik Yakınmaların Başlama Yaşı Açısından Karşılaştırılması

Tablo 7 - Dissosiyatif Bozukluk ve Majör Depresyon Hastalarının Medeni Durumu, Çalışma Durumu ve Gelir Açısından Karşılaştırılması

Tablo 8 - Dissosiyatif Bozukluk ve Majör Depresyon Hastalarının Evlenme Şekli, Cinsiyet ve Sistemik Hastalık Açısından Karşılaştırılması

Tablo 9 - Dissosiyatif Bozukluk ve Majör Depresyon Hastalarının Hastane Yatışı, Eş Dayağı ve Akraba Evliliği Açısından Karşılaştırılması

Tablo 10 - Dissosiyatif Bozukluk ve Majör Depresyon Hastalarının Yetiştği Çevre Açısından Karşılaştırılması

Tablo 11 - Majör Depresyon ve Dissosiyatif Bozukluk Hastalarının Klinik Ölçek Toplam Puanları Açısından Karşılaştırılması

Tablo 12 - Majör Depresyon ve Dissosiyatif Bozukluk Hastalarının DSM-IV Sınırdaki Kişilik Bozukluğu Tanı Ölçütleri ve Sınır Kişilik Tipleri Eş Tanısı Açısından Karşılaştırılması

Tablo 13 - Majör Depresyon ve Dissosiyatif Bozukluk Hastalarının Çocukluk Çağı Travmaları (CTQ) Açısından Karşılaştırılması

Tablo 14 - Majör Depresyon ve Dissosiyatif Bozukluk Hastalarının Kişiler Arası Bağlanma Biçimleri (RSQ) Açısından Karşılaştırılması

Tablo 15 - Majör Depresyon ve Dissosiyatif Bozukluk Hastalarının (N=64) Çocukluk Çağı Travma Puanlarının (CTQ) Klinik Ölçekler ile Korelasyonları

Tablo 16 - Majör Depresyon ve Dissosiyatif Bozukluk Hastalarının (N=64) Kişiler Arası Bağlanma Biçimlerinin(RSQ) İntihar Düşüncesi, Aleksitimi ve Beck Bilişsel İçgörü Puanları ile İlişkisi

Tablo 17 - Majör Depresyon ve Dissosiyatif Bozukluk Hastalarında (N=64) Klinik Ölçeklerle İntihar Düşüncesi, Beck Bilişsel İçgörü ve Aleksitimi puanlarının Klinik İlişkisi

Tablo 18 - Dissosiyatif Bozukluk Hastalarında (N=32) Çocukluk Çağı Travmalarının (CTQ) Klinik Ölçeklerle Korelasyonları

Tablo 19 - Dissosiyatif Bozukluk Hastalarında (N=32) Bağlanma Biçimlerinin İntihar Düşüncesi, Aleksitimi ve İçgörü Puanları ile Korelasyonları

Tablo 20 - Dissosiyatif Bozukluk Hastalarında (N=32) Klinik Ölçeklerle Bağlanma Biçimlerinin İntihar Düşüncesi, Aleksitimi ve Beck İçgörü Puanları ile Korelasyonları

Tablo 21 - Majör Depresyon Hastalarının (N=32) Çocukluk Çağı Travmalarının(CTQ) Klinik Ölçeklerle Korelasyonları

Tablo 22 - Majör Depresyon Hastalarının (N=32) Bağlanma Kümelerinin İntihar Düşüncesi, Aleksitimi ve Beck İçgörü Korelasyonları

Tablo 23 - Majör Depresyon Hastalarında (N=32) Klinik Ölçeklerle İntihar Düşüncesi, Bilişsel İçgörü ve Aleksitimi Arasındaki İlişki

Tablo 24 - Dissosiyatif Bozukluk ve Majör Depresyon Hastalarında (N=64) İntihar Düşüncesi Üzerinde etkili olan Değişkenler (Stepwise Lineer Regresyon Analizi)

Tablo 25 – Dissosiyatif Bozukluk ve Majör Depresyon Hastalarında (N=64) Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Üzerinde etkili olan değişkenler (Stepwise Lineer Regresyon Analizi)

Tablo 26 - Dissosiyatif Bozukluk ve Majör Depresyon Hastalarında (N=64) Beck Depresyon Ölçeği Üzerine etkili olan değişkenler (Stepwise Lineer Regresyon Analizi)

Tablo 27 - Dissosiyatif Bozukluk ve Majör Depresyon Hastalarında (N=64) Hamilton Depresyon Ölçeği Üzerine etkili olan değişkenler (Stepwise Lineer Regresyon Analizi)

Tablo 28 - Dissosiyatif Bozukluk ve Majör Depresyon Hastalarında (N=64) Toronto Aleksitimi Ölçeği Üzerine etkili olan değişkenler (Stepwise Lineer Regresyon Analizi)

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1 – Bağlanma Biçimleri

Şekil 2 - İntihar Davranışının Modelleri

Şekil 3 - İntihar davranışında kalıcı ve durumsal faktörler arasında karşılıklı etkileşimler ve nörobiyolojik faktörlerin rolü

KISALTMALAR

BASK	: Behaviour, Affect, Sensation, Knowledge: Davranış, Duygulanım, Duyular, Bilgi
BTA-DB	: Başka Türlü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk
ÇKB	: Çoğul Kişilik Bozukluğu
DBGÇ	: Dissosiyatif Bozukluklar Görüşme Çizelgesi
DES	: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği
DKB	: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu
EEG	: Elektroensefalografi
HPA	: Hipotalamo-Hipofizer Aks
ÇÇKKL	: Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım Listesi
SSS	: Santral Sinir Sistemi
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
BKB	: Borderline Kişilik Bozukluğu
SKB	: Sınırdaki Kişilik Bozukluğu
SCID	: DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi
TAS	: Toronto Aleksitimi Skalası
RSQ	: İlişki Biçimleri Ölçeği
CTQ	: Çocukluk Çağı Travmaları
BCIS	: Bilişsel İçgörü

ÖZET

KARMAŞIK DISSOSİYATİF BOZUKLUK VE MAJÖR DEPRESYONUN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, ALEKSİTİMİ, BİLİŞSEL İÇGÖRÜ, KİŞİLERARASI BAĞLANMA VE İNTİHAR EĞİLİMİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Bu çalışmanın, amacı karmaşık dissosiyatif bozukluk hastalarını dissosiyatif bozukluğun eşlik etmediği majör depresyon hastalarından oluşan eşleştirilmiş bir kontrol grubu ile çocukluk çağı travmaları, aleksitimi, intihar eğilimi, kişilerarası bağlanma biçimleri ve bilişsel içgörü açısından karşılaştırarak iki tanı kategorisi ve iki psikopatoloji türü arasındaki fark ve benzerlikleri ortaya koymaktır.

Çalışmaya katılan hasta grubu ağırlıklı olarak orta genç yaşta, orta gelir düzeyinde, görücü usulü evli, İstanbul ve çevresinde yetişmiş kadınlar oluşturmaktadır. Dissosiyatif bozukluk hastalarında genel olarak çocukluk çağı travması ve özellikle duygusal ve cinsel istismar öyküsü daha fazladır. Dissosiyatif bozukluk hastalarında korkulu ve takıntılı kişilerarası bağlanma ile negatif kendilik ve başkası algısı majör depresyon grubundan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Aleksitimi ve bilişsel içgörü açısından ise iki grup arasında fark saptanmamıştır. Sınırdaki kişilik bozukluğu eştanısı açısından iki grup arasında fark yoksa da, dissosiyatif bozukluk hastalarında yineleyen intihar girişimi ve kimlik sorunları majör depresyon hastalarından daha fazladır.

Aleksitimi ve bilişsel içgörü dissosiyatif hastalarda tabloyu ağırlaştıran bir etkiye sahip iken; aynı durum depresyon hastalarında görülmemektedir. Çocukluk çağı travmalarının fazlalığı özellikle dissosiyatif grupta intihar eğilimini artırırken belirli bir bağlanma biçiminin intihar eğilimini artırdığı doğrultusunda bulguya erişilememiştir. Bu bulgular klinisyenler için uyarıcıdır: Şimdiki tablosu daha ağır olan ve daha ağır çocukluk çağı travması bildiren ve duygularını ifade etmekte zorluk çeken (aleksitimik) dissosiyatif hastalar yüksek bilişsel içgörüye sahip olsalar da intihara daha eğilimli olmaktadır.

Bu çalışmanın bulguları dissosiyatif bozukluğu olan hastaların tedavisinde iletişim ve ilişkinin önemine dikkat çekmektedir. İletişim dissosiyatif psikopatolojiyi anlamak ve kabul etmeyi ve ona uyan modaliteler ve tekniklerle çalışmayı gerektirmektedir. İlişki açısından ise tedavi başlangıcında ve süresince dissosiyatif hastanın çeşitli korkuları olabileceğini ve kendiliğinden güven duymasının beklenemeyeceğini dikkate almak gerekmektedir.

Bulgular, psikopatolojiye uygun iletişimin başarı ile kurulması ve hastanın korkularını yenmesine aktif biçimde yardımcı olunmasının ve buna tüm tedavi ekibinin ve kurumunun katılmasının başarılı tedavi için şart olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: Karmaşık dissosiyatif bozukluk, majör depresyon, kişiler arası bağlanma, aleksitimi, içgörü

ABSTRACT

A COMPARİSON BETWEEN COMPLEX DISSOCIATIVE DISORDERS AND MAJOR DEPRESSION ON CHILDHOOD TRAUMA, SUİCİDALİTY, ALEXİTHYMİA, COGNİTİVE INSİGHT, AND ATTACHMENT STYLES

The aim of this study is to compare patients who have complex dissociative disorders with a matched group of patients who have major depression without dissociative features. The two groups have been compared on scores of childhood trauma, cognitive insight, suicidality, alexithymia, and various attachment styles.

The study group consisted of mainly young-adult women of middle income level living in Istanbul and around with an arranged marriage. Dissociative patients reported higher scores of overall childhood trauma alongside elevated level of emotional and sexual abuse. There was no difference on alexithymia and cognitive insight scores between two groups. Compared to depressive group, the dissociative group had mainly preoccupied and fearful attachment styles, and had developed negative self and other perceptions. Whereas there was no difference in borderline personality disorder comorbidity between two groups, dissociative patients reported suicide attempts and identity disturbance more readily.

Whereas alexithymia and cognitive insight were correlated with greater severity of the disorder in dissociative groups, it was not true for depressive patients. Higher level of childhood trauma was correlated with suicidality in dissociative group but not among depressive patients. Apparently, current severity of the disorder, higher levels of childhood trauma, and an inability to identify and to express feelings (alexithymia) point to suicidality among dissociative patients.

As a conclusion, optimal communication and interpersonal trust have basic importance in treatment of dissociative disorders. Better communication goes through understanding of the dissociative psychopathology and benefiting from modalities and techniques fitting the needs of dissociative patients. Dissociative patients may have anxieties about attachment to their therapists and interpersonal trust is not warranted a priori. Rather, it should be maintained carefully throughout treatment process and should also include the whole treatment team and institution which serves as setting of treatment.

Key words: Complex dissociative disorder, major depression, interpersonal attachment, alexithymia, insight

I. GİRİŞ VE AMAÇ

Dissosiyasyon normalde bütünleştirici olan bilinç, bellek, kimlik ve çevreyi algılama işlevlerinde kopma olarak tanımlanmıştır (1). DSM-IV dissosiyatif bozukluklar kategorisinde dissosiyatif amnezi, dissosiyatif füğ, depersonalizasyon bozukluğu, derealizasyon bozukluğu, dissosiyatif kimlik bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk bulunur (1,26). Dissosiyatif bozukluklar yüksek oranda psikiyatrik eştanıya yol açar (2,32,130). Bu eştanılar içerisinde depresyon önde gelen bir yere sahiptir (20, 23, 32, 168, 225).

Dissosiyasyon birbiriyle etkileşen karmaşık bir çevresel, toplumsal, ailevi ve genetik ağda gelişir. Dissosiyatif bozukluk hastaları tüm psikiyatrik bozukluklar içerisinde en yüksek oranda çocukluk çağı travması bildirirler (13). Genellikle 10 yaş altında gelişen bu yaşantılar çocukluk çağı istismar ve ihmali biçiminde olabileceği gibi daha az oranda da olsa diğer bazı kronik ve tekrarlayıcı travma türlerine de rastlanır. Örneğin uzun süren, acı verici ve yineleyici tıbbi müdahaleler de bu ölçüde olumsuz bir etki yapabilir (3, 4, 5, 6, 7, 9, 72, 73, 74). Dissosiyatif bozukluk vakalarında oldukça sık görülen ikinci bir tür etken ise güvensiz bağlanma temelinde gelişen çeşitli bağlanma bozukluklarıdır (34). Özellikle aşırı koruyucu-kollayıcı ve engelleyici-kısıtlayıcı aile yapılarının sık görüldüğü kültürümüzde her iki türün de önemi bulunmaktadır.

Dissosiyatif bozukluk vakalarında intihar eğilimi ve yineleyen intihar girişimleri sıktır (6,8). Bu eğilimin kronik olarak sürüp gitmesi sadece depresyon nöbetleri ile sınırlı bir durum olmadığını düşündürür. Bazı çalışmalar ise dissosiyasyon ile sadece depresyon değil, aleksitimi arasında da ilişki olduğunu öne sürmektedir (37, 66, 223). Öte yandan çeşitli zihinsel işlevlerde entegrasyon yitimine yol açan dissosiyatif bozukluğun bilişsel içgörüyü etkileyip etkilemediği ve bununla intihar eğilimi arasında bir bağlantı olup olmadığı klinik açıdan önem taşıyan bir soru olmaktadır. Ancak intihar eğilimi, aleksitimi, bağlanma bozukluğu, çocukluk çağı travmaları, bilişsel içgörü yitimi, dissosiyasyon ve depresyon arasındaki ilişkilerde neyin birincil olduğu bilinmemektedir. Öte yandan dissosiyatif bozukluk ve depresyon arasında bu değişkenler açısından bir fark ya da benzerlik olup olmadığı sorusu da ortaya çıkmaktadır.

Bu çalışmanın amacı dissosiyatif bozukluk hastalarını dissosiyatif bozukluğın eşlik etmediği majör depresyon hastalarından oluşan eşleştirilmiş bir kontrol grubu ile çocukluk ağı travmaları, aleksitimi, intihar eğilimi, kişilerarası bağlanma biçimleri ve bilişsel iğörü açısından karşılaştırarak iki tanı kategorisi ve iki psikopatoloji türü arasındaki fark ve benzerlikleri ortaya koymaktır.

Bu bulgulardan hareketle dissosiyatif bozuklukların tedavisinde ve özellikle psikoterapisinde, öncelikle hasta-hekim ilişkisi açısından üzerinde dikkatle durulması gereken noktaların ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Bu bilgilerle klinisyenlere çoğu zaman biyolojik tedavilere dirençli kronik depressif belirtilerle kliniğe başvuran dissosiyatif bozukluk hastalarında, primer depresyon hastalarından farklı olarak hangi tedavi yollarına ağırlık tanınmaları gerektiği konusunda ışık tutmak amaçlanmıştır.

II. GENEL BİLGİLER

II-A. DISSOSİYATİF BOZUKLUK

i. Dissosiyasyon Tanımı ve İşlevleri:

Dissosiyasyon “anı, duyu, duygu, fantezi ya da davranış gibi çeşitli zihinsel işlevlerin, tek ya da küme halinde istemli olarak hatırlanamaması ve bilinçten dışlanması” olarak tanımlanmıştır (65). Dissosiyasyon her insanda bulunan bir kapasitedir. Bu nedenle, şizofreni ve bipolar bozukluk gibi genetik yönü belirgin olan bozuklukların aksine, erken yaşta (genellikle 10 yaşından önce) başlayan kronik psikolojik travmatizasyon normalde sağlıklı bir gelişim beklenen bireyde de dissosiyatif bozukluk oluşturabilir.

Braun dissosiyasyonu, “fikir ya da düşünce sürecinin bilincin ana akışından ayrılması” olarak tanımlamış ve dissosiyasyonun BASK (behaviour, affect, sensation, knowledge: davranış, duygulanım, duyular, bilgi) modelini geliştirmiştir (Tablo 1).

BASK modelinde; davranış, duygulanım, duyular ve bilgi zamanın içinde aynı anda birbirine koşut olarak akan işlevsel örüntülerdir. Bu da çeşitli dissosiyatif belirti ve bozukluklara yol açar (67).

Tablo 1 - Dissosiyasyonun BASK Modeli

BASK BİLEŞENLERİ	OLUŞAN BELİRTİ VE BOZUKLUKLAR
B (Behavior / Davranış)	Konversiyon Otomatizm
A (Affect / Duygulanım)	Sebepsiz Duygulanım Değişiklikleri
S (Sensation / Duyu)	Somatik Bellek Belirtileri (Somatizasyon)
K (Knowledge / Bilgi)	Amnezi

Bugün dissosiyasyonun varlığı iki başlık altında incelenmektedir:

1. Tanımlayıcı yaklaşımlar

a. Boyutsal yaklaşım

b. Niteliksel yaklaşım

2. Kategorik yaklaşım

Boyutsal yaklaşım içerisinde dissosiyasyon, karmaşık bir işleme süreci olarak tanımlanmaktadır. Minör normal dissosiyasyon ile şiddetli ve psikopatolojik dissosiyasyon (DKB) durumlar arasında bir sürekliliğin olduğu varsayılmaktadır. Bütün insanlar günün %20'lik bir kısmında dissosiyasyon durumdadır. Örneğin uyku öncesi ya da sonrası, alışılmadık yorgunluk ya da emosyonel stres dönemlerinde, bazı meditasyon ve trans tiplerinde depersonalizasyon ve derealizasyon yaşantıları olabilir. Dissosiyasyon, anksiyeteli durumlarda stresi azaltmak için bütün insanların kullandığı adaptif bir başa çıkma becerisidir (70). Aynı zamanda tekrarlayıcı ya da uzun süreli travmalarda çocuğun dayanmasına yardım eden bir savunma mekanizması olarak işlev görür. Dissosiyasyon, kişinin belki fiziksel olarak kaçamayacağı bir travmadan zihinsel olarak kaçmasına yardımcı olarak, kişiyi başa çıkamayacağı travmadan korur (71).

Dissosiyatif savunmalar üç majör görevi ile kavramsallaştırılabilir (70):

1. Davranışta otomatizasyon

2. Acılı hatıralar içeren bellek ve afektin kompartmanlara ayrılması

3. Kendilikte yabancılaşma duygusu

Niteliksel yaklaşım olarak da, bir taraftan bakıldığında dissosiyatif süreklilik önemli bir ölçüt olsa da, bu çerçeveden bakıldığında tüm dissosiyatif fenomenler nitelik olarak benzemekte ve sadece şiddet olarak farklılık göstermektedirler. Bununla birlikte pek çok fenomen için dissosiyasyon kelimesinin kullanılmasının kafa karışıklığı yarattığı pek çok araştırmacı tarafından belirtilmiştir (72, 73, 74). Bunun sonucunda çözülme ve kompartmantalizasyon çatısı altında niteliksel bir ayırım yapılabileceği öne sürülmüştür

(72). Çözülme durumlarında özne ayrı bir bilinçlilik durumu sergiler. Çözülme sırasında günlük deneyimlerin genel görünümünden, kendi bedeninden, kendilik duygusundan ve dış gerçeklikten ayrılma hissi mevcuttur. Hastalar çözülme deneyimlerini uzayda gibi hissetme, gerçeklik duygusunun kaybı ya da rüyada olma şeklinde tanımlarlar. Bu esnada duygulanım hissetmediklerini ya da duygularının hızla değiştiğini ifade ederler. Kompartmantalizasyon tanımı, işlenebilir bilginin bilinçli farkındalığa getirilebilmesi becerisinde bozulma olarak tanımlanabilir. Bu durumda bilgi bağlanır, kompartmanlaşır ve bir çeşit defisit ile gelecek eylemlerin üstesinden gelinemez. Diğer tanım özelliklerinden biri de, bu kompartmantalize bilgiler iradeli kontrolden farklı bir yerde erişilemez bir halde normal olarak çalışmaya devam ederler ve süregelen biliş ve eylemleri etkileyebilirler.

Kategorik Yaklaşım: Cardena üç geniş dissosiyasyon kategorisi tanımlamıştır (110). Cardena yaygın görülen ve patolojik olmayan dissosiyasyonu kavramsallaştırmış ve ayrı bir kategoride toplamıştır.

Kategori 1: Algılama, bellek ve hareket fonksiyonlarında bozulma ile giden dissosiyatif fenomenleri içerir (Dissosiyatif amnezi ve konversiyon bozukluğu)

Kategori 2: Depersonalizasyon bozukluğu ve derealizasyon bozukluğu

Kategori 3: Kategori bir ve ikiden parçalar içerir

ii. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu ve Türkiye’de Çalışmalar:

Türkiye’de 1994’te Türkiye genelinde yapılan bir anket çalışması Türk psikiyatri hekimlerinin yaklaşık %80’inin bu tanıyı düşündükleri bir hastasının hiç bir zaman olmadığını ortaya koymaktadır (57). Türkiye’de DKB üzerine ilk sistematik çalışma ve yayınlar İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı’nda 1993 yılında başlamıştır.

Klinik psikoterapi birimi bünyesinde Prof. Dr. Vedat Şar sorumluluğunda yürütülen psikoterapi eğitim ve uygulamaları sürecinde, daha çok yataklı servis hastaları üzerinde yoğunlaşan çalışmalar, 1993 yılında ilk DKB hastasının fark edilmesini ve tanısının konulmasını sağlamıştır. Bu hastanın tedavisi sırasında edinilen ilk deneyimler sonraki çalışmalar için gerekli zemini oluşturmuştur. Bu alanda uluslararası literatürde var olan

yayınlarından kazanılan bilgiler ve standart değerlendirme araçlarının katkısıyla tanı konulan hasta sayısı hızla artmıştır (58, 60, 61, 62, 64, 113).

Türkiye’de DKB alanındaki sistematik çalışmaların başlamasında klinik psikoterapi çalışmalarının yanı sıra özellikle “histerik psikoz” kavramı üzerinde durulması rol oynamıştır. İstanbul Tıp Fakültesi’ndeki çalışmalar sonucu histerik psikoz ve DKB kategorileri arasında açık bir bağ bulunduğu, DKB vakalarının psikiyatriye histerik psikoz ile başvurabilecekleri, histerik psikozun DKB için bir tanı penceresi oluşturduğu görüşü savunulmuştur. Bu görüş uluslararası düzeyde yoğun ilgi toplamış ve bu çalışmanın bu bağa açıkça işaret eden ilk çalışma olduğu kabul görmüştür (62). 1994–1990’lı yıllar, DKB açısından Türk literatüründe patlamanın olduğu bir dönem olarak değerlendirilebilir.

Bu yıllar ve sonrasında sadece İstanbul Tıp Fakültesi,Psikiyatri Anabilim Dalı,Klinik Psikoterapi Birimince 60’tan fazla makale ve kitap bölümü uluslararası yayınlarda yer almıştır. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES), Dissosiyasyon Soru Formu (DIS Q), Dissosiyatif Bozukluklar Görüşme Çizelgesi (DBGÇ) ve Dissosiyatif Bozukluklar için Yarı-yapılandırılmış Görüşme Çizelgesi (SCID-D) gibi, Dissosiyatif Bozukluklar için hazırlanmış öz bildirim ölçekleri ve yapılandırılmış tanı koydurucu görüşme çizelgelerinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları tamamlanmıştır ve bunlar Türk araştırmacılar için önemli bir katkı sağlamıştır (60, 63).

iii. DSM-IV’te Dissosiyatif Bozuklukların Sınıflandırılması:

DSM-IV, dissosiyatif bozukluğun bilinç, kimlik ve bellek işlevlerinde bozulmaya yol açtığı üzerinde durur. Ayrıca DSM-IV, BTA-DB’nin bir alt kategorisi olarak Dissosiyatif Trans Bozukluğu’nu tanımlamıştır. “Klinik olarak belirgin sıkıntıya ya da işlevsellikte bozulmaya yol açan ve ortak kültürel ya da dinsel uygulamanın genel kabul gören uygulaması olarak kabul edilmeyen istemsiz trans durumu” olarak tanımlanan bu bozukluk özgül kültürel şartlar içinde oluşur (224). DSM-IV’te, dissosiyatif amnezi, dissosiyatif füğ, depersonalizasyon bozukluğu, dissosiyatif kimlik bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk için tanı ölçütleri belirlenmiştir.

Tablo 2- Dissosiyatif Bozukluk DSM-IV Tanı Ölçütleri

<u>Dissosiyatif Amnezi</u>
<u>Dissosiyatif Füg</u>
<u>Depersonalizasyon Bozukluğu</u>
<u>Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu</u>
<u>Başka Türlü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk</u>

Dissosiyatif Amnezi:

A. Başlıca bozukluk, genellikle travmatik olan ya da stres doğuran önemli kişisel bilgileri sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde anımsayamama epizod ya da epizodlarının olmasıdır.

B. Bu bozukluk sadece Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu, Dissosiyatif Füg, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Akut Stres Bozukluğu ya da Somatizasyon Bozukluğu sırasında ortaya çıkmamaktadır ve bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun (örneğin kafa travması) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki alanlarda işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

Dissosiyatif Füg:

A. Başlıca bozukluk, geçmişini unutup, birden beklenmedik bir biçimde evinden ya da alışageldiği işyerinden ayrılıp gitmedir.

B. Kişisel kimlik konfüzyonu ya da yeni bir kimliğe bürünme (kısmen ya da tamamen)

C. Bu bozukluk sadece Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu sırasında ortaya çıkmamaktadır ve bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn temporal lob epilepsisi) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

Depersonalizasyon Bozukluğu:

- A. Kişinin mental süreçlerinden ya da bedeninden ayrıldığı hissinin olduğu ya da sanki bunlara dışarıdan bir gözlemciymiş gibi baktığı, sürekli ya da yineleyen yaşantıların olması (örn: rüyadaymış gibi hissetme).
- B. Depersonalizasyon yaşantısı sırasında gerçeği değerlendirme yetisi bozulmaz.
- C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
- D. Depersonalizasyon yaşantısı sadece Şizofreni, Panik Bozukluğu, Akut Stres Bozukluğu ya da diğer bir dissosiyatif bozukluk gibi başka bir mental bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn.temporal lob epilepsisi) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu:

- A. İki ya da daha fazla birbirinden ayrı kimliğin ya da kişilik durumunun varlığı (her birinin kendi içinde oldukça süreklilik gösteren çevre ve benlik algısı, ilişki kurma ve düşünce biçimi vardır).
- B. Bu kimliklerden ya da kişilik durumlarından en az ikisi kişinin davranışlarını zaman zaman denetim altında tutar.
- C. Önemli kişisel bilgileri sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak biçimde anımsayamama.
- D. Bu bozukluk bir maddenin (örn. alkol intoksikasyonu sırasında görülen Black out' lar ya da katatonik davranış) ya da genel tıbbi durumun (örn.kompleks parsiyel epilepsi) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Başka Türölü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk:

Bu kategori önde gelen özelliğın dissosiyatif bir semptom (yani genelde birbirlerini bütünleyen işlevleri olan bilinçlilik, bellek, kimlik ya da çevre algısında bir bozulma olması) olduğu, ancak herhangi bir özgül dissosiyatif bozukluğın tanı ölçütlerinin karşılanamadığı bozuklukları kapsar. Örnekleri arasında şunlar vardır:

1. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğının tanı ölçütlerini tam karşılamayan bu bozukluğa benzer klinik görünümder. Örnekler arasında; iki ya da daha fazla birbirinden ayrı kişilik durumunun olduğu ya da önemli kişisel bilgiler için amnezinin olmadığı klinik görünümder vardır.
2. Erişkinlerde depersonalizasyonun eşlik etmediğı derealizasyon.
3. Uzun süreli olarak ve yoğun bir biçimde zorla düşünce aşılınması dönemlerinden geçen bireylerde ortaya çıkan dissosiyasyon durumları (örn. beyin yıkama, düşünce değişikliğine uğratma, tutsaklık sırasında yeni öğretiler edindirme).
4. Dissosiyatif Trans Bozukluğı: Bilinçlilik, kimlik ya da bellek durumlarında tek bir kez ya da epizodik olan belirli yörelere ve kültürlere özgü bozukluklar. Dissosiyatif trans, yakın çevrede olup bitenin tam farkında olamamayı ya da kişinin kontrolü dışındaymış gibi yaşanan kalıplaşmış yineleyici (stereotipik) devinimleri ya da davranışları kapsar. İyelik transı alışlagelen kişisel kimlik duyumunun yerini yeni bir kimliğın almasıdır, bir ruh, güç, tanrı ya da başka bir insana bağlanır ve kalıplaşmış yineleyici istemsiz davranışlar ya da amnezi eşlik eder ve olasılıkla Asya'da görülen en sık dissosiyatif bozukluktur. Örnekleri arasında amok (Endonezya), bebainan (Endonezya), latah (Malezya), piploktoq (kuzey kutbu), ataqe de nervios (Latin Amerika) ve iyelik (Hindistan) vardır. Dissosiyatif bozukluk ya da trans bozukluğı ortak kültürel ya da dinsel uygulamanın genel kabul gören bir parçası değildir.
5. Genel tıbbi bir duruma bağlanamayan bilinç kaybı, stupor ya da koma
6. Ganser Sendromu: Dissosiyatif Amnezi ya da Dissosiyatif Füge eşlik etmemesi koşuluyla sorulan sorulara yaklaşık yanıtlar verme durumu.

iv. Karmaşık Dissosiyatif Bozuklukların Klinik Görünümü:

Hastalar klinisyenin karşısına kimlik değişiklikleri ya da amnezilerden yakınlıkla gelmezler. Tanıya çoğunlukla ikincil belirtiler üzerinden ulaşılır. Bu bozukluğun çok sayıda değişik klinik görünümünün olması da bir güçlük nedenidir.

Bozukluğun gidişinin dalgalı olması ve bir dönem (tanı penceresi) açıkça gözlenen belirtilerin başka bir zamanda gözlenmemesi de tanı koymayı güçleştirir. Ruhsal muayene sırasında kişilik değişimi (“switching”) ve amnezilere tanık olunması tanıyı kesinleştirir.

Putnam’a göre alter kişilik, bilincin süregiden bir afekt, sınırlı bir davranış repertuarı ve bir dizi duruma-bağımlı anıyla birlikte bir kendilik duygusu (beden imajı dahil) çevresinde organize olmuş ileri derecede ayrılmış durumlarıdır. Kluft ise ayrılmış kendilik durumları yani alter kişilikleri, mental içerik ve işlevleri seçici olarak harekete geçirme (görece stabil ve süregiden) örüntülerinin mental odakları olarak tanımlar. Bunlar intrapsişik, kişilerarası ve çevresel uyaranlara duyarlıdırlar; kendi kimlik ve düşünce yapısı hissine sahiptirler, düşünce süreci ve eylem başlatma kapasiteleri vardır. Her biri zihnin bir parçası olarak değil, zihnin değişik bir örgütlenme biçimi olarak anlaşılmalıdır. Genellikle bir hastada bir kaç gelişkin alter kişilik ve çok sayıda küçük parça bulunur. Bazı parçalar sadece bir duyguyu ya da bir anıyı taşır, bunların ortaya çıkışı bir flashback tarzında olur. Geleneksel olarak alter kişilik diye adlandırılan bu unsurlar yineleyici biçimde denetimi alırlar ve algıladıkları kendilik kavramı ve temsili doğrultusunda davranırlar. Bu kişilikler belirgin olarak farklı ses, aksan, kelime haznesi, yüz ifadesi, hareket özellikleri, sağ-sol el seçimi, allerji, semptom, gözlük numarası, psikolojik test bulgusu, beyin perfüzyonu ve ilaç yanıtı gösterebilir. Alter kişilikler koruyucu-kollayıcı, ev sahibi kişiliğe düşman, intihara eğilimli, karşı cinsten ve çocuk yaşta gibi özellikler gösterebilir. Bazıları ise yaşanmış olan ve diğer kişilik durumlarının amnezik olduğu çocukluk çağı travmasına ilişkin bilgi, anı, düşünce, duyu ve duyguları içerirler. Kendisini insan olmayan, cin ya da benzeri bir varlık olarak tanımlayan alter kişiliklere de rastlanır. Tüm bu alter özellikleri gündelik yaşamda ve psikiyatrik görüşmede kendini belli edebilir. Hasta gündelik yaşamının büyük bölümünü genellikle

depresif duygular içerisinde olan ve içinde bulunduğu ruhsal durumun sonuçlarına katlanan "evsahibi" kişiliğiyle geçirir.

En sık görülen (tipik) DKB ise alter kişilikler arasında kesişim fenomenleri, eşbilençlilik ve birlikte etkin olma (koprezens) gösterir. Alter kişilikler arasındaki kesişimler ve etkileşimler hastayı rahatsız eden ve yakınmasına konu olan klinik belirtilere yol açar. Değişik alter kişiliklerden kaynaklanan mesajlar hasta tarafından işitsel varsanı olarak duyulabilir. Hasta kendisinin içinde birden çok kişinin bulunduğunu hissedebilir. Bu durum çok sayıda Schneider belirtisine yol açar. Evsahibi kişilik, zihnine düşünce ve duygular sokulduğunu, kendi duygularının başkaları tarafından oluşturulduğunu, başkaları tarafından yönetildiğini hissedebilir.

DKB hastaları sınırda kişilik bozukluğunun birçok belirtisini gösterirler. DKB hastalarında kendine fiziksel zarar verme, impulsivite, öfke patlamaları gibi belirtiler alter kişiliklerin etkinlikleri nedeniyle oluşmaktadır ve ilgili alter kişiliğin füzyona uğraması sonucunda ortadan kalkar.

DKB hastalarının gösterdikleri belirtiler nörotik, sınırda, psikotik ve organik olmak üzere çok sayıda kategoriye akla getirir. Gerçek anlamda komorbidite olabileceği gibi DKB hastaları sadece görünüşte çok sayıda psikiyatrik bozukluğun ölçütlerini de doldurabilirler. Sık olarak birlikte görülen bozukluklar konversiyon bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, sınırda kişilik bozukluğu, depresyon ve madde kullanım bozukluğudur.

Tablo 3 - Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu ve Benzeri Durumlarda Sık Görülen Belirtiler (Loewenstein, 1991)

1. Süreç ile ilgili belirtiler, Alter kişilik özellikleri, Pasif etkilenme belirtileri / kesişim fenomenleri, İşitsel ve görsel varsanılar, Kişilik atlaması ("switching")
2. Amnezi belirtileri, Dalgınlıklar / Hatırlanamayan zaman dilimleri, Hatırlanamayan davranışlar, Fügler, Nereden geldiği bilinmeyen eşyalar, İlişkilerde açıklanamayan değişiklikler, Yeteneklerde / alışkanlıklarda / bilgide dalgalanmalar, Yaşam öyküsünün parçalar halinde hatırlanması
3. Otopnotik belirtiler, Kendiliğinden olan trans halleri, Kendini kaptırma halleri, Kendiliğinden olan yaş regresyonları, Negatif varsanılar, İstemli anestezi, Vücudun dışına çıkma yaşantıları, Kişilik atlaması ile birlikte göz kürelerinin yuvarlanması ("eye-rolling")
4. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtileri, Öyküde ruhsal travma yaşantısı, Zihninde canlanma /Gözünün önüne gelme / Yeniden yaşama ("flash-back"), Kabuslar, Tetikleyici uyaranlara tepki / panik / anksiyete, Aşırı uyarılma / irkilme halleri, Duygusal tepkisizlik ("numbing") / kaçınma-kopukluk ("detachment")
5. Somatoform belirtiler, Konversiyon belirtileri, Psödoepileptik nöbetler, Somatoform ağrı belirtileri, Somatizasyon bozukluğu / Briquet Sendromu, Somatik bellek
6. Duygudurum belirtileri, Depressif duygudurum, Duygudurumda dalgalanmalar ("mood swings"), Vejetatif belirtiler, İntihar düşünceleri ya da girişimleri / kendine fiziksel zarar verme, Suçluluk hissi, Çaresizlik / ümitsizlik duyguları

Tablo 4 - Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu ve Benzeri Durumlarda Başvuru Biçimleri

1. Kronik depresyon (distimi, çifte depresyon)
2. Konversiyon bozukluğu
3. Borderline kişilik bozukluğu görünümü
4. İntihar girişimi (özellikle yineleyici olanlar)
5. Kendi bedenine tekrarlayıcı biçimde zarar verme
6. Dissosiyatif psikoz
7. Cinsel problemler (“ego-distonik eşcinsellik”, vajinismus vb.)
8. Flaşbek halleri
9. Migren
10. “Adölesans problemleri” (impulsivite, okul başarısızlığı, madde kullanımı vb.)

v. Epidemiyoloji:

1990’a kadar DKB epidemiyolojisi ile ilgili sistematik çalışmalar yoktu. Psikiyatrik çalışmalarda görülen Prevalans oranları Amerika ve Avrupa çalışmalarda %1-5’tir. Bu oran psikiyatrik popülasyonda yüksek bir orandır (86). Kanada ve Türkiye’de DDIS kullanılan iki büyük ölçekli epidemiyolojik çalışma DSM-III-R ve DSM-IV dissosiyatif bozukluklarının toplum yaygınlığının %10’un üzerinde olduğunu belgeledi (10). ABD popülasyonundaki güncel bir çalışma %9.1’lik bir yaygınlık ortaya koydu (11). Bugüne kadar yapılan çalışmalarda hastaların çoğunluğunu kadınların oluşturduğu dikkat çekicidir. DKB olan erkeklerin çoğunluğunun tedavi için psikiyatrik sisteme değil, suç işleyenler içinde adli sisteme girdikleri ve bu yüzden tanınamadıkları konusunda yaygın bir inanç vardır. Hem klinik hem de klinik olmayan popülasyonların epidemiyolojik çalışmaları başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozuklukların (BTADB) en

yaygın dissosiyatif bozukluk olduğunu ortaya koymuştur (12, 14, 15). Bu çalışmalar tanı koyulmuş dissosiyatif bozuklukların %40'ının BTA dissosiyatif bozukluk olduğunu ortaya koyduğu için, DSM-IV'ün dissosiyatif bozukluklar nozolojisi ile ilgili bir sorun olduğu aşıkardır.

vi. Etiyoloji:

Çocukluk Çağı Travmaları: Dissosiyatif bozukluğu olan kişilerde yapılan çalışmalarda sıklıkla etiyolojide travma bulunmuştur (87, 88, 89, 90). DB hastalarının %90-100'ünün çocukluk döneminde ağır travma yaşadığını belirttiği, bir kısmı üçüncü kişiler tarafından doğrulanmış yirmiden fazla çok vakalı serilerdir. Travması olan kişilerin, travmasız gruba göre önemli ölçüde daha yüksek dissosiyasyon seviyeleri gösterdikleri saptanmıştır. Klinik ve normal popülasyonda yapılan bu çalışmalar; tecavüz, savaş, çocuk suistimali ve doğal afet gibi bir çok farklı travma şeklinin yüksek seviyelerde dissosiyasyona sebep olduğunu göstermiştir. Ergen popülasyonunda bu noktayı inceleyen en geniş kapsamlı çalışmalardan biri Türkiye'de yapılmıştır. Travma ile dissosiyasyonun güçlü bir korelasyon gösterdiği bu çalışmada, travma ile kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır. Çocukluk istismarında başlangıç yaşı ne kadar erkense o kadar şiddetli dissosiyasyon görülmektedir. Cinsel suistimalin başladığı yaş veya süresi gibi travmanın derecesi konusundaki göstergeler genellikle dissosiyasyonun şiddeti ile oldukça orantılıdır. Travma esnasındaki dissosiyasyonun daha sonraki TSSB gelişiminde çok güçlü bir role sahip olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (91). TSSB travmanın empoze etiğinin aksine olumsuz bir olay ile eşdeğer olmayıp karmaşık sosyopsikolojik bir prosestir.

