



T.C.
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ
RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**DİSOSİYATİF BOZUKLUKTA (KONVERSİYON
BOZUKLUğU) ERKEN DÖNEM UYUM
BOZUCU şEMALARIN İNCELENMESİ**

Dr. Yavuz Bahadır BEDİR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA-2020



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**DİSOSİYATİF BOZUKLUKTA (KONVERSİYON
BOZUKLUĞU) ERKEN DÖNEM UYUM BOZUCU
ŞEMALARIN İNCELENMESİ**

Dr. Yavuz Bahadır BEDİR

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ANKARA-2020

TEŞEKKÜR

Psikiyatri ihtisasına başladığım ilk günden itibaren bana hekimliği öğreten, varlığını, desteğini her daim hissettiğim, klinik bilgi ve deneyimlerini bizimle cömertçe paylaşan başta klinik şefimiz aynı zamanda tez danışmanım Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER'e, psikiyatri ihtisasım sürecinde klinikte beraber çalışarak tecrübelerinden faydalandığım ve destek gördüğüm değerli hocam Prof. Dr. Özcan UZUN'a, nezaketiyle ve bilgisiyle örnek aldığım Prof. Dr. Sinan YETKİN'e, rotasyon eğitimimde fikir ve deneyimlerinden istifade ettiğim Prof. Dr. Mehmet Ayhan CÖNGÖLOĞLU'na, nöroloji kliniğinden Doç. Dr. Ömer KARADAŞ'a, AMATEM kliniğinden Uzm. Dr. Şafak Yalçın ŞAHİNER'e, Uzm. Dr. Beyazıt GARİP'e, Uzm. Dr. Mehmet Sinan AYDIN'a, bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen tüm uzmanlarımıza, çalışmamın istatistiksel değerlendirilmesinde değerli katkılarından dolayı arkadaşım Dr. İbrahim GÜNDOĞMUŞ'a, kendileriyle devamlı bilgi paylaşımında bulunduğum asistan arkadaşlarıma, klinikteki hemşirelerimize, tüm personele ve kendilerinden çok şey öğrendiğimiz hastalarımıza,

Varlıklarını hep yanımda hissettiğim, yetişmemde büyük katkıları olan annem ve babama,

Her koşulda yanımda olan, sevgisini daima yüreğimde hissettiğim değerli eşim Dilara'ya, kıymetli oğlum Ali Nadir'e,

Hayatımda olmaları nedeniyle büyük mutluluk duyduğum arkadaşlarıma sonsuz teşekkür ederim...

Dr. Yavuz Bahadır BEDİR

ÖZET

Dr. Yavuz Bahadır Bedir, Disosiyatif Bozuklukta (Konversiyon Bozukluğu) Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların İncelenmesi. Ankara, 2020

Amaç: Disosiyatif bozukluk (DB) kişide bilinç, kimlik, bellek, çevreyi algılama gibi normalde bir bütün halinde çalışan işlevlerin etkilendiği kronik psikiyatrik bir bozukluktur. Bu bozukluğun yaşam kalitesini etkilediği ve önemli derecede işlevsellik kaybına yol açtığı bilinmektedir. Bundan dolayı DB'nin erken tanı ve tedavisi önemlidir. Bildiğimiz kadarıyla literatürde DB'de erken dönem uyum bozucu şemalar ile ilişkisini inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada DB hastalarının sosyodemografik, klinik özellikleri ve erken dönem uyum bozucu şemalar ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem ve Gereç: Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde kesitsel tipte gerçekleştirilen bu çalışmanın, örneklemini DSM-5'e göre DB tanısı konmuş 61 DB hastası ve 67 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 128 kişi oluşturmaktadır. DB hastalarına Disosiyatif Bozukluklar İçin Görüşme Çizelgesi (DBGÇ) kullanılarak tanı konulmuştur. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri, klinisyen tarafından hasta ile yapılan görüşmeler sırasında kaydedildi. Şemalara ait alt ölçekler Young Şema Ölçeği (YŞÖ) ile değerlendirildi. Elde edilen veriler, veri setine kayıt edilerek, uygun istatistiki analizler uygulandı.

Bulgular: Disosiyatif bozukluk hastalarının %77'sini Tanımlanmış Diğer Bir Disosiyatif Bozukluk (TDDB), %12'sini Disosiyatif Kimlik Bozukluğu (DKB), %6'sını Depersonalizasyon/Derealizasyon bozukluğu (DPB/DRB), %3'ünü ise Disosiyatif amnezi oluşturmaktadır. YŞÖ'nün tüm alt ölçeklerinde DB tanısı alan grupta kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,001$). Hasta grubunun %78'inde duygusal travma, %16'sında cinsel travma, %3'ünde fiziksel travma kaydedilirken, %3'ünde ise hiçbir travma gözlenmedi.

Sonuç: DB’li bireylerde kontrol grubuna göre beş şema alanının her birine dair skorlar yüksek olarak bulundu. Bu nedenle, bu alışma DB’de yapılacak psikoterapötik müdahalelerin bu şemalara odaklanması gerektiğini düşündürmektedir. DB’de şemaların belirlenmesi hastalığın etiyopatogenezi ve tedavisi açısından yardımcı olabilir.

Anahtar Sözcükler: Disosiyatif bozukluk, kimlik, şema, konversiyon bozukluğu



ABSTRACT

M.D. Yavuz Bahadır Bedir, Investigation of Early Maladaptive Schemas in Dissociative Disorder (Conversion Disorder). Ankara, 2020

Objective: Dissociative disorder (DD) is a chronic psychiatric disorder in which functions such as consciousness, identity, memory, and perception of the environment that normally work as a whole are impaired. It is known that this disorder affects the quality of life and causes a significant loss of functionality. Therefore, early diagnosis and treatment of DD is important. As far as we know, there is no study in the literature that examines its relationship with early maladjustment schemas in DD. In this study, it was aimed to examine the sociodemographic and clinical characteristics of DD patients and their relationship with early maladaptive schemas.

Materials and Methods: The sample of this cross-sectional study conducted in Gülhane Training and Research Hospital, Mental Health and Diseases Clinic consists of a total of 128 people, 61 of whom were diagnosed with DD according to DSM-5 and 67 healthy controls. Patients with DD were diagnosed using the DDIS (Dissociative Disorders Interview Schedule). Sociodemographic and clinical characteristics of the participants were recorded by the clinician during the interviews with the patient. The subscales of the schemas were evaluated using the Young Schema Scale (YSS). The obtained data were recorded in the data set and appropriate statistical analysis was applied.

Results: 77% of the patients with dissociative disorder constitute Other Specified Dissociative Disorder (OSDD), 12% Dissociative Identity Disorder (DID), 6% Depersonalization/Derealization Disorder (DPD / DRD), and 3% Dissociative Amnesia (DA). In all subscales of YSS, a statistically significant difference was found in the group diagnosed with DD compared to the control group. Emotional trauma was recorded in 78% of the patient group, sexual trauma in 16%, physical trauma in 3%, and no trauma was observed in 3%.

Conclusion: The scores for each of the five schema areas were found to be higher in individuals with DD compared to the control group. Therefore, this study suggests that psychotherapeutic interventions in DD should focus on these schemas. Determination of schemas in DD disease can be helpful in terms of etiopathogenesis and treatment of the disease.

Key Words: Dissociative disorder, identity, schema, conversion disorder



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xi
TABLOLAR LİSTESİ.....	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiv
1.GİRİŞ VE AMAÇ	15
2.GENEL BİLGİLER	16
2.1. Disosiyatif Bozukluk.....	16
2.1.1. Tanımı ve Epidemiyolojisi.....	16
2.1.2. Tarihçesi.....	16
2.1.3. Tanı.....	17
2.1.4. Etiyoloji.....	20
2.1.5. Klinik Özellikler.....	23
2.1.6. Tedavi.....	28
2.2. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar	29
2.2.1. Şema Kavramı.....	29
2.2.2. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların Oluşumu	29
2.2.3. Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Sınıflandırılması	30
2.2.4. Şemalar ve Disosiyatif bozukluklar	37
3. YÖNTEM VE GEREÇ	40
3.1. Örneklem.....	40

3.2 Araştırmanın Etik Kurul Onayı.....	41
3.3. Çalışmaya Dâhil Edilen Hastalara Uygulanan Ölçüm Araçları.....	41
3.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu.....	41
3.3.2. Young Şema Ölçeği (YŞÖ).....	41
3.3.3. Disosiyatif Bozukluklar Görüşme Çizelgesi (DDIS).....	43
3.4. Yöntem.....	43
3.5. İstatiksel Analiz.....	43
4. BULGULAR.....	45
5. TARTIŞMA	58
5.1. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların Analizi	58
5.2. Disosiyatif Bozukluklarda Sosyodemografik Özelliklerin İncelenmesi	63
5.3. Kısıtlılıklar	63
5.4. Sonuç Ve Öneriler.....	68
5.4.1. Sonuçlar	68
5.4.2. Öneriler	69
6. KAYNAKLAR	70
7. EKLER.....	78
7.1.EK-1:Araştırma Etik Kurul Belgesi.....	78
7.2.EK-2: Olgu Rapor Formu.....	79
7.3.EK-3: Disosiyatif Bozukluklar İçin Görüşme Çizelgesi.....	85

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BKB	: Borderline Kişilik Bozukluğu
BTA-DB	: Başka türlü adlandırılmayan Disosiyatif Bozukluk
DBGÇ	: Disosiyatif Bozukluklar İçin Görüşme Çizelgesi
DDIS	: Dissociative Disorders Interview Schedule
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DB	: Disosiyatif Bozukluklar
DKB	: Disosiyatif Kimlik Bozukluğu
DPB/DRB	: Depersonalizasyon/Derealizasyon bozukluğu
DA	: Disosiyatif Amnezi
TDDB	: Tanımlanmış Diğer Bir Disosiyatif Bozukluk
TDB	: Tanımlanmamış Disosiyatif Bozukluk
FMRI	: Fonksiyonel Manyetik Görüntüleme
GABA	: Gama Amino Bütirik Asid
ICD	: Dünya Sağlık Örgütü-Hastalıkların ve Bunlarla İlişkili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflanması
NMDA	: N-Metil D- Aspartat
PET	: Pozitron Emisyon Tomografi

VKİ :Vücut kitle indeksi
YSS :Young schema scale



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. DSM-5'e göre Disosiyatif Bozukluk tanıları.....	18
Tablo 2.2. ICD-11'e göre Disosiyatif Bozukluk tanıları.....	18
Tablo 4.1. Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin dağılımı	45
Tablo 4.2. Disosiyatif Bozuklukların alt tiplerine göre dağılımı	46
Tablo 4.3. Gruplar arasında sigara, alkol kullanım oranlarının karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.4. Disosiyatif Bozukluk hastalarının hastalık özelliklerinin dağılımı.....	47
Tablo 4.5. Grupların kendine zarar verme ve intihar girişimlerinin karşılaştırılması...47	
Tablo 4.6. Grupların ailelerinde ruhsal hastalık, şizofreni, intihar girişimi dağılımı....48	
Tablo 4.7. Disosiyatif Bozukluk ve kontrol gruplarında şema alt ölçek skorlarının dağılımı	49
Tablo 4.8. Hasta grubunun sürekli değişkenlerinin korelasyon analizi	50

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1 Duygusal yoksunluk şemasının hasta ve kontrol grubu skor dağılımı	51
Şekil 1.2 Karamsarlık şemasının hasta ve kontrol grubu skor dağılımı.....	51
Şekil 1.3 Duyguları bastırma şemasının hasta ve kontrol grubu skor dağılımı	52
Şekil 1.4 İççe Geçme/Bağımlılık şemasının hasta ve kontrol grubu skor dağılımı ..	52
Şekil 1.5 Kendini feda şemasının hasta ve kontrol grubu skor dağılımı.....	53
Şekil 1.6 Cezalandırılma şemasının hasta ve kontrol grubu skor dağılımı	53
Şekil 1.7 Dayanıksızlık şemasının hasta ve kontrol grubu skor dağılımı	54
Şekil 1.8 Başarısızlık şemasının hasta ve kontrol grubu skor dağılımı.....	54
Şekil 1.9 Sosyal izolasyon/Güvensizlik şemasının hasta ve kontrol grubu skor dağılımı	55
Şekil 1.10 Onay arayıcılık şemasının hasta ve kontrol grubu skor dağılımı	55
Şekil 1.11 Ayrıcalıklılık/Yetersiz Özdenetim şemasının hasta ve kontrol grubu skor dağılımı	56
Şekil 1.12 Terk edilme şemasının hasta ve kontrol grubu skor dağılımı	56
Şekil 1.13 Kusurluluk şemasının hasta ve kontrol grubu skor dağılımı	57
Şekil 1.14 Yüksek standartlar şemasının hasta ve kontrol grubu skor dağılımı	57

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Disosiyasyon, normal şartlarda bütünlük içerisinde bulunan bilinç, bellek, kimlik ve çevreyi algılama işlevlerinde çözülme/kopma anlamına gelir [1]. Herhangi bir organik (örn. nörolojik) neden olmaksızın meydana gelen bu kopma ve kesinti hali her insanda bulunan bir savunma düzeneğidir [2]. Dalgınlık, beklenmedik unutmalar, bir konuya aşırı odaklanıp çevreden bir süre için kopma halleri normal yaşamda sıkça karşılaştığımız disosiyatif yaşantılara örnektir. Bu disosiyatif yaşantıların kişinin kendisi için rahatsızlık verir hale gelmesi iş ya da sosyal uyumunu bozması durumunda Disosiyatif Bozukluk (DB) tanısı konur [3].

DB'nin görülme sıklığı yatan hastalarda %5-%20,7 arasında [4-8], ayaktan tedavi görenlerde ise %12-%29 arasında bulunmuştur [9-11]. Türkiye'de Sivas'ta kadınlarda yaşam boyu görülme sıklığı %18,3 bulunmuştur [12]. DB tüm psikiyatrik bozukluklar içerisinde etiyolojik olarak travma ve çevre ile en fazla ilişkisi olan bozukluklardan biridir [13].

Çocukluktan itibaren gelişen ve yaşam boyunca tekrarlayan, duygusal ve bilişsel kalıplara şema denir [14]. Şemalar bireylerin mevcut bilgileri yorumlarken ve sorunlarını çözerken kullandıkları, kendileri ve dış dünya ile ilişkilerinde önemli rol oynayan bilişsel yapılardır [15, 16]. Daha önce depresyon, anksiyete, yeme bozuklukları, kişilik bozuklukları ve somatoform bozukluklarda görülen erken dönem uyum bozucu şemalarla birçok çalışmada incelenmiştir [17-26]. Disosiyatif yaşantılar ile şemalar arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma sayısı ise kısıtlıdır [27-29]. Bu çalışmada; DB tanısı alan olgularda, sosyodemografik ve klinik özellikler ile erken dönem maladaptif şemaların incelenmesi amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Disosiyatif Bozukluk

2.1.1. Tanımı ve Epidemiyolojisi

Disosiyasyon; çözülme, ayrılma, bölünme anlamına gelir. Bu kavram ilişki, birlik anlamına gelen asosiyasyonun zıttıdır [1]. Aslında disosiyasyon yalın ve bağımsız bir psikopatolojik olgu olmaktan ziyade zihinsel veya davranışsal süreçler kümesinin kişinin diğer psikik aktivitelerinden ayrışmasını veya çözülmesini içeren bilinçdışı bir savunma düzeneğidir. Bu çözülme, normalde bütünlük içerisinde olan bilinç, bellek, kimlik, duygu, algı, beden temsili ve motor kontrol gibi psikolojik işlevlerin tümünü ya da birkaçını etkilemektedir [30].

Disosiyatif yaşantılar travma sonrası stres bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu gibi hastalıklarda da görülebilir [31]. Genellikle kişinin travmayla baş etme becerisinin yetersiz olduğu durumlarda ortaya çıkar. Disosiyatif yaşantılar kişi için rahatsız edici olup işlevselliğini bozduğunda Disosiyatif Bozukluk halini alır. Epidemiyolojik araştırmalar incelendiğinde; Kuzey Amerika'da yapılan bir çalışmada % 10 oranında hastada disosiyatif bozukluk saptanmıştır [32]. İstanbul'da bir hastanenin Acil Psikiyatri Poliklinik başvurularında ise %34,9 oranında bulunmuştur [33]. Almanya'da yapılan çalışmada %15 [6], Hollanda'da yatan hastalarda ise bu oran %8,2 olarak bulunmuştur [5]. DB'nin prevalans çalışmalarındaki farklı bulguların sebebi olarak; klinisyenler tarafından tanınma zorluğu, tanı sistemindeki farklılıklar, mevcut eş tanımlar ve klinik spektrum genişliği düşünülebilir [34].

2.1.2. Tarihçesi

Histeri ve disosiyasyon üzerine olan çalışmalar 17. yüzyılın sonunda başlamıştır. Paracelsus'un alternatif kişilikleri olan bir bireyin ilk tıbbi raporunu yazdığı iddia edilmiştir [35]. İlerleyen süreçte bir nörolog olan Charcot çalışmaları ile histeride hipnozun önemi üzerinde durdu. Ayrıca histerinin semptomlarını ve histeride hipnoz uygulamalarını tıbbi terimler ile ifade etti. Tüm bunların sonucunda nörologlar ruhsal hastalıkların psikolojik yönlerini araştırmaya başladı. Charcot'un histeri ile ilgili çalışmaları, bu hastalığı felç ve benzeri hastalık olarak ele almaktan öteye gidemedi. Öğrencisi Pierre Janet histerinin fiziksel bir hastalık olduğunu

reddetti ve bunun ruhsal bir hastalık olarak görüldüğünü ifade etti. Bundan dolayı özellikle hafıza zayıflığı, sabit düşünceler ve bilinçaltı fenomenler üzerinde özellikle durdu ve tedavi metodu olarak hipnozu tercih etti [36].

Freud disosiyasyonun yerine bastırma kavramını tercih etti. Pierre Janet Freud'un birincil açıklayıcı ilke olarak bastırmayı tercih etmesini açıkça tartışma konusu haline getirerek, birçok histerik semptomu disosiyatif süreçler temelinde açıklamıştır.

Janet histerinin psikolojik travmanın sonucu olduğuna dikkati çekti. Histerideki temel lezyonun, histerik kişinin subjektif veya objektif fenomenleri algılayamadığı, bilinçliliğin daralması olduğuna inanmaktaydı. Ayrıca Janet yapısal ve çevresel faktörlerin birleşerek psikopatolojik disosiyatif sonucu yarattığı stres diyatez modelini öne sürmüştür. Hastaları için hipnoz ve travmatik yaşantıları anlayabileceği bir tür bilişsel davranışçı psikoterapi geliştirdi. Hastaların, algı bozukluklarını, bilinçlerindeki değişiklikleri modifiye etmek için hipnotik telkin, betimleme ve yaratıcı uğraşları kullanmıştır. Pierre Janet'in araştırmaları ve klinik teorisi, özellikle disosiyasyonda geçmişteki travmatik olayların rolü üzerindeki vurgusu, yaygın olarak, modern disosiyasyon görüşünün temeli olarak görülmektedir [37].

Zaman içerisinde önemi azalan Disosiyatif Bozukluklar özellikle tekrarlayan savaşlarda askerlerde görülen amnezi, füğ ve konversiyon semptomlarının görülmesiyle tekrar psikiyatrinin gündemine girdi [38].

2.1.3. Tanı

DSM-I'de disosiyatif reaksiyonlar diğer reaksiyonlardan ayrılmış olsa da DSM-II'de daha üst kategori olan histerik nevrozlara dahil edilmiştir. Histerik nevrozlar, bir konversiyon veya disosiyatif alt tip olarak düşünülmekteydi. DSM-III'te, 19. yüzyılda histeriden türemiş olan bozukluklar; somatizasyon bozukluğu, disosiyatif bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu ve histriyonik ve sınır kişilik bozuklukları olarak tanımlandı. DSM-III sistematik ve ampirik araştırmaların bu bozuklukların geçerlilik ve güvenilirlikleriyle birlikte ayrı ayrı organize edilmelerini sağladı. ICD-10 disosiyatif bozuklukları nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar arasında sınıflandırmıştır. DSM-IV-TR ve ICD- 10'un disosiyatif bozukluklar ile konversiyon bozukluklarına farklı yaklaşımları bulunmaktadır. DSM-IV-TR bunların ayrı hastalık olduğunu savunurken ICD-10 bunların oluşumunda

temelde benzer mekanizmaların olduğunu savunmaktaydı. DSM-5’te bu hastalıkların ayrı hastalıklar olduğu düşüncesi devam etmiş. ICD-10 sınıflandırmasında ise disosiyatif bozukluklar konversiyon bozukluğu ile tamamen aynı hastalığı ifade eder bir şekilde kullanılmışken, ICD-11 de konversiyon bozukluğu bir alt tip olarak “Disosiyatif Nörolojik Semptom Bozukluğu” şeklinde düzenlenmiştir [39]. DSM-5 ve ICD-11’e göre disosiyatif bozukluk tanıları Tablo 2.1. ve Tablo 2.2.’de verilmiştir.

Tablo 2.1. DSM-5’e göre Disosiyatif Bozukluk tanıları

DSM-5 sınıflandırması
Disosiyatif kimlik bozukluğu
Disosiyatif amnezi
Depersonalizasyon/Derealizasyon bozukluğu
Tanımlanmış diğer bir disosiyatif bozukluk
Tanımlanmamış disosiyatif Bozukluğu

Tablo 2.2. ICD-11’e göre Disosiyatif Bozukluk tanıları

ICD-11 Sınıflandırması
Disosiyatif nörolojik semptom bozukluğu
Disosiyatif amnezi
Trans bozukluğu
Tutulma(posesion) ve trans bozukluğu
Disosiyatif kimlik bozukluğu
Kısmi Disosiyatif kimlik bozukluğu
Depersonalizasyon-derealizasyon bozukluğu
Sekonder Disosiyatif sendrom
Diğer tanımlanmış Disosiyatif bozukluklar
Disosiyatif bozukluklar, tanımlanmamış

DSM -5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) tanı kriterlerine göre disosiyatif

bozukluklar; Disosiyatif Kimlik Bozukluğu (DKB), Disosiyatif Amnezi (DA), Depersonalizasyon/Derealizasyon Bozukluğu (DPB), Tanımlanmış Diğer Bir Disosiyatif Bozukluk (TDDDB), Tanımlanmamış Disosiyatif Bozukluk (TDB) olarak kategorize edilmiştir [40]. Disosiyatif bozuklukların tanı dağılımı ile ilişkili, ayaktan poliklinik başvurusu olan ve yatarak tedavi gören hastalarda çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Ayrıca toplumdaki yaygınlığı da belirlenmeye çalışılmıştır. Bu çalışmalarda tanı dağılımları kültürlere özgü farklılıklar göstermiştir [41]. Tanı dağılımlarında en sık gözlenen tanılardan biri Başka türlü adlandırılmayan-Disosiyatif Bozukluk (BTA-DB) grubu olmuştur. Bu tanı DSM-5'te kendine Tanımlanmış Diğer Bir Disosiyatif bozukluk (TDDDB) olarak yer bulmuştur [9]. BTA-DB tanısındaki bu sıklık bazı yazarlar tarafından ölçüm tekniklerinin farklılıkları ve kültürel görünümü değerlendirilmedeki yetersizliğe bağlanmıştır [42].

Bazı araştırmacılar tarafından da DB tanısı alan olgularda psikotik yaşantıların varlığı vurgulanmış, şizofreninin birinci derece belirtilerinin ayırıcı tanısında özellikle DKB tanısı alan olguların da bulunması gerektiği ifade edilmiştir [43]. Ayrıca TDDDB tanısı alan olgularda işitsel ve görsel varsanılar gibi kısa süreli psikotik yaşantıların varlığına işaret edilmiştir. Sınıflandırmada yaşanan bu değişikliklerin ve tanılamadaki zorluk yaşanmasının gerekçesi olarak da DB tanısı alan olgularda kültürel farklılıkların, psikotik yaşantıların ve somatik belirtilerin sebep olduğuna dikkat çekilmiştir [44].

Çoğu psikiyatrik hastalıkta olduğu gibi Disosiyatif bozuklukların da etiyolojisinin halen açıklığa kavuşturulamaması, görüntüleme ve laboratuvar bulgularının tanı koyduracak kadar açık olmaması nedeniyle DB tanısı klinik muayene bulguları ile konulabilmektedir. Farklı tanı sistemleri geliştirilmiş olmasına rağmen sıklıkla DSM-5 ve ICD-11 (Hastalıkların ve Bunlarla İlişkili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatiksel Sınıflanması 11. Baskı) tanı sistemleri kullanılmaktadır. Bu iki tanı sistemi, birtakım nüansları olsa da büyük ölçüde benzerlikler göstermektedir. Bununla birlikte klinik pratikte DSM-5 tanı kriterleri nispeten daha fazla kullanılmaktadır [44]. Bunun nedeninin DSM-5'in özgüllük ve duyarlılığının daha yüksek olmasıdır.

2.1.4. Etiyoloji

Yüz yılı aşkın süredir yapılan araştırmalara DB'nin nedeni tam olarak aydınlatılabilmiş değildir. Yapılan çalışmalar hastalığın çok sayıda faktörün etkisi ile oluştuğunu göstermektedir. DB'nin şiddetli duygusal veya fiziksel travma yaşadıktan sonra geliştiği düşünülmektedir. Klinik görünümdeki çeşitliliğin yanı sıra tedavi yanıtı, gidişat ve sonlanımda da farklılıklar oluşmaktadır. Hastalığın bu yönünden dolayı etiyoloji için çeşitli hipotezler öne sürülmüştür.

2.1.4.1. Nörobiyolojik Teoriler

Nörobiyolojik araştırma alanında, disosiyatif semptomlarla ilişkili fizyolojik değişikliklerin varlığını doğrulayan çoklu çalışmalar yapılmıştır. Daha önce de belirtildiği gibi, erken psikolojik travma veya kötüye kullanımın (yani stres) bu değişikliklerin gelişimine aracılık edebileceği hipotezi vardır. Bugüne kadar, DB'nin gelişiminde birkaç nörotransmitter sistemi bulunmaktadır: Hipotalamo-Hipofizo-Adrenal Disfonksiyon (HPA), Glutamat / N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptörü, Serotonin 5-HT_{2A}, 5-HT_{2C} reseptörleri, gama aminobutirik asit (GABA) ve Opioid reseptörleri [45].

HPA ekseninin, stres tepkisinin tedavisinde merkezi bir rol oynadığı bilinmektedir. Bu konuda bugüne kadar çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Çoğu, disosiyatif semptomları olan bireylerin, artmış kortizol ve azalmış hipofiz negatif geri besleme inhibisyonu ile bazal HPA eksenini hiperaktivitesine sahip olduğunu gösteren bulgular mevcut [46].

Strese bağlı bu düzensizliğin bir uzantısı olarak, nörogörüntüleme kullanılarak bazı araştırmalar yapıldı. Hem hayvan hem de insan çalışmalarında, genç yaştaki stresin hipokampus yapısındaki değişikliklerle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bazı araştırmacılar tarafından disosiyatif semptomları olan hastalarda daha küçük hipokampal ve amigdala hacimleri bildirilmiştir [47]. Azalan hipokampal hacim strese maruz kalma ile açıklanabilir; hipokampus, stresli deneyimler sırasında salınan glukokortikoidler için ana hedef organdır ve glukokortikoidlere uzun süre maruz kalmak hipokampusün ilerleyen atrofisine yol açabilir. Daha küçük amigdala hacmine yol açabilecek kesin mekanizma net değildir. Bu değişimde diğer nörotransmitterlerin rol oynaması mümkündür. Çalışmalarında D'Souza ve ark. (2006) psikoza benzer disosiyatif semptomların, serotonin reseptörlerinin

istenmeyen uyarımına neden olan inhibitör (GABAerjik) eksikliklerle ilişkili olabileceğini öne sürmüştür.

Disosiyatif fenomenleri arttıran bazı ilaçlar, alkol kullanımı, kannabinoid gibi maddeler de nörobiyolojiyi anlamamız açısından bilgi vermektedir. Sağlıklı bireylerde derin bir disosiyasyona neden olabilen NMDA reseptör antagonisti ketamin de yol gösterici olmuştur. NMDA reseptörleri, kortekste, ayrıca hipokampus ve amigdalada yaygın olarak dağılır; bu nedenle, azalmış NMDA ile ilişkili nörotransmisyonun disosiyatif semptomlar ile ilişkili olması mümkündür. Kannabinoidlerin etkisi, diğer yarışmacı olmayan NMDA antagonistlerinden farklı bölgelerde NMDA reseptörlerini bloke ettikleri ve disosiyatif belirtilere neden oldukları gösterildiğinden bu hipotezi doğrulamaktadır [48].

