



**T.C.  
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**DİSSOSİYATİF BOZUKLUKLU ERGENLERDE  
POLİSEMPTOMATİK KLİNİK ÖZELLİKLER VE  
DİSSOSİYASYONUN İNTİHAR VE SELF  
MUTİLASYON OLUŞUMUNDAKİ ROLÜ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Filiz KILIÇ**

**ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI**

**Doç. Dr. S. Salih ZOROĞLU**

**Eylül-2006**

T.C.  
GAZIANTEP ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

**DİSSOSİYATİF BOZUKLUKLU ERGENLERDE  
POLİSEMPTOMATİK KLİNİK ÖZELLİKLER VE  
DİSSOSİYASYONUN İNTİHAR VE SELF  
MUTİLASYON OLUŞUMUNDAKİ ROLÜ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Filiz KILIÇ**

**ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI**

**Doç. Dr. S. Salih ZOROĞLU**

## ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince en başta bilgi ve deneyimleri ile yetişmemde büyük emeği olan hocam Doç. Dr. S. Salih ZOROĞLU'na, psikiyatri ve çocuk nöroloji rotasyonum süresinde engin bilgilerinden faydalandığım hocalarım Prof. Dr. Hamdi TUTKUN, Doç. Dr. Haluk SAVAŞ, Doç. Dr. Hasan Herken ve Doç. Dr. Kutluhan YILMAZ' a teşekkürü bir borç bilirim.

Ayrıca bu süre içinde beraber çalıştığım çocuk ve erişkin psikiyatrisi ve çocuk hastalıklarındaki asistan, psikolog ve hemşire arkadaşlarıma, tez çalışmam boyunca gösterdiği sabır ve destek için eşim Dr. Ertuğrul Kılıç'a ve küçük Elif'ime çok teşekkür ederim.

Dr. Filiz Kılıç  
Gaziantep 2006

## İÇİNDEKİLER

### Sayfa

ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
KISALTMALAR .....	vi
TABLO LİSTESİ .....	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. DISSOSİYASYON VE RUHSAL TRAVMA.....	3
2.1.1. Tarihçe.....	3
2.1.2. Dissosiyasyonun tanımı ve işlevleri.....	6
2.1.3. Normal Dissosiyatif Süreçler.....	7
2.1.4. Dissosiyatif Bozukluklar.....	8
2.1.4.1. Tanı Ölçütleri.....	8
2.1.4.1.1. Dissosiyatif Amnezi DSM-IV Tanı ölçütleri.....	9
2.1.4.1.2. Dissosiyatif Füg DSM-IV Tanı ölçütleri.....	9
2.1.4.1.3. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu DSM-IV Tanı ölçütleri.....	10
2.1.4.1.4. Depersonalizasyon Bozukluğu DSM-IV Tanı ölçütleri.....	10
2.1.4.1.5. Başka Türü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk DSM-IV tanı ölçütleri.....	11
2.1.4.2. Dissosiyatif Bozukluğun Gelişim Kaynakları.....	12
2.1.4.2.1. Çocukluk Çağı Travması.....	12
2.1.4.2.2. Aile Çevresi.....	13
2.1.4.2.3. Bağlanma Bozukluğu.....	14
2.1.4.2.4. Genetik Faktörler.....	14
2.1.4.2.5. Hipnoza Eğilim Kapasitesi.....	15
2.1.4.2.6. Farklı Emosyonel Durumlar.....	15
2.1.4.2.7. Hayal Gücü ve Fantezi Kapasitesi.....	16

2.1.4.3. Dissosiyatif Bozukluğun Klinik Fenomenolojisi.....	16
2.2. TRAVMA KAVRAMI.....	21
2.2.1. Travma Kavramına Genel Bakış.....	21
2.2.2. Çocukluk Çağı Travması Olarak İstismar Ve İhmal.....	23
2.2.2.1. Fiziksel İstismar.....	23
2.2.2.2. Cinsel İstismar.....	24
2.2.2.3. Duygusal İstismar.....	24
2.2.2.4. İhmal.....	25
2.2.3. Travma Sonrası Gelişen Tepkiler.....	26
2.2.4. Travma ve Dissosiyasyon.....	30
2.3. KENDİNİ YARALAMA DAVRANIŞI(SELF MUTİLASYON).....	32
2.4. İNTİHAR DAVRANIŞI (ÖZKIYIM ).....	36
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	39
3.1. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİ(DENEKLER).....	39
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	40
3.3. ÇALIŞMANIN YÜRÜTÜLMESİ.....	43
3.4. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME.....	43
4. BULGULAR.....	44
5. TARTIŞMA .....	55
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER .....	65
7. KAYNAKLAR.....	67
8. EKLER .....	78
8.1. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği(CTQ-53)	
8.2. Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (A-DES)	
8.3.İntihar Girişimi ve Kendine Fiziksel Zarar Verme Davranışı Bilgi Alma Formu	
8.4. Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği (SCARED)	
8.5. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği(CDI)	

## ÖZET

### DİSSOSİYATİF BOZUKLUKLU ERGENLERDE POLİSEMPTOMATİK KLİNİK ÖZELLİKLER VE DİSSOSİYASYONUN İNTİHAR VE SELF MUTİLASYON OLUŞUMUNDAKİ ROLÜ

Dr. Filiz KILIÇ

Uzmanlık tezi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Tez danışmanı: Doç. Dr. S. Salih ZOROĞLU

Eylül 2006, 87 Sayfa

Dissosiyatif bozukluklar etiolojisinde çocukluk çağı travmaları bulunan, tamamı çocukluk döneminde başlamasına rağmen ancak % 10-11'inin çocukluk ve ergenlik döneminde tanınabildiği, polisemptomatik seyreden önemli bir hastalık grubudur. Travma ile kendine zarar verme(self mutilasyon) ve intihar girişimi ilişkisi olduğu ve bunların da artmış dissosiyasyon düzeyleri ile ilgili olduğuna dair çalışmalar bildirilmektedir. Bu çalışmanın amacı a) yarı yapılandırılmış bir ölçekle tanıları kesinleştirilen dissosiyatif bozukluk tanılı ergenlerde yaygın psikiyatrik belirti örüntüsünü ortaya koymak, psikiyatrik bozukluğu bulunan diğer ergenlerle karşılaştırarak polisemptomatik seyirli bir bozukluk olduğunu göstermek, b) ergenlerde self mutilasyon ve intihar davranışı oluşumunda dissosiyasyon, dissosiyatif bozukluk, travma ve ilgili diğer boyutların olası rol ve katkılarını ortaya koymaktır.

Çalışmamızda dissosiyatif bozukluk, depresyon, anksiyete bozukluğu bulunan ve sağlıklı ergen grubu karşılaştırılmıştır.

Dissosiyatif bozukluk bulunan hastalarda travma oranları diğer hasta grupları ve sağlıklı kontrollerden anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Dissosiyatif bozukluk grubunda depresyon ve anksiyete semptomları en az depresyon ve anksiyete bozukluğu grubundaki hastalar kadar yüksek saptanmıştır. Dissosiyatif bozukluk grubunda self mutilasyon oranı %80.8, intihar davranışı oranı %65.4 olarak diğer gruplardan belirgin yüksek düzeyde saptanmıştır. Görüldüğü gibi dissosiyatif bozukluk bulunan ergenler yaygın belirti göstermektedir ve hastalık özellikle ergenlerde polisemptomatik seyretmektedir. Bu yönüyle dissosiyatif bozukluğun belirtilerinin en yoğun görüldüğü hayat dilimi ergenlik olmaktadır. Lojistik regresyon sonucunda artmış dissosiyasyonun travma ile başlayan, ilişkili psikopatoloji ile sonlanan sürecin ana mediyatörü olduğu görülmektedir. Dissosiyasyon ve dissosiyatif bozukluk birbirinden ayrı olarak self mutilasyon oluşumundaki en güçlü faktördürler.

**Anahtar Kelimeler:** Dissosiyatif bozukluk, Travma, Self mutilasyon, İntihar girişimi

## ABSTRACT

### POLYSYMTOMATIC CLINICAL CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS WITH DISSOCIATIVE DISORDER AND THE ROLE OF DISSOCIATION OVER SUICIDE AND SELF-MUTILATION DEVELOPMENT

Dr.Filiz KILIC

Residency thesis, Department of Child and Adolescent Psychiatry

Supervisor: S. Salih ZOROGLU, M.D. Associate Professor

September 2006, 87 pages

Dissociative disorders are an important disease category with polysymptomatic prognosis, presented with etiology of childhood traumas which could be recognized in childhood and adolescence period only in 10-11% of cases. Trauma, self-mutilation and suicidal attempts are reported to have a relation with regard to dissociation levels in certain studies. The aim of this study was: a) to reveal the psychiatric common symptoms of adolescents with dissociative disorder diagnosed with a semi-structured scale and to show that it is a disorder with polysymptomatic prognosis by comparing those with other adolescents having a psychiatric disorder, b) to exhibit the roles and contributions of dissociation, dissociative disorder, trauma and other related cases over self-mutilative and suicidal behaviour development.

In the present study, the groups with dissociative disorder, depression, anxiety disorder and a healthy group, were compared with each other.

Trauma rates in patients with dissociative disorder was determined to be higher than the other patient groups and healthy controls. Depression and anxiety symptoms in the dissociative group was observed to be as high as those of patients with depression and anxiety disorder. Self mutilation (80.8%) and suicidal behaviour (65.4%) rates were found to be significantly higher in the group of dissociative disorder compared to the other groups.

Apparently, adolescents with dissociative disorder exhibit common symptoms and the prognose of the disease is observed to be polysymptomatic especially in adolescents. Thus, the life period in which the most evident symptoms of dissociative disorder are observed, seems to be adulthood. Elevated dissociation as a result of logistic regression, is seen to be the main mediator of the process starting with trauma and ending with associated psychopathology. Separately, dissociation and dissociative disorder are the most influencing factors in development of self mutilation.

**Keywords:** Dissociative disorder, Trauma, Self-mutilation, Suicidal attempt

**KISALTMALAR**

DB	: Dissosiyatif Bozukluk
DSM	: Diagnostic and statistical Manuel of Mental Disorders
DKB	: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu
ÇKB	: Çoğul Kişilik Bozukluğu
BTADB	: Başka Türü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
SCID-D	: Dissosiyatif Bozukluklar İçin Yapılandırılmış Görüşme Çizelgesi
CTQ-53	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
A-DES	: Adölesan Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği
SCARED	: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği
CDI	: Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
TR_TOTAL	: Travma Total
DYG_TR	: Duygusal Travma
FZK_TR	: Fiziksel Travma
CNS_TR	: Cinsel Travma
DYG_İHM	: Duygusal İhmal
FZK_İHM	: Fiziksel İhmal



## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Kendine Zarar Verme Davranışı İle İlgili Yapılan Tanımlar.....	33
<b>Tablo 2.</b> Çalışmaya Alınan Hastaların Cinsiyete Göre Dağılımları.....	45
<b>Tablo 3.</b> Çalışmadaki Hastaların Yaş Dağılımları.....	45
<b>Tablo 4.</b> Depresyon, Dissosiyasyon, Anksiyete ve Travma Ölçeklerinin gruplardaki ortalama puanları.....	49
<b>Tablo 5.</b> Gruplardaki Self Mutilasyon ve İntihar Girişimi Oranları.....	51
<b>Tablo 6.</b> Cinsiyete Göre Self Mutilasyon ve İntihar Girişimi Oranları.....	51
<b>Tablo 7.</b> Self Mutilasyon ve İntihar Girişimi ile Travma ve Diğer Ölçeklerin İlişkisi.....	53
<b>Tablo 8.</b> Lojistik regresyon analizinin sonucuna göre self mutilasyonu.....	54
etkileyen faktörler	
<b>Tablo 9.</b> Lojistik regresyon analizinin sonucuna göre intihar davranışını.....	54
etkileyen faktörler	

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dissosiyatif bozuklukların tamamı çocukluk döneminde başlamasına rağmen çocukluk ve ergenlik döneminde çok az bir kısmı tanı almaktadır. Dissosiyatif bozukluk hastaları, uzun süreler farklı tanımlarla takip edilerek gerekli tedaviyi alamamaktadırlar. Oysa erken yaşta doğru tanının konulması hem hastanın kolay, hızlı ve başarılı şekilde tedavi edilebilmesi hem de dissosiyatif bozuklukla ilişkili travmatik ortamın farkedilip çocuğun korunması için çok önemlidir.

Dissosiyatif bozukluklar ile çocukluk çağı travmaları arasında bir ilişki olduğu bilinmektedir. Dissosiyatif bozukluk hastalarının %90-%100'ü çocukluk döneminde ağır travma yaşadıklarını belirtmektedirler. Travmanın süresi ve başladığı yaşın da dissosiyatif bozukluğun şiddeti ile orantılı olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Çocukluk çağı travmaları ile kendine fiziksel olarak zarar verme (self mutilasyon) ve intihar davranışının ilişkisi de birçok farklı çalışma ile ortaya konmuştur. Fiziksel istismara uğramış çocuk ve ergenlerde kendine fiziksel olarak zarar verme ve intihar davranışı normalden daha fazla görülmektedir. Kendine zarar verme davranışına çoğunlukla dissosiyatif belirtiler eşlik eder.İntihar girişimi ve kendine fiziksel zarar verme davranışı gösteren hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım ve ihmali ile dissosiyatif yaşantıların diğer hasta gruplarına göre sık olduğu bildirilmektedir.

Çocuk ve ergenlerde dissosiyatif bozukluk tanısı alan hastalarda travmatik yaşantılar, kendine fiziksel zarar verme ve intihar davranışını birarada inceleyen ve bu parametreler arasındaki ilişkiyi farklı kontrol grupları ile karşılaştıran bir çalışma bulunmamaktadır.

Bu çalışmanın amacı ilk olarak dissosiyatif bozukluk tanısı almış çocuk ve ergen hastalarda travma, kendine fiziksel zarar verme ve intihar davranışı

sıklığını incelemek ve aralarındaki ilişkiyi cinsiyet farklılıklarına göre ortaya koymaktır. Daha sonra bu ilişkiyi farklı psikiyatrik tanı almış çocuk ve ergenler ile tamamen sağlıklı çocuk ve ergenlerden oluşan ayrı kontrol grupları ile karşılaştırarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını saptamak ve ergenlerde kendine zarar verme ile intihar davranışını etkileyen faktörleri belirlemektir.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1 DISSOSİYASYON VE RUHSAL TRAVMA

#### 2.1.1 Tarihçe

Dissosiyasyon kavramı ilk kez 1845'de bir Fransız psikiyatristi olan Moreau De Tours tarafından ortaya atılmıştır Dissosiyasyon ve dissosiyatif bozukluklar konusuna en önemli katkı yine bir Fransız olan Pierre Janet (1859-1947) tarafından yapılmıştır.O, dissosiyasyonu "sabit fikirler" (idees fixes) olarak tanımladığı bazı düşünce ve işlevlerin kişinin kontrol ve algısından kaçması süreci olarak tanımlamıştı(1). Bu sabit fikir ve işlevler kişinin bilinçli farkındalığında ve kontrolünde değillerdi. Amnezi, füğ, konversiyon belirtileri, paralizi, otomatizm, "ardışık var oluşlar" (succesives existences) gösteren hastaları inceleyerek bu belirtilerin geçmişteki travmatik yaşantılardan kaynaklanan, dissosiyeye edilmiş elemanlara bağlı olarak ortaya çıktığını savunmuştur. Janet'in histeri kavramı, somatizasyon bozukluğu, konversiyon bozukluğu, psikojenik amnezi, psikojenik füğ, ÇKB ve diğer dissosiyatif sendromları kapsamaktadır(2). Bu noktada ÇKB, Janet ve çağdaşları için ayrı bir antite olmaktan çok histeri içerisinde yer almaktadır.

Janet belleği zihnin asıl organize edici aracı olarak kabul eder. Belleğin iki Önemli temel İşlevi olduğunu belirtmiştir: 1-Doğumdan ölüme tüm yeni duyguları almak ve depolamak, 2-Daha önce entegre edilmiş anıların ışığında yeni gelen veriyi organize ve kategorize etmek (3). Bu şekilde insanların gelişmeye açık ve değişebilir anlam şemaları geliştirerek daha sonraki zorluklarla yüzleşmelerine hazırladıklarını düşünüyordu. Geçmiş yaşantıların farkında olunmasının ve şu anki durumun doğru algılanmasının kombinasyonu uygun davranışı belirlemekteydi. Organizma ile çevresi arasındaki etkileşimlerin ancak küçük bir bölümü bilinçli farkındalık içindedir. Normal şartlar altındaki insanlar bilgiyi fazla bilinçli dikkat harcamaksızın

otomatik olarak entegre ederler. Basit bir refleksten özel bir hünerin karmaşık uygulanışına kadar çeşitlilik gösteren bu otomatik adaptasyonlara Janet "Psikolojik Otomatizm" adını verir(2). Ve böylece otomatik olarak depolanmış anılar bilinçaltını (subconscious) oluşturur. Örneğin yemek yerken farkında olmadan yapılan bir çok otomatik hareket aslında bilinçaltına ait hareketlerdir(4). Janet bilinçaltı terimini, kişinin çevresi ile ilişkisini düzenleyen ve yöneten, zihinsel şemaları oluşturan anıların oluşturduğu bütünü tanımlamak için ortaya atmıştı. Ona göre bellek sistemi ve kişinin mizacı (temperament) arasındaki etkileşim her insanı tek ve karmaşık yapıyordu. Dissosiyasyon terimini ilk kez sistematik olarak inceleyen Janet, bellek sisteminin başarılı entegrasyonunun ancak yeni yaşantıların bilişsel değerlendirilmesine bağlı olduğunu düşünmekteydi. Korkunç, alışılmamış, garip yaşantılar varolan bilişsel şemalarla çözülemezdi. Bu yaşantıların anıları bilinçli farkındalıktan ve istemli kontrolden ayrılabilirdi. Entegre olmamış olayların parçaları kendilerini daha sonra stereotipik imajlar, düşünceler ve davranışlar şeklinde "patolojik otomatizm" olarak gösteriyordu (5). Dissosiyasyon edilen bu yaşantılar ve bunlara bağlı birçok dissosiyasyon elemanı ve sistemler, başka fenomenlerle daha karmaşık durumlar oluşturmaya eğilimliydi. Janet'e göre(4) dissosiyasyon, şiddet karşısında oluşan yaşantıların etrafında, bilinçaltına ait sabit fikirler (subconscious fixed ideas) adını verdiği yeni bellek tabakaları oluşturuyordu. Bu, travmatik belleğin bilişsel ve duygulanım elemanlarını organize ediyor ve bunları bilinçli farkındalığın dışında tutuyordu. Bilinçaltına ait sabit fikirler, konversiyon, "flashback" ve kabuslara, oradan da ÇKB'deki alter kişiliklere kadar geniş bir yelpaze gösterebiliyordu. Travmatik anıları entegre edemeyenler yeni yaşantıları da içselleştirebilme yeteneklerini kaybetmişlerdi ve sanki belirli bir noktada durmuş kişilikleri yeni elemanların katılımı ya da içselleştirilmesi ile genişleyemiyordu. İdrak fonksiyonuna giren fenomenlerin azalması yani bilinç alanının daralması Janet psikopatolojisinin en önemli noktalarındandır (4).

Janet bir yandan korkunç, alışılmamış yaşantılar karşısında dissosiyasyon mekanizmasının nasıl kullanıldığını açıklarken bir yandan da ülkesindeki bazı meslektaşları çocukluk çağı cinsel tacizleri hakkında yazılar

yayınlamaktaydılar. 1857 yılında Ambroise Auguste Tardieu (1818-1879) adlı adli tıp hekimi çocuklara yönelik cinsel saldırılan anlatan "Une étude médicolegale sur les attentats aux mœurs" adli tıp kitabını yazar. İncelediği 616 vakanın 339'u onbir yaşından küçük ve cinsel tecavüze uğramış çocuklardı (6). Yine bu dönemde çocuklara cinsel taciz konusunda Fransız tıp literatüründe birçok yayın bulunmaktadır. Paul Bernard (1828-1886), öldüğü yıl yayınlanan "Des attentats à la pudeur sur les petites filles" adlı kitabında 1827 ve 1870 yılları arasında bildirilmiş, cinsel saldırı ve tecavüze uğramış 36176 çocuktan bahseder (6). Bunlara cinsel tacize uğramış çocukların otopsipleri de dahildir. 1858-1869 yılları arasında Fransa'da 9125 kişi çocuk tecavüzünden yargılanmıştır (7). 1850'lerin sonunda Briquet histeri ile çocukluk çağı cinsel tacizleri arasında ilişkiyi kurmaya başlamıştır (7). Janet ise travmatik yaşantılar ile ruhsal rahatsızlıklar arasındaki ilişkiyi daha da netleştirmiştir. Toplam 591 vaka bildiriminin 257'sinde rahatsızlığı ortaya çıkarıcı etken olarak travmayı göstermiştir (8). Josef Breuer (1842-1925) ve Freud 1893'de histerik belirtiler ile çocukluk çağı ruhsal travmalarının ilişkisine dikkat çekmişlerdir(9).

Çocukluk ve ergenlikteki disosiyatif bozukluklarının tarihi, bu hastalığın erişkindeki tarihine paraleldir. On dokuzuncu yüzyılda çocuk ve ergen vakalar detaylı bir şekilde tanımlanmışlar, fakat daha sonraki yüzyılda unutulmuşlardır(10). İlk kez Fine, Despina'nın 1840 yılında Fransa'da yayınladığı, hem klinik özellikler hem de tedaviye cevap açısından klasik bir vaka olan 11 yaşındaki bir DB olgusu "Estelle"nin önemine dikkat çekmiştir(11). Bowman 1829 yılında(12) Dewar tarafından yayınlanmış olan bir başka ergen Disosiyatif Kimlik Bozukluğu hastasını tarihsel çalışmaları sırasında ortaya çıkarmıştır. 1970 yılı sonlarına kadar disosiyasyonla dolaylı bir ilişki kuran ilave bir kaç vaka dışında çocukluk çağı disosiyasyonu literatürde hiç geçmemiştir.