TSSB'nin bu karmaşık prosesi geçmişte, şimdi ve gelecekte olan travmatik deneyimi takip eden subjektif ve objektif komponentlerden oluşmaktadır. Psişik travmanın genel tanımlaması her hangi bir zamanda psişik uyum bozulmasına yol açan iç dünyanın, dışsal gerçekliğin ve aralarındaki oluşan bütünlüğün kaybı olarak anlaşılmaktadır (131). Bu anlamda travma ve Dissosiasyon birbiri içine giren konseptir (132).

Aile Ortamı: Dissosiyasyon üzerine sadece aile ortamının yaptığı etkileri, aile içinde meydana gelen istismar yaşantılarının (ensest gibi) etkilerinden ayırt etmek zor olmasına rağmen aile ortamının, kötü muamele ve travma faktörlerinden bağımsız olarak dissosiyasyon puanlarına önemli bir katkıda bulunduğu görülmektedir. Belirgin bir travma olmaksızın sadece olumsuz aile ortamının kişiler üzerindeki dissosiyatif etkisi incelenmiştir. Primer bağlanma figürünün kaybı veya ilgisizliğinin aktif bir suistimal ile birleşerek kronik dissosiyatif bozukluk oluşturduğunu destekleyen bir çalışmada istismar öyküsü bulunmayan erişkinlerde çocukluk dönemindeki aile kaybının dissosiyasyona güçlü bir katkısı olduğu gösterilmiştir (96).

Genetik Faktörler: Üzerinde pek çok spekülasyon yapılmasına rağmen normal ve patolojik dissosiyasyonda genetik faktörlerin rolü hakkında çok az şey bilinmektedir. Waller, 94 çocuk ve ergen ikizlerde yaptığı çalışmadan elde ettiği ilk verilere göre tek yumurta ikizleri ve çift yumurta ikizleri arasında önemli bir fark olmadığını ve buna bağlı olarak genetik faktörün normal dissosiyasyon üzerinde çok az katkısının olduğunu ileri sürmüştür (97). DES kullanılarak yapılan araştırmalarda absorpsiyon itemlerinin %50 oranında kalıtsal olduğu belirtilmektedir. Kalıtımın ve çevrenin etkisi çocuğun gelişimi boyunca değişkenlik gösterebilir. Becker ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmaya ikiz çocuklar ve evlat edinilmiş çocuklar dâhil edilerek genetik ve çevrenin dissosiyasyona etkisi incelenmiştir. Bu çalışmada dissosiyasyon ile genetik ve ihmal yaşantıları arasında yüksek oranda ilişkili saptanmıştır. Genetik etkenlerin patolojik olmayan dissoisasyona etkisi daha büyükken, dissosiyatif bozukluklarda çevresel faktörlerin daha önemli rol oynayabileceği ileri sürülmekle birlikte bu konuda daha çok sayıda araştırmaya ihtiyaç vardır (98).

Dissosiyasyon ve Kendilik Gelişimi: Gelişimsel çalışmalar, bebeklerin dünyaya tam ve bütünleşmiş bir şekilde gelmediklerini göstermektedir. Self psikolojisi ekolünün temsilcilerinden Stern, bebeğin her bir emosyonel durumunun yüz ifadesi, solunum, tonlama ve emosyona eşlik eden duygulardan oluşan küçük bir bütüncük oluşturduğunu ve bu küçük bütüncüğün genelden ayrı ve kendisine ait bir iç psikofizyolojik geri bildirim tarzına sahip olduğunu ileri sürmektedir. Daha sonra bu küçük bütüncük daha karmaşık bir oluşuma doğru gelişir. İçerik zenginleşir ve daha geniş zaman dönemlerini kapsayan bir hale gelir. Bunların daha da genişleyerek devam etmeleri ile ayrı parçalar birleşir ve tek bir self ortaya çıkar (101). Olumsuz yaşam ortamlarında yetişen bebekler

ileride tek olmaya giden bu gelişimi gösteremezler. Bu da dissosiyatif bozukluk gelişimi için uygun bir psikik zeminin oluşmasına sebep olmaktadır. Ayrıca patolojik dissosiyasyon Stern'in ifade ettiği selfin dört boyutunun gelişimine birçok açıdan zarar verebilir. Örneğin tekrarlayıcı amnezi ve bazı bellek bozuklukları self agency (kendiliğin insiyatif kullanma yönü), self coherence (kendiliğin bütüncül ve üniter oluşu) ve self continuity (kendilik duygusunun sürekliliği)'ye hasar verebilir.

Hayal Gücü ve Fantezi Kapasitesi: Hayali arkadaşların gelişimsel bir fenomen olduğu tartışılmakla beraber, psikopatolojik olarak hayal arkadaşlıklarının DB ile ilişkili olduğu kabul edilmektedir (70, 102). Yapılan çalışmalar hayali arkadaşların, alter kişilikler için bir zemin oluşturabildiğini öne sürmektedir (70, 103). “Fantezi kurma eğilimi ve kapasitesinin” dissosiyasyonla ilişkili olduğu iddia edilmiştir. “Fantezi eğilimi” kişilerin zamanlarının büyük bir kısmını kendi yarattıkları bir hayal ve fantezi dünyasında geçiren kişileri karakterize etmek için kullanılmıştır. Bazı çalışmalar aşırı fantezi eğiliminin çocukluk dönemindeki kötü muamele öyküsü ile ilişkili olduğunu göstermiş ve istatistiksel olarak güçlü bir ilişki tespit edilmiştir (100).

vii. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Nörobiyolojisi:

Beyin görüntüleme, nörokimya ve genetik değerlendirme güncel çalışma alanları arasındadır. DKB konusundaki biyolojik çalışmalar henüz başlangıç evresindedir.

Beyin görüntüleme, nörokimya ve genetik inceleme çalışmaları yapılmaktadır. Beyin görüntüleme çalışmaları iki noktaya odaklanmıştır: Dissosiyasyonla ilgili beyin görüntüleme de saptanan değişkenler ve DKB hastaları ile normal kontrollerin (ya da başka psikiyatrik hastaların) karşılaştırılması. (1) DKB hastalarında kişilik durumları arasındaki farkları (233,234) ; (2) TSSB hastalarında trauma ile ilgili konulara dissosiyatif ve non-dissosiyatif tepkileri (235) ; (3) DKB hastalarında kişilik atlamasından önce ve atlama sırasında meydana gelen beyin perfüzyon değişiklikleri (236); ve (4) Dissosiyatif hastalarla normal kontroller arasında perfüzyon farklarını (237,238) konu alan çalışmalar yapılmıştır.

Shore, orbitofrontal lobun erken psikolojik travmadan nasıl etkilendiğini geniş olarak ele almıştır (239). Bu noktadan hareket eden Forrest (240) DKB nin anlaşılması için orbitofrontal bölgeyi merkez alan bir nörobiyolojik model önermiştir.

DKB hastalarında iki çalışmada da orbitofrontal hipoperfüzyon gösterilmiş olması bu düşüncüyü desteklemektedir (237,238).

Yeni bir çalışma da sınırda kişilik bozukluğu hastalarına ait bazı çekirdek özellikler ve özellikle impulsivite ile orbitofrontal korteks arasında ilişki bulunmuştur (241).

Bir MRI çalışması DKB hastalarında normal kontrollere göre hipokampus ve amigdalanın küçüldüğünü göstermiştir (242). DKB hastalarında parahipokampal girusta küçülme ile psikolojik ve somatik dissosiyasyon arasında güçlü bir korelasyon gösterilmiştir (243).

Dissosiyatif bozukluklar üzerinde yapılan genetik çalışmalar sınırlıdır. Bir çalışma erkek alkol bağımlılarında dissosiyasyonla temperament ve karakter arasında ilişki bulunmamıştır (244).

Grabe ve arkadaşları (245) ise dissosiyasyonla yüksek transandans ve düşük kendi merkezli yönetim gibi genetik kökenli karakter çizgileri arasında ilişki bulmuştur.

OKB hastaları üzerindeki bir çalışma (246) monoamin işlevleriyle bağlantılı genetik polimorfizm açısından yüksek ve düşük dissosiyasyonlu alt gruplar arasında fark bulmamıştır. Bunu izleyen bir çalışmada, çocukluk çağı fiziksel ihmali ile 5-HTT genotipin ikisinin birlikte dissosiyasyon ile bağlantı gösterdikleri ortaya konulmuştur (247) .

Dissosiyatif bozukluklar konusundaki genetik çalışmalar henüz ortak bir sonuca varmaktan uzaktır.

Yapılan araştırmalarda sıklıkla çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin bellek ve biliş üzerine yaratabileceği hasar üzerine odaklanılmaktadır. SSS'nin birleştirme kapasitesindeki bozulma, bellekte travmatik olaylar ile ilgili duyguların ve duyumların işlenememesi ve entegre edilememesi ile sonuçlanmaktadır. Son çalışmalar dissosiyatif bozukluk mekanizmasının nörobiyolojik temellerini açığa kavuşturmaya başlamıştır (233-247). Çeşitli beyin sistemleri içerisindeki kompleks nöronal ağlar, gelen bilgiyi tanıma, yorumlama ve entegre etme, acı verici ya da keyifli olanı tanımlamayı içerir. Çocuklukta ki uzamış stres yanıtının güçlü kaynaklarının; erken dönemdeki şiddetli yoksunluk ve ihmal, aile tarafından şiddete maruz kalma, açık emosyonel, cinsel ya da fiziksel istismara uğrama olduğu gösterilmiştir. (235,236,239)

II-B. DİSSOSİYATİF BOZUKLUK VE DEPRESYON: ORTAK VE AYRI YÖNLER

Depresyon psikiyatrik hastalıklar arasında en sık görülenlerden biridir. Her yaşta görülebilen ancak orta yaşlarda ve özellikle de 25 - 44 yaşları arasında daha sık izlenen bir hastalıktır. Yaşam boyu majör depresyon yaygınlığı % 4.4 - 19.6 olarak verilmiştir. Kadınlarda erkeklere göre iki kat daha sık rastlanır. Yaşam boyu gelişme olasılığı kadınlarda % 10 - 25, erkeklerde % 5 - 12 arasında değişmektedir. Her 4 kadından birisi ya da her 8 - 10 erkekten birisi yaşamları boyunca bir majör depresif bozukluk geçirmektedir. Bu kişilerin de % 50 - 80'inde hastalığın bir ya da birden çok sayıda nüksetme olasılığı bulunmaktadır. Duygudurum, depresyonun temel özelliğidir. Çökkün duygudurum; yaşamdan zevk alamama, karamsarlık, kendini kederli ve elemli hissetme, moral bozukluğu, umutsuzluk, mutsuzluk, hüznün ve kendini boşlukta hissetme duygusu, kötümser düşüncelerle karakterizedir ve devamlılık gösterir. Depresyon elem-keder duygularını içeren duygusal bir yaşantıdır. Depresyon tipik olarak; olağan etkinliklerden ve daha önce kişiye zevk veren durumlardan eskisi gibi zevk alamama ve bunlara karşı ilginin kaybolmasıyla kendini gösteren, çökkünlük, karamsarlık yanında keder ve elem duygularıyla seyreden depresif bir duygudurumu (disforik mood), gerek mental gerekse fiziksel alanda enerji azlığı ile kendini gösteren psikomotor yavaşlama (psikomotor baskılanma), düşünce içeriği kısıtlılığı ile belirgin bilişsel yavaşlama (bilişsel baskılanma), kişinin işlevselliğinde azalma ile kendini gösteren bir hastalıktır (169, 170). Duygudurum bozukluğu psikiyatrideki muhtemelen en sık tanıdır, ancak tüm depresif ve anksiyöz klinik başvurular bir birincil duygudurum bozukluğuna bağlı değildir. Depresyon ve bipolar bozukluğun hafif formlarının sınırda kişilik bozukluğu gibi başka bir birincil soruna bağlı olabileceğini biliyoruz. Bu duygulanımsal disregülasyona neden olan dissosiyatif bozukluklar ve diğer travmayla ilişkili sendromlar için de geçerlidir. Duygudurum düzenleyicileri ve antidepresan ilaçlar böyle olgularda o kadar da etkili olmayabilir. Majör depresyon hastaları ile kontrol grupları karşılaştırıldığında DES skorları açısından fark gözlenmemiş, majör depresyon bozukluğu olan hastaların %50'sinde çocukluk çağı travması olduğu bulunmuş ve bunların DES skorları değerlendirildiğinde absorpsiyon ve imajinasyon verilerinde çocukluk çağı travması olmayan gruba göre yüksek bulunmuştur (133).

Ayrıca bu hasta grubunda şiddet belirteçleri olarak başlangıç yaşı, epizot şiddeti, tekrarlayıcı intihar girişimi yüksek DES skorları ile bağlantılı olduğu bulunmuştur. Bu bulgu bize majör depresyon hastalarının, dissosiyatif fenomenler açısından gözden kaçmaması gerektiğini göstermektedir. Çocukluk çağı cinsel tacizinin, kadınlarda depresyonda yüksek risk taşıdığı belirtilmiştir.

Bifulco, Brown, and Adler; çocukluk çağı duygusal ihmal ve istismarın dirençli depresyon ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (17). Çeşitli çalışmalarda; çocukluk çağı cinsel istismarına uğrayan hastaların 1/3'ü bu olayı tamamen unutmuş, 1/3'ü sürekli hatırlamakta, 1/3'ü travma ile ilgili parsiyel amnezi geliştirdiği bulunmuştur (18). Erken yaşta başlayan kronik istismar amnezi ile ilişkili bulunurken; füğ, çeşitli subakut kronik yaşantılar (sosyal göç, affet, savaş, tekrarlayıcı cinsel istismar) ile ilişkili bulunmuştur (19, 86).

II-C. DİĞER PSİKİYATRİK BOZUKLUKLARDA: DISSOSİYASYONUN VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ YERİ

Görüngüsel sınıflandırma sistemleri gibi, Amerika Psikiyatri Birliğinin tanısall ve istatistiksel el kitapları (DSM) aynı tanıları artan oranlarda izin vermiştir (147). Bunun bir sonucu olarak, eştanı klinik psikiyatrinin merkez sorunlarından biri haline gelmiştir. Ancak birçok DSM bozukluğu için büyük oranlarda ki eştanı, aşırı dahil edici veya kesin olmayan tanı ölçütlerinin basitçe bir artefaktı olamaz; bunlar psikiyatrik sorunlar için çok etmense (multifaktöryel) bir etiyoolojiyi ve günlük klinik uygulamada multimodal tedavi stratejilerine olan ihtiyacı yansıtmalıdır. Bu açıdan, psikiyatrik araştırmalar klinik uygulama ve deneyimlerin gerisinde kalmıştır; “saf” tanısall popülasyonlarda yürütülen çalışmalar, “gerçek” klinik durumları neredeyse ucu ucuna yansıtmaktadır (148, 149).

Yaygın olarak kullanılan psikiyatrik değerlendirme araçlarında dissosiyatif bozukluklar modülünün olmaması birçok on yıl boyunca dissosiyasyonun neredeyse tamamen göz ardı edilmesine yol açmıştır. Bu ihmal, dissosiyatif bozukluk ile eştanı değerlendirilmemiş diğer bozukluk örneklemelerinin araştırmalarını, bilinmeyen yollarla, kaçınılmaz olarak etkilemiştir (20). Yine de, psikiyatrideki eştanı tüm hastalar için ortak olmaktan öte belirli risk etmenleri ile ilişkilidir. Açıkça, gelişimsel travmalar bu risk etmenlerinden bir tanesidir.

Genel popülasyonda duygudurumu, anksiyeteyi ve madde kullanım bozukluklarını kapsayan 12 aylık bir takip çalışması, ebeveyndeki psikiyatrik öykü ve çocukluk çağı travmasının odds oranlarının, saf bozukluğu olanlardan öte eşanı durumları olan bireylerde daha çok olduğunu ortaya koymuştur (150).

Bir prospektif çalışmayı da içeren, bir çok çeşitli çalışmalar çocukluk çağı travması ile dissosiyasyon arasında bir ilişkinin varlığını ortaya koymuştur (151, 152). Dissosiyatif bozukluğu olan hastalar, tüm psikiyatrik kategoriler arasında en yüksek çocukluk çağı travması sıklığını bildirmektedir ve her iki DSM ekseninde yaygın psikiyatrik eşanıya sahiptir (153). Çocukluk çağı travması hakkındaki çalışmalar, hem tanı hem de tedavi açısından dissosiyasyonu değerlendirmelidir. Dissosiyasyon veya çocukluk çağında travma öyküsünün varlığı farmakolojik ve davranışsal tedavinin (hatta sorun yaratan bozukluk için en etkili olduğu göz önünde tutulanların bile) etkinliğini kısıtlayabilir. Bu örüntü obsesif kompulsif bozukluk ve majör depresif epizot çalışmalarında gözlenmiştir (21, 33).

Dissosiyatif bozukluk komorbiditesi madde kötüye kullanımı, sınırda kişilik bozukluğu konversiyon bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, sosyal fobi ve şizofreni çalışmalarında görülmüştür (24, 27, 28, 30). Kişilik bozukluklarını da içeren çeşitli psikiyatrik bozuklukların ya dissosiyatif komorbiditesi vardır ya da tanısal ölçütlerinde dissosiyatif belirtileri içerirler (154,155). Çocukluk çağı cinsel istismarı ve dissosiyasyon; intihara eğilimi, kendine zarar vermeyi ve cinsel agresyonu içeren ruhsal sağlık bozulmasının çeşitli başka belirteçleri ile bağımsız olarak ilişkilidir (156).

Dissosiyatif bozukluğu olan hastalar, bozukluğa ait tüm bu belirtileri gösterebilirken aynı zamanda bu bozukluk için karakteristik olmayan ilave birçok belirtiyi de gösterirler. En kapsamlı eşanı tanımlaması, Burke ve arkadaşlarının çeşitli tanısal görüşme yöntemlerini değerlendirmedeki farklılıkları tartıştıkları metodolojik yazısında bulunmaktadır. Bu yazıda komorbidite, “belirlenmiş bir zaman diliminde, bir kişide, birden çok özgün bozukluk olması” şeklinde tanımlanır. Araştırmalarda ve klinik pratikte eşanı kavramı sıklıkla kullanılmasına rağmen çok iyi tanımlanmamıştır. Eşanı tanımı üzerinde bir anlaşma sağlanamaması çalışmalarda eşanı oranlarının çok farklılıklar göstermesine sebep olmaktadır. Epidemiyolojik çalışmalarda ruhsal

bozuklukların eştanısı %25 - 62 gibi oranlarda değişmektedir. Bu durumda bozuklukların tek başlarına görülmeleri istisna gibi durmaktadır (111).

i. Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni:

Genelde çocukluk çağı travması genel popülasyonda pozitif psikotik belirtilerin riskini artırır (157). İşitsel halüsinasyonları içeren psikiyatrik bozukluğu olan hastaların %38.5'i çocukluk çağı cinsel istismarı bildirmiştir. Çocukluk çağı travması daha yüksek seviyede depresyon ve dissosiyasyon ile ilişkilidir ve işitsel halüsinasyonların seslerini daha kötü niyetli şekilde yorumlamaya eğilim ile bağlantılandırılmıştır. Aynı üç özelliğin (depresyon, dissosiyasyon ve işitsel halüsinasyonlar) tamamı bildirilen ilk istismar yaşı ile ilişkili, ilk deneyimin yaşının daha küçük olması her durumda daha yüksek seviyede psikopatoloji ile ilişkili bulunmuştur. Komorbid dissosiyatif bozukluğu olan şizofrenik hastaların, daha ciddi çocukluk çağı travma öyküleri, daha çok eş tanı ve hem pozitif hem de negatif belirtilerden daha yüksek puanları vardır (158).

Şizofrenili hastalar arasında, daha yüksek borderline özellikleri benzersiz olarak, çocukluk çağı cinsel istismarı bildirimi ile ilişkiliyken, dissosiyasyon hem duygusal hem de fiziksel istismar ile ilintilidir (154, 159).

Bir zamanlar şizofreni için patognomonik olduğu düşünülen Schneiderian birinci derece belirtiler de bipolar bozukluğu olan hastalarda tanımlanmıştır (160, 161). İlâveten birinci derece belirtiler dissosiyatif kimlik bozukluğunda, şizofreniden daha sıktır (162). Schneiderian belirtiler genel popülasyonda bile diğer dissosiyatif belirti kümeleri ve çocukluk çağı travması ile yüksek oranda ilişkilidir (163).

Bipolar bozukluğu olan hastalar arasında çocukluk çağı travması hakkında veriler de ilginç bulgular sunmaktadır. Bipolar bozukluğu olan hasta grubunda, bildirilen çocukluk çağı travması (cinsel istismar) ile işitsel halüsinasyonlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (164). Hızlı döngülü bipolar bozukluk hastaları, hızlı döngülü olmayanlardan, çocukluk çağı fiziksel veya cinsel istismarı, madde kötüye kullanım öyküsü, bipolar I bozukluk alt türü ve yaşam boyu depresif ve manik epizotların sayısı ile ayrılır (165). Bu özelliklerin yaygınlığı epizot sıklığı ile ilerleyici olarak artar.

Vedat Şar ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada hızlı döngülülere karşı hızlı döngülü olmayanlar %8.5'a karşı %3.6 TSSB, %27.3'e karşı %17.2 madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı oranları, %50.2'ye karşı %30.7 oranında herhangi bir anksiyete bozukluğu ve %40.1'e karşı %24.1 oranında çocukluk sırasında veya %10.8'e karşı %6.3 oranında ergenlik sırasında fiziksel veya cinsel istismar öyküsü bildirilmiştir. Hızlı döngülü kişiler hızlı döngülü olmayanlardan çok daha yüksek oranlarda travma ile ilişkili belirtiler oluşturmıştır. Başka bir çalışmada, erken stres (erken fiziksel veya cinsel istismarın öz bildirimi) bipolar bozukluğun daha erken başlamasıyla; hastalığın daha istenmeyen gidişiyle; daha çok eksen I, II ve III komorbiditesiyle; devam eden sosyal ve tıbbi desteklerin kaybı veya yokluğuyla ve ciddi intihar girişimlerinin artmış sıklığı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (166).

Bu ilişkiler bipolar bozukluğu olan hastalarda çocukluk çağı travması ile dissosiyasyon arasında da bir bağlantı olabileceğini öne sürmektedir.

Duygudurum bozuklukları spektrumundaki çocukluk çağı travması öyküsünün etkisi yalnızca bipolar bozukluk ile sınırlı değildir. Çocukluk çağı cinsel istismarı olan depresif kadınlar, çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü olmayan depresif kadınlara kıyasla, daha çok çocukluk çağı fiziksel istismarı, çocukluk çağı duygusal istismarı ve evde ebeveyn çatışması bildirmişlerdir. İki grup (çocukluk çağı cinsel istismarı olan ve olmayan) depresyonun ciddiyeti açısından benzer, ancak çocukluk çağı cinsel istismarı olan kadınların intihara veya kasıtlı kendine zarar vermeye kalkışması daha fazladır.. Çocukluk çağı cinsel istismarı olan kadınlar aynı zamanda yaşamın daha erken evrelerinde depresif oldukları, bunların panik bozukluğu olması daha olası ve yakın zamanlı bir saldırı bildirmeleri daha fazla görülmüştür. Kronik majör depresyonu olan hastaların kontrollü bir çalışmasında, erken çocukluk çağı travma öyküsü olanlarda (erken yaşta ebeveynlerin kaybı, fiziksel veya cinsel istismar veya ihmal) yalnız başına psikoterapi, antidepresan monoterapisinden daha üstün bulunmuştur. Dahası, çocukluk çağı istismarı kohortunda psikoterapi ile farmakoterapi kombinasyonu, yalnızca psikoterapiden ucu ucuna daha üstün saptanmıştır (167). Klinik uygulamada, dissosiyatif hastaların kronik (çifte) depresyonu ve intihara eğilimleri depresif bozukluklar için uygun standart biyolojik tedavi modalitelerine sıklıkla dirençlidir; ancak dissosiyatif bozukluğun başarıyla tedavi edilmesine olumlu olarak yanıt verir. Taramalar, fark edilmemiş eş tanı durumlarının, hastanın depresyonuna neden olan ve

sürdüren birincil etmenler olduğunu ortaya koymuştur (168). Tek bir hastalık modeli tüm zor hastaların çoğundaki yaygın komorbiditeyi açıklamakta başarısız kalmaktadır.

Şizofreni ve duygudurum bozukluklarını anlamamızı daha da karmaşıktırarak şekilde, dissosiyatif bozukluğun kendisi bir psikoz şeklini alabilir (169, 170). Her ne kadar resmi sınıflandırma sistemlerinin hiçbir zaman bir parçası olmasa da, dissosiyatif psikoz (önceki adıyla histerik psikoz) resmi kabul olmadan klinisyenler tarafından tanınmıştır (171, 172). Dissosiyatif psikoz birkaç haftadan uzun sürmeyen akut bir durumdur. Her ne kadar dissosiyatif psikoz akut şizofrenik, manik veya deliryöz durumları taklit edebilse de, bozukluk aniden ve hiçbir sekel bırakmadan sonlanır; yani hiçbir şizotipal belirti şizofrenik psikozdaki gibi kalıcı değildir (171).

Nadiren amnezi akut psikoz süresince mevcut olabilir. Bu epizotun dissosiyatif doğası hakkında ileri bilgi verir. Dissosiyatif psikoz dissosiyatif kimlik bozukluğu olan hastalarda, akut stresli bir yaşam olayını takiben dekompanasyonun bir sonucu olarak ortaya çıkabilir (173, 174). Travmanın başlattığı psikoz gibi, dissosiyatif psikoz da Avrupa psikiyatrisinin psikojen veya tepkisel psikoz kavramları ile bağlantılandırılabilir (175, 176). Göçmenler ve savaş altındaki toplumlar gibi özgül popülasyonlarda, ciddi stres ve aşırı travmatik yaşantıların, klasik TSSB şeklini değil, kısa tepkisel psikoz halini alabileceğine dair klinik kanıt vardır (176). Bu hastaların birçoğunun dissosiyatif psikoz geçirmişliği vardır.

Dissosiyatif görüngülere aşinalık doğru tanı ve tedavi vermek ve gereksiz hastaneye yatış veya nöroleptik tedavisinden kaçınmak için önemlidir. Her ne kadar bu gözlemler psikotik bozuklukların görüngüsünde çocukluk çağı travması ve dissosiyasyonun etkisinin altını çizse de, dissosiyatif görüngü ve şizotipi arasında olası doğrudan bir ilişki, her ne kadar aydınlatılmayı beklese de, mevcut olabilir. Dissosiyatif bozukluklar şizofreniden kolaylıkla ayırt edilebilir. Akut psikiyatrik bozukluğu olan histerik psikozun bu bağlamda özel bir yeri vardır. Türk genel psikiyatri bakışında histerik psikozun dissosiyatif bir doğaya sahip olduğu, niteleyici olarak şizofreni bozukluğundan farklı olduğu bilinmektedir (88). Bu durum psödopsikotik dissosiasyon olarak değerlendirilmiş olup nöroleptik ilaç tedavisi açısından endikasyon oluşturduğu bilinmektedir (38). Bu bağlamda Vander Hard ve arkadaşları, dissosiyatif psikozun

birkaç haftadan çok daha fazla sürebileceğini, bu hastalığın temel özelliği akut seyir değil de, dissosiyatif doğasında olduğu üzerinde durmuştur (52).

Dissosiyatif bozukluğun şizofreni ile karışmasına neden olan bulgu ve belirtiler şunlardır:

i-Sesler işitme

ii-Yönlendirmede bulunan hallüsinasyonlar

iii-Birbiriyle konuşan ve tartışan sesler

iv-Dışarıdan kontrol edildiğini hissetme

v-Hayali arkadaşlar arasında ki hiyerarşi

vi-Mantık dışı düşünce süreçleri ve karışık bir bilişsel işlev sergilemeleri

vii-Blokaj, çağrışım dağılması ve uygunsuz ya da düzleşmiş duygulanım gibi psikotik belirtiler

Dissosiyatif bozukluğu olan çocuk, ergen ve erişkinlerin neredeyse tümü işitsel hallüsinasyonlar yaşarlar. Kafalarının içinde değişik kişiliklerin seslerini duyarlar ve bu sesler çelişkili talimatlar verebilir. Duyulan seslerin intihar girişimine yönlendirmeleri oldukça sık rastlanılan bir durumdur. Schneiderian'ın birinci sıra belirtilerinin birçoğunu, yetişkin DKB hastalarında olduğu gibi çocuk ve gençlerdeki dissosiyatif bozuklukta da görmek mümkündür. Vaka serilerinin çoğunda hastaların tamamı kafalarının içinden emir veren, kendileri ile ilgili tartışan sesler duyduğunu belirtmişlerdir. İçindeki ses tarafından yönetildiğini hissetme veya düşüncelerinin ve duygularının çalındığını ya da zorla dışarıdan bir güç tarafından düşünce sokulduğunu hissetme gibi yaşantılar oldukça sık bir şekilde bildirilmiştir. Dikkat çekici olan, hastaların bu konudaki iç görüleridir. Delilikle suçlanacağı korkusuyla bu yaşantılardan kimseye bahsetmezler. Bazen ani dalgınlıkları ve bazen de bizzat içlerinden gelen, onlara gizli bilgileri ortaya dökmeyi kesmelerini emreden bir ses nedeniyle düşünce bloğu izlenimi oluşabilir. Dissosiyatif bozukluğu olan hastalarda şizofreninin tüm temel belirtileri bulunabilse de, hastaların genel sıcaklığı, içgörüsü ve genel fonksiyon düzeyi gibi diğer özellikler böyle bir tanıyı şüpheli kılar. Ayrıca bu hastalardaki işitsel

hallüsinasyonlar antipsikotiklere yanıt vermemektedir. Bu belirtiler psikotik bozukluk hastalarında görülen belirtilerden farklılık gösterir. Örneğin klinik olarak saptanan sesler alter kişiliklerden kaynak alırlar ve psikoterapide bu seslerle ilişkiye geçilebilir. Klinik deneyimlere göre tedavi sürecinin bir parçası olan “birleştirme”(entegrasyon) işleminden sonra bu sesler kaybolmaktadır. Sanrıların sıklıkla travmatik yaşantılara spesifik olduğu bildirilmektedir. DKB olguları klinisyenle ilişkiye daha açıktır ve yer, zaman ve kişi oryantasyonunda bozulma yoktur. Ellison ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada bu olgularda prodromal ve rezidüel şizofreni belirtileri olmasına rağmen enkoherans, çağrışımlarda gevşeme, afekte küntleşme ya da uygunsuz afekt ve motor anormalliklere ait bulgular saptanmamıştır (115).

Görsel varsanı tutarlı ve sistematik bir yapıya sahipse, içerik olarak uzun bir zamandan beri aynı şekilde devam ediyorsa, eşlik eden işitsel varsanı ile bütünlük oluşturuyorsa ve psikozun diğer çekirdek belirtileri bulunmuyorsa dissosiyatif bozukluk akla gelen ilk tanılardan biri olmalıdır.

Dissosiyatif bozukluk ile duygudurum bozukluklarının karışmasına neden olan bulgu ve belirtiler şunlardır:

i-Belirgin duygudurum değişiklikleri

ii-Epizodik öfke nöbetleri

iii-İntihar girişimleri

iv-Uykuya dalmakta zorluk

v-Uygunsuz seksüel davranışlar ve hiperseksüalite

vi-Grandiyözite

vii-Self mutilatif davranışlar

viii-Taciz edilmenin yükünü taşıyan kişilikler sıklıkla kronik olarak üzgün ve kızgındır.

Alter kişiliklerin aktif olduğu duruma göre hastaların duygudurumunda belirgin dalgalanmalar olur. Bu nedenle sıklıkla duygudurum bozukluğu tanısı alırlar. Bununla

birlikte kronik dissosiyatif bozukluğu olan hastalar dikkat çekici derecede oynak duygulanıma sahiptirler. Bir ruh halinden diğerine geçiş sıklıkla ani ve dramatiktir, oysa bipolar bozuklukta daha uzun süreli salınımlar vardır .

ii. Sınırdaki Kişilik Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu:

Dissosiyasyonun TSSB ve akut stres bozukluğu ile ilişkisi, ileri çalışma gerektiren büyük oranda tartışmalı bir alandır; ancak günümüzdeki mevcut çalışmaların sonuçları şaşırtıcıdır. Yapılan çalışmalarda, ısrarcı dissosiyasyon, akut stres bozukluğu ciddiyeti ve araya giren belirtiler ile peritratmatik dissosiyasyondan daha kuvvetle ilişkili bulunmuştur (177). Peritratmatikten öte ısrarcı dissosiyasyon, travma sonrası psikopatolojinin en iyi yordayıcısı olduğu belirtilmiştir. Sınırdaki kişilik bozukluğu (SKB) ve dissosiyatif bozukluğu olan hastalarda yüksek seviyede, bildirilmiş çocukluk çağı travması vardır (178). Çocukluk çağı travması, SKB hastaları için geçmişte çoklu hastaneye yatışların altı anlamlı yordayıcısından biridir: 26 yaş veya üstü, psikoz benzeri düşünce öyküsü, yaşam boyu kendine zarar verici girişimlerin ve intihar girişimlerinin sayısı, bildirilmiş çocukluk çağı cinsel istismarı öyküsü ve erişkinlikte fiziksel veya cinsel olarak saldırılmış olmak (179). SKB hastalarının sağlıklı kontrollerle olan bir kıyaslamasında, ailevi nevrotik spektrum bozuklukları, çocukluk çağı cinsel istismarı, ebeveynlerden ayrılma ve istenmeyen ebeveyn çocuk yetiştirme tarzları SKB tanısını oluşturduğu belirtilmiştir (180).

Klinik psikoloji servislerine giden kadınların seçilmemiş bir örnekleminde, cinsel istismar, depresyonun, somatizasyonun, kompulsif davranışın, fobik belirtilerin ve SKB özelliklerinin şiddeti ile ilişkili bulunmuştur (181). Bu çalışmada, dissosiyasyon bu bağlantıda bir aracı görevi gördüğü saptanmıştır.

Başka bir çalışmada, Hudziak ve beraberinde çalışanlar, hiçbir “saf SKB olgusu” yani komorbidite olmadan SKB bulamamışlardır (182).

Bu diğer komorbid bozuklukların, tedavi seçimi, doğal öykü, sonlanım ve aile hastalık örüntüleri açısından hastaları, SKB’nin kendisinden daha uygun olarak tanımlaması mümkündür ancak araştırılması gerekmektedir.

Dissosiyatif bozukluklar da bu komorbid durumlardan bir tanesidir. Şar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; üniversite öğrencilerinin %8.5'ini etkileyen SKB, dissosiyasyon mekanizmasını içeren travma sonrası sendromun bir türü olabileceği; çocukluk çağı travmalarına bir yanıt olan dissosiyasyon, hem SKB hem de dissosiyatif bozukluk tanılarında gömülü olan belirtiler ile sonlanan patojen bir sürecin merkezinde olduğu belirtilmiştir.

SKB ve dissosiyasyon çeşitli farklı yönlerden birbiriyle ilişkili olabilir. Örneğin, dissosiyasyonun temel belirtileri ile yaşama sonucunda borderline özellikler gelişebilir. Bir çalışmada, daha çok düşünce baskılama (bilişler arası bir dissosiyasyon), çocukluk çağı cinsel istismarı öyküsü için kontrol ettikten sonra, negatif afektif yoğunluk veya tepkisellik ile SKB belirtileri arasındaki ilişkiye aracılık ettiği belirtilmiştir (184). Hoşa gitmeyen düşünceleri baskılamak (dissosiyasyon yapmak) için kronik çabalar bazı olgularda, yoğun negatif duygular ve SKB belirtileri arasındaki ilişkinin altında yatan düzenleyici bir strateji olabileceği vurgulanmıştır. SKB'nin bir özelliği olan kimlik karmaşası kısmen cinsel istismar öyküsü ile ilişkilidir. Ancak erken travma ile TSSB'nin ilişkisi diğerleri içinde SKB'ye özgül gibi durmamaktadır. Kuzey Amerika'da deneyimli klinisyenlerin rastgele ulusal bir örneklemenin güncel bir taraması, bunların SKB hastalarının önemli bir oranının (%53.3) eksen I'de bir dissosiyatif bozukluk tanısı olduğu bulgusunu ortaya çıkarttı (185). Deneysel çalışmalar bu gözlemi desteklemektedir; bir çalışmada DSM-III-R SKB'si olan ayaktan hastaların %64'ünde bir DSM-IV dissosiyatif bozukluğu saptanmıştır. Şar ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada dissosiyatif bozukluğu olan DSM-IV SKB hastalarının yüzdesi üniversite öğrencileri için %72.5 ve genel toplumda DSM-III-R SKB olan kadınlar için %69.2 bulunmuştur. Yüksek seviyede dissosiyatif yaşantılar SKB hastalarının önemli bir bölümünde gösterilmiştir. Bunun aksine dissosiyatif bozukluğu olan hastaların yüksek SKB komorbiditesi vardır . Bu kanıt dissosiyasyon ve SKB arasındaki ilişkiyi daha da destekler.

Dissosiyatif bozukluğu olan hastaların sınırda kişilik durumuyla karışmasına neden olan bulgu ve belirtiler şunlardır:

i-Psikosomatik ağrı ve şikayetler

ii-Duygudurum dalgalanmaları

iii-İntihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışları

iv-Epizodik öfke

v-Stabil olmayan insanlar arası ilişkiler

vi-Kötü bir sosyal adaptasyon yeteneği ve impulsivite

vii-Epizodik psikotik belirtiler

Sınırdaki durumlar çok daha kaotiktir. Oysa dissosiyatif bozukluğu olan hastalarda çok düzenli ve işlevsel giden görünüm de vardır. Sınırdaki vakalar daha bozuk bir işlev düzeyi gösterirler.

iii. İmpulsif-Kompulsif-Spektrum:

Sıklıkla impulsif-kompulsif spektruma ait olduğu düşünülen bozukluklar ve davranışların (örneğin obsesif kompulsif bozukluk, yeme bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, intihara eğilim, kendine zarar verme) çocukluk çağı travması ve dissosiyasyon ile çeşitli ilişkileri vardır. Bunlar arasında özellikle intihara eğilim ve kendine zarar verme, genel psikiyatri ortamında çalışan klinisyenler için özel öneme sahip iki sorundur (197). Kendine zarar verme tekrarlayan yatışlara yol açar, bunu başarıyla tedavi etmek zordur ve bunun adli çıkarımları vardır. Şiddet davranışının çocukluk çağı travması ve dissosiyasyon ile ilişkileri de olabilir (198, 199).

Çocukluk çağı fiziksel ve cinsel istismarı tekrarlayan intihar davranışı ve kendine zarar verme ile bağımsız olarak ilintilidir (200). Dissosiyatif bozukluğu olan hastalar sıklıkla, eş zamanlı depresif bozukluğun basitçe bir bileşeni olmaktan öte dissosiyatif psikopatoloji ile ilişkili gibi duran intihar düşünceleri ile meşguldür. Bu kavram ile uyumlu olarak SKB olan hastalarla yapılan bir çalışmada, afektif instabilitenin intihar davranışı ile en kuvvetle ilişkili ölçüt olduğu bulunmuştur (201). Derin afektif instabilitesi olan hastalar bir dissosiyatif bozukluğun varlığı açısından taranmalıdır. Bununla beraber aynı çalışmada görülen majör depresif bozukluk intihar davranışını yordamadığı için, afektif instabilite ile ilişkili tepkisellik (negatif duygudurum hallerinden daha çok), intihar davranışını yordamada önemli bir bileşen gibi görünüyordu. Bu tepkiselliğin bir duygudurum bozukluğunun bir bileşeni mi olduğu

yoksa dissosiyatif doğa ile daha iyi mi açıklandığı, henüz yanıtlanmamış bir soru ve ileri araştırmalar için bir konudur. Başka bir çalışma öfke ve anksiyete açısından daha çok labilite, depresyon ve anksiyete arasında salınmanın (osilasyon) SKB ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (202). Ancak SKB ile depresyon ve taşkınlık arasında salınma arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu, sınırda kişilikteki tepkisellik ve instabilitenin, diğer komorbid duygudurum bozuklukları kaynaklı olmaktan öte, dissosiyatif olabileceğini daha da öne sürmektedir.