Araştırmalar DPB tanılı bireylerin uyarıcı uyaranlara karşı künt tepkiler verdiğini, DPB'nin duyuşal sistemler (yani görme, işitme) ve limbik sistem arasındaki bağlantılardan kaynaklandığını düşündürdüğünü göstermektedir. DPB'li bireylerde serotonin, endojen opioid ve glutamat sistemlerindeki farklılıklar bulunmuş [49].

DA'lı bireylerde ise sağ frontotemporal kortekste kan akışında azalma olduğu gösterilmiştir. Beyin bölgelerinde duygu işleme ve hafıza, dikkat ve interoceptif farkındalık, duyuşal girdinin filtrelenmesi, bilişsel kontrol ve uyarılma modülasyonları ile ilişkili değişiklikler disosiyatif bozukluklar ile ilişkilendirilmiştir [50].

2.1.4.2. Travma ve Gelişimsel Model

Travmanın şiddeti ile disosiyasyon skorları arasında ilişki vardır [51]. Bu ilişki mevcut travma ve travma sonrası gelişen belirtilere benzer bir sıklıktadır. Travma sonrası gelişen disosiyasyon daha sonra travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelişimi ile ilişkili görünmektedir. Yapılan çalışmalarda kötüye kullanılmış ve okul yaşından küçük çocuklar, travmatize edilmemiş çocuklar ile karşılaştırıldığında, kötüye kullanım olan çocuklarda disosiyasyon skorları bir yıl sonra anlamlı artış göstermiştir [52]. Ayrıca disosiyasyonun gelişimsel öncüllerini belirlemek için yapılan araştırmalarda da çocukluk dönemine ait hayali arkadaşlık gibi fenomenlerin üzerinde durulmuştur. Çocuğun yaşına ve travmaya maruziyetine

bağlı olarak hayali arkadaşlar %20 ile %60 arasında bildirilmiştir. Küçük çocuklarda normal olan bu hayali arkadaşlık ergenlik ve sonrasında patolojik olarak değerlendirilmiştir. Disosiyatif bozukluklarda hayali arkadaşlık oranı %42-84 arasında bulunmuştur [53].

2.1.4.3. Hipnotik Model

Bu modele göre travmatize olmuş birey, bu deneyimlere karşı savunma olarak otohipnozu indüklemek için kendi içsel hipnoz kapasitesini kullanır. Bunun devamlı kullanılması kişinin farklı kişilik durumuna değişmesine neden olur. Yapılan bir çalışmada disosiyatif bozukluk hastalarında; doğumsal hipnoz kapasitesi (hipnozabilite-hipnoz olabilmeye yatkınlık) ile kendine zarar verme davranışının oldukça yakın ilişkili olduğu gösterilmiştir [54].

2.1.4.4. Stres Yatkınlık Modeli

DB'nin etiolojisinde biyolojik, psikososyal ve çevresel etmenlerin birlikte etkili olabileceği stres-yatkınlık modeli ile açıklanmaya çalışılmıştır. Modele göre, yatkınlığı bulunan bireyler stres kaynağı ile karşı karşıya kaldıklarında disosiyatif belirtiler geliştirebilirler. Stres kaynağı, madde, alkol, ilaç gibi biyolojik kaynaklı olabileceği gibi, yakın kaybı, aile içi sorunlar veya cinsel, fiziksel, duygusal travma gibi psikososyal faktörler de olabilir [55].

2.1.4.5. Psikanalitik Kuram

Freud ve Breuer başlangıçta hipnoz uyguladıkları hastaların histerik belirtilerinin yok olduğunu gördüler. Bu denemeler neticesinde bilinçdışı, boşalma (catharsis) ve bilinçdışına bastırma (repression) kavramları ortaya çıkmıştır. Daha sonra araştırmalarını yalnız sürdüren Freud, özellikle histeri çalışmalarına dayanarak psikanalitik kuramın ve sağaltımın temellerini atmıştır. Histerik kişide yasak dürtülere karşı sürekli bir bastırma (bilinçdışında tutma) zorunluluğu vardır. Bastırmanın yetersiz kaldığı durumlarda çatışma ortaya çıkar. Bu intrapsişik çatışmalar bedensel belirti ya da bir işlev bozukluğuna dönüştürülerek ortadan kaldırılmaktadır (birincil kazanç). Ortaya çıkan işlevsel fizyolojik bozukluklar, çevreden ilgi ve anlayış görmesine ve böylece sorumluluklarından uzak tutulmasına yarayacaktır (ikincil kazanç) [56]. İşte histerik nevrozda çatışmanın meydana getirdiği bunaltıya karşı gelişen bu düzenek Konversiyon (Döndürme) ya da Disosiyasyon (Çözülme) düzeneğidir [57].

2.1.4.6. Nörogörüntüleme Çalışmaları

Disosiyasyonun tarihsel gelişim sürecinde EEG çalışmaları, fMRI, PET çalışmaları yapılmıştır. Yapılan bir çalışmada EEG'de alfa dalga paterninde farklılık saptanmıştır. Yapılan fMRI çalışmalarında hipokampus aktivasyon farklılıkları gözlemlenmiş ve bellek baskılanmasında dorsolateral prefrontal korteks, medial temporal lob, hipokampus, anterior singulat korteks ilişkili bir nöral ağı kapsayan aktivasyona işaret etmiştir [58]. Yapılan bir çalışmada fMRI görüntülemeye kaudal dorsal anterior singulat korteksin disosiyatif bozukluklarda, algı bozukluklarının düzenlenmesinde rolü olduğu görülmüştür.

Disosiyatif bozuklukların etiolojisini açıklığa kavuşturmak için hastaların beyin görüntüleme bulgularının sağlıklı kontrol grupları ile karşılaştıran çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda yüksek Disosiyatif yaşantılar ölçeği skorları ve çocukluk çağı cinsel travması olan hastalarda; limbik sistem anormallikleri, gri madde değişiklikleri, korpus kalliosumun, korona radiatanın ve diğer alanların beyaz cevherlerinde anizotropi gözlenmiştir [59].

2.1.5. Klinik Özellikler

2.1.5.1. Disosiyatif Kimlik Bozukluğu (DKB)

Sınıflandırma sistemlerinde daha önce çoklu veya çoğul kişilik bozukluğu olarak isimlendirilen DKB belki de disosiyatif bozukluklar içerisinde hem bilimsel hem de medyatik açıdan en çok gündeme gelen ve en kapsamlı araştırılan durumdur. Bilimsel devrimin gerçekleştiği 18.yüzyılın sonlarına kadar Batı toplumlarında rastlanan kültürel paradigmalardan olan tutulma (possession), ele geçirilmeyi ifade eden olgular muhtemeldir ki DKB'nin görünümünü, özellikle de alter kimlikler arasındaki geçişleri temsil etmektedir [60].

Bir kişide yineleyici biçimde bir veya birden fazla kişiliğin belirmesi, bunların bireyin yaşamına kısa ya da uzun süre hâkim olması, bu kişiliklilerin birbirini tanımaması ve bu alter kişilikler arasındaki geçişlerin birdenbire olması DKB'nin temel özellikleridir. Bu kaymalara afektif, bilişsel ve davranışsal değişiklikler eşlik eder. İlaçların, psikoaktif maddelerin veya temporal lob epilepsisinin bu durumun ortaya çıkışında kesinlikle dışlanması gerekmektedir.

DKB'ye ilişkin saha çalışmaları henüz güvenilir epidemiyolojik veriler sunamamıştır. Genel erişkin popülasyondaki prevalans %0,4-1,5 olarak saptanmış

olup kadınlarda görölme sıklığı daha yüksektir [61]. Diğer yandan sentetik madde bağımlılığı nedeniyle tedavi gören bir grup hastada bulunan %14'lük DKB görölme sıklıkla dikkat çekicidir [62]. DKB sanıldığıının aksine örtülü bir tablodur ve çoğunlukla teorik bilgide sunulduğu gibi renkli ve gürültülü görünümle karşılaşılmaz. Hasta birincil belirtiler olarak kabul edilen disosiyatif yaşantılardan duyduğu çekincelerden dolayı çoğunlukla klinisyene depresif yakınmalar gibi ikincil belirtilerle başvurduğu için ilk muayenede DKB varlığı saptanamayabilir [63]. Hatta alter kimliklerden kaynaklanan mesajlar hastalar tarafından tariflendiğinde birer işitsel varsanı olarak yanlış yorumlanmaya neden olabilir. Hâlbuki bu durumlar çoğunlukla varsanı ölçüsünü almadan bir hissetme veya içeriden bilme niteliğindedir. Alter kimlikten gelen mesajlar kendisini eleştiren, yöneten, zihnini okuyan sesler olarak da Schneiderian belirtiler gibi izlenim verebilir. Bu durumlar DKB'nin psikotik bozukluklarla karıştırılmasına yol açar. DKB'si olan bireylerde alter kimliklerin etkisiyle kendine zarar verme ve öfke patlamalarının olması sebebiyle borderline kişilik bozukluğunun (BKB) klinik görünümünü andırabilir. Kişilik bozuklukları DKB'ye eş tanı olarak da bulunabilmektedir. İki psikopatolojinin bir arada bulunduğu durumların yanı sıra DKB'de sağlıklı bir ayırıcı tanının yapılabilmesi için hastaların uzunlamasına izlenmesi önem arz etmektedir

2.1.5.2. Disosiyatif Amnezi (DA)

Günlük yaşantıda kısa süreli dalgınlıklar ve unutmalar patolojik olarak kabul edilmez. Disosiyatif amnezide kişi yaşamının bir bölümünü anımsayamaz ve bu durum normal unutkanlıkla açıklanamaz. Disosiyatif amnezideki en temel özellik, unutilan bu yaşam dönemlerinin genellikle kişi için ağır travmatik yaşantıları içeren zaman dilimleri olmasıdır. Bir psikojen amnezi türü olarak kabul edilmiş ve özellikle 20. yüzyılın ilk yarısında savaş travmaları ile gündeme gelerek psikotraumatojji literatüründe yerini almıştır.

Disosiyatif amnezinin genel nüfusta görölme sıklığı %1,8 ile %7 arasında bildirilmiştir [64]. DA tablosu akut seyirlidir; ani başlar ve biter. Depresyon DA'ya en sık eşlik eden ve en ciddi komorbiditelerden biridir. Çok ağır örseleyici yaşantılar tecrübe eden depresif kişilerde intihar riskine dikkat edilmesi gerekir [65]. Posttravmatik stres bozukluğu travmatik yaşantının akabinde oluşan amnezinin görölmesi ile hem ayırıcı tanıda hem de eş tanı olarak göz önünde bulundurulmalıdır. Bellek kaybı olağan unutkanlığa kıyasla disosiyatif amnezide daha geniş ve daha

belirgindir. Öte yandan amnestik olgularda kranyal travma ve diğer nörolojik hastalıkların ekarte edilip ayırıcı tanının yapılabilmesi için görüntüleme çalışmaları ve elektroensefalografi gibi ileri tetkiklere ihtiyaç vardır. Temaruz ve alkol-madde kullanımına bağlı amnezi durumlarına da dikkat edilmelidir.

Disosiyatif füğ çoğunlukla disosiyatif amnezi ile birlikte seyrettiği için DSM-5'te ayrı bir tanı olmaktan çıkarılmış ve amnezinin bir alt tipi olarak yer almıştır. Disosiyatif amnezi epizodu sırasında görülen füglerde kişi bulunduğu yeri aniden terk eder, bu sırada görece organize gibi görünüp seyahat edebilir veya dezorganize olarak yürüme, koşma veya kaçma davranışı sergileyebilir. Bulunduğu yerden beklenmedik biçimde uzaklaşan kişi yeni yerinde saatlerden yıllara kadar uzayan sürelerde kalabilir veya gezebilir. Daha önceki kimliğine ve yerleşim yerine tam bir amnezi söz konusudur [66]. Yeni bir kimlik edinmiş olabilir. Bu olgularda temporal lob patolojisi iyi araştırılmalıdır.

2.1.5.3. Depersonalizasyon/Derealizasyon Bozukluğu (DPB/DRB)

Özeyabancılaşma ve gerçekdışılama olarak türkçeleştirilen bu iki olgu aslında bir psikopatolojinin belirtileri olmaksızın günlük bunaltılar, aşırı uykusuzluk, yorgunluk, kaygı verici yaşam olayları, aşırı çay-kahve tüketimine bağlı olarak da gündelik yaşamda tecrübe edilebilen yaşantılardır. Depersonalizasyonda kişi kendi benliği, yüzünü, bedeninin tümünü ya da parçalarını, hareketlerini, duygularını değişmiş ve kendisini yabancı ve farklı bir varlık olarak algılar. Kendisine ait olan şeyler sanki kendisinin değilmiş gibi hisseder. Birey kendisini dışarıdan izliyormuş gibi algılar. Derealizasyon ise daha çok kişinin kendi çevresinden ayrılması veya gerçek olmama duygusu ile ilişkilidir. Kişi dış dünyayı bir rüya görüyormuş gibi algıladığını ifade eder. Deja vu ve jamais vu gibi paramneziler derealizasyon örnekleri olarak kabul edilirler. Bu yaşantılar sırasında gerçeği değerlendirme yetisinin bozulmaması önemli bir husustur. Bu her iki durum ile ilgili geçici yaşantılar normal ve klinik örnekleme aşırı derecede yaygındır. Disosiyatif bozukluklar içinde en tutarlı epidemiyolojik çalışma bulguları bu bozuklukta kaydedilmiştir. Bir bozukluk tanı ölçütünü karşılamaksızın genel nüfusta %19-50 oranında depersonalizasyon-derealizasyon yaşantıları prevalansı söz konusudur [9].

Depersonalizasyona yatkınlıkta özellikle kişiliğin mizaç boyutuna ait özelliklerle ilişkisi olduğu öne sürülmektedir. Epilepsi ve migren tanılı hastalarda görülme sıklığında artış bildirilmiştir [67]. Ayrıca lizerjik asit dietilamid (LSD) gibi

halusinojenlerle, kannabis, meskalin ve antikolinerjik kullanımıyla ortaya çıkabilir. Ayırıcı tanıda madde kullanımının varlığı sorgulanmalıdır. Anksiyete ataklarındaki bazı disosiyatif belirtiler bu tabloyu taklit edebilir. Öte yandan nörolojik bir patolojinin olası varlığının ekartasyonu için ileri tetkik gerekebilir.

Derealizasyon: Çevredekilerle ilgili olarak gerçekdışılık veya kopukluk yaşantıları (örn. insanlar ya da nesneler gerçekdışı, düşsel, sisli, cansız veya görsel açıdan çarpık bir biçimde algılanır) vardır. Bu yaşantılar sırasında gerçeği değerlendirme bozulmamıştır. Bu belirtiler klinik olarak belirgin rahatsızlık veya toplumsal, işle ilgili ve diğer alanlarda işlevsellikte düşmeye neden olur. Bu bozukluk bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine veya başka bir tıbbi duruma bağlanamaz. Bu bozukluk şizofreni, panik bozukluk, major depresif bozukluk, akut stres bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu veya başka bir disosiyatif bozukluk ile daha iyi açıklanamaz [68]. DSM-5 kriterleri Tablo 2.5.'te gösterilmiştir.

2.1.5.4. Diğer Disosiyatif Bozukluklar

DSM-5, disosiyatif bozukluklar kümesi içerisinde yer alan tanı ölçütlerini karşılamayan ancak özellikle işlevsellikte belirgin düşmeye neden olan süreğen disosiyasyon durumlarını “Tanımlanmış Diğer Bir Disosiyatif Bozukluk” ve “Tanımlanmamış Disosiyatif Bozukluk” olarak iki başlık altına almıştır. Tanımlanmış Diğer Bir Disosiyatif Bozukluk kategorisinde yer alan bazı disosiyatif tablolar şunlardır;

- Karışık çözülme belirtileriyle giden süreğen ve yineleyen sendromlar: Bu kategori, kendilik duygusunda ve eylemlerini yönetebilirlik algısında sürekliliğin çok belirgin olmadan bozulduğu kimlik bozukluğunu ya da unutkanlık çözülmesi olmadığını bildiren bir kişide ortaya çıkan kimlik değişikliklerini ya da tutulma (possession) yaşantısı dönemlerini kapsar.
- Gerginlik yaratan olaylara bağlı akut disosiyatif tepkiler: Bu kategori, kimi zaman yalnızca birkaç saat ya da gün süren, bir aydan daha kısa süreli, gelip geçici, akut durumlar içindir. Bu durumlar, bilinçlilik durumunun kısıtlı olması ile belirlidir; kendine yabancılaşma; gerçekdışılık; algısal bozukluklar (örn. zamanın yavaşlaması, makropsi); kısa unutkanlıklar; gelip geçici stupor ve/ya da duyuşal-devinsel işlevsellikte değişiklikler (örn. analjezi, paralizi).

- Disosiyatif Trans Bozukluğu: Çevreye tepki vermede azalma veya belirli bir noktaya odaklanma biçiminde epizodlarla karakterize bir durumdur. Bu epizodlar kişinin psikososyal işlevlerini olumsuz olarak etkilemektedir. Hasta iç dünyasına yoğunlaşmıştır. Kişi bu epizotta olanları hatırlamaz; genel kimlik duygusu kaybolur [63].
- Beyin Yıkama ve Zorla Telkin: Ağır baskı, tehdit, telkin, esaret gibi durumlar sırasında yeni bir kimliğin oluşmasıyla karakterizedir. Bu yapay kimliğin oluşma süreci bir krizdir; kişinin aşırı ve zarar verici derecede bağımlılık geliştirmesi veya yaşam tehlikesi altında bulunması durumunda süreç başlar. Genellikle mağdur yoğun korku içerisinde aktif ve süregelen fiziksel ve ruhsal travmaya maruz kalmaktadır. Bilişsel esneklik kaybolur, apati ve kendine yabancılaşma görülür. Zorlama ve baskıya maruz kalınması sonucu ortaya çıkan bu süreçler kalıcı hasarlara neden olabilir [30].

Disosiyatif Bozukluklar çok farklı ruhsal belirti ve bulgularla karakterize heterojen bir klinik tablo olduğu ve patognomik bir bulgusu olmadığı için klinik özellikler ve ruhsal muayene tanı, takip ve tedavide çok önemlidir. Burada önemli olan belirti ve bulguların hastadan hastaya hatta aynı hastada farklı dönemlerde farklılıklar gösterebilmesidir.

2.1.5.5. Tanımlanmamış Disosiyatif Bozukluklar

Bazı olgularda bilinen bir disosiyatif bozukluğun tipik sunumuna tam olarak uymayan belirtiler görülebilir, disosiyatif semptomların kaynağı belirsiz olabilir. Örneğin, bir insanın kafa travması geçirdiği bir araba kazasından sonra görülen disosiyatif semptomlar tıbbi bir yaralanmaya bağlı olabilir. Bazen, acil olmayan ortamlarda bile, bir hastanın bir klinisyenin disosiyatif bir bozukluğun varlığını doğrulamak için yeterli kanıt toplaması için semptomlarının sürekli olarak değerlendirilmesini gerektirebilir. Spesifik olarak, belirtilmemiş kategori, bir kişiyi önemli ölçüde rahatsız eden ve/veya günlük yaşamda işlev gösterme yeteneğini etkileyen ancak bilinen disosiyatif bozukluklarından biri için kriterleri karşılamıyor olabilir. Örneğin, bir kişide belirli bir disosiyatif bozukluk için bir kriter hariç diğerleri kriterler sağlanıyorsa bu tanı uygun olacaktır.

2.1.6. Tedavi

DKB'nin etkili tek tedavisi kişilik durumlarını tanıyıp kabullenen ve bunların ayrılmasına yol açan ruhsal süreçleri tersine çevirmeyi hedefleyen, yaşanan travma üzerinde çalışan bir psikoterapidir. DKB'nin psikoterapisi sırasında birçok yöntem birlikte kullanılır. Disosiyatif psikopatolojiyi özgül olarak etkileyen bir ilaç henüz bilinmemektedir [69]. Anksiyolitikler, antidepresanlar ve sedatifler ancak destek amacıyla kullanılabilir. Birlikte depresyon bulunduğu antidepresanlar daha iyi sonuç verebilir. Antipsikotiklerden yarar umulmadığı gibi durumu kötüleştirebildiğine ilişkin gözlemler de vardır. Antiepileptiklerin ve duygudurum dengeleyicilerin etkisi gösterilememiştir [70].

Çeşitli ilaçlar farklı alter kişilikler üzerinde değişen etkiler yapabilir. DKB psikoterapisi üç evreden oluşur: Stabilleştirme, travmatik yaşantıların ele alınması ve entegrasyon. Tedavinin başlangıç döneminde güven ve güvenli bağlanmanın oluşması önemlidir. Alter kişiliklerin işlevlerinin anlaşılması tedavinin bir parçasını oluşturur. Hasta var olan destek sistemlerini ve sosyal ağları da kullanmayı öğrenmelidir [70].

DKB hastası kurban, istismarcı ve seyirciden (ya da kurtarıcı) oluşan travma üçgeninde kurban pozisyonundadır. İstismarcıya bağlanması sürmekte ve kendi kontrolünü sağlama konusunda yetersizlik içeresindedir. Her disosiyatif 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 olanağı sunmak önemli ilkelerden biridir.

Yakın zamandaki uluslararası, prospektif, boylamsal çalışmaları da içeren tedavi modelinin sonuç çalışmaları, DKB'nin uygun tedavi ile düzeldiğini ve tedavi edildiğinde sağlık sistemi maliyetlerinin de önemli ölçüde düşebileceğini bulmuştur [71]. Uluslararası, 30 aylık, prospektif, uzunlamasına bir çalışmada hastalarda daha düşük yatış oranları görülmüş, intihar girişimi, kendine zarar verme, depresyon, disosiyatif semptomlar ve madde kötüye kullanım oranında önemli azalmalar tespit edilmiş [72].

Disosiyatif amnezi tedavisi; psikolojik sebepler ile ortaya çıkmış olmasına rağmen, pek çoğunda, bellekte hızlı tam geri dönüşler görülmektedir [73]. Hastalar unuttuklarını anımsamaya ancak tolere edebileceği oranda cesaretlendirilmelidir.

Hasta füğ sırasında görüldüyse temel kimlik bilgilerini anımsamasının sağlanması için çalışılır, bu durumu neyin başlattığı incelenir ve durumun onarılması için destek verilir [74]. Ancak, hasta hekime çoğunlukla füğ bittikten sonra gelir. Füğ sırasında kendini gösteren ruhsal antitelerin çevre tarafından fark edilmese de sürüp giden, zihinde devamlılığı olan durumlar olup olmadığı (disosiyatif kimlik bozukluğu) incelenmelidir.

Destekleyici yaklaşımla psikoterapötik görüşme, çevreden uzaklaştırma/hospitalizasyon ile hastaların çoğu kendiliğinden iyileşir. İyileşme oranı tetikleyici stres etkeninin durumu ile bağlantılıdır. Tedavi sürecinde anlayışlı bir yaklaşım, destekleyici bir tutum içermesi, hasta-hekim ilişkisinin iyi olması önemlidir

Disosiyatif bozuklukların tedavisinde hipnoterapi ve EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing- Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme) son yıllarda etkin bir şekilde uygulanmakta bilişsel terapi ile olumlu sonuçlar alınmaktadır [75, 76].

2.2. ERKEN DÖNEM UYUM BOZUCU ŞEMALAR

2.2.1. Şema Kavramı

Literatürde şema kavramını ilk ve en yaygın kullanan kişi, çocukluk çağındaki bilişsel gelişimde şemaları detaylarıyla ele alan Piaget olmuştur. Piaget'nin tanımına göre şema; bireylerin olayları, nesneleri, düşünce ve davranışları kendi zihinlerinde gruplandırarak organize etmeleri olarak tanımlanmaktadır. [14]

Şemalar, çocukluk ve ergenlik döneminde oluşarak zaman içerisinde gelişen, sorunları çözerken, yeni bilgileri yorumlarken ve dış dünya ile iletişim kurarken kullanılan bilişsel planlardır [77].

Young şemaların, özellikle travmatik çocukluk çağı yaşantılarıyla oluşmuş ise, kişilik bozukluklarının ve pek çok psikiyatrik tanının temeli olabileceği hipotezini oluşturmuştur. Bu şemaların “temel duygusal ihtiyaçlar” karşılanamadığı için aktive olduğunu ifade eder [14].

2.2.2. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların Oluşumu

Erken dönem uyumsuz şemalar çocukluk dönemine ait terk etme, istismar, ihmal ya da reddetme gibi yaşantılar ve anılardan kaynak alarak oluşur. Şemalar

kişiler için tutarlılık ve kontrol hissi sağladığından acı verse de değişime karşı oldukça katı, dirençli ve oldukça güçlüdürler. [78, 79]. Erken dönemde çevreye uyum sağlamayı kolaylaştırabilen şemalar daha sonra uyum bozucu hale gelmekte, kişilerin kendilik algılarına ve toplumla olan ilişkilerine zarar vermektedir [80]. Olumsuz çocukluk deneyimleri sonucu gelişen uyumsuz şemalar kişilik bozukluklarının temelini oluşturabildiği gibi, bazı kronik hale gelmiş eksen I durumlarıyla da ilişkilendirilebilmektedir [14].

Young, şemaların basitçe karşılanmayan en temel ihtiyaçlardan kaynaklandığını söyler. Şema terapi de en temel ihtiyaçların da 5 alandan oluştuğunu varsaymaktadır.

- 1- Güvenli bağlanma (güven, istikrar ve kabul de bu alana girmektedir)
- 2- Otonomi, yeterlilik, kimlik farkındalığı
- 3- Önemli ihtiyaç ve duyguları ifade etme özgürlüğü
- 4- Doğallık, spontanlık ve oyun
- 5- Gerçekçi sınırlar ve irade (öz kontrol)

2.2.3. Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Sınıflandırılması

İhtiyaç duyulan ve olması gereken en temel gereksinimler karşılanmadığı takdirde uyumsuz şemalar oluşmaktadır. Bu en temel ihtiyaçlar karşılanmadığında onlara karşılık oluşan 5 farklı şema alanı ortaya çıkmaktadır. Kopukluk ve Reddedilmişlik, Zedelenmiş Otonomi, Zedelenmiş Sınırlar, Diğerlerine Yönelimsizlik ve Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık şema alanlarıdır. Bu 5 şema alanının altında ise toplanan 18 şema boyutu bulunmaktadır. Beş şema alanı altındaki 18 şema boyutları şu şekildedir;

1) Kopukluk ve Reddedilmişlik Şema alanı

- Terk edilme/ istikrarsızlık
- Güvensizlik/ suistimal edilme
- Duygusal yoksunluk
- Kusurluluk/ utanç

- Sosyal izolasyon/ yabancılaşma

2) Zedelenmiş Otonomi Şema Alanı

- Bağımlılık/ Yetersizlik
- Hastaların ve tehditlerin karşısında dayanıksızlık
- İç içe geçme /gelişmemiş benlik
- Başarısızlık

3) Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı

- Hak görme/ büyüklük
- Yetersiz Özdenetim

4) Diğerlerine Yönelimlilik Şema Alanı

- Boyun eğicilik
- Onay arayıcılık
- Kendini feda

5) Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık Şema Alanı

- Karamsarlık
- Duyguları Bastırma
- Yüksek standartlar/aşırı eleştiricilik
- Cezalandırma [14]

1.Kopukluk ve Reddedilmişlik Alanı: Bu alanında kişiler başkaları ile güvenli ve tatmin edici ilişkiler kuramazlar. Bu kişiler yakın ilişkilerinde istikrar, sevgi, güven, fiziksel ve duygusal olarak doyurulma ve ait olma gibi en temel ihtiyaçlarının karşılanmayacağına inandıklarını düşünürler. Kopukluk ve reddedilmişlik şema alanı olan kişilerin ailelerinin genellikle tutarsız, reddedici, soğuk ve psikolojik ya da fiziksel tacize meyilli aileler olduğu görülmektedir. Bu şemaya sahip kişilerin uzun vadede kendilerine zarar veren ilişkilerin içerisinde oldukları ya da hiç ilişki içerisine girmeden yaşamlarını sürdürmeye çalıştıkları gözlemlenebilir.

Bu alanda 5 şema yer almaktadır:

• **Terk Edilme / İstikrarsızlık:**

Bu şemaya sahip bireyler, ilişkilerinde istikrar sağlayamayacaklarını düşünmekte ve karşılarındaki kişi tarafından terk edilmekle ilgili sürekli

olarak endişe yaşamaktadırlar. Bu bireyler genellikle çocukluklarında ebeveynleri tarafından terk edildiklerini ya da kendileri çocukken ebeveynlerinin vefat ettiğini belirtmişlerdir. Terk edilmişlik şemasına sahip bireyler sıklıkla güvenilir olmayan kişilerle birlikte olmakta ve bu durum da şemalarının sürekli onaylanmasına neden olmaktadır.