"80'li yıllarda, Kluff, Fagan ve McMahon(13,14), ve diğerleri tarafından yapılan tek ya da az sayıda vaka içeren çocuk ve ergen DB serileri yayınlanmıştır(15,16). 90'lı yıllarda Disosiyatif Bozukluğu olan 10 ya da daha fazla çocuk veya ergenden oluşan seriler ortaya çıkmıştır(17,18). Bu seriler istatistiksel bir zemine dayanan klinik profillerin elde edilmesine ve hastalığın etkeni olarak travmanın belirgin bir şekilde ortaya konulmasına olanak

sağlamıştır. Travma sıklığı Hornstein ve Putnam'ın 64 vakalı serisinde %95.3(18) ve Coons'un 22 vakalı serisinde %95 dir(17). Erişkinlerde disosiyasyonun ölçümüyle ilgili elde edilen başarı, çocuk ve ergenlerle ilgili ölçeklerin de geliştirilmesini motive etmiştir. Son olarak tanı koydurucu nitelikte yapılandırılmış bir görüşme formu hazırlanmıştır (19).

Uzun tarihi boyunca edebiyat ve sanat çevreleri de disosiyasyona ilgisiz kalmamışlardır. Çoğu erişkinlerle ilgili olarak bir çok tiyatro oyunu, roman ve film ortaya konulmuştur. Amerikalı yazar Joanne Greenberg'ün kendi hayatının, ünlü bir akıl hastanesinde geçen, 14 - 19 yaşları arasına ait dönemini anlattığı, "Sana gül bahçesi vadetmedim" adıyla Türkçeye'de çevrilen eseri, ergenlik dönemi DB sinin hasta tarafından anlatıldığı çok başarılı bir örnektir(20).

Ülkemizde Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi yazınında çocuk vaka bildirimleri(21,22) çocuk vaka serisi(23) ergen vaka bildirimleri(24,25) ve ergen vaka serileri yayınlanmıştır(26,27). Ergen yaş grubunda disosiyasyonun, travma ve intihar davranışı ile ilişkisini inceleyen bir toplum taraması yapılmıştır(28).Putnam(29) tarafından geliştirilen ve patolojik disosiyasyonun çocuk yaş grubunda değerlendirilmesini sağlayan "Çocuk Disosiyasyon Değerlendirme Ölçeği"nin, Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması tamamlanmıştır(30).

### **2.1.2 Dissosiyasyonun Tanımı ve İşlevleri**

DSM-IV dissosiyasyonu, bilinç, bellek, kimlik ya da çevresel algının genellikle entegre olmuş işlevlerinin kopması olarak tanımlar (31). Nemiah ise dissosiyasyonu "anı, duyu, duygu, fantezi ya da davranış gibi çeşitli zihinsel işlevlerin, tek ya da küme halinde, istemli olarak hatırlanamaması ve bilinçten dışlanması" olarak tanımlamıştır(32). Spiegel ve Cardena'nın(33) tanımı ise "olağan şartlarda entegre olan düşünce, duygu, bellek, kimlik gibi zihinsel süreçlerin yapılandırılmış ayrılması" şeklindedir. Dissosiyasyonu Braun (1988) "fikir ya da düşünce sürecinin bilincin ana akışından ayrılması", Goff (1992) "kişinin kendilik ve çevre algısında devamsızlık", Hunter (1990) "izdirap verici bir yaşantıyla başetme metodu; kişinin kişiliğinin, duygularının ve vücudunun

çeşitli parçalarını bölümlere ayırdığı ve onları gerçek kendinden ayrı gördüğü bir süreç", West (37) "kişinin zihnine gelen ya da çıkan enformasyonun normalde olması gerektiği gibi bir işleme tabi tutulamaması, beklenen assosiyasyonlardan aktif olarak ayrı tutulmasını sağlayan psikobiyolojik bir süreç" olarak tanımlamıştır(34,35,36).

Tüm bu tanımlar bellek, kimlik ya da bilincin normaldeki bütünleştirici/birleştirici işlevlerinin değişmesinden bahseder. Bu değişim, minör ya da normal durumlardan majör ya da patolojik formlara kadar uzanan geniş bir yelpaze içinde gerçekleşmektedir (38,39,40).

Nemiah(32) dissosiyasyonu karakterize eden iki temel ilke belirtmiştir. Birincisi, dissosiyatif reaksiyon sırasında kişinin kimlik algısında farklılaşma yaşamasıdır. Kişinin kendi kimliğine amnezik olması ya da farklı kimliğe bürünmesini buna örnek gösterir. İkinci temel ilke ise, kişinin dissosiyasyon sırasındaki olaylarla ilgili bellek süreçlerindeki değişimdir. Bu durum tam amneziden yaşanan olayın bir rüya gibi algılanmasına kadar çeşitli şiddetle olabilir. Nemiah'in bu ilkesi Janet'in özgün tanımına da belirgin olarak uymaktadır. Bu iki ilke özellikle dissosiyatif bozuklukların DSM tanımlamalarında kullanılmıştır(32). Dissosiyasyonun başlangıçta travmatik yaşantılar ile başlatılarda savunma amaçlı kullanılan normal bir süreç olduğu ve zamanla maladaptif ya da patolojik bir sürece dönüştüğü hipotezi yıllardır ifade edilmiştir (38). Dissosiyasyonun adaptif değeri kavramı Çoğul Kişilik Bozukluğu'nun açıklandığı bir çok modelde dikkate alınmıştır (41,42,43).

### **2.1.3 Normal Dissosiyatif Süreçler**

Bazen dissosiyatif süreçler normal yaşantılar sırasında da oluşur. Örneğin uyku öncesi ya da sonrası, alışılmadık yorgunluk ya da emosyonel stres dönemlerinde, bazı meditasyon ya da trans tiplerinde depersonalizasyon ve derealizasyon yaşantıları olabilir (44). Bu normal yaşantılar genellikle kısa sürelidir ve stresle ilişkilidir. Uyku ve rüya amnezileri, hipnotik amnezi yine normal dissosiyatif süreçlerdendir. Bir iş yaparken kendini kaptırma ve çevresinde olup biteni farketmeme ya da hızlı araba kullanırken kendini



adeta otomatik pilot gibi hissetme günlük yaşamda sık rastlanan dissosiyatif yaşantılara örnektir.

Terapötik hipnoz sırasında oluşan dissosiyatif yaşantılar da normallik sınırları içinde kabul edilir(45). Ayrıca rüya gören insanlar da çeşitli dissosiyatif belirtiler gösterir (2). Rüyalar derealizasyon, depersonalizasyon (kendini rüyada görme) ve kimlik değişimi gibi komponentler içerebilir.

Normal dissosiyatif süreçler insan yaşamının çeşitli evrelerinde değişik yoğunluklarda yaşanır. Erişkinlere göre çocuklar dissosiyasyonu daha kolay kullanır (46).

## **2.1.4 DISSOSİYATİF BOZUKLUKLAR**

### **2.1.4.1 Tanı Ölçütleri**

1980lere kadar dissosiyatif bozukluklar histerinin bir alt kategorisi olarak sınıflandırılmıştır. Konversiyon bozuklukları ise bir başka majör alt kategoriydi. 1980'de DSM-III dissosiyatif bozukluk terimini kullanmıştır. DSM-III de bulunan "bu bozukluğun nadir görüldüğü" ibaresi DSM-III-R'de kaldırılmıştır. DSM-III-R psikojenik amnezi, psikojenik füğ, depersonalizasyon bozukluğu, çoğul kişilik bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk (BTADB) adlı 5 ana dissosiyatif bozukluk tanımlamıştır. Dissosiyatif süreç içinde yer aldığı iddia edilen konversiyon bozukluğunu DSM-III-R dissosiyatif bozukluklardan tamamen ayırmıştır(32). DSM-IV'de bu hastalıkla ilgili abartılı çağrışımlar yapan ismi değiştirilmiş, kişilikler arasında amnezi bulunması koşulu getirilmiş, buna karşılık kişiliklerin kontrolü tam olarak alması koşulu hafifletilmiştir. DSM-IV, dissosiyatif bozukluğun bilinç, kimlik ve bellek işlevlerinde bozulmaya yol açtığı üzerinde durur. Ayrıca, DSM-IV BTADB 'nin bir alt kategorisi olarak dissosiyatif trans bozukluğunu tanımlamıştır. "Klinik olarak belirgin sıkıntıya ya da işlevsellikle bozulmaya yolaçan ve ortak kültürel ya da dinsel uygulamanın genel kabul gören olağan bir parçası olarak kabul edilmeyen istemsiz trans durumu" olarak tanımlanan bu bozukluk özgül kültürel şartlar içinde oluşur (31).

DSM-IV dissosiyatif amnezi, dissosiyatif füğ, depersonalizasyon bozukluğu, dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB) ve başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk tanı ölçütleri aşağıda gösterilmiştir.

#### **2.1.4.1.1 Dissosiyatif Amnezi DSM-IV Tanı ölçütleri**

- A.** Başlıca bozukluk, genellikle travmatik olan ya da stres doğuran önemli kişisel bilgileri sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde anımsayamama epizod ya da epizodlarının olmasıdır.
- B.** Bu bozukluk sadece Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu, Dissosiyatif Füğ, Travma sonrası Stres Bozukluğu, Akut Stres Bozukluğu ya da Somatizasyon Bozukluğu sırasında ortaya çıkmamaktadır ve bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. Kafa travmasına bağlı amnestik bozukluk) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
- C.** Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki alanlarda işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

#### **2.1.4.1.2 Dissosiyatif Füğ DSM-IV Tanı Ölçütleri**

- A.** Başlıca Bozukluk, geçmişini unutup, birden beklenmedik biçimde evinden ya da alışageldiği işyerinden ayrılıp gitmedir.
- B.** Kişisel kimlik konfüzyonu ya da yeni bir kimliğe bürünme (kısmen ya da tamamen)
- C.** Bu bozukluk sadece Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu sırasında ortaya çıkmamaktadır ve bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. temporal lob epilepsisi) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
- D.** Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

### 2.1.4.1.3 Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu DSM-IV Tanı Ölçütleri

- A.** İki ya da daha fazla birbirinden ayrı kimliğin ya da kişilik durumunun varlığı (her birinin kendi içinde oldukça süreklilik gösteren çevre ve benlik algısı, ilişki kurma ve düşünce biçimi vardır).
- B.** Bu kimliklerden yada kişilik durumlarından en az ikisi kişinin davranışlarını zaman zaman denetim altında tutar.
- C.** Önemli kişisel bilgileri sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde anımsayamama
- D.** Bu bozukluk bir maddenin (örn. Alkol Entoksikasyonu sırasında görülen "blackout"lar ya da kaotik davranış) ya da genel tıbbi bir durumun(örn. Kompleks parsiyel katılmalar) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir. Not:Çocuklardaki semptomlar hayali oyun arkadaşlarına ya da başka tür bir oyun fantezisine bağlanamaz.

### 2.1.4.1.4 Depersonalizasyon Bozukluğu DSM-IV Tanı Ölçütleri

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

### 2.1.4.1.5 Başka Türü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk DSM-IV Tanı Ölçütleri

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

1. Dissosiyatif Kimlik bozukluğunun tanı ölçütlerini tam karşılamayan bu bozukluğu benzer klinik görünümler.Örnekleri arasında, a) iki ya da daha fazla kişilik durumunun olduğu ya da b) önemli kişisel bilgiler için amnezinin olmadığı klinik görünümler vardır.

2. Erişkinlerde depersonalizasyonun eşlik etmediği derealizasyon

3. Uzun süreli olarak ve yoğun bir biçimde zorla düşünce aşılması dönemlerinden geçen bireylerde ortaya çıkan dissosiyasyon durumları (örn. beyin yıkama,düşünce değişikliğine uğratma, tutsaklık sırasında yeni öğretiler edindirme)

4. Dissosiyatif trans bozukluğu: Bilinçlilik, kimlik ya da bellek durumunda tek bir kez ya da epizodik olan, belirli yörelere ve kültürlere özgü bozukluklar. Dissosiyatif trans,yakın çevrede olup bitenin tam farkında olamamayı ya da kişinin kontrolü dışındaymış gibi yaşanan kalıplaşmış yineleyici (sterotipik) devinimleri ye da davranışları kapsar. İyelik transı,alışlagelen kişisel kimlik duyumunun yerini yeni bir kimliğin almasıdır, bir ruh, güç, tanrı ya da başka bir insana bağlanır ve kalıplaşmış yineleyici "istemsiz"davranışlar ya da amnezi eşlik eder ve olasılıkla Asya' da en sık görülen dissosiyatif bozukluktur. Örnekleri arasında amok (Endonezya), bebainan (Endonezya), latah (Malezya), pibloktoq (kuzey kutbu), ataque de nervios (Latin Amerika) ve iyelik (Hindistan) vardır. Dissosiyatif bozukluk ya da trans bozukluğu ortak kültürel ya da dinsel uygulamanın genel kabul gören olağan bir parçası değildir (önerilen araştırma tanı ölçütleri için DSM-IV-TR de Ekbölüm B'ye bakınız).

5.Genel tıbbi bir duruma bağlanamayan bilinç kaybı, stupor ya da koma

6.Ganser sendromu:Dissosiyatif Amnezi ya da Dissosiyatif Füge eşlik etmemesi koşuluyla sorulan sorulara yaklaşık yanıtlar verme (örn. "2 artı 2 eşittir 5") durumu.

Tanı ölçütlerinde bahsedilen kişilik kavramı, çevre ve kişinin kendisi ile ilgili oldukça süregiden, çok çeşitli sosyal ve kişisel durumlarda kendisini gösteren algı, ilişki kurma ve düşünme biçimi olarak tanımlanır. Kişilik durumları, çok çeşitli sosyal ve kişisel durumlarda kendisini göstermemesiyle kişilikten ayrılır. ÇKB literatüründe kişilik, alter ve parça (fragman) deyimleri kullanılmaktadır(47). Kişilik oldukça bütüncüdür, çeşitli duygu ve davranışlar sergileyebilir, uzunca bir zaman kontrolü elinde bulundurabilir, Genellikle zamanın çoğunda kontrolü elinde bulunduran, kişinin ailesi tarafından verilen adı taşıyan bir "evsahibi" (host) kişilik vardır. Parça ise daha sınırlı bir ruhsal yapı olup sadece bir duyguyu ve bir anıyı taşır ya da kişinin hayatında belli bir görevi yerine getirir. Parça, örneğin belli bir çocukluk çağı taciz yaşantısını barındıran korku dolu bir çocuk olabilir. Bu parça kontrolü tam olarak aldığı zamanlarda kişi o tacizi her seferinde yeniden yaşıyormuş ve o sırada tacizin meydana geldiği yaşta ve yerdeymiş gibi davranır. Ev sahibi kişilik genellikle travmayı anımsatan durumlarda ortaya çıkan ve kısa süren bu duruma amneziktir. Alter, kişilik ve parçayı da içeren genel bir kavramdır.

Dissosiyatif belirtiler yalnızca dissosiyatif bozukluklarda görülmez. Travma sonrası stress bozukluğu, yeme bozuklukları, sınırda kişilik bozukluğu, histerik psikoz ve konversiyon bozukluğu gibi bozukluklarda dissosiyatif belirtiler sık görülür(32,48,49,50,51).

## **2.1.4.2 Dissosiyatif Bozukluğun Gelişim Kaynakları**

### **2.1.4.2.1 Çocukluk Çağı Travması**

Patolojik disosiyasyonun travma hikayesi ile birlikteliğini gösteren 4 farklı veri alanı vardır(52). Birincisi, DB'li hastaların %90-100'ünün çocukluk döneminde ağır travma yaşadıklarını belirttiği, bir kısmı üçüncü kişiler tarafından doğrulanmış 20'den fazla çok vakalı seridir(52). Bunları, travma

hikayesinin dışarıdaki bir kaynak tarafından da onaylandığı çocuk ve ergen vakalardan oluşan iki seri de desteklemektedir(17,18).

İkinci grup, çeşitli disosiyasyon ölçümleri ile travmalı ve travmasız kişilerin karşılaştırıldığı çalışmalardır. Travması olan kişilerin, travmasız gruplara göre önemli derecede daha yüksek disosiyasyon seviyeleri gösterdikleri saptanmıştır. Klinik ve normal popülasyonda yapılan bu çalışmalar, tecavüz, savaş, çocuk suistimali ve doğal afet gibi birçok farklı travma şeklinin yüksek seviyelerde disosiyasyona neden olduğunu göstermiştir(52). Ergen popülasyonunda bu noktayı inceleyen en geniş kapsamlı çalışmalardan biri Türkiye’de yapılmıştır. Travma ile disosiyasyonun güçlü bir korelasyon gösterdiği bu çalışmada, travma ile kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi arasında da güçlü bir bağıntı saptanmıştır(28).

Üçüncü grup, travması olan popülasyonlarda yapılan çalışmalardan oluşmaktadır. Cinsel suistimalin başladığı yaş veya süresi gibi travmanın derecesi konusundaki göstergeler genellikle disosiyasyonun şiddeti ile oldukça orantılıdır. Çocukluk istismarında başlangıç yaşı ne kadar erkense o kadar şiddetli disosiyasyon görülmektedir(52). Dördüncü grup bulgular, travma esnasındaki disosiyasyonun (peritratmatik disosiyasyon) daha sonraki travma sonrası stres bozukluğu gelişiminde çok güçlü bir role sahip olduğunu gösteren çalışmalardan oluşmaktadır. Peritratmatik disosiyasyon, travmatik yaşantı altında meydana gelen derealizasyon, vücudun dışına çıkma tarzındaki ağır depersonalizasyon ve otomatikleşmiş davranışlar sergileme gibi disosiyatif kökenli belirtileri ifade eder(52).

#### **2.1.4.2.2 Aile Çevresi (Ortamı)**

Disosiyasyon üzerine sadece aile ortamının yaptığı etkileri, aile içinde meydana gelen istismar yaşantılarının (ensest gibi) etkilerinden ayırdetmek zor olmasına rağmen; aile ortamının, kötü muamele ve travma faktörlerinden bağımsız olarak disosiyasyon skorlarına önemli bir katkıda bulunduğu görülmektedir. İkiz çalışmalarından elde edilen bulgular da, travmadan bağımsız

olarak, aile ortamının disosiyasyona önemli katkılarda bulunduğunu düşündürmektedir(52).

#### **2.1.4.2.3 Bağlanma Bozukluğu**

Bowlby'nin "bağlanma" (attachment) teorisi disosiyatif bozukluğun gelişimine uygulanmıştır. "Bağlanma" bebeğin bakıcısına yakınlığını ve böylece hayatta kalma ihtimalini artıran bir mekanizmadır. Disosiyatif Bozukluk bazı klinik özellikleri açısından "bağlanma bozukluğu" olarak değerlendirilmiş ve disosiyasyon, Bowlby'nin primer bağlanma figürlerini kaybeden çocuklarda gözlediği seperasyon ile eşit tutulmuştur. Primer bağlanma figürünün kaybı veya ilgisizliğinin, aktif bir suistimal ile birleşerek DB'u oluşturduğu belirtilmiştir. Bunu destekleyen bir çalışmada, istismar öyküsü olmayan erişkinlerde, çocukluk dönemindeki aile kaybının disosiyasyona güçlü bir katkısı olduğu gösterilmiştir.

Liotti, "D tipi" adını verdiği spesifik bir bağlanma bozukluğunun, DB gelişimine eğilimi arttırabileceğini ileri sürerek bu alanı genişletmiştir(53). D tipi bağlanma, primer bakım sağlayan kişiye yönelik, normal olmayan ve dezoryente bir bağlanmadır. Bu bebekler şaşırılmış bir ifade ve trans benzeri bir durumla karakterize olan ani duraklamalar gösterirler. Annedeki yüksek seviyeli disosiyasyonun, bebeğin D tipi bağlanma göstermesi açısından bir belirleyici bir unsur olduğu ve istismar edilen çocuklarda %80 oranında D tipi bağlanma görüldüğü ifade edilmiştir(52,54).

#### **2.1.4.2.4 Genetik Faktörler**

Üzerinde çok spekülasyon yapılmasına rağmen normal ve patolojik disosiyasyonda genetik faktörlerin rolü hakkında çok az şey bilinmektedir. Bir çalışmada babalar ile oğulları arasında önemli derecede bir bağıntı (korelasyon) olduğu, annelerle oğulları arasında ise çok zayıf bir bağıntı bulunduğu saptanmıştır. Putnam, annenin DES skoru ile kız çocuklarının Çocuk Disosiyasyon Değerlendirme Ölçeği skoru arasında, suistimal olan aileler ve kontrollerde birbirine çok yakın oranda güçlü bir bağıntı tesbit etmiştir. Bu ilk

veriler disosiyasyon üzerine önemli ailesel katkılar olduğunu göstermektedir. Fakat genetik faktörler ile aile ortamı faktörleri arasında ayırım yapılması gerekmektedir(52).

#### **2.1.4.2.5 Hipnoza Eğilim Kapasitesi**

Hipnozla disosiyasyon sıklıkla birbirinin anoloğu gibi düşünülür. Hatta DB'ların "yanlış ve aşırı ölçülerde kendi kendini hipnoz etme" şeklinde karakterize edildiği bile olmuştur. Disosiyatif bozukluğu olan ya da çocukluk travmasına uğrayan kişilerin hipnoza eğilimlerinin arttığı geçmişten beri çok yaygın bir şekilde iddia edilmiştir. Oysa deneysel veriler bu görüşü desteklememektedir. Klinik ve normal popülasyon üzerinde yapılan araştırmalar, hipnoza eğilim kapasitesi ile disosiyasyon arasında zayıf bir bağlantı olduğunu ortaya koymuştur. Sonuç olarak hipnoz ve disosiyasyon benzer yaşantılar değildir. Çocukluk çağındaki travmaların hipnoza eğilim kapasitesini artırdığına dair hiçbir deneysel bulgu yoktur(52).

#### **2.1.4.2.6 Farklı emosyonel durumlar**

Gelişimsel izleme çalışmaları, bebeklerin dünyaya bütünleşmiş bir şekilde gelmediklerini göstermektedir. Bebekler yemek, uyku, dışkılama gibi işlevlerle birbirinden ayrılan zaman dilimlerinden her birinde, farklı bir emosyonel durum gösterirler. Wolf (54), bebeğin her bir emosyonel durumunun; yüz ifadesi, solunum, tonlama ve emosyona eşlik eden duygulardan oluşan küçük bir bütüncük oluşturduğunu ve bunun kendisine ait bir iç psikofizyolojik feedback tarzına sahip olduğunu ileri sürmektedir. Sonra bu küçük bütüncük daha kompleks bir oluşuma doğru gelişir, içerik zenginleşir ve daha geniş zaman sikluslarını kapsar hale gelir. Sonuçta ayrı ayrı parçalar birleşir ve tek bir kişilik ortaya çıkar. Olumsuz şartlarda bebeklerin ilerde tek olmaya giden bu gelişimi gösteremedikleri ve DB gelişimi için uygun bir psişik zeminin ortaya çıktığı iddia edilmiştir(52,54).