Yeme bozukluğu olan hastalar da kendine zarar verme davranışı için yüksek risk altındadır ve bu komorbid dissosiyatif görüngü ve travmatik deneyimler ile ilişkilidir. Yapılan bir çalışmada obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların toplamda %15.8'inin ve trikotilomani olan hastaların %18.8'inin dissosiyatif yaşantılar ölçeğinde (DES) 30 veya üstü puanları aldığı saptanmıştır (203). DES puanları ile duygusallık, cinsel ve fiziksel istismar ve fiziksel ihmal puanları arasında her iki tanı grubunda da anlamlı pozitif ilintiler bulunmuştur.

iv. Somatoform Dissosiasyon ve Genel Tıp:

Somatizasyonun düşük sosyoekonomik düzeyi olan az gelişmiş ülkelerde görülen bir fenomen olduğu konusunda genel bir inaç söz konusudur; fakat Hollanda, Türkiye ve Almanya'da konversiyon üzerine yapılan çalışmalarda bu genel düşüncede değişikliklere yol açmıştır, aynı zamanda Türk ve Hollanda'lı örneklerde semptom paternlerinde büyük benzerlik bulunmuştur. Sadece psödonöbet, Türk dissosiyatif hastalarında daha fazla bulunmuştur. Psödonöbet, Türkiye'de en sık rastlanılan konversiyon semptomu olarak bilinmektedir (22, 23). Türkiye ve Hollanda'da yapılan çalışmalarda konversiyon bozukluğu olan hastaların yüksek düzeyde çocukluk çağı travmaları saptanmıştır. Aynı zamanda Türkiye'de yapılan iki farklı çalışmada dissosiyatif bozukluğu olan konversiyon bozukluğu hastalarının, olmayanlara göre daha sık çocukluk çağı travması bildirdikleri saptanmıştır (25, 29). Türkiye'de buna benzer bir çalışmada kronik baş ağrısı, sırt ağrısı olan hastalarda aynı sonuçlar bulunmuş; çocukluk çağı travması ile DES skorları arasında ilişki bulunmayıp, çocukluk çağı ihmal öyküsü olan hastalarda daha yüksek somatoform dissosiasyon puanları saptanmıştır (33). Dissosiyatif bozuklukların geniş olan örtüşmeleri ve çocukluk çağı travma ile somatoform semptomlar arasında ilişki Janet'in konversiyon bozukluğunu

dissosiasyonun bir somatoform yönü konusundaki nosyonunu desteklemektedir (34, 35).

Kadın birincil bakım hastalarının büyük bir kısmında çocukluk çağı ve erişkinlikte istismar yaşantıları ve ruhsal sağlık sorunları bildirilmektedir (204). Somatoform sunular ve dahili ayırıcı tanıları formüle etme ihtiyacı, konversiyon ve somatizasyon bozukluklarının genel tıbbın özellikle ilgi alanında olduğu anlamına gelmektedir. Yüksek cinsel istismar oranları psödonöbetler, somatizasyon bozukluğu ve konversiyon bozukluğu hastaları için bulunmuştur (205, 206). Konversiyon bozukluğu olan hastaların toplamda %89.5'i, 2 yıllık takipte en az bir psikiyatrik tanıya sahip olduğu bulunmuştur. Konversiyon bozukluğu olan hastalar arasında, eş zamanlı bir dissosiyatif bozukluğun, somatizasyon bozukluğu, distimik bozukluk, majör depresyon, SKB, kendine zarar verici davranış, intihar girişimleri ve çocukluk çağı travmasını içeren daha yüksek genel psikiyatrik komorbiditenin olması kayda değerdir. Böyle olduğundan, konversiyon bozukluğu ve somatizasyon bozukluğu yalnızca psikiyatri hekimleri için değil, aynı zamanda genel tıpta çalışan klinisyenler için tanısal ve terapötik bir sıkıntı oluşturmaktadır. Açıkçası, bu tanısal gruplardaki hastalar bir dissosiyatif bozukluğun varlığı için taramaya ihtiyaç duymaktadır.

II-D. DISSOSİYATİF BOZUKLUK VE DEPRESYON: FENOMENOLOJİK ÖRTÜŞME

i. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Öyküsü:

Bildirilen çocukluk çağı travması ve dissosiyasyon arasındaki ilişki hem retrospektif hem de prospektif çalışmalarla ortaya koyulmuştur. Çocukluk çağı travması ile dissosiyasyon arasındaki ilişkinin sosyal ve ekonomik önemi vardır; örneğin şiddet, madde kötüye kullanımı, aşırı psikiyatrik komorbidite, tıbbi tedaviye direnç, kendine zarar verme ve intiharın sosyoekonomik etkileri vardır (31). Bu etkiler, yalnızca insanın aşırı ve / veya kronik gelişimsel stresle başa çıkmasını açıklamada değil, aynı zamanda dissosiyatif ve diğer travma ile ilişkili bozuklukların psikoterapisini anlamamıza ve bunların finansmanına yardımcı olduğu için önemlidir. Travma ve dissosiyasyon arasındaki bağlantı üzerine yapılan araştırmalar, birçok çalışmada doğrulanmamış ve retrospektif travma bildirileri kullandıkları için eleştirilmiştir. Diğer eleştirmenler mevcut komorbid psikopatolojinin etkisine bağlı olarak bildirilerdeki olası yanlışlık

hakkında endişelerini dile getirmişlerdir. Diğer taraftan, bu endişeleri dengeleyecek şekilde, çocukluk çağı travması bir sır olarak saklanabilir, minimize edilebilir ve bazıları tarafından reddedilebilir veya kişilerarası bir travmanın uygulayıcısı kurban tarafından idealize edilebilir ve böylece istismar indirgenebilir veya bildirilmeyebilir. Çocukluk çağı travması gelişimsel bir bağlamda ortaya çıkar ve böylece sonrasında psikopatolojideki rolünün değerlendirilmesini zorlaştırır, böylece çocukluk çağı travması ile erişkin dissosiyasyon arasındaki nedensel bağlantıyı kurmada daha da güçlük ortaya çıkartır.

Farklı tür çocukluk çağı travması çeşitli psikopatolojik durumlara neden olur. Şar ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, çocukluk çağı istismarı erken erişkinlikte sınırdaki kişilik bozukluğu (SKB) tanısı ile ilişkiliyken, çocukluk çağı ihmali ileri yaşlarda dissosiyatif bozukluk ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu örtüşen iki farklı sendromun (yani SKB ve DB) erken travmatizasyona yanıt vermenin birbiriyle ilişkili iki farklı yolu mu temsil ettiği yoksa görece farklı psikopatoloji türleri mi olduğu bilinmemektedir.

Günümüzde DKB, çocukluk çağı kötüye kullanımına bağlı kronik ve karmaşık bir travma sonrası dissosiyatif psikopatoloji olarak kabul edilmektedir. Şimdiye dek yayınlanan vaka serilerinde başta aile içi olmak üzere çocukluk çağında cinsel, fiziksel, emosyonel taciz ve ihmale yüksek oranlarda rastlanmıştır. “Çocuk istismarı ve ihmali” kavramı; çocukların ana-babaları gibi, onlara bakıp gözetmek ve eğitmekle görevli sorumluluk, güç ve güven ilişkisi içinde oldukları kişiler ya da yabancılar tarafından, bedensel ve / veya psikolojik sağlıklarına zarar verecek, sosyal gelişimlerini engelleyecek biçimde uygulanan tüm fiziksel, duygusal ya da cinsel tutumları, ihmali, ticari amaçlı sömürüyü kapsar (116). Dissosiyatif bozukluk hastası kurban, istismarcı ve seyirciden (ya da kurtarıcı) oluşan travma üçgeninde kurban pozisyonundadır. İstismarcıya bağlanması sürmekte ve kendi kontrolünü sağlama konusunda yetersizlik içerisinde. Her dissosiyatif bozukluk tedavisi, eninde sonunda, istismarcıya bağlanma sorununu ele almak ve çözmek zorundadır. Bunun için hastanın gerçeği doğru algılamasına ve bunun sonucunda ortaya çıkabilecek matem yaşantısında yardım etmek, ona bu beceriyi sağlayana kadar tedavide güvenli bağlanma olanağını sunmak önemli ilkelerdir. Çocuk istismarı ve ihmali dünyanın her yerinde rastlanan, konunun üzerine gidildikçe sıklığının oldukça fazla olduğu anlaşılan bir durumdur. Ayaktan takipli çocuk

ve ergen psikiyatrik hasta grubunda %30 oranında, yatan hastalarda ise % 55 oranında yaşam boyu fiziksel ve cinsel istismar öyküsü bulunmaktadır. Bunların %60'ını ihmal, %20'sini fiziksel istismar, %10'unu cinsel istismar oluşturmaktadır (117).

Fiziksel İstismar: Fiziksel istismar ruh sağlığının gelişimini ya da onurunu zedeleyecek şekilde fiziksel güç kullanılması olarak tanımlanır. Vurma, tekmeleme, yakma, ısırma, sarsma, kaynar suyla haşlanma, zehirleme, boğmaya çalışma gibi eylemler bu tanıma girer. Çocuğu korumakla ve kendini korumayı öğretmekle yükümlü aileler, ne yazık ki yandan da çocuğun en sıklıkla şiddete maruz kaldığı yerler olmaktadır (118).

Ülkemizde tüm Türkiye'yi temsil eden bir örnekleme yapılan bir çalışma bulunmamaktadır. Bununla birlikte, yapılan bazı yerel çalışmalarda fiziksel, duygusal ve cinsel istismar sıklığına ilişkin sayılar bildirilmiştir. Bu çalışmalara göre ülkemizde fiziksel istismar sıklığı %30 - 35, cinsel istismar sıklığı ise %13 dolaylarındadır. Ekonomik sıkıntılar ve işsizlik, fiziksel istismarın en önemli nedenlerinden sayılmaktadır. Çocuğun istenmeyen bir gebelik sonrası dünyaya gelmiş olması, fiziksel ya da zihinsel engelli olması, sürekli bakım gerektiren bir kronik hastalığının olması ya da anne babayı çileden çıkaracak düzeyde hareketli olması fiziksel istismar açısından sayılan risk faktörleri arasındadır. Ayrıca anne baba arasında geçimsizlik olması, geçmişte onlarında istismar edilmiş olması, aile içi şiddet durumu, anne ve / veya babanın psikiyatrik bozukluğu, alkol ya da ilaç bağımlılığı olması diğer önemli risk faktörleri arasındadır. Erken çocukluk deneyimleri olumsuz olduğunda ve etkili tedavi yapılamayan durumlarda çocuklar yaşam boyu süren duygusal, davranışsal sorunlar ile karşılaşır. Fiziksel istismara uğrayarak büyüyen çocuklarda bilişsel işlevlerin bozulduğu ve akademik performansın düştüğü gözlenmiştir. Aile içi şiddete tanık olan ve / veya kendisi de istismar edilen kişilerde depresyon, kızgınlık, kaygı, antisosyal ve impulsif davranışların belirgin olarak fazla görüldüğü de saptanmıştır (118).

Cinsel İstismar: Cinsel istismar kavramı, “henüz cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun ya da ergenin, bir erişkin tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak için güç kullanarak, tehdit ya da kandırma yolu ile kullanılması” olarak tanımlanmaktadır. İstismar, çocuk ya da ergen ile kan bağı olan ya da ona bakmakla yükümlü birisi tarafından yapılmışsa bu durum “ensest” olarak adlandırılır. İki çocuk arasındaki cinsel aktiviteler yaş farkı 4 yaş ve üstü olduğunda, küçük çocuğun zorlama ya da ikna ile cinsel haz amacı güden aktivitelere maruz bırakılması durumu da “cinsel

istismar” olarak ele alınır. Cinsel istismar çoğu kez gizli kaldığı, sır olarak saklandığı için gerçek istatistiksel verilere ulaşmak zordur. Cinsel istismara uğrayan kişilerin yalnızca % 15’inin bildirdiği dikkate alınırsa ulaşabildiğimiz olgular buz dağının görünen kısmıyla sınırlı olduğu düşünülebilir. Ülkemizde istismar ile ilgili istatistiksel veriler kısıtlıdır.

Dokuz ve onbirinci sınıflarda okuyan kız öğrencilerle yapılmış bir çalışmada; öğrencilerin %11.3’ü çocukken özel bölgelerine istemedikleri bir şekilde dokunulduğunu, %4.9’u ise cinsel ilişkiye zorlandıklarını belirtmişlerdir (119). Cinsel istismarın klinik özellikleri ve çocuk üzerindeki etkileri; çocuğun istismarcı ile olan ilişkisine, istismarın şekline, süresine, şiddet kullanımına, fiziksel zararın varlığına, çocuğun yaşı ve gelişim basamağına, ruhsal özelliklerine ve travma öncesi psikolojik durumuna bağlı olarak değişmektedir. İstismar, ister aile içinden ister aile dışından olsun istismarın açığa çıkmasının ardından çocukla olan etkileşim klinik tablo üzerinde belirleyici olmaktadır. Soruna odaklı çözüm arayışına giden, suçluluk ve sorumluluk duygularını çocuk üzerinden alabilen bir destek sistemi içinde daha olumlu bir klinik görünüm ortaya çıkmaktadır. Cinsel istismara uğrayan kişilerin kısa dönem belirtilerin incelendiği çalışmalarda, istismara uğramış olanların, istismara uğramamış kişilere göre uygunsuz cinsel davranışları daha fazla gösterdikleri, cinsel konularda daha fazla ilgilendikleri ve cinsel konular ile ilgili daha fazla bilgilere sahip oldukları, özellikle ergenlerde eş cinsel temasların arttığı, riskli cinsel davranışlara atıldıkları bildirilmektedir. Diğer taraftan psikiyatrik hasta popülasyonu ve cinsel istismar hastalarında bazı belirtiler benzer oranda yüksek saptanmıştır. İlişkilerde fiziksel mesafeyi ayarlama zorlukları yaşama, tanımadığı insanlara sarılma davranışı, cinsel eylemler hakkında konuşma ve diğer bireylere göre daha fazla cinsel bilgi elde etme merakı bu bulgular arasındadır. İstismara uğramış bireyler için majör depresyon, kaygı bozuklukları, uyku bozuklukları, dissosiyatif bozukluk, somatoform bozukluklar, TSSB, yeme bozuklukları, davranış bozuklukları, dışa atım bozuklukları, cinsel kimlik bozukluğu gibi pek çok tanı konulabilmektedir (117).

Duygusal İstismar ve İhmal: APSAC’a göre duygusal istismar “çocuğun bakımından birincil sorumlu kişi ya da kişilerin çocuğa değersiz, sevilmeyen, istenmeyen, hatalı, tehlikede ya da sadece başkalarının gereksinimini karşılamada işe yarayan varlıklar olduğu izlenimini yaratan sürekli davranışlarda bulunmaları ya da uç örnek olaylar

yaşatmaları” olarak tanımlanmıştır. Bu tanımda duygusal istismar ve ihmal birlikte ele alınmıştır (120).

Ulusal insidans çalışmasına (NIS - 3) göre “duygusal ihmal çocuğa yeterli duygusal yakınlık ve duygusal destek sağlayamamak ya da çocuğun aile içi şiddete tanık olmasını engelleyememek” olarak tanımlanmıştır. Yapılan tanımlamalar içinde en çok anlaşmazlığın ve farklı sınıflamanın duygusal istismar ve ihmal konusunda olduğu görülmüştür. Duygusal istismarda tanımın, örseleyici davranışa mı, yoksa çocuğa olan etkisine mi dayalı olması gerektiği konusu halen tartışılmaktadır. Tanımlamadaki tüm çabalara ve ihmalin en sık rastlanan, en fazla etki bırakan örselenme türü olmasına karşın, yine de “ihmalin ihmali” önlenememiştir. Duygusal istismar tek başına görülen en nadir örselenme tipiyken, ihmalin tek başına rastlanan en sık örselenme tipi olduğu belirtilmiştir. Bu alandaki çalışmaların vardıkları sonuçların genellenmesinde ortak görüş, örselenmelerin büyük çoğunda birden fazla tipin bir arada bulunduğu, en sık karşılaşılan kombinasyonun ise fiziksel istismar ile duygusal istismar / ihmalinin bir arada görüldüğü tiptir (121).

İhmal kavramı çocuk ebeveyn ilişkisinin olmaması ya da yetersiz olması esasına dayanır. Bu esastan yola çıkarak örselenmelerde patolojikte olsa bir çeşit ilişkinin olduğu, bu nedenle ihmalin daha ağır psikolojik sonuçlar yarattığı varsayımı ileri sürülmüş ve çeşitli araştırmacılar tarafından bunu doğrulayan sonuçlar elde edilmiştir. İhmalin, bilişsel gelişmeyi olumsuz yönde etkilediği; zekâ (özelikle sözel IQ) ve dil gelişimi üzerinde olumsuz sonuçlar doğurduğu gösterilmiştir. İhmal edilmiş çocukların istismar edilmiş çocuklara göre daha içlerine kapanık olduğu; ancak ergenlik döneminde dışa vurum davranışlarının daha ön plana çıktığı saptanmıştır. Dışa vurum davranışlarının ihmalin tek başına olduğu olgularda, fiziksel istismar ile birlikte olduğu olgulardan daha belirgin olarak gözlendiği sonucuna varılmış olması dikkat çekicidir. Elde edilen sonuçlara göre ne tip bir istismar olursa olsun, öncelikle karşılaşılan genel etkiler depresyon, anksiyete, davranış problemleri ve TSSB’ na ait belirtilerdir. Türkiye’ deki ihmal ve istismar alanındaki istatistiki veriler yetersiz olmakla birlikte; 2003 yılında 5142 aile içi şiddet olayında 424 çocuk şiddete maruz kalmış ve yaralanmış, yine aynı yılda 109.000 şiddet içeren olayda 10.383 birey fiziksel ve manevi zarar görmüştür. Aile içi şiddete tanık olma duygusal örselenmenin bir tipi olduğundan,

çocukken buna maruz kalmış ebeveynlerin ileride çocuklarını duygusal ve fiziksel örseleme olasılığını arttırır.

ii. Aleksitimi:

Aleksitimi (duygu körlüğü) kavramı, psikosomatik hastalar üzerindeki klinik gözlemlerde, bu hastaların belirli değişik özellikler taşıdığı fark edilerek ortaya atılmıştır. Sifneos bazı hastaların duygularını sözcüklerle tanımlayamadıklarına dikkati çekmiştir (122). O dönemde “aleksitimi” sözcüğü belli bir patalojiyi açıklamak için özellikler toplamından oluşan bir sendrom olarak tanımlanmıştır. Toronto’da çalışan psikologlar tarafından geliştirilen kavram, Toronto Aleksitimi Skalası’nın (TAS) standardizasyonundan sonra operasyonel bir tanım kazanmıştır. Aleksitimi şöyle açıklanmaktadır (123):

-Duyguları tanıma ve tanımlama zorluğu

-Uyandırılan duyguların yol açtığı bedensel hisler ile duyguları ayırtıramama güçlüğü

-Fantezi, imajinasyon yaşamında kısırlık (rüya ve fantezi azlığı)

-Operasyonel düşünce tarzı (uyarana bağlı, dış kaynaklı bilişsel düşünce)

Aleksitiminin medikal olarak açıklanamayan fiziksel semptomların ortaya çıkmasında önemli bir etken olduğu düşünülmektedir. Birçok çalışmada somatik rahatsızlıklarla aleksitimi arasında korelasyon bulunmuştur. Duygulanımsal düzenleme bozukluğu ile ilgili güçlükler içeren aleksitimi, medikal ve psikiyatrik hastalıklar için risk faktörü oluşturmaktadır. Aleksitimi üzerinde çok sayıda araştırma yapılmış olması ve geniş bir nozoloji içinde değerlendirilmesi, aleksitiminin kalıtsal bir kişilik özelliği olarak görülmesinin yanı sıra travma ve bağlanma bozukluklarına eşlik eden ikincil bir yapı oluşturmaktan kaynaklanmaktadır. Bazı araştırmacılar bunu daha ileri götürerek, aleksitiminin bütün insanlarda az ya da çok derecelerde görülen evrensel bir özellik olduğuna işaret etmişlerdir (124).

Tarihsel Öncülleri: Aleksitimi öncelikle bireyin iletişim şeklinde kendini gösteren ruhsal fonksiyonlardaki bozukluktur. Bu iletişim şeklinde içsel tavır, duygular, istekler dürtüler ortaya konmaz ve sembolik düşünce yokluğu veya azalması göze çarpar.

Bu konuda Ruesch, psikosomatik ve travma sonrası sendromları olan hastalar üzerinde yaptığı gözlemlerden, psikosomatik hastaların gerginliklerini sözel ya da simgesel yollarla boşaltamadıklarını, gerginlik içinde kaldıklarını ve bu gerginliği boşaltma yolu olarak da bedensel kanalları kullandıkları çıkarımını yapmıştır (125). Ruesch, “çocuksu” (infantile) ve “olgunlaşmamış” (immature) kişilik olarak adlandırdığı bu kişilik yapısında, bağımlılık ve çocuksu düşünce özelliklerine dikkat çekmiştir. Ruesch’un hastaları, hayal gücünden yoksun, duygusal ifade yollarını doğrudan fiziksel, bedensel kanallarla gerçekleştiren ve çok fazla sosyal uyum gösteren kişilerdir. MacLean, psikosomatik hastaların duygularını sözelleştirmede zihinsel yetersizlikleri bulunduğundan söz etmiştir. Bu hastalarda olumsuz duygular Mac Lean’ın “sözcük beyni” olarak adlandırdığı neokortekse ulaşp, sözel yollarla simgesel anlatım bulamadıkları için, otonom yollarla bir tür “organ diline” çevrilerek dışa vurulduğunu açıklamıştır. Bu işlemin sonucunda da çoğunlukla fiziksel rahatsızlıklar ortaya çıkmaktadır (126).

Freedman ve Sweet, psikosomatik hastaların duygularını tanımlamakta güçlük çekmeleri nedeniyle bu hastaları “duygu cahilleri” (emotional illiterates) olarak adlandırmışlardır (128). Fransız psikanalistler Marty ve M’Uzan, fiziksel rahatsızlıkları olan hastalarda yaratıcı bir düşünce tarzına ve çarpıcı bir fantezi yoksunluğuna dikkat çekerek psikiyatri tarihine geçen görüşlerini yayınlamışlardır (129). Türkçe’ye “işlemsel düşünme” şeklinde çevirebileceğimiz “pense operateire” olarak tanımladıkları aleksitimi karakteristiklerinde, bu hastaların bilişsel yapısını ve duygularını yaşamada dış odaklı / somut, yararcı, şimdiye dönük, çevresel olayları ve detayları karıştıran kişiler olarak açıklamışlardır. Marty ve M’Uzan’a göre bu özellikler nevrotik savunmalardan çok, kişilik organizasyonunda eksiklikleri göstermektedir.

Klinik Özellikler: Aleksitimik kişiler, çevrelerine yalancı normallik (pseudo-normalty) olarak adlandırılan aşırı bir uyum gösterirler. İnsanlar arası ilişkilerinde empati kurma kapasiteleri zayıftır, yaratıcılıktan yoksunlardır, genellikle bedensel semptomlardan yakınırlar, bu kişilerin çatışmalardan kaçındıkları, kendi ruhsal gerçekleriyle çok az ilişkide oldukları, çok az rüya hatırladıkları, katı bir postür ve duygu ifadesini göstermeyen bir yüz sergiledikleri görülür (134, 135). Aynı zamanda başkalarının yüz ifadelerinden yansıyan duyguları da anlamakta zorlanırlar (136). Kendi beden imgeleri ise, dünyadaki diğer nesneler gibidir; bedenleri içinde yaşadıkları bir beden olmaktan

çok kendileri dışında bir varlık gibidir, bu yüzden de kendisi için korumakta, taşımakta zorlandığı bir şeydir. Yeme bozuklukları, uyuşturucu madde kullanımı bunun bir göstergesidir (137). Aleksitimi özellikleri kavramsal olarak farklılık gösterse de, mantıksal olarak birbiriyle ilişkilidir.

Duyguları ayırt etme ve başkalarına aktarabilme yetisi; uyandırılan duyguların yol açtığı bedensel hisler ile duyguları ayrıştırabilme yetisiyle tutarlılık gösterir. Dışa dönük bilişsel bir yapı da, içsel düşünce fantezi yokluğu ve duygusal ifadenin azlığına işaret eder. Aleksitimik kişilerin bazen öfke patlamaları veya ağlama krizleri olmaktadır. Ağlama nedenleri sorulduğunda ne hissettikleri hakkında fazla bir şey anlatamadıkları belirtilmiştir. Berenbaum ve Irvin, aleksitimi ve öfke arasında bir ilişki olduğunu doğrulamış, aleksitimik kişilerin sözel olmayan öfke sergilediklerini saptamışlardır (139). Aynı çalışmada kişiler arası kaçınanlık tutumu da aleksitimik kişilerde çarpıcı olarak ortaya çıkmıştır. Thomas ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, aleksitiminin ilkel ego savunmalarıyla ilişkili olduğu saptanmıştır (140). Duygulanım izolasyonu aleksitimik kişilerde çok sık görülen bir özellik olarak belirlenmiştir; fakat bu izolasyon, Nemiah'nın da belirttiği gibi obsesif kişilerde görülen izolasyon, savunma mekanizmasındakinden farklı olarak, savunmadan çok, duyguları yaşantılamada bir bozukluk olarak görülmektedir (141). Bogutyn ve arkadaşlarının çalışmalarında aleksitiminin otistik fantezi, bedenselleştirme, yansıtma, yer değiştirme, izolasyon, pasif agresyon gibi ilkel savunma mekanizmalarıyla ilişkisi gösterilmiştir (142).

iii. Bilişsel İçgörü:

İçgörü genel olarak kişinin sorunlarını anlama kapasitesi olarak tanımlanabilir. Jaspers, içgörüyü klinik olarak tanımlan ilk araştırmacılardan biridir; günümüzde yerleşmiş anlamı ile bir bütün olarak “hastalığının farkında olma” olarak tanımlamıştır. Nevrotiklerin, hastalığının farkında olduğu ancak psikotiklerin farkında olmadığı ayrımı muhtemelen Jaspers'tan kaynaklanmaktadır. Jaspers'e göre psikotik hastalarda içgörü geçici olarak görülebilir, hastalar bazı durumlarda hezeyan ya da varsanılarının gerçek dışı olduğunu fark edebilir; ancak bu sadece bir süre içindir, sonrasında hastalar tekrar bu farkındalıklarını yitirirler.

Dünya Sağlık Örgütü'nün şizofreni üzerine gerçekleştirdiği uluslararası pilot çalışmada psikotik hastaların büyük çoğunluğunda (%97) içgörünün olmadığı bulunmuştur.

Japers'in görüşlerini desteklemiştir (39). Psikotik bozukluğu olanların büyük çoğunluğunun zayıf içgörüsü olduğu birçok çalışmada bildirilmiştir (43, 44). İçgörünün olmayışı psikoz için olmazsa olmaz bir özellik olarak değerlendirilmiştir. Bu görüş yakın zamandaki çalışmalarda eleştirilmiş, bunun yerine içgörünün tek bir olgu değil birkaç alt boyutun birleşiminden oluşan bir yapı olduğu fikri ağırlık kazanmıştır (45, 46). Marcowa ve Berrios, içgörünün yalnızca kişinin hastalığını anlaması olarak tanımlanamayacağını, aynı zamanda hastalığın bireyin dünya ile etkileşimini nasıl etkilediğini anlama olduğunu öne sürmüştür. Yazarlara göre içgörü var ya da yok gibi bir belirti olarak değerlendirilemez. Sürekli bir duyma ve düşünme biçimidir, içgörü içsel ve çevresel etkenlerden etkilenecek şekilde değişebildiğini belirtmişlerdir.

Beck'e göre içgörü duygusal düzeye inebilirse önemlidir ve bugüne kadar geliştirilmiş ölçekler hastanın hatalı bilişsel çıkarımlarını incelememektedir, bilişsel noksanlıkları göz ardı etmektedirler ve bu nedenle yetersizdirler. Psikotik bir hasta yüzeyde kazandığı entellektüel içgörü ile bu nedenle derinlere yerleşmiş olan hezeyanlı inanç sistemini değiştirmemekte ve duygusal bir içgörü kazanamamaktadır (47).

Psikotik hastanın yaşantıları çarpık biçimde yaşaması tek sorun değildir, kendilerini bu çarpık algılamadan uzak tutamamakta ve düzeltici geri bildirimleri kazanamamaktadır. Psikotiklerde ki bu geç kavrama bilişsel çarpıtmalarını nesnel olarak değerlendirememeleri, algıladıklarını bir perspektif içinde yerleştirme yeteneklerinin kaybolması, diğerlerinin verdiği düzeltici geri bildirimlere kendilerini kapatmaları, erken vardıkları sonuçlara aşırı güvenmeleri gibi faktörlerle ilgilidir (47).

iv. Kişiler Arası Bağlanma Biçimleri :

Bowlby (1980), bağlanma davranışını, bir bireyin korktuğunda bir figürle ilişki kurmak ya da yakınlık aramak için duyduğu istek şeklinde tanımlamıştır. Bowlby'e göre bebek ve bakım veren arasındaki ilişkinin kalitesi psikososyal gelişimin en önemli belirleyicisidir. Bakım verenin çocuğun duygusal uyarılarına verdiği tepki sayesinde bebek kendi duygularını anlamaya ve organize etmeye başlar. Çocuk, bakım vericileri fiziksel olarak orada olmasa da bağlanma figürlerinin sembolik temsillerini kullanarak kendini güvende hisseder. Eğer çocuk stres uyarılarına karşı bakım verenden duyarsız ya da düzensiz yanıtlar alırsa, kendi stresini uygun olmayan baş etme yöntemleriyle uzaklaştırmaya çalışacak, bunun sonucunda da güvensiz bağlanma gelişecektir. Çocuk doğduğu andan itibaren büyüme süreci içerisinde ailesiyle kurduğu etkileşimlerden çıkardığı sonuçları özümleyerek kişiliğinin ve ruhsal yapısının temellerini oluşturmaktadır.

Kişilik eğilimlerinin, her nesil içerisinde bağlanma güvensizliği ve depresyon arasındaki ilişkiye aracılık ettiği varsayılmıştır. Bulgular kişilik eğilimleri ve bağlanma şekilleri arasında önemli derecede kuşaklararası uyum olduğunu ortaya koymuştur. Neslin kendi içinde öz eleştirinin, bağlanma güvensizliği ve depresyon arasındaki ilişkiye; nesiller arasında ise öz eleştirinin değil de depresyonun, anneler ve kızlarındaki bağlanma güvensizliği arasındaki ilişkiye aracılık ettiği ortaya çıkartılmıştır. Bireyin doğduğunda annesiyle kurduğu iletişim önceleri sadece çocuğun biyolojik varlığının devamına hizmet ederken daha sonra bu etkileşim biçimi (bağlanma) içselleştirilerek bireyin hayatının tüm yönlerini etkileyen bir etkileşim biçimi haline gelir (48). Bu bağlılık sevgi dolu ve destekleyici bir ortamda oluşturulduğunda çocukta kendine güven hissi uyandıracak, böylece yetişkinliğe kolayca geçmesini sağlayacaktır. Temeli bebeklik döneminde oluşan bağlanma davranışı, yetişkinlik dönemindeki bağlanma davranışı üzerinde de etkili olmaktadır. Bağlanma davranışı bağlanan kişi korktuğunda, yorgun düştüğünde ya da hastalandığında açık bir şekilde ortaya çıkma eğilimindedir. Bağlanma figürü olan kişiye koruyucu ve sakinleştirici bir tutum sergilendiğinde ve yardım sağlandığında kişinin bağlanma davranışı azalır. Bir bağlanma figürünün oluşu ve kendisine karşı duyarlı oluşu bağlanan kişide güçlü bir güvenlik hissi sağlar. Bağlanma davranışı erken çocukluk döneminde açıkça görülmekle birlikte özellikle stresli zamanlar olmak üzere tüm hayat boyunca gözlemlenebilmektedir. Bağlanma

stilleri ergenlik döneminde, ergenlerin bağlanma davranışlarını ve ilgilerini ebeveynlerinden çok akranlarına yönlendirdikleri için değişikliğe uğrar. Egenlikte ki bu değişimler sırasında ergenin çocukken bakımını üstlenen bireylere karşı geliştirmiş olduğu bağlanma ilişkisi önemli rol oynar. Ergenin ebeveyn figürlerinden akran gruplarına doğru yönelmesine rağmen erken bağlanma ilişkisi ergen için kalıcı ve güçlü bir etkiye sahiptir (49). Ergenlerin anne baba ile bağlanma ilişkisini inceleyen araştırmalar, ergenlik döneminde ailesi ile güvenli bağlanma ilişkisi içinde olan gençlerin arkadaşlık ilişkilerinde daha başarılı olduklarını, sosyal açıdan kendilerini daha yetkin hissettiklerini, daha yüksek düzeyde öz saygılarının olduğunu, fiziksel açıdan daha sağlıklı olduklarını göstermiştir. Erken yaşlarda çocuklarının gereksinimlerini koşulsuz ve tutarlı olarak karşılayan, yakınlık ve sevgisini esirgemeyen, destekleyici ailelerin çocukları güvenli bağlanma geliştirmektedir. Bireyin bağlanma biçimi kişilik gelişimi üzerinde çok büyük bir öneme sahiptir. Shaver ve Brennan tarafından 242 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada, bağlanma biçiminin bireyin kişiliği üzerindeki etkilerine yönelik önemli sonuçlar elde edilmiştir. Araştırmanın sonuçları göre; güvenli bağlanma stiline sahip bireyler güvensiz bağlananlara oranla daha az nörotik, daha dışa dönük, daha az kaygılı ve daha sıcak oldukları; buna karşın güvensiz bağlanma olanların ilişkilerinde daha doyumsuz oldukları ve ilişkilerinin daha kısa sürdüğü, korkulu bağlananların ise sosyal ilişkilerinden kaçınan, duygusal ilişki kuramayan yetişkinler oldukları saptanmıştır. Güvensiz bağlanma stiline sahip bireyler ise daha çok güvenli olmayan ailelere sahip olduklarından ergenlik döneminde kişiler arası ilişkilerinde daha çok sorun yaşarlar. Ayrıca güvensiz bağlanma stiline sahip ergenlerde suç işleme, anti-sosyal davranışlar, düşük öz saygı, yakın ilişki kurmada güçlük, yalnızlık hissi ve utanç gibi duygular yoğun olarak yaşanmaktadır (50). Yapılan araştırmalar ebeveynlerin çocuklarına karşı sergiledikleri tutumların çocukların geliştirecekleri bağlanma stili ile yüksek düzeyde ilişkili olduğunu göstermektedir.

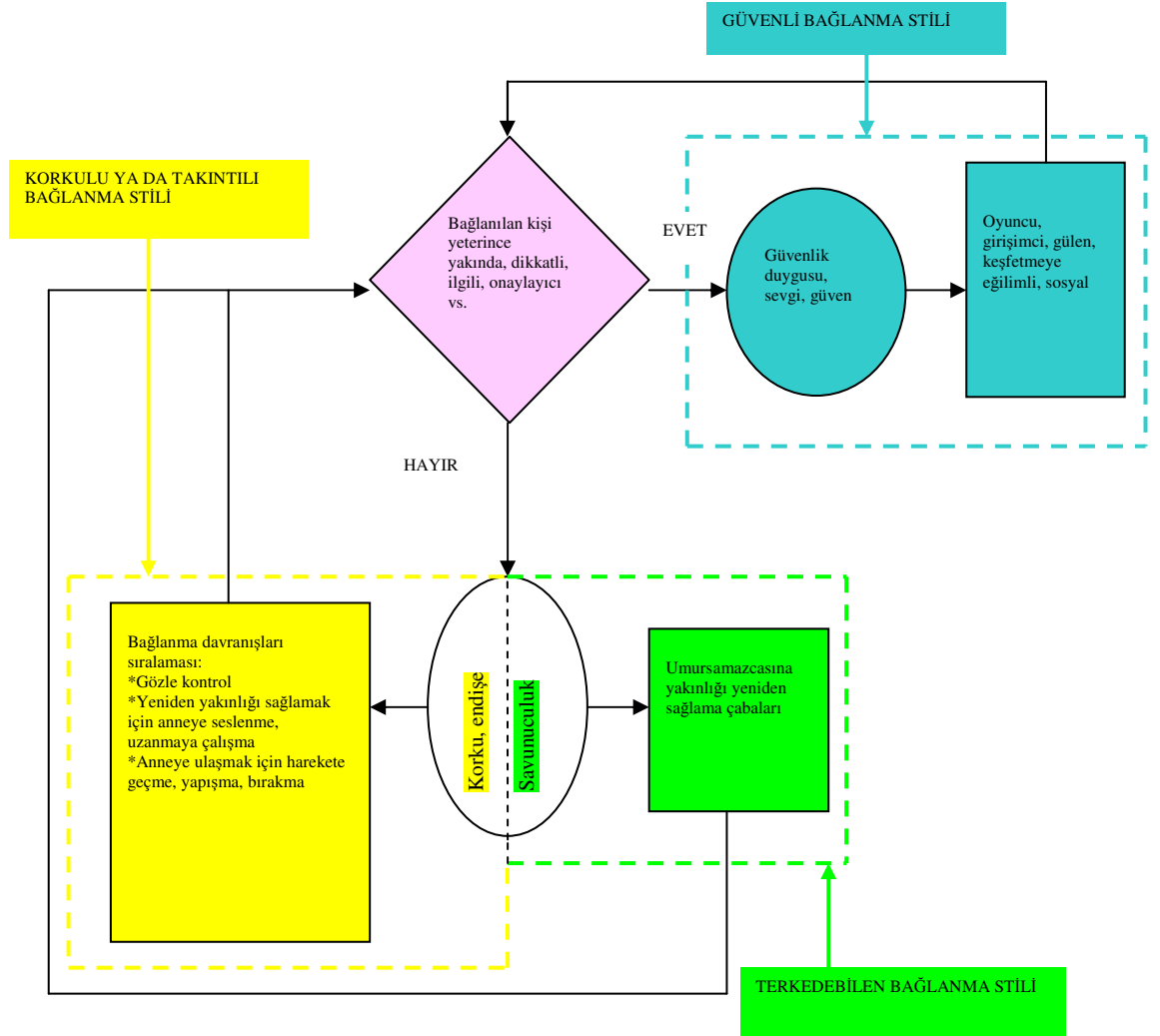
Güvenli bağlanma stiline sahip çocukların ebeveynlerinin, güvenli olmayanların ebeveynlerinden daha fazla oranda çocuklarının gereksinimlerine duyarlılık gösterdikleri ve doyum sağladıkları; kaçınan bağlanma stiline sahip çocukların ebeveynlerinin, çoğunlukla bedensel temastan hoşlanmayan, azarlayıcı ve reddedici oldukları, özellikle de çocuklarının onlara en fazla gereksinim duyduğu anlarda geri

çekilme eğilimi gösterdikleri; kaygılı / kararsız bağlanma stiline sahip çocukların ebeveynlerinin ise, çocuklarının gereksinmelerinden çok kendi gereksinimleriyle ilgilendikleri, kendi kaygılarına odaklandıkları ve bakım sağlama konusunda çoğunlukla tutarsız oldukları görülmüştür (51).