- **Güvensizlik / Kötüye Kullanılma:**

Bu bireyler diğerleri tarafından kötüye kullanılacaklarından, aşağılanacaklarından ve kasıtlı olarak zarar göreceklelerinden korkmaları sebebiyle diğer insanlara şüpheli bir şekilde yaklaşmaktadırlar. Kendilerine arkadaşça yaklaşıldığında karşılarındaki kişinin kendileri hakkında olumsuz planları olduğundan endişe ederler. Genellikle çocuklukta istismar yaşayan bireylerde görülen bir şemadır ve sıklıkla cinsel istismar sonrası görülmekle birlikte fiziksel ve duygusal istismar yaşayan bireylerde de görülmektedir.

- **Duygusal Yoksunluk:**

Duygusal yoksunluk şemasına sahip kişiler çocukluk yıllarından genellikle iyi olarak bahsetseler de bu dönemlerde sıcak ve sevgi dolu bir bakım alamamışlar, kendilerini gerçekten güvende ve rahat hissedememişlerdir. Duygusal yoksunluk yaşayan bireyler diğer insanların onları sevdiklerini anlamakta ve bunu kabullenmekte problemler yaşarlar. Bireyler, şemanın hayatlarına etkilerinin farkında olmasa da çevresindeki diğer kişiler bunu kolaylıkla sezer ve durumdan şemaya sahip olan bireye göre daha fazla etkilenirler. Çünkü duygusal yoksunluk şemasına sahip hastalar, diğerleri onları sevdiği ve güvende hissettirmek istediği halde buna inanmaz ve kendilerini sevilmiş hissetmezler.

- **Kusurluluk / Utanç:**

Kusurlu, aşağılık ve istenmeyen biri olma hisleriyle kendini belli eden bir şemadır. Bu şemaya sahip kişiler kendilerini değersiz olarak görür; sevgi, saygı ya da dikkate alınmayı hak etmediklerini düşünür ve yoğun bir utanç duygusu hissederler. Kusurluluk şeması, çocukluk döneminde sıklıkla küçümsenmiş ve değersizleştirilmiş bireylerde gelişen şemalardandır.

- **Sosyal İzolasyon / Yabancılaşma:**

Bu kişiler kendilerini diğerlerinden daha farklı görmekle birlikte insanlardan uzaklaşmış ve yabancılaşmış hissederler. Diğer insanlar onları gruplarının içinde görse bile bu kişiler kendilerini herhangi bir sosyal gruba ait görmez ve tek başına kaldıklarını düşünürler. Sıklıkla düşük gelir ve düşük eğitilmiş bir ailede büyüyüp, ailenin ilk ve tek eğitilmiş bireyi olan kişilerde görülen şemalardandır [81].

2. Zedelenmiş Otonomi ve Kendini Ortaya Koyma Alanı: Otonomi kişinin ailesinden sağlıklı bir şekilde ayrışıp yaşına uygun işlevselliği bağımsız olarak gerçekleştirebilme yetisi olarak tanımlanır. Bu şema alanına sahip kişilerin ya kendileri için her şeyi yapan aşırı koruyucu ebeveynleri ya da – az da olsa- gerekli ilgiyi göstermeyen ebeveynler oldukları görülmektedir. Ya çocuğa yetki alanı vermeyerek sorumluluk almasını önledikleri ya da yetersiz bakım ve ilgiden kaynaklı öz güvenlerinin eksik olmasına sebep oldukları görülmektedir. Bu kişilerin kendileri ve dünya ile ilgili beklentileri ile ebeveynlerinden ayrışma ve bağımsızlaşma davranışlarının birbiri ile çatıştığı görülmektedir. Ayrıca ileriki yaşlarda bu kişilerin ilişki kurma, bireysel hedef oluşturma ve bunlara ulaşmak için yetenek elde etme konusunda da sorun yaşayabildikleri görülmektedir.

- **Bağımlılık / Yetersizlik:**

Bu şemaya sahip bireyler gündelik sorumluluklarını başkalarından yardım almadan, özerk ve becerikli bir şekilde yerine getiremeyeceklerine inanmaktadır. Bu kişiler kendilerine bakamayacaklarını, günlük yaşamda karşılaştıkları problemleri çözemeyeceklerini, doğru kararlar veremeyeceklerini ve onlara verilen görevleri yerine getiremeyeceklerini düşünerek yoğun çaresizlik hissi yaşarlar.

- **Zarar Görme ve Hastalanmaya Karşı Dayanıksızlık:**

Hastalıklar ve felaketlerle ilgili abartılı bir korkunun ön planda olduğu bir şemadır. Bu şemaya sahip kişiler hastalığın ya da felaketin yakın zamanda ani bir şekilde gerçekleşeceğini ve buna engel olamayacaklarını düşünürler. Kişinin başına geleceğini düşündüğü felaketler dış kaynaklıdır ve tıbbi (kalp krizi, AIDS), duygusal (çıldırma) veya

çevresel (doğal afetler, cinayet kurbanı olmak, uçak düşmesi) şekillerde yaşanılabileceğine inanılır.

- **İç İçe Geçme / Gelişmemiş Benlik:**

Sıklıkla ebeveynlerle olmak üzere bir ya da daha fazla kişi ile aşırı yakınlık içinde olma ve duygusal olarak bu kişilere fazla bağlanma sonucunda gelişen bir şemadır. İç içe geçmiş bireylerde, diğer kişinin güvencesi olmadan var olamayacağına ve mutsuz olacağına dair düşünceler yoğundur. Bu kişiler diğerleriyle tamamen iç içe olduğunu ve kendi kimliğinin yetersiz olduğunu hissedebilir ve bazı uç durumlarda kendilerini farklı bir birey olarak hissetmeyebilirler.

- **Başarısızlık:**

Bu şemaya sahip bireyler kendilerini tamamen başarısız hissederler. Yaşamlarının hiçbir alanında (okul, kariyer, spor vb.) hiçbir zaman başarılı olamayacaklarını düşünürler. Başarısızlık onlar için kaçınılmazdır ve temelde yetersiz olduklarına dair inançları kuvvetlidir. Kendilerini diğer insanlara göre daha az zeki, yeteneksiz, bilgisiz ve daha aşağı statüde görme eğilimleri vardır.

3. **Zedelenmiş Sınırlar Alanı:** Bu alanda şemaları olan kişiler öz disiplin konusunda yeterli iç sınırlar geliştirmemişlerdir. Başkalarının hakkına saygı gösterme, sözlerinde durma ya da uzun süreli ilişkiler konusunda zorluk yaşarlar. Bu kişiler genellikle bencil, narsist ya da sorumsuz olarak da tanımlanırlar. Zedelenmiş sınırlara sahip bireyler normal kabul edilen sınırlara uymada zorluk yaşar; başkalarıyla işbirliği içinde olmak, gerçekçi hedefler koyup bunlara ulaşmak onlar için oldukça zordur. Erken dönem yaşantılarında sınır kavramı olmayan ve fazla hoşgörölü denebilecek ailelerde yetişmişlerdir. Ailelerin izin verici ve fazla serbest bırakıcı tutumları bu alan şemalarının gelişmesindeki önemli etkenlerdir. Bunların yanında ailelerin çocuklarına uygun yüzleştirmeler yapmaması, yeterince sorumluluk vermemesi ve sınırlar koymada problem yaşaması da diğer etkenlerdendir. Küçükken başkalarının haklarına saygı gösterecek şekilde yetiştirilmedikleri gibi yetişkinlik dönemlerinde de kısa vadedeki faydaları için uzun vadeli faydaları göz ardı eden yetişkinlere dönüşebilirler.

- **Haklılık / Büyüklenmecilik:**

Bu bireyler diğer insanlardan daha üstün olduklarına, özel hakları ve imtiyazları olduğuna inanırlar. Genellikle gerçekçi düşünmeden, yapacaklarının sonuçlarını ve diğer insanların ne istediğini umursamadan kendi istedikleri her şeye sahip olma konusunda ısrarcı davranırlar. Bu şemaya sahip bazı kişilerde diğer bireyler üzerinde güç ve kontrol sağlamak için üstünlüğe odaklanma ve çevrelerindeki en tanınmış, en zengin, en başarılı kişi olmaya yönelik davranışlar görülebilir.

- **Yetersiz Öz-denetim / Öz-disiplin:**

Bu şemadan dolayı problemler yaşayan bireylerde duygu ve dürtülerin aşırı ifadelerini sınırlandırma, yeterince öz-denetimli ya da kontrollü olamama sorunları gözlenmektedir. Hastalar sıkıntılarla karşılaştıklarında acı, durumla yüzleşme ve sorumluluk almaya karşı kaçınma davranışları gösterirler [14].

4. Diğer Yönelimlilik Alanı: Bu şema alanındaki kişiler kendi ihtiyaçlarını görmezden gelirken, başkalarının ihtiyaçlarını gidermeye aşırı önem verirler. Bunu da daha çok kabul görmek ve duygusal bağı devam ettirebilmek adına yaparlar. Bu kişiler çocukluk dönemlerinde de kendi duygularına göre hareket edememiş, o yüzden yetişkinlikte de davranışlarını kendi duygularına göre değil karşısındakilerin davranış ve isteklerine göre şekillendiren, sürekli başkalarını mutlu etmeye çalışma kişiler olurlar. Bu kişilerin ailelerinde genellikle ya ebeveynlerin duyguları ön plandadır ya da sosyal Kabul kişisel ihtiyaçların önüne geçmiştir.

- **Boyun Eğicilik:**

Bu bireylerin ilişkilerinde sıklıkla tüm kontrolü diğer kişiye bırakıp kendilerine üstünlük kurmalarına izin verdikleri görülmektedir. Kendi davranışlarını diğer kişinin istekleri doğrultusunda şekillendirmekte ve kendi tercih, karar, ihtiyaç ve duygularını bastırmaktadırlar. Bu şemanın ortaya çıkmasında hastaların çocukken yaşadıkları ailevi problemlerde bir ebeveynin baskıcı tutumu karşısında diğer ebeveynin boyun eğici davranması ya da kişinin kendi ihtiyaç ve isteklerini dile getirdiğinde cezalandırıldığı durumlar etkili olabilmektedir.

- **Fedakârlık:**

Bu şemaya sahip kişiler kendilerini sürekli olarak başkalarının ihtiyaçlarını karşılamaya odaklanmıştır. Kendi ihtiyaçlarını karşılamaya yöneldiklerinde suçluluk hissederler. Bu şema diğer kişilerin acılarına karşı duyarlı olan bireylerde ve sıklıkla bakım ve yardım sağlayan alanlarda çalışan kişilerde görülür. Kişinin bireysel destek sisteminin yeterince sağlıklı olması şartıyla genellikle klinik bir tablo ile sonuçlanmadan sağlıklı yetişkinlerde de görülebilen bir şemadır.

- **Onay Arayıcılık:**

Onay arayıcılık şemasına sahip bireyler diğer insanlara karşı, kendileriyle ilgili olumlu ve iyi bir izlenim bırakmayı çok önemli bulmaktadırlar. Başarılarını, dış görünüşlerini ve sosyal statülerini geliştirmek amacıyla çok zaman ve enerji harcarlar. Ancak hedefleri en iyi olmak değil, diğer insanların onay ve takdirini kazanmaktır. Bu bireyler kendi doğal eğilimlerine göre değil de diğer kişilerin onları kabulüne göre yaşamlarını şekillendirdiği için kendi ihtiyaç ve arzularını gerçekleştirmekte zorlanırlar.

4. **Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık Alanı:** Bu şema alanında olan kişiler kendi duygu ve dürtülerini dile getirmekten çekinip bastırırlar. Kendi mutlulukları pahasına da olsa içselleşmiş kurallarına uymaya çalışırlar. Çocukluklarına bakıldığında eğlence ve doğallığın yerine bastırılmış, sıkıcı, kontrolcü ve bireysel kontrolün yüksek olduğu bir dönem görülür. Bu bireylerin aile ortamları genellikle talepkar, acımasız ve cezalandırıcıdır; çocuklardan duygularını saklamaları, hata yapmamaları ve mükemmel olmaları beklenir. Bu kişiler kendini ifade edebilme, yakın ilişkiler kurma, mutlu ve sağlıklı olma durumlarının bozulması ihtimali olsa dahi etik olma ve sürekli kendilerini ortaya koyma davranışlarında katı kurallar ve beklentiler doğrultusunda hareket ederler. Neşeli ve spontan olanın yerine olumsuz yaşam olaylarına karşı tetikte olmayı ve hayatı karamsar ve kasvetli olarak kabul etmeyi öğrenirler. Eğer devamlı tetikte olmazlarsa hayatlarının parçalanacağına olan inançlarından hep kaygılı kötücüdürler. Bu şema alanının oluşmasında kendilerinden ve çocuklarından yüksek beklentileri olan ebeveyn tutumlarının etkili olduğu düşünülmektedir.

- **Karamsarlık / Kötümserlik:**

Hayatın olumlu ve iyimser yönlerini küçümserken acı, hayal kırıklığı, küskünlük, ihanet gibi olumsuz yönleri üzerinde odaklanan kişilerde görülen şemadır. Yaşamlarının yoluna girmeyeceğini hatta sürekli kötüye gideceğini düşünürken, hayatlarının olumlu ilerleyen bölümlerinin bile eninde sonunda dağılacağına yönelik inançlara sahiptirler. Büyük çöküşler veya kayıplar yaşayacaklarına, kötü bir durumda sıkışıp kalacaklarına dair yakınmalar ve yoğun endişeler yaşarlar.

- **Duyguların Bastırılması:**

Bu şemaya sahip bireyler kendiliğinden anlık olarak ortaya çıkan duygu, düşünce veya davranışları utandıkları ya da başkalarının kendilerini kınamasından korktukları için bastırmayı tercih ederler. Bu şemaya sahip bireylerin sıklıkla bastırdıkları alanlar; öfkeli ve agresif durumlar, olumlu dürtüler (mutluluk, heyecan, şefkat), kırılganlığı ifade edebilmek, duyguları ve ihtiyaçları özgürce ifade edebilmek şeklinde özetlenebilir.

- **Yüksek Standartlar:**

Bu şemaya sahip bireyler başarılı olmak ve kendilerini ortaya koymak için baskı altında hisseder, yaptıkları her işte en iyi olmak için yoğun çaba sarf ederler. Bu şema ayrıntılara aşırı dikkat etme, kendi performansı normalin üstünde olsa bile bunu yeterli görmeme, gerçekçiliğe uzak hedefler ve beklentiler içinde olma ve mükemmeliyetçilik davranışları ile kendini gösterir.

- **Cezalandırıcılık:**

Genellikle insanlara karşı öfkeli, tahammülsüz ve hoşgörüsüz olan bu bireyler; kendileri de dâhil olmak üzere tüm insanların hata yaptıklarında şiddetli bir biçimde cezalandırılmaları gerektiğini düşünürler. Bu şemaya sahip bireyler genellikle diğer kişilerle empati kurmak istemez, insanların hata yapmalarını kabullenemez ve yapılan hataları bağışlamada zorluk yaşarlar

2.2.4. Şemalar ve Disosiyatif bozukluklar

Young ve arkadaşlarına göre şema, bireylerin bilgileri yorumlarken ve sorunlarını çözerken kullandıkları, kendileri ve dış dünya ile ilişkilerinde önemli bir

rol oynayan bilişsel kalıplardır. Şemaların temel özellikleri yaşamın erken dönemlerinde, çocukluk ve ergenlik döneminde oluşmaları ve kişinin yaşamı boyunca gelişmeleridir. Anılar, duygular, bilişler ve bedensel duylardan oluşan ve tekrarlayan bir yapıları vardır [82]. Değiştirmek için müdahalede bulunulmadığı sürece kalıcıdır ve hayatın her alanında görülebirlirler. Anlaşıldığı üzere şemalar erken dönem yaşantılarının birer temsilidir. Bu nedenle çocuklukta geçirilen duygusal, fiziksel veya cinsel travmaların şemaların gelişimine etkisi büyüktür.

Literatürde travmalar ile şemaların ilişkisini inceleyen bazı çalışmalar şunlardır; Wesley ve Manjula'nın (2015) Hindistan'da yürüttüğü bir araştırmada depresif ve depresif olmayan yetişkinlerin katıldığı 60 kişilik karma bir örneklem kullanılmıştır. Çalışmada çocukluk çağı travmalarının erken dönem uyumsuz şemalar ile ilişkisi araştırılmış, fiziksel ve duygusal istismar alanlarının pozitif korelasyon gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Fiziksel istismar ile duyguların bastırılması şeması arasında; duygusal istismar ile de duygusal yoksunluk, terk edilme, sosyal izolasyon, iç içe geçme / gelişmemiş benlik ve yetersiz öz-denetim / öz-disiplin şemaları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur [83].

Çin'de yapılan bir çalışmadaysa erken dönem uyumsuz şemalar, çocukluk çağı travmaları ve psikopatoloji arasındaki ilişki araştırılmıştır. İki farklı yerel üniversiteden 1102 öğrencinin katılımı ile yapılan araştırma sonucunda, çocukluk çağı kötü muamelesinin erken dönem uyumsuz şemalar ile anlamlı bir korelasyon gösterdiği görülmüştür. Çocukluk çağı ihmalini ölçen değişkenlerin neredeyse tamamı erken dönem uyumsuz şemaları ölçen değişkenlerle pozitif olarak ilişkili bulunmuştur [84].

Çocukluk çağı travmaları, bilişsel şemalar ve duygusal şemaların depresyon üzerindeki etkisinin araştırıldığı bir çalışma, son 12 aydır majör depresif bozukluk öyküsüne sahip olan 439 kadın ile yürütülmüştür. Çocukluk travmaları ve şemaların birbiri ile ilişkili olduğuna yönelik hipotez kapsamında; duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal yaşamış olmak ile “kopukluk ve reddedilme” şema alanının tüm alt şema boyutları (terk edilme / istikrarsızlık, güvensizlik / kötüye kullanılma, duygusal yoksunluk, kusurluluk / utanç, sosyal izolasyon / yabancılaşma) arasında pozitif yönde anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Cinsel istismarla ilgili ise anlamlı sonuçlar elde edilememiştir [85].

Literatürde depresyon, anksiyete, kişilik bozuklukları ve yeme bozukluklarında görülen şemalarla ilişkili çeşitli çalışmalar mevcut [24, 86-88]. Disosiyatif bozukluklarla erken dönem uyum bozucu şemaların ilişkisini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlamadık.

Bu çalışmanın hipotezleri;

1. Bağımlılık, yetersiz özdenetim, başarısızlık ve karamsarlık şemaları açısından Disosiyatif Bozukluğu olan grupta kontrol grubuna göre farklılıklar olacağı,
2. Disosiyatif bozukluğu olan grupta kontrol grubuna göre eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi, sigara kullanımı açısından farklılıklar olacağı,
3. Disosiyatif Bozukluk grubunda kendine zarar verme ve intihar girişiminin kontrollere göre daha yüksek olacağı idi.

3. YÖNTEM VE GEREÇ

3.1. ÖRNEKLEM

Kesitsel ve prospektif olarak planlanan bu çalışmanın örneklemini, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne Aralık 2019-Haziran 2020 tarihleri arasında başvuran, DSM-5 tanı kriterlerine göre DB tanısı almış 61 hasta, 67 kontrol olmak üzere toplam 128 kişi oluşturmaktadır. Çalışmaya yalnızca araştırmada belirlenen dâhil edilme ve dışlama kriterlerine göre DB tanılı hastalar dâhil edilmişlerdir.

Çalışmaya dâhil edilme ölçütleri olarak şunlar belirlenmiştir:

- DSM-5 tanı kriterlerine göre Disosiyatif Bozukluk tanısı almış olmak
- 18 yaş üstü olmak
- Türkçe okuma-yazma bilmek
- Yazılı onam vermek

Çalışmadan dışlama ölçütleri olarak şunlar belirlenmiştir:

- Organik ruhsal bozukluk tanısı olmak.
- Hastalarda zekâ geriliği bulunmak.
- Bilinen kafa travması öyküsü bulunmak.
- Madde/alkol kullanım bozukluğu olmak

Araştırmanın kontrol grubunu ise herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık bildirmeyen ve psikiyatrik tedavi görmeyen bireyler oluşturmaktadır. Bu gruptaki kişiler cinsiyet, yaş özellikler bakımından disosiyatif bozukluğu tanısı alan grup ile benzer özellikler göstermektedirler

3.2 ARAŞTIRMANIN ETİK KURUL ONAYI

Bu araştırma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 26.11.2019 tarihli 2019/17 sayılı onay alınmıştır. Doç. Dr. Cemil Çelik'in önerisi ile başlayan bu teze, çalışma devam ettiği sırada görevden ayrılması sebebiyle mevzuat gereği Prof. Dr. Kâmil Nahit ÖZMENLER yeni tez danışmanı olarak belirlenmiştir. Doç. Dr. Cemil Çelik'ten tez ile ilgili feragatname alınarak araştırma tekrar etik kurul onayına sunulmuştur. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 9 Haziran 2020 tarih ve 2019/382 proje/karar numaralı kararıyla onay alınmıştır. Araştırma Kurulu Değerlendirme Raporu belgesi EK-1'de bulunmaktadır. Aralık 2019–Haziran 2020 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilen araştırmanın etik kurul, veri toplama ve yazım gibi tüm aşamaları İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu ve Helsinki Bildirgesi prensiplerine uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

3.3. Çalışmaya Dâhil Edilen Hastalara Uygulanan Ölçüm Araçları

3.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Araştırmanın amaçları ve özellikleri dikkate alınarak, araştırmacılar tarafından literatür tarandıktan sonra, katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerini sorgulamak amacıyla oluşturulan bir formdur. Formda katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, gelir düzeyi, çalışma durumu, yaşadığı yer, ilk atak yaşı, intihar öyküsü, sigara ve alkol kullanım düzeyleri, birinci derece yakınların psikiyatrik hastalık öyküsü gibi veriler ile klinik özellikleri değerlendirilmiştir. Sosyodemografik veri formunun bir örneği ekte (Bkz.EK-2) sunulmuştur.

3.3.2. Young Şema Ölçeği (YŞÖ)

Young Şema Ölçeği Young ve Brown (1990) tarafından bireylerin erken dönem uyumsuz şemalarını değerlendirmek amacıyla oluşturulan öz bildirime dayalı bir ölçektir [89]. Ölçeğin ilk formu 205 madde ve 16 şemadan oluşmaktadır. Ölçeğin 205 maddeden oluşan bu uzun formu Young (1994) tarafından kısaltılarak 75 madde ve 15 şemadan oluşan bir forma dönüştürülmüştür. 2004 yılında ise yine Young tarafından onay arayıcılık, cezalandırıcılık ve karamsarlık olan 3 şemanın

eklenmesiyle 90 maddelik formu oluşturulmuştur. Ölçek 6'lı derecelendirme ile 1 (benim için tamamıyla yanlış) ve 6 (beni mükemmel şekilde tanımlıyor) olarak yanıtlanmaktadır. Ölçekten alınan puanların artması uyumsuz şemaların düzeyinin arttığını göstermektedir. Young Şema Ölçeği'nin 90 maddelik kısaltılmış formunun Türkçe formunun güvenirlik ve geçerlilik çalışması Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır tarafından yapılmıştır [90]. Türk üniversite örneklemiyle yapılan çalışmada ölçeğin yorumlanabilir 14 faktörden oluştuğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunun yanında üst sıra faktör analizi incelemelerinde ölçekte zedelenmiş otonomi, kopukluk, yüksek standartlar, diğerleri yönelimlilik ve zedelenmiş sınırlar olmak üzere 5 şema alanı belirlenmiştir. 47 Ölçeğin birleşen geçerlilik incelemelerinde ise şema alanları ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişki incelenmiş, ölçeğin kaygı, depresyon ve kişiler arası duyarlılık ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkisinin olduğu sonucu elde edilmiştir. Ayırt edici geçerliliğini belirlemek amacıyla da normal, klinik olmayan örneklem ile özel bir psikoterapi merkezine başvuran klinik örneklem karşılaştırılmış, duygusal yoksunluk, başarısızlık, karamsarlık, sosyal izolasyon/güvensizlik, duyguları bastırma, iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, kusurluluk ve tehditler karşısında dayanıksızlık alt faktörlerinin klinik ve normal örneklem açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklara rastlanmıştır. Klinik örneklemin tüm alt faktörlerden normal örnekleme göre daha yüksek puanlar aldıkları belirlenmiştir. Şema alanlarından ise zedelenmiş otonomi ve kopukluk şemalarının klinik örnekleme normal örneklemden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin test-tekrar test güvenirlik analizlerine göre tüm faktörlerin 0.66 ile 0.82, şema alanlarının ise 0.66 ile 0.82 arasında değerler aldıkları bulgusu elde edilmiştir. Güvenirlik analizi için yapılan iç tutarlılık analizinde ise faktörlerin cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları 0.63 ile 0.80, şema alanlarının değerleri ise 0.53 ile 0.81 arasında belirlenmiştir [90]. Young Şema Ölçeğinin 90 maddelik kısaltılmış özgün formu 5 şema alanı ve 14 erken dönem uyumsuz şemadan oluşmaktadır. Bu şema alanları ayrılma ve dışlanma/reddedilme, zedelenmiş özerklik/performans, zedelenmiş sınırlar, diğerleri yönelimlilik ve aşırı tetikte olma baskılamadır. Erken dönem uyumsuz şemalar ise terk edilme/istikrarsızlık, güvensizlik/suistimal edilme, duygusal yoksunluk, kusurluluk, sosyal izolasyon, bağımlılık/iç içe geçme, dayanıksızlık, başarısızlık, haklılık/yetersiz özdenetim, kendini feda, onay arayıcılık, karamsarlık, duygusal bastırma, yüksek standartlardır [91].

3.3.3. Disosiyatif Bozukluklar Görüşme Çizelgesi (DDIS)

Disosiyatif Bozukluklar için Görüşme Çizelgesi (DDIS), 131 sorudan oluşan yapılandırılmış bir görüşmedir. İngilizce özgün biçimi (Dissociative Disorders Interview Schedule) Colin Ross ve Sharon Heber (1989) tarafından oluşturulmuş olan bu görüşme çizelgesi çok sayıda çalışmada kullanılmıştır [10, 92-94]. Görüşmeciler arası güvenilirliği 0.68, duyarlılığı %90 ve DKB tanısına özgüllüğü %100 bulunmuştur. Türkçeye Prof.Dr. Vedat Şar, Dr. İlhan Yargıç ve Dr. Hamdi Tutkun tarafından çevrilmiştir. Türkçe çevirisinin DKB'ye duyarlılığı % 95, özgüllüğü % 98,3, pozitif prediktibilitesi %95, negatif prediktibilitesi %98,3 bulunmuştur [12, 95]. Görüşme, birbirini izleyen 16 alt bölümden oluşur. Değerlendirme sırasında her bölüm birbirinden bağımsız olarak ele alınır. DDIS tam yapılandırılmış ve kullanımı kolay bir araçtır.

3.4. YÖNTEM

Araştırma için gerekli etik kurul izni ve Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK) izinleri alındıktan sonra, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne başvuran 61 Disosiyatif bozukluk hastası ile 67 kontrol grubu olmak üzere 128 katılımcı çalışmaya dâhil edilmiştir. Hastalar DDIS ölçeği ile değerlendirilmiştir. Dâhil edilme ve dışlama kriterlerini sağlayan katılımcıların rutin ruhsal muayeneleri sırasında olgu rapor formu doldurulmuştur. Katılımcılardan alınan veriler tıbbi kayıtlardan ve hasta yakınlarından teyit edilmişlerdir. Elde edilen veriler gerekli işlemlere ve analizlere tabi tutularak raporlanmıştır. Hastaların ekonomik durumu görüşmeyi yapan klinisyen tarafından sorgulandıktan sonra Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) güncel yoksulluk sınırı temel alınarak değerlendirilmiştir. Hastaların gelirleri yoksulluk sınırının altında olması halinde 'düşük gelir düzeyi' ve yoksulluk sınırının üstünde olması durumunda 'yüksek gelir düzeyi' olarak sınıflandırılmıştır.

3.5. İSTATİKSEL ANALİZ

Araştırmada elde edilen tüm verilerin istatistik analizleri için SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı analizler, sürekli ölçümler için

ortalama±standart sapma ve kategorik ölçümler için frekans ve yüzde olarak belirtilmiştir. Olgu grubu ve sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırılmasında kategorik veriler için Pearson Ki-kare testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerinin karşılaştırılmasında parametrik varsayımlara uygunluk kriterlerinin karşılaması halinde iki grubun karşılaştırılmasında Student T testi ve parametrik varsayımlara uygunluk kriterlerini karşılanmaması halinde iki grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Katılımcıların Young Şema Ölçeği alt skorlarının gruplara göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirleyebilmede Parametrik İstatistik olan MANOVA (Çok Değişkenli Varyans Analizi) tekniğinden kullanılmıştır. İki sürekli değişken arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi ile test edilmiştir. Tüm istatistiksel analizlerde $p \leq 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1.'de iki grubun sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılmasında medeni durumu ($p=0,003$), eğitim durumu ($p<0,001$), çalışma durumu ($p<0,001$), gelir seviyesi ($p=0,008$) değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Yaş ($p=0,127$), cinsiyet ($p=0,640$), yaşadığı yer ($p=0,799$), kiminle yaşadığı ($p=0,076$) ve kardeş sayısında ($p=0,545$) istatistiksel olarak fark saptanmadı.