### 2.1.4.2.7 Hayal Gücü ve Fantazi Kapasitesi

Acı veren gerçek karşısında gerçek dışı, alternatif bir dünyaya açılmaya imkan veren hayal gücü ve fantezi kurma kapasitesinin, iki yönden gelişimsel olarak disosiasyonla ilişkili olduğu iddia edilmiştir. Bunlardan ilki, travmanın devam ettiği ve gelişimsel devamlılığın bozulduğu durumlarda normal hayali arkadaşların, farklı işlevleri olan "alter" kişiliklere dönüşeceği ve DB'ün gelişeceği iddiasıdır. DKB hastalarındaki değişik alterlerin bazen ilk olarak dışsal bir hayali arkadaş gibi ortaya çıktığı, fakat daha sonra içselleştirilmiş değişik bir kişilik durumu haline geldiğini belirten ve bu iddiayı doğrulayan bir çok vaka bildirimi vardır. Erişkin DKB hastalarının büyük bir kısmı çocukluklarında hayali arkadaşları olduğunu belirtmişlerdir. Çocuk yaş grubunda Hornstein ve Putnam (18), DB olan çocuk ve ergen hastaların %84'ünde, geçmişte bulunan ve hala devam eden hayali arkadaşlıklar tespit etmişlerdir.

İkincisi "fantezi kurma eğilimi ve kapasitesinin" disosiyasyonla ilişkili olduğu iddiasıdır. Bazı çalışmalar aşırı fantezi eğiliminin çocukluk dönemindeki kötü muamele öyküsü ile ilişkili olduğunu göstermiş ve istatistiksel olarak güçlü bir bağıntı tesbit edilmiştir(52).

### 2.1.4.3 Çocuklarda DB'un Klinik Fenomenolojisi

Şimdiye kadar yayınlanan çocuk ve ergen vakalarının tümü incelendiğinde, bu çocuklarda bir grup belirtinin oldukça tutarlı bir şekilde bulunduğu görülmüştür. Aşağıda klinik belirtiler özetlenmiştir(55).

Çocuklarda Kronik Disosiyatif Bozukluğun Klinik Fenomenolojisi

---

#### PRİMER DİSSOSİYATİF BELİRTİLER

##### **Amneziler ve Hafıza Bozukluğu Semptomları**

Amneziler, geçici bilinç kayıpları, kompleks bir davranışın hatırlanamaması (örneğin, duygusal coşkulu davranışlar ve öfke patlamaları, aniden ortaya çıkan kaçmalar, sosyal aktivitelerin hatırlanamaması)

Bilinmesi gerekli olan temel ve basit şeylerin alışılmadık ve şaşırtıcı bir şekilde unutulması (örneğin; iyi arkadaşların ya da öğretmenlerin isimlerinin, sahip olduğu şeylerin, ev adresinin unutulması vb)

Yetenek ve becerilerinde dalgalanmalar ve tutarsızlıklar görülmesi (örneğin; akademik, atletik, artistik, müzikal ve sosyal yeteneklerde değişimler)

Tutarsız ve belirgin bir şekilde değişen alışkanlık ve tercihler (örneğin; farklı favori renk, yiyecek ve giyim zevklerindeki değişimler)

Fug epizodları (genel olarak kısa mesafeli yolculuklardan oluşur)

Travmatik flaşbekler ve zorla zihni kaplayan düşünceler (aniden ortaya çıkan somatik semptomlar da olabilir)

Otobiyografik bilgi verememe (açık kişisel bilgilerin ya da önceki hayat öyküsünün hatırlanamaması)

### **Disosiyatif süreç belirtileri**

Dalgınlıklar (trans benzeri davranışlar, gözlerin bir noktaya takılması ve dalıp gitmeler)

İşitsel halüsinasyonlar (farklı yaş, cins ve karakter özelliklerine ait sesler duyma, bu sesler genellikle kafa içinden gelir bazen kafa dışından da duyulabilir)

Hızla ortaya çıkan regresif davranışlar (örneğin bir bebek gibi konuşma ya da davranma, küçük bir çocuk gibi çizgi çizme)

Pasif etkilenme yaşantıları (örneğin; davranışlarının kontrolünü yitirme, kendi davranışlarının kontrolünü sağlamak için fiziksel bir güç harcama, önlemek istese bile engelleyemediği kompulsif masturbasyon ya da kendine fiziksel zarar verme)

Farklı alter kişilik durumlarının varlığı (ortaya çıkan kişilikler, pasif etkilenmeye yol açan kalıcı, canlı hayali arkadaşlar ve kişilik değişimi gözlenmesi vb)

### **İLİŞKİLİ TRAVMA SONRASI STRES BELİRTİLERİ**

Tekrar Yaşama Belirtileri (Zorla akla gelen imajlar/yeniden canlanmalar/flaşbekler, disosiyatif flashbackler ile birliktelik gösterebilir, travmatik oyunlar, tanınabilir bir içeriği olmayan kötü rüyalar, gece korkuları)

Kaçıngan özelliklerin ortaya çıkışı (oyun aktivitelerinde kısıtlılık, sosyal geri çekilme, afeksiyonda azalma, davranışsal regresyon gösterme, ya da gelişimsel olarak elde ettiği yetilerin kaybı)

Aşırı uyarılma belirtileri (Dikkat eksikliği aşırı hareketlilik bozukluğu benzeri davranışların ortaya çıkışı, yeni korkuların ortaya çıkışı, anksiyete, ve agresyon)

### İKİNCİL BELİRTİLER

Depresyon

Duygusal Oynaklık

Anksiyete

Öz güvende azalma

Somatoform belirtiler (Hızla kaybolan ya da ortaya çıkan fiziksel şikayetler, baş ağrıları, mide ve karın ağrısı, vücudun çeşitli bölgelerinde ortaya çıkan organik bir sebebin olmadığı gösterilen ağrı ve işlevsel bozukluklar, konversiyon belirtileri, yalancı nöbetleri)

### ÜÇÜNCÜL BELİRTİLER

İntihar düşünceleri ya da girişimleri

Kendine zarar verme davranışları

Davranım Sorunları (agresyon, karşıt gelme ve baş kaldırma davranışları, yıkıcı ve zarar verici davranışlar, suça yönelik davranışlar)

Cinsellikle ilgili davranışsal sorunlar

Akademik Problemler (öğrenme problemleri, konsantre olamama ya da dikkatin kolay çelinebilmesi/ bozulabilmesi, daha önceden elde edilmiş bilgiyi kullanarak problem çözümünde zorluklar, çabuk unutma)

Derin dalgınlıklar çocukluk çağı DB'da hemen her zaman görülür. Evde çocuğun etrafından koptuğu, konuşulanları duymadığı, ismi söylendiği halde duymuyormuş gibi davrandığı, kendi aleminde görüldüğü ifade edilir. Bu çocuklar dalgınlıkları nedeniyle okulda da sık sık hayal kurmakla ya da dikkatsiz olmakla suçlanabilirler. Gerçekten de dalgınlıklar çocuğun ders takibini ciddi olarak etkiler.

Amneziler DB'un temel semptomlarından biridir. Çocuklarda amneziyi belirlemek ve bunun sorgusunu yapmak oldukça zordur. Genellikle amnezi periyotları erişkinlere göre çok daha kısa sürer ve bazen çocuklar neyi unuttuklarını da unuturlar. (Amneziye amnezi) Çocuğun amnezileri nedeniyle hatırlayamadığı ve dolayısıyla da açıklama yapamadığı durumlar, yalan

söylemiş olmakla suçlanmasına yol açar. İyi bilmesi gereken bir çok şeyi birden unutabilir. Örneğin arkadaşlarının, öğretmenlerinin ve diğer bazı önemli insanların isimlerini unuttur. Ev ya da okul adresini unuttur ve bu yüzden kaybolabilir. Böyle unuttuğu bir şeyi başka bir zaman hatırlayabilir. Özel olarak dikkat edilirse unutkanlıkların daha çok üzücü yaşantılarla ve yaramazlıklarla ilgili olduğu gözlenir. Bu durum çocuğun yaramazlıklarını hatırlayamamasına ve bu yüzden suçluluk hissetmiyormuş gibi davranmasına yol açar.

Belirgin davranışsal değişiklikler en sık rastlanan bulgu ve belirti kümesidir. Günden güne hatta saatten saate yeteneklerinde dalgalanmalar, tercihlerinde değişimler, bilgi seviyesinde farklılıklar oluşur. Sevdiği yemek, sevdiği renk, giyim zevki, uğurlu sayısı ve tuttuğu takım gibi alışkanlıkları ve tercihleri değişebilir. Bazen çok iyi yaptığı bir şey başka bir zaman hiç elinden gelmez, iyi bildiği bir şeyle ilgili soruları cevaplayamaz.

Disosiyatif çocukların kişilik özellikleri çok değişkendir. Bazen uyumlu ve nazik, bazen sert ve saldırgan olabilir; bazen kadınsı bazen de tersine erkeksi, maço ve külhanbeyce bir tavır takınabilirler. Kimi zaman aşırı olgun kimi zaman da çocuksu hatta bebeksi davranışlar gösterebilirler. Bu özellikler hemen her çocukta görülebilecek olan normal değişkenliklerin ve dalgalanmaların çok ötesinde ve aşırıdır. Çevredekiler çocuğun özellikleri ve kişiliği ile ilgili bir tanımlama getiremezler. Hatta bazı yakınları “bu çocuğun bir kaç kişiliği var” ifadesini kendiliklerinden dile getirebilirler. Özellikle regresif davranışların birden ortaya çıkıp birden kaybolduğu durumlara dikkat edilmelidir. Çocuk birden bebek gibi konuşmaya başlar ya da davranır; küçük bir çocuk gibi kalem tutar, çizgi çizer ve yazı yazar. Davranışlardaki dramatik tutarsızlıklar yanlış bir şekilde, karşıt gelme davranışları olarak yorumlanır.

İşitsel varsanılar hastaların %75’inde bulunur. Sesler genellikle hastanın kafasının içinden gelir ve emir verici ya da yorumda bulunucu tarzda olabilir. Bazı hastalar bir ses yerine kendilerine yabancı gelen bir his ya da düşünceden de bahsedebilirler. Çocuklar bu sesleri normal zannedebilirler ve sorulmadan söylemeyebilirler. Görsel varsanılar ise hastaların %50’sinde bulunur.

Pasif etkilenme ve yönetilme yaşantıları DB’nin en yaygın belirtilerinden biridir. Çocuğun birden sebepsiz bir şekilde duygu ve düşünceleri değişir. Bir

gücün ya da içinde bulunan bir şeyin duygu ve düşüncelerini etkilediğini hissedebilir. Bazen kendi iradesi dışında yönetildiğini belirtir. İstemediği bir şeyi yapar hatta bazen yapılan davranışı engellemeğe çalışır, ama başarılı olamaz.

Alter kişiliklerin varlığı ve bunların kendilerini direk ya da dolaylı olarak ortaya koyduğu davranışlar olguların %100 ünde görülür. DKB olgularında bu çok daha nettir. Kişilik belli bir süre için tam olarak kontrolü ele alır. Bu noktada çocuk DB da alter kişiliklere ait özelliklerin erişkinlerden farklı olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu yaş grubunda alter kişilikler tam olgunlaşmamıştır ve yeni gelişmektedir. Erişkindeki alter kişiliklerin temel özelliği olan "ayrılık ve farklılık" bu yaş grubunda çok net değildir. Bazı vakalarda biraz farklı olarak içinde "cin, şeytan ve melek" gibi fizik ötesi varlıkların bulunduğunu ifade etme oranı daha yüksektir(21,51).

Bazen hastalar kendilerinden üçüncü tekil şahıs (o, onun vb) gibi bahsedebilirler ya da bir başkasını anlatıyormuş gibi davranabilirler. Bir yakınlarından sanki kendi yakınları değilmiş gibi bahsedebilirler. Örneğin Ayşe adındaki bir çocuk "babam" yerine "baba" ya da "Ayşe'nin babası" gibi ifadeler kullanabilir. Bu bir kişilik değişiminin yaşandığını gösterir. Dikkatli bir gözlemlerle, hayali arkadaşların ve alter kişiliklerin kendilerini direk ya da dolaylı olarak ortaya koyduğu davranışlar vakaların çoğunda tesbit edilebilir. Çocuk hayali arkadaşlarından direk olarak bahsedebilir ya da onlarla oynadığı oyunlar ve konuşmalar çevresi tarafından farkedilir.

Davranış bozuklukları, saldırganlık ve yaşa uygun olmayan cinsel davranışlar çok sık görülür. Davranışsal belirtiler yaşla birlikte daha belirgin hale gelir. Bizim gözlemlerimize göre ülkemizde DB'lu çocukların sık başvuru nedenlerinden biri davranış bozukluklarıdır. En sık görülen davranış bozuklukları ise sık kavga etme, çalma, cinsel davranışlar ve okuldan kaçmadır.

Afektif ve anksiyete semptomları oldukça belirgindir. En sık karşılaşılan afektif tablo çocukluk çağı depresyonlarıdır. Öfke patlamaları da yayınlanan vakaların %90'ında bildirilmiştir. Disosiyatif çocuklarda sıklıkla belirgin duygusal oynaklık, mutsuzluk/ümitsizlik, sosyal geri çekilme, düşük kendine güven duygusu görülebilir. Kendine fiziksel olarak zarar verme ve intihar girişimleri şimdiye kadar yayınlanan olguların en az %50 sinde bildirilmiştir. Özellikle

çocuk yaş grubunda intihar girişimi olan hastalar DB açısından çok detaylı değerlendirilmelidir.

Travmaya ilişkin görüntü ve anıların zorla zihni işgal etmesi ve travmayı hatırlatan şeylerden ve ortamlardan kaçınma gibi Travma Sonrası Stres Bozukluğu belirtileri (TSSB) çocuklarda da bulunur. Tekrarlayıcı bir şekilde travma ile ilişkili oyunların oynanması ve travmatik halüsinasyonlar gibi semptomlar ise daha çok çocukluk TSSB'sine özgü belirtilerdir ve çocuk DB olgularında çok sık olarak gözlenir.

Şimdiye kadar bildirilen vakaların %75'inde çeşitli uyku bozuklukları görülmüştür. Gece yürüme (somnambulizm) ve hipnagogik halüsinasyonlar genellikle disosiyatif kaynaklı; gece korkuları ve kabuslar ise posttravmatik kaynaklı uyku bozukluklarıdır. Çocukluk çağı travmaları olan, özellikle cinsel istismara uğrayan kişilerde somatoform belirtilerin sık görüldüğü bildirilmiştir. DB'daki en sık somatik yakınma olan başağrısı, kişiliklerin birbirlerine üstün gelme ya da ortaya çıkma mücadelelerinden doğar. Bazı somatik yakınmalar da hastanın bilinçli farkındalığı olmaksızın, travmatik bir olayın duyuşal boyutta anımsanmasına bağlıdır ki buna "somatik bellek" denir. Fiziksel belirtiler kontrolü elinde bulunduran kişiye bağlı olarak ortaya çıkabilir ya da kaybolabilir. DKB hastalarında çeşitli konversiyon belirtileri sık olarak görülür. Birden çok konversiyon belirtisi gösteren ve yalancı nöbet geçiren hastaların disosiyatif bozukluklar yönünden incelenmesi gerekir. Diğer çok yaygın bir somatik yakınma karın ağrısıdır(13,14,15).

## **2.2 TRAVMA KAVRAMI**

### **2.2.1 Travma Kavramına Genel Bakış**

Psikolojik travma kişiyi güçsüzlük içinde bırakır. Travma anında mağdur şiddet ve güç karşısında yalnız ve yardımsız kalmıştır. Bu güç doğadan gelmiş ise felaketlerden, insanlardan gelmiş ise vahşet ve zulümden bahsedebiliriz. Travmatik olaylar, kontrol, bağlantı ve anlam duygusunu sağlayan normaldeki bakım ve güvenlik sistemlerini alt-üst ederler. Kişinin çocukluk ve ergenlik

yıllarında yaşadığı duygusal, fiziksel, ve cinsel travmalar ile duygusal ve fiziksel ihmaller, mağdurun hem fiziksel hem de zihinsel sağlığını, dolayısıyla kişisel bütünlüğünü bozabilmektedir(56).

Bir zamanlar bu tür olayların nadir olduğu zannedilirdi. Travma sonrası stres bozukluğu (PTSD=TSSB) DSM-III'e ilk alındığı zaman bu tür olayların "insanların yaşantılarının dışında" olduğu belirtilmişti. Ne yazıkki bu tanımın doğru olmadığını gün geçtikçe anlıyoruz. Tecavüz, dayak ve diğer cinsel ve fiziksel tacizler toplum hayatının yaygın bir parçasıdır. Ayrıca savaşlarda ölen ve yaralanan insanların sayılarına baktığımızda bu tür travmatik yaşantılarında insanların yaygın bir yaşantısı olduğunu görürüz (57).

Travmatik olay; gerçek bir ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da fiziksel bütünlüğe bir tehdit olayını yaşamak, öğrenmek veya bunlara tanık olmak olarak tanımlanır. Bu tanıma bağlı olarak savaş, işkence, tecavüz, saldırı, yangın, doğal afetler (sel, deprem, fırtına, vb) ve çeşitli kazalar travmatik olaylar olarak adlandırılır(31). Travmatik yaşantılar normal dışıdır, nadir olduklarından değil, fakat daha çok yaşama karşı adaptasyonunu alt-süt ettiklerinden dolayı böyledir. Travmatik yaşantılar, sıradan şanssızlıklardan farklı olarak bir tehdit yada şiddet ve ölümlerle çok yakın olma halidir. Bu durumlar insanları çaresizlik ve korkunun en uç noktalarıyla yüzyüze gelmelerine yol açar.

Korkutucu olayları inkar etme isteği ile onları yüksek sesle haykırma arasındaki çatışma psikolojik travmanın temel merkezi (core) diyalektiğidir. Vahşet mağduru insanların kendi öykülerini oldukça yüklü, çelişkili ve bölük pörçük biçimde, haykırmaları onların inanırlılığını oldukça zedeler, ve böylece doğruyu söyleme ve gizleme arasındaki diyalektiği besler. Zaten dinleyenler de inanma ve inanmama ve unutma arasında gider gelirler. Doğru, anlaşıldığı ve kabul edildiği zaman mağdurlar iyileşmeye başlayabilirler. Fakat çoğu kez gizlilik ve sır devam eder. Travmatik olayın hikayesi yüzeye sözel öykü (verbal narrative) olarak değil fakat semptom olarak çıkar(3,57,58).

Travmatize olmuş insanların psikolojik semptomları söylenemeyen bir sırda dikkat çekerken aynı zamanda ondan uzaklaştırılabilir. Bu durum insanların kendilerini "duyarsızlaşmış" (numb) hissetme ve olayı yeniden yaşama uçları arasında gidip gelmeleriyle kendini gösterir. Travmanın diyalektiği karmaşık ve

bazen de esrarengiz, garip bilinç değışikliklerine yol açar, buna dissosiyasyon adını veriyoruz(59).

## **2.2.2 Çocukluk çağı travması olarak istismar ve ihmal**

Çocuk istismarının tüm boyutlarını birlikte değerlendiren ve geniş kapsamlı ele alan bir tanıma göre, 0-18 yaş grubundaki çocuğun kendine bakmakla yükümlü kişi veya kişiler tarafından zarar verici olan, kazadışı ve önlenabilir davranışa maruz kalması çocuk istismarıdır. Bunun çocuğun fiziksel ve psikososyal gelişimini engelleyen, gerçekleştiği toplumun kültür değerleri dışında kalan ve uzmanlar tarafından istismar olarak kabul edilen bir davranış olması gerekmektedir(60).

Fiziksel, cinsel, ve duygusal istismar olarak sınıflandırılan istismar ve ihmale ayrı ayrı kısaca değinilecektir.

### **2.2.2.1 Fiziksel istismar**

Fiziksel istismar, bir kişinin 18 yaşından önce kendisinden en az 5 yaş büyük bir kişi ya da kendisinden 2 yaş büyük bir aile bireyi tarafından saldırıya uğramasıdır; kişi bunu kardeş rekabeti gibi algılamış olmamalıdır ve fiziksel temas içermeyen arkadaş kavgaları bu tanıma girmemektedir(28,61). Fiziksel istismar ile çocuğu kimi zaman bedensel olarak yaralama derecesine de varabilen fiziksel saldırı anlaşılacak ile birlikte bu kategori çocuğu bedensel yöntemlerle aşırı ölçülerde cezalandırma, bağlama ya da küçük bir mekanda kilitleyerek özgürlüğünden alıkoyma gibi durumları da kapsamaktadır(62).

Fiziksel istismar; ekimoz, yanık, kemik kırıkları, kafa travmaları, iç organ hasarları ile kendini gösteren ve en az 48 saat devam eden fiziksel hasarlar olarak tanımlanmıştır(63).

Ayrıca fiziksel istismarı yapan kişilere göre de bir sınıflama vardır. Buna göre aile içinde çocukların kaza dışı yaralanmalarına 'Ebeveyn Tarafından İstismar' (parental abuse); buna karşılık okul, yuva, yetiştirme yurdu veya kamp



gibi kurumlarda yönetici ya da öğretmenler tarafından uygulanan istismar olaylarına ise 'Kurumda İstismar'(Institutional Abuse) ismi verilmektedir(60).

Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda impulsif, hiperaktif, depresif özellikler;davranım bozuklukları, dissosiyatif bozukluklar, madde kullanımı ve öğrenme güçlüğü bildirilmiştir(62,64,65).