Bartholomew & Horowitz, kuramsal bir zemine dayanarak kişinin ve diğerlerinin modellerinin olumluluğu tarafından belirlenen erişkin içsel çalışma modellerinin sınıflandırmasını ortaya koymuştur. Şahsın olumluluğu, kişinin hangi dereceye kadar sevebilir ve değerli, diğerlerinin hangi dereceye kadar şahısa karşı uyumlu olmasının beklenmesini içerir. Diğerlerinin olumluluğu, bir kişinin eşinin mevcudiyeti ve desteği hususunda beklentisini içerir. Düşük olumsuz kendilik modeli, kendine saygı için diğerlerine olan yakınlık ve bağımlılık üzerine endişeleri tarafından nitelenir ve diğerlerinin düşük olumlu modeli de yakınlıktan kaçınmayla tanımlanır. Kişinin yüksek ve düşük olumlu modelleri bağlanmanın dört farklı şeklini tanımlar: güvenli (kendinin ve diğerlerinin olumlu modeli), kaygılı (olumsuz kendilik modeli ve diğerlerinin olumlu modeli), hafife alan (olumlu kendilik modeli ve diğerlerinin olumsuz modeli) ve korkulu (kendi ve diğerleri için olumsuz model) (59, 75).

Bartholomew, Bowlby'nin içsel çalışan modeller kavramını (bireyin kendisini ve başkaları hakkında olumlu ya da olumsuz temsillerine sahip olması) kullanarak dört bağlanma stili tanımlamıştır. Bunlar güvenli, takıntılı, terk edebilen ve korkulu bağlanma stilleridir. Güvenli bağlanma stiline sahip bireyler; hem kendilerine, hem de diğerlerine ilişkin olarak olumlu bilişsel modellere sahiptir. Takıntılı bağlanma stiline sahip bireyler; olumsuz benlik ve olumlu başkaları modeline sahiptir. Terkedebilen bağlanma stiline sahip bireyler; olumlu benlik ve olumsuz başkaları modeline sahiptir. Korkulu bağlanma stiline sahip bireyler ise kendileri ve diğerleri hakkında olumsuz modellere sahiptir (207, 232) (Şekil 1).

Şekil 1 - Bağlanma Biçimleri (Hazan & Shaver)



i-Güvenli bağlanma: Bu bağlanma tarzına sahip bireyler, hem kendilerini hem de başkalarını olumlu görme eğilimindedirler. Yakın ilişkilere değer verirler, bu tür ilişkileri başlatmakta ve sürdürmekte başarılıdırlar. Ancak bu ilişkiler sırasında kişisel özerkliklerini yitirmemeyi de başarırlar.

ii-Terkedebilen bağlanma: Bu bağlanma tarzına sahip bireyler, kendilerini olumlu, başkalarını olumsuz görme eğilimindedirler. Bağımsızlıklarına düşkündürler, kimse ile kolay kolay yakın ilişki geliştirmezler. Başkalarına duydukları gereksinimi ve yakın ilişkilerin önemini reddederler.

iii-Takıntılı bağlanma: Çocuklukluktaki ikircikli bağlanmaya karşılık gelir. Bu bağlanma tarzına sahip bireyler kendileri hakkında olumsuz, başkaları hakkında olumlu düşünme ve hissetme eğilimindedirler. Başkalarının onayını kazanmak bu kişiler için çok önemlidir. Başkalarını zihinlerinde idealize ederler. Yakın ilişkilerinde karşı tarafa çok bağımlıdırlar ve duygularını abartılı bir biçimde ifade ederler.

iv-Korkulu / Kaygılı bağlanma: Bu bağlanma tarzına sahip olanlar, hem benlik hem de başkaları modeli olumsuz olan bireylerdir. Kendilerine de başkalarına da güvenmezler.

Tablo 5 - Kişiler Arası Bağlanma Biçimleri

BAĞLANMA BİÇİMLERİ	<u>Kendilik Modeli</u>	<u>Başkaları Modeli</u>	<u>İlişkiler</u>
Güvenli Bağlanma	Pozitif	Pozitif	Yakınlık Kurmada Rahat ve Özerk
Takıntılı Bağlanma	Negatif	Pozitif	İlişkilerde Takıntılı
Terkedebilen Bağlanma	Pozitif	Negatif	Yakınlık Kurmaya Kayıtsız
Korkulu Bağlanma	Negatif	Negatif	Yakınlık Kurma Konusunda Korkulu Sosyal İlişkilerden Kaçınan

Bireylerin sosyal ilişkilerine yön veren bağlanma stilleri, kişiler arası stillerde de önemli bir belirleyici olabilir. Bireyin sosyal ilişkilerinde bu denli büyük öneme sahip olan bağlanma davranışının temellerinin atıldığı çocukluk yıllarında maruz kaldığı istismar veya ihmal yaşantıları ileriki yıllarda psikososyal anlamda olumsuz etkilere ve bağlanma bozukluklarına neden olmaktadır. Bağlanma (attachment), yaşamın ilk günlerinde başlayan, duygusal yönü ağır basan ve olması beklenen bir durumdur. Başlangıç yaşı, bağlanma şiddeti ve birincil bağlanma objesi bağlanmanın üç temel parametresini oluşturmaktadır (76). Bebeklik döneminde bağlanma aşamalar halinde gözlenmektedir. Bağlanma tam olarak altı ay ile yirmi dört ay arasında şekillenmektedir. Bu dönemin ardından çocuk yaşamında gerek birincil bakıcısıyla gerekse de diğer insanlarla geliştireceği karmaşık yapıdaki ilişkilere girecektir. Bebek doğumun ardından bağlanma davranışlarını ulaşabileceği herhangi bir kişiye yönlendirebilir; ancak altıncı aydan itibaren tüm “normal” bebekler, bu davranışları,

kendi seçimlerine bağlı olarak, yakınlık kurmak istedikleri ve kendisinden ayrı kalmaya itiraz etmedikleri tek bir kişiye yönlendirirler (77). Bu kişiye birincil bağlanma objesi denir. Birincil bağlanma objesi ile bebek arasında diğer insanlardan farklı bir ilişki vardır. Eğer bebek, bağlandığı kişiye yakınsa, kendisini güvenli bir ortamda algılar ve araştırmacı davranışlarda bulunabilir. Bebek çevreyi araştırdıktan sonra sığınabileceği tek güvenilir dayanağın birincil bağlanma objesi-genellikle anne olduğunu bilmektedir (77). Kişiler arası çekim ve ilişkilerin dinamiği konusunda ortaya atılan teorilerden biri olan bağlama teorisi (attachment theory), anneye veya rahatlatıcı bir başka kişiye bağlanmanın, çocuğun yaşamını sürdürmesinde önemli bir işlevi olduğunu savunmaktadır. Bu yaklaşımda ki sosyal psikologlara göre (Bowlby, Ainsworth vb.) bazı kişilerle sıcak yakın ilişki ihtiyacı, insan doğasının temel bir boyutudur; çünkü hem insan hem de primatlarda gözlenen bağlanma ihtiyacı, yeni doğmuş çocuğu çevresel tehlikelerden korumaya yönelik bio-sosyal bir süreçtir. Anne-çocuk ilişkisinde yaygın inanç, annenin çocuğuna karşı özverili, dikkatli, her an yardıma koşmaya hazır olduğu şeklindedir; ancak Ainsworth ve arkadaşları, çocuk-anne ilişkisinde arasında üç farklı bağlanma stili ve dolayısıyla üç farklı ilişki tipi ayırt etmişlerdir: Birinci tip, yaygın inanca uygundur, çocuk annesini çevreyle ilişkisinde güven verici bir dayanak olarak kullanmaktadır ve “güvenli çocuk” tipini yansıtmaktadır. İkinci tipte, anne mesafeli durmakta, çocuğun kendine yaklaşma çabalarını reddetmekte ve bunun sonucunda “kaçınan çocuk” tipi belirmektedir. Üçüncü tipte anne, çocuğun isteklerine cevap vermede geç kalmakta veya belirsiz / istikrarsız tepkiler göstermekte ve bunun sonucunda “kaygılı çocuk” tipi ortaya çıkmaktadır. Bağlanma teorisi temel olarak psikanalitik gelenekten İngiliz John Bowlby’ın bağlanma ve nesne ilişkileri kuramına dayanmaktadır. Bağlanma teorisi anne-çocuk arasındaki bağlanma ilişkisine ve bununla ilişkili olarak genellikle çiftler arasındaki ilişkilerin doğasına eğilir. Tanım olarak bağlanma ilişkiseldir, bireyler arasındaki ilişkilerin doğasıyla ilgilenir. İhmal, istismar, kötü muamele her zaman ilişki bağlamında ortaya çıkar. Zorluk ve güçlüklerle dolu bir sosyal ve duygusal ortamda yetişen çocuklar, kişiler arası ilişkileri stresli, doyurucu olmayan ve çaresiz olarak deneyimlemektedir.

Howe, bağlanma ilişkilerini altı başlık altında toplamıştır. Bunlar:

1. Ebeveynler ve aile ile ilişkiler
2. Akranlarla ilişkiler
3. “Ben” le ilişki
4. Toplumla ilişkiler
5. Eşlerle ilişkiler
6. Çocuklarla ilişkiler

1.Ebeveynler ve aile ile ilişkiler: Grossman ebeveynin çocuğu ile olan etkileşiminin niteliğinin üç ideal faktörle ifade edilebileceğini belirtmiştir. Bunlar; i- Güler yüzlü, destekleyici ebeveyn ii- Açıklayıcı, öğretici ebeveyn iii- Sabırlı, kabul edici ebeveyn. Bu faktörler birbirinden bağımsızdır. Bir grup çocuk da bağlanma yaşantısı olarak olumsuz ve düşmanca sosyal ilişkileri deneyimleyebilir. Bu tür çocuklar için “donmuş” deyimini kullanılmaktadır. Buradaki “soğuma” çocuğun istismar sürecinde içinde biriktirdiği öfkenin yansıtılmasıdır. Bunun yanı sıra ebeveynleri arasında çatışma olan ve ebeveynleri depresyon yaşayan çocuklar da bağlanma ilişkisi bakımından olumsuz bir konumda bulunmaktadır.

2.Akranlarla ilişkiler: Gelişimsel açıdan içine kapanık olan, sosyal açıdan entegre olmamış, izole olmuş ve reddedilen çocukların risk altında olduğu belirtilmektedir. Akran ilişkileri ile ilgili yapılan araştırmalar, belirli çevrelerin, deneyimlerin ve davranışların sıklıkla bireyin çocukluğunda kazanıldığını vurgulamaktadır. Erken çocukluk dönemindeki ilişkilerdeki bozukluklar ileri çocuklukta, ergenlikte ve yetişkinlikte sosyal ilişkilerin sürdürülmesindeki zorluklarda da belirleyici olmaktadır.

3.“Ben”le ilişki: Sosyal gelişim sadece diğer insanlarla ilişki kurma yolunu değil aynı zamanda kendimiz hakkında hissettiklerimizi de etkilemektedir. Özelliğimiz ve duygusal durumumuz ancak ilişki geçmişimize bakılarak anlaşılır. Düşük benlik saygısı, düşük kendine güven ve depresyonun temeli genellikle erken çocukluk ilişkilerindeki bozukluklardan kaynaklanmaktadır. Bireysel özelliklerimiz ve dış dünyanın isteklerine karşı geliştirdiğimiz tepkilerin temeli çocukluk yıllarıdır. Kendimizi ve diğerlerini

çocukluk yıllarında ifade etmedeki sağlamlık, gelecekteki psikolojik güçleri ve zayıflıkları belirlemekte, nasıl bir insan olduğumuzu tanımlamaya ve var olduğumuzu hissetmeye yardımcı olur. Kendine güven ve benlik saygısı düzeyimiz çok hassas biçimde çocukluk yıllarımızda ne kadar sevildiğimiz ve değer verildiğimizle bağlantılıdır. Güçlülük ve yetkinlik hissi, erken yaşlardaki desteklenme, hatırlanma ve cesaretlendirilmeye dayanmaktadır. Fiziksel ve cinsel istismarın olduğu bağlanma ilişkilerinde değersizlik ve çaresizlik duyguları hüküm sürmekte, kayıpların yaşandığı durumlarda da birey yaşantısındaki önemli şeyleri kontrol edemediği duygusunu yaşamaktadır. Destek sağlanmadığı takdirde bu tür duygular genellikle kişinin yaşamında depresyona neden olmaktadır.

4.Toplumla ilişkiler: Her ne kadar davranış bozukluğu gösteren çocukların hepsinin antisosyal ebeveynleri olduğunu söylemek yanlışsa da sık suç işleyen, alkol sorunu olan yetişkinlerin çoğunun çocukluklarında bozuk ilişkiler yaşadığı bir gerçektir. Şurası bir gerçektir ki mutsuz çocukluk, sosyal açıdan problematik davranışlara yol açmaktadır; ancak bu sonuç kaçınılmaz değildir. Genel bir inanış olarak, aile yaşamındaki ilişkiler ne kadar bozuk ya da bozulmuş, düzensiz ya da tutarsız, saldırgan ya da duyarsız ise çocukların yetişkinliklerinde bazı davranış bozuklukları göstermesi de o kadar muhtemeldir.

5. Eşlerle ilişkiler: Uygulamada aile ve çocuk alanındaki sosyal hizmet genellikle çatışma yaşayan ebeveynlerle çalışma anlamına gelmektedir. Eşler yakınlık kurma ihtiyacı içindeyken aynı zamanda da bağımlılıktan korkmaktadırlar. Bu da ilişkilerde ikileme neden olmaktadır. Bu tür durumlarda çalışan sosyal hizmet uzmanları için psikolojik dinamikleri ve her üyenin duygusal geçmişini anlamak son derece önemlidir.

6. Çocuklarla ilişkiler: Ebeveyni ile bağlanma ilişkisinde bulunan çocuk yetişkin olmuştur ve kendi çocukları vardır. Geçmiş çocukluk yaşantısının ve bağlanma ilişkilerinin bireyin kendi çocuklarıyla olan ilişkisini olumlu veya olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir.

Liotti “D tipi bağlanma” olarak tanımlanan özel bir bağlanma bozukluğunun dissosiyatif bozukluk gelişimine eğilimi arttırabileceğini ileri sürmüştür (109). D tipi bağlanma primer bakım verene yönelik, normal olmayan dezorganize bir bağlanmadır. Bu bebekler şaşırılmış bir ifade ve trans benzeri bir durumla karakterize olan ani

duraksamalar gösterirler. Annedeki yüksek seviyeli dissosiyasyonun, bebeğin D tipi bağlanma göstermesi açısından belirleyici bir unsur olduğu ve istismar edilen çocuklarda %80 oranında D tipi bağlanma görüldüğü ifade edilmiştir (99). Ayrıca bir kuşakta görülen güvensiz bağlanmanın ve çözülmemiş travmanın, sonraki kuşakta dezorganize bağlanma davranışı ile sonuçlanabildiği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (108).

Bağlanmanın Sürekliliği: Bowlby'nin kuramı bağlanma ifadelerinin zaman içerisinde stabil olduğunu fakat bağlanmayla ilgili hayat tecrübeleri sayesinde değişime açık olduğunu öne sürer. Bu sürekliliğin iki ana bakış açısı yoğun kuramsal düşünme ve ampirik kanıtın odağı olmuştur.

Bağlanmanın sürekliliği, annenin ve çocuğun bağlanma güveni arasındaki süreklilik ve çocukluktan yetişkinliğe bağlanma ifadelerinin sürekliliği şeklindedir. Çocuk-ebeveyn ilişkisine odaklanan çalışmalar, ebeveynin içselleştirilmiş ilişki modelleri ve çocuğun bağlanma sınıflandırmaları arasındaki ilişkiye dair sağlam kanıtlar sağlamıştır (78). Ampirik çalışmalardaki veriler prospektif, retrospektif veya koşut zamanlı olarak incelendiğinde; tutarlı bir şekilde, Adult Attachment Interview tarafından da ölçüldüğü gibi, annenin ve çocuğun bağlanma şekli arasında yüksek derecede ilişkilendirme olduğunu ortaya çıkarmıştır. Genel olarak, güvenli olarak vasıflandırılan bireylerin önemli ölçüde kendilerine güvenli bir şekilde bağlı olan çocukları vardır. Bu durum, ebeveynlerin bağlanma şekillerinin çocuğun doğumundan önce değerlendirildiği prospektif çalışmalarda bile doğrulanmaktadır. Bakıcı ve ebeveyn-çocuk etkileşimlerinin (başlıca annenin uyumluluğu ve desteği) niteliği ebeveyn ve çocuk arasındaki bağlanma şeklinin iletiminde sorumlu olan ana mekanizma olarak göz önüne alınır (79, 80, 81). George ve Solomon, bakıcı davranışsal sistemini nitelendiren koruma sağlama yetkinliğini erken ilişkisel tecrübelerin ve ifadelerinin erişkin dönüşümü olarak tanımlamıştır. Mevcut çalışmalar erken çocukluk ve erişkin bağlanma ifadeleri arasında orta dereceli ilişkilendirme olduğu konusunda kanıt sağlamıştır. Bağlanma yapısının sürekliliği üzerine oluşturulan ek bir perspektif, bağlanmanın çalışan modellerinin anneden erişkin kız çocuğuna olan sürekliliği, anne ve erişkin kız çocuğu arasındaki bağlanma ifadelerinin sürekliliği, anneden çocuğa ve çocuktan anneye arasındaki bağlanma ifadelerinin mantıklı ilişkisidir; çünkü çocukların içsel modelleri annelerin içsel modelleri tarafından etkilenir ve erişkinliğe kadar nispeten stabildir ki bu durumda

anneler ve erişkin kız çocukları arasındaki bağlanma şekillerinin makul bir süreklilik olduğu varsayılabilir.

Bağlanma, Kişilik Özellikleri ve Depresyon: Nesillerin Kendi İçerisinde ve Arasında Etkileri: Bowlby'nin modeli, erken bakıcılık tecrübelerinin içselleştirilmiş modellerinin diğerleriyle olan ilişkilerde sadece prototip olmadığını, aynı zamanda çocuğun içindeki bağlamı oluşturduğunu ve sonradan yetişkinlerde duygusal tecrübeleri düzenlediğini ortaya koymuştur. Erişkin bağlanması üzerine yapılan araştırmalar, bağlanma şekilleri ile erişkin ve ergen popülasyondaki duygusal öz düzenleme arasındaki ilişkiye dair kanıtlar sunar. Bu perspektiften bakıldığında, bağlanma şekilleri, sıkıntılı durumlarda bireyin tepkilerine yön veren düzenlenmiş kurallar olarak görülmektedir. Kobak ve Sceery güvenli kişilerin daha efektif başa çıkma stratejileri kullandığını ve depresyona girme eğiliminin daha az olduğunu, güvensiz bağlanma şekilleri olan kişilerin daha az uyarlanabilen başa çıkma stratejileri kullandığını bu yüzden de depresyona girdiğini öne sürer. Bağlanmanın güvensiz örgüleri erişkin kliniklerinde ve toplumsal örneklemelerde yüksek seviyeli depresif semptomatoloji ile özdeşleştirilmiştir. Özellikle olumsuz kendilik modeli içeren bağlanma şekillerinin depresyonun erken habercisi olduğu ortaya çıkartılmıştır. Buna ek olarak, güvensiz bağlanmış erişkinler daha çok fiziksel semptomlar, olumsuz etkiler ve stresli durumlarda yüksek seviyeli sıkıntı gösterir (82). Bağlanma şekillerinin kuşaklarası iletiminin ampirik çalışmaları annenin bağlanma şeklinin ve depresyon seviyesinin çocuğun bağlanma güvensizliğinin habercisi olduğunu göstermektedir (83, 84). Bu çalışmalar tutarlı bir şekilde annenin depresif olduğunda güvenli bağlanmanın daha az meydana gelmesinin yanı sıra, maternal depresyon ve çocuğun bağlanma niteliği arasında önemli ilişkilendirme olduğunu göstermiştir. Bağlanma güvensizliği, mütemadiyen depresif anneleri nitelendiren tepkisiz, reddedici ve duyarsız ebeveynlik ile özdeşleştirilmiştir. Çocuğun ezici olumsuz tecrübeleri zaman içerisinde kendinin yararsız olduğu anlayışına yol açar. Bağlanma ve depresyon literatürünün gözden geçirilmesi hem nesillerin arasındaki bağlanma oryantasyonunun sürekliliğini hem de her nesil içindeki depresyon ve güvensiz bağlanma arasındaki devamlı ilişkilendirmeyi gösterir.

Blatt ve Homann özeleştiril ebeveynlerin nitelikleri ve bağımlı bireylerin hakkındaki verileri gözden geçirmiştir ve bu kişilik eğilimi ile bağlanma güvensizliği arasında ayrılmaz bir bağın olduğu sonucuna varmıştır. Güvensiz bağlanmış bireylerin

ayrılmakla ilgili çektiği güçlükler, sabit bir şekilde güvence ve destek aramaya buna ek olarak reddedilme ve eleştiri beklentilerine yönlendirir, dolayısıyla çok düşük seviyede öz saygı ve yüksek derecede kabullenme ihtiyacı doğurur. Bu modele göre, kız çocuklarının güvensiz bağlanması, maternal sıcaklık ve kız çocuğunun öz eleştiri eğilimi arasındaki ilişkiye aracılık eder. Her ne kadar bağımlılık depresyonla ilişkilendirilse de, bağımlılığın depresif hisleri hafifletecek destekleyici kişiler arası ilişkiler oluşturacağına dair belirtiler de vardır (82). Bu sonuç örgüsü, bağımlılık ve öz eleştiri gibi kişilik eğilimi değişkenlerinin kişiler arası ilişkiyi etkilediği, bu sebeple de bireyin depresyon seviyesini hafifletebileceği veya şiddetlendirebileceği anlamına gelebileceği belirtilmiştir.

Bağlanma ve depresyona yol açan kişilik özelliği eğilimleri hakkındaki literatür, kişinin kendini olumsuz görmesini niteleyen korkulu ve kaygılı güvensiz bağlanma biçimleri akla yatkın bir şekilde özeleştiriyi nitelendiren, ilişkilendirmenin kendini cezalandıran ve güvensiz biçimlerine sebep olabilir. Buna ek olarak bulgular kaygılı bağlanmanın depresyona yol açan bağımlılık eğiliminin geliştirilmesinde rol alabileceğini öne sürmektedir. Bu sebepten kişilik eğilimlerinin bağlantısı olan hem korkulu hem de kaygılı bağlanma biçimleri kendinin olumsuz modelini kapsar. Güvensizlik ve kişilik özelliği eğilimlerinin ilişkili; fakat birbirinden uzak yapılar olduğu göz önüne alınmalıdır. Her ne kadar hem bağlanma hem de kişilik eğilimi yapıları bilişsel örgütlenmeye bağlı olsa da, tecrübe ve davranışları tanımlasa da, öz eleştiri ve bağımlılığın kendi hakkında belli bir şekilde düşünme ve hissetme şekline atıfta bulunduğu noktada birbirlerinden farklılık gösterirler (örneğin; kendini olumsuz değerlendirme, başkalarına bağımlı olma, gerçek dışı standartlar koyma vb.). Bağlanma kuramı bağlamında olumsuz kendilik modeli, sevilmemiş ve sevilemeyen hisleri dahil olmak üzere başkalarıyla kurduğu ilişkilerde kendilik hakkında genel olumsuz hislere değinmektedir. Bu ayrım öz eleştiri ve bağımlılığın daha genel bir olumsuz kendilik modelinin diğerleriyle olan ilişkisinin belirli yönlerine ait olabileceğini öne sürer.

Öğrenme Kuramı Çerçevesinde Bağlanma: Bu kurama göre bağlanma, koşullanma ilkeleri ile açıklanmaktadır. Bağlanma kavramı, tıpkı Pavlov'un klasik koşullanma deneyindeki köpeğin, zil sesi karşısında salya salgılaması örneği ile aynı süreç çerçevesinde açıklanabilir. Öğrenme psikologları, çocuğun anne ve babasına bağlanmasının öğrenme sonucu ortaya çıkan bir davranış olarak açıklamaktadırlar.

Bebek, birincil gereksinimlerinin (açlık, susuzluk vb.) karşılanması sırasında yaşadığı rahatlama duygusu ile bakıcısı arasında bir bağlantı kurmakta ve bu nedenle de bakıcısına ilişkin olumlu duygular geliştirmektedir. Doğumun ardından insanlarla birlikte olduğu durumlarda bir takım ödüller alan bebek, bir arada olma ile ödül alma arasında kurduğu olumlu bağ sayesinde yakın çevresindeki kişilere bağlanmaktadır. Bu görüşe göre, bakıcı ile bebek arasında gelişen bağlanma ve buna eşlik eden olumlu duygular koşullanma sonucunda öğrenilmektedir, doğuştan var olan bir gereksinim değildir; ancak araştırmacılar öğrenme sonucunda kurulan bu bağın kalitesinin oldukça önemli olduğunu vurgulamaktadırlar. Özellikle bağlanma ilişkisindeki yoksunluklar ve yetersizlikler, çocuğun ilerideki kişilik yapısında ve kişiler arası ilişkilerinde çeşitli sorunların ortaya çıkabileceğinin işaretleri olarak kabul edilmektedir. Snell ve arkadaşları, çok boyutlu ilişki ölçeğini geliştirirken öncelikle yakın ilişkilerle ilgili çeşitli psikolojik değişkenleri belirlemişlerdir. Bunlar:

- İlişkide kendine güven; kişinin diğer bir kişiyle yakın ilişki kurması durumunda, kendi becerilerini, kapasitesini olumlu değerlendirme eğilimidir.
- İlişkiye saplantı; kişinin yaşamının yakın ilişkiler yönüne saplantılı olması ve sürekli bu konuyla ilgili olarak zihninin meşgul olmasıdır.
- İçsel ilişki kontrolü; kişinin yaşamının yakın ilişkiler yönünün daha çok kendi davranışlarından ve kişisel kontrolünden kaynaklandığına inanmasıdır.
- İlişki farkındalığı; kişinin yakın ilişkilerinin olumlu ve olumsuz yönlerini algılayabilmesidir.
- İlişki güdüsü; kişinin yakın ilişkide olma isteğidir.
- İlişki kaygısı; kişiyi karşı cinsten biriyle duygusal bir yakınlık / etkileşim kurmanın kaygılandırmasıdır.
- İlişki girişkenliği; kişinin yaşamının yakın ilişkiler yönünde girişken olmasıdır.
- İlişki depresyonu; kişinin yakın ilişkileri konusunda, kendini mutsuz ve hayal kırıklığına uğramış hissetmesidir.

- Dışsal ilişki kontrolü; kişinin yakın ilişkilerinin çoğunlukla kendi kontrolünün dışında, şansa bağlı / tesadüfi olaylarla geliştiğine ya da kader / kısmet işi olduğuna inanmasıdır.
- İlişki izlenimi ayarlama; kişinin yakın ilişkilerinin başkaları tarafından nasıl değerlendirildiğine önem vermesidir.
- İlişki korkusu; kişinin bir başkasıyla yakın ilişki kurmaktan korkmasıdır.
- İlişki doyumu; kişinin yakın ilişkisinden doyum alması ya da mutlu olmasıdır.

v. İntihar:

İntihar davranışı kişinin benliğine yönelmiş bir saldırganlık halidir. Bu bir düşünce şeklinde olabileceği gibi, tamamlanmış ya da tamamlanmamış girişim olarak karşımıza çıkabilmektedir. Neredeyse tüm DKB hastaları hayatlarının bir bölümünde intihara meyillidir; birçoğu kronik olarak intihara meyillidir (8, 9). Her ne kadar intihar bilimi (suicidology) araştırmalarının uzun bir geleneği olsa da, intihar çalışmaları alanında disosiyatif bozuklukların intihar girişimlerinin en önde gelen nedenlerinden birisi olduğuna dair çok az farkındalık vardır. Kendine zarar verici davranışlara ilgi, özellikle de ergenlerde, ruhsal sağlık alanında giderek büyümektedir; ancak disosiyatif bozukluklara ilgi intihar ve kendine zarar verme üstündeki genel ilginin çok arkasındadır (92).

Dissosiyatif bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde kendine zarar verme riski epey yüksek olduğu için bu çok talihsizdir. Son çalışmalar dissosiyatif bozukluklarda %1 - 2.1 arasında kendilerini öldürmede başarılı olduklarını göstermiştir (93). Dissosiyatif hastalarda intiharın motivasyonları; kindarlık, flashbacklerin yoğun yaşanması, flashbackleri gerçekten ayırmakta zorlanma, alterler arası iç savaş hali, beklenen obje kaybı, ebeveyn ölümüne bağlı gelişen suçluluk, terk edilme ile bağlantılı acı ve umutsuzluk şeklinde çeşitlilik göstermektedir. Gerçekliğin arzulanan yapılandırılmasının omnipotent tekrardan kuruluşu intihar ilizyonu yarattığı ve bu durumunda aşağılanma ve narsistik yıkımı azalttığı bulunmuştur. Dissosiyatif hastaların tedavilerinin genelde intihar girişimleri, self mutilasyon epizotları ile sona erdiği bulunmuştur (93, 94). Putnam ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada; dissosiyatif hastaların %61'i gerçek intihar girişiminde bulunmuş, %71'nin intihar

düşünceleri olmuş, 1 hasta da intiharı sonuçlandırmıştır. Bunun ötesinde %53'ünün internal intihar -bir kişiliğin diğer kişiliği öldürmeye kalkışması- ve homicid girişimleri, bir veya daha fazla kişilik alterleri olan hastaların %34'ünün ise alterlerinden bir ve / veya birkaçını cezalandırmak için vücuduna zarar verdiği bildirilmiştir. Kluft da suicid girişimleri ve tamamlanmış intiharların tanı konulmuş dissosiyatif hastalar tarafından uygulanabildiğini gösteren kanıtlar sunmuştur. İstatistiksel incelemelerde dissosiyatif hastalardaki tamamlanmış intiharları tam olarak temsil etmediği belirtilmiştir.

Demografik olarak erkeklerde intihar fazladır; ama dissosiyatif hastalıklar genç kadınlarda fazla görüldüğünden bu veri önemlidir. Bu verilerin neden yüksek olduğu kesin olarak bilinmiyor; fakat mantık çerçevesinde düşünüldüğünde yoğun acı ve ıstırap çektikleri, ihmal ve istismara uğradıkları; bu dünyadaki hayal kırıklıklarının onlara sunulan etkin tedavilerin acı veren doğası, benlik kontrollerini sağlıklı olarak yapamamaları, tekrardan kurban olma olasılıkları, ilişkilerde karakteristik zorlanmaları, onları self mutilatif davranışa itmektedir. Kluft çalışmasında intiharla ilgili özellikler olarak; depresyon, fiziksel hastalık, kişilik bozukluğu, bekarlık, alkol kullanımı, yalnızlık ve madde kullanımını belirlemiştir. İntihar girişiminde bulunmuş dissosiyatif hastaların, intihar eden psikiyatrik hastalar ile benzerlik taşıdıkları görülmüştür. Kendine zarar veren dissosiyatif hastalar diğerlerinden farklı olarak şu şekilde ayrılmaktadır; daha rahat yaşayabilmeleri için yaratıkları alternatif gerçeklik, varyasyonlara olan narsistik yatırımın yoğunluğu ve grandiyöziteleri, bu tür yapılanmaların yanlışlığını gösteren yüzleştirmeye karşı tolerans gösterememek, savunmasız ve gururu kırılmış hissettiklerinden, kompansatuar grandiyöz savunmalar gerçeklik için alternatif bakış açısı ortaya koymaktadır. Bu özellikler devam etmediğinde oluşturmuş oldukları kendilik bütünlüğü sağlamada kompanse edici faktörleri devam ettirmek için gerek duydukları yapıları destekleyici bir dünyada yaşamakta zorlanmakta ya da yaşamak istememektedirler.

İntiharların temelleri iki kısımda birleşiyor; hayali kompansetuar faktörlerin kaybı yerine ölümün kompansetuar faktörlerin yerine geçmesi, farklı kişilik yapılandırılmalarından ziyade farklı gerçeklik yapılandırılmaları arasındaki çatışmadan kaynakladığı ve multipl gerçeklik yapılandırılmalarının uyuşmazlığı, self yıkımında önemli rol oynadığı bulunmuştur. Dünyada yılda ortalama bir milyon kişi intihar ile yaşamına son vermektedir. İntihar davranışı, normal kişilerden ağır ruhsal bozukluğu

olan hastalara kadar geniş bir popülasyonda görülebilmektedir. İntihar girişiminde bulunan bireylerin daha immatür, ben merkezci, fazla bağımlılık gereksinimi olan, içe dönük, dürtü kontrolü zayıf ve dış kontrol odak algı kişilik özelliklerine sahip oldukları gösterilmiştir. İntihar, gerçekten ölüm arzusunu yansıtabileceği gibi, stres yaratan yaşam olayları sonucu yaşanan çaresizliğin, çözümsüzlük ve umutsuzluğun dile getirilmesinin bir yolu da olabilmektedir. Umutsuzluğun intihar davranışında güçlü bir belirleyici olduğu bilinmektedir.

İşlevsel olmayan tutumlar, bilişsel çarpıtmalar ve problem çözme yeterliliğinin düşük olması umutsuzluğu arttıran önemli etmenlerdendir. İntihar düşüncesi ve girişi ile yakın ilişkisi bilinen depresyonun, problem çözme becerisini azaltabildiği ya da tam tersi problem çözme yetersizliğinin depresyona yol açabildiği bildirilmektedir (95, 104). Multipl intihar girişiminde bulunanların önemli bir bölümünde dissosiyatif bozuklukla bağlantılı tanılar değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Multipl girişiminde bulunanlarda yapılan lojistik regresyon analizlerinde dissosiyatif bozukluk, PTSD, duygudurum bozukluğu tanılarının komorbid olmasına rağmen (iki tanı da yüksek intihar riski taşımaktadır) aslında artmış intihar düşüncesi ve girişi, duygudurum bozuklukları veya PTSD de değil, daha çok dissosiyatif bozukluklarla ilişkili olduğu bulunmuştur. İntihar davranışı tehdit, düşünce, girişim ve ölümle sonuçlanan eylemler olarak geniş bir yelpaze içinde yer almaktadır. İntihar davranışının etyolojisinde aile yapısı, etkileşimi ve kişiler arası ilişkilerde sorunlar önemli bir yere sahiptir. İntihar davranışı ister bir düşünce, ister girişim ya da tamamlanmamış bir eylem olsun aileyi derinden etkiler. Son 35 yıldır intiharı anlamada ümitsizlik önemli bir psikolojik yapı olarak karşımıza çıkmaktadır. İntihar girişiminde bulunan hastalar yoğun ümitsizlikleri için tek olası çözümün intihar olduğunu belirtmişlerdir.

Beck'in depresyonu açıklarken kullandığı modellere göre; çocukluk çağındaki deneyimler öğrenme yolu ile bazı temel düşünce, varsayım ve inanç sistemlerinin oluşmasına neden olur. Yapısal düzeyde şema olarak adlandırılan bu temel varsayım ve inançlar yaşamın daha ileri dönemlerinde bireylerin kendileri ve yaşadıkları dünyaya ilişkin algılarını ve davranışlarını biçimlendirmekte kullanılır. Beck kişinin kendisine, dış dünyaya ve geleceğine yönelik olumsuz tutumlarını (depresyonun bilişsel üçlüsü) tanımlamış ve depresyona yeni bir yaklaşım getirmiştir. Tamamlanmış intiharlar en çok 65 yaş üzerinde gerçekleşmektedir. Avrupa'da erkeklerde 15 - 44 yaşlar, kadınlarda ise

25 - 44 ve 65 - 74 yaşlar intihar girişimlerinin en sık gözlemlendiği yaş gruplarıdır. Türkiye’de intihar girişimlerinin en sık görüldüğü yaş grubu 15 - 24 ve 25 - 34 yaşlarıdır ve bu yaşlar tamamlanmış intiharlardaki yaş grupları ile aynıdır (189).

Geleneksel olarak intiharla ilişkili risk faktörleri, tıbbi (örneğin psikiyatrik problemler), psikososyal (örneğin boşanma), kültürel (örneğin bir dine mensup olma durumunun bulunmaması) ve sosyoekonomik (örneğin işsizlik) şeklinde ayrılabilir. Bu ayırmanın bir takım eksikleri vardır; en önemlisi kategorilerin üst üste binmesidir. Belirli bir ruhsal problem (psikolojik-biyolojik faktör), işsizliğe (sosyoekonomik faktör), aile içinde zorluklara ve sosyal izolasyona (psikolojik-sosyolojik faktörler) sebep olabilir ki, bunların tümü bireye etkilerinin şeffaflığını engeller. Son zamanlarda, faktörlerin sadece üç kategoriye ayrılması daha umut verici ve daha şeffaf olarak görülmektedir: genetik faktörler, çevresel faktörler ve bu ikisinin karşılıklı etkileşimidir (190). En büyük ikiz çalışmalarında bir tanesinin tekrarlayan analizleri intihar davranışının variabilitesinin %43 oranında genetik tarafından ve geri kalan %57 oranında çevresel faktörler tarafından açıklanabileceğini göstermiştir (191). Yaşam olayları ve sosyal destek gibi çevresel faktörler ile genlerin muhtemel karşılıklı etkileşimine oldukça az dikkat harcanmıştır. Aslında, simultane olarak aday genlerin analizi ve psikolojik otopsi çalışmaları gen ve çevre etkileşimini araştırmada ilerlemek için bir yol olabilir.

İntihar Fenotiplerinin Tanımlanması: İntihar terimi intihar düşüncelerine veya intihar davranışının varlığına gönderme yapar. İntihar davranışı fatal (tamamlanmış intihar) veya non-fatal (intihar girişimi) bir sonucu olan kendine zarar verme (self-harm) eylemlerini içine alabilir. “İntihar girişimi” terimi kendi vücudunu kesme, sigara içme, haz arama (sensationseeking) veya alkol kötüye kullanımı gibi kendine-zarar verici alışkanlık formundaki davranışları içermez. Bununla beraber, intihar girişiminin tanımı komplekstir; çünkü bu davranış çeşitli boyutlarla karakterizedir. Bu boyutlara tıbbi hasarın derecesi, kullanılan metodun lethalitesi ve intihar niyeti düzeyi dahildir. İntihar davranışı geniş bir spektrumu içine alır ve fatal girişimlerden (tamamlanmış intihar) oldukça lethal; fakat başarısız intihar girişimlerine (yüksek istek ve açık planlamanın bulunduğu ve sürvinin rastlantısal olduğu), lethalitanın az olduğu genellikle impulsif, bir sosyal kriz tarafından tetiklenen güçlü bir element olarak yardım çağrısını içeren girişimlere kadar kapsar (192).

İntihar düşüncesi ki, intihar fikirlerini veya eylemden yoksun tehditleri içine alır, intihar girişimlerinden ve tamamlanmış intiharlardan çok daha sıktır ve prevalansı oldukça değişkendir. Erkeklerle karşılaştırıldığında kadınlarda neredeyse iki kat fazladır. İlaveten intihar düşüncelerinin neredeyse her zaman bir psikiyatrik bozuklukla ilişkili olduğu bulunmuştur (193, 194).