Tablo 4.1. Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Değişken	Disosiyatif Bozukluk (n=61)	Sağlıklı Kontrol (n=67)	t	df	p
Yaş (yıl; Ort.±SS)	28,59±9,96	30,88±6,26	1,539	99	0,127
Cinsiyet; n(%)			0,219	1	0,640
Kadın	28 (%45,9)	28 (%41,8)			
Erkek	33 (%54,1)	39 (58,2)			
Medeni Durum; n(%)			8,960	1	0,003**
Evli	23 (%37,7)	43 (%64,2)			
Bekar/Boşanmış	38 (%62,3)	24 (%35,8)			
Eğitim Durumu; n(%)			24,326	2	<0,001**
İlköğretim	16 (%26,2)	6 (%9,0)			
Lise	26 (%42,6)	11 (%16,4)			
Üniversite	19 (%31,2)	50 (%74,6)			
Çalışma Durumu; n(%)			30,569	1	<0,001**
Çalışıyor	38 (%62,3)	57 (%85,1)			
Çalışmıyor	23 (%37,7)	10 (%14,9)			
Gelir Seviyesi; n(%)			6,966	1	0,008**
Kötü	37 (%60,7)	25 (%37,3)			
İyi	24 (%39,3)	42 (%62,7)			
Yaşadığı Yer; n(%)			0,065	1	0,799
İlçe/Köy	12 (%19,7)	12 (%17,9)			
Şehir	49 (%80,3)	55 (%82,1)			
Kiminle Yaşıyor; n(%)			5,156	1	0,076
Aile	40 (%65,6)	49 (%73,1)			
Anne-baba	14 (%23,0)	6 (%9,0)			
Yalnız	7 (%11,5)	12 (%17,9)			
Kardeş Sayısı (Ort.±SS)	2,57±2,38	2,35±1,48	-0,607	98	0,545

Ort.±SS: Ortalama± Standart sapma, min-max: minimum-maksimum, n (%):sayı (%)

DB'nin alt tiplerine göre dağılımında %77'si (n=47) TDDB, %12'si (n=8) DKB, %6'sı (n=4) DPB/DRB, %3'ü (n=2) DA, %0'ı (n=0) ise TDB olarak bulunmuştur. Tablo 4.2.'de DB'nin alt tiplerine göre dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 4.2. Disosiyatif Bozuklukların alt tiplerine göre dağılımı

Değişken	Değer
TDDB	47(%77)
TDB	0(%0)
DA	2 (%3)
DPB/DRB	4 (%6)
DKB	8(%12)

TDDB: Tanımlanmış Diğer Bir Disosiyatif Bozukluk, TDB: Tanımlanmamış Disosiyatif Bozukluk, DA: Disosiyatif Amnezi, DKB: Disosiyatif Kimlik Bozukluğu, DPB/DRB: Depersonalizasyon/Derealizasyon Bozukluğu

Çalışmaya dâhil edilen DB tanılı katılımcılarla ve kontrol grubunun karşılaştırılması Tablo 4.3.'te sunuldu. Hasta grubunda kontrol grubuna göre daha sık sigara kullanımı vardı. Fakat alkol kullanımı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak fark yoktu.

Tablo 4.3. Gruplar arasında sigara, alkol kullanım oranlarının karşılaştırılması

Değişken	Disosiyatif Bozukluk (n=61)	Sağlıklı Kontrol (n=67)	χ^2/t	df	p
Sigara Kullanımı; n(%)			11,838	3	0,008**
Yok	30 (%49,2)	52 (%77,6)			
½ paket/gün	12 (%19,7)	4 (%6,0)			
1 paket/gün	13 (%21,3)	8 (%11,9)			
2 paket/gün	6 (%9,8)	3 (%4,5)			
Alkol Kullanımı; n(%)			2,292	3	0,514
Yok	48 (%78,7)	56 (%83,5)			
Sosyal kullanım	8 (%13,1)	6 (%9,0)			
Haftalık kullanım	4 (%6,6)	2 (%3,0)			
Günlük kullanım	1 (1,6)	3 (%4,5)			

Tablo 4.4.'te hasta grubuna ait ilk atak yaşı, atak sayısı, travmatik olay şekli ve panik bozukluğun eşlik etme oranlarına dair veriler mevcuttur. İlk atak yaşı ortalama $20,75 \pm 10,81$ yıldır. Atak sayısı $13,88 \pm 20,19$, travmatik olayların %78'i (n=47) duygusal travma, %16'sı (n=10) cinsel travma, %3'ü (n=2) fiziksel travma iken, %3'ü (n=2) herhangi bir travma geçirmemişti. Panik Bozukluk ise DB hastalarının %13,1'inde (n=8) mevcutken, %86,9'unda (n=53) yoktu.

Tablo 4.4. Disosiyatif Bozukluk hastalarının hastalık özelliklerinin dağılımı

Değişken	Değer
İlk atak yaşı; yıl, Ort.±SS (min-max)	20,75±10,81 (6-48)
Atak sayısı; Ort.±SS (min-max)	13,88±20,19 (0-90)
Travmatik olay şekli; n(%)	
Yok	2 (%3)
Cinsel	10 (%16)
Duygusal	47 (%78)
Fiziksel	2 (%3)
Panik Bozukluk; n(%)	
Yok	53 (%86,9)
Var	8 (%13,1)
Ort.±SS: Ortalama± Standart sapma, min-max: minimum-maksimum	

Hasta ve kontrol grubunun kendine zarar verme, intihar girişimi, intihar sayısı açısından karşılaştırılması Tablo 4.5.'te sunuldu. Kendine zarar verme girişimi, intihar girişimi, intihar girişimi sayısı (p=0,001) değişkeninde hasta ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak fark saptandı.

Tablo 4.5. Grupların kendine zarar verme ve intihar girişimlerinin karşılaştırılması

Değişken	Disosiyatif Bozukluk (n=61)	Sağlıklı Kontrol (n=67)	χ^2/t	df	p
Kendine zarar verme girişimi; n(%)			14,275	1	<0,001**
Yok	45 (%73,8)	65 (%97,0)			
Var	16 (%26,2)	2 (%3,0)			
İntihar Girişimi; n(%)			11,165	1	0,001**
Yok	44 (%72,1)	66 (%99,99)			
Var	17 (%27,9)	1 (%0,01)			
İntihar Girişim Sayısı; Ort.±SS	0,59±1,20	0,02±0,17	-3,606	62	0,001**
Ort.±SS: Ortalama± Standart sapma,					

Tablo 4.6.'da iki grubun ailelerindeki ruhsal hastalık, şizofreni, intihar girişimi dağılımı görülmektedir. Ailede ruhsal hastalık ($\chi^2=0,897$, $p=0,344$), ailede şizofreni ($\chi^2=0,518$, $p=0,472$), ailede intihar ($\chi^2=3,212$, $p=0,073$) değişkenlerinde iki grup arasında istatistiksel olarak bir fark saptanmadı.

Tablo 4.6. Grupların ailelerinde ruhsal hastalık, şizofreni, intihar girişimi dağılımı

Değişken	Disosiyatif Bozukluk (n=61)	Sağlıklı Kontrol (n=67)	χ^2/t	df	p
Ailede ruhsal hastalık; n(%)			0,897	1	0,344
Yok	37 (%60,7)	46 (%68,7)			
Var	24 (%39,3)	21 (%31,3)			
Ailede şizofreni; n(%)			0,518	1	0,472
Yok	59 (%96,7)	63 (%94,0)			
Var	2 (%3,3)	4 (%6,0)			
Ailede intihar; n(%)			3,212	1	0,073
Yok	56 (%91,8)	66 (%98,5)			
Var	5 (%8,2)	1 (%1,5)			
Ort.±SS: Ortalama± Standart sapma					

Tablo 4.7.'de Disosiyatif Bozukluk ve kontrol gruplarında şema alt ölçek skorlarının dağılımı görülmektedir. Gruplar arasında Young Şema Ölçeği skorlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ve yüksek etki değerine sahip olduğu ortaya koyulmuştur. Farklılığın, Duygusal Yoksunluk ($p<0.001$), Başarısızlık ($p<0.001$), Karamsarlık ($p<0.001$), Sosyal İzolasyon/Güvensizlik ($p<0.001$), Duyguları Bastırma ($p<0.001$), Onay Arayıcılık ($p<0.001$), İç içe geçme/Bağımlılık ($p<0.001$), Ayrıcalıklık/Yetersiz Özdenetim ($p<0.001$), Kendini Feda ($p<0.001$), Terk Edilme ($p<0.001$), Cezalandırılma ($p<0.001$), Kusurluluk ($p<0.001$), Tehditler Karşısında Dayanıksızlık ($p<0.001$) ve Yüksek Standartlar ($p<0.001$) alt ölçekleri skorlarından kaynaklandığı bulunmuştur. Şemaların hasta ve kontrol grupları arasındaki sayısal farklılıkları şekillerde görülmektedir (Şekil 1-14)

Tablo 4.7. Disosiyatif Bozukluk ve kontrol gruplarında şema alt ölçek skorlarının dağılımı

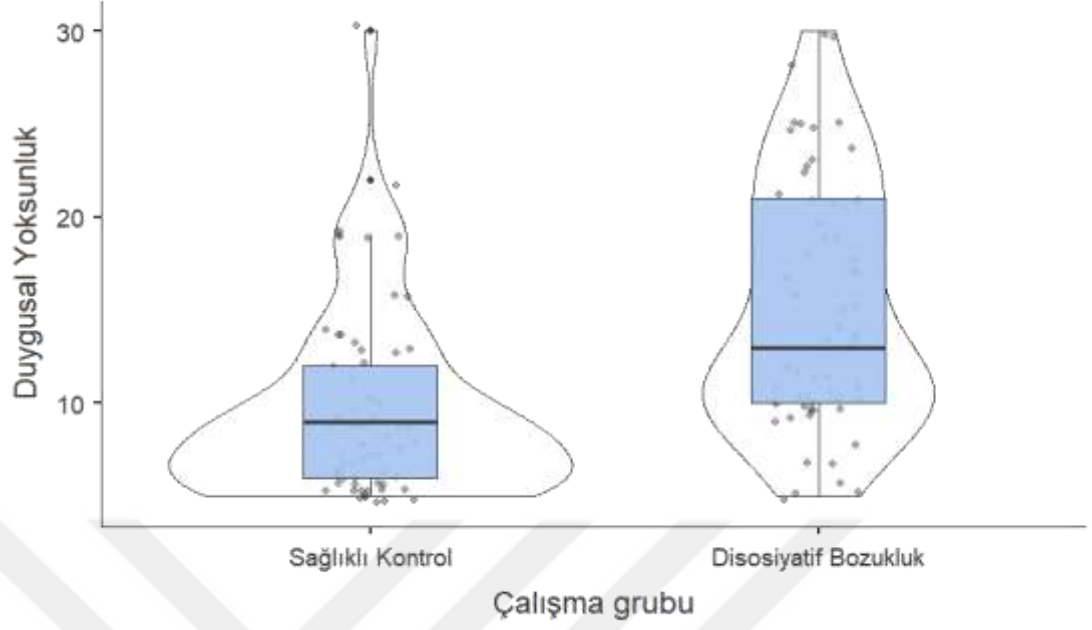
Değişken	Disosiyatif Bozukluk (n=61)	Sağlıklı Kontrol (n=67)	df	Kareler Toplamı/Ortalama sı	F	p	η^2
Young Şema Ölçeği				Pillai's Trace Testi			= 0,412
Pillai's Trace Testi				= 0,412, F (14, 113) = 5,648 p<0,001, $\eta^2 = 0,412$			
Duygusal Yoksunluk	15,19±6,70	9,64±5,02	1	985,26	28,47	<0,001**	,184
Başarısızlık	17,75±7,15	11,52±4,39	1	1239,96	35,93	<0,001**	,222
Karamsarlık	18,62±7,18	10,38±4,79	1	2165,26	59,15	<0,001**	,319
Sosyal İzolasyon/Güvensizlik	24,49±9,06	17,05±6,00	1	1763,67	30,38	<0,001**	,194
Duyguları Bastırma	15,59±6,24	12,01±4,27	1	408,13	14,50	<0,001**	,103
Onay Arayıcılık	23,08±6,43	19,19±5,00	1	482,65	14,70	<0,001**	,105
İç Geçme/Bağımlılık	25,31±9,52	16,44±6,93	1	2508,57	36,70	<0,001**	,226
Ayrıcalıklık/Yetersiz Özdenetim	26,72±7,89	21,14±7,15	1	991,34	17,35	<0,001**	,121
Kendini Feda	18,83±5,74	15,76±4,80	1	301,89	10,86	0,001**	,079
Terk Edilme	13,77±6,68	8,79±3,11	1	791,69	30,02	<0,001**	,192
Cezalandırılma	24,39±6,97	20,20±5,11	1	559,08	15,15	<0,001**	,107
Kusurluluk	15,63±7,70	9,58±3,26	1	1171,51	34,56	<0,001**	,215
Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	16,19±6,81	10,67±4,30	1	974,70	30,63	<0,001**	,196
Yüksek Standartlar	11,11±3,73	8,56±3,73	1	207,23	14,86	<0,001**	,106

Ort.±SS: Ortalama± Standart sapma,

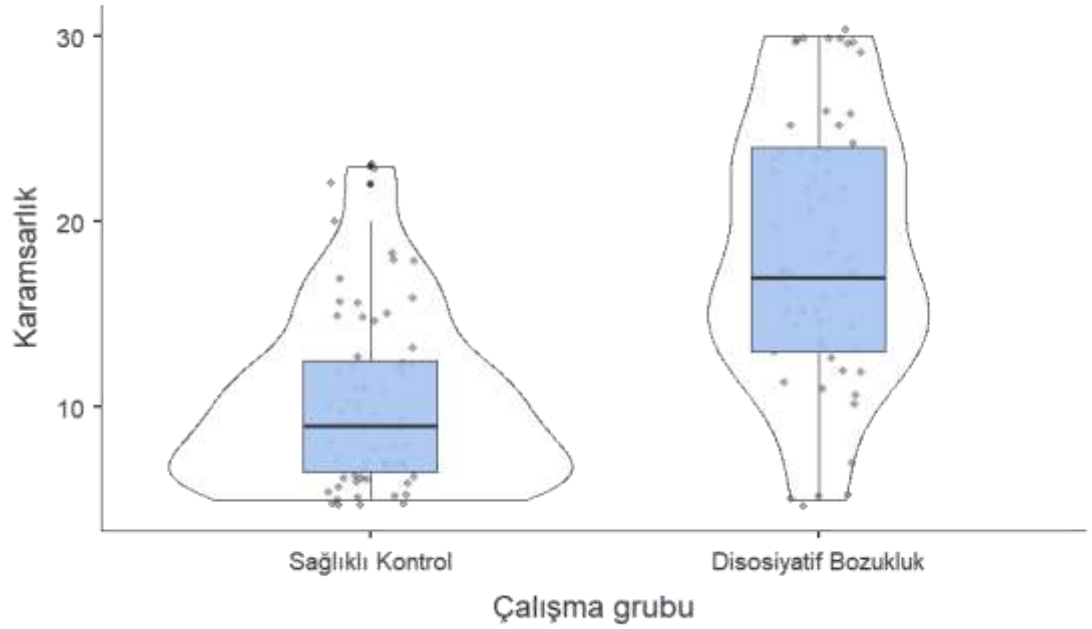
Tablo 4.8.'de görüldüğü gibi Disosiyatif Bozukluk hastalarının yaş, ilk atak yaşı ve atak sayısı gibi sürekli değişkenlerinin şema alt ölçekleriyle korelasyon analizine bakıldığında istatistiksel olarak bir ilişki saptanmadı.

Tablo 4.8. Hasta grubunun sürekli değişkenlerinin korelasyon analizi

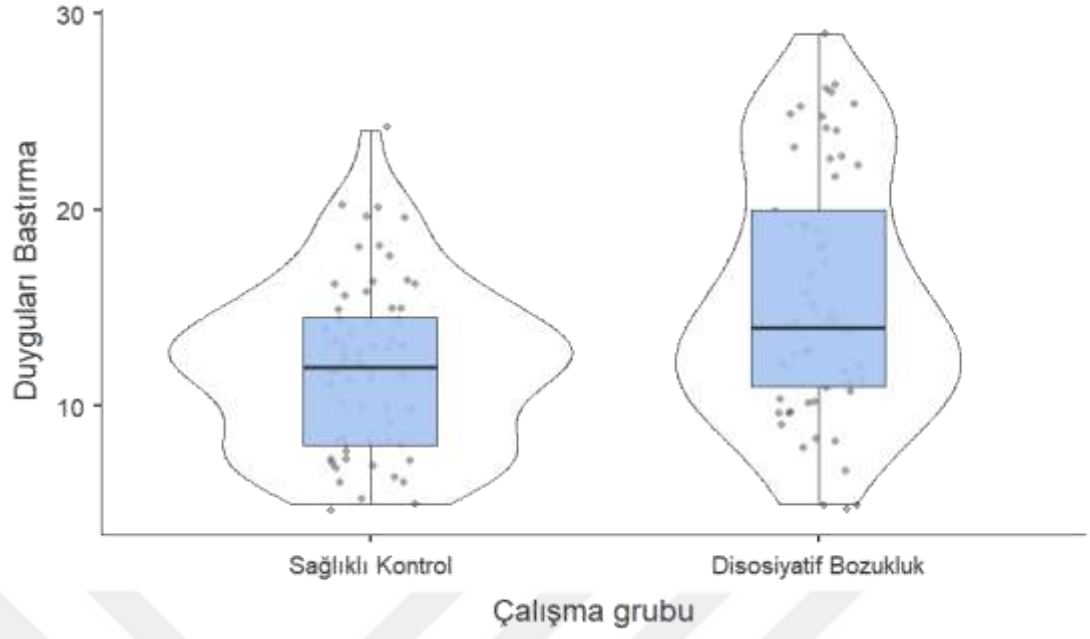
		Yaş	İlk atak yaşı	Atak sayısı
Duygusal Yoksunluk	r	0,030	0.006	-0.027
	p	0,820	0.961	0.838
Başarısızlık	r	-0,080	-0.049	-0.100
	p	0,538	0.706	0.445
Karamsarlık	r	0,052	0.028	-0.052
	p	0,692	0.829	0.692
Sosyal İzolasyon/Güvensizlik	r	-0,066	-0.119	0.008
	p	0,614	0.362	0.950
Duyguları Bastırma	r	-0,061	-0.035	-0.013
	p	0,638	0.787	0.922
Onay Arayıcılık	r	-0,093	-0.197	0.096
	p	0,477	0.128	0.462
İç içe Geçme/Bağımlılık	r	-0,048	-0.082	-0.066
	p	0,712	0.529	0.613
Ayrıcalıklık/Yetersiz Özdenetim	r	-0,036	-0.160	0.158
	p	0,784	0.219	0.223
Kendini Feda	r	-0,155	-0.021	0.085
	p	0,232	0.870	0.516
Terk Edilme	r	0,016	0.007	-0.053
	p	0,902	0.960	0.688
Cezalandırılma	r	0,034	0.016	0.004
	p	0,795	0.901	0.978
Kusurluluk	r	-0,202	-0.121	-0.129
	p	0,118	0.352	0.323
Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	r	-0,127	-0.170	-0.018
	p	0,330	0.190	0.891
Yüksek Standartlar	r	-0,066	-0.034	-0.031
	p	0,611	0.793	0.815



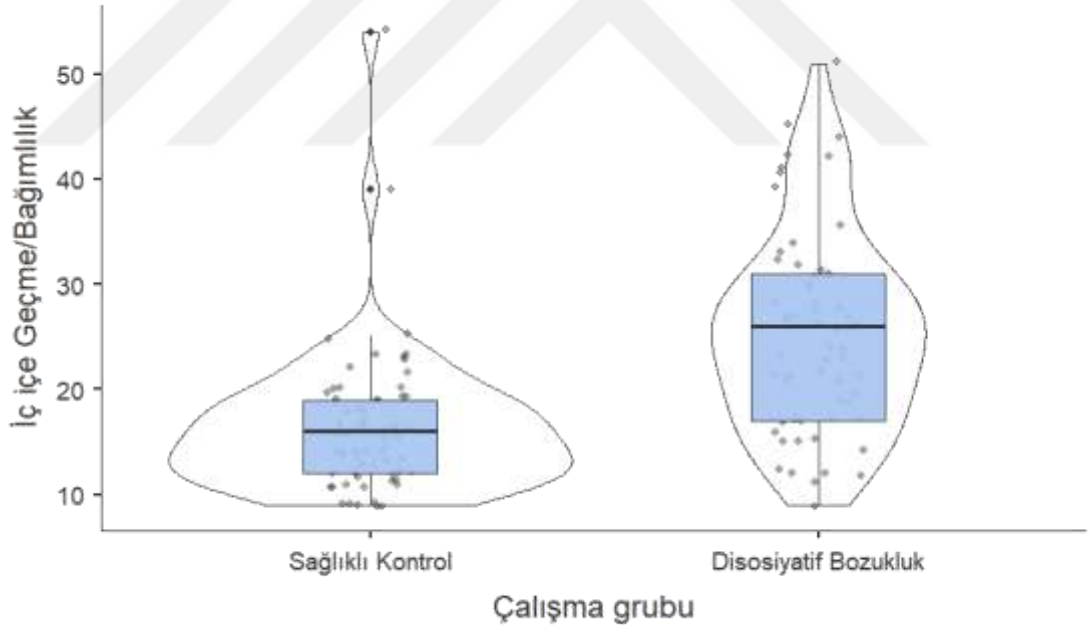
Şekil 1.1 Duygusal yoksunluk şemasının hasta ve kontrol grubu skor dağılımı



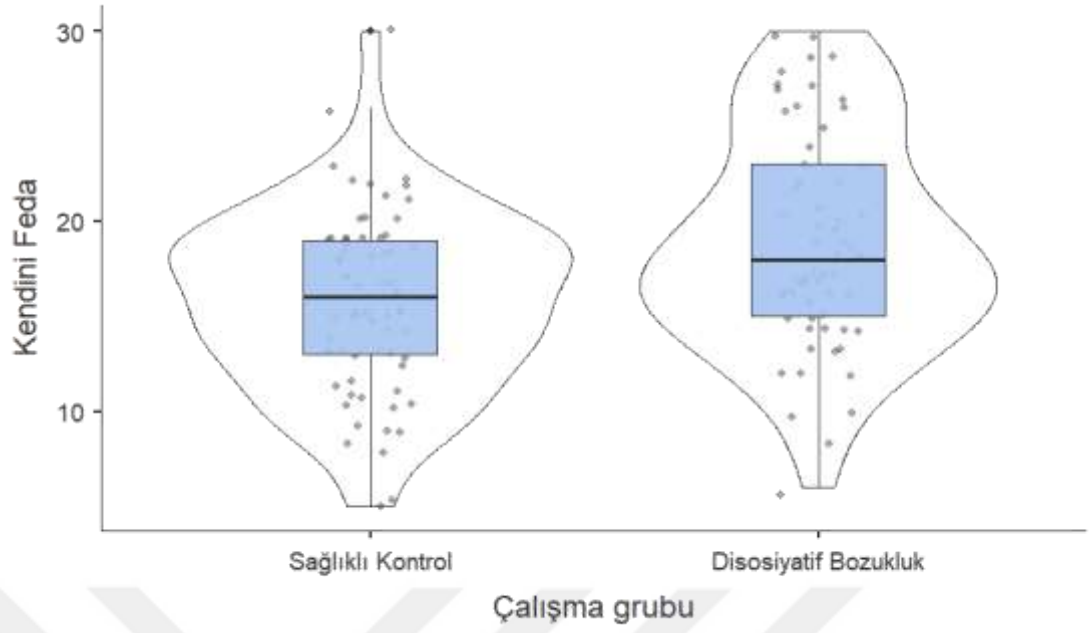
Şekil 1.2 Karamsarlık şemasının hasta ve kontrol grubu skor dağılımı



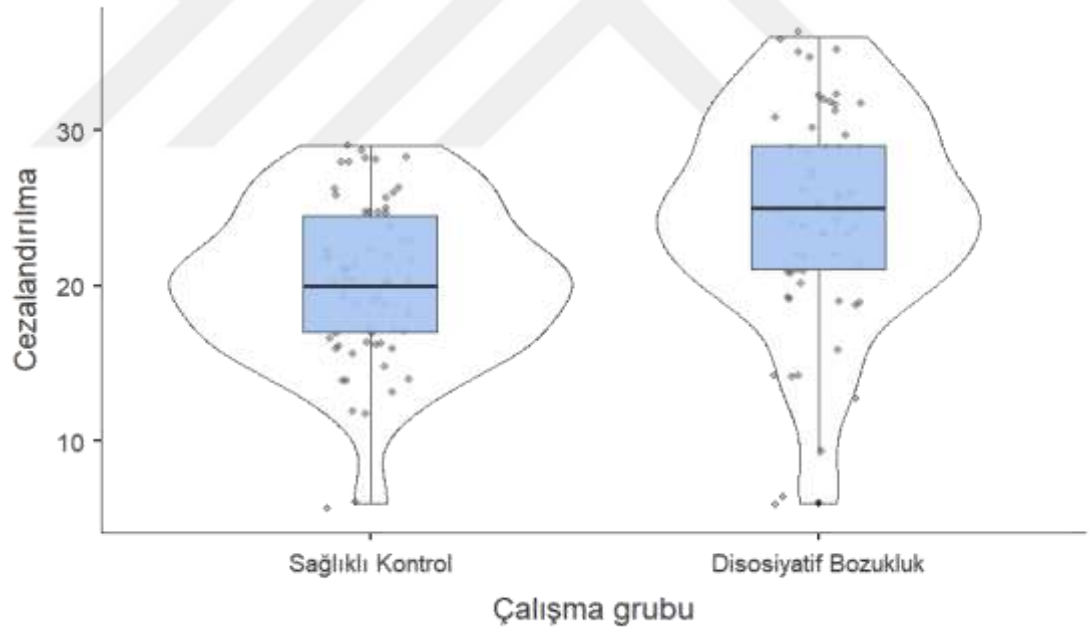
Şekil 1.3 Duyguları bastırma şemasının hasta ve kontrol grubu skor dağılımı



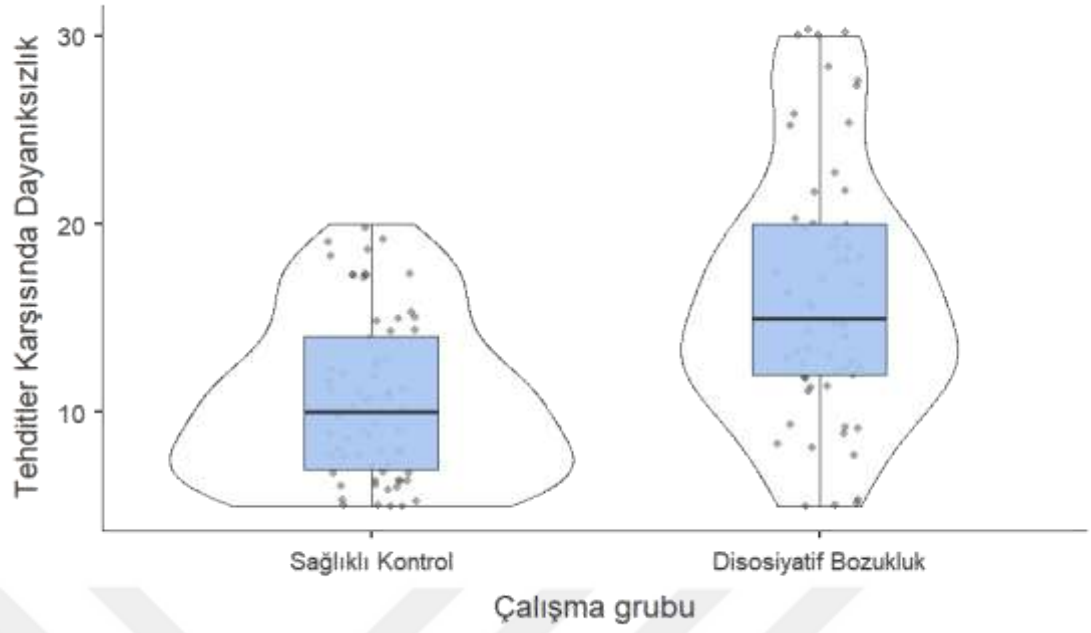
Şekil 1.4 İç içe Geçme/Bağımlılık şemasının hasta ve kontrol grubu skor dağılımı