### **2.2.2.2 Cinsel istismar**

Fraser(66), çocuğun bir yetişkin tarafından kullanılmasını cinsel istismar olarak tanımlamaktadır. Baker ve Duncan (67) ise bu tanıma yaş sınırlaması getirmiş olup; 16 yaşın altındaki çocukların cinsel açıdan olgun biri tarafından kendi cinsel doyumunu için herhangi bir şekilde kullanılması olarak cinsel istismar tanımlamıştır. Kempe'ye göre 'bağımlı ve gelişimsel olarak olgunlaşmamış çocuk ve adölesanların bilinçli olarak onay vermeye yetkin olmadıkları, bütünüyle algılayamadıkları veya ailevi rolleriyle ilgili sosyal tabulara ters düşen cinsel aktivitelerde taraf olmaları' cinsel istismardır. Cinsel tacize uğrayan çocuklarda en sık görülen bozukluklar; dissosiyatif bozukluklar,anksiyete bozuklukları,depresif bozukluklar,travma sonrası stres bozukluğu,dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğudur. Bu genel psikopatolojik durumlara ek olarak cinsel davranış ve cinsiyet rolünde bozulmalar olur. Bu çocuklarda erotikleştirme, duygusal yakınlığı cinsel temastan ayırt edememe ya da cinsel inhibisyon olabilir. Bu tepkiler, travmanın üstesinden gelmede yineleme ya da kaçınma yollarının kullanıldığı anlamına gelmektedir(62).

### **2.2.2.3 Duygusal istismar**

Duygusal istismar değişik yollardan olabildiği gibi sınırlarının çizilmesi son derece güç olan bir kavramdır.Kişiye duygusal ya da ruhsal sağlığını tehlikeye atacak derecede ağır sözlü tehditler yapılması, alay edilmesi ya da küçük düşürücü yorumlarda bulunulması, eleştirilmesi,aşağılanması olarak tanımlanabilir.Çocuğu her konuda suçlayarak günah keçisi haline getirme, diğer istismar türleri ile tehdit etme,genel olarak reddedici ve düşmanca tavır, katı

biçimde cezalandırma bu kapsamda kabul edilebilir.Çocuğun davranışlarının yaratıcılığını kısıtlayacak biçimde aşırı şekilde denetlenmesi ya da kendi tercihleri dışında seçimlere zorlanması 'örnek çocuk' da duygusal istismar çerçevesinde sayılabilir(62,68,69).

Finkelhor ve Korbin(70), duygusal istismara 'yetişkinleştirme' kategorisini eklemiştir. Bu kavram yetişkinlerin beklentilerinin, çocuğun yaş ve gelişimsel açıdan kapasitesinin çok üzerinde olmasını ifade etmektedir.

Duygusal istismarın çocuğun ruhsal durumuna etkilerini belirlemek çok güçtür ve bu etkiler içinde bulunduğu yaş dönemine göre değişiklik gösterebilir. Duygusal istismar diğer istismar türleri ile bir arada bulunduğundan, durumun ağırlığına göre farklı etkiler yaratabilir. Bu etkiler, diğer istismar sonrası gelişen patolojilerle aynı doğadadır.

#### **2.2.2.4 İhmal**

Çocukluk çağı travmaları arasında kolay tanımlanabilmeleri nedeni ile cinsel ve fiziksel istismar daha çok gündeme gelmişken son yıllarda ihmalin önemi de giderek anlaşılmaktadır. Yapılan çalışmalarda çocukluk çağı ihmalinin dissosiyatif bozukluklarla olan ilgisi açıkça ortadadır. Bir çok vakada çocukluk çağı cinsel istismarı ihmal ortamında gerçekleşmektedir(62,68). Şar'a göre (68) ihmal çocuğun bakımı ile yükümlü kişilerin bununla ilgili görevlerini yerine getirmekte eksiklik göstermeleri anlamına gelir. Böyle bir durum ana ya da babanın rollerini yerine getirmekte yetersiz olmalarından kaynaklanabilir. Çocuğa bakmakla yükümlü kişilerin madde bağımlılığı, ruhsal bozukluk, kriminalite gibi sorunlar nedeniyle sosyal sapma içinde olmaları bunda rol oynayabilir. Bir başka durumda ihmalin çocuğun fiziksel ya da cinsel bakımdan kötüye kullanılması ile bağlantılı olmasıdır. İhmal fiziksel ve duygusal açıdan incelenebilir.

Fiziksel ihmal, çocuğun tıbbi bakımının yapılmaması ya da geciktirilmesi, terk edilmesi, evden kovulması, uzun süre başkalarının yanında bırakılması, bakımından kaçınmak amacı ile sık sık kaldığı yerin değiştirilmesi, uzun süreler yalnız başına bırakılması, evdeki tehlikelere karşı korunmaması, beslenme,

giyim ve temizliğinin yeterince sağlanmaması, güvenliğine dikkat edilmemesi, tehlikelere maruz bırakılması şeklinde olabilir.

Duygusal ihmal; ana ya da babanın yeterli sevgi ve ilgiyi göstermemesi, eşinin çocuğu kötüye kullanmasına göz yumması, çocuğun alkol ya da başka madde kullanmasına izin vermesi ve çocuğun ruhsal bakımını sağlamayı reddetmesi olarak tanımlanabilir(46,62,71).

Diğer bir taraftan çocuğun eğitimi ihmal ediliyor olabilir. Okuldan yinelenen kaçmalara rağmen ana,baba ya da bakımla yükümlü kişinin müdahalede bulunmaması, çocuğun uygun olan yaşta gitmesi gerekli okullara kaydedilmemesi, çocuğun uzun süre okuldan uzak kalmasına neden olunması, okul çağındaki bir çocuğun uygun olmayan nedenlerle (kardeşlerine bakma,işe gönderilme gibi) uzun süre okula gönderilmemesi ya da öğrenimine uygun olmayan nedenlerle son verilmesi, çocukta özel eğitim gerektiren bir durum olduğu belirlendiği halde buna uygun önlemlerin alınması için çaba gösterilmemesi ihmal olarak kabul edilebilir.

Walker, Bonner ve Kaufman'a göre (61,63) ihmal, bir çocuğun beslenme, güvenlik, eğitim, tıbbi bakım gibi fiziksel bakımının ya da sevgi, destek,ilgi, duygusallık, terbiye ve bağlanma gibi duygusal bakımının yapılmamasıdır.

İhmale uğramış çocuklarda yaşa göre değişmek üzere güvensiz bağlanma davranışı,kolay früstre olma, benlik saygısı düşüklüğü, esnek olamama, öğrenime gerekli ilgiyi gösterememe, dikkat problemleri, sosyal izolasyon ve agresif davranışlar gözlenmiştir(46,61,62,71).

### **2.2.3 Travma Sonrası Gelişen Tepkiler**

Çocukluk çağı travmaları sonucu gelişen ruhsal durumlar çok farklı ve geniş bir yelpazede yer alırlar. Travmaya maruz kalmış çocuğun herhangi bir gününü ele alsak o gün ona davranış bozukluğu, sınırdaki kişilik, affektif bozukluk, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, fobik bozukluk, dissosiyatif bozukluk, obsessif kompulsif bozukluk, panik bozukluğu, uyum bozukluğu, DSM de sınıflandırılmamış olan dissosiyatif bozukluklar (tam oluşmamış ÇKB, BTADB, akut dissosiyatif bozukluk) bu tanılardan başlıcaları olurdu. Eğer bu

çocuk büyüdüğünde onu inceleysek yukarıdaki tanılardan daha fazlasını da aynı anda karşılayabilirdi.

Bu kadar fazla tanıyı saydıktan sonra travmanın ne yaptığını incelerken bir şeyi gözden kaçırma riski de var. Travmanın her şeye yol açabileceğini düşünüp bu nedenle özel önemi olmadığına hükmedebiliriz. Ama travma ile psikopatoloji arasındaki ilişkiyi araştırırken odaklanabileceğimiz bazı noktalar hala vardır.

Yetişkin hastalar arasında yapılan çalışmalar yine de bazı hastaların travmatik çocukluk yaşantılarının diğer bazı gruplara göre oldukça yüksek olduğunu göstermiştir. ÇKB, cinayete teşebbüs eden adölesanlar bu gruba girmektedir. Yetişkin yaşta tecavüze uğrayan kişilerin çocuklukta da tecavüze uğramış ya da ensest yoluyla taciz edilmiş oldukları ve tekrarlayıcı tecavüzlere karşı dirençsiz oldukları görülebilir. Yine çocuklarına zarar veren kişilerin çocuklukta kendilerin de çeşitli tacizlerden mağdur oldukları anlaşılmaktadır. Yine tekrarlayıcı kendine zarar verme davranışı ve intihar girişiminde bulunan yetişkinlerin çocuklarında şiddetli bir şekilde travmatize edildiklerini görmekteyiz(72).

Çocukluk çağı ruhsal travmalarının, yetişkinlikteki klinik tablo ne olursa olsun bazı temel ortak yönleri vardır. Bunları Terr (72) 4 başlıkta özetlemiştir. Bu özelliklerin bir kaçı gözlenirken diğerlerinin de geçmişte kişiliğin oluşumunda oldukça etken olduğu görülür.

Terr travmaları 2'ye ayırmaktadır. Bunlara Tip I ve tip II travmalar demektedir. Tip I travmalar ani ve tek bir olaydır. tip II travmalar uzun süreli ve tekrarlayıcı travmalardır. Bazen bu ikisinin arasındaki formlar da olur.

Terr (72) bu düşüncelerini Chowchilla çalışması, travmaları 3. şahıslar tarafından doğrulanmış olan 20 okul öncesi çocuğun izlenmesi ve Challenger felaketini izlemiş olan çocuk ve adolesanlardan edindiği deneyim ile geliştirdiğini belirtmektedir. Çocukluk çağı travmaları yetişkinlikte DSM sistemine göre farklı tanımlar alabilseler de aralarında etiyolojik ve psikopatolojik yönden bir temel vardır. Terr tanımı gereği bütün çocukluk çağı travmalarının dışarıdan kaynaklandığını, hiçbirinin sadece çocuğun zihninde (intrapsişik) oluşmadığını belirtmiştir(59,72).

Çocukluk çağı ruhsal travmalarına özgü dört özellik:

a) Görsel ya da diğer yollarla algılanan anılar: dışarıdan kaynaklanan ruhsal travmanın hatıralarını görsel ve bazen taktil, pozisyonel ya da korku olarak algılanması tek bir olay ya da tekrarlayıcı travmanın her ikisinde de görülebilir. Çocuklar geçmişte yaşamış oldukları travmaları, sınıfta dersten sıkıldıklarında, geceleri uykuya dalmadan önce, radyo dinlerken ya da TV seyrederken görsel olarak tekrar hatırlayarak algırlar.

b) Tekrarlayıcı davranışlar: oyun ve tekrarlayıcı davranışlar tek ya da uzun süreli tekrarlayıcı travmaların her ikisi için de karakteristiktir. Tekrarlayıcı davranışlar, olayın yaşandığı dönem 12 ayın altında bile olsa görülmektedir. Başka bir deyişle verbal belleği gelişmemiş çocuklar bile, travmaları ne olursa olsun bunu hissedebilmekte, algılayabilmekte, travmayı oldukça hatırlayabilmektedirler.

Çocukluğunda tek ya da tekrarlayıcı travmaların mağduru olan kişiler tekrarlayıcı davranışları ve oyunların algılarının farkında değildirler. Bu nedenle bu tür belirtilerin saptanması için 3. şahıslardan olay hakkında bilgi almak gerekir.

Tekrarlayıcı davranış ve oyunlar o kadar sık olur ki artık bir kişilik özelliği haline gelir. Bu sonunda yetişkinlikteki kişilik bozukluklarının bir kısmına dönüşebilir. Bazen bedensel algılar oldukça sıklaşır ve fiziksel bir hastalığı andırabilir.

c) Travmaya özgü korkular: Yaşanan travmatik olaya özgü hatırlatıcı şeylerden hafif durumlarda yer değiştirme, taşınma vb yollarla kaçınılmaya çalışılsa da ağır travmatik durumlarda çocuklar yetişkinliklerine travmaya özgü birkaç korkularını taşırlar.

d) Yaşam, insanlar ve gelecek hakkında değişen tutumlar: Gelecek duygusunun aşırı kısıtlı olması ve insanların yaşama karşı tutumun farklılaşması çocukken yaşanan travma ve aşırı stresli durumları akla getirir. Gelecek duygusunun kısıtlanmış olması bir genç için çok ilginçtir ve önemlidir. Çünkü normalde gençler için gelecek sonsuz genişliktedir ve birçok idealleri barındırır. Travmaya uğramış çocuklar insanların kırılabilirliklerinin çok iyi farkındadırlar, çünkü Lifton and Olson'un deyişiyle "dokunulmazlık zırhları" parçalanmıştır, ya da Erikson

göre “temel güven” ve “özerklik” hasara uğramıştır. Travma öyküsü olan kişinin geleceksizlik duygusu, depresyondaki birinden tamamen farklıdır. Travmatize edilmiş olan için ufukta yılanlar, akrepler, canavarlar vardır. Depresyondaki kişinin ufku sonsuza kadar uzamış boşluk ve amaçsızlıktır.

Bir kez yaşanan travmalar sonucu gelişen özellikler = Tip I bozukluklar: Bu tür durumlar beklenmedik bir olay sonucu gelişir, bu tür bozukluklar çocuklukla en sık görülen travma sonrası stres bozukluğudur.

Tip I travmalar ağır inkar, ruhsal duyarsızlaşma, kendi kendine anestezi, ya da kişilik problemi geliştirmezler. Bu tür travma yaşamış çocuklarda, olaydan hemen ya da uzun bir süre sonra, misidentifikasyon, görsel halüsilasyon ve garip zaman distorsiyonları olabilir. Bu distorsiyonlar organik mental sendrom ya da psikozu düşündürebilir. Fakat birkaç garip ve saçma görüntü ve algı kimseyi beyin hastası ya da şizofrenik yapmaz. Örneğin bir trafik kazasında ailesinden bir kaçını kaybetmiş bir çocuk uzun süre ölen kardeşini odasında yatağının başucunda görebilir. Hatta onunla konuşabilir. Bir an bununla rahatlıyor bile olabilir(72).

Farklı, çok sayıda ve uzun süreli travmaların özellikleri =Tip II travmalar: Tip II bozukluklar uzun süreli yada tekrarlayıcı travmaların sonucu oluşur. İlk defasında şaşırtıcı olsa bile tekrarladıkça bir beklenti gelişir. Bu nedenle gelişeceği bilinen korku ve zarardan korunmak ruhsal yapı kendiliği korumak için yoğun çabalar sarfedilmeye başlanır. Tip II bozukluklarda kullanılan yoğun inkar, represyon, dissosiyasyon, kendi kendine anestezi, self hipnoz, saldırganla özdeşleşme ve kendine yönelmiş agresyon gibi savunma ve başa çıkma çabaları sıklıkla derin karakter değişikliklerine yol açar. Bazen de bu karakter bozuklukları 20’li yaşlara kadar hiç farkedilmezler, bazen de 5 yaşın altında bile ortaya çıkarlar.

Tip II travmalar ile oluşan duygular

- 1) Duygu yokluğu
- 2) Öfke
- 3) Geçmek bilmeyen mutsuzluktur

Tip II bozukluklar çocuklukta davranış bozukluğu, dikkat eksikliği bozukluğu, depresyon ve dissosiyatif bozukluk olarak tanı alabilir. Bu arada elbetteki tip I bozuklukların benzerleri ek olarak görülebilir.

İnkâr ve ruhsal duyarsızlaşma: her tür travmada bu belirtiler olsa da tip II travmalarda İnkâr ve ruhsal duyarsızlaşma daha karateristiktir. Bu tür stress yaşamış çocuklar ve gençlerde inkâr ve duyarsızlaşma o kadar şiddetli olabilir ki artık ileri derecede sosyal çekilme içinde ve insandışı görünebilirler.

Bu çocuklar yaşadıklarını inkâr etmenin bir sonucu olarak okulda, komşulara karşı ya da oyun oynarken normal görünmeye çalışırlar, yaşadıklarından ancak bir kaç kez söz ederler ve daha sonra susarlar. Halbuki tip I travma yaşamış çocuklar bunu sık sık anlatırlar.

Tip II travma yaşamış çocuklar sıklıkla unuturlar. Genelde 9 yaşına kadar olan yaşamlarını tamamen unuturlar.

Tip II travma yaşamış çocukların çoğu ÇKB olmazlar, ama onun tam oluşmamaş formları ve ağır dissosiyatif belirtiler yaşarlar.

Öfke, kendine yönelmiş olan da dahil olmak üzere tip II travma sonrası bozuklukların dikkat çekici bir belirtisidir. Öfke ve onun negatif hali aşırı pasifliği özellikle en yakınlarına olan güvenini yitirmiş olan tip II hastalar hissederler. Lewis ve arkadaşları (1985) cinayete teşebbüs etmiş adöloşanların geçmişinde en önemli özelliğın kronik fiziksel taciz olduğunu bulmuştur(73).

Tip II hastalarının öfkesi bazen şiddet şeklinde bazen de aşırı pasivite olarak ortaya çıktığından hastalarda öfke saldırganla özdeşleşme şeklinde de kendini gösterebilir. Bu hastalar kendi bedenlerine de yönelebilirler. Self-mutilasyon ve fiziksel izler bırakan intihar girişimleri bu türdendir.

Bazen tip I ve II durumunun karışımı olabilir. Örneğın akut ve tek bir travma sonrası çocuğın kronik sorunlarla kalması (ailesinin ölümü, sakat kalma vb) bu durumu oluşturabilir(59,72).

#### **2.2.4 Travma Ve Dissosiyasyon**

Tecavüz, doğal felaket ya da savaş gibi travmalar bireyin yaşantısında ani ve aşırı bir aksama olarak anlaşılabilir. Fiziksel tehdit ve yaralanma,

insanların sahip olduğu fiziksel çevre ve bedenleri üzerindeki hakimiyetleri, zarar görmemesi gibi birçok temel varsayımları sarsar ve yıkar (74). Bu nedenle travmaya psikolojik reaksiyonun dissosiyasyon gibi yaşantı sürekliliğinin bölünmesi şeklinde olması şaşırtıcı olmamalıdır. Dissosiyasyon burada kişinin algı ve anıları bölerek kaydetmesine yol açacak ikili bir rol üstlenir. Mağdurları fiziksel travmanın olay anında ağır yükünden korumaya çalışırken, bir taraftan da ayrı kalmış bu travmatik yaşantıların yeniden ele alınmasını (working-through) ve reentegrasyonu da engellenmiş olur. Travma anında zihnin bir bölümü kontrol ve hakimiyet duygusunu sürdürürken, olay atlatıldıktan sonra, başka zihinsel süreçler olmadık zamanlarda kontrolün kaybını kişiye yaşatabilirler(59).

Travmatik yaşantılar sırasında kurbanların dissosiyatif yaşantılar tanımlamaları oldukça bilinen bir durumdur. Kendiliğinden gelişen bu yaşantılar aşırı korku, acı ve çaresizlik karşısında kişiyi korumaya yarar. Bir çok tecavüz kurbanı, tecavüz anında, kendilerini bedenlerinin dışında yukarıdan seyrederken, sanki başkasına tecavüz ediliyormuş gibi hissedip, ona acıdiklarını belirtmiştir. Hipnozabilitesi yüksek kişiler derin hipnozda kısmen ya da tamamen fiziksel acıya anestezi olabilmektedirler(59,75,76).

Travmanın aslı, özü, acı ve yaralanma tehdidi yaşayan kişinin çevresi ve bedeni üzerindeki hakimiyetini kaybetmesi sırasında hissettiği çaresizliktir. Bir kimsenin irade ve arzuları başka birinin, ya da tabii bir afetin, kazanın zulmüyle parçalanmıştır. Fiziksel kontrol kaybedildiğinde zihinsel kontrol çabası zirveye ulaşır. Bu tür bir kontrolü kurmanın yolu kısmen bedeninden kendini ayırıp uzak tutması olabilmektedir. Bu da algıda çeşitli değişmelere (depersonalizasyon, derealizasyon gibi) yol açar. Travmaya karşı oluşan ani tepki sıklıkla gerçekdışılık, algıda, bellekte ve çevrede sapmalar şeklinde olur. Travma anında ve sonrasında zihinsel durumda değişiklik bir istisna değil kuraldır (59,77).

Yaşanan travmatik olaya, hatta öncesine ve sonrasına amnezi geliştirmek de diğer bir dissosiyatif tepkidir. Bilgiler kadar algı, duygu ve davranışlara da amnezi gelişebilir. Bunlardan biri hatırlandığında diğerleri de hatırlanabilir. Travma sonrası gelişen dissosiyatif reaksiyon on-off fenomenini



gösterir. Yani bellek dalgalanarak benzer olayı o anda oluyormuş gibi yaşamaya, diğer zamanlarda da sanki hiç olmamış gibi unutmaya neden olur. Canlı anılar ve flaschback'ler TSSB'nun da karakteristik özelliğidir (59,77,78).

### **2.3 Kendini Yaralama Davranışı (Self Mutilasyon)**

Kendine zarar verme davranışı literatürde 'self injury', 'self mutilation' ve 'self harm' olarak adlandırılmıştır. 'Self injury', 'self mutilasyon' genellikle birlikte kullanılmakta ve kişinin direkt olarak kendi bedenine yaptığı girişim olarak belirtilmektedir. 'self harm'da ise riskli davranışlar ön plana çıkmaktadır. Daha çok dolaylı olarak kendine zarar verme davranışı ile açıklanmaktadır. Alkol, madde kullanmak, tehlikeli araba kullanmak gibi dolaylı kendine zarar verme davranışları self harm'a örnek verilebilir.

Kendine zarar verme davranışıyla ilgili olarak günümüze kadar birçok tanımlama yapılmıştır. Aynı davranışı tanımlamak için birçok terimin kullanılması dil sorunlarına ve kavram karmaşasına yol açmıştır. Bu tanımlamalar Tablo 1'de verilmiştir. Kendine zarar verme davranışı (self-injury) ile ilgili tanımları gözden geçirecek olursak en önemli özellikler arasında, vücudunun belirli bölümlerine zarar vermesi, tekrarlayıcı olması, bilinçli olmaması, ölümcül olmaması, yaşamı tehdit etmemesi, ortama uyamamanın ve tahammülsüzlüğe karşın kendine yardım etmesi olarak belirtmişlerdir(79).

Sonuç olarak, kendine zarar verme davranışı tekrarlayıcı, kişinin bilinçli ölüm isteği olmadan, isteyerek ve amaçlı olarak yapılan, doku hasarı ile sonuçlanan, kendi bedenine yönelik girişimidir. Ayrıca, kişinin ortama uyamamasının ve tahammülsüzlüğünün yarattığı baskıya karşılık kendini keserek rahatlama durumu olarak tanımlayabiliriz(80).