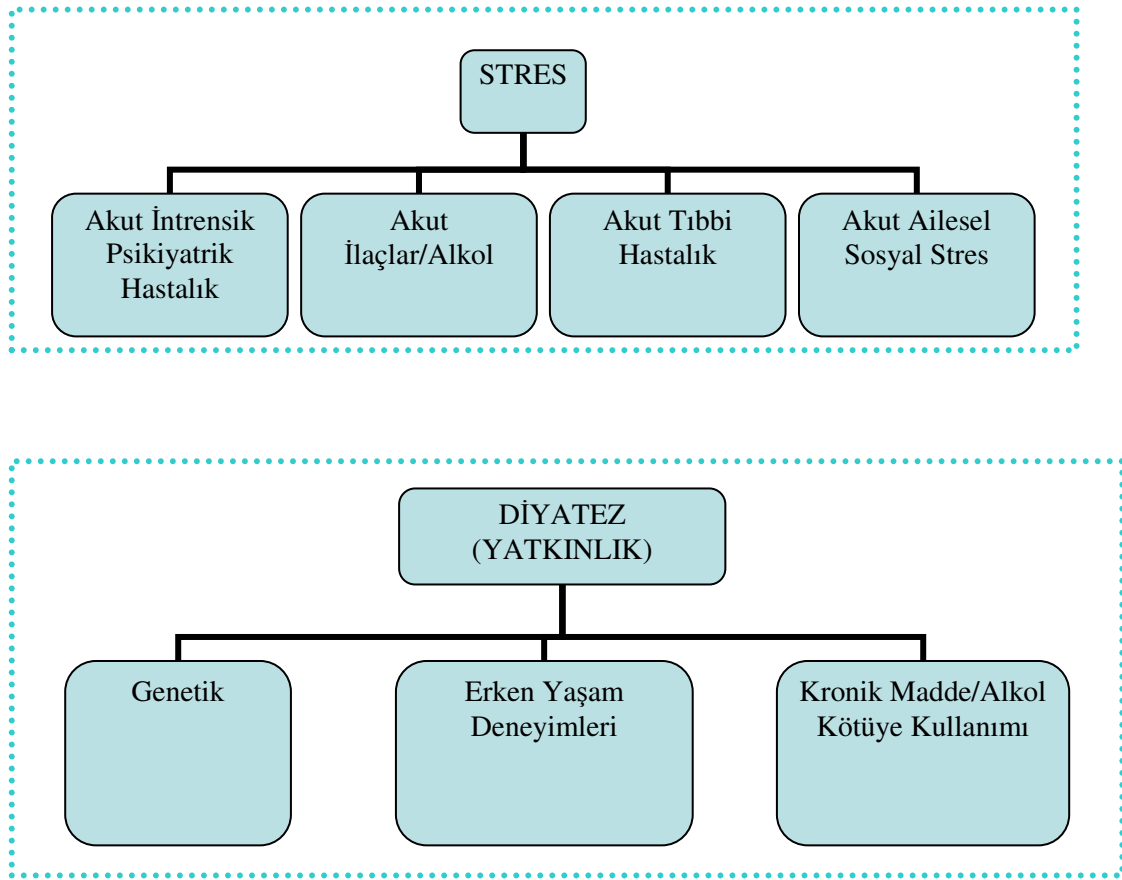
İntihar davranışının tam klinik tanımı tatmin edici olmamasına ve karışıklık kaynağı olmasına rağmen, intihar fenomeni sıklıkla düşünceden girişime ve tamamlanmış intihara doğru ciddiyeti artarak devam eden bir şekilde görülür ve ölüm amacına göre, metot ve lethalliteye, şiddet içeren veya şiddet içermeyen (violent or non-violent), kognitif bozukluklara (impulsivite, agresyon) veya durum yatıştırmaya (mitigating circumstances) göre sınıflandırılabilir (195, 196).

İntihar girişimleri, çok ciddi bir intihar girişiminden iyi talih sayesinde yaşamını kurtaran bireylerden, çok az veya hiç yaralanma olmadan yaşamını sürdüren bireylere kadar geniş bir aralıkta bir medikal hasar boyutunu içine aldığı ve özellikle ilkinde dikey olabilen bir ikinci eksen ve intihar niyetini kapsadığı için tamamlanmış intiharlardan daha komplekstir. İntihar davranışının bu yönleri hesaba katıldığında, yine de örtüşen geniş kategoriler yapmak mümkündür.

İntihar Davranışının Modelleri: Bu gözlemlerin temelinde intihar davranışının görünümünü açıklamak için çeşitli modeller geliştirilmiştir. En sık uygulanan modellere stres-diyatez modeli ve proses modeli dahildir (şekil 1) (221, 222). Stres-diyatez modeli; bir bireyin bir depresif epizod sırasında intihar gerçekleştirirken diğerinin gerçekleştirmemesini açıklamada kullanışlıdır. İntihar riski psikiyatrik bozukluğun objektif ciddiyeti ile korele değildir; fakat diyatez veya predispozisyonlardaki değişimlere bağlı görünmektedir.

İntihar davranışıyla ilgili tipik stresörler, interpersonal veya sosyal problemler gibi olumsuz yaşam olayları ve akut intrensik psikiyatrik hastalıklar, disinhibe hastalarda görülen alkol veya sedatiflerin akut kullanımı; özellikle eğer beyni etkiliyorsa, akut bir tıbbi hastalık varlığıdır (şekil 1).

Şekil 1 – İntihar Davranışının Modelleri



İntihar davranışındaki risk faktörlerini anlamamızdaki son ilerlemelerin çoğu, intihar davranışına diyatez veya predispozisyonda anahtar bir element olan psikiyatrik hastaları düşük riskli olanlara karşı yüksek riskli olanlar olarak ayırmaştıran bir tanımlamadan gelmektedir. Psikiyatrik hastalığın objektif ciddiyeti, hastaları intihar girişimleri veya intihar için risk taşıyanlara karşı taşımayanları ayırmada büyük oranda yardımcı olmaz. Diyatezdeki varyasyonlar, bir bireyin depresif bir epizotta niçin intiharda bulunduğunu ve diğerinin bulunmadığını açıklayabilir. Böylece intihar girişimcilerinin, depresyonun

objektif olarak belirlenen aynı ciddiyetine farklı reaksiyon verdikleri görülür. Hastaların intihara diyatez veya hassasiyetlerinin farklılıklarının neler olduğunun anlaşılması, hastaların yüksek risklerinin taranması ve tedavisinin iyileştirilmesine yardımcı olabilir.

İntihar davranışının proses modeli durumsal ve kalıcı (state-trait) özelliklerin karşılıklı etkileşimi yaklaşımını da temel alır; fakat zaman içinde intiharın kademeli gelişiminde bu karşılıklı etkileşimlerin etkilerinin yanı sıra bunları dahil de eder.

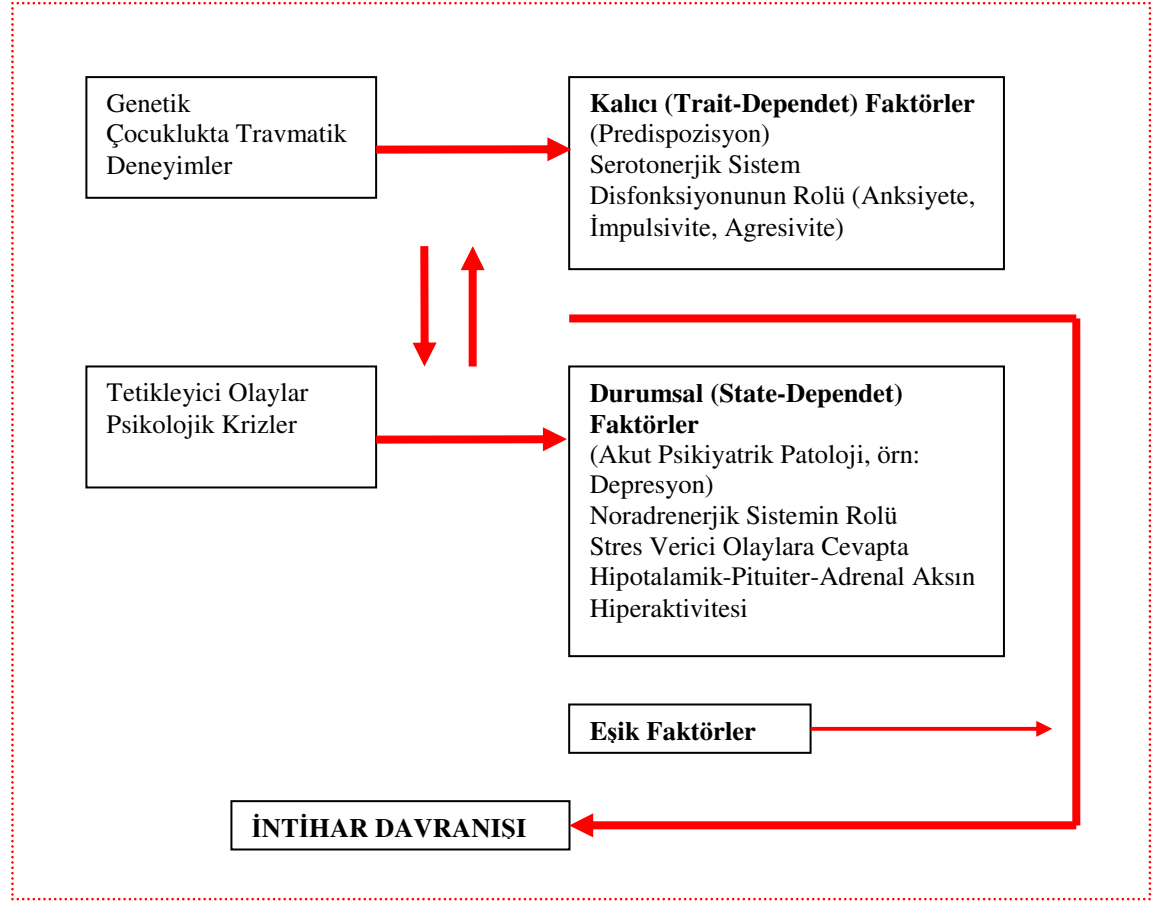
İntihar prosesi konsepti, intiharın gelişimini ve progresyonunu bireylerde ve onların çevreleriyle etkileşimlerinde görülen bir proses olarak tanımlar. Proses, bir kişinin yaşamına son verme konusundaki düşüncelerden yavaş yavaş gelişebilir ki sıklıkla artan lethality ve intihar niyetiyle birlikte olan rekürren intihar girişimleriyle büyüyebilir ve tamamlanmış intiharla sonlanır (222). Şekil 2' de gösterildiği gibi durumsal ve kalıcı özelliklerin (state-trait) etkileşimi yaklaşımı risk faktörlerini 3 düzeyde tanımlar: Kalıcı (trait-dependent) faktörler, Durumsal (state-dependent) faktörler ve Eşik faktörleri. Son araştırma bulguları kalıcı (state-dependent) ve durumsal (trait-dependent) faktörlerin psikolojik ve biyolojik terimlerle tanımlanabileceğini göstermiştir. İntihar davranışının biyolojik çalışmalarının bulguları aşağıda özetlenmiştir. Kognitiv psikolojik alandaki çalışmalar intihar davranışına kalıcı faktörlere (trait-dependent) predispozisyonu oluşturan üç karakteristik göstermiştir (222):

i-Yenilgi / defeat Algısı (psikolojik bir stresörle yüz yüze geldiği zaman kendini bir kaybeden olarak algılamaya eğilim)

ii-Kaçış yok / no escape Algısı (otobiyografik hafıza bozukluğuyla ve tuzağa düşme algısına yol açan problem çözme defisitleriyle ilişkilidir)

iii-Kurtuluş yok / norescue Algısıdır (umutsuzluk hislerinin gelişmesine eğilim)

Şekil 2 – İntihar davranışında kalıcı ve durumsal (State-dependet, trait-dependet) faktörler arasındaki karşılıklı etkileşimler ve nörobiyolojik faktörlerin rolünde vonheeringen modeli



İntihar Davranışının Klinik Korelasyonları: İntihar girişiminde bulunanların yaklaşık %90'ında Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabına göre psikiyatrik bir bozukluğu olmasına ve psikiyatrik rahatsızlığın majör yardımcı faktör olmasına rağmen, çeşitli tartışmalar intihar davranışının kendi başına bir bozukluk olduğunu düşündürmektedir (183). Tüm intiharların çoğunluğu duygudurum bozukluklarıyla ilişkili olarak görülür; fakat şizofreni, alkolizm ve madde kötüye kullanımı gibi diğer psikiyatrik bozukluklar, intihar ile ilişkilidir.

Hastanede yatarak tedavi gören bireylerin yaşam boyu intihar mortalitelerinin, bipolar bozukluk için %20, unipolar depresyon için %15, şizofreni için %10, alkol kullanım bozuklukları için %18, borderline ve antisosyal kişilik bozuklukları için %5 - 10

arasında olduğu saptanmıştır (209). Ruhsal bir hastalığı bulunan intihar olgularının yaklaşık %60'ında depresyon belirlenmiştir (186).

Depresyonu olan olgularda ise intihar riski yaklaşık olarak %15 olarak saptanmıştır. Depresyon, dünya çapında hastalık yükü ve yeti yitimine en fazla sebep olan beş neden arasındadır (210). Hayat boyunca tehdit, kayıp, küçük düşürülme veya yenilgiyi kapsayan stresli yaşam olayları depresyonun başlamasını veya gidişini etkilemişlerdir (211, 214). Bununla beraber, stresli bir yaşam olayıyla karşı karşıya gelmenin depresif etkilerine karşı koyamayan tüm insanlar değildir. Depresyonun diyatez-stres teorisi bireylerin genetik yapılarına bağlı olarak stresli olaylara sensitivitesini öngörür (215, 216). Yüksek genetik riski olan bireylerde stresli olaylardan sonra depresyon riskinin arttığını ve düşük genetik riski olanlar arasında azaldığını gösteren davranışsal genetik araştırmalar bu öngörüye destekler (217).

İntihar davranışı için riski artıran diğer klinik özelliklere, personalite özellikleri (trait), umutsuzluk, çocukluk çağında fiziksel veya cinsel kötüye kullanım öyküsü oluşturur. (209, 218). Bununla birlikte bir psikopatolojinin varlığı intihar için güçlü bir prediktör olmasına rağmen, bu tanıları alan insanların yalnızca küçük bir bölümü intihar eder. Örneğin unipolar ve bipolar duygudurum bozukluğu bulunan bireylerde bile yaşam boyu intihar girişimi oranı %50'nin altındadır. Böylece psikiyatrik bir tanı gerekli olabilir; fakat yetersizdir ve intihar için risk faktörü ana psikiyatrik bozukluklardan bağımsız bir predispozisyonu gösterir (209, 219). Herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olan hastaların bir kısmında intihar davranışı gözlenirken, aynı tanıyı alan diğer hastalarda bu davranışın ortaya çıkmaması, araştırmacıların intihar davranışını tanımlama veya yorumlama ile ilişkili olarak birçok model öne sürmesinde rol oynamıştır (220).

Özellikle öfke-ilişkili özellikler (traits) yanı sıra impulsif-agresif özellikler (traits), neurotizizm ve anksiyeteye ilişkili özellikler (traits) ara fenotipler olarak ve intihar davranışı için risk faktörleri olarak önerilmiştir (218).

Bu özellikler ilişkili eksen I bozukluklarının özellikle majör depresyonun rolünden bağımsız gibi görünmektedir ve hastaların bir alt grubu arasında intihar riskini artıran gelişimsel bir kaskadın parçası olabilirler (219).

Bundan başka, personalite özelliklerinin (traits) kendi başlarına kısmen genetik kontrol altında olmaları gibi, intihar girişimleri ve tamamlanmış intiharların ailesel yüklülüğüne katkıda bulunabileceklerini akla getirmiştir (218, 219). Diğer taraftan majör depresyonda impulsiv-agresiv personalite bozuklukları ve alkol kötüye kullanımı / bağımlılığının intiharın iki bağımsız prediktörü olduğu, impulsiv ve depresif davranışların bu risk faktörlerinin altında yatıyor görüldüğü ileri sürülmüştür (199). Bu nedenle, intihar yalnızca psikososyal bir aksamının veya kişisel bir krizin bir komplikasyonu değildir; fakat psikiyatrik bir hastalığın bağlamında görülür.

Majör depresyonu olan hastalar, bazen deneyimledikleri herhangi bir fiziksel ağrıdan daha kötü hissettikleri duygusal bir acı tanımlarlar. Çoğu depresif hasta iyileşme konusunda umutsuzluk hisseder, intihar bu duygusal acıdan kurtuluş aramak için bir çaba olarak anlaşılabilir. Bununla beraber, psikiyatrik hastalığı olan hastaların çoğu intihar etmez. Rölatif olarak hastalıklarının erken döneminde rekürren depresif bir hastalığın bağlamında tıbbi olarak ciddi intihar girişimi yapılması sık görülür. Bundan başka, intihar girişimcileri, majör depresyonun aynı ciddiyet düzeyiyle birlikte, daha önce asla intihar girişiminde bulunmayan bireylerden farklı olarak, aynı risk periyodu boyunca, artan lethality tekrarlayan girişimler yapma eğilimindedirler. Bu bazı hastaların intihar davranışına bir hassasiyetleri veya predispozisyonları olduğunu akla getirir. İntihar, aşırı derecede strese mantıksal bir cevap değildir. Dissosyatif Yaşantılar Ölçeği'nden (DYÖ) yüksek puan alan hastaların (>25) düşük puan alanlara göre daha fazla intihar girişiminde bulunmuş oldukları bildirilmiştir (105). İntihar girişimi ve kendine fiziksel zarar verme davranışı gösteren psikiyatrik hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım ve ihmal yaşantılarının ve dissosyatif yaşantıların diğer hasta gruplarına göre daha sık olduğu bildirilmektedir (112, 113). Çocukluk çağı travmasının erişkinde hostilitenin kişilik boyutunun belirleyicisi olabileceği bildirilmiştir. Çocukluk çağı travmaları daha sonraki yaşamda kendine zarar verici ve öz kıyım girişimi ile ilişkilendirilmiştir. Çocukluk çağı travmalarının öz kıyım girişiminin erken yaşlarda olmasına katkıda bulunduğu belirtilmiştir (114, 143, 144). Depresyon tanısı konan hastalar arasında çocukluk çağı fiziksel veya cinsel kötüye kullanımı bildirenlerde bildirmeyenlere göre intihar girişimi öyküsü daha fazla bulunmuştur (114).

III.YÖNTEM ve GEREÇLER :

III-A. ARAŞTIRMANIN TİPİ :

Kesitsel, vaka kontrol çalışması

III-B. DEĞERLENDİRME ARAÇLARI:

Sosyodemografik / Klinik Veri Formu:

Çalışmaya alınan tüm olguların sosyodemografik özellikleri (yaşı, eğitim düzeyi, medeni durumu) sorgulayan sorular ve ek tıbbi durumlarla ilgili bilgiler, psikiyatrik tedavi, hastane yatışları, majör depresyon, ilgili stresörleri oluşturan nedenler; kendilerinden alınan bilgilere göre “Veri Formu” kullanılarak araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım Soru Listesi:

Bu soru listesi Yargıç, Tutkun ve Şar tarafından 1993 yılında oluşturulmuş ve çeşitli çalışmalarda kullanılmıştır. Henüz bir ölçek niteliğini kazanmamış bu soru listesinde cinsel ve fiziksel tacizlerin kim tarafından, ne zaman, nasıl ve kaç kez yapıldığı sorulur. Ayrıca duygusal taciz ve ihmal edilme yaşantıları ile ilgili sorular vardır. Bu iki soruda ki yaşantılarla ilgili olarak Walker, Bonner ve Kaufmann tanımları esas alınmıştır. Buna göre duygusal kötüye kullanılma, genç bir kişiye duygusal ve ruhsal sağlığını tehlikeye atacak derecede sözel tehdit, alay ya da küçük düşürücü yorumlarda bulunulmasıdır. İhmal ise bir çocuğun beslenme, güvenlik, eğitim, tıbbi bakım gibi fiziksel bakımının ya da sevgi, ilgi, duygusallık, terbiye, bağlanma gibi duygusal bakımının yapılamamasıdır. Bu ölçek ekler bölümünde sunulmuştur.

DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi (SCID):

SCID, Spitzer ve Williams’ın (1988) DSMIII-R ‘a göre birinci eksen tanımlarını koyabilmek için geliştirdikleri bir araçtır. SCID’in Türkçe çeviri ve uyarlaması Soria ve arkadaşlarınca 1990 yılında yapılmıştır. I ve II eksen tanımlarını koyabilmek için standart birkaç versiyonu vardır. SCID-II (Türkçe versiyonu) görüşmesinin kişilik bozukluklarında ki güvenilirlik çalışması Coşkunsal ve arkadaşlarınca yapılmıştır (Coşkunsal ve ark.1994).

Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES):

Dissosiyatif kimlik bozukluğu ve diğer karmaşık dissosiyatif bozuklukların saptanmasında kullanılan geçerliği ve güvenilirliği gösterilmiş, öz bildirim dayalı bir ölçektir (Bernstein 1986, Carlson 1993). Türkçe versiyonu Vedat Şar, İlhan Yargıç ve Hamdi Tutkun tarafından oluşturularak geçerlik ve güvenilirliği gösterilmiş (Yargıç ve ark. 1995). DES-II Türkçe versiyonu geçerlik ve güvenilirliği gösterilmiştir (Şar ve Kundakcı 1997). Denek 28 sorudan oluşan bu ölçeği doldururken her soruya 0'dan 100'e kadar 10'ar10'ar artan yüzdelerden birini işaretleyerek yanıt verir. Bu 28 yanıtın ortalamasına DES puanı denir.

Toronto Aleksitimi Skalası (TAS):

Taylor ve arkadaşlarının (1989) geliştirip, geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarını yapmış olduğu Toronto Aleksitimi Skalası 26 soruluk bir öz bildirim ölçeğidir; elde edilen puan 26 - 130 arasında değişim göstermektedir. 74 ve üstü puanlar “aleksitimik”, 62 ve altı “aleksitimik değil” olarak değerlendirilir. Türkçeye çevirisi, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Dereboy (1990) tarafından yapılmıştır.

Beck Depresyon Ölçeği:

Bu ölçek A.T.Beck, C.H.Ward. tarafından geliştirilmiştir. Ölçek depresyoda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçen 21 maddelik ölçektir. Tanısal amaçla değil ama depresif belirtilerin derecesini belirlemeye dönük geliştirilen bu ölçeğin her maddesi farklı bir alanı ölçmektedir. Her soruda bir belirti alanı 0 -1 - 2 - 3 puanlarını verecek biçimde giderek şiddetlenen belirtiyi içeren dörder seçenek bulunmaktadır. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin yüksekliğini gösterir.

Hamilton Depresyon Ölçeği:

Depresyon hastalarının incelenmesi sonucu 1961'de Hamilton tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akdemir, Örsel, Dağ, Türkçapar, Işcan ve Özbay tarafından 1996'da yapılmıştır. Puanlama klinisyen tarafından belirtilerin şiddetine göre yapılır. Her bir maddeye karşılık gelen puanların toplamı depresyonun varlığı ve şiddeti hakkında bilgi vermektedir. Buna göre 0 - 16

arasında elde edilen toplam puan bir depresif sendrom oluşmadığını gösterirken, 16 - 25 arası hafif, 20 – 40 arası orta, 40 ve yukarısı ağır depresif durumu işaret etmektedir.

Hamilton Anksiyete Ölçeği:

Anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amaçlı Hamilton tarafından 1959 yılında geliştirilmiş, Türkçe uyarlaması Yazıcı ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır. Her maddeden elde edilen puan toplanarak toplam puan elde edilir. Her maddenin puanı 0 - 4 arasında, ölçeğin toplam puanı 0 - 56 arasında değişmektedir.

Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği:

Beck bilişsel açıdan içgörünün “kendini ifade etme” ve “kendinden eminlik” şeklinde iki alt boyutunu tanımlayarak değerlendirme için bir içgörü ölçeği geliştirmiştir (A.Beck 2004). Öz bildirim ölçeği olarak geliştirilen “Beck bilişsel içgörü ölçeği” (Beck Cognitive Insight Scale) Türkçe’ye uyarlaması Aslan S, Türkçapar H ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılmıştır.

İlişki Biçimleri Ölçeği (Relationship Scales Questionnaire-RSQ):

Griffin ve Bartholomew tarafından erişkinlerde bağlanma stillerini değerlendirmek üzere 1994 yılında geliştirilen 30 maddelik bir soru formudur (75). Türk örnekleme için uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Sümer ve Güngör tarafından 1999’da yapılmıştır. Farklı maddeler toplanarak bağlanma biçimini (güvenli, korkulu, takıntılı ve terk edebilen) ölçmeyi amaçlamaktadır. Katılımcılar her bir maddeyi, bu maddenin kendilerini ve yakın ilişkilerdeki tutumlarını ne derece tanımladığını düşünerek 5 dereceli (1 = beni hiç tanımlamıyor, 5 = tamamıyla beni tanımlıyor) bir Likert tipi ölçek üzerinde derecelendirmişlerdir. Her dört bağlanma biçimi, kendilerini ölçmeyi hedefleyen maddelerin toplanması ve bu toplamaların her bir alt ölçekteki (bağlanma biçimi) madde sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. Her bir katılımcının en yüksek puan aldığı bağlanma biçimine sahip olduğu kabul edilmektedir. Katılımcıların her bir bağlanma biçimine ilişkin puanları sürekli veri şeklinde de kullanılabilir.

Beck İntiharDüşüncesi Ölçeği:

Beck ve arkadaşları tarafından 1973’de geliştirilip, geçerlik ve güvenirlik çalışmalarını yapmış olduğu Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği 5 kısımdan oluşan, 23 soruluk bir öz bildirim ölçeğidir. Türkçe’ye çevirisi, geçerlik ve güvenirlik çalışması Dilbaz ve arkadaşları tarafından 1995 yılında yapılmıştır.

III-C. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI:

30.09.2008-05.02.2009 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda yapılmıştır.

Bu tarihler arasında polikliniğe başvuran, servise yatırılan ya da Klinik Psikoterapi Birimi Dissosiyatif Bozukluk Programı’nda ayaktan tedavi edilmekte olan 18 - 60 yaş arası, cinsiyet fark etmeksizin, DSM-IV’e göre 12 Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu (DKB) ve 20 Başka Türü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk (BTADB) tanısı alan, toplam 32 Dissosiyatif bozukluk hastası dahil edilmiştir. Klinik tanıyı ikinci bir açıdan doğrulama amacı ile sadece Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği’nde patolojik taksona giren hastalar dissosiyatif bozukluk grubuna alınmıştır. Kontrol grubu DSM-IV ölçütlerine göre majör depresyon tanısı konulmuş 18 - 60 yaşları arası hastalar alınmıştır. Dissosiyatif bozukluk eş tanısı olabilecek depresyon hastalarını dışlamak için DES puanının 10 altında olması koşulu konulmuş ve toplam 32 hasta çalışmaya alınmıştır. Depresyon hastaları yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından dissosiyatif bozukluk hastaları ile eşleştirilmiştir.

Çalışmaya alınan hastalarda, epilepsi tanısı olması, görüşmelere koopere olabilecek zihinsel işlevsellikte olmaması, 18 yaş altı, 60 yaş üzerinde olmak, ölçek doldurmaya engelleyecek fiziksel ya da mental hastalığa sahip olmak (ağır mental retardasyon, psikoz, mani gibi) dışlama ölçütü olarak belirlenmiştir. Hastaların ilaç kullanıyor olması çalışmaya alınması için engel değildir. Değerlendirmeler ortalama 1 saatlik 2 seansta gerçekleştirilmiştir. Başvuran ve bilgilendirilmiş onamları alınan 32 dissosiyatif bozukluk hastası ve 32 kontrol majör depresyon hastasından görüşmeyi tamamlamayan bir hasta olmamıştır. Çalışmaya alınan 64 hastanın verileri değerlendirildi.

III-D. İSTATİSTİK DEĞERLENDİRME:

İstatistiksel değerlendirme “SPSS versiyon 15” yazılımı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (sıklık dağılımları, ortalama, standart sapma) yanı sıra ikili grupların karşılaştırmasında bağımsız t testi, Mann Whitney U testi, nitel verilerin karşılaştırmalarında ki-kare testi, değişkenlerin birbirleri ile ilişkilerini belirlemede Pearson ve Spearman korelasyon testleri kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

III-E. ETİK AÇIKLAMA:

Çalışmanın gerçekleştirilebilmesi için İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurulu onayı alınmıştır (27.10. 2008; 2008/2690).

Çalışma için tüm hastalardan önce sözel olarak çalışma hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Çalışma, olguların kimlikleriyle ilgili bilgi verecek görsel ve yazılı materyal içermemektedir.

IV. BULGULAR:

IV-A. DİSSOSİYATİF BOZUKLUK VE MAJÖR DEPRESYON HASTALARININ SOSYODEMOGRAFİK VERİLER AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Her iki tanı grubuna katılan hastaların sosyodemografik özellikleri karşılaştırmalı olarak Tablo 7,8,9,10,11’de belirtilmiştir. Her iki grupta da hastaların 27’si kadın ve 5’i erkekti. Yaş ve eğitim ortalaması bakımından iki grup arasında fark yoktur. Her iki grup da ağırlıklı olarak orta genç yaşta, orta gelir düzeyinde, görücü usulü evli, İstanbul ve çevresinde yetişmiş kadınlardan oluşmaktadır. Çalışma durumları, gelir, hastane yatışı, ve sistemik hastalıklar açısından da iki grup arasında fark yoktur.

Tablo 7 - Dissosiyatif Bozukluk ve Majör Depresyon Hastalarının Yaş, Evlilik Yaşı, Eğitim Süresi, Evli Kalma Süreleri, Kardeş sayısı ve Psikiyatrik Yakınmaların Başlama Yaşı Açısından Karşılaştırılması (Mann Whitney U Testi)

	DİSSOSİYATİF BOZUKLUK (N=32) ORT±SS	MAJOR DEPRESYON (N=32) ORT±SS	Z	P
Yaş	27.7 ± 5.6	30.1 ± 8.8	0.88	0.375
Evlilik Süresi (Yıl)	8.1 ± 10.2	10.5 ± 11.9	0.96	0.335
Eğitim (Yıl)	10.6 ± 3.6	10.13 ± 4.0	0.32	0.747
Evli kalma süresi (Yıl)	11.3 ± 6.5	12.8 ± 11.1	0.14	0.793
Kardeş Sayısı (Kendi Dahil)	3.2 ± 1.6	3.0 ± 1.4	0.43	0.667
Psikiyatrik Yakınmaların Başlama Yaşı	21.6 ± 6.5	23.7 ± 6.3	2.02	0.349

Tablo 8 - Dissosiyatif Bozukluk ve Majör Depresyon Hastalarının Medeni Durum, Çalışma Durumu ve Gelir Açısından Karşılaştırılması

		DİSSOSİYATİF BOZUKLUK (N=32)		MAJOR DEPRESYON (N=32)		X²/(SD=3)	P
		N	%	N	%		
Medeni Durum	Evli	16	50.0	17	53.1	1.16	0.559
	Bekar	16	50.0	14	43.8		
	Birlikte Yaşama	0	0.0	1	3.1		
Çalışma Durumu	Çalışıyorum	19	59.4	20	62.5	0.43	0.808
	Hiç Çalışmadım	11	34.4	9	28.1		
	Diğer	2	6.3	3	9.4		
Gelir	Ancak Geçiniyor	1	3.1	6	18.8	5.01	0.082
	Orta Halli	27	84.4	20	62.5		
	İyi	4	12.5	6	28.1		

Tablo 9 - Dissosiyatif Bozukluk ve Majör Depresyon Hastalarının Evlenme Şekli, Cinsiyet ve Bedensel Hastalık Açısından Karşılaştırılması

		DİSSOSİYATİF BOZUKLUK (N=32)		MAJOR DEPRESYON (N=32)		X²/(S=1)	P
		N	%	N	%		
Evlenme Şekli	Görücü usulü	28	87.5	29	90.6	0.16	0.689
	İsteyerek	4	12.5	6	18.8		
Cinsiyet	Erkek	5	15.6	5	15.6	2.37	0.123
	Kadın	27	84.4	27	84.4		
Sistemik Hastalık	Diyabetes Mellitus	11	34.4	12	37.5	4.08	0.130
	Kardiyovasüler Sistem	6	18.8	1	3.1		

Tablo 10 - Dissosiyatif Bozukluk ve Majör Depresyon Hastalarının Hastane Yatışı; Eş Dayağı ve Akraba Evliliği Açısından Karşılaştırılması

	DİSSOSİYATİF BOZUKLUK (N=32)		MAJÖR DEPRESYON (N=32)		X²/(SD=1)	P
	N	%	N	%		
Akraba Evliliği	2	6.3	4	12.5	0.74	0.391
Eş Dayağı	2	6.3	3	9.4	0.22	0.641
Hastanede Yatış	9	28.1	13	40.6	1.10	0.292

Tablo 11 - Dissosiyatif Bozukluk ve Majör Depresyon Hastalarının Yetiştği Çevre Açısından Karşılaştırılması

YETİŞTİĞİ ÇEVRE	DİSSOSİYATİF BOZUKLUK (N=32)		MAJOR DEPRESYON (N=32)		X²/(SD=3)	P
	N	%	N	%		
İstanbul	26	81.3	26	81.3	4.33	0.363
Yurtdışı	2	6.3	1	3.1		
İlçe merkezi	3	9.4	1	3.1		
Kırsal kesim	1	3.1	1	3.1		
Köy	0	0.0	3	9.4		

IV-B. DİSSOSİYATİF BOZUKLUK VE MAJÖR DEPRESYON HASTALARININ KLİNİK ÖLÇEK DEĞERLENDİRİLMELERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Dissosiyatif bozukluk hastalarında Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puanı anlamlı derecede yüksek bulunurken, majör depresyon grubunda Beck İntihar Düşüncesi, Beck ve Hamilton Depresyon, Hamilton Anksiyete ölçeklerinden elde edilen toplam puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Toronto Aleksitimi ve Beck Bilişsel İçgörü ölçeği puanlarında iki grup arasında fark yoktur (Tablo12).

Tablo12 - Majör Depresyon ve Dissosiyatif Bozukluk Hastalarının Klinik Ölçek Toplam Puanları Açısından Karşılaştırılması (Mann Whitney U Testi)

	DİSSOSİYATİF BOZUKLUK (N=32) ORT±SS	MAJÖR DEPRESYON (N=32) ORT±SS	Z	P
Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği	56.2 ± 16.3	7.4 ± 5.0	6.87	0.0001
Beck Depresyon Ölçeği	21.3 ± 12.8	37.3 ± 9.9	4.51	0.0001
Hamilton Depresyon Ölçeği	11.5 ± 6.8	22.0 ± 7.2	4.98	0.0001
Hamilton Anksiyete Ölçeği	12.1 ± 6.6	21.3 ± 7.3	4.55	0.0001
Toronto Aleksitimi Ölçeği	12.2 ± 4.4	11.6 ± 4.1	0.58	0.557
Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği	15.6 ± 8.9	21.0 ± 8.4	1.79	0.022
Beck Kendini Değerlendirme	14.5 ± 4.1	14.8 ± 6.8	0.47	0.407
Beck Kendinden Eminlik	4.3 ± 3.4	5.5 ± 6.4	0.56	0.560
Beck Genel İçgörü	14.5 ± 4.05	14.8 ± 6.75	0.80	0.353

Dissosiyatif bozukluk ve major depresyon hastaları arasında sınırda kişilik bozukluğu eşiğani açısından fark bulunmamıştır. Ancak dissosiyatif bozukluk hastalarında kimlik karmaşası ve yineleyici intihar davranışı daha sık görölmektedir (Tablo 13).

Tablo 13 - Majör Depresyon ve Dissosiyatif Bozukluk Hastalarının DSM-IV Sınırdaki Kişilik Bozukluğu Tanı Ölçütleri ve Sınır Kişilik Tipleri Eş Tanısı Açısından Karşılaştırılması

	DISSOSİYATİF BOZUKLUK (N=32)		MAJOR DEPRESYON (N=32)		X ² (SD=1)	P
	N	%	N	%		
Terkedilmeden kaçınma	31	96.9	26	81.3	FET	0.104
Tutarsız kişilerarası ilişki	6	18.8	4	12.5	0.47	0.491
Kimlik karmaşası	8	25.0	2	6.30	4.27	0.039
Dürtüselik	11	34.4	7	21.9	1.24	0.266
Yineleyici İntihar Davranışı	15	46.9	5	15.6	7.27	0.007
Affektif İnstabilite	17	53.1	10	31.3	3.14	0.076
Boşluk Hissi	11	34.4	8	25.0	0.67	0.412
Öfke Kontrolü	6	18.8	6	18.8	0.00	1.000
Stresle ilgili gecici paronoid dissosiyatif semptom	6	18.8	8	25.0	0.36	0.540
Sınırdaki Kişilik Bozukluğu Tanısı	10	31.3	4	12.5	3.29	0.070

Fet: Fisher exact test

Dissosiyatif bozukluk hastalarının toplam çocukluk çağı travma puanı yanısıra duygusal ve cinsel istismar puanları da depresyon grubuna göre yüksektir (Tablo 14). Depresyon grubunda hiçbir çocukluk çağı travma türü dissosiyatif bozukluk grubundan fazla değildir.

Tablo 14 - Majör Depresyon ve Dissosiyatif Bozukluk Hastalarının Çocukluk Çağı Travmaları(CTQ) Açısından Karşılaştırılması (Mann Whitney U Testi)

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI (CTQ)	DİSSOSİYATİF BOZUKLUK (N=32) ORT ±SS	MAJOR DEPRESYON (N=32) ORT±SS	Z	P
Duygusal İhmal	16.0 ± 5.0	13.8 ± 5.5	1.35	0.176
Fiziksel İhmal	8.6 ± 2.2	9.0 ± 4.8	0.65	0.515
Fiziksel İstismar	7.5 ± 3.2	6.7 ± 2.8	1.56	0.118
Duygusal İstismar	11.9 ± 4.1	9.6 ± 4.3	2.35	0.019
Cinsel İstismar	9.9 ± 6.1	7.3 ± 4.4	2.06	0.039
Toplam	54.0 ± 13.7	46.4 ± 16.0	1.92	0.048

Kişilerarası bağlanma biçimleri (RSQ) açısından yapılan karşılaştırmada (Tablo 15); dissosiyatif bozukluk hastalarında korkulu ve takıntılı bağlanma ile negatif kendilik ve başkası algısı majör depresyon grubundan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Depresyon grubunda bağlanma biçimlerinden hiçbirinde daha yüksek puana rastlanmamıştır.

Tablo 15 - Majör Depresyon ve Dissosiyatif Bozukluk Hastalarının Kişiler Arası Bağlanma Biçimleri (RSQ) Açısından Karşılaştırılması (Mann Whitney U Testi)

İLİŞKİ BİÇİMLERİ ÖLÇEĞİ	DİSSOSİYATİF BOZUKLUK (N=32) ORT±SS	MAJOR DEPRESYON (N=32) ORT±SS	Z	P
Güvenli Bağlanma	14.5 ± 3.1	15.3 ± 3.2	1.12	0.259
Terkedebilen Bağlanma	17.5 ± 3.2	16.0 ± 4.2	1.48	0.138
Korkulu Bağlanma	14.3 ± 3.3	12.4 ± 3.7	2.07	0.038
Takıntılı Bağlanma	12.9 ± 2.0	11.4 ± 2.4	2.72	0.006
Negatif Kendilik algısı	27.2 ± 4.1	23.8 ± 5.2	2.65	0.008
Pozitif Kendilik algısı	32.0 ± 4.3	31.3 ± 4.5	0.43	0.661
Kendilik Modeli	4.8 ± 6.3	7.4 ± 6.4	1.56	0.117
Negatif Başkası algısı	31.8 ± 5.1	28.3 ± 6.6	2.55	0.011
Pozitif Başkası algısı	27.4 ± 3.3	26.7 ± 3.3	0.85	0.391
Başkası Modeli	-4.4 ± 6.6	-1.6 ± 7.4	1.61	0.107

IV-C. DİSSOSİYATİF BOZUKLUK VE MAJÖR DEPRESYON HASTALARINDA KLİNİK DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ KORELASYONLAR

i. Birleşik Grupta Değerlendirme: Dissosiyatif bozukluk ve major depresyon hastalarının hepsinden oluşan genel hasta grubunda (N=64) çocukluk çağı travmalarının (CTQ) klinik ölçek puanları ile ilişkisi Tablo16'da verilmiştir. Duygusal ihmal terk edebilen bağlanma ile negatif korelasyon içersindedir. Başka bir deyişle duygusal ihmal bağımlı ilişkiye zemin hazırlamaktadır. Fiziksel istismar ise intihar eğilimi ile pozitif korelasyon içersindedir. Duygusal ve cinsel istismar ile toplam çocukluk çağı travma puanı ise Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ile korelasyon içersindedir. Diğer bağlanma türleri, çocukluk çağı travmaları ve aleksitimi ile bilişsel içgörü arasında ise bağlantı bulunmamıştır.