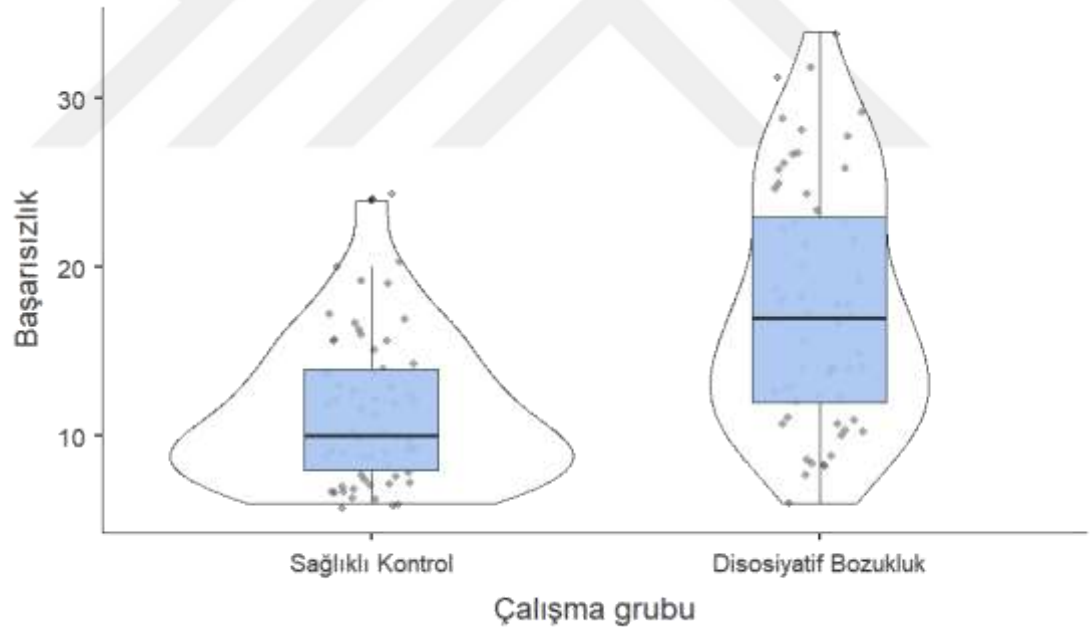
Şekil 1.5 Kendini feda şemasının hasta ve kontrol grubu skor dağılımı



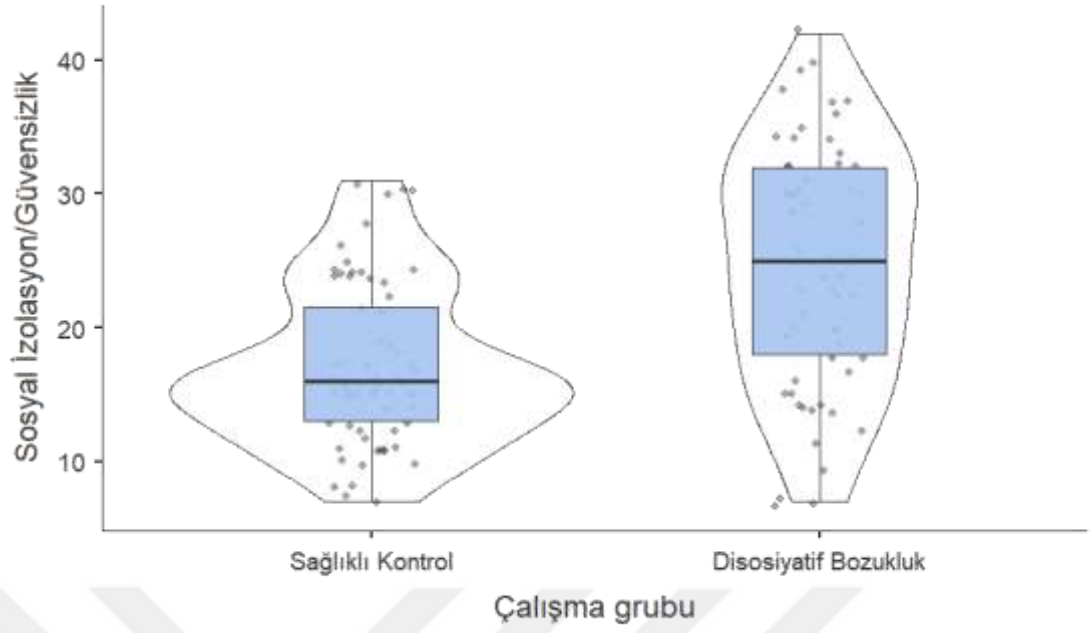
Şekil 1.6 Cezalandırılma şemasının hasta ve kontrol grubu skor dağılımı



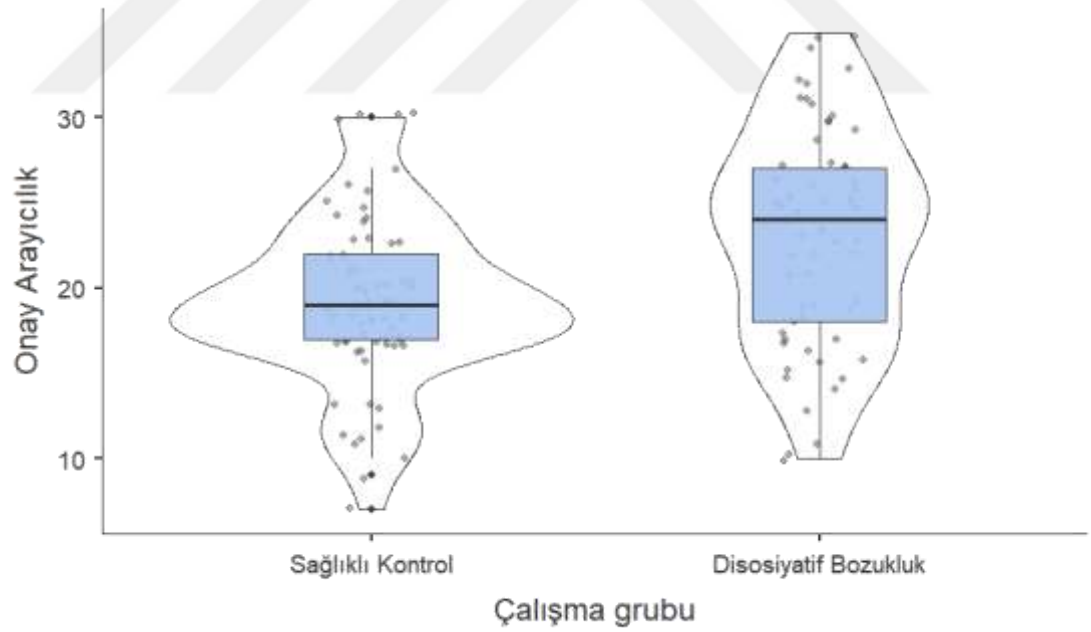
Şekil 1.7 Dayanıklılık şemasının hasta ve kontrol grubu skor dağılımı



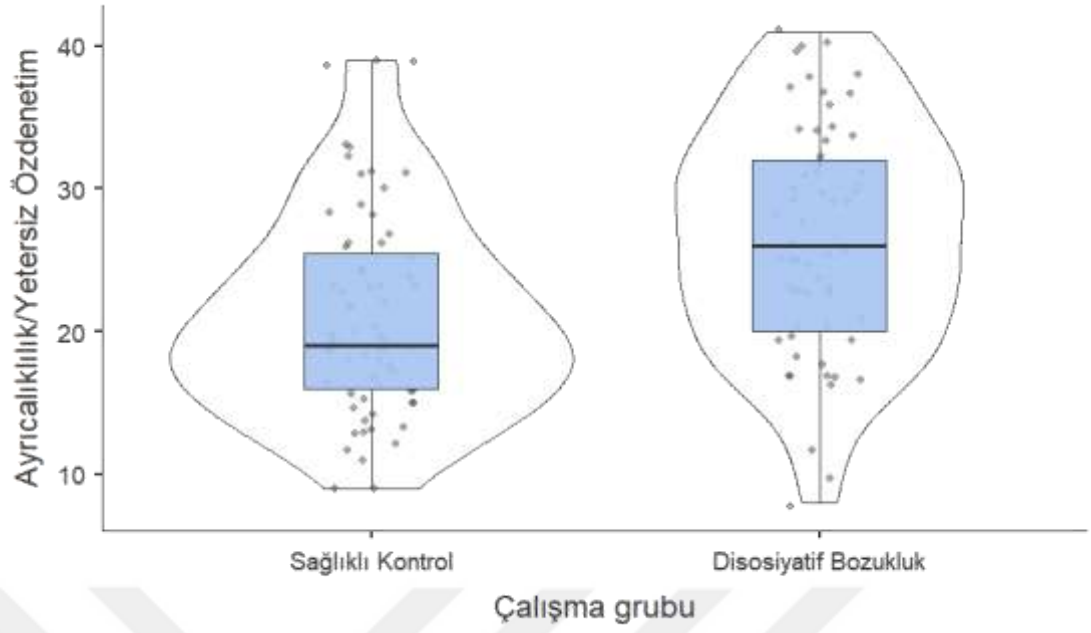
Şekil 1.8 Başarısızlık şemasının hasta ve kontrol grubu skor dağılımı



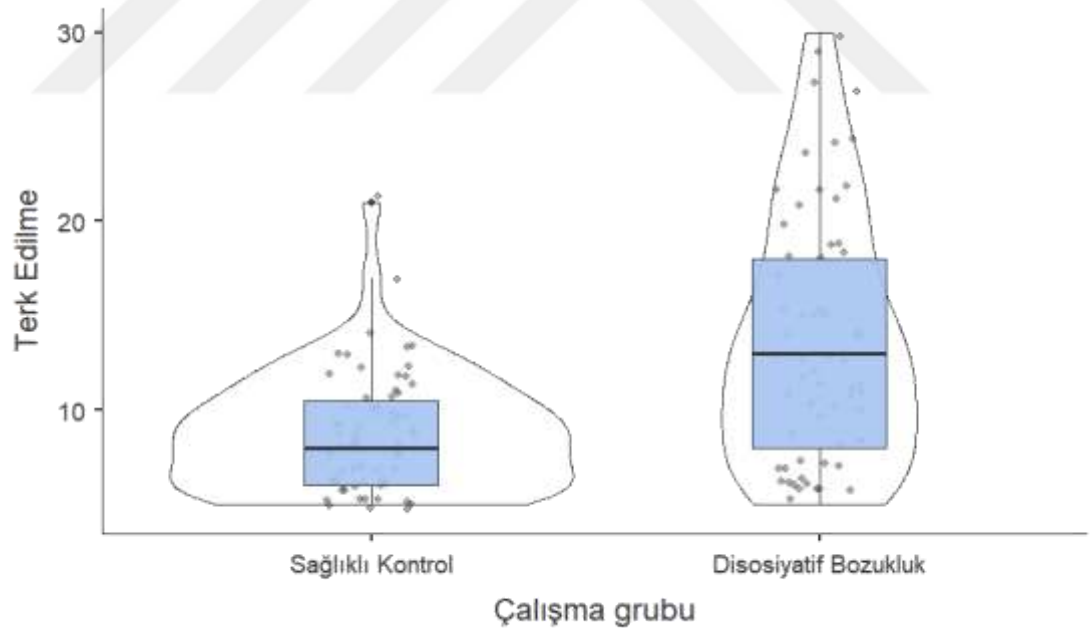
Şekil 1.9 Sosyal izolasyon/Güvensizlik şemasının hasta ve kontrol grubu skor dağılımı



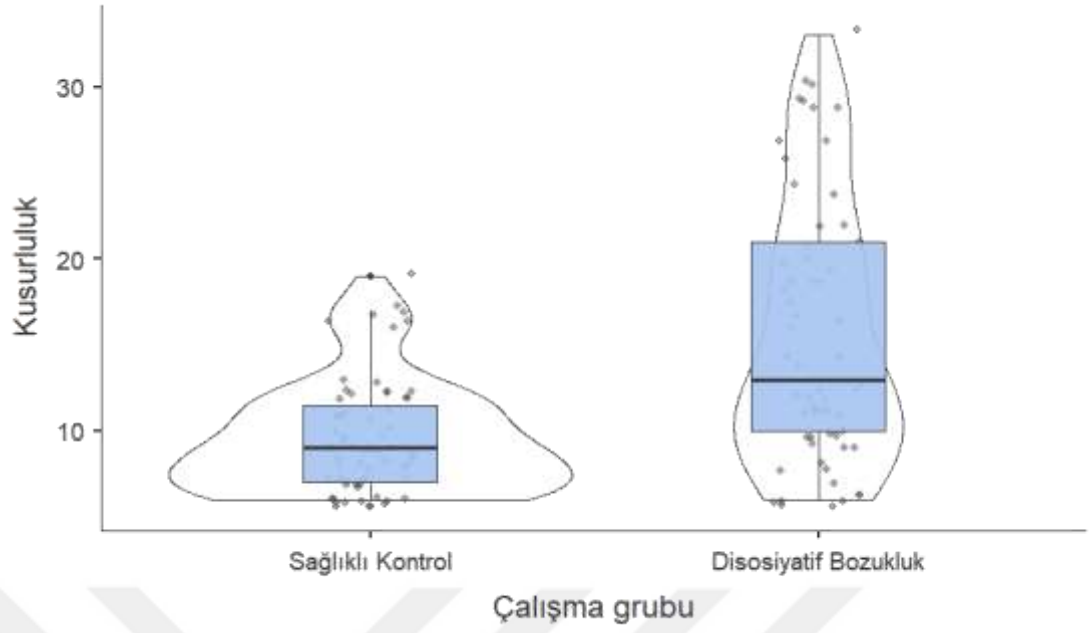
Şekil 1.2 Onay arayıcılık şemasının hasta ve kontrol grubu skor dağılımı



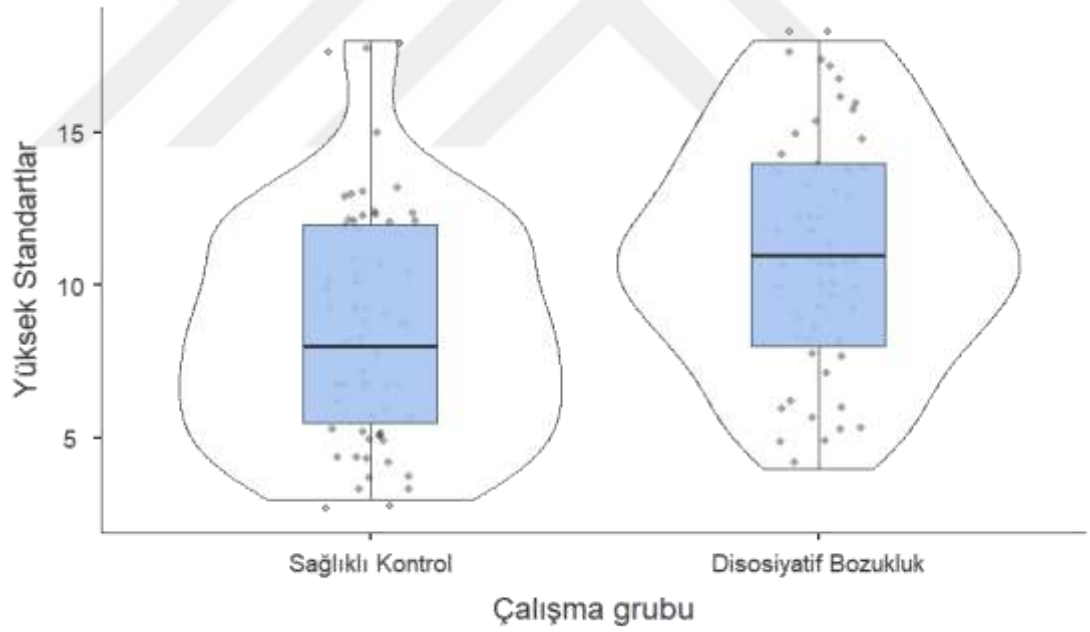
Şekil 1.3 Ayrıcalıklılık/Yetersiz Özdenetim şemasının hasta ve kontrol grubu skor dağılımı



Şekil 1.12 Terk edilme şemasının hasta ve kontrol grubu skor dağılımı



Şekil 1.4 Kusurluluk şemasının hasta ve kontrol grubu skor dağılımı



Şekil 1.14 Yüksek standartlar şemasının hasta ve kontrol grubu skor dağılımı

5. TARTIŞMA

Disosiyatif bozukluklar, etiyolojisinde çoğunlukla travmatik olayların rol aldığı, psikiyatrik eş tanılarla seyreden kronik psikiyatrik bir bozukluktur. Hastaya, aile yakınlarına ve sağlık sistemlerine ekonomik olarak getirdiği yüklerden dolayı etkin tedavisi önem arz eder. Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan bu çalışmada 61 DB hastası, 67 kontrol olmak üzere 128 katılımcı mevcuttu. 61 DB hastasına duyarlılığı ve özgüllüğü yüksek bir test olan Disosiyatif Bozukluklar için Görüşme Çizelgesi(DBGÇ) kullanılarak tanı konulmuştur. Karıştırıcı faktör olmaması açısından madde kullanım bozukluğu olan hastalar dışlanma kriterleri gereği çalışmaya dâhil edilmemiştir. Böylelikle sekonder sebeplerin dışlanarak DB'nin psikolojik dinamiklerinin daha doğru tespit edileceği öngörülmüştür.

Disosiyatif Bozukluklarda erken dönem uyum bozucu şemaların belirlenmesi amacıyla planlanan mevcut çalışmanın sonuçlarına göre; Terk Edilme, Duygusal Yoksunluk, Kusurluluk, Sosyal İzolasyon, Dayanıksızlık, İç içe geçme/bağımlılık, Başarısızlık, Ayrıcalıklık/Yetersiz Öz denetim, Kendini Feda Etme, Onay Arama, Karamsarlık, Duyguları Bastırma, Yüksek Standartlar şemaları kontrol grubuna göre DB tanılı hastalarda yüksek olarak bulundu. Ayrıca medeni durum, çalışma durumu, yaşam yeri, sigara kullanımı, kendine zarar verme, intihar girişiminin de DB'de farklılık gösterdiği görülmüştür. Bulgular DB'nin klinik ve sosyodemografik faktörlerinin incelenmesi nedeniyle epidemiyolojik bir veri kaynağı olabilir. Şemaların incelenmesinin; etiyolojiyi aydınlatma ve psikoterapi müdahalelerine yol gösterme potansiyeli nedeniyle önem arz ettiği düşünülmektedir.

5.1. Disosiyatif Bozukluklarda Sosyodemografik Özelliklerin İncelenmesi

Çalışmada DB'li olguların yaş ortalaması $28,59 \pm 9,96$ idi. Kadınlar ve erkekler arasında önemli bir fark yoktu. Tezcan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise yaş ortalaması $28,58 \pm 8,47$ şeklinde bulunmuş [96]. İstanbul'da Acil servis' e başvuran DB'li olgular arasında yapılmış çalışmada $30,5 \pm 11,2$ şeklinde bulunmuş [33]. Dallas'ta yapılan farklı bir çalışmada ise Ross ve arkadaşları 135 hastanın yaş ortalamasını $39,2 \pm 9,2$ yıl şeklinde bulmuş [97]. Bu yüksekliğin sebebi çalışmaya sadece disosiyatif kimlik bozukluğu hastalarının alınmasından kaynaklanıyor

olabilir. Disosiyatif Bozuklukları tüm alt tipleriyle değerlendirdiğimizde mevcut bulgular literatürle uyumlu gözükmektedir.

DB tanısı alan olguların % 45,9'u kadın, % 54,1'i erkek olarak bulunmuştur. Bu oran Amerika'da yapılan epidemiyolojik bir çalışmada %64 kadın, %36 erkek şeklinde bulunmuştur [11]. 1993 ve 1996'da yayınlanmış meta analizlere göre kadın ve erkek cinsiyet arasında fark bulunamamış [98, 99]. Ancak, genel popülasyonda ve tanı koydurucu araçların kullanıldığı farklı klinik örneklerde yapılan ampirik çalışmalar, disosiyatif semptomların cinsiyetler arasında farklılık göstermediğini ortaya koymuştur. Kadınlarda disosiyatif bozuklukların görünüşte baskınlığı sosyo-kültürel bağlamdan kaynaklanıyor olabilir, çünkü disosiyatif bozukluğu olan erkekler genellikle genel sağlık sistemine değil, hukuk sistemine girerler, yani hapishanede veya adli tıp kurumlarında bulunabilirler [100]. Bu çalışmada cinsiyet açısından DB'de fark bulunamamıştır ve literatürle uyumludur.

Medeni durumları incelendiğinde hastalarda kontrol grubuna göre bekâr/boşanmış kişi oranında anlamlı bir farklılık vardı. Çalışmaya katılan olgulardan DB tanısı alanların %37,7'sinin evli ve eşiyle yaşamakta olduğu, %62,3'ünün de hiç evlenmemiş veya boşanmış olduğu belirlenmiştir. Türkiye'de Elazığ ilinde yapılan bir çalışmada DB tanısı alan olguların %77,8'i evli, %16,7'si bekâr, %5,5'i boşanmış olarak bulunmuş ve kontrol grubuna göre medeni durumda bir fark saptanmamış. [96]. Bu sonuçlar çalışmanın sonuçları ile karşılaştırıldığında; hiç evlenmemiş veya boşanmış olgu oranı bu çalışmada daha yüksek bulunmuştur. Bu durum bu iki çalışmanın yapıldığı bölgesel farklılıktan kaynaklanıyor olabilir. Çünkü bu çalışma Türkiye'nin en büyük nüfusuna sahip 2. İlinde ve şehirleşme oranının yüksek olduğu Ankara'da gerçekleşmişken, diğer çalışma daha fazla kırsal alana sahip, nüfusun daha az olduğu Elazığ şehrinde yapılmıştır. Kırsal alanda yaşayanlarda evlilik yaşının daha erken olmasının ve boşanmaya karşı halkın olumsuz tutumunun bu farklılığa neden olabileceğini düşündürmektedir.

2000'de Hollanda'da yapılan bir çalışmada da yaş, cinsiyet ve medeni durum açısından bir fark saptanmamış [5]. 2009'da Pastucha ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre yaş, cinsiyet ve eğitim durumları açısından bir fark saptanmamıştır [101]. Eğitim durumu ve medeni durum açısından literatürde farklı sonuçlar bulunmaktadır.

Üniversite mezunu olan olgu oranı % 31,2 idi, bu değer kontrol grubuna göre düşüktü, ortalama eğitim süresi ise 11,4 yıl idi. Kanada'da 1055 kişiyle yapılan bir

çalışmada üniversite mezunu oranı %27 olarak bulunmuştur [102]. Sivas'ta yapılan çalışmada ise %5,3'ü üniversite mezunu olarak bulunmuş [12]. İstanbul'da yapılan bir çalışmada ise hastaların ortalama eğitim süresi 9,85 yıl olarak bulunmuş [103]. Literatürdeki çalışmalarda eğitim durumu ile alakalı farklı veriler bulunmaktadır. Sivas'taki (2006) çalışmada üniversite mezununun az olmasının sebebinin kadınların kırsal bölgelerde eğitime teşvik edilmemesi ve sosyokültürel faktörlerden kaynaklanabileceği ileri sürülmüştür.

Çalışmaya alınan ve DB tanısı alan olguların %60,7'sinin gelir düzeyi düşük olarak bulunmuştur. Bu oran kontrol grubuna göre yüksekti. Ayrıca DB tanısı alan olguların % 37,7'sinin herhangi bir işte çalışmadığı tespit edildi. Kontrol grubuna göre bu oran da yüksek olarak bulundu. Tezcan ve arkadaşlarının 2003'te yaptığı çalışmada olguların %55,6'sının işsiz olduğu ve yine olguların %55,6'sının gelirini alt düzey olarak tanımladığı bulunmuştur [96]. Amerika'da yapılan bir çalışmada ayaktan tedavi gören hastalarda disosiyatif bozukluk sıklığı %29 olarak bulunmuştur. Bu sıklığın bu kadar yüksek olmasının nedenleri arasında hasta popülasyonunun sosyoekonomik düzeyinin düşük olması, azınlıklardan oluşması (Güney Amerika, Afrika kökenli) ve bu olgularda çocukluk çağı travması ve disosiyatif yaşantı sıklığının aşırı derecede yaygın olması ifade edilmiştir [11]. Bu çalışmada DB'nin düşük gelir düzeyine sahip olgularda daha sık görüldüğünü, bu hastalığın çalışma hayatını etkilediğini ve işlevsellikte kayba yol açtığını düşündürmektedir. Hastalardaki disosiyasyonun etkisi ve başta depresif bozukluk olmak üzere diğer eş tanımlar düşünüldüğünde düzenli bir iş devam edememe nedeninin işlev kaybı sonucu olduğu öngörülmektedir.

Olguların sosyodemografik özellikleri ile ilgili olarak dikkati çeken bir diğer durum şehirde yaşayan kişi oranı %80,3'dür. Türkiye'de Tezcan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada köyde yaşama oranı DB tanısı alan olgularda %27,8, şehirde yaşama oranı %44,4 olarak belirlenmiştir [96]. Bu çalışmada şehirde yaşayanların yüksek olmasının nedeni olarak şehirleşmenin yüksek olduğu bir kent olan Ankara'da yapılmasından ve şehirleşmenin yıldan yıla giderek artmasından kaynaklandığını düşündürmektedir. Olguların kontrol grubuyla karşılaştırılmasında yaşadığı yer, kiminle yaşadığı, kardeş sayısı açısından istatistiksel olarak bir fark saptanmadı.

Hasta ve kontrol grubu arasında kendine zarar verme, intihar girişiminin varlığı ve intihar girişim sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı. Bu çalışmada kendine zarar verme %26,2, intihar girişimi %27,9 olarak bulunmuştur. Türkiye’deki yatan hastalarda yapılan 17 disosiyatif olgu üzerinden yapılan bir çalışmada % 88,2’si kendine zarar vermeyi, % 82,4’ü intihar girişimi bildirirken [4], başka bir çalışmada sırasıyla % 60,0 ve % 66,7 olarak bildirildi [33]. Bu farklılıklar örneklemin küçüklüğü ve sadece yatan hastalarda yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir. Disosiyatif Bozuklukların daha fazla self-mutilatif davranış ve daha sık intihar teşebbüsünde bulundukları bildirilmiştir [104]. DB tanılı hastalar hem sıklıkla intihara teşebbüs etmekte hem de intihar niyeti olmadan çok daha sık kendi kendine zarar verdiği bilinmektedir [105]. Disosiyasyon strese karşı duygusal kontrol sağlayabilirken travmatik bellek paradoksik olarak fiziksel çaresizliğin psikolojik çaresizliğe dönüşmesine neden olur ve bu durum da kişilerin çaresizliği inkâr etmelerine yol açabilir.

Disosiyatif bozuklukların alt tiplerine göre dağılımında %77’si (n=47) Tanımlanmış Diğer Bir Disosiyatif Bozukluk (TDDB) tanısıyla en sık gözlenen alt tip olarak tespit edildi. %12’si (n=8) Disosiyatif Kimlik Bozukluğu (DKB), %6’sı (n=4) Depersonalizasyon/ Derealizasyon bozukluğu (DPB/DRB), %3’ü (n=2) Disosiyatif Amnezi (DA) olarak bulunmuştur. Tanımlanmamış Disosiyatif Bozukluk (TDB) tanılı olgu ise hiç yoktu. 2006’da New York’ta yapılan bir çalışmada %33 DA, %29 TDDB, %20,8 DKB, %16,6 DPB/DRB bulunmuş [11]. 2003’te Şar ve arkadaşları tarafından yapılmış çalışmada %82,4 oranında TDDB, %17,6 DA, DKB ise %0 olarak bulunmuş [10]. Almanya’da 2000 yılında yapılan bir çalışmada %20 DKB, %20 yapay DKB, % 60’ı ise TDDB şeklinde bulunmuştur [5]. 2012 yılında İstanbul’da yapılmış ‘Disosiyatif bozuklukta tanı dağılımı ve semptom profili çalışmasında %75 oranla en sık alt tip BTA-DB olarak bulunmuştur [106]. Bu çalışmada da literatürle uyumlu olarak TDDB alt tipinin en sık alt tip olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmada Tanımlanmış Diğer Bir Disosiyatif Bozukluğun (TDDB) en yaygın DB tanı grubu olmasının nedeni TDDB’nin heterojen bir tanı kategorisine sahip olması olabilir. Bu kategorideki klinik örüntülerin daha fazla analiz edilmesi gerekir. Bazı çalışma gruplarının küçüklüğü farklı bulguların bir nedeni olsa da farklı oranlar; kullanılan metodolojideki farklılıklardan (örneğin, klinik tanı aracının

seçimi veya semptomların yorumlanmasındaki kültürel farklılıklardan) kaynaklanıyor olabilir. Klinisyenlerin disosiyatif bozukluklar konusundaki tecrübeleri önemlidir. Örneğin disosiyatif kimlik bozukluğunun kendi tanısallık özellikleri olmasına rağmen, diğer psikiyatrik bozukluklarla geniş bir fenomenolojik örtüşmesi söz konusudur. Bu yüzden tanısallık sorunların yaşanması olağan gözüküyor.