Tablo 1. Kendine zarar verme davranışıyla ilgili yapılan tanımlar

Yazar	Tanım
Farberow, 1980	Kişinin kendini ciddi bir şekilde zarar verecek biçimde kesmesi ya da vücudunun belirli bölümlerine zarar vermesi olarak tanımlamıştır(81).
Walsh ve Rosen, 1988	İsteyerek ve amaçlı olarak yapılan, genellikle ölümcül olmayan ve toplumsal olarak kabul edilmeyen bir davranış olarak da belirtilmiştir(82).
Favazza, 1989	Tekrarlayıcı, yaşamı tehdit etmeyen, kendine fiziksel zarar verme davranışı olarak tanımlanmıştır(83).
Favazza ve Conterio, 1989	Şahsın durumuna katlanamaması, başa çıkamaması sonucu oluşan tahammülsüzlüğün yarattığı baskıya karşın, kendi kendine yardım etme ve rahatlama durumu olarak tanımlamışlardır(84).
Ghaziuddin ve ark., 1992	Kişinin bilinçli ölüm isteği olmadan doku hasarı ile sonuçlanan, kendi bedenine yönelik girişimi olarak belirtilmiştir(85).
LeBlanch, 1993	Ortama uyamamanın ve hoşnutsuzluğun aynada bir yansıması olarak belirtilmiştir(86).

Kendine zarar verme davranışının kadınlarda daha çok görüldüğünü belirten çalışmalar olduğu gibi, kadın ve erkek oranının eşit olduğunu bildiren çalışmalar da vardır(84,85).

Küçük bir hasta grubuyla yapılan kendine zarar verme davranışının yaygınlığında çoğul kişilik bozukluğu olanların %34'ünde, antisosyal kişilik bozukluğu olanların %24'inde, anoreksiya ve bulimia nervozası olanların %35 ve %40.5'inde, zihinsel özürli olanların %13.6'sında kendine zarar verme davranışı bulunmuştur(84).

Kendine zarar verme davranışının nedenlerine baktığımızda en önemli etyolojik faktör istismardır. İstismara uğrayan kişi zaman zaman yaşadığı bu travmatik yaşam deneyimleri aklına gelir ve bu kişiye sıkıntı verir. Geçmişte

kendilerine karşı yapılan istismar akıllarına geldiğinde bu kişilerin kendilerini daha çok kestikleri görülmektedir. Bu istismarlar fiziksel, zihinsel, duygusal ya da cinsel olabilir. İstismara uğrayan çocukların ciddi bir şekilde vücutlarını sarsmayı öğrendiklerini, yaşadıkları dayanılmaz duygulara geçiş yolu olarak görmektedir(88).Kendine zarar verme davranışı cinsel istismar kadar fiziksel istismar ve ihmal ile de koşut gitmektedir.

Suçluluk, utanma, olumsuz kendilik algısı, ihanete uğrama hisleri çocuklukta yaşadıkları istismarlar sonucunda oluşmaktadır. Kendinden utanma, nefret etme ve değersiz hissetme ortaya çıkmaktadır. Çocuklukta ailenin baskı uygulaması, çocuğun ilişkilerini engellemesi sosyal yeteneklerin zayıflamasına neden olmaktadır bu da çocukta çaresizlik duygularını artmasına neden olmaktadır. Böylece çocuk, ben ve diğerleri ayırımına gitmektedir. İstismara uğrayan çocuklar istismar sırasında utanma yaşamamaktadırlar, utanma daha çok rüyalarda ya da zihinsel etkinliklerde ortaya çıkmaktadır. Depresyon genellikle istismara uğrayan çocuklarda sık görülmektedir. Kendine zarar verme, intihar teşebbüsü ya da diğer davranışlar, üzgün olma, geri çekilme, aşırı bitkinlik, halsizlik gibi semptomları göstermektedir(89).

Çocuk, istismarın yarattığı hayal kırıklığı ve öfkeye karşılık, kendine zarar vererek güç elde etmektedir. Kendini kesme depersonalizasyona karşı alınmış bir önlem olarak kullanılmaktadır. Öfke ve kendini cezalandırma olarak da karşımıza çıkmaktadır(89). Ayrıca kendine zarar verme davranışı ve cinsel istismar olgularının ilişkili olduğu ve buna dayanarak kendine zarar verme davranışının cinsel istismarın varlığı için bir sinyal işlevi gördüğü söylenebilir(90,91,92).

Kendine zarar verme ve istismar arasındaki ilişkiyle yapılan çalışmalarda şu sonuçlar elde edilmiştir:

Çocukluk çağında fiziksel ve cinsel travmaya maruz kalmak ilerleyen yaşlarda kişilik bozukluklarına ve kendine zarar verme davranışına sebep olmaktadır(93). Kendine zarar verenlerin %60'ında fiziksel ve/veya cinsel kötüye kullanılma öyküsü olduğunu bildirilmiştir(94). Ayrıca kendine zarar verme davranışı olan kadınlarda, olmayanlara göre çocukluk çağı cinsel tacizin daha sık olduğu ileri sürülmektedir(93).

Genel olarak baktığımızda istismara uğrayan kişilerin kendilerini kesmesinin nedenlerini sekiz başlık altında toplayabiliriz(95):

1. Kendilerini cezalandırma: İstismara uğrayan kişilerde sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Kişiler yaşadıkları bu olaylardan dolayı kendilerini sorumlu tutup suçlayabilirler.

2. Duyguları bastırmadaki yetersizlik: Kendilerine zarar veren ya da sıkıntı yaratan duygularla baş etmede zorluk yaşayabilirler. Olayı hatırlatan durumlarla karşılaşıncı ya da olay akıllarına gelince bu sıkıntı yaratan düşünceleri zihinlerinden uzaklaştırılmazlar.

3. Başa çıkmada yetersizlik: Genellikle çocukluk çağında yaşanan travmalar sonucunda görülür. Kişi yaşadığı sorunları çözmede zorluk yaşaması sorunlarla baş edemediğini göstermektedir.

4. Kendilik kontrollerini sağlamak: Kendini kesmek, bazı kişilerde “Bak! Şu anda kontrol sende.” anlamına geliyor.

5. İntikam almak: Öfkesini göstermesinin bir yolu olarak kendini kesmek, ailesinden soyutlanan kişi için vücudu onlarla iletişim için tek yol haline geliyor.

6. Yaşadıklarını kendilerine göstermek: Kendilerini kesenler hislerini donuk ya da ölü olarak tanımlıyorlar. Kendilerini kesmek bir şekilde canlı olduklarını kendilerine gösteriyor.

7. Öfkenin farkına varmak: Kendini kesme ağlamanın bir başka fiziksel yoludur. Öfke ya da incinme gibi olumsuz duygular kendini kesmede önemli derecede rol oynar.

8. Sembolleştirme: Vücutlarına bazı kelimeler yazarak unutmak istemedikleri şeyleri sembolleştirmek, sevdiği kişinin isminin baş harfini vücuduna çizerek ya da yakarak yazmak, ya da insanlara vermek isteği mesajı kendisine dövme yaptırarak ortaya koymak.

Kendine zarar verme davranışının tedavi ortamlarında bulaştığı veya yayıldığı olgusu birçok araştırmacı tarafından belirtilmiştir. Bir kişinin kendine zarar verme davranışı, o ortamda bulunan diğerleri tarafından davranışın taklit edilmesine yol açabilir. Matthews, aynı yaştaki ergen gruplarında epidemik tarzda kendine zarar verme davranışının kışkırtıcılığını vurgulamıştır(96).

Simeon ve arkadaşları (97) bedene zarar verme davranışının en sık kişilik bozuklukları olmak üzere, dissosiyatif ve anksiyete bozukluğunda görüldüğünü söyleyerek diğer çalışmaları destekler bulgular vermiştir.

Dissosiyatif belirtiler sıklıkla kendine zarar verme davranışına eşlik eder. Birçok hasta kendine zarar verici davranışından hemen önce kendilerini uyuşmuş ya da ölü gibi hissettiklerini ifade etmektedirler(93,99).

Bazı hastalar da dayanılmaz şiddetteki depersonalizasyon, derealizasyon ve diğer dissosiyatif belirtilerden kurtulmak amacı ile kendilerine fiziksel olarak zarar verdiklerini belirtmektedirler(100). Yapılan bir kontrollü çalışmada fiziksel istismara uğramış çocuk ve ergenlerin %41'inin özkıyım ve kendine fiziksel zarar verme davranışı gösterdikleri saptanmıştır(98,100).

## **2.4 İNTİHAR DAVRANIŞI(ÖZKIYIM)**

Erişkinde intihar tanımının daha kolay yapılabilmesine karşılık çocuk için bu tanımlama çeşitli nedenlere bağlı olarak daha zordur. Çocukta psikiyatrik hastalıkların doğal seyri erişkinine benzememekte, ayrıca bilişsel olarak ölüm kavramının algılanması gelişim evresine göre değişmektedir. 0-5 yaş arasında ölüm geri dönüşümlü olarak algılanırken, 5-10 yaş arasında çocuk ölümün geri dönüşümsüz olduğunu bilir ancak kendisinin ölebileceğini algılayamaz. 10 yaş sonrasında ise ölüm kavramı erişkindekine benzer biçime giderek yaklaşır. Çocukta intihar kavramının algılanması da ölüm kavramına paralellik göstermekte, ölüm kavramının farklı algılanması intihar davranışını etkilemekte, hatta kolaylaştırmaktadır(101).

Uzun süre çocuk için intihar kavramından söz edilemeyeceği düşünülmüşse de artık önemli ve sıklığı giderek artan bir sorun olarak kabul edilmektedir. Çocuk intiharları, genellikle kazalarla karıştırılmakta veya aileler bu girişimleri kaza olarak bildirmektedir(102).

Çocukta intihar girişimi bir bulgu olarak, kendine zarar vermek veya ölmek için yapılan her türlü kendine zarar verici (self-destrüktif) davranış şeklinde tanımlanmaktadır (101,103).

Yapılan birçok çalışma sonuçlarına göre çocuklarda tamamlanmamış

(ölümle sonuçlanmayan) intihar girişiminin prevalansı %1 civarındadır. Tamamlanmış (ölümle sonuçlanan) intihar prevalansı 5-9 yaş arası çocuklarda düşük olup literatürde seyrek olarak tanımlanmaktadır. Ergenlerde çeşitli çalışma sonuçlarına göre intihar girişimi prevalansı %1.7-5.9 arasında değişmektedir(104). Ölümle sonuçlanan intihar olayları erkeklerde kızlardan 3-5 kat daha fazladır. Ölümle sonuçlanmayan intihar girişimleri ise kızlarda erkeklerden en az 2-3 kat daha fazla görülmektedir (105,106,107).

Pfeffer ve arkadaşları(103), intihar girişiminde bulunan 6-12 yaş arası 58 çocukta yaptıkları çalışma sonrasında davranışa neden olabilecek risk etkenleri belirlemişlerdir. Bu çalışmaya göre risk etkenleri iki ana başlık altında toplanabilir: Çocukta intihar davranışı ile doğrudan ilgili olan özgül etkenler, intihar davranışına neden olabilecek diğer etkenler.

#### Çocukta İntihar Davranışına Neden Olabilecek Risk Etkenleri

##### A. Çocukta İntihar Davranışı İle Doğrudan İlgili Olan Etkenler

Depresyon, çaresizlik, değersizlik düşüncesi, ölme arzusu, annede şiddetli depresyon, ebeveynlerde depresyon ve/veya intihar davranışı

##### B. Çocukta İntihar Davranışına Neden Olabilecek Diğer Etkenler

Şiddetli anksiyete, şiddetli agresyon, sürekli okul başarısızlığı ile meşgul olma, öğrenme güçlükleri, ebeveynlerce cezalandırılma korkusu, ebeveynlerden ayrılık, evdeki taciz ortamı, yaşıt ilişkilerinde ciddi sorunlar

Görüldüğü gibi çocukta intihar davranışını her zaman psikiyatriye ait tanısıl kategorilerle açıklamak mümkün değildir. Çatışmalı aile ve yaşıt ilişkileri, okul ile ilgili sorunlar gibi psikososyal etkenler de intihar davranışına neden olabilir.

Çocukta ve ergende, intihar davranışına eşlik eden psikopatolojik durumlarla ilgili pek çok çalışma yapılmıştır. Gould ve arkadaşlarına (108), ait bir çalışmada, intihar düşüncesi veya eylemi olan 9-17 yaş arasındaki 1285 çocuk veya ergen, yapılandırılmış görüşme teknikleri ile değerlendirilmiştir. İntihar girişiminde(ölümle sonuçlanmayan) bulunanların %47.6'sında, intihar düşüncesi olanların ise %30'unda duygu durumu, anksiyete, yıkıcı davranış bozuklukları; madde kötüye kullanımı veya bağımlılığından biri veya birkaçının birarada olduğu gözlenmiştir(109).

Çocukluk çağı kötüye kullanım ve ihmal yaşantıları ile dissosiyatif bozukluklar, post travmatik stres bozukluğu, kendine fiziksel zarar verme davranışı, intihar girişimi arasında ilişki vardır(57,110,111,112). İntihar girişimi ve fiziksel zarar verme davranışı gösteren psikiyatrik hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım ve ihmal yaşantıları ve dissosiyatif yaşantıların diğer hasta gruplarına göre daha sık olduğu bildirilmektedir(111,112).

Bu ilişki çocuk yaş grubunda ilk kez Green tarafından bildirilmiştir(113). Daha sonra ilk kontrollü çalışmada Green(98) fiziksel istismara uğramış çocuk ve ergenlerin %41'inin özkıym ve kendine fiziksel zarar verme davranışı gösterdiklerini ve kontrol grubunda bu ilişkinin olmadığını göstermiştir. Benzer ilişkiyi okul öncesi çocuklarda, ergenlerde ve erişkinlerde ortaya koyan birçok çalışma yapılmıştır(55,111).

## 3.GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1 Araştırma Örnekleme (Denekler)

Araştırmaya 26 dissosiyatif bozukluk hastası dahil edildi. Ayrıca farklı gruplardan meydana gelen ve toplam 181 kişi olan bir kontrol grubu oluşturuldu.

Bu çalışmaya 1.10.2004 ile 1.12.2005 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran ve ilk değerlendirme sonucunda dissosiyatif bozukluk ön tanısı almış, daha sonra dissosiyatif bozukluk konusunda deneyimli bir öğretim üyesi tarafından da değerlendirilmiş ve yarı yapılandırılmış bir görüşme çizelgesi olan SCID-D ile tanıları kesinleştirilmiş 26 hasta dahil edilmiştir.Bu tarihler arasında poliklinikte dissosiyatif bozukluk ön tanısı almış olan fakat daha sonraki değerlendirme aşamalarında farklı tanıları alan 4 hasta çalışmaya alınmamıştır.(3 hasta Konversiyon Bozukluğu,1 hasta Yaygın Anksiyete Bozukluğu)

Tanı aşamasında, araştırma kapsamında değerlendirilen ve çalışmaya alınan bütün hastaların geniş kapsamlı bir psikiyatrik değerlendirmeye tabi tutulmalarının yanı sıra rutin EEG tetkikleri ve genel kan tahlilleri yapılmıştır. EEG'de patolojik bulgu gösteren hastalar çalışmaya alınmamıştır. Epilepsi ön tanısı ile tedavi başlanmış ancak ayrıntılı organik inceleme ve normal EEG bulguları sonunda antiepileptik tedavisi sonlandırılmış ve SCID-D ile tanısı kesinleşmiş 1 hasta çalışma dışında tutulmamıştır.

Kontrol grubu ise yine aynı tarihler arasında polikliniğe başvuran farklı psikiyatrik tanıları bulunan hastalar ile herhangi bir tanı almamış ergenlerden oluşturuldu.30 dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu,30 depresyon,30 anksiyete bozukluğu hastası gruba alındı. Bölgedeki bir lisenin öğrencilerinden oluşan, daha önce herhangi bir psikiyatri merkezine başvurmamış ve tanı almamış 91 ergen gruba dahil edildi.



### 3.2 Veri Toplama Araçları

#### 3.2.1 (DSM-IV)Dissosiyatif Bozukluklar İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi(SCID-D)

SCID-D 8 bölümden oluşan yarı yapılandırılmış bir görüşmedir.Sırasıyla psikiyatrik öykü, Amnezi, Depersonalizasyon, Derealizasyon, Kimlik Konfüzyonu, Kimlik Değişimi, Kimlik Bozukluğunun Yan Belirtileri, Kimlik Konfüzyonu ve Kimlik Değişiminin İleri Değerlendirilmesi İçin Devam bölümlerinden oluşmakta ve 258 madde içermektedir.Görüşme sonrası değerlendirme bölümünde Görüşme İçi Dissosiyasyon İşaretleri, Çoğul Kişilik Bozukluğu ve Başka Türü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluklar için DSM-IV ölçütleri ve SCID-D Sonuç Özeti bölümleri bulunmaktadır.

Görüşme çizelgesi iki tip soru biçiminden oluşmaktadır: Belirtilerin olup olmadığını sorgulayan dolaysız sorular ve klinik olarak ilgili yan belirtileri sorgulayan dolaylı sorular. Dolaylı sorular amnezi için önemlidir.Hastalar amnezi epizodlarının farkında olmayabilirler.Hastaların sözel cevapları yanı sıra dissosiyatif bozukluğa özgün, sözel olmayan işaretler de değerlendirilmektedir. Hipnotik durumu düşündüren göz hareketleri ya da trans benzeri görünüm klinik olarak anlamlı sözel olmayan işaretlerdir.

SCID-D Türkçe'ye 1996'da Prof.Dr.Vedat Şar ve arkadaşları tarafından çevrilmiştir.Geçerlik ve Güvenilirliği ise 1998 yılında Dr.Turgut Kundakçı tarafından yapılmıştır(114).

SCID-D klinisyenler için hazırlanmış bir tanı aracıdır.Kullanmadan önce eğitim önerilmiş ancak mecburi tutulmamıştır.

#### 3.2.2 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-53)

CTQ-53, 53 maddeden oluşan,Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir(115). Bu ölçek çocukluk çağı duygusal,fiziksel ve cinsel kötüye kullanımını değerlendirir; ayrıca fiziksel ve duygusal ihmali de ölçmektedir.Her tipte çocukluk çağı travması için 1 ve 5 arasında bir puan

alınır. Her bir travma tipinden alınan puanların toplamı toplam CTQ puanını oluşturur ve 5 ile 25 arasındadır.

### **3.2.3 Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (A-DES)**

Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (Adolescent Dissociative Experiences Scale/A-DES) ergen yaş grubunda dissosiyatif bozuklukları saptamada yararlı olan, geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiş, öz bildirim dayalı, uygulaması kolay bir ölçme aracıdır. Ancak bu ölçek tanı koydurucu bir araç olmayıp daha çok tarama ya da dissosiyatif yaşantıları derecelendirme amacıyla kullanılmaktadır.

Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (A-DES) Amerika Birleşik Devletlerinde Armstrong ve Putnam tarafından geliştirilmiş ve yine aynı ekip tarafından geçerlilik güvenilirliği gösterilmiştir (116). Ülkemizde geçerlilik güvenilirliği ise Dr. S. Salih Zoroğlu ve arkadaşları tarafından 2002 yılında yapılmıştır (117).

A-DES 30 itemden oluşan ve deneğin kendisinin doldurduğu bir ölçüm aracıdır. Her bir item için 0 ile 10 arasındaki değerlendirme puanlarından birisi işaretlenir. Herhangi bir itemde tanımlanan özellik hiç uymuyorsa, doğru değilse ya da hiçbir zaman görülüyorsa deneğin 0 puanı işaretlemesi istenmekte, eğer her zaman görülüyorsa, deneğe tam olarak uyuyorsa ya da denek için doğru ise denek 10 puanı işaretlemektedir. İki uç arasında kalan değerlendirmeler için ise 0 ile 10 puan arasındaki puanlardan birisi seçilir. A-DES toplam puanı 30 itemden alınan puanların toplanıp item sayısına bölünmesi ile elde edilir.

### **3.2.4 İntihar Girişimi ve Kendine Fiziksel Zarar Verme Davranışı Bilgi Alma Formu**

Self Mutilasyon ve İntihar girişiminin sıklığı, süresi ve tipini sorgulayan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçekte self mutilasyon kişinin kendini öldürme amacı olmaksızın kendine fiziksel açıdan zarar verme davranışı olarak tanımlanmış,

kendini kesme, çizme ya da kazıma, sert bir yere vurma, yakma, saçları yolma ve diğer yöntemler olarak ve kaç kez olduğu sorgulanmıştır.İntihar girişimi ise kişinin kendini öldürmek maksadıyla yapılan davranış olarak tanımlanmış, ilaç içmek, yüksekten atlamak, asmak, hayati bölgedeki damarları kesmek ve diğer olarak ayrılmış, sıklığı sorgulanmıştır.

### **3.2.5 Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği (Self-report for Childhood Anxiety Related Disorders – SCARED)**

Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği(SCARED) Birmaher tarafından geliştirilmiş Anksiyete Bozukluklarının değerlendirilmesinde kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir(120).

66 maddeden oluşan bir ölçektir ve DSM-IV'te de yer alan panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, seperasyon anksiyetesi, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, post travmatik stres bozukluğu, özgül fobi gibi rahatsızlıkların semptomlarını sorgular. Denekler her soru için “hiçbir zaman”, “bazen” ve “her zaman” seçeneklerinden birisini işaretler. Bu seçenekler sırası ile “0”, “1” ve “2” olarak puanlanır ve toplam bir puan elde edilir. Ülkemizde geçerlilik güvenilirliği henüz yapılmamış olmasına rağmen yayınlarda sıkça kullanılan bir ölçme aracıdır.

### **3.2.6 Çocuklar için Depresyon Ölçeği (Children’s Depression Inventory- CDI)**

Çocukluk depresyonunu araştırmada kullanılan, 6-17 yaş arası çocukların kendini değerlendirme ölçeğidir.Beck Depresyon Ölçeği esas alınarak geliştirilmiştir. Cinsellikle ilgili sorular çıkarılarak okul durumu ve arkadaş çevresi ile ilgili sorular eklenmiştir(118). Türkçe geçerlilik güvenilirliği 1991 yılında Öy tarafından yapılmıştır(119). 27 maddelik ölçeğin her maddesinde depresyonla ilgili bir belirtinin son iki hafta içindeki şiddetinin işaretlendiği 0, 1 veya 2 puanlık üç ayrı seçenek bulunmaktadır.0-54 arasında gerçekleşebilecek ölçek puanının depresyonu ayırdığı sınır olarak 19 puan önerilmektedir.