Tablo 16 - Majör Depresyon ve Dissosiyatif Bozukluk Hastalarını (N=64) Çocukluk Çağı Travma Puanlarının(CTQ) Klinik Ölçekler ile İlişki Biçimleri

	<i><u>DUYGUSAL</u></i> <i><u>İHMAL</u></i>	<i><u>FİZİKSEL</u></i> <i><u>İHMAL</u></i>	<i><u>FİZİKSEL</u></i> <i><u>İSTİSMAR</u></i>	<i><u>DUYGUSAL</u></i> <i><u>İSTİSMAR</u></i>	<i><u>CİNSEL</u></i> <i><u>İSTİSMAR</u></i>	TOPLAM CTQ PUANI
Güvenli Bağlanma	-0.01	0.17	-0.10	-0.14	0.13	0.02
Terk edebilen Bağlanma	-0.25*	-0.21	-0.07	-0.05	0.00	0.17
Korkulu Bağlanma	-0.09	0.13	-0.03	0.09	0.08	0.05
Takıntılı Bağlanma	0.03	0.01	-0.03	-0.01	0.00	0.00
Negatif kendilik algısı	-0.06	0.10	-0.03	0.06	0.06	0.04
Pozitif kendilik algısı	-0.23	-0.06	-0.13	-0.14	0.09	-0.13
Kendilik Modeli	-0.11	-0.12	-0.07	-0.14	0.02	-0.12
Negatif Başkası algısı	-0.21	0.05	0.06	0.02	0.05	-0.07
Pozitif Başkası algısı	-0.01	0.16	-0.02	-0.14	0.26	0.02
Başkası Modeli	0.17	0.19	-0.01	-0.09	0.02	0.07
Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği	0.15	0.23	0.36 ***	0.16	0.18	0.22
Beck Düşünerek Davranma	-0.04	0.04	0.13	0.16	0.05	0.04
Beck Kendinden eminlik	0.05	0.02	0.06	0.06	0.04	0.03
Beck İçgörü	0.03	0.06	0.17	0.15	0.01	0.06
Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği	0.12	0.16	0.17	0.30*	0.25*	0.25*
Toronto Aleksitimi	0.01	0.07	0.09	0.00	0.01	0.02

*P<0.05, **p<0.01, ***p<0.005, ****P<0. 001

Yine tüm hasta grubunda bakıldığında (N=64) intihar düşüncesi terkedebilen bağlanma ve negatif başkası algısı ile negatif, başkası modeli ile ise pozitif ilişki içersindedir. Başka bir deyişle intihar düşüncesi bağımlı ilişki içersinde olan ve başkasını yücelten kişilerde daha fazla görülmektedir (Tablo 17). Aleksitimi takıntılı bağlanma ve kendilik modeli ile ilişkilidir; daha çok kendini yüceltme ile birlikte görüldüğü söylenebilir. Bilişsel içgörü ile terkedebilen bağlanma arasında negatif ilişki vardır. Başka bir deyişle bağımlılık, şaşırtıcı olarak, daha yüksek içgörü ile birlikte görülmektedir.

Tablo 17 - Majör Depresyon ve Dissosiyatif Bozukluk Hastalarının (N=64) Kişiler Arası Bağlanma Biçimlerinin(RSQ) İntihar Düşüncesi, Aleksitimi ve Beck Bilişsel İçgörü Puanları ile İlişkisi (Sperman korelasyon katsayısı)

<u>İLİŞKİ BİÇİMLERİ ÖLÇEĞİ</u>	BECK İNTİHAR DÜŞÜNCESİ ÖLÇEĞİ	TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ	BECK KENDİNİ DEĞERLENDİRME	BECK KENDİNDEN EMİNLİK	BECK İÇGÖRÜ
Güvenli Bağlanma	0.202	0.11	-0.04	0.04	-0.04
Terkedebilen Bağlanma	-0.37***	0.18	-0.23	-0.02	-0.27*
Korkulu Bağlanma	-0.25*	0.08	0.17	0.08	0.09
Takıntılı Bağlanma	-0.06	0.33**	0.17	0.11	0.09
Negatif Kendilik algısı	-0.19	0.20	0.19	0.08	0.11
Pozitif Kendilik algısı	-0.19	0.19	-0.19	-0.02	-0.21
Kendilik Modeli	0.01	0.27*	-0.20	-0.02	-0.19
Negatif Başkası algısı	-0.36***	0.07	0.00	0.06	-0.10
Pozitif Başkası algısı	0.15	0.14	0.05	0.08	0.02
Başkası Modeli	0.38***	0.18	0.09	-0.06	0.13

*P<0.05, **p<0.01, ***p<0.005, ****P<0.001

Tüm hasta grubunda (N=64) intihar eğilimi Hamilton Depresyon ve Anksiyete, Beck Depresyon ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ile korelasyon göstermektedir. Aleksitimi ya da sınırda kişilik bozukluğu ölçütleri ile intihar eğilimi arasında ilişki görülmemiştir.

Tablo 18 - Majör Depresyon ve Dissosiyatif Bozukluk Hastalarında (N=64) Klinik Ölçeklerle İntihar Düşüncesi, Beck Bilişsel İçgörü ve Aleksitimi puanlarının Klinik İlişkisi (Sperman korelasyon katsayısı)

	BECK İNTİHAR DÜŞÜNCE ÖLÇEĞİ	BECK KENDİNDEN EMİNLİK	BECK KENDİNİ DEĞERLENDİRME	BECK BİLİŞSEL İÇGÖRÜ	TAÖ
Sınırdaki Kişilik Bozukluğu Tanı Ölçütleri	0.09	0.02	0.08	0.15	0.16
Hamilton Depresyon Ölçeği Toplam	0.63****	0.09	0.12	0.03	-0.27*
Hamilton Anksiyete Ölçeği Toplam	0.58****	0.07	0.21	0.13	-0.27*
Beck Depresyon Ölçeği	0.62****	0.17	0.07	0.05	-0.16
Toronto Aleksitimi Ölçeği	-0.15	0.02	0.09	0.14	-0.15
Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği	-0.28*	0.05	0.17	0.25*	0.11

TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği *P<0.05, **p<0.01, ***p<0.005, ****P<0. 001

Aleksitimi ile Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği arasında ilişki görülmezken Hamilton Depresyon ve Anksiyete Ölçekleri ile aleksitimi arasında negatif ilişki görülmüştür. Başka bir deyişle intihar eğilimi tablonun ağırlığı ile ilişkili görülürken aleksitimi daha hafif bir klinik tablonun özelliği gibi durmaktadır.

ii. Dissosiyatif Bozukluk Ve Depresyon Gruplarında Ayrı Olarak Değerlendirme:

Dissosiyatif Bozukluk (N=32) hastalarında duygusal ihmal, korkulu bağlanma ve negatif başkası algısı ile negatif ilişki içersindedir. Başka bir deyişle korkulu bağlanma daha az görülmekte ve başkası pozitif algılanmaktadır. Böylelikle çocukluk çağı duygusal ihmalinin yıpratıcı bir klinik sonucu olmadığı görülmektedir. İntihar eğilimi ile çocukluk çağı fiziksel ve cinsel istismarı ve fiziksel ihmali arasında bağlantı bulunmaktadır (Tablo19). Demek ki, dissosiyatif bozukluk hastalarında fiziksel istismar

ve ihmal ile cinsel istismar duygusal ihmale oranla daha yıpratıcı bir etki yapmaktadır. Duygusal istismar ise her hangi bir değişkenle korele değildir.

Tablo 19 - Dissosiyatif Bozukluk Hastalarında (N=32) Çocukluk Çağı Travmalarının (CTQ) Klinik Ölçeklerle Korelasyonları (Sperman korelasyon katsayısı)

	<u>DUYGUSAL</u> <u>İHMAL</u>	<u>FİZİKSEL</u> <u>İHMAL</u>	<u>FİZİKSEL</u> <u>İSTİSMAR</u>	<u>DUYGUSAL</u> <u>İSTİSMAR</u>	<u>CİNSEL</u> <u>İSTİSMAR</u>	TOPLAM CTQ PUANI
Güvenli Bağlanma	-0.04	0.02	-0.01	-0.13	0.27	0.26
Terk edebilen Bağlanma	-0.01	-0.25	-0.09	0.02	0.21	-0.09
Korkulu Bağlanma	-0.47**	-0.21	-0.10	0.02	-0.03	-0.02
Takıntılı Bağlanma	-0.09	0.02	-0.16	-0.16	-0.09	0.06
Negatif kendilik algısı	-0.31	-0.17	-0.17	-0.01	-0.15	-0.00
Pozitif kendilik algısı	-0.07	-0.18	-0.09	-0.07	0.29	0.06
Kendilik Modeli	0.19	-0.05	0.05	-0.04	0.27	0.05
Negatif Başkası algısı	-0.35*	-0.32	-0.19	-0.09	0.18	-0.07
Pozitif Başkası algısı	-0.09	0.04	-0.15	-0.30	0.11	-0.12
Başkası Modeli	0.29	0.23	-0.01	-0.13	-0.04	0.25
Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği	0.11	0.48**	0.45**	0.20	0.35*	0.14
Beck Kendini Değerlendirme	-0.30	0.03	0.01	0.19	-0.16	0.03
Beck Kendinden eminlik	-0.15	-0.04	-0.23	-0.14	-0.29	-0.28
Beck İçgörü	-0.24	-0.08	0.13	0.25	0.01	0.06
Sınırdaki Kişilik Bozukluğu Tanı Ölçütleri	0.15	0.11	0.30	-0.05	0.17	0.31
Toronto Aleksitimi	0.02	0.10	0.22	0.22	0.12	0.22
Hamilton Depresyon Ölçeği	0.11	0.26	0.20	0.07	0.26	-0.06
Hamilton Anksiyete Ölçeği	0.11	0.15	0.15	-0.05	0.24	0.16
Beck Depresyon Ölçeği	0.05	0.28	0.28	0.14	0.25	0.24

*P<0.05, **p<0.01, ***p<0.005, ****P<0.001

Aynı değerlendirmeler depresyon grubu için yapıldığında dissosiyatif bozukluk grubundan farklı olarak duygusal ihmal, cinsel istismar ve toplam travma puanı ile terk edebilen bağlanma ve pozitif kendisi algısının negatif ilişki içerisinde olduğu görülmektedir. Başka bir deyişle belirtilen çocukluk çağı travması türleri bağımlı ilişkiye ve kendini olumlu algılayamamaya yol açmaktadır. Fiziksel istismar Hamilton duygusal istismar ise Beck Depresyon puanı ile ilişki içersindedir. Cinsel istismar sınırda kişilik bozukluğu ölçütleri ve başkası modeli ile koreledir. Başka bir deyişle depresyon hastalarında sınırda kişilik özellikleri çocukluk çağı cinsel istismarı ile ilişkili iken başkasının yüceltilmesi ile birlikte gitmektedir.

Tablo 20 - Majör Depresyon Hastalarında (N=32) Çocukluk Çağı Travmalarının(CTQ) Klinik Ölçeklerle Korelasyonları

	<i><u>DUYGUSAL</u></i> <i><u>İHMAL</u></i>	<i><u>FİZİKSEL</u></i> <i><u>İHMAL</u></i>	<i><u>FİZİKSEL</u></i> <i><u>İSTİSMAR</u></i>	<i><u>DUYGUSAL</u></i> <i><u>İSTİSMAR</u></i>	<i><u>CİNSEL</u></i> <i><u>İSTİSMAR</u></i>	TOPLAM CTQ PUANI
Güvenli Bağlanma	-0.03	0.05	-0.13	-0.27	-0.01	-0.03
Terk edebilen Bağlanma	-0.55**	-0.35	-0.21	0.20	-0.45**	-0.45**
Korkulu Bağlanma	0.03	0.31	-0.02	0.03	-0.16	0.11
Takıntılı Bağlanma	-0.08	0.07	0.05	0.15	-0.45**	0.08
Negatif kendilik algısı	-0.00	0.28	-0.02	0.05	-0.01	0.10
Pozitif kendilik algısı	-0.48**	-0.20	-0.28	-0.40*	-0.36*	-0.39*
Kendilik Modeli	-0.26	-0.29	-0.19	-0.26	-0.28	-0.28
Negatif Başkası algısı	-0.27	-0.02	-0.08	-0.04	-0.19	-0.19
Pozitif Başkası algısı	-0.06	0.16	-0.04	-0.09	0.08	0.08
Başkası Modeli	0.29	0.15	0.06	-0.05	0.40*	0.23
Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği	0.23	0.13	0.33	0.30	0.20	0.20
Beck Kendini Değerlendirme	0.17	-0.11	0.30	0.15	0.08	0.08
Beck Kendinden eminlik	-0.00	-0.04	0.04	-0.11	0.03	0.03
Beck İlgörü	0.23	-0.02	0.24	0.15	0.12	0.12
Sınırda Kişilik Bozukluğu Tanı Ölçütleri	-0.17	-0.12	-0.12	-0.13	0.35*	-0.09
Toronto Aleksitimi	-0.12	-0.15	-0.11	-0.17	0.03	-0.18
Hamilton Ankiyete Ölçeği	0.30	0.07	0.35	0.27	0.08	0.22
Hamilton Depresyon Ölçeği	0.29	0.13	0.36*	0.21	0.03	0.20
Beck Depresyon Ölçeği	0.32	0.24	0.28	0.38*	-0.01	0.27

*P<0.05, **p<0.01, ***p<0.005, ****P<0.001

Dissosiyatif bozukluk hastalarında (N=32) kişilerarası bağlanma biçimlerinin intihar düşüncesi, aleksitimi ve bilişsel içgörü puanları ile korelasyonları Tablo 21’de görülmektedir. İntihar eğilimi ile hiç bir bağlanma biçimi arasında ilişki yoktur. Aleksitimi ile takıntılı bağlanma ve başkası modeli arasında negatif korelasyon bulunmaktadır. Başka bir deyişle aleksitimi takıntılı bağlanma ve başkasını olumlu görememe ile birlikte gitmektedir.

Negatif kendilik algısı ile bilişsel içgörü arasında pozitif, kendilik modeli arasında ise negatif ilişki vardır. Başka bir deyişle, dissosiyatif hastalarda bilişsel içgörü kendileri hakkında olumsuz düşüncelerle birlikte.

Tablo 21 - Dissosiyatif Bozukluk Hastalarında(N=32) Kişiler Arası Bağlanma Biçimlerinin İntihar Düşüncesi, Aleksitimi ve Beckİçgörü Puanları ile Korelasyonları (Sperman korelasyon katsayısı)

<u>İLİŞKİ BİÇİMLERİ ÖLÇEĞİ</u>	BECK İNTİHAR DÜŞÜNCESİ ÖLÇEĞİ	TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ	BECK KENDİNİ DEĞERLENDİRME	BECK KENDİNDEN EMİNLİK	BECK BİLİŞSEL İÇGÖRÜ
Güvenli Bağlanma	0.12	0.05	-0.24	0.09	-0.25
Terk edebilen Bağlanma	-0.29	0.09	-0.37*	-0.27	-0.25
Korkulu Bağlanma	-0.20	0.19	0.30	0.02	0.31
Takıntılı Bağlanma	0.02	-0.35*	0.39*	0.23	0.29
Negatif Kendilik algısı	-0.12	-0.04	0.40*	0.14	0.69*
Pozitif Kendilik algısı	-0.15	0.08	-0.39*	-0.14	-0.31
Kendilik Modeli	-0.01	0.11	-0.45**	-0.08	-0.42*
Negatif Başkası algısı	-0.26	0.18	-0.06	-0.13	-0.06
Pozitif Başkası algısı	0.01	-0.23	-0.01	0.20	-0.01
Başkası Modeli	0.30	-0.36*	-0.04	0.20	-0.04

*<0.05, **p<0.01, ***p<0.005, ****P<0.00

Aynı değişkenler majör depresyon grubunda (N=32) değerlendirildiğinde kişilerarası bağlanma biçimleri ile hiç bir değişken bağlantılı görünmemekte, sadece kendilik modeli ile aleksitimi arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır.

Tablo 22 - Majör Depresyon Hastalarında (N=32) Kişilerarası Bağlanma Biçimlerinin İntihar Düşüncesi, Aleksitimi ve Bilişsel İçgörü İle İlişkisi (Sperman korelasyon katsayısı)

İLİŞKİ BİÇİMLERİ ÖLÇEĞİ	BECK İNTİHAR DÜŞÜNCESİ ÖLÇEĞİ	TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ	BECK KENDİNİ DEĞERLENDİRME	BECK KENDİNDEN EMİNLİK	BECK BİLİŞSEL İÇGÖRÜ
Güvenli Bağlanma	0.22	0.16	0.20	0.02	0.14
Terk edebilen Bağlanma	-0.31	0.21	-0.12	0.18	-0.28
Korkulu Bağlanma	0.07	-0.27	-0.03	0.10	-0.11
Takıntılı Bağlanma	0.21	-0.28	-0.08	-0.02	-0.02
Negatif Kendilik algısı	-0.01	-0.33	-0.13	-0.00	-0.08
Pozitif Kendilik algısı	-0.11	0.25	0.00	0.08	-0.10
Kendilik Modeli	-0.16	0.37*	0.12	0.08	0.04
Negatif Başkası algısı	-0.22	0.01	-0.06	0.16	-0.23
Pozitif Başkası algısı	0.37*	-0.11	0.06	-0.08	0.13
Başkası Modeli	0.33	-0.05	0.08	-0.25	0.32

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.005, ****p<0. 001

Tablo 23 - Dissosiyatif Bozukluk Hastalarında(N=32) Klinik Ölçeklerle İntihar Düşüncesi, Aleksitimi ve Beck Bilişsel İçgörü Puanları ile İlişkisi (Sperman korelasyon katsayısı)

	İNTİHAR DÜŞÜNCESİ ÖLÇEĞİ	BECK KENDİNİ DEĞERLENDİRME	BECK KENDİNDEN EMİNLİK	BECK GENEL İÇGÖRÜ	TAÖ
Sınırdaki Kişilik Bozukluğu Tanı Ölçütleri	0.14	0.03	-0.028	-0.26	-0.22
Hamilton Depresyon Ölçeği Toplam	0.64**	-0.21	-0.03	-0.27	0.46**
Hamilton Anksiyete Ölçeği Toplam	0.57**	-0.33	-0.11	-0.39*	0.48**
Beck Depresyon Ölçeği	0.63**	-0.01	-0.08	-0.06	0.40*
Toronto Aleksitimi Ölçeği	0.28	-0.17	-0.15	-0.38*	0.1
Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği	0.14	0.19	0.04	0.24	-0.07

TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği *P<0.05, **p<0.01, ***p<0.005, ****P<0. 001

Tablo 24 - Majör Depresyon Hastalarında (N=32) Klinik Ölçeklerle İntihar Düşüncesi, Bilişsel İçgörü ve Aleksitimi Arasındaki İlişki (Sperman korelasyon katsayısı)

	BECK İNTİHAR DÜŞÜNCE ÖLÇEĞİ	BECK KENDİNİ DEĞERLENDİRME	BECK KENDİNDEN EMİNLİK	BECK İÇGÖRÜ	TAÖ
Sınırdaki Kişilik Bozukluğu Tanı Ölçütleri	0.15	0.06	0.13	0.07	0.05
Hamilton Depresyon Ölçeği Toplam	0.68**	0.04	-0.15	0.12	0.23
Hamilton Anksiyete Ölçeği Toplam	0.52**	-0.05	0.01	-0.02	0.13
Beck Depresyon Ölçeği	0.66**	0.07	-0.28	0.18	-0.11
Toronto Aleksitimi Ölçeği	0.06	-0.12	-0.04	-0.13	0.1
Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği	-0.12	0.04	0.06	0.02	-0.02

TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği *P<0.05, **p<0.01, ***p<0.005, ****P<0. 001

Gerek dissosiyatif gerekse depressif bozukluk hastalarında (Tablo 23 ve 24) intihar eğilimi ile depresyon ve anksiyete ilişkili iken dissosiyatif bozukluk grubunda aleksitimi ile depresyon ve anksiyete puanları ilişkili bulunmuş,aynı ilişki depresyon grubunda görülmemiştir.

IV-D. DISSOSİYATİF BOZUKLUK VE MAJÖR DEPRESYON HASTALARINDA KLİNİK ÖZELİKLER ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN ÇOK DEĞİŞKENLİ İSTATİSTİK YÖNTEMLERLE ARAŞTIRILMASI

Tablo 25 - Dissosiyatif Bozukluk ve Majör Depresyon Hastalarında(N=64)İntihar Düşüncesi Üzerinde etkili olan Değişkenler (Stepwise Lineer Regresyon Analizi)

Bağımlı değişken: Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği

Bağımsız değişkenler: Des Toplam, Yaş, Ctg Toplam, Beck Genel İçgörü, Tas Toplam Puanı

	B	SH	BETA	T	P
<i>(Constant)</i>	-0.35	0.30	0.00	-0.11	0.910
<i>Hamilton Depresyon Ölçeği Toplam Puanı</i>	0.90	0.12	0.83	0.74	0.001
<i>Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanı</i>	0.11	0.04	0.31	0.28	0.006

(Adjusted R²=0.47; SD=63;2 F=28.9, P=0.001)

Bütün hasta grubunda yapılan çok eğişkenli analizde ise intihar eğilimi hem depresyon hem de dissosiyasyon puanları ile ilişkili bulunmuştur. Çocukluk çağı travması,bilişsel içgörü ve aleksitimi anlamlı görülmemiştir. Genel olarak bozukluğun ağırlığının intihar düşüncesini artırdığı söylenebilir.

Tablo 26 - Dissosiyatif Bozukluk ve Majör Depresyon Hastalarında(N=64)Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Üzerinde etkili olan değişkenler(Stepwise Lineer Regresyon Analizi)

Bağımlı değişken: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanı

Bağımsız değişkenler: Yaş, Güvenli Bağlanma, Terkedebilen Bağlanma, Takıntılı Bağlanma, Beck Genel İçgörü, Tas Toplam Puanı, Duygusal İhmal, Fiziksel İhmal, Fiziksel İstismar, Duygusal İstismar, Cinsel İstismar

	B	SH	BETA	T	P
<i>(Constant)</i>	-0.11	0.13	0.00	-0.89	0.38
<i>Korkulu Bağlanma</i>	0.24	0.88	0.31	0.27	0.009
<i>Cinsel İstismar</i>	0.14	0.27	0.24	0.23	0.023

(Adjusted R²=0.16;SD=63;2 F=6.90,P=0.002)

Dissosiyasyon puanını yükselten etkenler arandığında ise korkulu kişilerarası bağlanma ve çocukluk çağı cinsel istismarı etkili bulunmuştur. Diğer bağlanma ve travma türleri ve içgörü ve aleksitimi etkili değildir.

Tablo 27 - Dissosiyatif Bozukluk ve Majör Depresyon Hastalarında(N=64)Beck Depresyon Ölçeği Üzerine etkili olan değişkenler (Stepwise Lineer Regresyon Analizi)

Bağımlı değişken: Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanı

Bağımsız değişkenler: Yaş, Güvenli Bağlanma, Korkulu Bağlanma, Takıntılı Bağlanma, Beck Genel İçgörü, Duygusal İhmal, Fiziksel İhmal, Fiziksel İstismar, Duygusal İstismar, Cinsel İstismar

	B	SH	BETA	T	P
<i>(Constant)</i>	0.65	0.93	0.00	0.94	0.000
<i>Terk edebilen Bağlanma</i>	-0.15	0.43	-0.42	-0.36	0.001
<i>Toronto Aleksitimi Toplam Puanı</i>	-0.84	0.38	-0.25	-0.22	0.034

(Adjusted R²=0.17;SD=63;2 F=7.58,P=0.001)

Depresyon puanını artıran etkenler arasında ise terkedebilen bağlanma (negatif) ve aleksitimi (negatif) anlamlı bulunmuştur.

Tablo 28 - Dissosiyatif Bozukluk ve Majör Depresyon Hastalarında (N=64) Hamilton Depresyon Ölçeği Üzerine etkili olan değişkenler (Stepwise Lineer Regresyon Analizi)

Bağımlı değişken: Hamilton Depresyon Ölçeği Toplam Puanı

Bağımsız değişkenler: Yaş, Güvenli Bağlanma, Takıntılı Bağlanma, Beck Genel İçgörü, Duygusal İhmal, Fiziksel İhmal, Fiziksel İstismar, Duygusal İstismar, Cinsel İstismar

	B	SH	BETA	T	P
<i>(Constant)</i>	0.45	0.56	0.00	0.81	0.000
<i>Korkulu Bağlanma</i>	-0.59	0.29	-0.25	-0.20	0.044
<i>Toronto Aleksitimi Toplam Puanı</i>	-0.66	0.23	-0.32	-0.28	0.006
<i>Terk edebilen Bağlanma</i>	-0.77	0.28	-0.34	-0.28	0.007

(Adjusted R²=0.29;SD=63;3 F=9.41,P=0.000)

Hamilton depresyon ölçeği üzerinde etkili olan değişkenler ise yine korkulu (negatif) ve terk edebilen bağlanma (negatif) ile aleksitimi (negatif) şeklinde bulunmuştur.

Tablo 29 - Dissosiyatif Bozukluk ve Majör Depresyon Hastalarında (N=64)Toronto Aleksitimi Ölçeği Üzerine etkili olan değişkenler (Stepwise Lineer Regresyon Analizi)

Bağımlı değişken: Toronto Aleksitimi Ölçeği Toplam Puanı

Bağımsız değişkenler: Güvenli Bağlanma, Korkulu Bağlanma, Takıntılı Bağlanma, Beck Genel İçgörü, Beck Depresyon Toplam Skoru, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanı

	B	SH	BETA	T	P
<i>(Constant)</i>	0.28	0.40	0.00	0.70	0.485
<i>Takıntılı Bağlanma</i>	0.76	0.21	0.41	0.35	0.001
<i>Yaş</i>	0.15	0.07	0.26	0.22	0.029
<i>Terk edebilen Bağlanma</i>	-0.27	0.13	-0.24	-0.21	0.042

(Adjusted R²=0.19;SD=63;3 F=5.89,P=0.001)

Aleksitimi üzerinde etkili değişkenler ise takıntılı bağlanma, yaş ve terk edebilen bağlanma (negatif) olarak ortaya çıkmıştır.

V. TARTIŞMA

Dissosiyatif Bozukluk tanısı konulmuş hastaların Majör depresyon tanısı alan hastalarla çocukluk çağı travmaları, aleksitimi, intihar eğilimi, bağlanma şekilleri ve bilişsel içgörü açısından karşılaştırmak amacıyla yapılan bu çalışmaya daha çok orta genç yaşta kadın (%84.4), orta gelir düzeyinde, görücü usulü evli, İstanbul ve çevresinde yetişmiş hastalar katılmıştır. İki grup eşleştirilmiş olduğundan klinik değişkenler açısından sağlıklı bir karşılaştırma yapmak olanaklıdır. Depresyon grubuna sadece düşük dissosiyasyon puanı alan hastaların katılmış olmasının özellikle dissosiyatif bozukluklara özgü niteliklerin ortaya konulabileceğini düşündürmektedir.

İki hasta grubu arasında aleksitimi ve bilişsel içgörü bakımından fark bulunmamıştır. Bu durumda literatürde dissosiyasyon ile aleksitimi arasında bağlantı gösteren çalışmalar desteklenmemiş (124, 145, 223). Buna karşın aleksitimi ile dissosiyasyonun ayrı psikopatolojik değişkenler olduğunu gösteren çalışmalarla uyumlu bulgulara varılmıştır. Bu çalışma dissosiyatif bozukluklarda bilişsel içgörüyü araştıran ilk çalışmadır. Özellikle bilinç, bellek, kimlik ve çevreyi algılamada bütünlük kaybı ile karakterize bu bozuklukta içgörü kaybı bir hipotez olarak bekleniyordu, ancak bu hipotez doğrulanmadı. Şimdiye dek yapılan çalışmalar bilişsel içgörünün daha çok psikoz hastalarında bozulduğunu göstermektedir (47).

Yine bir hipotez olarak beklenenin aksine dissosiyatif bozukluk grubunda sınırda kişilik bozukluğuna anlamlı ölçüde fazla rastlanmamıştır.(27) Buna karşın sınırda kişilik ölçütleri arasında bulunan kimlik karmaşası ve yineleyici intihar davranışının dissosiyatif bozukluk grubunda depresyon grubuna göre daha fazla olduğu görülmektedir. Önemli bir bölümü zaten dissosiyatif kimlik bozukluğundan oluşan bir hasta grubunda kimlik karmaşasının fazla görülmesi beklenirken, yineleyen intihar girişimlerinin dissosiyatif bozukluğu olan kişilerde fazla görüldüğü daha önce gösterilmiştir (6, 8, 146).

Dissosiyatif bozukluk grubunda genel olarak çocukluk çağı travması daha fazla bulunmuş, özellikle duygusal ve cinsel istismar puanlarının depresyon grubuna göre daha fazla olduğu görülmüştür. Daha önceki çalışmalarda da duygusal ve cinsel istismar dissosiyasyon ile ilişkili bulunmuştur (87, 226, 117). İlginç bir şekilde, iki hasta grubu

arasında ihmal ve fiziksel taciz açısından fark yoktur. Bunun bir nedeni de bu iki türde çocukluk çağı travmasının daha yaygın olması ve yalnız dissosiyatif bozuklukları değil, başka psikiyatrik bozuklukları da tetiklemesi olabilir (227, 228, 229).

Dissosiyatif bozukluk hastaları kişilerarası alanda takıntılı ve korkulu bağlanma gösterirken, gerek kendilik gerekse başkası algıları negatif özellik göstermektedir. Hiçbir bağlanma türünde depresyon hastaları bir özellik göstermemiştir. Bu karşılaştırma, kişilerarası bağlanma bozukluğunun özellikle dissosiyatif bozukluklara has bir problem olduğunu düşündürmektedir (230, 231).

Tüm hastalar üzerinde yapılan korelasyon analizleri bazı ilişkilere dikkat çekerken, bazı değişkenler arasında da anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir. Örneğin klinik açıdan önemli bir değişken olan intihar eğilimi çocukluk çağı travmaları arasında yalnız fiziksel istismarla bağlantılı bulunmaktadır. Buna karşılık, terkedeabilen bağlanma ile duygusal ihmal arasında negatif ilişki vardır. Başka bir deyişle, çocukluk çağı duygusal ihmali kişilerarası ilişkilerde terketmeyi güçleştirirken çocukluk çağı fiziksel tacizi de intihar eğilimine katkıda bulunmaktadır. İkisinin kombinasyonunun terkedilme yaşantıları sırasında intihar girişimi riskini artırması bir hipotez olarak akla gelmektedir. Dissosiyatif bozukluk hastalarında sık rastlanan cinsel ve emosyonel tacizle birleştiğinde, terkedilme yaşantılarında diğer çocukluk çağı travmalarının birlikte bulunmasının da intihar eğilimini artırması beklenir. Bu olasılık başkasını yüceltme ile birlikte olduğunda (pozitif başkası algısı) artmaktadır.

Yine bütün grupta yapılan incelemede aleksitimi takıntılı bağlanma ve kendilik modeli ile ilişkilidir; başka bir deyişle aleksitiminin daha çok kendini yüceltme (narsisizm) ile birlikte görüldüğü söylenebilir. Narsistik bireylerin empati eksiklikleri literatürde çok vurgulanmıştır. Bilişsel içgörü ile terkedeabilen bağlanma arasında negatif ilişki olması şaşırtıcıdır. Başka bir deyişle bağımlı ilişkilerle daha yüksek içgörü birlikte görülmektedir. Bu bulgu açıklanamamaktadır. İntihar eğiliminin hem depresyon ve hem de dissosiyasyon düzeyi ile ilişkili olması, buna karşılık aleksitimi ve sınırda kişilik ölçüt sayısı ile ilişki görülmemesi burada tablonun genel ağırlığının önemli olduğunu düşündürmektedir.

Aleksitimi ile dissosiyasyon arasında toplu değerlendirmede de ilişki görülmemiştir. Buna karşın depresyon ve anksiyete ile aleksitimi arasında negatif ilişki vardır. Başka

bir deyişle intihar eğilimi tablonun ağırlığı ile ilişkili görülürken; aleksitimi daha hafif bir klinik tablonun özelliği gibi durmaktadır.(145,223)

Hasta grupları ayrı ayrı incelendiğinde dissosiyatif hastalarda çocukluk çağı duygusal ihmali, korkulu bağlanma ve negatif başkası algısı ile negatif ilişki içerisinde. Başka bir deyişle korkulu bağlanma duygusal ihmal yaşayanlarda daha az görülmekte ve başkası pozitif algılanmaktadır. Böylelikle dissosiyatif hastalarda çocukluk çağı duygusal ihmalinin yıpratıcı bir klinik sonucu olmadığı görülmektedir. Oysa bu grupta intihar eğilimi ile çocukluk çağı fiziksel ve cinsel istismarı ve fiziksel ihmali arasında bağlantı bulunmaktadır (Tablo 19). Demek ki, dissosiyatif bozukluk hastalarında fiziksel istismar ve ihmal ile cinsel istismar duygusal ihmale oranla daha yıpratıcı bir etki yapmaktadır. Duygusal istismar ise herhangi bir değişkenle anlamlı bir bağlantı içerisinde değildir.

Aynı ilişkilerde depresyon grubunda bakıldığında dissosiyatif bozukluk grubundan farklı olarak duygusal ihmal, cinsel istismar ve toplam travma puanı ile terk edebilen bağlanma ve pozitif kendisi algısının negatif ilişki içerisinde olduğu görülmektedir. Başka bir deyişle; belirtilen çocukluk çağı travması türleri, bağımlı ilişkiye ve kendini olumlu algılayamamaya yol açmaktadır.

Fiziksel istismar Hamilton, duygusal istismar ise Beck depresyon puanı ile ilişki içerisinde. Cinsel istismar sınırda kişilik bozukluğu ölçütleri ve başkası modeli ile koreledir. Başka bir deyişle; depresyon hastalarında sınırda kişilik özellikleri çocukluk çağı cinsel istismarı ile ilişkili iken başkasının yüceltilmesi ile birlikte gitmektedir.

Dissosiyatif bozukluk ve depresyon gruplarında elde edilen farklı sonuçlar karşılaştırıldığında travmatik çocukluk, dissosiyatif hastalarda intihar eğilimi üzerinde etkili görünürken; depressif grupta daha çok bağımlı ilişkiler ve sınırda kişiliği anımsatan özelliklere neden olmakta ve ilginç bir şekilde her iki grupta da başkasının yüceltilmesi ile birlikte gitmektedir. Bu bulgular psikotraumatoji literatüründe önem taşıyan istismarcıya bağlanma (ve onu yüceltme) hipotezini akla getirmektedir. (31)

Dissosiyatif bozukluk hastaları kendi başına incelendiğinde intihar eğilimi ile hiçbir bağlanma biçimi arasında ilişki yoktur. Aleksitimi ile ise takıntılı bağlanma ve başkası modeli arasında negatif korelasyon bulunmaktadır. Başka bir deyişle, aleksitimi takıntılı

bağlanma ve başkasını olumlu görememe ile birlikte gitmektedir. Negatif kendilik algısı ile bilişsel içgörü arasında pozitif, kendilik modeli arasında ise negatif ilişki vardır. Başka bir deyişle, dissosiyatif hastalarda bilişsel içgörü kendileri hakkında olumsuz düşüncelerle birlikte. Aynı ilişkiler depresyon grubunda incelendiğinde; kişilerarası bağlanma biçimleri ile hiçbir değişken bağlantılı görünmemekte, sadece kendilik modeli ile aleksitimi arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır.

Bu bulgular birlikte ele alındığında hem dissosiyatif hastalarda hem de depressif hastalarda intihar eğilimi ile bağlanma biçimleri arasında ilişki olmadığı görülmektedir. Dissosiyatif grupta aleksitimi ile başkasını yüceltme birlikte iken; depressif grupta kendini olumlu görme ile ilişkilidir. Aleksitiminin dissosiyatif grupta tabloyu ağırlaştırıcı bir etkisi varken, depressif grupta tam aksine kendini olumlu görmeye yardımcı olduğu söylenebilir. Dissosiyatif hastalarda içgörü de kendini olumsuz görme gibi ağırlaştırıcı bir etkiye sahip olmaktadır, oysa böyle bir özellik depressif grupta görülmemektedir.

Gerek dissosiyatif gerekse depressif bozukluk hastalarında (Tablo 23 ve 24) intihar eğilimi ile depresyon ve anksiyete düzeyleri ilişkili iken; dissosiyatif bozukluk grubunda aleksitimi ile depresyon ve anksiyete puanları ilişkili bulunmuş, aynı ilişki depresyon grubunda görülmemiştir.

Burada da tablonun genel ağırlığının her iki tarafta da intihar eğilimini artırırken aleksitiminin sadece dissosiyatif grupta tabloyu ağırlaştırıcı bir etkiye sahip olduğu bir kere daha görülmektedir.(85,129)

Çok değişkenli analizlerde dikkati çeken şudur ki; intihar eğilimi hem depresyon hem de dissosiyasyon puanları ile ilişkili bulunmuştur. Bu yine tablonun ağırlığı ile intihar eğilimi arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Dissosiyasyon puanını yükselten etkenler arandığında ise korkulu kişilerarası bağlanma ve çocukluk çağı cinsel istismarı etkili bulunmuştur. Depresyon puanını artıran etkenler arasında ise terk edebilen bağlanma (negatif) ve aleksitimi (negatif) anlamlı bulunmuştur. Aleksitimi üzerinde etkili değişkenler ise takıntılı bağlanma, yaş ve terk edebilen bağlanma (negatif) olarak ortaya çıkmıştır. Toplu olarak değerlendirildiğinde çok değişkenli analizlerde de önceki analizlerde elde edilenlerin doğrulandığı görülmektedir.

VI. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Dissosiyatif bozukluk hastaları her ne kadar duygudurum temelinde depressif gözükseler de majör depresyon hastalarından bazı bakımlardan farklıdırlar. Çalışmamızda ortaya çıkan bu farklılıklar sınırda kişilik bozukluğu eştanısı ya da bilişsel içgörü farklılığı ile açıklanamamaktadır.

En önde gelen farklılık çocukluk çağı travması öyküsü ve kişilerarası bağlanma türleri açısından. Dissosiyatif bozukluk hastaları tipik olarak daha fazla travma öyküsü vermekte ve bunlar özellikle cinsel ve duygusal istismar konusunda yoğunlaşmaktadır. Öte yandan, kişilerarası alanda korkulu ve takıntılı bağlanmaya eğilimli olup hem kendisini hem de ötekini olumsuz biçimde değerlendirmektedir. Bu koşullar altında dissosiyatif bozuklukların tedavisinde hasta hekim ilişkisinde sağlanacak güvenin önemi kendiliğinden ortaya çıkmaktadır. Travma öyküsü olan hastanın kendiliğinden ve peşin olarak güven kuruluşunu gerçekleştirmesi beklenmemektedir.

İster depresyon, ister dissosiyasyon olsun, genel olarak psikopatolojinin ağırlığının intihar eğilimini artırdığı ortaya çıkmaktadır. Aleksitimi ve bilişsel içgörü dissosiyatif hastalarda tabloyu ağırlaştıran bir etkiye sahip iken; aynı durum depresyon hastalarında görülmemektedir. Çocukluk çağı travmalarının fazlalığı özellikle dissosiyatif grupta intihar eğilimini artırırken belirli bir bağlanma biçiminin intihar eğilimini artırdığı doğrultusunda bulguya erişilememiştir. Bu bulgular klinisyenler için uyarıcıdır: Şimdiki tablosu daha ağır olan ve daha ağır çocukluk çağı travması bildiren ve duygularını ifade etmekte zorluk çeken (aleksitimik) dissosiyatif hastalar yüksek bilişsel içgörüye sahip olsalar da intihara daha eğilimli olmaktadır. Bu ise dissosiyatif hastaların tedavisinde iletişimin önemine dikkat çekmektedir. İletişim ise dissosiyatif psikopatolojiyi anlamak ve ona uyan modaliteler ve tekniklerle bu iletişimi mümkün kılmaktan geçmektedir.