Bu çalışmada olgular %78 oranla duygusal travma, %16 cinsel travma, %3 fiziksel travma tariflerken, % 3'ü herhangi bir travma tariflemiyordu. 2000'de yapılmış bir çalışmada Disosiyatif hastaların % 83,3'ü (n = 15) çocukluk döneminde ihmal, % 72,2'si (n = 13) duygusal istismar, % 50,0'ı (n = 9) fiziksel istismar ve %27,8'i (n = 5) cinsel istismar bildirilmiş [9]. Türkiye'deki başka bir çalışmada % 60 fiziksel istismar, % 46,7 duygusal istismar, % 40 cinsel istismar olarak bulunmuştur [33]. Bölgesel olarak sosyokültürel farklılıklar ve hastaların travmatik yaşantılarını bildirmedeki çekimserlikleri, dinamik süreçler (amnezi, inkâr) bu oranlardaki değişkenliği açıklayabilir. Farklı bulgular olsa da travmatik yaşantıların disosiyatif bozukluk tanısı alma insidansını artırdığı bilinmektedir [107].

Hasta grubunun sigara kullanımı kontrol grubuna göre daha fazla kullanıyorlardı. Alkol kullanım oranlarında anlamlı bir fark saptanmadı. Bütün psikiyatrik bozukluklar nikotin bağımlılığı için ciddi birer risk etkenidir. 23393 kişi üzerinde yapılan toplum temelli bir çalışmada psikiyatrik sorunları olan kişiler arasında sigara içmenin %34,3 (fobileri olanlarda) ile %59,1 (şizofreni hastalarında) arasında değiştiği ve bunun aynı çalışmada psikiyatrik bozukluğu olmayan kişiler arasında saptanan %18,3 oranından çok yüksek olduğu bulunmuştur [108]. Disosiyatif bozukluk hastalarında da şizofreni hastalarının self-medikasyon olarak sigara kullanmalarına [109] benzer bir şekilde sigara kullanım oranlarında artışa sebep olmuş olabilir. Çalışmada hasta grubunun %26,6 sigara kullanma oranı literatür ile uyumlu görünüyor.

Disosiyatif Bozukluk hastalarıyla kontrol gruplarının ailelerinde ruhsal hastalık, şizofreni, intihar sayıları karşılaştırılmış istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Literatürde DB'lilerin ailelerinde şizofreni, intihar ve ruhsal bozukluk görülme insidansına dair çalışmaya rastlanılmadı. Bu alanda geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğu gibi, bu bulgu DB'nin daha genetikten ziyade çevresel etmenlere, yetiştirme tarzına bağlı olduğunu gösterebilir.

DB’de komorbid psikiyatrik tanıların sıklığı bilinmektedir [34]. Bu çalışmada olguların %13,1’inde Panik bozukluğun eş tanı olarak bulunuyordu. Türkiye’de yapılan benzer çalışmalarda panik bozukluğun komorbid olarak görülme oranı %16,7 ve %14 bulunmuştur [110, 111]. Çalışmadaki bulgular bu sonuçlarla uyumlu gözükmektedir. Ortak etiyopatogenez açısından da daha fazla araştırma yapılmalıdır.

5.2. Erken dönem uyum bozucu şemaların analizi

Disosiyatif Bozukluklarda erken dönem uyum bozucu şemaların belirlenmesi amacıyla planlanan mevcut çalışmanın sonuçlarına göre; Terk Edilme, Duygusal Yoksunluk, Kusurluluk, Sosyal İzolasyon, Dayanıksızlık, İççe geçme/bağımlılık, Başarısızlık, Ayrıcalıklık/Yetersiz Öz denetim, Kendini Feda Etme, Onay Arama, Karamsarlık, Duyguları Bastırma, Yüksek Standartlar şemaları DB tanılı hastalarda kontrol grubuna göre yüksek olarak bulundu. Literatürde Disosiyatif bozuklukta şemaların incelenmesine dair bir çalışma yoktu. Bu nedenle bu çalışma DB’de yapılmış ilk şema incelemesi olma özelliğine sahiptir.

Bu çalışmada DB’li hasta grubunda duygusal yoksunluk şeması kontrol grubuna yüksek olarak bulunmuştur. Duygusal yoksunluk şeması, bireyin duygusal ihtiyaçlarının diğerleri tarafından yeterince karşılanmayacağı inancıyla karakterizedir ve çocukluk döneminde sıcaklık, sevilmiş ve tam olarak güvende olma hissini yaşayamamış olmakla ilişkilendirilmektedir [9]. Bütün bunlar duygusal yoksunluk şemasının DB’li bireylerdeki çözülmeyle açıklayabilir.

Bu çalışmada da DB’li bireylerde güvensizlik şeması kontrollere göre yüksek bulundu. Güvensizlik/sosyal izolasyon şemasına sahip bireyler diğerleri tarafından kötüye kullanılacaklarından, aşağılanacaklarından ve kasıtlı olarak zarar göreceklelerinden korkmaları sebebiyle diğer insanlara şüpheli bir şekilde yaklaşmaktadırlar [112]. Yalnız hissetme ve artan bireysellik, insanlara dair güvensiz bakış açısı problemlerle baş ederken disosiyatif reaksiyonlara yol açabilir. Psikotik hastalarla yapılan çalışmalarda güvensizlik/ sosyal izolasyon şemaları yüksek bulunmuş [113]. DB’li hastalarda da bu şemanın yüksekliği psikotik yaşantılara benzer psödohalusinasyonları, schneiderian belirtileri açıklayabilir.

Hasta grubunda terkedilme şeması kontrol grubuna göre yüksek olarak bulundu. Terkedilme şemasına sahip bireyler genellikle çocukluklarında ebeveynleri tarafından terk edildiklerini, istikrar sağlayamayacaklarını düşündüklerini ya da

kendileri çocukken ebeveynlerinin vefat ettiğini belirtmişlerdir. Çalışmada DB'deki terkedilme şemasının yüksekliği DB'de tutarsızlık ve istikrarsızlığa sebep olan duygusal ihtiyaçları karşılayamayan ebeveyn tutumunun bir sonucu olabileceğini göstermektedir.

DB'li hasta grubunda dayanıksızlık şeması kontrol grubuna göre yüksek olarak bulundu. Dayanıksızlık şemasına sahip kişiler bir hastalığın ya da felaketin yakın zamanda ani bir şekilde gerçekleşeceğini ve buna engel olamayacaklarını düşünürler. Kişiye ebeveyni tarafından otonomi kazandırılmadığı veya problemleri elinden alındığı sürece o kişinin problem çözme becerisi düşer. Benlik gücü düşen birey dayanıksızlaşır. Zamanla felaket beklentisi ve algısı (depresyon, kalp krizi, panik atak, HIV, Coronavirüs) artar.

Bir çalışmada Panik bozuklukta terkedilme ve dayanıksızlık şemaları kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur [114]. Bu şemaların bu çalışmada yüksek çıkması Panik Bozuklukta görülen depersonalizasyon/derealizasyon belirtilerini açıklayabilir. Dayanıksızlık şemasının neden olduğu çaresizlik arttığında kişinin kendilik duygusu bozulabilir. Kendini çaresiz ve kırılgan hisseder. Dış şartlar böyle olmasa bile kendi gerçekliği ağır basar. Zamanla dış dünyanın gerçekliği yerine kendi duyumlarına odaklanır ve buna inanmak ister böylece derealizasyon oluşur. Panik Bozukluk ile Disosiyatif Bozukluğun ortak etiyopatogeneze sahip olduğunu ileri süren araştırmacılar vardır [115].

Sınırdaki kişilik bozukluğunda kopukluk ve reddedilmişlik şema alanı (Terk edilme, Güvensizlik, Duygusal yoksunluk, Kusurluluk, Sosyal izolasyon şemaları) yüksek olarak bulunmuştur [116, 117]. Disosiyatif bozukluklara sıklıkla sınırda kişilik bozukluğunun komorbid olarak bulunduğu farklı çalışmalarda bildirilmektedir [118-120]. Öyle ki sınırda kişilik bozukluğunun tanı kriterleri arasında da disosiyatif yaşantılar kendine yer bulmuştur. Disosiyasyonun bölünme, kopma anlamı ve sınırda kişilik bozukluğunun temel savunma mekanizması olan “splitting” ile ortak zeminde düşünüldüğünde alter kişilikler, tanı karışıklıkları, neden sıklıkla birlikte bulundukları daha iyi anlaşılmaktadır.

DB'li hasta grubunda şeması kontrol grubuna göre kusurluluk şeması yüksek olarak bulundu. Depresif bozukluk tanılı hastalarda yapılan bir çalışmada kusurluluk şemasının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuş [121]. Kusurluluk şemasına sahip kişiler kendilerini değersiz olarak görür; sevgi, saygı ya da dikkate alınmayı hak etmediklerini düşünür ve yoğun bir utanç duygusu hissederler. Kusurluluk şeması,

çocukluk döneminde sıklıkla küçümsenmiş ve değersizleştirilmiş bireylerde gelişen şemalardandır. Kabul konusunda sorun yaşamışlardır. Kabul edilmeme, değersizlik düşünceleri varlıklarına olan inancı yitirecek düzeye gelebilir [112]. Bu da Depersonalizasyonda görülen kendi bedenini hissetmeme belirtilerine yol açabilir. Kusurluluk düşünceleri aşırılaştığında nihilistik bir inanca dönüşüp gerçeklik bilincinden anlık kopmalara neden olarak DB’de derealizasyon belirtileriyle sonuçlanabilir.

Erişkinlerle yapılan bir çalışmada, fiziksel ve duygusal ihmal ile başarısızlık, bağımlılık/yetersizlik ve onay arayıcılık şemaları arasında ilişki bildirilmiştir [122]. Bağımlık kişilik bozukluğu terkedilme, onay arayıcılık, başarısızlık ve bağımlılık şemalarıyla yüksek oranda ilişkili bulunmuş [123].

DB’li hasta grubunda şeması kontrol grubuna göre iç içe geçme/Bağımlılık şeması yüksek olarak bulundu. İç içe geçme/Bağımlılık şeması bağımlı kişilik bozukluğunda, sınırda kişilik bozukluğunda yüksek olarak bulunmuştur [124]. İç içe geçme/Bağımlılık şemasına sahip bireyler gündelik sorumluluklarını başkalarından yardım almadan, özerk ve becerikli bir şekilde yerine getiremeyeceklerine inanırlar [112]. İç içe geçme/bağımlılık şema skorlarının yüksek olması çocuklukta yeterli otonomi kazandırılmaması sonucu kişinin sorumluluk alamamasına, kendini geliştirmemesine, problem anında çaresiz hissetmesine yol açar. Bu nedenle bu şemaya sahip kişilerde disosiyasyona yatkınlık artabilir.

Hasta grubunda kontrol grubuna göre ayrıcalıklık/ yetersiz özdenetim şeması yüksek olarak bulundu. Çalışmalarda ayrıcalıklık/ yetersiz özdenetim şeması narsistik kişilik bozukluğunda, obsesif kompulsif kişilik bozukluğunda yüksek olarak bulunmuştur [124]. Ayrıcalıklık/ yetersiz özdenetim şemasına sahip bireylerde duygu ve dürtülerin aşırı ifadelerini sınırlandırma, yeterince öz-denetimli ya da kontrollü olamama sorunları gözlenmektedir. Hastalar ya haklılık iddia etme, başkalarının sınırlarına saygı duymama ya da sorumluluk almaya karşı kaçınma davranışları gösterirler [14]. DB’de yüksek çıkan bu şema karşılanmayan duygusal ihtiyaçların uyaran eksikliğiyle beraber bireyin çevreyle iletişimde kendi benliğinin farkına varamamasına ve sınırlarını fark edemeyip sınırsızlığa ve haklılık iddiasına yol açıyor olabilir.

Bu çalışmada DB’lerde intihar girişimi yüksek olarak bulunmuştur. İntihar edenlerde yapılan bir çalışmada ise kusurluluk, bağımlılık ve yetersiz öz denetim şemasının yüksek olduğu bulunmuş [125]. Kusurluluk şemasının benlik algısını

bozması ve yetersiz özdenetimden kaynaklanan dürtüsellik DB'lilerdeki artan intihar oranlarını açıklıyor olabilir.

Ağır Depresif bozukluk hastalarıyla yapılan bir çalışmada iç içe geçme şeması hariç tüm şemalarda kontrol grubuna göre yükseklik bulunmuş [126]. Depresif bozukluk tanılı hastalarda yapılan bir çalışmada tüm şema puanları anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuş [121]. Bu bulgu DB'de görülen distimik belirtileri ve dirençli depresif bulguları açıklayabilir.

Kavurmacı ve ark. DEHB grubunda yapılan bir çalışmada ise duyguları bastırma ve kendini feda hariç tüm şemaların kontrol grubuna göre daha yüksek olduğunu bulmuştur [127]. DB ile ortak olarak haklılık/yetersiz özdenetim, başarısızlık şemalarının bulunması dikkat eksikliği/amnezi patolojilerinin nedenini açıklayabilir.

Bu çalışmada DB'lerde kendine zarar verme oranı yüksek olarak bulunmuştur. Başka bir çalışmada kendine zarar veren olgularda sosyal izolasyon/güvensizlik, duygusal yoksunluk, yetersiz özdenetim şemaları yüksek bulunmuş [128]. Bu bireyler sosyal izolasyonu, değersizlik düşüncelerini aşmak için kendine zarar veriyor olabilir. İnsanın kendi benliğine/bütünlüğüne zarar vermesinin dinamik açıdan zorluğu düşünüldüğünde kendine zarar verme disosiyatif bir yaşantı türü olabilir. Kendine zarar verme ile DB'lerdeki aynı şemaların yüksekliği olarak ortak bir patogeneze işaret ediyor olabilir.

Atalay ve ark.'nın yaptığı çalışmada sosyal izolasyon, dayanıksızlık, karamsarlık, duygusal yoksunluk, kusurluluk, başarısızlık, yetersizlik, boyun eğicilik, yüksek standartlar, ayrıcalıklılık ve onay arayıcılık şema puanlarını OKB hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı derecede fazla olduğunu bulmuştur [129].

Çalışmada DB'lerde başarısızlık şeması yüksek olarak bulundu. Başarısızlık şeması daha önceki çalışmalarda paranoid kişilik bozukluklarında, çekingen kişilik bozukluklarında, depresif bozukluklarda yüksek olarak bulunmuştur [124]. Başarısızlık şemasına sahip bireyler kendilerini tamamen başarısız hissederler. Yaşamlarının hiçbir alanında (okul, kariyer, spor vb.) hiçbir zaman başarılı olamayacaklarını düşünürler. Başarısızlık onlar için kaçınılmazdır ve temelde yetersiz olduklarına dair inançları kuvvetlidir. OKB gibi bozukluklarda da yüksek olan bu şema ruminatif bir düşünce tarzını bize hatırlatır.

Çalışmada DB'lerde karamsarlık şeması yüksek olarak bulundu. Karamsarlık şeması OKB'de, depresif bozuklukta yüksek olarak bulunmuştur [126, 129].

Karamsarlık, duyguları bastırma ve yüksek standartlar şemaları doğallık, spontanlık ve oyun ihtiyacının karşılanmaması sebebiyle oluşur. Yaşamlarının yoluna girmeyeceğini hatta sürekli kötüye gideceğini düşünürken, hayatlarının olumlu ilerleyen bölümlerinin bile eninde sonunda dağılacağına yönelik inançlara sahiptirler. Başarılı olmak ve kendilerini ortaya koymak için baskı altında hisseder.

Çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmalarda ise; duygusal istismar, zedelenmiş özerklik ve performans ve başkalarına yönelimlilik şema alanlarıyla ilişkili bulunmuştur [130, 131].

Çalışmada DB'lerde kendini feda ve onaylanma şeması yüksek olarak bulundu. Önceki çalışmalarda kendini feda ve onaylanma şeması bağımlı kişilik bozukluğunda yüksek olarak bulunmuştur [124]. Kendini feda ve onaylanma şemasına sahip bireyler diğer insanlara karşı, kendileriyle ilgili olumlu ve iyi bir izlenim bırakmayı çok önemli bulmaktadırlar. Başarılarını, dış görünüşlerini ve sosyal statülerini geliştirmek amacıyla çok zaman ve enerji harcarlar. Başkalarından daha çok kabul görmek ve duygusal bağı devam ettirebilmek adına ilgi beklerler. Çocuklukta kendi ihtiyaçlarının karşılanamaması ve duyguların ifade edilememesi sonucu oluşur. DB'lerde de bu şemaların yüksek olmasının sebebi çocukken bu ihtiyaçların karşılanmadığı gibi ebeveynlerinin ihtiyaçları için kendini feda söz konusu olur. Benlik gücü yetersiz kalan birey disosiye olarak ancak zorluklara dayanabilir.

5.3. Kısıtlılıklar

Çalışmanın sonuçları bazı kısıtlamalar dâhilinde değerlendirilmelidir. Disosiyatif amnezi, Depersonalizasyon/ Derealizasyon Bozukluğu alt tiplerinin sayısal azlığı nedeniyle şemalar DB alt tiplerine göre ayrı ayrı değerlendirilemedi.

Kesitsel bir tasarıma sahip olması ve bazı bilgilerin hastaların hatırlamasına bağlı olması nedeniyle verilerin bir kısımda hatalar bulunabilir. Bu tarz hatalar özellikle Disosiyatif amnezi hastalarında daha da artabilir. İkinci bir kısıtlılık olarak, örneklem sayısının küçüklüğü düşünülebilir. Bu kısıtlılık istatistiksel anlamlı farklılıkları saptama yeteneğimizi kısıtlanmış olabilir.

Çalışmanın konusu gereği, erken dönem uyum bozucu şemalar araştırılmıştır. Fakat literatür gereği hastanede yatış sayısı, süresi, iç görü, relaps gibi faktörlerin çalışmada sorgulanmamış olması da kısıtlama olarak düşünülebilir.

5.4. Sonuç Ve Öneriler

5.4.1. Sonuçlar

61 Disosiyatif bozukluk hastası ve 67 kontrol grubuyla yapılan çalışmada Disosiyatif Bozukluklardaki erken dönem uyum bozucu şemalar incelenmiştir. Çalışmanın sonucuna göre; Disosiyatif Bozukluklarda 14 şemanın tümü yüksek olarak bulundu. Disosiyatif bozuklukların atak yaşı ortalama 20,75 yıl idi. Disosiyatif bozukluk genç popülasyonda sık gözlenen işlev kaybına sebep olabilen bir bozukluktur. Erken dönem uyum bozucu şemalar literatürde depresyon açısından fazlaca araştırılmış olmasına karşın Disosiyatif bozuklukta bilinen araştırma bulunamamıştır. Bu çalışma literatürde DB’de şemaların araştırıldığı ilk çalışma özelliği taşıyor. Şemaların araştırılmasının hem oluş nedenlerinin anlaşılması hem de tedavinin gidişatının belirlenmesi açısından önemli olacağı düşünülmüştür. Çalışma verilerine göre yaşlıların erken dönem uyum bozucu şemalarının belirlenmesi bilişsel ve şema terapi açısından tedaviye katkı sağlayabilir. En sık Disosiyatif bozukluk tipi %77 oranında Tanımlanmış Diğer Bir Disosiyatif Bozukluk (TDDDB) idi. En sık travmatik olay şekli %78 ile duygusal travma olarak bulundu. Disosiyatif Bozukluk hastalarının kendine zarar verme girişimi, intihar girişimi, intihar girişim sayısı kontrollere göre fazlaydı. Panik bozukluk disosiyatif bozukluğa %13,1 oranında eşlik ediyordu

Çalışma hipotezleri açısından değerlendirildiğinde;

1. Bağımlılık, yetersiz özdenetim, başarısızlık ve karamsarlık şemaları açısından Disosiyatif Bozukluğu olan grupta kontrol grubuna göre farklılıklar olacağıdır. Çalışma sonunda Disosiyatif bozukluk ve kontrol grupları arasında tüm şema alanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur.
2. Disosiyatif bozukluğu olan grupta kontrol grubuna göre eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi, sigara kullanımı açısından farklılıklar olacağıdır. Bu çalışmada Disosiyatif bozukluk grubunda kontrol grubuna göre düşük

eğitim düzeyi, düşük evlilik oranı, yüksek işsizlik oranı, düşük gelir düzeyi, artmış sigara kullanımı ile istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

3. Disosiyatif Bozukluk grubunda kendine zarar verme ve intihar girişiminin kontrollere göre daha yüksek olacağı idi. Disosiyatif bozukluk grubunda kontrol grubuna göre kendine zarar verme ve intihar girişimi yüksek olarak bulunmuş, bu değişkenler açısından anlamlı farklılıklar saptanmış ve çalışmanın hipotezleri doğrulanmıştır.

5.4.2.  neriler

Disosiyatif bozukluk hastalığının önlenmesi için travmatik yaşantılar en aza indirilmeli ve toplumda şiddet, ihmal, istismar gibi travmaların önlenmesi için eğitimler artırılmalıdır. Gelecekte büyük örneklemlerle yapılacak çalışmalarda eşlik eden komorbid hastalıklar tespit edilerek Disosiyatif Bozuklukların etiyopatogenezi aydınlatılmalı. Tanımlanmış Diğer Bir Disosiyatif Bozukluk kategorisinin tanı kriterlerinin ileride yapılacak klinik çalışmalarla daha iyi tanımlanması gerektiği düşünülmüştür. Sonuç olarak çalışmamız Disosiyatif Bozukluk tanılı bireylerde erken dönem uyum bozucu şemaları araştıran ilk çalışmadır. Bundan sonra yapılacak çalışmalara yol gösterici olabilir.

6. KAYNAKLAR

1. Venes, D., *Taber's cyclopedic medical dictionary*. 2017: FA Davis.
2. Modestin, J., et al., *Dissociative experiences and dissociative disorders in acute psychiatric inpatients*. *Comprehensive psychiatry*, 1996. 37(5): p. 355-361.
3. Spiegel, D., *Trauma, dissociation, and memory*. 1997.
4. Tutkun, H., et al., *Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a Turkish university clinic*. *American Journal of Psychiatry*, 1998. 155(6): p. 800-805.
5. Friedl, M.C. and N. Draijer, *Dissociative disorders in Dutch psychiatric inpatients*. *American Journal of Psychiatry*, 2000. 157(6): p. 1012-1013.
6. Gast, U., et al., *Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic*. *The Journal of nervous and mental disease*, 2001. 189(4): p. 249-257.
7. Ross, C.A., et al., *The frequency of multiple personality disorder among psychiatric inpatients*. *The American journal of psychiatry*, 1991.
8. Saxe, G.N., et al., *Dissociative disorders in psychiatric inpatients*. *The American Journal of Psychiatry*, 1993.
9. Şar, V., et al., *Frequency of dissociative disorders among psychiatric outpatients in Turkey*. *Comprehensive Psychiatry*, 2000. 41(3): p. 216-222.
10. Sar, V., et al., *The Axis-I dissociative disorder comorbidity of borderline personality disorder among psychiatric outpatients*. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2003. 4(1): p. 119-136.
11. Foote, B., et al., *Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients*. *American Journal of Psychiatry*, 2006. 163(4): p. 623-629.
12. Şar, V., G. Akyüz, and O. Doğan, *Prevalence of dissociative disorders among women in the general population*. *Psychiatry Research*, 2007. 149(1-3): p. 169-176.
13. Şar, V., *Disosiyatif Kimlik Bozukluğu: Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ile İlişkili Bir Psikopatoloji*. Retrieved Aralık, 2014. 11: p. 2014.
14. Young, J.E., J.S. Klosko, and M.E. Weishaar, *Schema therapy*. New York: Guilford, 2003. 254.
15. Bach, B., G. Lockwood, and J.E. Young, *A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas*. *Cognitive behaviour therapy*, 2018. 47(4): p. 328-349.
16. Young, J.E., *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. 1999: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
17. Henker, J., et al., *Early maladaptive schemas in patients with somatoform disorders and somatization*. *Clinical psychology & psychotherapy*, 2019. 26(4): p. 418-429.
18. Harris, A.E. and L. Curtin, *Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults*. *Cognitive therapy and research*, 2002. 26(3): p. 405-416.

19. Renner, F., et al., *Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment*. Journal of affective disorders, 2012. 136(3): p. 581-590.
20. Halvorsen, M., et al., *Early maladaptive schemas, temperament and character traits in clinically depressed and previously depressed subjects*. Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 2009. 16(5): p. 394-407.
21. Shahamat, F., *Predicting general health symptoms (somatization, anxiety, depression) from early maladaptive schemas*. 2011.
22. Delattre, V., et al., *The early maladaptive schemas: a study in adult patients with anxiety disorders*. L'Encephale, 2004. 30(3): p. 255-258.
23. Orue, I., E. Calvete, and P. Padilla, *Brooding rumination as a mediator in the relation between early maladaptive schemas and symptoms of depression and social anxiety in adolescents*. Journal of adolescence, 2014. 37(8): p. 1281-1291.
24. Unoka, Z., et al., *Eating disorder behavior and early maladaptive schemas in subgroups of eating disorders*. The Journal of nervous and mental disease, 2010. 198(6): p. 425-431.
25. Unoka, Z., T. Tölgyes, and P. Czobor, *Early maladaptive schemas and body mass index in subgroups of eating disorders: A differential association*. Comprehensive Psychiatry, 2007. 48(2): p. 199-204.
26. Petrocelli, J.V., et al., *Early maladaptive schemas of personality disorder subtypes*. Journal of Personality Disorders, 2001. 15(6): p. 546-559.
27. Baker, E. and A.R. Beech, *Dissociation and variability of adult attachment dimensions and early maladaptive schemas in sexual and violent offenders*. Journal of interpersonal violence, 2004. 19(10): p. 1119-1136.
28. Tezel, F.K., Ş.T. KIŞLAK, and M. Boysan, *Relationships between childhood traumatic experiences, early maladaptive schemas and interpersonal styles*. Nöro Psikiyatri Arşivi, 2015. 52(3): p. 226.
29. Bortolon, C., J. Seillé, and S. Raffard, *Exploration of trauma, dissociation, maladaptive schemas and auditory hallucinations in a French sample*. Cognitive neuropsychiatry, 2017. 22(6): p. 468-485.
30. BALCIOĞLU, Y.H. and İ. BALCIOĞLU, *Dissosiyatif Bozuklukların Tanımı ve Tanı Ölçütleri*. Türkiye Klinikleri Psychology-Special Topics, 2018. 3(3): p. 8-13.
31. Van Den Bosch, L.M., et al., *Trauma, dissociation, and posttraumatic stress disorder in female borderline patients with and without substance abuse problems*. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 2003. 37(5): p. 549-555.
32. Ross, C.A., *Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation*. Psychiatric Clinics of North America, 1991. 14(3): p. 503-517.
33. Sar, V., et al., *Dissociative disorders in the psychiatric emergency ward*. General Hospital Psychiatry, 2007. 29(1): p. 45-50.
34. Vedat, Ş., *Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu: Tanı ve Nozolojik Sorunlar*.