### 3.3 Çalışmanın Yürütülmesi

Poliklinikte ilk değerlendirme sonucu dissosiyatif bozukluk ön tanısı alan hastalara Adölesan Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği(A-DES) verildi. Daha sonra bu ölçeklerin sonucu ile dissosiyasyon konusunda deneyimli bir öğretim üyesi ile beraber değerlendirildikten sonra hastaların hepsine yarı yapılandırılmış bir tanı aracı olan dissosiyatif bozukluklar İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi (SCID-D) uygulandı. SCID-D ile tanısı kesinleşmiş olan hastalardan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-53) , İntihar Girişimi ve Kendine Fiziksel Zarar Verme Davranışı Bilgi Alma Formu, Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği (SCARED), Çocuklar için Depresyon Ölçeği(CDI) doldurmaları istendi.

Poliklinikte tanıları kesinleşmiş 30 dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, 30 depresyon, 30 anksiyete bozukluğu çocuk ve ergen hasta ile bölgedeki bir lisenin 91 öğrencisi kontrol grubu olarak alındı.Bu gruptaki çocuk ve ergenlere de Adölesan Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (A-DES), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-53), İntihar Girişimi ve Kendine Fiziksel Zarar Verme Davranışı Bilgi Alma Formu, Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği (SCARED), Çocuklar için Depresyon Ölçeği(CDI) verilerek bu formları eksiksiz doldurmaları sağlandı.

### 3.4 İstatistiksel Değerlendirme

Sürekli değişkenlerin karşılaştırılması Student T testi ve tek yönlü varyans analizi(Oneway Anova) ile yapılmıştır. Oransal verilerin analizinde ise Chi-Square testi uygulanmıştır. Kendine zarar verme ve intihar girişimine etkili olan faktörlerin analizi içinse Lojistik Regresyon testi uygulanmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1 Tanımlayıcı Veriler

Çalışmamızdaki olgular 26 dissosiyatif bozukluk, 30 depresyon, 30 anksiyete bozukluğu, 30 dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu(DEHB), 91 sağlıklı kontrol grubundan oluşmuştur. Çalışmaya alınan olguların(n=207) %55.5'i (n=115) kız %44.5'i(n=92) erkekti.Yaşları 11 ile 18 arasında değişmekte olan ergen grubundan oluşmaktaydı.

Dissosiyatif bozukluk hastalarının (n=26) %84.6'sı (n=22) kız, %15.4'ü (n=4) erkekti. Bu gruptaki hastaların yaş ortalaması ise 15.34 idi. (SS=1.99 11-18). Dissosiyatif bozukluk grubu hastalarına ayrıca uygulanan yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeği olan Dissosiyatif Bozukluklar İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi(SCID-D) sonucuna göre hastaların DSM-IV'e göre%57.6'sı(n=15) Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu(Çoğul Kişilik Bozukluğu), %34.6'sı(n=9) Başka Türü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk, %7.8'i(n=2) Dissosiyatif Amnezi olarak saptanmıştır.

Depresyon hastalarının (n=30) %70'i(n=21) kız, %30'u(n=9) erkek, yaş ortalaması 15.26 idi(SS=1.36 13-18). Anksiyete bozukluğu hasta grubunun (n=30) %76.7'si (n=23) kız, %23.3'ü (n=7) erkek, yaş ortalaması 15.03(SS=1.09 13-17) idi.30 DEHB hastalarının %36.7'si (n=11) kız, %63.3'ü (n=19) erkek,yaş ortalaması 14.96(SS=1.58 12-18) idi.Kontrol grubunda ise (n=91) %41.8 (n=38) kız, %58.2 (n=53) erkek bulunmaktaydı.Bu grubun yaş ortalaması ise 15.15(SS=0.59 14-16) idi.Çalışmaya alınan toplam hastaların (n=207) %55.5'i (n=115) kız, %45.5 i (n=92) erkek hastalardan oluşmaktaydı. Hasta gruplarının yaşları açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı(p>0.05). Olguların dağılımı Tablo 1' de etraflıca sunulmuştur.Tablo 2'de ise hasta ve kontrol gruplarının yaş dağılımları ve ortalama yaşları görülmektedir.

Tablo 2. Çalışmaya alınan hastaların cinsiyete göre dağılımları

	<b>Toplam (n)</b>	<b>kız (n)</b>	<b>%</b>	<b>erkek (n)</b>	<b>%</b>
Dissosiyatif Bozukluk	26	22	84.6	4	15.4
Depresyon	30	21	70	9	30
Anksiyete Bozukluğu	30	23	76.7	7	23.3
DEHB	30	11	36.7	19	63.3
Kontrol	91	38	41.8	53	58.2
<b>Toplam</b>	<b>207</b>	<b>115</b>	<b>55.5</b>	<b>92</b>	<b>44.5</b>

Tablo 3. Çalışmadaki hastaların yaş dağılımları

	<b>Yaş</b>		<b>Ort.</b>	<b>SS</b>
	<b>Min.</b>	<b>max.</b>		
Dissosiyatif Bozukluk(n=26)	11	18	15.34	1.99
Depresyon(n=30)	13	18	15.26	1.36
Anksiyete Bozukluğu(n=30)	13	17	15.03	1.09
DEHB(n=30)	12	18	14.96	1.58
Kontrol(n=91)	14	16	15.15	0.59

Min. =minimum yaş

Max.=maximum yaş

Ort. =ortalama yaş

SS =Standart sapma

p&gt;0.05

#### 4.2 Depresyon, Anksiyete, Dissosiyasyon ve Travma Skorları Açısından Grupların Karşılaştırılması

Çalışmaya alınan tüm hastaların sırası ile Adölesan Dissosiyatif Yaşantılar Değerlendirme Ölçeği(A-DES), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği(CTQ-53), İntihar Girişimi ve Kendine Fiziksel Zarar Verme Davranışı Bilgi Alma Formu, Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği (SCARED), Çocuklar için Depresyon Ölçeği(CDI)'ni eksiksiz bir şekilde doldurmaları sağlandı.Aşağıda sırası ile tanı gruplarına göre bu ölçeklerden alınan ortalama puanlara göre elde edilen analiz sonuçları verilmektedir.CDI, SCARED ve A-DES değerlendirme ölçeklerinin verileri ile CTQ-53 Travma Ölçeğinin verileri ayrı ayrı gruplar halinde incelenecektir.

Tek yönlü varyans analizi(Oneway Anova) ile CDI skorları açısından gruplar arasında oldukça belirgin bir fark bulunduğu tespit edilmiştir(F: 26.9 df: 4 p: 0.000).Post Hoc karşılaştırmalar Tukey yöntemi ile yapılmıştır. Beklendiği gibi CDI depresyon skorları en yüksek depresyon grubunda elde edilmiştir (24.6±5.6). Dissosiyatif bozukluk grubundaki skor buna çok yakın bulunmuş(24.0±7.9), keza anksiyete bozukluğu grubu da buna yakın bir skor ortaya koymuştur(20.1±7.7). Bu üç grup CDI skorları açısından birbirinden ayrılmamaktadır.Fakat bu üç grubun skorları DEHB ve kontrol grubu için elde edilen CDI skorlarından anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. (DEHB=14.8±5.1, Kontrol=12.2±7.6) Son olarak DEHB grubu ve kontrol grubu CDI skorları açısından birbirinden ayrılmamaktadır.

Genel olarak CDI puanlarına bakıldığında dissosiyatif bozukluk, depresyon ve anksiyete bozukluğu gruplarında ortalama puanın kesme puanının üzerinde olduğu görülmektedir. Bu da ortalama skorlar ile gruptaki tanılar arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir(df=4 p<0.05).

Çocuklarda anksiyeteyi ölçen SCARED toplam ortalama puanları tanı grupları arasında tek yönlü varyans analizi(Oneway Anova) ile karşılaştırılmış ve anlamlı bir fark bulunduğu ortaya çıkmıştır(F= 25.6 df= 4 p= 0.000). Post Hoc Tukey testi, dissosiyatif bozukluk grubu ile anksiyete bozukluğu grubu arasında fark olmadığı(Dissosiyatif bozukluk skor=41.1±15.9, Anksiyete bozukluğu grubu

skor= 43.1±12.4), buna karşılık her iki grubun depresyon, DEHB ve kontrol grubundaki deneklerden istatistiksel olarak daha yüksek puanlar elde ettiklerini göstermiştir( depresyon grubu= 30.5±14.0, DEHB grubu= 21.1±9.7 ve kontrol grubu= 22.6±11.1). Depresyon, DEHB ve kontrol grupları SCARED skorları açısından birbirinden ayrılmamaktadır.

Genel olarak SCARED ortalama puanlarına baktığımızda dissosiyatif bozukluk ve anksiyete bozukluğu gruplarında kesme puanının üzerinde olduğu görülmektedir.

Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği(A-DES) ile değerlendirilen dissosiyasyon skorları açısından dissosiyatif bozukluk grubu diğer tüm gruplardan çok belirgin olarak daha yüksek dissosiyasyon skorları göstermişlerdir( 150.3±46.4). Dissosiyasyon skorları açısından ikinci grupta depresyon ve anksiyete bozukluğu skorlar yer almıştır. Bu iki grup kendi aralarında ayrışmamakta, buna karşılık dissosiyatif bozukluk grubuna göre daha düşük, kontrol grubuna göre daha yüksek skorlar ortaya koymuştur( depresyon grubu= 87.5±49.8, anksiyete bozukluğu grubu= 98.5±47.2, kontrol grubu= 56.8±46.0). DEHB grubu üçüncü seviyede yüksek bir dissosiyatif kapasite ortaya koymuştur (DEHB grubu= 77.7±46.5). Depresyon, anksiyete ve kontrol grubundan farklı değildir. Kontrol grubu ise en düşük dissosiyasyon skorlarını elde etmiştir(kontrol grubu= 56.8±46.0). DEHB grubu hariç diğer tanı gruplarından istatistiksel olarak daha düşük skorlar göstermiştir.

Genel olarak A-DES ortalama puanlarına bakıldığında Dissosiyatif Bozukluk grubunun puan ortalamaları diğerlerinden belirgin oranda yüksek bulunmuştur.

CTQ-53 travma ölçeği değerlendirilirken Duygusal Travma( DYG\_TR), Fiziksel Travma(FZK\_TR), Cinsel Travma(CNS\_TR), Duygusal İhmal(DYG\_İHM) ve Fiziksel İhmal(FZK\_İHM) alt gruplarına ayrılır ve her birinin puanı ayrı ayrı hesaplanarak Travma Total(TR\_TOTAL) puanı hesaplanır.Aşağıda Tablo 4'de tüm puan türleri ile ilgili ortalamalar verilmektedir.

Travma puanları tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiş, Post Hoc karşılaştırmalar Tukey yöntemi ile yapılmıştır. Gruplar arasında belirgin fark bulunmuştur(F=12.4 df=4 p=0.000). Total travma skorları göz önüne alındığında



dissosiyatif bozukluk grubu skorları diğer tüm gruplardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur(dissosiyatif bozukluk grubu=  $10.8 \pm 3.2$ ). İkinci yüksek skora sahip olan depresyon grubu( $9.1 \pm 2.1$ ) ise anksiyete bozukluğu ve DEHB grubunun skorlarına göre farklılık göstermezken, kontrol grubunun elde ettiği skordan belirgin yükseklik göstermiştir(anksiyete bozukluğu grubu=  $8.2 \pm 2$ , DEHB grubu=  $7.8 \pm 1.5$ , kontrol grubu=  $7.4 \pm 2.2$ ). Anksiyete bozukluğu ve DEHB grubu skorları dissosiyatif bozukluk grubu hariç diğer grupların skorlarından ayrılmamıştır.

Travma alt tip skorları dikkate alındığında cinsel travma(CNS\_TR) ve fiziksel ihmal (FZK\_İHM) skorları hariç tüm travma tiplerinin skorları dissosiyatif bozukluk grubunda en yüksek düzeyde bulunmuştur(DYG\_TR=31.4, FZK\_TR=15.3, DYG\_İHM=52.9). CNS\_TR skorları karşılaştırıldığında tüm gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır( $F=10.8$   $df=4$   $p=0.129$ ). DYG\_TR skorları dissosiyatif bozukluk grubundan sonra sırasıyla anksiyete bozukluğu, depresyon ve DEHB grubunda yüksek bulunmuştur ancak üçü birbirinden ayrılmamaktadır(anksiyete bozukluğu=26.6, depresyon=24.4, DEHB=21.3). Kontrol grubu DYG\_TR skorları ise DEHB grubu ile farklılık göstermezken diğer gruplardan belirgin düşük bulunmuştur(Kontrol=18.2). FZK\_TR skorları dissosiyatif bozukluk grubunda en yüksek düzeyde çıkmıştır(15.3), diğer grupların skorları birbirinden ayrılmamaktadır(depresyon=10.3, anksiyete bozukluğu=10.6, DEHB=9.4, Kontrol=8.9). DYG\_İHM skorları ise yine en yüksek dissosiyatif bozukluk grubunda(52.9) çıkmış ardından depresyon grubu skorları takip etmiştir(49.4). Diğer grupların skorları anlamlı farklılık göstermemiştir. CDI, SCARED, ADES ve travma ölçeklerinin ortalama puanları Tablo 4'te görülmektedir.

Tablo 4. Depresyon, dissosiyasyon, anksiyete ve travma ölçeklerinin gruplardaki ortalama puanları

	<u>Dissos. Bozukluk</u> (n=26)	<u>Depresyon</u> (n=30)	<u>Anksiyete Bozukluğu</u> (n=30)	<u>DEHB</u> (n=30)	<u>Kontrol</u> (n=91)
<b>SCARED</b> (1)	41.1	30.5	43.1	21.1	22.6
<b>CDI</b> (2)	24.0	24.6	20.1	14.8	12.2
<b>ADES</b> (3)	150.3	87.5	98.5	77.7	56.8
<b>TR-TOTAL</b> (4)	10.8	9.1	8.2	7.8	7.4
<b>DYG_TR</b> (5)	31.4	24.4	26.6	21.3	18.2
<b>FZK_TR</b> (6)	15.3	10.3	10.6	9.4	8.9
<b>CNS_TR</b> *	9.5	8.2	9.2	7.3	8.1
<b>DYG_İHM</b> (7)	52.9	49.4	34.8	40.8	36.1
<b>FZK_İHM</b> *	11.1	10.7	8.9	9.1	9.5

(1:  $F=25.6$   $df=4$   $p=0.000$ , 2:  $F=26.9$   $df=4$   $p=0.000$ , 3:  $F=21.4$   $df=4$   $p=0.000$ , 4:  $F=12.4$   $df=4$   $p=0.000$ , 5:  $F=14.5$   $df=4$   $p=0.000$ , 6:  $F=10.8$   $df=4$   $p=0.000$ , 7:  $F=12.0$   $df=4$   $p=0.000$ )

\*= anlamlı değil

#### 4.2 Self Mutilasyon ve İntihar girişimi sıklığı

Çalışmaya alınan olguların %55.5'i(n=115) kız, %44.5'i(n=92) erkek hastalardan oluşmakta idi. Kendine zarar verme davranışı (self mutilasyon) kızların %32.2'sinde(n=37), erkeklerin %25'inde(n=23) görülmüştür. İntihar girişimi (özkıyım) ise kızların %29.6'sında(n=34), erkeklerin %4.4'ünde(n=4) saptanmıştır.

Dissosiyatif bozukluk grubunda self mutilasyon görülme oranı %80.8(n=21) olarak bulunmuştur. Erkek dissosiyatiflerde bu oran %75(n=3), kız dissosiyatiflerde ise %81.8(n=18) olarak saptanmıştır. İntihar girişimi sıklığı ise %65.4(n=17)olarak bulunmuştur.Bu oranın ise %100'ünü kızlar oluşturmaktadır.

Depresyon grubundaki olgular için self mutilasyon sıklığı %36.7 olarak bulunmuştur. Bu oran kız hastalar için %33.3(n=7), erkekler için %44.4(n=4)'tür. İntihar girişimi sıklığı ise %40(n=12) olarak bulunmuş olup, kız hastalarda %57.1(n=8), erkek hastalarda %44.4(n=4) olarak saptanmıştır.

Anksiyete bozukluğu grubunda self mutilasyon oranı %26.7(n=8)olarak bulunmuştur.Kız anksiyete hastalarında bu oran %26.6(n=6), erkek anksiyete hastalarında %57.1(n=2)'dir. İntihar girişimi oranları ise bu grup için %6.7(n=2) olarak bulunmuştur. Bu grup için de intihar girişiminde bulunanların %100'ü (n=2)kızlardan oluşmaktadır.

DEHB grubunda self mutilasyon görülme oranı %30 (n=9)olarak bulunmuştur.Kız hiperaktiflerde bu oran %9.09(n=1), erkek hiperaktiflerde %42.1(n=8)dir. İntihar girişimi oranları ise %6.7(n=2) olarak saptanmış ve %100'ü(n=2) kızlardan oluşmaktadır.

Kontrol grubunda self mutilasyon görülme oranı %12.1(n=11) olarak bulunmuştur.Bu oran kızlar için %13.1(n=5), erkekler için %11.3(n=6)dır.İntihar girişimi oranı ise %5.5 (n=5) olup %100'ü kızlardan oluşmaktadır.

Görüldüğü üzere DEHB ve kontrol grubunda self mutilasyon görülme sıklığındaki cinsiyet oranları tersine dönmüştür(erkek>kız). Ancak self mutilasyon oranları ile farklı cinsiyetler arasında istatikselsel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır( $x^2=1.2$   $p>0.05$ ). İntihar girişimi oranlarında ise kız

cinsiyet anlamlı oranda farklılık göstermektedir. ( $\chi^2=21.6$   $p<0.05$ ). Self mutilasyon ve intihar girişimi ile ilgili bulgular Tablo 5 ve Tablo 6'da özetlenmiştir.

Tablo 5. Gruplardaki self mutilasyon ve intihar girişimi oranları

	Self mutilasyon				intihar girişimi				total
	<u>Var</u> (n)	%	<u>yok</u> (n)	%	<u>var</u> (n)	%	<u>yok</u> (n)	%	top.
<b>Dissosiyatif Bozukluk</b>	21	80.8	5	19.2	17	65.4	9	34.6	26
<b>Depresyon</b>	11	36.7	19	63.3	12	40.0	18	60.0	30
<b>Anksiyete Bozukluğu</b>	8	26.7	22	73.3	2	6.7	28	93.3	30
<b>DEHB</b>	9	30.0	21	70.0	2	6.7	28	93.3	30
<b>Kontrol</b>	11	12.1	80	87.9	5	5.5	86	94.5	91
<b>Toplam</b>	60	28.99	147	71.01	38	18.4	169	81.6	207
				$\chi^2=47.4$ $p<0.05$				$\chi^2=63.2$ $p<0.05$	

Tablo 6. Cinsiyete göre self mutilasyon ve intihar girişimi dağılımları

<b>CİNS</b>	<b>SELF MUTİLASYON</b>				<b>İNTİHAR GİRİŞİMİ</b>				<b>TOTAL</b>
	<b><u>Yok</u></b>	<b>%</b>	<b><u>var</u></b>	<b>%</b>	<b><u>yok</u></b>	<b>%</b>	<b><u>var</u></b>	<b>%</b>	<b>%100</b>
<b>Erkek</b>	69	75	23	25	88	85.6	4	4.4	92
<b>Kız</b>	78	67.8	37	32.2	81	70.4	34	29.6	115
<b>Toplam</b>	147	28.9	60	71.01	169	81.6	38	18.4	207
				$\chi^2=1.2$ $p>0.05$ (anlamlı değil)				$\chi^2=21.6$ $p<0.05$	

CDI, SCARED, ADES, TR\_TOTAL, DUY\_TR, FZK\_TR, DUYG\_İHM, FZK\_İHM ortalama skorları self mutilasyon ortaya çıkan grupta anlamlı oranda yüksek olarak bulunmuştur( $p<0.05$ ). Sadece CNS\_TR ortalama skorları self mutilasyon için anlamlı bulunmamıştır( $p>0.05$ ).

İntihar davranışı gösteren grupta ise CNS\_TR da dahil yukarıdaki tüm parametrelerin ortalama skorları anlamlı oranda yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Self mutilasyon ve intihar davranışı gösterenlerdeki ortalama skorlar Tablo 7'de görülmektedir.

### **4.3 Self Mutilasyon ve İntihar davranışı oluşumunda etkili faktörler:**

#### **Lojistik Regresyon**

Self mutilasyon ve intihar davranışı ortaya çıkışında etkili olan faktörlerin belirlenmesi amacıyla lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Aynı ayrı yapılan lojistik regresyon analizinde önce self mutilasyon, ikincisinde de intihar davranışı bağımlı değişken olarak alınmıştır. CDI, SCARED, A-DES, tanı grubu, DYG\_TR, FZK\_TR, CNS\_TR, DYG\_İHM, FZK\_İHM skorları ve cinsiyet bağımsız değişkenler olarak alınmış olup bu 10 faktörün self mutilasyon ve intihar davranışı üzerindeki etkileri incelenmiştir. Bağımsız 10 faktörün seçimi daha önce bahsedilen varyans analizi, ki kare ve ikili karşılaştırmalar neticesinde yapılmıştır.

Tablo 8'de self mutilasyon için lojistik regresyon verileri sunulmuştur. Görüldüğü gibi tüm faktörler göz önüne alındığında self mutilasyonun ortaya çıkışındaki en yüksek etki A-DES skoru tarafından oluşmaktadır(Wald=19.3  $p=0.000$ ). İkinci sırada etkili olan faktör psikiyatrik tanıdır(Wald=5.1  $p=0.003$ ). Diğer 8 faktörün hiçbirisi istatistiksel olarak anlamlı bir katkı oluşturmamıştır.

İntihar davranışı için yapılan lojistik regresyon analizinde aynı bağımsız değişkenler değerlendirmeye alınmıştır ve Tablo 9'da gösterildiği gibi intihar girişimi için en belirleyici faktör cinsiyet olmuştur(Wald=9.1  $p=0.002$ ). İkinci sırada belirleyici olarak depresyonu ölçen CDI skoru yer almıştır(Wald=6.8  $p=0.009$ ). Son olarak psikiyatrik tanı (Wald=6.4  $p=0.011$ ) etkili bulunmuş, diğer 7 faktörün istatistiksel olarak negatif sonuç verdiği tespit edilmiştir.