Özetle; dissosiyatif bozuklukların başarılı tedavisinde hasta hekim ilişkisinde güven yaratılması ve psikopatolojiye uygun iletişimin başarı ile kurulması önem taşımaktadır.

VII. KAYNAKLAR

- (1) American Psychiatric Association. "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision, DSM-IV-TR" Washington, DC: 1994; 75-79.
- (2) Peterson G. "Diagnostic Taksonomy: Past to Future". *The Dissociative Child: Diagnosis, Treatment and Management, 2nd Edition*. Edited by Joyanna L. Silberg, M.D. Lutherville, MD: The Sidran Press, 1998; 3-26.
- (3) Silberg J.L. "Fifteen years of dissociation in maltreated children: where do we go from here?". *Child Maltreat*. 2000 May;5(2):119-36.
- (4) Brenner I.(2001).Dissociation of trauma:Theory,phenomenology and technique Madison CT: International Universities pres. Retrieved January 10,2005
- (5) Brunner R, Parzer P, Schuld V, Resch F. "Dissociative symptomatology and traumatogenic factors in adolescent psychiatric patients". *The Journal of nervous and mental disease*, 2000; 188: 71-7.
- (6) Ross CA "Dissociative Identity Disorder. Diagnosis, Clinical Features, and Treatment of Multiple Personality." 2. baskı, New York, John Wiley, 1997
- (7) Katon W, Sullivan M, Walker E "Medical symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits". *Ann Intern Med.*, 2001 May 1;134(9 Pt 2):917-925.
- (8) Foote B, Smolin Y, Kaplan M, Legatt ME, Lipschitz D. "Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients" *Am J Psychiatry*. 2006; 163(4):566-568.
- (9) Guidelines for the Evaluation and Treatment of Dissociative Symptoms in Children and Adolescents-2003-ISSD Task Force on Children and Adolescents.
- (10) Sar V, Akyüz G, Dogan O "Prevalence of dissociative disorders among women in the general population." *Psychiatry Research*; 2007, 149 (1-3): 169-176.

- (11) Johnson P, Cohen S, Kasen M.B. First and J. S. Brook “Prevalence and stability of the DSM-II-R personality disorders” *Arch Gen Psychiatry*, 2006; 63(5): 579 – 587
- (12) Sar V, Tutkun H, Alyanak B, Bakim B, Baral I(2000) : “Frequency of dissociative disorders among psychiatric outpatients in Turkey” *Comprehensive Psychiatry* 41:216-222.
- (13) Van der Kolk BA & van der Hart O. “The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma”. *American Imago*, 1991;48:425-454.
- (14) Yargıç Lİ, Şar V, Tutkun H, Alyanak B (1998) “Comparison of dissociative identity disorder with other diagnostic groups using a structured interview in Turkey”. *Comprehensive Psychiatry* 39:345-351
- (15) Sar V, Akyüz G, Dogan O (2007): “Prevalence of dissociative disorders among women in the general population”. *Psychiatry Research* 149 (1-3): 169-176.
- (16) Sar V, Unal SN, Ozturk E “Frontal and occipital perfusion changes in dissociative identity disorder”. *Psychiatry Research – Neuroimaging*, 2007; 156 (3): 217-223.
- (17) Kaplan MJ, Klinetob NA. “Childhood emotional trauma and chronic posttraumatic stress disorder in adult outpatients with treatment-resistant depression”. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2000;188:596–601.
- (18) Dissociation and dissociative disorder.In C.L.Whitfield(Ed),The truth about mental illness:Choices for healing(pp.55-78).Deerfield Beach,FL:Health Communications.
- (19) Dissociative disorders .In B.J.Kaplan& V.A.Sadock(Ed), “Comprehensive textbook of psychiatry(8th ed,pp.1844-1901)”. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- (20) Sar V, Ross CA. ”Dissociative disorders as a confounding factor in psychiatric research”. *Psychiatric Clinics of North America* 29: 129-144
- (21) Nemeroff et al.“Posttraumatic Stress Disorder:A State-of-the-Science Review”. *Focus*.2009; 7: 254-273

- (22) Bowlby J. “Developmental psychiatry comes of age”. *Am J Psychiatry* 1988; 145:1–10.
- (23) Putnam FW. “Dissociation in Children and Adolescent: Developmental Perspective”. 1997 Newyork: Guildford baskı.
- (24) Şar V, Akyüz G, Kundakcı T, Kızıltan E, Dogan O “Childhood trauma, dissociation and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder”. 2004 *American Journal of Psychiatry* 161:2271-2276.
- (25) Amet A, “Rape and Multiple Personality Disorder” *American Journal of Psychiatry*, 1987, 144(4), 541
- (26) American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, 4th Edition, Washington D.C American Psychiatric Association 1994
- (27) Şar V, Kundakçı T, Kızıltan E, Yargıç IL, Tutkun H, Bakım B, Aydiner O, Özpulat T, Keser V, Özdemir Ö “Axis I dissociative disorder comorbidity of borderline personality disorder among psychiatric outpatients”. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2003; 4 (1): 119-136.
- (28) Evren C, Şar V, Öncü F, Dalbudak E, Çakmak D, “Social anxiety and dissociation among male patients with alcohol dependency”. *Psychiatry Research*, 2009; 165(3): 273-280.
- (29) Putnam F.W “Dissociative Disorders in Children Behavioral Profiles and Problems, Child Abuse and Neglect” 1993; 17(1), 39–45
- (30) Sar V, Akyuz G, Kugu N, Ozturk E, Ertem-Vehid H “Axis-I dissociative disorder comorbidity of borderline personality disorder and childhood trauma reports”. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2006; 67(10):1583-1590.
- (31) Foote ve ark. “Disorders and Sucicidality in Psychiatric Outpatients” *JNerv Ment Dis* 2008; 196:29-36

- (32) Spiegel D. "Dissociation and Trauma in American Psychiatric Press Review of Psychiatry Vol 10, Ed by Tasman A and Gold finger, S,M" 1991; 261–275 American Psychiatric Press, Washington. D.C.
- (33) Masellis M, Rector NA, Richter MA. "Quality of life in OCD: differential impact of obsessions, compul-sions, and depression comorbidity". *Can J Psychiatry* 2003; 48:72-77.
- (34) Barach P.M, "Multiple Personality Disorder as an Attachment Disorder". *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*. Vol 4(3), Sep 1991, 117-123.
- (35) Sifneos. P.E "Prevalance of Alexithymic Characteristics in Psychosomatic Patients". *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1973; 22:255–262
- (36) Taylor, GJ, Bagby, RM, Parker, JDA: "Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness". *Cambridge University Press*: Cambridge, 1997.
- (37) Taylor S, Koch W, Mc Nally R "How Does Anxiety Sensitivity Vary Across the Anxiety Disorders" *Journal of Anxiety Disorders*, 1992; 6:249–259
- (38) Ross C.A, Heber S, Norton R and Anderson G. "Differences Between Multiple Personality Disorder and Other Diagnostic Groups on Structured Interview", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1989; 177:487–491
- (39) Sartorius N, Shapiro R, Kimura M "WHO international pilot study of schizophrenia". *Psychol Med*, 1972; 2(4): 422-425.
- (40) Şar V. "Çoğul Kişilik Bozukluğu Psikoterapisi" *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 1998;6(1):44–56
- (41) Şar V , Ozturk E. "Psychotic symptoms in complex dissociative disorders". In: A Moskowitz , I Schaefer, M Dorahy (Eds) : *Psychosis, trauma and dissociation: emerging perspectives on severe psychopathology*. 2008, Wiley Press, New York, pp.165-175.

- (42) Sar V. "The scope of dissociative disorders:an international perspective". *Psychiatric Clinics of North America*, 2006 29:227-244.
- (43) McEvoy JP, Aland J Jr, Wilson WH "Measuring chronic schizophrenic patients attitudes toward their illness andtreatment". *Hosp Comm Psychiatry*, 1981; 32(12): 856-858
- (44) Amador XF, Strauss DH, Yale SA "Assessment of insight in psychosis". *Am J Psychiatry*, 1993; 150(6): 873-879.
- (45) McEvoy JP, Freter S, Merritt M. "Insight aboutpsychosis among outpatients with schizophrenia". *Hosp CommPsychiatry*, 1989b; 44 (9): 883-885.
- (46) David A. "Insight in Psychosis". *Br J Psychiatry*, 1990;156: 798-808.
- (47) Beck AT, Baruch E, Balter JM. "A new instrumentfor measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale". *Schizophr Res*, 2004; 1, 68 (2-3): 319-329.
- (48) Hamarta E. "Attachment theory". *Anadolu University Journal of Facly of Education*, 2004
- (49) Deniz M. E., Hamarta E., Arı R. "An investigation of social skills and lonelinesslevels of university students with respect to their attachment styles in a sample of Turkish students". *Social Behavior And Personality*, 2005; 33 (1), 19-32.
- (50) Cooper M.L., Shaver P.R., Collins N.L. "Attachment styles, emotion regulation and adjustment in adolescence". *Journal Of Personality And Social Psychology*, 1998; 74 (5), 1380-1397.
- (51) Levy K.N., Blatt S. J., Shaver P.R. "Attachment styles and parental representations". *Journal Of Personality And Social Psychology*, 1998; 74 (2), 407-419
- (52)Van der Kolk B, Nerron N, Hostetler A. "The History of Trauma in Psychiatry" *Psyc Cl. North Am.*1994;17(3):583–600
- (53)Corq L, Verbizier J. "Le Traumatisme Psychologique dans I Beuvre De Pierre Janet de Psychologie 1998; 385:483–485

- (54) Van Der Kolk, Weisaeth L, Van Der Hart “History of Trauma in Psychiatry” Van Der Kolk; Farlane AC, Weiseth L.(ed) Traumatic Stres: The effects of Overwhelming experince on mind, Body, and Society. ,1996; New York, Guildford baskı
- (55) Ferenezi S. “Yetişkinler ve Çocuk Arasındaki Dil Karışıklığı: Tutkunun ve sevecenliğin Dili”. Alp Tümertekin (çev), cogito, 1996, güz:109–117
- (56) Van der Kolk BA “The Neurobiology of Childhood Trauma and Abuse”. *Child Adolesc Psychiatry Clin N.Am* , 2003;12(2):293–317
- (57) Şar V., Yargıç İ, Tutkun H. “Türkiye’de Çoğul kişilik Bozukluğu konusunda deneyim ve görüşler: Bir anket ve düşündürdükleri” *Nöropsikiyatri arşivi*, 1995; 32.76–83
- (58) Tutkun H, Şar V, Yargıç Lİ, Özpulat T, Yanık M, Kızıltan E (1998): Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a turkish university clinic. *American Journal of Psychiatry* 155:800-805
- (59) Griffin, D., & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 67, 430-445.
- (60) Yargıç L.İ; Tutkun H, Şar V. “The reliability and validity of the Turkish Version of the Dissociative Expeiences Scale”. *Dissociation*, 1995; 8.10–12.
- (61) Şar V, İslam S, Öztürk E (2009): Childhood emotional abuse and dissociation in patients with conversion symptoms. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63(5)
- (62)Tutkun H.,Yargıç Lİ, Şar V “Dissociative Identity Disorder Presenting as Histerical Psychosis”. *Dissociation*; 1996, 9.241–249
- (63) Şar V, Kundakçı T, Kızıltan E, Bakım B, Bozkurt O: “Differentiating dissociative disorders from other diagnostic groups through somatoform dissociation in Turkey”. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2000; 1 (4): 67–80.
- (64) Şar V, Tutkun H (1997): The treatment of dissociative identity disorder in Turkey: A case presentation. *Dissociation* 10: 146–152

- (65)Nemiah JC. Dissociative disorders i; Freedman AM, Kaplan HI(eds)Comprehensive Text Book of Psychiatry 1981;456–471
- (66)Siegal D Dissociation and Hypnosis in Post Traumatic Stres Disorder Journalof The Traumatic Stres1988;1.17–33
- (67)Braun BG, Te BASK(Behavior Affect sensation Knowledge)model of dissociation Dissociation 1988:1:4–23
- (68)Spiegel D Dissociating Damage Am J. Clin Hyp 1986:29:123–30
- (69)Van der Kolk BA Kolk BA Fisher R.Dissociation and fragmentary nature of traumatic memories; overview and exploratory study Br J Psychotherapy1995;12,352
- (70)Putnam FW. Dissociation in Childrn and Adolescent, A developmental perspective. New York The Guilford Pres: 1997
- (71)Terr LC Childhood traumas: An outline and overvirw. Am J Psychiatry1991:148,10–20
- (72)Allen LG (2001)Traumatic Relations and Serious Mental Disorders. New York NY: John Willey and Sons
- (73)Cardena E.(1994)The Domain of Dissociation Ins. J Lynn @J. W.Rhue (eds):Dissociation: Clinical and Theoretical Perspective(pp.15–31).New York, NY. USA: The Guilford Pres
- (74)Ehlers, AClark, DM.(2000) A Cognitive Model of Post Traumatic Stres Disorders. BehaviourResearch and Therapy,38,319–345
- (75) Griffin, D., & Bartholomew, K. (1994). Metaphysics of measurement: The case of adult attachment. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), Advances in personal relationships, Vol. 5: Attachment processes in adulthood (pp.17-52). London: Jessica Kingsley

- (76) Schaffer HR, Emerson PE (1964) Monographs of the Society for Research. *Child Dev*, 29, 3(Serial No: 94).
- (77) Hazan C, Shaver P (1987) Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol*, 52: 511
- (78) Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50 (1-2, Serial No. 209), 66-104.
- (79) Benoit D, Parker K. Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*. 1994;65:1444–1456
- (80) Fonagy, P., Steele, M., & Steele, H. (1991). The capacity for understanding Mental States: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12, 201-218.
- (81) Steele, M., Steele, H., & Fonagy, P. (1996). Associations amongst Attachment Classifications of Mothers, Fathers and Their Infants. *Child Development*, 67, 541-555
- (82) Besser, A., & Priel, B. (2003b) A multisource approach to self critical vulnerability to depression : The moderating role of attachment. *Journal of Personality*, 71, 515-55
- (83) Carter, Garrity-Rokous, Chazan-Cohen, Little, & Briggs-Gowan, 2001 Spittle AJ, Treyvaud K, Doyle LW, Roberts G, Lee KJ, Inder TE, Cheong JL, Hunt RW, Newnham CA, Anderson PJ. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009
- (84) Family Experiences and Self-Criticism in College Students: Testing a Model of Family Stress, Past Unfairness, and Self-Esteem *Jennifer Katz; Rebecca A. Nelson The American Journal of Family Therapy*, 1521-0383, Volume 35, Issue 5, 2007, Pages 447 – 457
- (85) Öztürk E, Şar V (2008). Somatization as a predictor of suicidal ideation in dissociative disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 62(6):662-668.

(86)Kluft,R..&Loweinstein,R.J.(April 2005) trauma,dissociation and clinical practise:New perspectives and treatment implications. Seminar presented by the international society for the study of dissociation. Toronto, Ontario, Canada

(87)Silberg J.L.(2000) fifteen years of dissociation in maltreated children. Where do we go from here? Child Maltreatment,5,119–136

(88)Brenner, I(2001).Dissociation of trauma: Theory, phenomenology and technique. Madison: International Universities press the international society for evaluation and treatment of dissociative symptoms in children and adolescent. Retrieved January 10,2005

(89)Brunner R,Parzer P,Schuld V. Resch F.Dissociative symptomatology and traumagenic factors in adolescent psychiatric patients. J.Nerv. Ment Disease 2000;188:71–7

(90)Ross CA.1997Dissociative Identity disorder: Diagnosis, clinical features and treatment of multiple personality. New York: John

(91)Ayşen Çoşkun,Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel el Kitabı. Çocuk ve gençlik Ruh sağlığı derneği yayınları:3.44(438–454)

(92) Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Şar V, Tutkun H, Savaş HA, Öztürk M, Alyanak B, Eröcal-Kora M (2003) Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high-school students in relation with abuse, neglect and dissociation. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 57 (1): 119-126.

(93) Kluft, R.P. (1983). Hypnotherapeutic crisis intervention in multiple personality. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26, 205-220.

(94) Kluft, R.P. (1984a). The treatment of multiple personality disorder:A study of 33 cases. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 9-29.

- (95) Simonds LM, Elliot S (2001) OCD patients and non-patient groups reporting obsessions and compulsions: phenomenology, help-seeking, and access to treatment. *Br J Med Psychol*, 74:431-449.
- (96) Baroch PM (1991):Multiple personality disorder asan attachment disorder. *Dissociation*,4.117–283
- (97) Waller N (1994):Types of dissociation and dissociatives types. 10th Annual Conference of the international society for Traumatic Steress. Chicago 94
- (98) Kathryn AB Kirby DD.(2004)A genetic analysis of individual differences in dissociative behaviors in childhood and adolescent *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45:3:522–532
- (99)Putnam FW. Child development and dissociation. *Child and Adolescentpsychiatric Clinics of Nort America*,1996;5(2):285-302
- (100)Putnam FW. Helmers K,Horowits L(1995) Hypnosability andDissociativity in sexually abused grils. *Child Abuse Negl* 19:645–655
- (101)Stern DN (1985):The Interpersonal world of the infand. Newyork.Basic Boks
- (102)Lise A.Mc Lewin, Robert T.Miller. Childhood Trauma, Imaginary companions and the development of pathological Dissociation. *Agression and behaviour* 11(2006)531–545
- (103)Taylor M.(1999)Imaginary Companion and the children who create them. New York Oxford Universitiy pres
- (104) Speckens AEM, Hawton K (2005) Social problem-solving inadolescents with suicidal behaviour: a systematic review. *Suicide and Life-Threat*, 35: 365–387.
- (105) Kaplan HÝ, Sadock BJ (1998) Synopsis of Psychiatry -Behavioral Secience and Clinical Psychiatry, 8. Baský, New York,Mass Publishing, s.14.
- (106) Liotti, G(2004).Trauma, dissociation and disorganized attachment theree strands of single braid. *Psychotherapy: theory, Resarch, Practise Training*,41,472–486

- (107) Blizard, R,A(2003)Disorganized attachment, development of dissociative self states and relational approach to treatment. *Journal of Trauma and dissociation*,4(3),27–50
- (108)Attachment Theory and Child Abuse. An Overview of the Literature for practioners. *Child Abuse Rewiew Vol 10*.377–397.(2001)
- (109) Liotti G.Disorganized / disoriented attachment in the etiology of dissociative disorders. *Dissociation* 1992;5196–204
- (110)Dissociation in children and adolescent as reaction to trauma-an overview of conceptual issues and neurobiological factors. *Nord J. Psychiatry* 2005;59:79–91
- (111) Wittchen HU (1996):Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*,168:9–16
- (112) Van der Kolk BA, Greenberg MS, Orr SP (1989) Endogenousopioids, stress induced analgesia, and posttraumatic stres disorder. *Psychopharmacol Bull*, 25:417-421
- (113) Tutkun,H.; Yargıç,L.İ.; Şar,V.(1995) Dissociative Identity Disorder:A Clinical Investigation of 20 Cases in Turkey . *DISSOCIATION* 8:3-9.
- (114) Brodsky BS, Oquendo M, Ellis SP ve ark. (2001) The relationshipof childhood abuse to impulsivity and suicidal behaviorin adults with major depression. *Am J Psychiatry*, 158:1871-1877.
- (115) Ellason J.W.Ross C.A.,Fuchs D.L. Lifetime Axis I and Axis II Comorbidity and Trauma History in Dissociative Identity Disorder *Psychiatry*,vol.59,Fall1996
- (116) Mc Donald KC(2007)Child Abuse: aproach and management *Am Fam Physician* 75.221–228
- (117) Lewis’s Child and Adolescent Psychiatry. Comprehensive Textbook (2007).Fourth edition.
- (118) Butchart A, Harvey AP, Mian M (2006).Preventing child maltreatment: a guide taking action and genareting evidence WHO pres, Cenevre’s:7–16

- (119) Alikashiöğlu M, Erginöz E, Ercan O, Sıbayrak –kaymak D, Uysal O (2006) Sexual abuse among female high school students in İstanbul, Turkey. *Child Abuse Negl* 30.247–255
- (120) APSAC (1995) Psychosocial evaluation of suspected maltreatment in children and adolescent. Practise Guidelines. American Professional Society on the abuse of the children
- (121) Arata CM. Langhinricsen-Rohling J, Bowers D, O Brein N (2007). Differential correlates of multi-type maltreatment among urban youth. *Child Abuse Negl* 31.393–415
- (122) Edwards ME . Attachment, mastery and interdependence: A model of parenting processes. *Family Process* 2002;41.389-40
- (123) Taylor, G.J, Bagby, R.M & Parker, D.A. (1997). A.g.e.
- (124) Taylor, G.J., Bagby, R.M & Parker, D.A. (1991). The Alexithymia Construct: Potential Paradigm for Psychosomatic Medicine. *Psychosomatics*, 32.153–164.
- (125) Ruesch, J. (1948) The infantile Personality: the Core Problem of Psychosomatic Medicine. *Psychosomatic Medicine*, 10.134–144
- (126) Mac Lean, P.D. (1949). Psychosomatic Disease and the ‘Visceral Brain’. *Psychosomatic Medicine*, 11.338–353
- (127) Horney, K. (1952). The Paucity of Inner Experiences. *American Journal of Psychoanalysis*, 12, 3–9.
- (128) Freedman, M.B. & B.S. (1954) Some Specific Features of Group Psychotherapy and Their Implications for Selection of Patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, 4.355–368.
- (129) Krystal, H. (1988). *Integration and Self-healing: Affect, Trauma, Alexithymia*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- (130) Gladstone GL, Parker GB, Mitchell PB, et al. Implications of childhood trauma for depressed women: an analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. *Am J Psychiatry* 2004;161:1417–25.

- (131) Fischer G, Riedesser P. Lehrbuch der psychotraumatologie (Textbook of Psychotraumatology). München; Ernest Reinhardt Verlag; 1999.
- (132) Sar V, Ozturk E. What is trauma and dissociation. *Journal of Trauma Practice* (2005)
- (133) Stefanis CN, Stefakis NC. Diagnosis. In: Mario Maj Ed, A Review. Evidence and Experience In: *Psychiatry* Published by John Wiley and Sons Ltd: 1999: 1–52.
- (134) Berenbaum, H. & Irvin, S. (1996) Alexithymia, Anger, and Interpersonal Behavior. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65: 203–208.
- (135) Taylor, G.J. (1984). Psychotherapy with the Boring Patient. *Canadian Journal of Psychiatry*, 29: 217–222.
- (136) Parker, J.D.A., Taylor, G.J., Bagby, R.M. & Acklin M.W. (1993) Alexithymia in Panic Disorder and Simple Phobia: A Comparative Study. *American Journal of Psychiatry*. 150: 1105–1107.
- (137) Krystal, H. (1988). A.g.e.
- (138) Taylor, G.J. (1987). Alexithymia: History and Validation of the Concept. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 24: 85–95.
- (139) Berenbaum, H. & Irvin, S. (1996). A.g.e.
- (140) Taylor, G.J., Bagby, R.M. & Parker, D.A. (1997). A.g.e.
- (141) Nemiah, J.C. (1977) Alexithymia: Theoretical Considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28: 199–206.
- (142) Bogutyn, T., Palczynski, J., Kokoszka, A. & Holas, P. (1999) Defense Mechanisms in Alexithymia. *Psychological Reports*, 84: 183–187.
- (143) Boudewyn AC, Liem JH (1995) Psychological, interpersonal, and behavioral correlates of chronic self-destructiveness: an exploratory study. *Psychol Rep*, 77: 1283–1297

- (144) Briere, J., & Runtz, M. (1990). Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse and Neglect*, 14, 357-364.
- (145) Kooiman CG (1998) The status of alexithymia as a risk factor medically unexplained physical symptoms. *Compr Psychiatry*;39: 152–159.
- (146) Besser,A.,&Priel,B.(2003a) Trait vulnerability and coping strategies in the transition to motherhood.*Current-Psychology:-Developmental-Learning,-Personality,-Social*,22,57-72
- (147) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders.4th edition. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
- (148) Ross CA. The trauma model: a solution to the problem of comorbidity in psychiatry.Richardson (TX): Manitou Communications; 2000.
- (149) Ross CA. Schizophrenia: innovations in diagnosis and treatment. New York: The HaworthPress; 2004.
- (150) De Graaf R, Bijl RV, Smit F, et al. Risk factors for 12-month comorbidity of mood, anxiety,and substance use disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and IncidenceStudy. *Am J Psychiatry* 2002;159:620–9.
- (151) Chu JA, Dill DL. Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse.*Am J Psychiatry* 1990;147:887–92.
- (152) Ogawa JR, Sroufe LA, Weinfield NS, et al. Development and the fragmented self: longitudinalstudy of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Dev Psychopathol* 1997;4:855–79.
- (153) Ellason JW, Ross CA, Fuchs DL. Lifetime axis I and II comorbidity and childhood traumahistory in dissociative identity disorder. *Psychiatry* 1996;59:255–66.
- (154) Holowka DV, King S, Sahep D, et al. Childhood abuse and dissociative symptoms in adultschizophrenia. *Schizophr Res* 2003;60:87–90.
- (155) Karadag F, Sar V, Tamar-Gurol D, et al. Dissociative disorders among inpatients with drugor alcohol dependency. *J Clin Psychiatry* 2005;66:1247–53.

- (156) Simeon D, Guralnik O, Schmeidler J, et al. The role of childhood interpersonal trauma in depersonalization disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158:1027–33.
- (157) Simeon D, Guralnik O, Schmeidler J, et al. The role of childhood interpersonal trauma in depersonalization disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158:1027–33.
- (158) Ross CA, Keyes B. Dissociation and schizophrenia. *J Trauma Dissociation* 2004;5:69–83.
- (159) Lysaker PH, Wickett AM, Lancaster RS, et al. Neurocognitive deficits and history of childhood abuse in schizophrenia spectrum disorders: associations with cluster B personality traits. *Schizophr Res* 2004;68:87–94.
- (160) Conus P, Abdel-Baki A, Harrigan S, et al. Schneiderian first rank symptoms predict poor outcome within first episode manic psychosis. *J Affect Dis* 2004;81:259–68.
- (161) Gonzales-Pinto A, Van Os J, Perez De Heredia JL, et al. Age-dependence of schneiderian psychotic symptoms in bipolar patients. *Schizophr Res* 2003;61:157–62.
- (162) Kluft RP. First rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *Am J Psychiatry* 1987;144:293–8.
- (163) Ross CA, Joshi S. Schneiderian symptoms and childhood trauma in the general population. *Compr Psychiatry* 1992;33:269–73.
- (164) Hammersley P, Dias A, Todd G, et al. Childhood trauma and hallucinations in bipolar affective disorder: preliminary investigation. *Br J Psychiatry* 2003;182:543–7.
- (165) Kupka RW, Luckenbaugh DA, Post RM, et al. Comparison of rapid-cycling and non-rapid cycling bipolar disorder based on prospective mood ratings in 539 outpatients. *Am J Psychiatry* 2005;162:1273–80.
- (166) Leverich GS, Perez S, Luckenbaugh DA, et al. Early psychosocial stressors: relationship to suicidality and course of bipolar illness. *Clin Neurosci Res* 2002;2:161–70.

- (167) Nemeroff CB, Heim CM, Thase ME, et al. Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2003;100:14293–6.
- (168) Parker GB, Malhi GS, Crawford JG, et al. Identifying paradigm failures contributing to treatment-resistant depression. *J Affect Dis* 2005;87:185–91.
- (169) Işık E. Duygu durumu Bozuklukları/Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Ankara. Görsel Sanatları Matbaacılık, 2003
- (170) Kaplan Harold I, Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry 7. Ed., Philadelphia, USA: Lippincott Williams and Wilkins, 2000
- (171) Hollender MH, Hirsch SJ. Hysterical psychosis. *Am J Psychiatr* 1964;120:1074.
- (172) Hirsch SJ, Hollender MH. Hysterical psychosis: clarification of the concept. *Am J Psychiatry* 1969;125:909–15.
- (173) Öztürk OM, Göğüş A. Ağır regresif belirtiler gösteren histerik psikozlar [Hysterical psychoses presenting with severe regressive symptoms]. In: Proceedings of the 9th National Congress of Psychiatry and Neurology. Ankara, Turkey: Meteksan; 1973. p. 155–64.
- (174) Van der Hart O, Witztum E, Friedman B. From hysterical psychosis to reactive dissociative psychosis. *J Trauma Stress* 1992;6:43–64.
- (175) Strömgen E. Psychogenic psychoses. In: Hirsch SR, Shepherd M, editors. Themes and variations in European psychiatry. Bristol: Wright; 1974. p. 97–120.
- (176) Ozek M. Soziale umstrukturierung als provokationsfaktor depressiver psychosen [Social restructuring as provoking factor for depressive psychoses]. In: Problems of provocation of depressive psychoses. Graz, Austria; 1971. p. 109–15.
- (177) Panasetis P, Bryant RA. Peritraumatic versus persistent dissociation in acute stress disorder. *J Trauma Stress* 2003;16:563–6.

- (178) Zannarini MC, Williams AA, Lewis RE, et al. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1997;154:1101–6.
- (179) Zannarini MC, Frankenburg FR, Khera GS, et al. Treatment histories of borderline inpatients. *Compr Psychiatry* 2001;42:144–50.
- (180) Bandelow B, Krause J, Wedekind D, et al. Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Res* 2005;134:169–79.
- (181) Ross-Gover J, Waller G, Tyson M, et al. Reported sexual abuse and subsequent psychopathology among women attending psychology clinics: the mediating role of dissociation. *Br J Clin Psychol* 1998;37:313–26.
- (182) Hudziak JJ, Boffeli TJ, Kriesman JJ, et al. Clinical study of the relation of borderline personality disorder to Briquet's syndrome (hysteria), somatization disorder, antisocial personality disorder, and substance abuse disorders. *Am J Psychiatry* 1996;153:1598–606.
- (183) Mann JJ (2002) A Current Perspective of Suicide and Attempted Suicide. *Ann Intern Med*, 136:302–311
- (184) Rosenthal MZ, Cheavens JS, Lejuez CXW, et al. Thought suppression mediates the relationship between negative affect and borderline personality disorder symptoms. *Behav Res Ther* 2005;43:1173–85.
- (185) Wilkinson-Ryan T, Westen D. Identity disturbance in borderline personality disorder: an empirical investigation. *Am J Psychiatry* 2000;157:528–41.
- (186) Bertolote JM, Fleischmann A. Suicidal behavior prevention: WHO perspectives on research. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2005;133:8–12.
- (189) Coşar B, Koçal N, Arıkan Z, Işık E (1997) Suicide Attempts Among Turkish Psychiatric Patients. *Can J Psychiatry*, 42(10):1072–1075.

- (190)A. Marusic, A Farmer, Towards a new classification of risk factors for suicide behavior: genetic, environmental and their interactions, *Crisis* 22(2001)43–46
- (191)P. Mc Guffin, A Marusic, A Farmer, What can psychiatric genetics offer suicidology? *Crisis* 22(2001)61–65.
- (192)Mann JJ A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann Intern Med* 2002;136:302–311.
- (193)Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005;294:2064–2074
- (194)Zimmerman M, Lish JD, Lush DT, Farber NJ, Plescia G, Kuzma MA. Suicidal ideation among urban medical outpatients. *J Gen Intern Med* 1995;10:573–576.
- (195)Courtet P, Jollant F, Castelnau D, Brusi C, Malafosse A. Suicidal behavior. Relationship between phenylalanine and serotonergic genotype. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2005;133:25–33.
- (196)Leboyer M, Slama F, Siever L, Bellivier F. Suicidal disorders: a nosological entity or not? *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2005;133:3–7
- (197) Brodsky BS, Cloitre M, Dulit RA. Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152:1788–92.
- (198) Moskowitz A. Dissociation and violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse* 2004;5:21–46.
- (199) Lewis DO, Yeager CA, Swica Y, et al. Objective documentation of child abuse and dissociation in 12 murderers with dissociative identity disorder. *Am J Psychiatry* 1997;154:1703–10.
- (200) Ystgaard M, Hestetun I, Loeb M, et al. Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? *Child Abuse Negl* 2004;28:863–75.

- (201) Yen S, Shea MT, Sanislow CA, et al. Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behaviour. *Am J Psychiatr* 2004;161:1296–8.
- (202) Koenigsberg HW, Harvey PD, Mitropoulou V, et al. Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2002;159:784–8.
- (203) Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 1986;174:727–35.
- (204) Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, et al. Abusive experiences and psychiatric morbidity in women primary care attenders. *Br J Psychiatry* 2003;183:332–9.
- (205) Bowman ES, Markand ON. Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects. *Am J Psychiatry* 1996;153:57–63.
- (206) Pribor EF, Yutzy SH, Dean JT, et al. Briquet's syndrome, dissociation, and abuse. *Am J Psychiatry* 1993;150:1507–11.
- (207) Bartholomew 1990, Bartholomew ve Horowitz 1991
- (208) Bernet W :Child Maltreatment B Sadock, V Sadock (eds):Comprehensive Textbook of Psychiatry 'de 7 baskı ,Philadelphia Lippincott Williams and Wilkins,2000,s.2878-2889
- (209) Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev neurosci* 2003; 4: 819–828
- (210) C. J. Tang, A. D. Lopez, *Lancet* 349, 1498 (1997)
- (211) G. W. Brown, *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 33, 363 (1998)
- (212) K. S. Kendler, L M. Karkowski, C.A. Prescott, *Am. J. Psychiatry* 156, 837 (1999)
- (213) D.S. Pine, P. Cohen, J. C. Johnson, J. S. Brook, j. *Affect. Disorders* 68,49 (2002)
- (214) E. J. Costello et al., *Biol Psychiatry* 52, 529 (2002)
- (215) S.M Monroe, A.D. Simons, *Psychol. Bull* 110, 406 (1991)

- (216)K.S. Kendler et al., Am. J.Psychiatry 152,833 (1995)
- (217)Baud P. Personality traits as intermediary phenotypes in suicidal behavior: genetic issues. AM J Med Genet C Semin Med Genet 2005; 30: 398–408
- (218)Turecki G. Dissecting the suicide phenothyp: the role of impulsive –aggrasive behaviours. J Psychiatry Neurosci 2005;30.398–408.
- (219)Van Heeringen k. (2003) The Neurobiology of Suicidality. Can J Psychiatry, 48: 292–300.
- (220)Mann JJ, Waternaux C, Hass GL, Malone KM.Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. Am J Psychiatry 1999;156:181–9
- (221)Van Heeringen C. Understanding suicidal behaviour: the suicidal process approach to search, treatment and prevention Chichester(UK)Wiley;2001
- (222)Williams JMG, Pollock L. Psychological aspects of the suicidal process. . In: Van Heeringen C, editor Understanding suicidal behaviour: the suicidal proces approach to resarch, treatment and prevention. Chichester (UK): Wile; 2001.
- (223) Freyberger, H.(1977)Supportive Psychotherapeutic Techniques in Primary and Secondary Alexithymia. Psychotherapy and Psychosomatics,28.337–342.
- (224) WHO.(1992)The ICD10Classification of Mental and Behavioral Disorders, clinical description and diagnosis guidelines. Greva, NY: World Heald Organisation
- (225) Şar,V.; Şar,İ. (1991):Kronik hafif depresyonda klinik psikopatolojinin boyutları. Cerrahpaşa Tıp Dergisi 22:257-263
- (226) Bernet W :Child Maltretmant B Sadock,V Sadock (eds):Comprehensive Texbook of Psychiatry ‘de 7 baskı ,Philapdelphia Lippin cott Williams and Wilkins,2000,s.2878-2889
- (227) HermanJL:Travma and Recovery.New York,Basic Books,1992
- (228)Bryer JB,Nelson Ba ,Miller JB,Kroll PA:Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness.Am J Psychiatry 1987;144:1426-1430

- (229) Van der Kolk C, Perry JC, Herman JL: Childhood origins of self-destructive behavior. *Am J Psychiatry* 1991;148:1665-1671
- (230) Gelinas, D.J.; The Persistent Negative Effects of Incest Psychiatry, 1983; 46:312–313; 332
- (231) Brown LS, Wright J: The relationship between attachment strategies and psychopathology in adolescence, psychology and psychopathology 76:351-367, 2003
- (232) Hazan C., Shaver P. R. 1994. Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*. 5(1), 1-22.
- (233) .Reinders AA, Nijenhuis ERS, Paans AMJ, Korf J, Willemsen ATM, Den Boer JA. One brain, two selves. *NeuroImage* 2003; 20: 2119–2125.
- (234). Reinders AA, Nijenhuis ER, Quak J, Korf J, Haaksma J, Paans AM, Willemsen AT, den Boer JA..Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder: a symptom provocation study. *Biol Psychiatry* 2006 ; 60(7): 730-40.
- (235). Lanius RA, Williamson PC, Boksman K, Densmore M, Gupta M, Neufeld RW, Gati JS, Menon RS. Brain activation during script-driven imagery induced dissociative responses in PTSD: a functional magnetic resonance imaging investigation. *Biol Psychiatry* 2002 ; 52(4): 305-311.
- (236). Tsai GE, Condie D, Wu M T, Chang IW. Functional magnetic resonance imaging of personality switches in a woman with dissociative identity disorder. *Harvard Rev Psychiatry* 1999; 7: 119–122.
- (237). Sar V, Ünal SN, Kızıltan E, Kundakçı T, Öztürk E. HMPAO SPECT study of cerebral perfusion in dissociative identity disorder. *J Trauma Dissoc* 2001; 2(2): 5–25.
- (238). Sar V, Ünal SN, Öztürk E. Frontal and occipital perfusion changes in dissociative identity disorder. *Psychiatry Res-Neuroimaging* 2007; 156: 217–223.

- (239) .Shore AN. The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development & Psychopathology* 1996; 8: 59–87.
- (240).Forrest K. Toward an etiology of dissociative identity disorder: a neurodevelopmental approach. *Conscious Cogn* 2001; 10 (3): 259-63.
- (241).Berlin HA, Rolls ET, Iversen SD. Borderline personality disorder, impulsivity, and the orbitofrontal cortex. *Am J Psychiatry*, 2005; 162: 1–14.
- (242).Vermetten E, Schmal C, Lindner S, Loewenstein R J, Bremner JD (2006). Hippocampal and amygdalar volumes in dissociative identity disorder. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 630–636.
- (243).Ehling T, Nijenhuis ER, Krikke AP. Volume of discrete brain structures in complex dissociative disorders:preliminary findings. *Prog Brain Res* 2008; 167: 307–310.
- (244).Evren C, Şar V, Dalbudak E. Temperament, character, and dissociation among detoxified male inpatients with alcohol dependency. *J Clin Psychol* 2008; 64: 717-727.
- (245).Grabe HJ, Spitzer C, Juergen Freyberger H. Relationship of dissociation to temperament and character in men and women. *Am J Psychiatry* 1999; 156(11): 1811-1813
- (246).Lochner C, Seedat S, Hemmings SMJ, Kinnear C J, Corfield VA, Niehaus D J H, et al. Dissociative experiences in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: Clinical and genetic findings. *Compr Psychiatry* 2004; 45: 384–391.
- (247).Lochner C, Seedat S, Hemmings SM, Moolman-Smook SC, Kidd M, Stein DJ. Investigating the possible effects of trauma experiences and 5-HTT on the dissociative experiences of patients with OCD using path analysis and multiple regression. *Neuropsychobiology* 2007; 56: 6–13.

VIII. EKLER

EK 1:

GÖRÜŞME FORMU

Bu araştırmanın amacı ve ayrıntıları hakkında tarafıma yeterli bilgi verilmiştir. Kendi isteğimle bu çalışmaya katılıyorum.

İmza.....