35. Ozturk, E. and V. Sar, *The "Apparently Normal" Family: A Contemporary Agent of Transgenerational Trauma and Dissociation*. Journal of Trauma Practice, 2006. 4(3-4): p. 287-303.
36. Hustvedt, A., *Medical muses: Hysteria in nineteenth-century Paris*. 2011: WW Norton & Company.
37. Sadock, B.J., V.A. Sadock, and P. Ruiz, *Comprehensive textbook of psychiatry*. Vol. 1. 2000: lippincott Williams & wilkins Philadelphia, PA.
38. Braun, B.G., *The BASK model of dissociation*. Dissociation, 1988. 1(1): p. 4-23.
39. Organization, W.H., *ICD-11 for mortality and morbidity statistics*. Retrieved June, 2018. 22: p. 2018.
40. Boland, R.J., *DSM-5® Guidebook: The Essential Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2015, LWW.
41. Van Duijl, M., et al., *Dissociative symptoms and reported trauma among patients with spirit possession and matched healthy controls in Uganda*. Culture, Medicine, and Psychiatry, 2010. 34(2): p. 380-400.
42. Lewis-Fernández, R., et al., *The cross-cultural assessment of dissociation*, in *Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD*. 2007, Springer. p. 279-317.
43. Yanartaş, Ö., et al., *Schneider Belirtileri ve DSM 5: İlişkili İki Olgu Sunumu*. Journal of Mood Disorders, 2017. 7(4).
44. Spiegel, D., et al., *Dissociative disorders in DSM-5*. Depression and anxiety, 2011. 28(12): p. E17-E45.
45. Contet, C., et al., *Dissociation of analgesic and hormonal responses to forced swim stress using opioid receptor knockout mice*. Neuropsychopharmacology, 2006. 31(8): p. 1733-1744.
46. Simeon, D., et al., *Hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in dissociative disorders, post-traumatic stress disorder, and healthy volunteers*. Biological psychiatry, 2007. 61(8): p. 966-973.
47. Vermetten, E., et al., *Hippocampal and amygdalar volumes in dissociative identity disorder*. American Journal of Psychiatry, 2006. 163(4): p. 630-636.
48. Feigenbaum, J.J., et al., *Nonpsychotropic cannabinoid acts as a functional N-methyl-D-aspartate receptor blocker*. Proceedings of the National Academy of Sciences, 1989. 86(23): p. 9584-9587.
49. ÖZEN, M.E., et al., *Ketiypine Bağımlı Depersonalizasyona Bağlı Olgu*.
50. Baron, J., et al., *Right frontal cortex hypometabolism in transient global amnesia A PET study*. Brain, 1994. 117(3): p. 545-552.
51. Sandberg, D.A. and S.J. Lynn, *Dissociative experiences, psychopathology and adjustment, and child and adolescent maltreatment in female college students*. Journal of Abnormal Psychology, 1992. 101(4): p. 717.
52. Simeon, D., et al., *The role of childhood interpersonal trauma in depersonalization disorder*. American Journal of Psychiatry, 2001. 158(7): p. 1027-1033.

53. Fennig, S., L. Forchtmann, and E. Bromet, *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Sadock BJ, Sadock VA, editors. 2005, Philadelphia, PA, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
54. Ebrinc, S., et al., *Self-mutilating behavior in patients with dissociative disorders: the role of innate hypnotic capacity*. Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 2008. 45(1): p. 39.
55. Heim, G., *Etiology, pathogenesis, and therapy according to Pierre Janet concerning conversion disorders and dissociative disorders*. American journal of psychotherapy, 2012. 65(4): p. 281-309.
56. Öztürk, M.O., *Psikanaliz ve psikoterapi*. 1998.
57. Owens, C. and S. Dein, *Conversion disorder: the modern hysteria*. Advances in Psychiatric Treatment, 2006. 12(2): p. 152-157.
58. Deakin, J.W., et al., *Glutamate and the neural basis of the subjective effects of ketamine: a pharmaco-magnetic resonance imaging study*. Archives of general psychiatry, 2008. 65(2): p. 154-164.
59. Tomoda, A., et al., *Childhood sexual abuse is associated with reduced gray matter volume in visual cortex of young women*. Biological psychiatry, 2009. 66(7): p. 642-648.
60. Dorahy, M.J., et al., *Dissociative identity disorder: An empirical overview*. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 2014. 48(5): p. 402-417.
61. Akyüz, G., et al., *Frequency of dissociative identity disorder in the general population in Turkey*. Comprehensive Psychiatry, 1999. 40(2): p. 151-159.
62. Ross, C.A., et al., *Dissociative comorbidity in 100 chemically dependent patients*. Psychiatric Services, 1992. 43(8): p. 840-842.
63. Karamustafalıoğlu, O., *Temel ve klinik psikiyatri*. Güneş Tıp Kitapevleri, 2018.
64. Lynn, S.J., et al., *Dissociation and dissociative disorders: challenging conventional wisdom*. Current Directions in Psychological Science, 2012. 21(1): p. 48-53.
65. Brandt, J. and W.G. Van Gorp. *Functional ("psychogenic") amnesia*. in *Seminars in Neurology*. 2006. Copyright© 2006 by Thieme Medical Publishers, Inc., 333 Seventh Avenue, New
66. Staniloiu, A. and H.J. Markowitsch, *Dissociative amnesia*. The Lancet Psychiatry, 2014. 1(3): p. 226-241.
67. Alyanak, B., *Epilepsy, Psychogenic Seizure, Trauma in the Developmental Process*. Nöro Psikiyatri Arşivi, 2013. 50(4): p. 291.
68. Coons, P.M., *Depersonalization and derealization*, in *Handbook of dissociation*. 1996, Springer. p. 291-305.
69. Uytun, M.Ç., R. Durmuş, and D.B. Öztö, *Dissosiyatif bozuklukta tanı ve ayırıcı tanı: olgu sunumu*. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2014. 17(1).
70. Sar, V., *Dissosiyatif Bozukluklar (Dissociative Disorders)*. 2017.

71. Brand, B.L., et al., *A longitudinal naturalistic study of patients with dissociative disorders treated by community clinicians*. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 2013. 5(4): p. 301.
72. Brand, B.L., R.J. Loewenstein, and D. Spiegel, *Dispelling myths about dissociative identity disorder treatment: An empirically based approach*. Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 2014. 77(2): p. 169-189.
73. Spiegel, D., E. Frischholz, and J. Spira, *Functional disorders of memory*. 1993, American Psychiatric Press Review of Psychiatry.
74. Loewenstein, R., *Psychogenic amnesia and fugue: a comprehensive review*. Dissociative Disorders: A Clinical Review, Spiegel D (ed.). Sidran Press: Lutherville, MD, 1991: p. 45-78.
75. Twombly, J.H., *Incorporating EMDR and EMDR adaptations into the treatment of clients with dissociative identity disorder*. Journal of Trauma & Dissociation, 2000. 1(2): p. 61-81.
76. Hollander, H.E., *ECEM (Eye Closure, Eye Movements): application to depersonalization disorder*. American Journal of Clinical Hypnosis, 2009. 52(2): p. 95-109.
77. Yılmaz, H., *Çocukluk dönemi mutluluk ve huzur anılarının bilişsel şemalar ve psikolojik semptomlarla ilişkisi*. Erken Çocukluk Çalışmaları Dergisi, 2019. 3(2): p. 167-192.
78. Rafaeli, E., D.P. Bernstein, and J. Young, *Schema therapy: Distinctive features*. 2010: Routledge.
79. Riso, L.P., et al., *The long-term stability of early maladaptive schemas*. Cognitive Therapy and Research, 2006. 30(4): p. 515-529.
80. Young, J.E. and J.S. Klosko, *Reinventing Your Life: The Breakthrough Program to End Negative Behavior... and Feel Great Again*. 1994: Penguin.
81. Jacob, G.A. and A. Arntz, *Schema therapy for personality disorders—a review*. International Journal of Cognitive Therapy, 2013. 6(2): p. 171-185.
82. Leahy, R.L., *Emotional Schemas and Resistance*. 2003.
83. Wesley, M.S. and M. Manjula, *Early maladaptive schemas and early trauma experiences in depressed and non depressed individuals: An Indian study*. Journal of Psychosocial Research, 2015. 10(1): p. 125-137.
84. Gong, J. and R.C. Chan, *Early maladaptive schemas as mediators between childhood maltreatment and later psychological distress among Chinese college students*. Psychiatry Research, 2018. 259: p. 493-500.
85. Rezaei, M. and F. Ghazanfari, *The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experimental avoidance on depression: A structural equation modeling*. Psychiatry research, 2016. 246: p. 407-414.
86. Calvete, E., I. Orue, and B.L. Hankin, *Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of anxious automatic thoughts*. Journal of anxiety disorders, 2013. 27(3): p. 278-288.

87. Lumley, M.N. and K.L. Harkness, *Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression*. Cognitive Therapy and Research, 2007. 31(5): p. 639-657.
88. O'Connell, M.M., *Personality Disorders, Early Maladaptive Schemas, and Coping Styles*. 2002, Southern Illinois University Carbondale.
89. Young, J., Brown G. Young schema questionnaire. New York, NY: Cognitive Therapy Center of New York, 1990.
90. Soygüt, G., A. Karaosmanoğlu, and Z. Çakır, *Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Değerlendirilmesi: Young Şema Ölçeği Kısa Form-3'ün Psikometrik Özelliklerine İlişkin Bir İnceleme*. Turk Psikiyatri Dergisi, 2009. 20(1).
91. Young, J., J. Klosko, and M. Weishaar, *Şema terapi*. Litera Yayıncılık: İstanbul, 2009.
92. Yargıç, L.I., et al., *Comparison of dissociative identity disorder with other diagnostic groups using a structured interview in Turkey*. Comprehensive Psychiatry, 1998. 39(6): p. 345-351.
93. Ross, C.A., et al., *Abuse histories in 102 cases of multiple personality disorder*. The Canadian Journal of Psychiatry, 1991. 36(2): p. 97-101.
94. Ross, C., S. Heber, and G. Anderson, *The Dissociative Disorders Interview Schedule*. The American journal of psychiatry, 1991. 147: p. 1698-9.
95. Şar, V., I. Yargic, and H. Tutkun, *Structured interview data on 35 cases of dissociative identity disorder in Turkey*. The American journal of psychiatry, 1996.
96. Tezcan, E., et al., *Dissociative disorders in Turkish inpatients with conversion disorder*. Comprehensive psychiatry, 2003. 44(4): p. 324-330.
97. Ellason, J.W. and C.A. Ross, *Two-year follow-up of inpatients with dissociative disorder*. The American Journal of Psychiatry, 1997.
98. Van IJzendoorn, M.H. and C. Schuengel, *The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES)*. Clinical Psychology Review, 1996. 16(5): p. 365-382.
99. Carlson, E.B. and F.W. Putnam, *An update on the dissociative experiences scale*. Dissociation: progress in the dissociative disorders, 1993.
100. Spitzer, C. and H. Freyberger, *Gender differences in dissociative disorders*. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 2008. 51(1): p. 46-52.
101. Pastucha, P., et al., *Dissociative disorder and dissociation-comparison with healthy controls*. Neuro endocrinology letters, 2009. 30(6): p. 769-773.
102. Ross, C.A., S. Joshi, and R. Currie, *Dissociative experiences in the general population*. American Journal of Psychiatry, 1990. 147(11): p. 1547-1552.
103. Yayla, S., et al., *Psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder and prevalence of dissociative symptoms*. Journal of Trauma & Dissociation, 2015. 16(1): p. 29-38.
104. Ağargun, M.Y., et al., *Clinical importance of nightmare disorder in patients with dissociative disorders*. Psychiatry and clinical neurosciences, 2003. 57(6): p. 575-579.
105. Foote, B., et al., *Dissociative disorders and suicidality in psychiatric outpatients*. The Journal of nervous and mental disease, 2008. 196(1): p. 29-36.

106. Yanarateş, Ö., *Disosiyatif Bozukluk Tanı Dağılımının Semptom Profili İle İlişkisi*, in tez merkezi. 2012.
107. Schimmenti, A., *The trauma factor: Examining the relationships among different types of trauma, dissociation, and psychopathology*. Journal of Trauma & Dissociation, 2018. 19(5): p. 552-571.
108. McClave, A.K., et al., *Smoking characteristics of adults with selected lifetime mental illnesses: results from the 2007 National Health Interview Survey*. American journal of public health, 2010. 100(12): p. 2464-2472.
109. Mihailescu, S. and R. Drucker-Colín, *Nicotine, brain nicotinic receptors, and neuropsychiatric disorders*. Archives of medical research, 2000. 31(2): p. 131-144.
110. Şar, V., et al., *Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder*. American Journal of Psychiatry, 2004. 161(12): p. 2271-2276.
111. Kiziltan, E., et al. *Comorbidity in dissociative identity disorder: a study using SCID-I, SCID-II and SCID-D*. in *15th Fall Conference of the International Society for the Study of Dissociation (Seattle)*. 1998.
112. Young, J.E., J.S. Klosko, and M.E. Weishaar, *Schema therapy: A practitioner's guide*. 2006: Guilford Press.
113. Taylor, C.D. and S.F. Harper, *Early maladaptive schema, social functioning and distress in psychosis: A preliminary investigation*. Clinical Psychologist, 2017. 21(2): p. 135-142.
114. Woo, N.Y., et al., *Characteristics of Early Maladaptive Schemas in Patients with Panic Disorder*. Anxiety and mood, 2011. 7(2): p. 85-91.
115. Segui, J., et al., *Depersonalization in panic disorder: a clinical study*. Comprehensive Psychiatry, 2000. 41(3): p. 172-178.
116. Barazandeh, H., et al., *A systematic review of the relationship between early maladaptive schemas and borderline personality disorder/traits*. Personality and Individual Differences, 2016. 94: p. 130-139.
117. Specht, M.W., A. Chapman, and T. Cellucci, *Schemas and borderline personality disorder symptoms in incarcerated women*. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 2009. 40(2): p. 256-264.
118. Sar, V., et al., *Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma*. The Journal of clinical psychiatry, 2006.
119. Shearer, S.L., *Dissociative phenomena in women with borderline personality disorder*. The American journal of psychiatry, 1994.
120. Ross, C.A., *Borderline personality disorder and dissociation*. Journal of Trauma & Dissociation, 2007. 8(1): p. 71-80.
121. Cormier, A., et al., *L'influence entre les schémas précoces inadaptés et la dépression*. L'Encéphale, 2011. 37(4): p. 293-298.
122. Özdin, S., et al., *Early maladaptive schemas in patients with bipolar and unipolar disorder*. International journal of psychiatry in clinical practice, 2018. 22(2): p. 151-156.

123. Gude, T., et al., *The dimensionality of dependent personality disorder*. Journal of Personality Disorders, 2004. 18(6): p. 604-610.
124. Nordahl, H.M., H. Holthe, and J.A. Haugum, *Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: Does schema modification predict symptomatic relief?* Clinical Psychology & Psychotherapy, 2005. 12(2): p. 142-149.
125. Dale, R., et al., *The role of parental bonding and early maladaptive schemas in the risk of suicidal behavior repetition*. Archives of Suicide Research, 2010. 14(4): p. 311-328.
126. Konukçu, H.B., S. Akkoyunlu, and M.H. Türkçapar, *Early maladaptive schemas in depressed women and its relationship with depression*. Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research, 2013. 2(2): p. 98-105.
127. Kavurmacı, N., *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Erişkinlerde Bilişsel Şemalar: Karşılaştırmalı Bir Çalışma*. 2016, Hasan Kalyoncu Üniversitesi.
128. Castille, K., et al., *The early maladaptive schemas of self-mutilators: Implications for therapy*. Journal of Cognitive Psychotherapy, 2007. 21(1): p. 58.
129. Atalay, H., et al., *Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive compulsive disorder: A cross-sectional study*. International journal of psychiatry in clinical practice, 2008. 12(4): p. 268-279.
130. Calvete, E., *Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms*. Child abuse & neglect, 2014. 38(4): p. 735-746.
131. Calvete, E., I. Orue, and B. Hankin, *A longitudinal test of the vulnerability-stress model with early maladaptive schemas for depressive and social anxiety symptoms in adolescents*. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 2015. 37(1): p. 85-99.

7. EKLER

7.1.EK-1:Araştırma Etik Kurul Belgesi



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926 09.06.2020

Konu : Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 09 HAZİRAN SALI
TOPLANTI SAATİ : 13:00
TOPLANTI NO : 2020/11
PROJE/ KARAR NO : 2019/328 (Değerlendirilme Tarihi: 09.06.2020)

Üniversitemiz Gülhane Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında görevli Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER'in sorumlu araştırmacı, Araştırma görevlisi Yavuz Bahadır BEDİR'in yardımcı araştırmacı olduğu, 2019/382 kayıt numaralı, **"Disosiyatif (Konversiyon) Bozukluklarda Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların Tespit Edilmesi"** başlıklı tıpta uzmanlık tezi SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Başkanlığının 01.06.2020 tarihli ve 86241737-199-E.16417 sayılı yazısına dayanılarak Doç. Dr. Cemil ÇELİK'in açığa alınması sebebiyle protokol değişikliği yeniden değerlendirilmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur. Rica ederim.

S.NO	AD SOYAD VE UZMANLIK ALANI	İMZA
1	Prof. Dr. Ahmet COŞAR (Anestezi AD Bşk.lığı) Etik Kurul Başkanı	
2	Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK (Göğüs Cerr. AD Bşk.lığı) Etik Kurul Başkanı Yardımcısı	
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR(Üroloji AD Bşk.lığı)	
4	Prof. Dr. Levent KENAR(KBRN, Enstitü)	
5	Prof. Dr. Yusuf İZCİ (Beyin ve Sinir Cerr. AD.Bşk.lığı)	
6	Prof. Dr. Ali Kağan COŞKUN(Genel Cerr. AD Bşk.lığı)	
7	Prof. Dr. Suat DOĞANCI(Kalp Damar Cerr. AD Bşk.lığı)	
8	Prof. Dr. Fulya TOKSOY TOPÇU (Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi AD.Bşk.lığı)	
9	Prof. Dr. Ayten TÜRKKANI(Histoloji AD.Bşk.lığı)	
10	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ(Hemşirelik Fakültesi)	
11	Prof. Dr. Dilek YILDIZ (Hemşirelik Fakültesi) Sekreter	
12	Doç. Dr. Cantürk TAŞÇI(Göğüs Hast. AD Bşk.lığı)	
13	Dr. Öğr. Üyesi Mustafa GÜNEY(Mikrobiyoloji AD Bşk.lığı)	

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu
Etik-Ankara Telefon: 0 (312) 304 6135

7.2.EK-2: Olgu Rapor Formu

Tarih:

Örneklem No:

Görüşmecî:

SOSYODEMOGRAİK:

1. Hastanın adı soyadı :
2. TC kimlik no :
3. Yaş :
4. Cinsiyet : ☐ Kadın ☐ Erkek
5. Medeni Durum : ☐ Bekar ☐ Evli ☐ Ayrılmış/Dul
6. Meslek :
7. Çalışma Durumu : ☐ Çalışmıyor ☐ Çalışıyor ☐ Kısmi çalışıyor
8. Eğitim Durumu : ☐ Okuryazar ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite
9. Yaşadığı yer : ☐ İl merkezi ☐ İlçe merkezi ☐ Köy
10. Kimle yaşıyor : ☐ Aile ☐ Anne-baba ☐ Yalnız ☐ Diğer.....
11. Ekonomik Durum : ☐ Kötü (<5500 TL) ☐ İyi (≥5500TL)
12. Boy : Kilo: Bel çevresi :
13. Sigara : ☐ Yok ☐ 1/2 paket ☐ 1 paket ☐ 2 paket
14. Alkol : ☐ Yok ☐ Sosyal ☐ Haftalık ☐ Günlük
15. Madde : ☐ Yok ☐ Varsa türü ve sıklığı:
16. İntihar girişimi : ☐ Yok ☐ Varsa sayısı:
17. Kendine zarar verme girişimi : ☐ Yok ☐ Var
18. Kardeş sayısı(kendisi hariç):

KLİNİK:

1. İlk atak yaşı.....:
2. Atak sayısı.....:
3. İntihar girişimi sayısı.....:
4. Travmatik olay şekli: ☐ Cinsel ☐ Duygusal
☐ Fiziksel ☐ Diğer

SOYGECMİŞ

1. Ailede ruhsal hastalık.....: ☐ Yok ☐ Var
2. Ailede şizofreni.....: ☐ Yok ☐ Var
3. Ailede intihar.....: ☐ Yok ☐ Var

YŞÖ

Yönerge: Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Emin olmadığınız sorularda neyin doğru olabileceğinden çok, sizin **duygusal** olarak ne hissettiğinize dayanarak cevap verin.

Bir kaç soru, anne babanızla ilişkiniz hakkındadır. Eğer biri veya her ikisi şu anda yaşamıyorlarsa, bu soruları o veya onlar hayatta iken ilişkinizi göz önüne alarak cevaplandırın.

1 den 6'ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek şıkla seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

Derecelendirme:

- 1- Benim için tamamiyle yanlış
- 2- Benim için büyük ölçüde yanlış
- 3- Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla
- 4- Benim için orta derecede doğru
- 5- Benim için çoğunlukla doğru
- 6- Beni mükemmel şekilde tanımlıyor

1. _____ Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.
2. _____ Beni terkedeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.
3. _____ İnsanların beni kullandıklarını hissediyorum.
4. _____ Uyumsuzum.
5. _____ Beğendiğim hiçbir erkek/kadın, kusurlarımı görürse beni sevmez.
6. _____ İş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum.
7. _____ Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.
8. _____ Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum.
9. _____ Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi, yaştlarım kadar, başaramadım.
10. _____ Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm.
11. _____ Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum.
12. _____ Olumlu duygularımı diğerlerine göstermekten utanırım (sevdiğini, önemseddiğini göstermek gibi).
13. _____ Yaptığım çoğu şeyde en iyi olmalıyım; ikinci olmayı kabullenemem.
14. _____ Diğer insanlardan bir şeyler istediğimde bana "hayır" denilmesini çok zor kabullenirim.
15. _____ Kendimi sıradan ve sıkıcı işleri yapmaya zorlayamam.
16. _____ Paramın olması ve önemli insanlar tanıyor olmak beni değerli yapar.
17. _____ Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissedirim.
18. _____ Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hak ederim.
19. _____ Çevremde bana sıcaklık, koruma ve duygusal yakınlık gösteren kimsem yok.
20. _____ Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum.
21. _____ İnsanlara karşı tedbiri elden bırakamam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissedirim.
22. _____ Temel olarak diğer insanlardan farklıyım.
23. _____ Gerçek beni tanırlarsa beğendiğim hiç kimse bana yakın olmak istemez.
24. _____ İşleri halletmede son derece yetersizim.
25. _____ Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum.
26. _____ Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hissediyorum.
27. _____ Annem, babam ve ben birbirimizin hayatı ve sorunlarıyla aşırı ilgili olmaya eğilimliyiz.
28. _____ Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hissediyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar.

29. ____ Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım.
30. ____ Duygularımı diğerlerine açmayı utanç verici bulurum.
31. ____ En iyisini yapmalıyım, "yeterince iyi" ile yetinemem.
32. ____ Ben özel biriyim ve diğer insanlar için konulmuş olan kısıtlamaları veya sınırları kabul etmek zorunda değilim.
33. ____ Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılmıya düşer ve vazgeçerim.
34. ____ Başkalarının da farkında olduğu başarılar benim için en değerlisidir.
35. ____ İyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim.
36. ____ Eğer yanlış yaparsam, bunun özürü yoktur.
37. ____ Birisi için özel olduğumu hiç hissetmedim.
38. ____ Yakınlarımla beni terk edeceği ya da ayrılacağından endişe duyarım.
39. ____ Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir.
40. ____ Bir yere ait değilim, yalnızım.
41. ____ Başkalarının sevgisine, ilgisine ve saygısına değer bir insan değilim.
42. ____ İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli.
43. ____ Doğru ile yanlış birbirinden ayırmakta zorlanırım.
44. ____ Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım.
45. ____ Annem, babam ve ben özel hayatımız birbirimizden saklarsak, birbirimizi aldatmış hissedebilir veya suçluluk duyarız.
46. ____ İlişkilerimde, diğer kişinin yönlendirici olmasına izin veririm.
47. ____ Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.
48. ____ İnsanlarla beraberken içten ve cana yakın olmak benim için zordur.
49. ____ Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım.
50. ____ İstedikimi yapmaktan alıkonulmaktan veya kısıtlanmaktan nefret ederim.
51. ____ Uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için şu andaki zevklerimden fedakarlık etmekte zorlanırım.
52. ____ Başkalarından yoğun bir ilgi görmezsem kendimi daha az önemli hissedirim.
53. ____ Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider.
54. ____ Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir.
55. ____ Beni gerçekten dinleyen, anlayan veya benim gerçek ihtiyaçlarımı ve duygularımı önemseyen kimsen olmadı.
56. ____ Önem verdiğim birisinin benden uzaklaştığını sezersem çok kötü hissedirim.

57. _____ Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheliyimdir.
58. _____ Kendimi diğer insanlara uzak veya kopmuş hissediyorum.
59. _____ Kendimi sevebilecek biri gibi hissetmiyorum.
60. _____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim.
61. _____ Gündelik işler için benim kararlarım güvenilemez.
62. _____ Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım.
63. _____ Çoğunlukla annem ve babamın benimle iç içe yaşadığını hissediyorum-Benim kendime ait bir hayatım yok.
64. _____ Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer insanların karar vermesine izin veririm.
65. _____ Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum.
66. _____ Kendimi o kadar kontrol ederim ki insanlar beni duygusuz veya hissiz bulurlar.
67. _____ Başarmak ve bir şeyler yapmak için sürekli bir baskı altındayım.
68. _____ Diğer insanların uyduğu kurallara ve geleneklere uymak zorunda olmadığımı hissediyorum.
69. _____ Benim yararına olduğunu bilsem bile hoşuma gitmeyen şeyleri yapmaya kendimi zorlayamam.
70. _____ Bir toplantıda fikrimi söylediğimde veya bir topluluğa tanıttığımda onaylanılmayı ve takdir görmeyi isterim.
71. _____ Ne kadar çok çalışsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.
72. _____ Neden yanlış yaptığının önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da katlanmam gerekir.
73. _____ Hayatımda ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda uygun bir öneride bulunacak veya beni yönlendirecek kimsem olmadı.
74. _____ İnsanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırım.
75. _____ Genellikle insanların asıl veya art niyetlerini araştırırım.
76. _____ Kendimi hep grupların dışında hissederim.
77. _____ Kabul edilemeyecek pek çok özelliğim yüzünden insanlara kendimi açamıyorum veya beni tam olarak tanımalarına izin vermiyorum.
78. _____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim.
79. _____ Ortaya çıkan gündelik sorunları çözebilme konusunda kendime güvenmiyorum.
80. _____ Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum.
81. _____ Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığımı hissediyorum.

82. _____ Haklarına saygı duyulmasını ve duygularının hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum.
83. _____ Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar.
84. _____ Diğerleri beni duygusal olarak soğuk bulurlar.
85. _____ Kendimi sorumluluktan kolayca sıyrıyorum veya hatalarım için gerekçe bulamıyorum.
86. _____ Benim yaptıklarımın, diğer insanların katkılarından daha önemli olduğunu hissediyorum.
87. _____ Kararlarım nadiren sadık kalabilirim.
88. _____ Bir dolu övgü ve iltifat almam kendimi değerli birisi olarak hissetmemi sağlar.
89. _____ Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim.
90. _____ Ben cezalandırılmayı hakeden kötü bir insanım.

7.3.EK-3: Disosiyatif Bozukluklar İçin Görüşme Çizelgesi

DİSSOSİYATİF BOZUKLUKLAR İÇİN GÖRÜŞME ÇİZELGESİ (DBGÇ) (The Dissociative Disorders Interview Schedule – DDIS)

Soruları yöneltirken Disosiyatif Bozukluklar için Görüşme Çizelgesindeki sıraya uyulmalıdır. DSM-III'ün disosiyatif bozukluklar ve sınırları kişilik bozukluğu için ölçütleri dahil, çizelgedeki maddeler değerlendirilmelidir. Farklı görüşmecilerin aldıkları bilgilerin standart olması için aynen yazıldığı gibi yöneltilmelidir. Bölüm başlıkları sesli olarak okunmamalıdır. Görüşmeye şu sözlerle başlanmalıdır.

"soracağım soruların çoğuna EVET, HAYIR yada EMİN DEĞİLİM biçiminde yanıt verilebilmektedir. Değişik biçimde yanıtlandırılabilen az sayıdaki soru için yeri geldiğinde bilgi vereceğim".

1. SOMATİK YAKINMALAR

1- Baş ağrısı çeker misiniz?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3
Denek 1. soruya Hayır yanıtı verirse, 3. soruya geçiniz.

☐

2- Size bir doktor tarafından hiç migreninizin olduğu söylendi mi?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

Görüşmeci deneye şu açıklamayı yapmalıdır;

"Şimdi size çeşitli bedensel belirtiler hakkında sorular soracağım. Bir belirtinin var sayılması ve ilgili soruya EVET yanıtının verilebilmesi için şu koşullar yerine gelmelidir.

- Bu belirtiye neden olan bedensel bir bozukluk saptanmamış olmalı.
- Bu belirti sadece panik (sıkıntı/bunalı) nöbetleri sırasında görülüyor olmamalı.
- Bu belirti ilaç almanıza (aspirin dışında) yada doktora gitmenize yol açmış yada gündelik yaşamınızı etkilemiş olmalı".

Görüşmeci şimdi deneye şu soruyu sormalıdır;

Size doktorlar bedensel bir neden bulamadığı halde aşağıdaki belirtilerden herhangi biri görülüyor mu?

Görüşmeci, ilk olumlu (pozitif) yanıtı aldığı anda denegin doğru anlayıp anlamadığını kontrol etmek için hemen a, b ve c ölçütlerini sorgulamalıdır.

3- Karın ağrısı (adet dışında)

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

4- Bulantı (taşıt tutması dışında)

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

5- Kusma (taşıt tutması dışında)

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

6- Şişkinlik (gaz)

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

7- İshal

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

8- Bir çok değişik yiyeceğin dokunması

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

9- Sırt ağrısı

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

10- Eklem ağrısı

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

11- Kol ve bacaklarımızda ağrı

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

12- İlişki dışında cinsel organlarınızda ağrı				☐
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değ ilim= 3		
13- İdrar yaparken ağrı				☐
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değ ilim= 3		
14- Başka Ağrılar (baş ağrısı dışında)				☐
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değ ilim= 3		
15- Herhangi bir çaba harcamıyorken nefesin daralması				☐
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değ ilim= 3		
16- Çarpıntı (kalbinizin kuvvetle çarptığı hissi)				☐
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değ ilim= 3		
17- Göğüs ağrısı				☐
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değ ilim= 3		
18- Sersemlik hissi (baş dönmesi)				☐
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değ ilim= 3		
19- Yutma güçlüğü				☐
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değ ilim= 3		
20- Ses kaybı				☐
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değ ilim= 3		
21- Sağırılık				☐
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değ ilim= 3		
22- Çift görme				☐
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değ ilim= 3		
23- Bulantı Görme				☐
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değ ilim= 3		
24- Körlük				☐
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değ ilim= 3		
25- Bayılma yada bilinç kaybı				☐
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değ ilim= 3		
26- Unutma (basit unutkanlıkları farklı olarak, bazı olayları ve yaptığınız bazı şeyleri hiç hatırlamama)				☐
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değ ilim= 3		
27- Katılma yada havale				☐
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değ ilim= 3		
28- Yürüme güçlüğü				☐
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değ ilim= 3		
29- Felç yada kas zayıflığı				☐
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değ ilim= 3		
30- İdrar tutukluğu yada idrar yaparken zorluk				☐
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değ ilim= 3		
31- Uzun süre cinsel arzu doymama				☐
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değ ilim= 3		
32- Cinsel ilişki sırasında ağrı				☐
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değ ilim= 3		

NOT: Denek erkekse 33. soruyu sorup 38. soruya geçiniz. Eger kadınsa 34. soruyla devam ediniz.

33- Cinsel organınızın sertleşmemesi			
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değilim= 3	☐
34- Adet düzensizliği			
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değilim= 3	☐
35- Adetlerin ağrılı olması			
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değilim= 3	☐
36- Aşırı adet kanaması			
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değilim= 3	☐
37- Bütün hamilelik süresince kusma			
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değilim= 3	☐
38- Sizde 30 yaş öncesinde başlayan ve yıllardır devam eden bir çok bedensel yakınmaya yada hastalıklı olduğunuza dair bir inanç var mıdır?			☐
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değilim= 3	
39- Doktorların bir nedene bağlayamadığı başka bir ciddi bedensel yakınmanız hiç oldu mu?			☐
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değilim= 3	
II. ALKOL VE UYUŞTURUCU MADDE KÖTÜYE KULLANIMI			
40- Hiç alkol probleminiz oldu mu?			☐
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değilim= 3	
41- Hiç uyuşturucu madde kullandığınız bir dönem oldu mu?			☐
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değilim= 3	
42- Hiç damardan uyuşturucu aldınız mı?			☐
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değilim= 3	
43- Hiç uyuşturucu yada alkol problemi nedeniyle tedavi gördünüz mü?			☐
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değilim= 3	
III. PSİKIYATRİ ÖYKÜ			
44- Ruhsal bir sorun yada hastalık nedeniyle hiç tedavi gördünüz mü?			☐
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değilim= 3	
45- Eğer varsa geçmişte size ne gibi psikiyatrik tanılar konulduğunu biliyor musunuz?			☐
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değilim= 3	
46- Aşağıdaki tanılardan biri hiç size konuldu mu?			
a) depresyon			
b) mani			
c) şizofreni			
d) anksiyete bozukluğu			
e) başka psikiyatrik bozukluk(belirtiniz)			
Eğer denek 46'e yanıt vermek istemezse 48.ci soruya geçiniz.			
47- Eğer denek 46 e'ye yanıt verdiyse belirttiği tanı aşağıdakilerden biri midir?			
a) Psikojenik amnezi			
b) Psikojenik fug			
c) Çoğul kişilik bozukluğu			
d) Depersonalizasyon bozukluğu			
e) Atipik dissosiyatif bozukluk			
48- Size hiç psikiyatrik ilaç yazıldı mı?			☐
Evet= 1	Hayır= 2	Emin değilim= 3	
49- Aşağıdaki ilaçlardan herhangi biri size hiç yazıldı mı?			
a) antipsikotik			
b) antidepresan			

- c) lityum
d) anksiyolitik yada uyku ilacı
e) diğerleri (belirtiniz)

50- Size hiç elektroşok tedavisi yapıldı mı?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

51- Duygusal, ailesel yada ruhsal sorunlarınız nedeniyle üst üste 5 seanstan fazla psikoterapi (görüşmeler yolu ile tedavi) gördüğünüz oldu mu?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

52- Eğer olduysa ruhsal problem yada hastalık nedeniyle yaşamınız boyunca toplam olarak kaç terapiste başvurdunuz?

Emin değilim = 89

Eğer denek 51 ve 52.ci soruların her ikisine de HAYIR yanıtı verdi ise 54. soruya geçiniz.

53. Ruhsal problem yada hastalık nedeniyle tedavi görüp de yararlanmadığınız oldu mu?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

IV. MAJÖR DEPRESYON DÖNEMLERİ

Bu bölümün amacı denegin daha önce yada şimdi bir depresyon dönemi geçirip geçirmediğini belirlemektir.

54. Hemen hemen her şeye karşı ilginizi yitirdiğiniz ve hiçbir şeyden zevk almadığınız, kendinizi depresyonda, üzgün, ümitsiz, isteksiz, kederli, sinirli hissettiğiniz bir döneminiz hiç oldu mu? Bu durum en az iki hafta (hemen her gün ve gün boyu) sürdü mü?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

Eğer denek 54. soruya HAYIR yanıtı verirse 62. soruya geçiniz.

Eğer denek EVET yada EMİN DEĞİLİM yanıtını vermişse, görüşmeci şu soruyu sormalıdır:

Bu dönem sırasında sizde şimdi soracağım belirtiler iki hafta boyunca hemen her gün görülüyor muydu?"

55. İştahsızlık yada belirgin kilo verme (rejim yapmıyorken) yada iştah artışı yada belirgin olarak kilo alma.

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

56. Çok az yada çok fazla uyuma

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

57. Fiziksel ve zihinsel bakımdan başkalarının fark edeceği kadar yavaşlamış yada huzursuz olmak.

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

58. Her zaman yaptığınız şeylere ilginizi yitirme ve bunlardan zevk almama yada cinsel istekte azalma.

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

59. Halsizlik, bitkinlik.

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

60. Değersizlik, kendini hatalı bulma yada aşırı yada yersiz suçluluk duyguları

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

61. Dikkat toplamada zorluk yada karar verme güçlüğü.

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

62. Tekrarlayan ölüm düşünceleri, intihar düşünceleri, ölmüş isteği yada intihar girişiminiz hiç oldu mu?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

İntihar girişiminde bulunduyunuz bunu ne yolla yaptınız?

- a) Yüksek dozda ilaç alarak
b) Bileklerinizi yada vücudunuzun başka bir yerini keserek
c) Vücudunuzu sigarayla yakma yada başka şekilde kendinize zarar verme yoluyla
d) Tabanca, bıçak yada başka bir silahla
e) kendinizi asmaya çalışarak
f) başka bir yöntemle

63. Yukarıda tanımlandığı gibi bir depresyon döneminiz olmuşsa, bu aşağıdakilerden hangisine uymaktadır; halen devam ediyor,

ilk oluşu=1

şu anda iyileşmiş = 2

halen devam ediyor, tekrarlanmış= 3

belirsiz= 4

belirli bir organik nedene bağlı=5

V. BİRİNCİ DERECE SCHNEIDER BELİRTİLERİ

64. Sayacağım yaşantılar sizde hiç oldu mu?

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

☐

a) kafanızın içinde tartışan sesler.

b) Davranışlarınız üzerinde yoruma bulunan sesler.

c) duygularınızın sizin dışınızda birisi yada bir şey tarafından oluşturulduğu yada yönetildiği yaşantısı.

d) düşüncelerinizin sizin dışınızda birisi yada bir şey tarafından oluşturulduğu yada yönetildiği yaşantısı.

e) davranışlarınızın sizin dışınızda birisi yada bir şey tarafından oluşturulduğu yada yönetildiği yaşantısı.

f) sizin dışınızdaki bazı güçlerin bedeninizi etkilemesi.

g) düşüncelerinizin kafanızdan alınması.

h) başkalarına ait gibi görünen düşünceleri düşünmeniz.

i) düşüncelerinizi yüksek sesle duymak.

j) başka insanların sizin düşüncelerinizi sesli olarak söyleyormuş gibi duyması.

k) başkalarına inanılmaz yada gerçek dışı gelen düşünceler.

Eğer denek bütün Schneider belirtileri için HAYIR yanıtını vermişse 67. soruya geçiniz, aksi takdirde görüşme

şu soruyu somalıdır:

"Eğer yukarıdaki belirtilerin herhangi biri sizde olduysa bunlar sadece şu durumlarda mı ortaya çıkmıştır."

65. Sadece ilaç yada alkol etkisi altında

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

☐

66. Sadece majör depresyon sırasında

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

☐

VI. TRANS HALLERİ, UYUR GEZERLİK, HAYALİ ÇOCUKLUK ARKADAŞLARI

67. Hiç uykudayken yürüdünüz mü?

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

☐

Denek 67. soruya HAYIR yanıtı vermişse 69. soruya geçiniz.

68. Uykunuzda yürümüşseniz, yaklaşık olarak kaç kez olmuştur?

1-10=1

11-50= 2

> 50= 3

Emin değilim= 4

69. Boşluğa bakarak çevrenizde olup bitenleri ve zamanın geçtiğini fark etmeyecek biçimde dalg

gittiğiniz olur mu?

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

☐

Denek 69. soruya HAYIR yanıtı vermişse 71. soruya geçiniz.

70. Bu dalgınlık dönemleriniz kaç kez olmuştur?

1-10= 1

11-50= 2

>50= 3

Emin değilim= 4

71. Çocukken hayalinizde yarattığınız oyun arkadaşınız var mıydı?

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

☐

Denek 71. soruya HAYIR yanıtı vermişse 73. soruya geçiniz.

72. Hayali oyun arkadaşınız var idiyse bu kaç yaşına kadar sürdü?

Emin değilim= 0

Denek hayali arkadaşları hala varsa denek şimdiki yaşını belirtiniz.

VII. ÇOCUKLUK ÇAĞINDA TACİZ VE İSTİSMAR EDİLME

73. Çocukluk yada gençlik döneminizde aşırı derecede dövölür müydünüz?

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

☐

Denek 73. soruya HAYIR yanıtı vermişse (77 Ek1). Soruya geçiniz.

☐

74. Bu dayaklar cinsel taciz anları dışında mı oluyordu?

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

75. Kim tarafından dövülüyordunuz?

- a) anne
- b) baba
- c) üvey baba
- d) üvey anne
- e) kardeş
- f) erkek akraba
- g) kadın akraba
- h) başka erkek
- i) başka kadın

76. Dövülmeniz başladığında kaç yaşındaydınız?

Belli Değil= 89

Yaşından önceyse 0'ı işaretleyin.

77. Dövülmeniz kaç yaşında sona erdi?

Belli Değil= 89

Yaşından önceyse 0'ı işaretleyin.

Devam ediyorsa şu andaki yaşı yazınız.

77 Ek1. Çocukluğunuzda yada gençliğinizde (16 yaşınızdan önce) sizi sürekli olarak aşağılayan, tehdit edici sözler söyleyen yada küçük düşürücü yorumlar yapan herhangi bir kişi var mıydı?

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

☐

77 Ek2. Çocukluğunuzda yada gençliğinizde (16 yaşınızdan önce) fiziksel yada duygusal olarak ihmal edilmiş olduğunuzu düşünüyor musunuz? Örneğin beslenme, güvenlik, eğitim yada tıbbi bakımınızın sağlanmaması yada sevgi, destek, ilgi görememe gibi. (Evden kovulma, eve kabul edilmemeyi içerir.)

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

☐

78. Çocukluk yada gençliğinizde size izniniz olmadan cinsel olarak yaklaşan yada dokunan oldu mu?

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

☐

Denek 78. soruya HAYIR yanıtı vermişse 85. soruya geçiniz. Eğer denek 78. soruya EVET yada EMİN DEĞİLİM yanıtı vermişse görüşmecisi cinsel tacizle ilgili diğer sorulara geçmeden önce şunları belirtmelidir. "Şimdi soracağım sorulara yaşamış olabileceğiniz yada olmayabileceğiniz cinsel taciz türleri ile ilgili ayrıntılı örnekler yer almaktadır. Konunun hassasiyeti nedeniyle, bu soruların herhangi birine yada hiç birine cevap vermeyebilirsiniz. Bunları sormamın nedeni yaşadığınız tacizin derecesini belirlemeye çalışmaktır. Yanıtınız EVET, HAYIR ve EMİN DEĞİLİM biçiminde olabilir yada yanıt vermeyebilirsiniz."

79. Eğer cinsel tacize uğradıysanız bunu yapan kimdi?

- a) baba
- b) anne
- c) üvey baba
- d) üvey anne
- e) kardeş
- f) erkek akraba
- g) kadın akraba
- h) başka erkek
- i) başka kadın

Denek kadınsa 80. soruyu erkekse 81. soruyu atlayınız.

80. (Denek erkek ise) Bu taciz sırasında aşağıdakilerden hangileri oldu?

- a) Cinsel bölgenize dokunması
- b) başka türlü elleme
- c) bir kadınla cinsel ilişki
- d) bir erkekle, siz aktif durumdayken, makattan ilişki
- e) bir erkeğin cinsel organını ağzına alma.
- f) bir kadının cinsel organını ağzına alma.
- g) siz pasif durumdayken makattan ilişki
- h) hayvanlarla cinsel ilişkiye zorlanma.
- i) size açık fotoğraflar gösterilmesi
- j) başka (belirtiniz)

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

☐

81. (Denek kadın ise) Bu taciz sırasında aşağıdakilerden hangisi oldu?

- a) cinsel bölgenize dokunması
b) başka türlü elleme
c) bir kadınla cinsel ilişki
d) bir erkekle, siz aktif durumdayken, makattan ilişki
e) bir erkeğin cinsel organını ağızına alma.
f) bir kadının cinsel organını ağızına alma.
g) bir erkeğin cinsel organınızı ağızına alması
h) bir kadının cinsel organınızı ağızına alması.
i) bir erkekle makattan ilişki
j) hayvanlarla cinsel ilişkiye zorlama
k) size açık fotoğraflar gösterilmesi
l) başka (belfirtiniz)
- Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

82. Cinsel taciz başladığında kaç yaşındaydınız?

Belli değil =89 1 yaşından önceyse 0'ı işaretleyin.

83. Cinsel taciz kaç yaşında sona erdi?

Belli değil =89 1 yaşından önceyse 0'ı işaretleyin.

Devam ediyorsa denegin simdiki yasini yaziniz.

84. 18 yaşına gelene kadar cinsel taciz olayları yaklaşık kaç kez meydana geldi?

1-5=1 6-10=2 11-50=3 V50=4 Emin değilim=5

85. 18 yaşından sonra cinsel taciz olayları yaklaşık kaç kez meydana geldi?

0=1 1-5=2 6-10=3 11-50=4 V50=5 Emin değilim=6

VII. ÇOĞUL KİŞİLİK BOZUKLUĞU İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

Eğer denek 86-95. sorular için EVET yanıtı verirse, bu yaşantının nadiren mi, sık sık mı, yoksa çok sık mı olduğunu belirtmesini isteyiniz.(93. soru dışında)

86. Oturduğunuz yerden yada özel eşyalarınız arasından bazı şeylerin kaybolduğunu fark ettiğiniz oldu mu?

1= Hiçbir zaman 2= Nadiren 3= Sık Sık 4= Çok sık 5= Emin değilim

☐

87. Oturduğunuz yerde bulunan bazı şeylerin oraya nereden yada nasıl geldiğini bilmediğinizi fark ettiğiniz hiç oldu mu?

1= Hiçbir zaman 2= Nadiren 3= Sık Sık 4= Çok sık 5= Emin değilim

☐

88. El yazmanız belirgin bir biçimde değiştiğini fark ettiğiniz yada eşyalarınız arasında tanımadığımız bir el yazısıyla yazılmış notlar bulduğunuz hiç oldu mu?

1= Hiçbir zaman 2= Nadiren 3= Sık Sık 4= Çok sık 5= Emin değilim

☐

89. Bazı kimselerin yanınıza gelip sizinle çok iyi tanıştırmış gibi konuştukları fakat sizin onları hiç tanımadığımız yada çok az hatırladığımız hiç olur mu?

1= Hiçbir zaman 2= Nadiren 3= Sık Sık 4= Çok sık 5= Emin değilim

☐

90. Çevrenizdeki kişilerin, bazı şeyleri yaptığınızı yada söylediğinizi belirtmelerine rağmen bunları hatırlayamadığınız hiç olur mu? (Alkol yada uyuşturucu madde aldığınız zamanları hesaba katmayınız)

1= Hiçbir zaman 2= Nadiren 3= Sık Sık 4= Çok sık 5= Emin değilim

☐

91. Kendinizde olmadığınız yada boşluk gibi hissettiğiniz, hatırlamadığınız zamanlar hiç olur mu? (Alkol yada uyuşturucu madde aldığınız zamanları hesaba katmayınız)

1= Hiçbir zaman 2= Nadiren 3= Sık Sık 4= Çok sık 5= Emin değilim

☐

92. Kendinizi tanımadığımız bir yerde bulup kendinize geldiğinizde oraya nasıl gittiğinizi tam olarak bilemediğiniz ve o sırada neler olmuş olduğunu hatırlayamadığınız hiç olur mu? (Alkol yada uyuşturucu madde aldığınız zamanları hesaba katmayınız)

1= Hiçbir zaman 2= Nadiren 3= Sık Sık 4= Çok sık 5= Emin değilim

☐

93. 5 yaşından sonrasına ait çocukluğunuzun hatırlayamadığınız uzun dönemleri var mıdır?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

94. Hücum eder gibi zihninize aniden gelen anılarınız var mıdır?

1= Hiçbir zaman 2= Nadiren 3= Sık Sık 4= Çok sık 5= Emin değilim

☐

95. Kendinizi gerçek değilmiş, sanki rüyadaymış yada gerçekte orada değilmiş gibi hissettiğiniz uzun dönemler olur mu? (Alkol yada uyuşturucu madde aldığınız zamanları hesaba katmayınız)

1= Hiçbir zaman 2= Nadiren 3= Sık Sık 4= Çok sık 5= Emin değilim

☐

96. Kimi zaman sizinle konuşan yada kafanızın içinde konuşan sesler duyar mısınız?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

Denek 96. soruyu HAYIR yanıtı vermişse 98. soruya geçiniz.

97. Bu sesler sizin içinizden mi geliyor?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

98. Kendinizden "bız" yada "bize" diye bahsettiğiniz hiç olur mu?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

99. İçinizde başka biri yada birilerinin olduğunu hissettiğiniz olur mu?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

Denek 99. soruya HAYIR yanıtı vermişse 102. soruya geçiniz.

100. İçinizde ismi olan başka biri yada birileri var mı?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

101. Eğer içinizde başka birileri varsa, bunun dışarı çıkıp vücudunuzun kontrolünün ele aldığı olur mu?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

IX. DOĞAÜSTÜ YAŞANTILAR / POSESYON (TUTULMA) YAŞANTILAR / DUYU ÖTESİ ALGI YAŞANTILARI / KÜLTİLER

102. Herhangi bir doğaüstü yaşantınız olmuş mudur?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

103. Beş duyu ötesi algılama yaşantılarınız olur mu? Örneğin:

- a) Zihinsel telepati
- b) Uyumikken geleceği görmek
- c) Zihninizle eşyaları hareket ettirmek
- d) Rüyanızda geleceği görmek
- e) Deja vu (yaşamakta olduğunuz bir şeyi daha öncede yaşamış olduğunuzu hissetme)
- f) Diğer (belirtiniz)

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

104. İçinize sayacaklarımdan birinin girdiğini hissettiğiniz olmuş mudur?

- a) cin yada şeytan
- b) ölmüş bir kişi
- c) Hayatta olan bir kişi
- d) Başka bir güç

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

105. Sayacaklarımdan herhangi biriyle irtibat kurduğunuz oldu mu?

- a) Hayaletler
- b) Cinler (ses çıkaran yada eşyaları hareket ettiren görünmez varlıklar)
- c) Ruhlar

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

106. Daha önce yaşayıp tekrar başka bir bedende dünyaya geldiğinizi hissettiğiniz oldu mu?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

107. Kendinize özgü, değişik inançları olan tarikat yada benzeri bir topluluğun faaliyetlerine devam ettiğiniz oldu mu?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

X. SINIRDA KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Görüşmeci şu açıklamayı yapmalıdır: "Şimdi soracağım 8 soruya, eğer yaşantınızın büyük bölümünde ve çoğu zaman sorudaki gibi hissetmişseniz, EVET yanıtı veriniz".

108. Size zarar vereceğini bildiğiniz halde bazı şeyleri yapmaktan kendinizi alamadığınız olur mu, örneğin aşırı para harcama, uygunsuz cinsel ilişkilere girme, uyuşturucu madde kullanma, mağazalardan mal çalma, tehlikeli araba kullanma, içki alemlerine katılma. (Görüşmecinin evet yanıtını işaretlemesi için bu durumun en az iki konuda bulunması gerekir).

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

109. Kişisel ilişkilerinizin çoğunun yoğun, fakat çalkantılı ve kısa süreli olması.

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

110. Şiddetli öfke yada öfkeye hakim olamama. Örn. Sık sık hiddetlenme, geçmek bilmeyen öfke.

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

111. Kimliğinizle ilgili belirsizlik hissi. Kim ve nasıl biri olduğunuz, cinsel eğiliminiz, geleceğe dönük amaçlarınız yada meslek seçiminiz konusunda sorunlarla kendini gösterebilir. Örneğin kim olduğunuzdan emin olmadığınızdan dolayı size hangi kimliğin daha iyi uyduğunu anlamak için başka insanları taklit etmeye çalışmak.

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

112. Olağan duygu durumunuzdan depresyon, huzursuzluk yada bunalı halleri genellikle birkaç saat, ancak nadiren birkaç günden daha uzun süren belirgin geçişler olması.

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

113. Yalnız olmaktan rahatsız olma. Örn. Başkaları tarafından terk edilmekten yada yalnız kalmaktan kaçınmak için aşırı çabalar gösterme; yalnız kalınca bunalıma girme.

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

114. Fiziksel olarak kendine zarar verme. Örn. İntihar edeceğini belli eden davranışlar, bedenine zarar verme, tekrarlayan kazalar yada kavgalara katılma.

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

115. Sürekli olan boşluk hissi yada can sıkıntısı.

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

XL PSİKOJENİK AMNEZİ

116. Kendinize ait bazı önemli şeyleri sıradan bir unutkanlıkla açıklanmayacak bir biçimde hatırlayamadığınız oldu mu?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

Denek 116. soruya HAYIR yada EMİN DEĞİLİM yanıtı vermişse 118. soruya geçiniz.

117. Bu durum bilinen fiziksel bir bozukluğa, örn. Felç yada fazla alkol alınma mı bağlıydı?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

XII. PSİKOJENİK FÜĞ

118. Geçmişinizi unutup (hatırlamayarak) birden, beklenmedik bir biçimde evinizden yada alışageldiğiniz çevreden ayrılmış olduğunuz oldu mu?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

119. Kısmen yada tamamen yeni bir kimliğe büründüğünüz hiç oldu mu?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

Denek 118 ve 119. sorulardan birine yada her ikisine HAYIR yanıtı vermişse 121. soruya geçiniz.

120. Son iki soruya EVET yanıtı verdiniz, bu durum bilinen fiziksel bir bozukluğa, örn. Felç yada fazla alkol alınma mı bağlıydı?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

XIII. DEPERSONALİZASYON BOZUKLUĞU

121. a) Hiçbir şeyin gerçek olmadığını, sanki rüyada yaşadığınızı hissettiğiniz, kendinizi bedeninizin dışında gördüğünüz olur mu? Bu tür durumların gündelik yaşamınızda yada işinizde sorunlara neden olduğu bir yada birkaç döneminiz oldu mu?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

b) El, ayak yada bedeninizin diğer parçalarının büyüklüğünün değiştiğini hissettiğiniz oldu mu?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

☐

c) Kendinizi bedeninizin dışında gördüğünüz hiç oldu mu? ☐

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

d) Bir süre için çevrenizin gerçek olmadığı hissine kuvvetle kapıldığınız oldu mu? Alkol yada uyuşturucu madde alınan zamanlar dışında. ☐

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

Denek 120. sorunun hiçbir şıkına (a-b) EVET yanıtı vermemişse 123. soruya geçiniz.

122. Söz ettiğimiz durum (depersonalizasyon); şizofreni, duygulanım bozukluğu, org. Mental bozukluk (fiziksel bir nedene bağlı zihinsel bozukluk), bulantı bozukluğu yada epilepsi gibi başka bir rahatsızlığa bağlandı mı? ☐

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

XIV. Çoğul Kişilik Bozukluğu-NMH Araştırma Ölçütleri: DSM-III (123-125) ölçütlerini ve ek olarak başka 2 ölçütü(126-127) içerir.

123. İçinizde, her biri belli bir zamanda öne çıkan iki yada daha fazla sayıda, birbirinden çok farklı kişilikler olduğuna hiç hissettiniz mi? ☐

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

Denek 123. soruya HAYIR yanıtı vermişse 128. soruya geçiniz.

124. Belli bir zamanda öne çıkan bir parçanız yada bir kişiliğiniz davranışlarınızı kontrolü altına aldığı olur mu? ☐

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

125. Her bir kişilik diğer kişilerin paylaşmadığı sosyal ilişki, tutum ve davranışlara ☐

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

126. İki yada daha fazla değişik kişilik vücudunuzun kontrolünü en az üç kez ele ☐

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

127. Farklı kişilikler arasında diğerinin başından geçen bazı şeyleri bilememe biçiminde çeşitli türden “unutma” engelleri var mıdır?

XV. ATİPİK DISSOSİYATİF BOZUKLUKLAR (BAŞKA TÜRLÜ ADLANDIRILAMAYAN DISSOSİYATİF BOZUKLUKLAR)

128. Denek bir dissosiyatif bozukluğu olduğu izlenimi edinilmiştir, ancak durum belli bir dissosiyatif bozukluğun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

Örn. Trans benzeri durumlar, depersonalizasyonun eşlik etmediği derealizasyon, uzun süreli olarak ve yoğun bir biçimde zorla düşünce aşılarmaya çalışılan kişilerde ortaya çıkabilen dissosiyatif durumlar (örn. Beyin yıkama, düşünce değişikliğine uğratma, teröristlerin baskısı altında bulunduğu sırada yeni öğretiler edindirme) ☐

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

XVI. Son Değerlendirme

129. Görüşme sırasında denek olağan dışı, mantık dışı, idyosenkratik düşünce süreçleri sergiledi mi? ☐

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

130. Denek çoğul kişilik bozukluğu olarak değerlendirilmiş, 1. soruya da EVET yanıtı alınmış ise, görüşmecisi şu soruyu yöneltmelidir:

“Sizce daha önce sormuş olduğum baş ağrılarımız sizi kontrolü altına alan farklı kişiliklerin varlığıyla ilişkili midir?” ☐

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

131. Denek çoğul kişilik bozukluğu olarak değerlendirilmiş, ve depresyon tanısı da konulmuşsa (soru 63), görüşmecisi şu soruyu yöneltmelidir:

“Sizce daha önce konuştuğumuz depresyon durumu kişiliklerin yalnız birinde mi görülmektedir?”

Kişiliklerin çoğunu yada hepsini etkilemekte midir?

Yalnız birinde =1 Kişiliklerin çoğunda ya da hepsinde=2 Emin değilim.=3

Görüşmeci başka sorusu olmadığını belirten kısa bir kapanış konuşması yapmalı ve deneye gösterdiği iş birliği için teşekkür etmeli.

(Not: Dissosiyatif Bozukluklar İçin Görüşme Çizelgesi (Dissociative Disorders interview Schedule- DDIS)
Dr. C. Ross ve S. Heber tarafından hazırlanmıştır olup Dr. Hamdi Tutkun, Dr. İlhan Yargıç ve Doç. Dr. Vedat Şar tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır.)