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Adı Soyadı 2. Yaşı

3. Cinsiyeti (uygun olanı işaretleyiniz)

a) Kadın [] b) Erkek []

4. Medeni durumu (uygun olanı işaretleyiniz)

a) hiç evlenmemiş b) evli
c) ayrı yaşıyor d) boşanmış
e) eşi ölmüş f) yeniden evlenmiş

5. Evlenme yaşı

6. Evlenme şekli

a) görücü usulü
b) isteyerek
c) ailenin zoruyla
d) öteki neden (açıklayınız) :

7. Akraba evliliğimi? [] evet [] hayır

Akrabası ise eşiyle yakınlığı nedir :.....

8. Kaç yıllık evli

9. Eş dayacağı var mı? (çocuklarınızı dövüyor mu).....?

10. Eğitim durumu (uygun olanını işaretleyiniz)

- a) ilkokul b) ortaokul
c) lise mezunu d) yüksek okul mezunu
e) üniversite mezunu f) mastır ve üstü

11. Büyüdüğü ve yetiştiği çevre:

- a) köy b) kırsal kesimde ilçe
c) ilçe merkezi (İst dışı) d) yurt dışı e) İstanbul

12. Çalışıyor musunuz Evet () Hayır () .Ne işle uğraşıyorsunuz.

13. Kardeş sayısı ve sırası (kedisi dâhil)

14. Ailenin gelir düzeyi

- a) çok muhtaç b) düşük gelirli c) orta gelirli
d) orta üstü gelirli e) yüksek gelirli

PSİKİYATRİK BELİRTİ VE TEDAVİ ÖYKÜSÜ

15. İlk Psikiyatrik tanınızın konulduğu zaman (bugünden itibaren sayısı):
16. Hastaneye Psikiyatrik rahatsızlık nedeniyle kaç kez yatırıldınız?
17. Hastanede yatarak geçirdiğiniz toplam süre ne kadardır. (toplam ay süre olacak)
18. İlk depresif epizot başlama yaşı
19. Şimdiki epidoz süresi
- a) 2 haftadan kısa b) 2 hafta 1 ay c) 1-6 ay d)6-12 ay arası
- e)12 ay veya daha uzun

EK 2:**DİSSOSİYATİF BOZUKLUK TANISI ALAN ERİŞKİN HASTALARLA DİSSOSİYATİF OLAMAYAN DEPRESYON HASTLARININ PSİKİYATRİK HASTALIKLARINI KARŞILAŞTIRMAYI HEDEFLEYEN BİR ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ (BİLGİLENDİRİLMİŞ) ONAM FORMU****1.Bölüm (AYDINLATMA)**

Dissosiyatif Bozukluk tanısı konulan erişkinlerle, dissosiyatif olmayan m.depresyon hastalarını psikiyatrik hastalıkları nı karşılaştırmayı hedefleyen bir araştırma yapıyoruz. Araştırmanın adı ‘Komplex Dissosiyatif Bozukluk’ile Disosiyatif Bozukluğu olmayan M.depresyon hastalarının Aleksitimi, İçgörü, Bağlanma, İntihar düşüncesi açısından karşılaştırılması.’

‘Dissosiyatif Bozuklukta Komorbid Psikiyatrik Bozuklukların Belirlenmesi’ Çocukluk çağı travmalarının Ansiyete düzeylerinin Bağlanma içgörü ve intihar düşünceleri açısından karşılaştırılmasını amaçlamaktadır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra bu çalışmaya katılmasını isterseniz formu imzalayınız.

Araştırmaya davet edilmenizin nedeni size Major Depresyon ve Dissosiyatif Bozukluk tanısı konmasıdır. Bu araştırmayı İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı gerçekleştirmektedir.

Eğer bu çalışmaya katılmak isterseniz İstanbul Tıp Fakültesi Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları’nda Tıpta Uzmanlık Öğrencisi olarak çalışan Dr. Serkan İslam size Bireysel bilgilerininizi içeren (Görüşme formu) bazı sorular sorarak ve diğer psikiyatrik hastalıklarla ilgili kapsamlı ölçek dolduracaktır., bu ölçekler psikiyatrik hastalıklarla ilgili soruları içerdiğinden uygulanması biraz uzun sürebilir. Görüşme bir saat (60 dk) olarak planlanmıştır. Bu görüşmeler zaman açısından size en uygun zamanda yapılacaktır. Dr. Serkan İslam bu değerlendirmelerinden sonra gerekli ek tedaviler için sizi yönlendirecektir. Ancak yukarda bahsettiğimiz araştırma projesi sizin tedavi masraflarını karşılamamaktadır. Ayrıca aşağıda da belirtildiği gibi değerlendirme

sırasında isterseniz herhangi bir sebepten değerlendirmeyi sona erdirmekte serbestsiniz. Her değerlendirme oturumu bir saat (60 dk) sürecektir. Bu süre içinde beşer dakikalık birkaç dinlenme arası verilecektir. Bu değerlendirmeler fiziksel bir gayret gerektirmemekte, sadece zihinsel dikkate dayanmaktadır

Bu değerlendirmelerde elde edilen kayıtlar, isminiz belirtilmeden bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilecektir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Araştırmaya katılmak için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Araştırmaya katıldığınız takdirde size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Yapılacak değerlendirmenin getirebileceği olası riskler: Yapılacak olan değerlendirmelerin size herhangi bir riski yoktur. Ancak yapılacak bu değerlendirmeler için zaman ayırmak sizin için zorlayıcı olabilir.

Yapılacak değerlendirmenin getirebileceği olası yararlar: Bu değerlendirme tüm psikiyatrik hastalıkların ayrıntılı bir incelemesini içerdiğinden, şimdiye kadar atlanmış olabilecek ek hastalıkların belirlenmesi ve bunların tedavisine faydalı olacaktır. Uzun vadede Dissosiyatif Bozukluğa sahip olan hastalarda bu bozukluğa en sık eşlik eden hastalıklar belirlenecektir. Aksiyete düzeyleri ile olan ilişkisi, Çocukluk çağı travmalarının Bağlanma, Aleksitimi ve İntihar düşüncesine etkisinin anlaşılması sağlayacaktır. Böylece bu alanda çalışanlar için rutin muayenelerde özellikle hangi belirtilerin (Semptomların) sorgulanması gerektiği saptanacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

2. Bölüm (KATILIMCININ BEYANI)

Dr. Serkan İslam tarafından İstanbul Tıp Fakültesi Erişkin Ruh Sağlığı Bölümü'nde tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek, bu çalışma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra ben böyle bir araştırmaya 'katılımcı' olarak davet edildim.

Eğer bu çalışmaya katılırsak hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu çalışma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebiliriz.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir ek parasal sorumluluk altına girmiyorum.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, **05366579252** numaralı telefonda Dr. Serkan İslam'ı veya **0212 4142000** numaralı telefonda Prof. Dr Vedat. Şar.'ı arayabileceğimi biliyorum.

Ben bu çalışmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Çalışmaya katılmamız konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun benim tıbbi bakımına ve hekimi ile olan ilişkimize herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Katılımcı:

Adı Soyadı: Adres:

Tel:

İmza

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı Soyadı, Ünvanı:

Adres:

Tel:

İmza

EK 3 :ÇOCUKLUK ÇAĞI KÖTÜYE KULLANIM SORU LİSTESİ

A. ÇOCUKLUK ÇAĞI KÖTÜYE KULLANIM SORU LİSTESİ

**Istanbul Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı
Klinik Psikoterapi Birimi ve Dissosiyatif Bozukluklar Programı**

ÇOCUKLUK ÇAĞI KÖTÜYE KULLANIMI SORU LİSTESİ

Copyright: Bu soru listesi L.İlhan Yargıç, Hamdi Tutkun, Vedat Şar (1993) tarafından Klinik Psikoterapi Birimi'nin çalışmalarında kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Her hakkı mahfuzdur. Basılamaz, satılamaz. Kaynak gösterilerek bilimsel araştırmalarda kullanılabilir.

SORU 1: Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde her hangi bir kişi tarafından aşırı olduğunu düşündüğünüz bir şekilde dövüldünüz mü? Bir yere, örneğin bir oda ya da tuvalete kapatıldınız mı?

CEVAP: (1)Evet (2)Hayır

Cevabınız evet ise:

SORU 2:

Kim tarafından ? Cevap:.....

Kaç yaşındaydınız ? Cevap:.....

Bunu yapan kişi kaç yaşındaydı ? C:.....

Kaç kez oldu ?

C: (1) 1 ya da bir kaç kez

- (2) En az 5 kez
- (3) Bir çok kez
- (4) Çok sık ve şiddetli olarak

AÇIKLAMA:

SORU 3:Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde sizi sürekli olarak aşağılayan, tehdit edici sözler söyleyen ya da küçük düşürücü yorumlar yapan her hangi bir kişi var mıydı?

CEVAP: (1)Evet (2)Hayır

Cevabınız evet ise:

SORU 4:

Bu kişi kimdi ? Cevap:.....

Kaç yaşındaydınız ? Cevap:.....

AÇIKLAMA:

SORU 5:Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde fiziksel ya da duygusal olarak ihmal edildiğinizi düşünüyor musunuz? Örneğin beslenme, güvenlik, eğitim ya da tıbbi bakımınızın sağlanmaması veya sevgi, destek, ilgi görememe gibi bir durum oldu mu?(Evden kovulmayı ,eve kabul edilmemeyi de içerir.)

CEVAP: (1)Evet (2)Hayır

AÇIKLAMA:

SORU 6:

Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde size, izniniz olmadan cinsel olarak yaklaşan ya da dokunan bir yabancı oldu mu?

CEVAP: (1)Evet (2)Hayır

Cevabınız evet ise:

SORU 7:

Kim yaptı ? Cevap:.....

Kaç yaşındaydınız ? Cevap:.....

Karşınızdaki kaç yaşındaydı ? C:.....

Kaç kez oldu ?

C: (1) Bir kez

(2) Bir kaç kez

(3) Bir çok kez

(4) Çok sık

AÇIKLAMA:

SORU 8:

Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde aile bireylerinizden ya da diğer akrabalarınızdan size cinsel bir yaklaşımda bulunan oldu mu? Örneğin okşama, cinsel organlarını gösterme, sizin cinsel organlarınızı görmeye çalışma, cinsel organlarınızı uyarma, cinsel ilişki gibi.

CEVAP: (1)Evet (2)Hayır

Cevabınız evet ise:

SORU 9:

Kim yaptı ? Cevap:.....

Kaç yaşındaydınız ? Cevap:.....

Karşınızdaki kaç yaşındaydı ? C:.....

Kaç kez oldu?

C: (1) Bir kez

(2) Bir kaç kez

(3) Bir Çok kez

(4) Çok kez

AÇIKLAMA:

Soru 10. İntihar girişiminde bulundunuz mu ? (Evet ise işaret koyunuz) []

Eğer intihar girişiminde bulunduysanız hangi şekilde olduğunu daire içine alarak belirtiniz.

1. ilaç alarak
2. kesici bir alet ile
3. yüksekte atlama
4. kendini asmaya çalışma
5. diğer (belirtiniz)

11. Vücudunuza isteyerek zarar verdiğiniz olur mu ? (Evet ise işaret koyunuz) []

Cevabınız evet ise hangi yollarla olduğunu daire içine alarak belirtiniz.

1. kollarınızı ya da vücudunuzun diğer yerlerini kesme ya da çizme
2. sigara ya da diğer yollarla yakma
3. saçlarınızı yolma
4. başınızı, yumruğunuzu yada diğer beden parçalarınızı şiddetle sert yerlere vurma
5. diğer (belirtiniz)

EK 4 : TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ

Toronto Aleksitimi Ölçeği

	Evet	Hayır
1- Ağladığımda beni ağlatan şeyin ne olduğunu hep bilirim.	☐	☐
2- Hayal kurmak boşa zaman harcamaktır.	☐	☐
3- Keşke bu kadar utangaç olmasaydım.	☐	☐
4- Çoğu zaman duygularımın ne olduğunu tam olarak bilemem.	☐	☐
5- Gelecek hakkında sıkça hayal kurarım.	☐	☐
6- Birçokları kadar kolay arkadaş edinebildiğimi sanıyorum.	☐	☐
7- Bir sorunun çözümünü bilmek, o çözüme nasıl ulaşıldığını bilmekten daha önemlidir.	☐	☐
8- Duygularımı tam olarak anlatacak sözleri bulmak benim için zordur.	☐	☐
9- Her hangibir olay hakkındaki görüşümü başkalarına açıkça belirtmekten hoşlanırım.	☐	☐
10- Bedenimde öyle şeyler hissediyorum ki; doktorlar bile ne olduğunu anlamıyorlar.	☐	☐
11- Benim için, yalnızca bir işin yapılmış olması yetmez; nasıl ve neden yapılmış olduğunu bilmek isterim.	☐	☐
12- Duygularımı kolayca anlatabilirim.	☐	☐
13- Yalnızca sorunların neler olduğunu anlamaktan çok; onların nereden kaynaklandığı üzerine düşünmeyi tercih ederim.	☐	☐
14- Sinirim bozuk olduğunda; üzüntülümü, korkulu mu yoksa öfkeli mi olduğumu bilemem.	☐	☐
15- Hayal gücümü bolca kullanırım.	☐	☐
16- Yapacak başka birşeyim olmadığında, zamanımın çoğunu hayal kurarak geçiririm.	☐	☐
17- Bedenimde şaşırtıcı hisler duyduğum olur.	☐	☐
18- Pek hayal kurmam.	☐	☐
19- Olayların nedenine, niçinine kafa yormaktan çok, işleri olurluna bırakmayı tercih ederim.	☐	☐
20- Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.	☐	☐
21- İnsanın duygularına yakın olması önemlidir.	☐	☐
22- İnsanlar hakkında neler hissettiğimi anlamak ve anlatmak benim için zordur.	☐	☐
23- Tanıdıklarım duygularımdan daha çok söz etmemi isterler.	☐	☐
24- İnsan, olayların derinine inmelidir.	☐	☐
25- İçimde neler olup bittiğini biliyorum.	☐	☐
26- Çoğu zaman kızgınlığımın farkına varmam.	☐	☐

EK 5 : BECK BİLİŞSEL İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ

Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği

Hasta adı:

Yaşı:

Doldurma tarihi:

Aşağıda insanların nasıl hissettiğine ilişkin ifadeler vardır. Lütfen sıralanan bütün cümleleri dikkatle okuyunuz. Her bir ifade ile ne kadar aynı fikirde olduğunuzu karşısında uygun gelen alana X işareti koyarak belirtiniz.

	Hiç katılmıyorum	Çok az katılıyorum	Epeyce Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
(1) Bazen diğer insanların bana karşı tutumlarını yanlış anlıyorum.				
(2) Yaşantılarımla ilgili yorumlarım kesinlikle doğrudur.				
(3) Diğer insanlar olağandışı yaşantılarımın nedenlerini benim anladığımdan daha iyi anlayabilir.				
(4) Çok çabuk sonuca atlıyorum.				
(5) Bana çok sahici görünen bazı yaşantılarım benim hayal gücüme bağlı olabilir.				
(6) Gerçek olduğuna kesinlikle emin olduğum bazı fikirlerimin yanlış olduğu ortaya çıktı.				
(7) Eğer bir şeyin doğru olduğunu hissediyorsam o şey doğrudur.				
(8) Güçlü bir şekilde haklı olduğumu hissetsem bile, yanılıyor olabilirim.				
(9) Kendi sorunlarımın neler olduğunu bir başkasından çok daha iyi bilirim.				
(10) İnsanlar benimle aynı fikirde değilse genellikle onlar yanlıştır.				
(11) Yaşantılarımla ilgili diğer insanların kanaatlerine güvenemem.				
(12) Eğer birisi inançlarımın yanlış olduğunu belirtirse, onun görüşünü dikkate almaya istekliyimdir.				
(13) Her zaman kendi yargıma güvenebilirim.				
(14) İnsanların neden belli bir şekilde davrandıklarının sıklıkla birden fazla açıklaması vardır.				
(15) Benim olağandışı yaşantılarım aşırı keyifsiz olmama ya da strese bağlı olabilir.				

EK 6 : YAKIN İLİŞKİ ÖLÇEĞİ (RSQ)

YAKIN İLİŞKİ ÖLÇEĞİ (RELATIONSHIP SCALES QUESTIONNAIRE-RSQ)

Griffin and Bartholomew,1994 (Türkçesi: Vedat Şar,2008)

Aşağıda **yakın ilişkilerinizde** hissedebileceğiniz bazı duygular tanımlanmaktadır. Bunların size ne kadar uyduğunu değerlendirerek her biri için uygun olan rakamı işaretleyiniz.

	Hiç uymuyor				Çok uyuyor
1. Başkasına tabi olmak bana zor gelir.	1	2	3	4	5
2. Bağımsız hissetmek benim için çok önemlidir.	1	2	3	4	5
3. Başkasıyla duyguca kolay yakınlık kurabilirim.	1	2	3	4	5
4. Başka bir kişi ile bütünleşmek istiyorum.	1	2	3	4	5
5. Başkasına yakınlaşırsam kırılmaktan korkuyorum.	1	2	3	4	5
6. Yakın ve duygulu ilişkiler olmadan rahatım.	1	2	3	4	5
7. Başkasına ihtiyaç duyduğumda yanımda olacağı konusunda tam olarak güvenemem.	1	2	3	4	5
8. Başkalarıyla duyguca çok yakın olmak istiyorum.	1	2	3	4	5
9. Yalnız kalmaktan endişe ediyorum.	1	2	3	4	5
10. Başkalarına tabi olmakta rahatım.	1	2	3	4	5
11. Bir aşk ilişkisi içinde olduğumda gerçekten sevdiğimden emin olamıyorum.	1	2	3	4	5
12. Başkasına tam olarak güvenmek benim için zor.	1	2	3	4	5
13. Başkalarının bana fazla yakın olmalarından sıklıkla rahatsızlık duyarım.	1	2	3	4	5
14. Duyguca yakın ilişkiler istiyorum.	1	2	3	4	5
15. Başkalarının bana tabi olmasından rahatım.	1	2	3	4	5

	Hiç uymuyor			Çok uyuyor	
16. Başkalarının bana, benim onlara değer verdiğim kadar değer vermediğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
17. İnsanlar ihtiyaç duyduğunuzda yanınızda olmazlar.	1	2	3	4	5
18. Bir bütün olma isteğim bazan insanları korkutur.	1	2	3	4	5
19. Kendine yeterli olmak benim için çok önemlidir.	1	2	3	4	5
20. Birisi bana yakınlaştığında sinirlenirim.	1	2	3	4	5
21. Aşık olduğum kişinin benimle ilişkisine devam etmeyeceğinden sıklıkla korkarım.	1	2	3	4	5
22. Başkalarının bana tabi olmamasını tercih ederim.	1	2	3	4	5
23. Terk edilmekten korkarım.	1	2	3	4	5
24. Başkalarına yakın olmak beni rahatsız eder.	1	2	3	4	5
25. Başkaları benim kadar yakın olmak istemiyor.	1	2	3	4	5
26. Başkasına tabi olmamayı tercih ederim.	1	2	3	4	5
27. Başkalarının ihtiyaç duyduğumda yanımda olacağından eminim.	1	2	3	4	5
28. Başkalarının beni kabul etmeyeceğinden korkarım.	1	2	3	4	5
29. Aşık olduğum kişiler sıklıkla beni rahatsız edecek derecede yakın olmak istiyor.	1	2	3	4	5
30. Başkasıyla yakınlaşmak benim için kolaydır.	1	2	3	4	5

EK 7 : DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (DES)

DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (DES)

Bernstein & Putnam,1986,1993

Türkçe'ye uyarlayanlar: Vedat Şar, L.İlhan Yargıç, Hamdi Tutkun

Bu test günlük hayatınızda başınızdan geçmiş olabilecek yaşantıları konu alan 28 sorudan meydana gelmektedir. Sizde bu yaşantıların ne sıklıkta olduğunu anlamak istiyoruz. Yanıt verirken, alkol ya da ilaç etkisi altında meydana gelen yaşatıları değerlendirmeye katmayınız. Lütfen her soruda, anlatılan durumun sizdekine ne ölçüde uyduğunu 100 üzerinden değerlendiriniz ve uygun olan rakamı daire içine alınız.

Örnek:

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

SORULAR

1. Bazı insanlar, yolculuk yaparken yol boyunca ya da yolun bir bölümünde neler olduğunu hatırlamadıklarını birden farkedirler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

2. Bazı insanlar zaman zaman, birisini dinlerken, söylenenlerin bir kısmını ya da tamamını duymamış olduklarını birden farkedirler.Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

3. Bazı insanlar kimi zaman, kendilerini nasıl geldiklerini bilmedikleri bir yerde bulurlar.Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

4. Bazı insanlar zaman zaman kendilerini, giydiklerini hatırlamadıkları elbiseler içinde bulurlar.Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

5. Bazı insanlar zaman zaman eşyaları arasında,satın aldıklarını hatırlamadıkları yeni şeyler bulurlar.Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

6. Bazı insanlar, zaman zaman, yanlarına gelerek başka bir isimle hitabeden ya da önceden tanıştıklarında ısrar eden, tanımadıkları kişilerle karşılaşır. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

7. Bazı insanlar, zaman zaman, kendilerinin yanbaşıda duruyor ya da kendilerini birşey yaparken seyrediyor ve sanki kendi kendilerine karşıdan bakıyormuş gibi bir his duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

8. Bazı insanlara, arkadaşlarını ya da aile bireylerini, zaman zaman tanımadıklarının söylendiği olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

9. Bazı insanlar, yaşamlarındaki kimi önemli olayları (örneğin nikah ya da mezuniyet töreni) hiç hatırlamadıklarını farkederler. Yaşamınızdaki bazı önemli olayları hiç hatırlamama durumunun sizde ne oranda olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

10. Bazı insanlar zaman zaman, yalan söylemediklerini bildikleri bir konuda, başkaları tarafından, yalan söylemiş olmakla suçlanırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

11. Bazı insanlar kimi zaman, aynaya baktıklarında kendilerini tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

12. Bazı insanlar kimi zaman, diğer insanların, eşyaların ve çevrelerindeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

13. Bazı insanlar, kimi zaman vücutlarının kendilerine ait olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

14. Bazı insanlar, zaman zaman geçmişteki bir olayı o kadar canlı hatırlarlar ki, sanki o olayı yeniden yaşıyor gibi olurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

15. Bazı insanlar kimi zaman, olduğunu hatırladıkları şeylerin, gerçekte mi yoksa rüyada mı olduğundan emin olamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

16. Bazı insanlar zaman zaman, bildikleri bir yerde oldukları halde orayı yabancı bulur ve tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

17. Bazı insanlar, televizyon ya da film seyrederken, kimi zaman kendilerini öyküye o kadar kaptırırlar ki çevrelerinde olan bitenin farkına varamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

18. Bazı insanlar kimi zaman kendilerini, kafalarında kurdukları bir fantazi ya da hayale o kadar kaptırırlar ki, sanki bunlar gerçekten başlarından geçiyormuş gibi hissederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

19. Bazı insanlar, ağrı hissini duymamayı zaman zaman başarabildiklerini farkedirler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

20. Bazı insanlar kimi zaman, boşluğa bakıp hiç bir şey düşünmeden ve zamanın geçtiğini anlamaksızın oturduklarını farkedirler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

21. Bazı insanlar, yalnız olduklarında, zaman zaman sesli olarak kendi kendilerine konuştuklarını farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

22. Bazı insanlar kimi zaman iki ayrı durumda o kadar değişik davrandıklarını görürler ki, kendilerini neredeyse iki farklı insanmış gibi hissettikleri olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

23. Bazı insanlar, normalde güçlük çektikleri bir şeyi (örneğin spor türleri, iş, sosyal ortamlar vb.) belirli durumlarda son derece kolay ve akıcı biçimde yapabildiklerini farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

24. Bazı insanlar, zaman zaman, bir şeyi yaptıklarını mı yoksa yapmayı sadece akıllarından geçirmiş mi olduklarını (örneğin bir mektubu postaya attığını mı yoksa sadece atmayı düşündüğünü mü) hatırlayamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

25. Bazı insanlar kimi zaman, yaptıklarını hatırlamadıkları şeyleri yapmış olduklarını gösteren kanıtlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

26. Bazı insanlar, zaman zaman eşyaları arasında, kendilerinin yapmış olması gereken, fakat yaptıklarını hatırlamadıkları yazılar, çizimler ve notlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

27. Bazı insanlar, zaman zaman kafalarının içersinde, belli şeyleri yapmalarını isteyen ya da yaptıkları şeyler üzerine yorumda bulunan sesler duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

28. Bazı insanlar, zaman zaman, dünyaya bir sis perdesi arkasından bakıyormuş gibi hissederler, öyle ki insanlar ve eşyalar çok uzakta ve belirsiz görünürler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

EK 8 : BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (B D Ö)

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (B D Ö)

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

Adı Soyadı :

Cinsiyeti :

Eğitim Türü: Birinci (Gündüz) Öğretim () İkinci (Gece) Öğretim ()

Bölümü : Yaşı :

A- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

B- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

- C- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- D- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- E- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- F- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- G- 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- H- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

İ- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

J- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

L- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

M- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

N- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

O- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

S- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

Evet Hayır

U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK 9 : BECK İNTİHAR DÜŞÜNCESİ ÖLÇEĞİ

Depresyonun Bilişsel Terapisi

İntihar Düşüncesi Ölçeği
()

Ad:

Tarih:

Görüşme günü:

Krizlerin zamanı/ Hastalığın en şiddetli noktası

I. Yaşam / Ölüm 'e karşı tutumunun özellikleri

- () 1. Yaşamak isteği ()
0. Orta dereceden çok şiddetliye kadar
1. Zayıf
2. Hiç yok
- () 2. Ölüm isteği ()
0. Hiç yok
1. Zayıf
2. Orta dereceden çok şiddetliye kadar
- () 3. Yaşamak / Ölüm için nedenleri ()
0. Yaşamak için (ölümden) daha fazla nedenleri var
1. eşit derecede
2. Ölüm için (yaşamaktan) daha fazla nedenleri var
- () 4. Aktif intihar girişimine eğilim (Teşebbüsü) ()
0. Hiç yok
1. Zayıf
2. Orta dereceden çok şiddetliye kadar
- () 5. Pasif intihar eğilimi (Teşebbüsü) ()
0. Yaşamı korumak için tedbirler alarak
1. Yaşam / Ölümü şansa bırakarak (örneğin dikkatsizce kalabalık bir caddeden geçerek)
2. Yaşamı sağlamak ve ya kurtarmak için yardım basamaklarına gerek duyarak (örneğin diyabetiklerde insülini kesme gibi)

I. İntihar düşünceleri ve arzusunun özellikleri

- () 6. Zaman diliminin süresi ()
0. Kısa , hissetme süresi
1. Daha uzun zamanlar
2. Devamlı (kronik),ya çoğu zaman

- () 7. Zaman diliminin sıklığı ()
 0.Nadir, ara sıra
 1.Aralıklarla
 2.Devamlı ya da her zaman
- () 8. Düşünce / arzuya karşı tutum ()
 0.reddetme
 1.Kararsız ; Umursamaz
 2.Kabul etmek
- () 9. İntihar teşebbüsleri /düşünceleri üzerinde kontrol edebilmesi ()
 0.Kontrol edebilecek hissi var
 1.kontrol edebileceğinden emin değil
 2.Kontrol edemeyeceği hissi var
- () 10.Aktif girişimi engelleyici faktörler (örneğin aile, dini inançlar, önceki intihar girişiminden ciddi ve geri dönüşümsüz hasarlar) ()
 0.Engelleyici faktörden dolayı intihar edemez
 1.Engelleyici faktörlerle ilgileniyor
 2. Engelleyici faktörlerle ilgisi az ve ya yok
 (Engelleyici faktör varsa-----)
- () 11. (İntihar) düşüncesi için nedeni ()
 0.Çevreyi manipüle etmek, intikam, Dikkat çekmek
 1. 0 ve 2'nin birleşmesi
 2.Kaçış , bitmek , problemleri çözmek

III. İntihar teşebbüsü düşüncesinin özellikleri

- () 12. Yöntem : Özgüllük / Tasarlama (planlama) ()
 0.Düşünmemiş
 1.Düşünmüş , ancak detaylarını düşünmemiş
 2.Detayları üzerinde çalışmış / iyi formüle etmiş
- () 13 . Yöntem: Kullanışlı /Elverişli ()
 0. Yöntem kullanışlı /elverişli değil
 1. Yöntemi harcayacağı zaman / güç açısından gerçekçi değil
 2a. Yöntemi kullanım ve elveriş açısından hazır
 2b. Yöntemin çok kullanışlı olup beklenilir
- () 14. Girişimi başarmada''Yetenek'' hissi ()
 0.cesareti yok, çok zayıf, korkak ,yetersiz
 1.Cesareti şüpheli, yeterli
 2.Cesaret ve yetriliğinden emin
- () 15. Boş bırak ()

- () 16. Beklenen / Önceden yapılan gerçek girişim ()
 0. Yok
 1. Şüpheli , emin değil
 2. Var

- () 17. Boş bırak ()

IV. Girişim düşüncesini gerçekleştirmek

- () 18. Gerçek hazırlık ()
 0. Yok
 1. Kısmı (örneğin hapları seçmek)
 2. Tam (örneğin hapları , jileti almak, silahı doldurmak)

- () 19. İntihar notları (yazıları) ()
 0. Yok
 1. Başlamış ancak bitirmemiş ya biriktirememiş ; sadece yazmayı düşünmüş
 2. Bitirmiş ; Biriktirmiş

- () 20. Ölümünden önce yapılması gereken son işlemler (sigorta, dilek , hediye vb.) ()
 0. Yok
 1. Bir takım düzenlemeleri yapmayı düşünmek
 2. Kesin planlar yapmak ve düzenlemeleri tamamlamak

- () 21. Girişim düşüncesini Saklama / Kandırma ()
 0. Açıkça fikrini açıklama
 1. Açıklığı gizleme çabası
 2. Aldatma, saklama ve yalan söyleme girişi

V. Arka plan faktörleri

- () 22. Önceki intihar girişimleri ()
 0. Yok
 1. Bir
 2. Birden fazla

- () 23. Son girişimiyle bağlantılı ölüm amacı ()
 (Eğer yoksa “8” giriniz)
 0. Az
 1. Orta derecede, tutarsız, emin değil
 2. Yüksek

EK 10 : HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı:

Hasta No:

Doktorun Adı:

Doğum Tarihi:

HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAM- D)

Her maddede hastayı en iyi tanımlayan cevabı belirleyen numarayı seçin.

	Gün	Ay	Yıl
1. DEPRESİF RUH HALİ (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik) 0= Yok. 1= Bu duygularını ancak sorulduğunda gösteriyor. 2= Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor. 3= Bu duygularını sözleriyle değil, yüz ifadesi, duruşu, sesi ve ağlama eğilimi ile gösteriyor. 4= Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz belirtiyor.			
2. SUÇLULUK DUYGUSU 0= Yok. 1= Kendini suçlu bularak, insanları üzdüğünü sanıyor. 2= Eski yaptıklarından veya hatalarından dolayı suçluluk hissediyor.. 3= O anki hastalığını bir ceza olarak kabul ediyor ve suçluluk delüzyonları gösteriyor. 4= Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel halüsinasyonlar görüyor.			
3. İNTİHAR 0= Yok. 1= Hayatı yaşamaya değer bulmuyor. 2= Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor. 3= İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor. 4= İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim, 4 puanla değerlendirilir.)			
4. UYKUYA DALAMAMAK 0= Uykuya dalmada herhangi bir güçlük çekmiyor. 1= Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor. 2= Her gece uyuma güçlüğü çekiyor.			
5. GECEYARISI UYANMAK 0= Herhangi bir sorunu yok. 1= Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan yakınıyor. 2= Gece yarısı uyanıyor, yataktan kalkmak, 2 puanla değerlendirilir. (Herhangi bir neden olmaksızın.)			
6. SABAH ERKEN UYANMAK 0= Herhangi bir sorunu yok. 1= Sabah erkenden uyanıyor fakat tekrar uykuya d alıyor. 2= Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor			
7. İŞ VE AKTİVİTELER 0= Herhangi bir sorunu yok. 1= Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor. 2= Aktivite, hobi veya işe duyulan ilginin kaybolması, hasta bunu doğrudan kendisi söyler veya dolaylı olarak kayıtsızlık ve kararsızlığı ile gösterir. (Kendini iş veya aktiviteler için zorlaması gerektiğini hisseder.) 3= Aktivitelere ayrılan zamanda veya üretkenlikte azalma. Hastane değerlendirmesinde, eğer hasta en az 3 saatini aktivitelerine (hastane işi veya hobileri) ayırmıyorsa 3 puan verin. 4= Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış, yatan hastalar servisteki işlerin dışında hiçbir aktiviteye katılmıyorsa ya da servis işlerini yardım almadan yapıyorsa 4 puan ile değerlendirin.			
8. RETARDASYON (Düşünme, konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma) 0= Normal konuşma ve düşünce. 1= Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor. 2= Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor. 3= Görüşme yapmakta güçlük çekiyor. 4= Tam stupor.			

9. AJİTASYON 0= Yok. 1= Yerde duramama. 2= Eller, saçlar v.b. ile oynama. 3= Ayakta dolaşma, sakin oturmama. 4= Ellerini ovuşturma, tırnak yeme, saç çekme, dudak yeme.	
10. PSİŞİK ANKSİYETE 0= Güçlük yok. 1= Subjektif gerilim ve irritabilite. 2= Küçük şeylerden kaygı duyma. 3= Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor. 4= Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.	
11. SOMATİK ANKSİYETE 0= Yok. 1= Hafif. 2= Orta 3= Şiddetli 4= Çok şiddetli Anksiyete eşlik eden fizyolojik belirtiler: Gastrointestinal: Ağız kuruluğu, gaz çıkarma, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme, diyare. Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı. Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme. Sık idrara çıkma, terleme.	
12. SOMATİK SEMPTOMLAR- Gastrointestinal 0= Yok. 1= İştahsız ama hastane personelinin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor. 2= Hastane personeli zorlamadan yemekte güçlük çekiyor. Gastrointestinal semptomlar için ilaç veya barsaklar için laksatif ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.	
13. SOMATİK SEMPTOMLAR-Genel 0= Yok. 1= Ekstremitelerinde, sırtında yada başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda ağrı. Enerji kaybı ve yorgunluk hissi. 2= Herhangi bir kesin şikayet. 2 puanla değerlendirilir.	
14. GENİTAL SEMPTOMLAR (Libido kaybı, menstrual bozukluklar gibi semptomlar) 0= Yok. 1= Hafif 2= Şiddetli	
15. HİPOKONDRIASİS 0= Yok. 1= Evhamlılık. 2= Sağlıkla ilgili evhamlar. 3= Sık sık yakınmalar, yardım isteği v.b. 4= Hipokondriak delüzyonlar.	
16. ZAYIFLAMA (A ya da B' yi işaretleyiniz) A. Anamneze göre değerlendirirken: 0= Kilo kaybı yok. 1= Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı. 2= Kesin (hastaya göre) kilo kaybı. B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan, hastanın tartıldığı kontrollarda. 0= Haftada 0,5 kg 'dan daha az kilo kaybı. 1= Haftada 0,5 kg.' dan daha fazla kilo kaybı. 2= Haftada 1 kg.' dan daha fazla kilo kaybı.	
17. DURUMU HAKKINDA GÖRÜŞÜ 0= Hasta ve depresyonda olduğunu farkında. 1= Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklerle, virtüslere, aşırı çalışmaya, istirahata ihtiyacı olduğuna bağlıyor. 2= Hasta olduğunu kabul etmiyor.	
Düşünceler	Toplam puan:
Değerlendirme: 0-7 = Depresyon yok, 8-12= Hafif depresyon ,13-17= Orta depresyon,18-29= Major depresyon,30-52= Major depresyondan daha ağır	

EK 11 : HAMILTON ANKSİYETE DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

HAMILTON ANKSİYETE DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

Yok : 0 Hafif:1

Orta derece:2

Şiddetli:3

Çok şiddetli:4

		Puan			Puan
Anksiyeteli Duygudurum	Endişeler, kötülük beklentisi, korkulu beklenti, çabuk sinirlenme		Bedensel (Duyusal)	Kulak çınlaması, bulanık görme, soğuk-sıcak basması, güçsüzlük hissi, karıncalanma	
Gerginlik	Gerginlik hissi, yorgunluk, irkilme yanıtı, kolay ağlama, titreme, huzursuzluk hissi		Kalp damar sistem belirtileri	Kalp atışlarının hızlanması, çarpıntı, göğüste ağrı, damarların atması, bayılma duygusu, kalp atışında vuru atlaması	
Korkular	Karanlık, yabancılar, yalnız bırakılma, hayvanlar, trafik, kalabalık		Sistem belirtileri	Göğüste sıkışma ve baskı hissi, boğulma hissi, derin iç çekmeler, nefes darlığı	
Uykusuzluk	Uykuya dalma güçlüğü, bölünmüş uyku, uykudan yorgun kalkma, rüyalar, kabuslar, gece korkuları		Mide-barsak sistem belirtileri	Yutma güçlüğü, karında ağrı, midede yanma, karında dolgunluk hissi, bulantı, kusma, ishal, kilo kaybı, kabızlık, barsakta gaz	
Bilişsel	Dikkatini toplamada güçlük, bellek zayıflığı		Üreme-boşaltım sistem belirtileri	Sık idrar yapma, aniden idrar yapma isteği gelmesi, adet görememe, adet kanama süresinin artması, kadında cinsel soğukluk gelişmesi, erken boşalma, libido kaybı, ereksiyon güçlüğü	
Depresif duygudurum	İlgikaybı, hobilerden zevk alamama, çökkünlük, erken uyanma, diurnal ritimde değişme		Otonomik belirtiler	Ağız kuruluğu, kızarma, solukluk, terlemeye eğilim, sersemlik hissi, gerginlik, baş ağrısı, tüylerin diken diken olması	
Bedensel (kaslarla ilgili)	Ağrılar, seyirmeler, miyoklonik atmalar, diş gıcırdatma, sesin tonunda değişme, kas gerginliğinde artma		Görüşme sırasındaki davranış	Tedirginlik, yerinde duramam, ellerde titreme, kaşların çatılması, gergin yüz, iç çekme yada hızlı solunum, yüzde solukluk, yutkunma, geğirme, tendonlarda atmalar, genişlemiş göz bebekleri, gözlerin yuvalarından çıkması	

EK 12 : ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
Psikiyatri Anabilim Dalı
Klinik Psikoterapi Birimi

CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE (CTQ-28) ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek 2002 yılında Prof.Dr.Vedat Şar tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Klinik içi araştırmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Her Hakkı mahfuzdur. Basılmaz, satılmaz. Ancak kaynak gösterilerek bilimsel araştırmalarda kullanılabilir.

Sorulara nasıl yanıt verilecek?

Bu somlar çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir. Lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...					
3. Yeterli yemek bulamazdım.	1	2	3	4	5
10. Ailemden birisi bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla sezenlerdi.	1	2	3	4	5
13. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırdı.	1	2	3	4	5
15. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
18. Kirdi gıysiler içerisinde dolaşmak zorunda kaldım.	1	2	3	4	5
21. Sevidiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
23. Ana babamın benim doğmuş olmanı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
24. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekiyordu.	1	2	3	4	5
26. Ailemden birisi bana o kadar şiddetle vuruyordu ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
29. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5

Hiç bir
zaman

Nadiren

Zaman
zaman

Sıklıkla

Çok sık
olarak

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

30. Ailemden tam olarak memnundum.	1	2	3	4	5
31. Ailemden birisi bana kıracak ya da saldırganca sözler söylerdi.	1	2	3	4	5
32. Ailemden birisi bana kıracak ya da saldırganca sözler söylerdi.	1	2	3	4	5
33. Vücudum kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
34. Ailemden birisi beni her türlü kötü davranışa zorlardı.	1	2	3	4	5
35. Bana o kadar kötü vuruluyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
40. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
41. Ailemden birisi beni her türlü kötü davranışa zorlardı.	1	2	3	4	5
42. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
44. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkında yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
45. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
47. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
49. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
50. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
51. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
52. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
53. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
54. Gerekliği halde doktora götürülmezdim.	1	2	3	4	5