Tablo 7. Self mutilasyon ve intihar girişimi ile travma ve diğer ölçeklerin ilişkisi

	<b><u>self mutilasyon</u></b>			<b><u>intihar girişimi</u></b>		
	<u>ortalama skorlar</u>			<u>ortalama skorlar</u>		
	<u>yok</u> (n=147)	<u>var</u> (n=60)		<u>yok</u> (n=169)	<u>var</u> (n=38)	
<b>CDI</b>	14.6±7.5	22.8±8.8	p<0.05	15.0±7.6	25.9±8.0	p<0.05
<b>SCARED</b>	26.4±14.1	34.8±15.2	p<0.05	26.4±14.0	39.3±14.2	p<0.05
<b>ADES</b>	62.3±41.7	130.5±55.2	p<0.05	71.7±49	128.1±59.1	p<0.05
<b>DUY_TR</b>	19.9±7.0	28.6±12.4	p<0.05	20.8±8.0	29.4±13.2	p<0.05
<b>FZK_TR</b>	9.1±2.8	13±7.0	p<0.05	9.4±3.5	13.8±7.5	p<0.05
<b>CNS_TR</b>	8.1±3.2	8.8±4.6	p>0.05 (a.d)*	8.0±3.0	9.7±5.6	p<0.05
<b>DYG_İHM</b>	37.9±13.8	47.2±16.1	p<0.05	38.4±14.0	50.3±15.8	p<0.05
<b>FZK_İHM</b>	9.3±2.2	10.8±4.2	p<0.05	9.3±2.1	11.7±5.1	p<0.05
<b>TR_TOTAL</b>	7.6±1.7	9.8±3.4	p<0.05	7.8±1.8	10.4±3.8	p<0.05

n= sayı

\*= anlamlı değil

Tablo 8. Lojistik regresyon analizine göre self mutilasyonu etkileyen faktörler

	Wald	Sig.
<b>ADES</b>	19.318	0.000 (p<0.005)
<b>GRUP*</b>	5.133	0.023 (p<0.005)
<b>SCARED</b>	1.405	0.236
<b>CNS_TR</b>	1.397	0.237
<b>CDI</b>	1.032	0.310
<b>CİNSİYET</b>	0.585	0.444
<b>DYG_TR</b>	0.248	0.618
<b>FZK_İHM</b>	0.136	0.712
<b>DYG_İHM</b>	0.018	0.894
<b>FZK_TR</b>	0.001	0.970

\*=grup tanısı

Tablo 9. Lojistik regresyon analizine göre intihar davranışını etkileyen faktörler

	Wald	Sig.
<b>CİNSİYET</b>	9.189	0.002 (p<0.005)
<b>CDI</b>	6.809	0.009 (p<0.005)
<b>GRUP*</b>	6.471	0.011 (p<0.005)
<b>FZK_İHM</b>	2.837	0.092
<b>ADES</b>	1.211	0.271
<b>DYG_TR</b>	1.188	0.276
<b>DYG_İHM</b>	1.056	0.304
<b>FZK_TR</b>	0.280	0.597
<b>SCARED</b>	0.059	0.809
<b>CNS_TR</b>	0.005	0.943

\*=grup tanısı

## 5. TARTIŞMA

Dissosiyatif bozukluklar sık görülen, polisemptomatik seyreden, tamamı çocukluk döneminde başlamasına rağmen çoğu zaman yetişkinlikte bile yanlış tanımlarla takip edilen bir hastalık grubudur. Çocukluk çağı travmaları ile ilişkili olduğu bilinmektedir(59,75,76). Self mutilasyon ve intihar girişimi sıklığı ile dissosiyatif yaşantılar beraberliği ile ilgili de yayınlar mevcuttur(93,99,100). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde dissosiyatif bozukluk hastalarının polisemptomatik seyrettiği, travma, self mutilasyon ve intihar girişimi ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Patolojik dissosiyasyonla ruhsal travma ilişkisini gösteren 4 farklı veri alanı vardır: Birincisi, dissosiyatif bozukluğu bulunan hastaların %90-%100'ünün çocukluk döneminde ağır travma yaşadıklarını belirttikleri olgu serileridir. İkincisi, çeşitli dissosiyasyon ölçümleri ile ruhsal travması olan ve olmayan kişilerin karşılaştırıldığı çalışmalardır. Travması olan kişilerin, olmayanlara göre önemli derecede daha yüksek dissosiyatif belirtiler gösterdikleri saptanmıştır. Üçüncüsü, travması olan gruplarda, istismarın başladığı yaş ve istismarın süresi gibi travmanın derecesi ile ilgili faktörlerin dissosiyasyonun şiddeti ile ilgili olduğunu gösteren çalışmalardır. Çocuk istismarının başlangıç yaşı ne kadar küçükse, o ölçüde şiddetli dissosiyasyon görülmektedir. Dördüncüsü, travma esnasındaki dissosiyasyonun (peritravmatik dissosiyasyon) daha sonraki travma sonrası stres bozukluğu gelişiminde çok güçlü bir role sahip olduğunu gösteren çalışmalardır(55,100). Bizim çalışmamızda dissosiyatif bozukluk grubunun travma total puan ortalaması  $10.8 \pm 3.2$  olarak bulunmuştur ve bu ortalama puan diğer grupların ortalamalarından yüksek olarak saptanmıştır. Diğer travma türlerinde de dissosiyatif bozukluk grubunun puanları yüksek olarak bulunmuştur. Depresyon grubunda travma total puanı, duygusal ihmal ve duygusal travma puanlarının diğer gruplara göre yüksek çıkması yine dikkat



çekici bir durumdur. Bu da travma sıklığının farklı psikopatolojilerin ortaya çıkması ile alakalı olduğunu göstermektedir. Travma ölçeği alt grup puanları incelendiğinde ise cinsel travma ve fiziksel ihmal puanlarında gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır.

Çeşitli klinik popülasyonlarda yapılan çalışmalar psikiyatrik tedavi için başvuran kadın ve erkeklerde çocukluk çağındaki ya da yetişkin hayattaki cinsel ve fiziksel travmaların yüksek oranda olduğunu göstermiştir ve bu hastalar arasında dissosiyatif bozukluk yaygındır(121,122). Dissosiyatif kimlik bozukluğu hastalarında çocukluk çağı cinsel tacizi %68.0 ile %90.2 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir(123).Yine dissosiyatif kimlik bozukluğu hastalarında çocukluk çağı fiziksel taciz oranı, erkeklerde daha yüksek olmak üzere %60 ile %94 arasında bulunmuştur. Çocukluk çağı cinsel ve veya fiziksel taciz oranları %88.5 %96.0 dır(123). Diğer türlerdeki çocukluk tacizleri de bu kişilerde yüksek orandadır. Bunlar aile içi şiddete ya da ölüme tanıklık etme, ihmal edilme, tıbbi kötüye kullanım, hapsedilme, çocuk pornografisi gibi yasadışı aktivitelere katılma, emosyonel taciz (sürekli olarak aşağılanma, alay edilme ya da tehdit edilme) ve sistemli sadistik tacizlerin diğer türleridir. Bildirilen tacizler birinci derecede aile içidir. Tacizler genellikle 5 yaşından önce başlamıştır ve bir çalışmaya göre cinsel tacizin ortalama süresi 11.7 yıl, fiziksel tacizin 14.0 yıldır(124).

Bizim çalışmamızda ise cinsel travma puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir ayrılık saptanamamıştır. Çalışmamızdaki bütün hastalara ilk görüşme sonrasında ölçekler verilerek doldurmaları istenmiştir. Aynı durum dissosiyatif bozukluk grubu hastaları içinde geçerliydi. Hastalar henüz bir terapi sürecine alınmadan travma ile ilgili soruları yanıtlamışlardır ve cinsel travma ve ensest gibi toplumda tabu olan ve baskı ile karşılanabilecek hassas konularda gerçekçi bilgiler vermemiş olabilirler. Dissosiyatif bozukluk hastalarında travmatik yaşantıların hemen belirlenemediği, bazen terapi sürecinin çok ilerleyen zamanlarında (6 ay ila 1 yıl) ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır. Bu çalışmamızın kısıtlılığı olarak sayılabilir. Dolayısı ile bizim ulaştığımız cinsel travma ve diğer travma türleri ile ilgili verilerin gerçek yaşamdaki travma oranlarını gösterdiği savunulamaz. Bizim vakalarımızda cinsel travma

puanlarının beklenenden düşük çıkmasının nedeni; özellikle Türk toplumunda bu gibi konuların dile getirilmesinden duyulan utanç, bunun ortaya çıkmasının yarattığı toplumsal baskı ve korku olabilir.

Dissosiyatif bozukluklar diğer bütün psikiyatrik bozukluklardan daha sık olarak çocukluk çağı travmaları ile ilişkilendirilmiştir(40). Dissosiyatif bozukluğun bu kadar sık olması şaşırtıcı değildir, çünkü etyolojisindeki en önemli etkenlerden birisi olan travmatik yaşantılar da genel popülasyonda oldukça sıktır.Sözgelimi İkinci Dünya Savaşı, çok sayıda yer değiştirmiş, şiddete şahit olmuş, ebeveynini ve arkadaş çevresini yitirmiş, beslenme ve eğitim yetersizliği yaşamak zorunda kalmış çocuk ortaya çıkarmıştır. Bu çocuklarla ilgili gözlemler sonucunda Rene Spitz, genel olarak çocuk ruh sağlığını derinden etkileyen ve özelde de çocukluk dönemi ruhsal travmalarının sonuçlarının anlaşılmasına yol açan psikik hospitalizm ve anaklitik depresyon tablolarını tanımlamıştır(7). Savaşlar,doğal afetler, kazalar, hastalıklar ve aşırı fakirlik gibi istismar kavramı dışında kalan ve özellikle -kitlesele olarak- gelişmemiş ülkelerin çocuklarını etkileyen travmatik yaşantıların sonuçlarının gözlemlendiği bir zaman dilimi olmanın yanı sıra bu yüzyıl çocuk istismarı kavramı ile açıklanan ve insan eli ile oluşturulan bir grup örseleyici yaşantının tanımlanmasına da olanak sağlamıştır. 1962 yılında Kepme ve arkadaşları dövülmüş çocuk sendromunu ve 1972 de Caffey ve arkadaşları dövülmüş bebek sendromunu tanımlamışlardır. Şimdiye kadar ruhsal travma ile ilgili yapılan çalışmaların büyük bir çoğunluğunun gelişmiş batı toplumlarıyla ve erişkin nüfus ile ilgili olduğu görülmektedir. Oysa, gelişmekte olan ülkeler ve özellikle de çocuklar ruhsal örseleyici yaşantılara çok daha yoğun olarak maruz kalmaktadırlar. Savaş, doğal afet, fakirlik, eğitimsizlik, trafik kazaları, salgın hastalıklar, göç, politik ya da dinsel terör, toplumsal şiddet gibi istismar kavramı dışında kalan travmatik yaşantılar neredeyse bütünüyle Türkiye'nin de içinde bulunduğu gelişmekte olan ülkeleri etkilemektedir. Etiyolojisinde neredeyse %100 oranında travma bulunan, diğer psikiyatrik bozukluklar içinde en sık travma ile ilişkilendirilen bozukluk olan dissosiyatif bozukluklar çocukluk çağında tanındığında çok daha kolay tedavi edilebilen bir rahatsızlıktır(40). Bu bozukluğun, tacizle mücadele etmek ve yaşamı sürdürmek için oluşturulan dissosiyatif bir strateji olduğu anlaşılmaktadır(13). Bizim

olgularımızda da travma ölçeği ortalama puanlarının diğer gruplardan yüksek çıkması hastalığın travma ile ilişkisini doğrulamaktadır. Hatta yukarıda bahsedilen nedenlerden belki de gerçek travma oranlarının çok daha yüksek olabileceği söylenebilir. Esas önemli olan nokta ise travmanın ortaya çıkarılıp, çocuğun travmatik ortamdan biran evvel uzaklaştırılmasıdır.

Bugüne kadar yapılmış çalışmalarda saptanan hastaların çoğunluğunu kadınlar oluşturmuştur. Kadın hastaların oranı çeşitli dissosiyatif kimlik bozukluğu serilerinde %87.7 ile %100 arasında değişmektedir(18, 125). Erişkin hastalarda tanı alma sırasındaki yaş ortalamaları 30'un üzerindedir. Dissosiyatif bozukluk olan erkeklerin çoğunluğunun tedavi için psikiyatrik sisteme değil, suç işleyerek adli sisteme girdikleri ve bu yüzden tanınamadıkları yolunda yaygın bir inanç vardır(40). Kluff (126) dissosiyatif kimlik bozukluğu olan erkek adölesanların büyük bir bölümünün otoritelerle problemler yaşadıklarını bulmuştur. Bliss(127), cinsel saldırı gerçekleştiren suçlular arasında dissosiyatif bozukluğun yüksek oranda olduğunu bulmuştur. Aynı zamanda bugüne kadar erkek dissosiyatif bozukluk hastalarının çoğu çocuk yaştadır. Bütün bu veriler ışığında dissosiyatif bozukluk olan erkeklerin yaşları ilerledikçe kliniğe daha az yansdıklarını söyleyebiliriz. Türkiye'de adölesan dissosiyatif bozukluk hastaları arasında erkeklerin yetişkin dissosiyatif bozukluk hastalarından daha sık olduğu gösterilmiştir(128). Çocuk ve adölesanlarda bildirilen epidemiyolojik çalışmalarda kız:erkek oranı 2:1 ile 14:1 arasında değişmektedir. Ancak bu oran yukarıda sözü edilen nedenlerden gerçeği yansıtmayabilir. Bizim çalışmamızda, bugüne kadar yapılan çalışmalara paralel olarak dissosiyatif bozukluk grubunda kız hasta oranı daha yüksekti. Hastaların %85.6'sı(n=22) kız, %15.4'ü(n=4) erkekti.

Dissosiyatif bozukluk klinik olarak hem bir çok ruhsal bozukluğu taklit eder, hem de gerçek anlamda birçok ruhsal bozuklukla komorbidite gösterir. Dissosiyatif bozukluğu olan çocuklar aşırı derecede değişkendir. Bazen hoş ve uyumlu bazen de şikayetçi, huzursuz, üzgün ve ağlamaklı olabilirler. Farklı kişilikler farklı şeyler yaşarlar, farklı hayat öyküleri ve bu yüzden farklı hafızaları vardır. Taciz edilmenin yükünü taşıyan kişilikler sıklıkla kronik olarak üzgün ve kırgındırlar. Bu alter kişiliklerin aktif olduğu duruma göre çocuğun

duygudurumunda belirgin dalgalanmalar oluşur. Bu nedenle sıklıkla duygudurum bozukluğu tanısı alırlar. Eğer yalnızca depresif duygudurum gözlenirse tek kutuplu (unipolar), bazen bunun yanı sıra öforik ve mutlu bir alter aktifse çift kutuplu (bipolar) duygudurum bozukluğu olduğu düşünülür. Eğer sık kişilik değişiklikleri yaşıyorsa hızlı döngülü duygudurum bozukluğu tanısı konulabilir.

Travma sonucu oluşan kompleks biyolojik ve psikolojik süreçlerin neticesinde gerçekten bir depresif bozukluğun bulunabileceği de bilinmelidir. Yoğun ve uzun süreli travma kronik disforik bir duyguduruma, kendine fiziksel zarar verme davranışlarına ve suisid girişimlerine, distimi ve depresyon gelişmesine neden olabilir(19,55). Ülkemizde yapılan bir çalışmada Dissosiyatif bozukluk bulunan 36 hastada depresif semptomların oranı %24-88 olarak bulunmuştur(129). Ergenler çocuklara göre depresif belirtileri daha fazla ortaya koymaktadırlar. Bu oran Dell ve Eisenhower'in(130) ergen serisinde %82, Hornstein ve Putnam'ın(131) çocuk ve ergen serisinde %82-88, Coons'un(71) çocuk ve ergen serisinde %64-88 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda, Çocuklar için Depresyon ölçeği (CDI) puanlarına baktığımızda dissosiyatif bozukluk grubunun ortalama puanının  $24.0 \pm 7.9$ , depresyon grubunun ortalama puanının  $24.6 \pm 5.6$ , anksiyete bozukluğu grubunun ortalama puanının ise  $20.1 \pm 7.7$  olduğunu görmekteyiz. Bu üç grubun puanı kontrol ve DEHB grubunun puanından anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Yukarıda belirtilenlere paralel olarak bizim bulgularımızda da dissosiyatif bozukluk bulunan hastalarda depresif belirtiler hayli yüksek olarak bulunmuştur. Hatta depresyon tanılı hasta grubu ile hemen hemen aynı ortalama puanı tutturmuşlardır. Dissosiyatif bozukluk tanılı hastaların birçoğunda komorbid depresyon tanısı da bulunmaktadır.

Depresif belirtilere benzer şekilde anksiyete belirtileri de bu hastalık grubunda yüksek oranda görülebilmektedir. Çalışmamızda Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği(SCARED) ortalama puanlarına baktığımızda; dissosiyatif bozukluk grubunda  $41.1 \pm 15.9$ , depresyon grubunda  $30.5 \pm 14.0$ , anksiyete bozukluğu grubunda  $43.1 \pm 12.4$  olarak bulunmuştur. Dissosiyatif bozukluk ve anksiyete bozukluğu grubunun ortalama puanları diğer gruplardan

anlamli olarak yu'ksek bulunmuştur ve bu da dissosiyatif bozukluk grubunda yu'ksek oranda komorbid anksiyete bozukluğu olabileceği ya da anksiyete belirtilerinin çok yoğun oranda yaşandığını göstermektedir.

Dissosiyatif bozukluk geniş bir semptom yelpazesine sahip, sık görülen ancak doğru tanının genellikle zamanında konamadığı bir hastalık grubudur. Erişkinlerde 50-256 hastalık hasta serileri üzerinde yapılan 4 bağımsız çalışma, bu hastaların dissosiyatif bozukluk semptomları ile psikiyatrik tedavi sistemine girmeleri ve dissosiyatif kimlik bozukluğu tanısı almaları arasında geçen srenin ortalama 7 yıl olduğunu ve bu süre içinde 4 farklı tanı aldıklarını göstermiştir(125,132,133). Genellikle hekim çok sayıda ve sürekli değişim gösteren psikiyatrik semptomlara dayanarak, tanı koyarken daha yaygın görüldüğünü düşündüğü diğer bozukluklara ağırlık verir. Psikoz, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu, epilepsi, depresyon ve öğrenme bozuklukları en sık konulan tanılardır. Dissosiyatif bozukluk hastalarının neredeyse tümü işitsel varsanılar yaşarlar. Beraberinde bulunan dışarıdan kontrol edildiğini hissetme, mantık dışı düşünce süreçleri ve karışık bir bilişsel işlev sergilemeleri, blokaj, çağrışım dağılması ya da uygunsuz duygulanım izlenimi yaratan sanki psikotik belirtiler çocukluk ağı şizofrenisini düşündüren semptomlardır. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite ile karıştırılmasına neden olan semptomlar ise şöyle sıralanabilir. Bu ocuklar amnezileri ve dalgınlıkları nedeni ile dikkat işlevlerinin bozuk olduğu izlenimini verebilirler. Bazı alter kişiliklerinin etkisi ile aşırı hareketli ve impulsif olabilirler. Davranış, duygulanım ve algılamada DEHB'na benzer belirtiler sergileyebilirler.

Dissosiyatif bozukluklar ile sık karışabilen bir durum da epilepsilerdir. Dalgınlıklar, trans benzeri davranışlar ya da kısa süreli hipnotik kökenli göz fiksasyonları ile çocuğun çevreden koptuğu ve sorularına yanıt vermediği durumlar nedeniyle klinisyenin aklına kolaylıkla absans tipi epilepsi gelebilir. Bazen temporal lob epilepsileri ile karışabilen nöbetler bazen de grand mal epilepsiyi taklit edebilir (pseudoseizure). Bu şekilde bir epileptik nöbeti taklit eden ve yalancı nöbet olarak isimlendirilen epizodik yaşantıların çocukluk ağı travmaları ve ensest ile ilişkisi bir çok çalışmada gösterilmiştir(19,55). Çalışmamızdaki bir olgu da epilepsi tanısı ile tedavi almakta iken yalancı nöbet

düşünülerek bize yönlendirilmiş ve yapılan klinik değerlendirme ve Dissosiyatif Bozukluklar İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi(SCID-D) ile değerlendirme sonucunda dissosiyatif bozukluk tanısı almıştır. Diğer hastaların da EEG tetkikleri yapılmış herhangi bir bozukluk saptanmamıştır.

Yukarıda değinilenden başka psikosomatik ağrı ve yakınmalar, duygudurum dalgalanmaları, intihar girişimleri, bedenine zarar verme davranışları, epizodik öfke, stabil olmayan insanlararası ilişkiler, kötü bir sosyal uyum yeteneği ve impulsivite, epizodik sanki psikotik semptomlar kronik dissosiyatif bozukluğu olan çocukların “borderline” olarak tanımlanmalarına yol açar. Akran, aile bireyleri ve otorite figürü olan kişilerle kavga, epizodik şiddet ve saldırganlık davranışları, yalan söyleme, çalma, uygunsuz cinsel davranışlar, evden ya da okuldan kaçma, yanlış davranışlarından sonra suçluluk duymama, kendisini tanımlarken başka isimler ya da rumuzlar kullanma gibi semptomlar ise bu çocuklara davranım bozukluğu tanısı konmasına yol açar.Klinik olarak bizim gözlemlerimize göre de çalışmaya dahil edilen dissosiyatif bozukluk hastaları tüm bu yukarıdaki tanıları alabilecek kadar zengin semptomatolojiye sahiptirler.

İntihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı gösteren psikiyatrik hastalarda çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve dissosiyatif yaşantıların diğer hasta grubuna göre oldukça sık olduğunu bildiren yayınlar vardır(111). Yine dissosiyatif bozukluk hastaları, psikiyatrik hastalar içinde kendisine fiziksel zarar verici davranışları büyük olasılıkla en yüksek olan tanı grubudur. Bu hastalarda intihar girişimleri de diğer gruplardan daha sıktır(10). Çocuk yaş grubunda intihar ve kendine zarar verme davranışı ile travmatik yaşantıların sıklığını araştıran ilk çalışma Green tarafından yapılmıştır(113). Örseleyici ruhsal yaşantılara bağlı olarak oluşan kendine fiziksel zarar verme davranışı, sadece insanoğlunda değil, daha basit canlılarda da gözlenebilmektedir. Örneğin bebekliklerinde izole edilerek anne bakımı almaları engellenmiş olan rhesus maymunlarının kendilerini dövme, kafalarını sert yerlere vurma ve kafa sallama gibi davranışlar gösterdikleri belirtilmiştir. Dolayısı ile kendine zarar verme davranışlarının, primer olarak çatışma, suçluluk, süperegö baskısı ve kendine yönelik agresyon gibi dinamik etkenlerden ziyade, bebeklik ve çocukluk

döneminde bakım veren kişiyle yaşanan travmatik ilişki neticesinde ortaya çıkan ve daha basit canlılarda da gözlenebilen ilkel bir davranış örüntüsü olduğu bilinmektedir(2). Aslında çocuk ruh sağlığı uzmanları kendine zarar verme davranışının psikolojik travma dışı nedenlerle oluşabilen şekilleri ile çok sık karşılaşmaktadırlar. Yaygın gelişimsel bozukluklar, zeka gerilikleri , yıkıcı davranış bozuklukları, çocukluk çağı depresyonları, Tourette Bozukluğu, Lesch-Nyhan Sendromu, Cornelia De Lange Sendromu gibi tıbbi durumlar bunlardan bir kaçıdır. Dolayısıyla kendine zarar verme davranışı çocukluk travmasına özgü bir bulgu değildir, sadece nedenlerden bir tanesidir.

Green fiziksel istismara uğramış çocuk ve ergenlerin %41'inin intihar ve kendine zarar verme davranışı gösterdiklerini ve kontrol grubundaki sağlıklı çocuklarda bu oranın anlamlı bir şekilde düşük olduğunu göstermiştir. Bizim çalışmamızda dissosiyatif bozukluk grubunda self mutilasyon oranı %80.8(n=21) olarak bulunmuştur . Erkek dissosiyatiflerde bu oran %75(n=3), kız dissosiyatiflerde ise %81.8(n=18) olarak saptanmıştır. İntihar girişimi sıklığı ise %65.4(n=17)olarak bulunmuştur. Bu oranın ise %100'ünü kızlar oluşturmaktadır. Görüldüğü gibi çalışmamızın sonucunda literatür bilgisiyle paralel dissosiyatif bozukluk hastalarında çok yüksek oranlarda self mutilasyon ve intihar girişimi saptanmıştır.

Ülkemizde yapılan ergen yaş grubunda ruhsal travmatik yaşantılar ile kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi arasında belirgin bir ilişki saptanmıştır(134). Yine aynı çalışmadaki bir diğer bulgu da esas olarak dissosiyatif bir psikopatolojiye sahip olan bireylerin, diğer psikiyatrik hasta gruplarından ve normallerden ayırt edilmesi amacıyla geliştirilmiş bir tarama testi olan Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ile elde edilen puanların, psikiyatriye başvurmayan ve lise eğitimini devam ettirebilen ergenlerden oluşan bir popülasyonda çocukluk çağı travmalarının şiddetiyle ilişkili bulunması, çocukluk çağı travmalarının sadece klinik popülasyonda gözlenen ağır ve kronik dissosiyatif bozukluk tablolarının değil, klinik dışı popülasyondaki dissosiyatif yaşantıların etiolojisinde de rol oynadığını gösterdiği(134). Aynı zamanda, artmış dissosiyasyon düzeyleriyle, kendine zarar verme davranışlarının çok yüksek oranda birliktelik gösterdiği de ortaya çıkmaktadır. Dissosiyasyon

çoğunlukla kendine zarar verme davranışına eşlik eder. Bir çok hasta kendine zarar verme davranışından hemen önce kendilerini uyuşmuş ya da ölü gibi hissettiklerini ifade etmektedirler(93,99). Bazı hastalar da dayanılmaz şiddetteki depersonalizasyon, derealizasyon ve diğer dissosiyatif belirtilerden kurtulmak amacı ile kendilerine fiziksel olarak zarar verdiklerini belirtmektedirler. Bizim gözlemlerimize göre de, travma kurbanı bazı ergenler, tedavinin travmatik abreaksiyon evresi gibi bazı dönemlerinde daha yoğun kendine zarar verme davranışı sergilemekte ve bunu içlerinde yaşanan yoğun acının, dışarıdan kendi oluşturdukları -kendi kontrolleri altında olan- bir acıyla yer değiştirmesi amacıyla yaptıklarını ifade etmektedirler. Çalışmamızda Adölesan Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ile değerlendirilen tüm gruplar içerisinde dissosiyatif bozukluk grubunun ortalama puanları tüm gruplara göre anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Dissosiyatif bozukluk grubunda; self mutilasyon oranının %80.8, intihar girişimi oranının % 65.4 bulunduğunu, travma ölçeğinin diğer ölçeklerden anlamlı yüksek çıktığını göz önüne aldığımızda dissosiyasyonun derecesinin en patolojik hali olan dissosiyatif bozuklukların travma, self mutilasyon ve intihar girişimi ile ilişkili olduğu söylenebilir. Bir başka deyişle travmanın dissosiyasyona yol açtığı, self mutilasyon ve intihar girişimi ile alakalı olduğunu söyleyebiliriz. Ulaştığımız bir diğer sonuç ise self mutilasyonda tüm gruplarda cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı, ancak intihar girişimlerinde kız cinsiyetin baskın olduğudur.

Self mutilasyon ve intihar davranışı etyolojik olarak birbirinin devamı gibi görünse de çalışmamızın sonuçları öyle olmadığını göstermiştir. Self mutilasyon dissosiyasyonun derecesi ile ilişkili bulunurken intihar davranışında bu ilişki saptanamayıp, bu davranışın depresyon skorlarının yüksekliği ile alakalı olduğu bulunmuştur. Self mutilasyonda yüksek dissosiyasyon düzeyleri etkili olmakla birlikte, ayrıca psikiyatrik tanının da etkili olması yüksek seviyeli dissosiyasyondan bağımsız olarak dissosiyatif bozukluk tanısının da ayrıca güçlü bir faktör olarak self mutilasyona neden olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgu literatürde dissosiyatif bozukluğu oluşturan dissosiyasyonun ağır dissosiyatif durumlar ifade eden ve normal dissosiyasyondan farkının sadece miktar olduğunu iddia eden yelpaze kuramını desteklememekte, buna karşın



Putnam ve arkadaşlarının (55) ortaya koyduğu gibi dissosiyatif bozukluğu oluşturan dissosiyasyonun sadece miktar olarak aşırı düzeyde ortaya çıkan dissosiyasyon değil, aynı zamanda farklı ve patolojik tipte (kalitatif farklılık) bir dissosiyatif eğilim olduğunu ortaya koymaktadır.

Sonuçta dissosiyatif süreç self mutilasyona neden olmaktadır fakat, dissosiyatif sürecin farklı ve en patolojik düzeyi olan dissosiyatif bozukluk tanısı süreçten bağımsız olarak self mutilasyon açısından ekstra bir katkı ortaya koymaktadır. Buradan kliniğe yönelik şöyle bir çıkarsama yapılabilir, yüksek dissosiyatif kapasite self mutilasyona yatkınlık yaratır fakat bu açıdan en tehlikeli ve dikkat edilmesi gereken grup dissosiyatif bozukluk grubudur. Klinisyen self mutilasyonun tedavisinde dissosiyatif boyutun farkında olmalı ve bunun çözümüne tedavi süreci içinde yer vermelidir. Dissosiyasyon travmadan kaynaklanmaktadır ve travmanın oluşturduğu destrüktif süreç dissosiyasyonun mediyatörlüğünde gerçekleşmektedir. Yani travma self mutilasyon ilişkisinde esas bağlantı noktası dissosiyasyondur. Dolayısıyla post travmatik tedavi dissosiyatif kapasiteyi dikkate alarak yürütülmeli, dissosiyatif bozukluk tanısı gözden kaçırılmamalıdır.

## 6. SONUÇLAR

Tamamı çocuklukta başlayan dissosiyatif bozukluklar yaşanan ciddi çocukluk çağı travmaları sonucunda ortaya çıkar. Bu travmalar; cinsel, fiziksel, duygusal istismar, fiziksel ve duygusal ihmal veya şiddete tanıklık etme şeklinde olabilir. Çocuklar bu travmalara karşı kendilerini koruyamayacak kadar güçsüzdürler ve yaşanan travmanın fiziksel ve ruhsal etkilerini -acı, öfke, korku, yas gibi – uzaklaştırabilmek için otomatik ve primitif psikobiyojik bir savunma düzeneği olarak dissosiyasyonu kullanırlar.

Dissosiyatif bozukluklar diğer psikiyatrik bozukluklardan daha sık olarak travma ile ilişkili bulunmuştur. Travmanın şiddeti ve süresi de bozukluğun derecesini ve dissosiyasyonun şiddetini etkiler.

Çocukluk ve ergenlik dönemi dissosiyatif bozuklukları, diğer ciddi çocukluk dönemi psikiyatrik bozuklukları gibi depresyon, anksiyete, somatizasyon bozukluğu, hiperaktivite, davranım bozukluğu ve post travmatik stres bozukluğu belirtileri ile eş zamanlılık gösterir. Bizim çalışmamızda da dissosiyatif bozukluk bulunan ergenlerde depresyon ve anksiyete belirtileri en az bu bozukluk gruplarındaki kadar yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızın bir diğer önemli sonucu da dissosiyatif bozukluk hastalarında kendine zarar verme (self mutilasyon) davranışı ve intihar girişimi oranlarının anlamlı oranda yüksek olduğudur. Ayrıca ruhsal travmatik yaşantılar ile kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi arasında da bir ilişki bulunmaktadır. Aynı zamanda, artmış dissosiyasyon düzeyleri ile, kendine zarar verme davranışlarının çok yüksek oranda birliktelik gösterdiği görülmektedir. İntihar girişimi ise self mutilasyondan ayrı dissosiyasyonla ilişkilendirilmemiş, psikiyatrik tanı ve kız cinsiyetle bağlantılı bulunmuştur.

Dissosiyatif bozukluklar bir çok ruhsal hastalıkla karışabilecek belirtilere sahiptir ve bir çok ruhsal hastalıkla birliktelik gösterir. Bu özelliği yüzünden genellikle tanı koyma aşamasında kolayca atlanabilir. Oysa erken tanı başarılı

bir tedaviye ve çocuğun psikolojik travmadan korunmasına yol açar.Tedavi edilmediğinde çok yüksek oranda psikiyatrik morbidite oluşturan kronik bir hastalıktır.

Travma ile ilişkisi bulunan, kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi oranlarının diğer psikiyatrik hasta gruplarından çok daha yüksek olduğu ve farklı psikiyatrik semptomların eşlik ettiği bu bozukluk ülkemizde de yeterince tanınamaktadır. Travmaya maruz kalma oranının gün geçtikçe arttığı dünyada ve ülkemizde, bu bozukluğun çocukluk döneminde ortaya çıkarılıp daha kolay tedavi edilebilmesi için çocuk ruh sağlığı ile ilgilenen uzmanların travmaya ve self mutilasyona yaklaşımda artmış dissosiyatif kapasiteyi göz önünde bulundurması gerekmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Boon S, Draijer N. Multiple Personality Disorder in the Netherlands: A Clinical Investigation of 71 Patients. *Am J Psychiatry* 1993;150:489-494.
2. Van der Kolk BA, Van der Hart O. Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *Am J Psychiatry* 1989;146:401.
3. Van der Hart O, Friedman B. A readers guide to Pierre Janet on dissociation: a neglected intellectual heritage. *Dissociation*, 1989; 3:3-16.
4. Anastasiadis Y: Pierre Janet'in Dinamik Teorisi. İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Ders Notları. Teksir.
5. Ellenberger H.F. *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry* London, Fontana Pres, 1994: 126-132.
6. Masson J. *The Assault on Truth: Freud And Child Sexual Abuse.* London, Fontana Pres, 1992: 78-86.
7. Van der Kolk B, Nerson N, Hostetler A. The History of Trauma in Psychiatry *Psychiatry* 1994; 17 (3): 583- 600.
8. Crocq L, Verbizier J. Le Traumatisme Psychologique dans l'oeuvre de Pierre Janet. *Bull de Psychologie* 1988; 385: 483-485.
9. Breuer ve Freud. *Studies on Hysteria.* New York, Basic Books, 1957: 98-103.
10. Putnam FW. A Brief History of Multiple Personality Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 1996; 5(2): 263-272.
11. Fine CG. The work of Antoine Despine : The first scientific report on diagnosis and treatment of a child with multiple personality disorder. *Am J Clin Hypn* 1988; 31: 33-39.
12. Bowman ES. Adolescent multiple personality disorder in the nineteenth and early twentieth century. *Dissociation* 1990; 3:179-187.
13. Kluft RP. Childhood multiple personality disorder: Predictors, clinical findings and treatment results. In: Kluft RP (ed). *Childhood Antecedents of Multiple Personality.* Washington, American Psychiatric Press, 1985; 144-170.

14. Fagan J, Mc Mahon P. Incipient multiple personality in children: Four cases. J.Nerv Ment Dis 1984; 172: 26-36.
15. Dell PF, Eisenhower JW. Adolescent multiple personality disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1990; 29: 359-366.
16. Bliss EL. Multiple Personality, Allied Disorders and Hypnosis. New York, Oxford Universty Press, 1986: 145-154.
17. Coons PM. Confirmation of childhood abuse in child and adoloscent cases of multiple personality disorder and dissociative disorder not otherwise specified. J Nerv Ment Dis 1994;182: 461-464.
18. Homstein NL, Putnam FW. Clinical phenomenology of child and adolescent dissociative disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1992; 31:1077-1085.
19. Lewis DO. Diagnostic Evaluation of the Child with Dissociative Identity Disorder. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 1996; 5:2: 303-332.
20. Greenberg J: I never promised you a rose garden. 12. Baskı, Queen Ltd, NewYork,1981.
21. Zoroğlu S, Tutkun H, Tüzün Ü, Şar V. Çocuk yaşta çoğul kişilik bozukluğu: bir olgu sunumu. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 1996; 3:98-113.
22. Miral S, Alkın T, Sonsuz C ve ark. Bir Disosiyatif Amnezi olgusu. Çocuk Ruh Sağlığı Dergisi 1996; 3(1):33-36
23. Zoroğlu S, Yargıç Lİ, Tutkun H, Öztürk M, Şar V. Dissociative identity disorder in childhood: five Turkish cases. Dissociation 1996; IX(4): 253-260.
24. Tutkun H, Yargıç Lİ, Şar V. Adölesans döneminde bir çoğul kişilik bozukluğu vakası. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 1994; 2: 261-266.
25. Zoroglu S, Şar V, Yargıç İ: Ergen dönemde iki Disosiyatif Kimlik Bozukluğu olgusu. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 1996; 56-64.
26. Zoroglu S, Yargıç İ, Tutkun H ve ark. Adölesan yaşta 17 Disosiyatif Kimlik Bozukluğu olgusunun Sosyodemografik, Klinik özellikleri ve Travmatik yaşantı öyküleri. Düşünen Adam 1996; 9:2:9-16.

27. Yargıç Lİ, Tutkun H, Şar V, Zoroğlu. S . Comparison of dissociative identity disorder between adolescents and adults. In: Proceedings of the 5<sup>th</sup> Spring Conference of the International Society for the Study of Dissociation O. van der Hart, S.Boon, N.Draijer(ed.) ,ISSD, Amsterdam,1995: 67-78.
28. Zoroğlu S, Tüzün Ü, Şar V ve ark. Childhood Abuse, Self-İnjury, and Dissociative Experiences Among High School Students. International Society for the Study of Dissociation "Healing The Divided Mind. Advances in the psychotherapy of dissociative disorders". 13 th International Fall Conference., San Francisco/CA/USA 1996; November 7-10.
29. Putnam FW, Helmers K, Trickett PK. Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. Child Abuse Negl 1993; 17: 731-741.
30. Zoroglu S, Tüzün Ü, Şar V ve ark: Reliability and validity of the Turkish version of the Child Dissociative Checklist., 15. International Fall Conference, Seattle/WA/USA, 1998, November 14-17.
31. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition). Washington DC:American Psychiatric Association. 1994; 75-79.
32. Nemiah JC. Dissociative disorders. In: Freedman AM, Kaplan HI.(eds). Comprehensive Textbook of Psychiatry. 1981: 456-471.
33. Spiegel D .Dissociation and hypnosis in posttraumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress.1988; 1:17-33.
34. Braun BG. The BASK (Behavior, Affect, Sensation, Knowledge) model of Dissociation.Dissociation 1988; 1:4-23.
35. Goff DC, Olin JA, Jenice MA ve ark. Dissociative symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. J Nerv Ment Dis 1992; 180:332-337.
36. Steinberg M. Interviewer's Guide to the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D). Washington,DC,American Psychiatric Pres. 1993; 245-257.
37. West L. Dissociative reaction, In: Freedman AM, Kaplan HI.(eds). Comprehensive textbook of psychiatry. Williams& Wilkins. 1967; 885-898; aktaran, Putnam.
38. Ludwig AM. Psychobiological Functions of Dissociation. Am J Clin Hyp, 1983; 26: 93-99
39. Bernstein EM, Putnam PW. Development, Reliability and Validity of a Dissociation Scale. J Nerv Ment Dis 1986; 174:727-735.

40. Putnam FW. *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder*. New York, Guilford Press, 1989: 89-94.
41. Kluft RP. An introduction to multiple personality disorder. *Psychiatric Annals*. 1984a ; 14 :19-24.
42. Spiegel D. Dissociation, double binds and posttraumatic stress in multiple personality disorder. In: Braun BG (ed): *Treatment of Multiple Personality Disorder*, Washington DC, American Psychiatric Press, 1986: 138-152.
43. Braun ve Sachs. Development of multiple personality disorder: Predisposing, Precipitating, Perpetuating factors. In: Kluft RP (ed) *The Childhood Antecedents of Multiple Personality* . Washington DC , American Psychiatric Press, 1985: 79-93.
44. Steinberg M. *Handbook for the Assessment of Dissociation: A Clinical Guide*. WashingtonDC, American Psychiatric Press. 1995; 110-118.
45. Spiegel D. Trauma, dissociation and hypnosis. In: Kluft RP (Ed). *Incest-Related Syndromes of Adult Psychopathology*. Washington DC , American Psychiatric Press. 1990: 224-233.
46. Putnam FW. Dissociation as a response to extreme trauma, in childhood Antecedents of Multiple Personality.Kluft RP (Ed). Washington DC, American Psychiatric Press. 1985: 234-239.
47. Ross CA. *Dissociative Identity Disorder:Diagnosis, Clinical Features and Treatment of Multiple Personality*, 1997: 265-272.
48. Spiegel D. Dissociation and hypnosis in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 1988; 1:17-33.
49. Tutkun H, Yargıç Lİ, Şar V. Dissociative identity disorder presenting as hysterical psychosis. *Dissociation*. 1996; X: 34-45.
50. Torem M. Dissociative States as eating disorders. *Am J Clin Hypn* 1986; 29:137-142.
51. Fink D, Golinkoff M. Multiple Personality Disorder, Borderline Personality Disorder and schizophrenia: a comparative study of clinical features.*Dissociation* 1990; 3:127-134.
52. Putnam FW. Child development and Dissociation. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1996; 5(2): 285-302.

53. Liotti G. Disorganized/ disoriented attachment in the etiology of dissociative disorders. *Dissociation* 1992; 5:196-204.
54. Wolff PH. The Development of Behavioral States and the Expression of Emotions in Early Infancy. Chiago, University of Chiago Press, 1987: 68-74.
55. Putnam FW. Dissociation in Children and Adolescents, 1.Baskı, Washington,Williams and Wilkins Press, 1996: 145-153.
56. Öztürk, E:Gecekondu Bölgelerindeki Ailelerde Yaşanan Şiddet, 33. Ulusal Psikiyatri Kongresinde Sunulmuş Bildiri, 1997,Antalya,Türkiye.
57. Herman J. Trauma and Recovery. New York, Basic Boks,1992: 98-105.
58. Kaplan HI Freedman AM, Sadock BJ (eds): Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore, Williams& Wilkims,1980: 134-146.
59. Tutkun H: Genel Psikiyatri Servisinde Dissosiyatif Bozukluklar ve Çocukluk Çağı Tacizleri Sıklığı, Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, 1996, İstanbul, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
60. Polat O, İnanıcı, M.A. ve Aksoy. Adli Tıp Ders Kitabı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 1997: 291-292.
61. Brown GR, Anderson B. Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *Am J Psychiatry.* 1991;148: 55-61.
62. Şar V: Dissosiyatif Bozukluklar, Kötüye Kullanım ve İhmalle İlişkili Sorunlar, In: Güleç C, Köroğlu E (Eds):Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği,1998; 2: 569-570; 823-834.
63. Walker CE, Bonner BL, Kaufmann KL. The Physically and Sexually Abused Child: Evaluation and Treatment. New York, Pergamon Pres, 1988: 135-141.
64. Putnam F.W. Dissociative Disorders in Children: Behavioral Profiles and Problems, *Child Abuse and Neglect*, 1993; 17(1): 39-45.
65. Hornstein N and Putnam F.W. Clinical Phenomenology of Childhood and Adolescent Dissociative Disorders, *Journal of Child and Adolesc Psych.*, 1992; 31: 1077-1085.
66. Fraser B.G. Sexuel Child Abuse, The Legistation and the Law in U.S. New York, Pergamon Pres, 1981; 4-9.
67. Baker A.W, Duncan S.P, Child Sexuel Abuse, A Study in Prevalance in G.B. *Child Abuse and Neglect* 1985; 4(9): 457-465.



68. Şar V. Dissosiyasyon Konusuna Genel Bir Bakış, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 1998: 3(4): 544.
69. Green A.H, Childhood Sexual Psychal Abuse International Handbook of Traumatic Stres Syndroms, New York, Plenum Pres, 1993: 67-74
70. Finkelhor D and Korbin J. Child Abuse as an International Issue, Child Abuse and Neglect, 1998; 12: 3-23.
71. Coons P.M. Child Abuse and Multiple Personality Disorder, Rewiev of the Literature and Suggestions for Treatment, Child Abuse and Neglect, 1986; 10(4) 455-462.
72. Terr CL. Childhood Traumas: An Outline and Overview. Am J Psychiatry 1991; 148: (1) 10-20.
73. Lewis DO, Yeager CA. Abuse, Dissociative Phenomena, and Childhood Multiple Personalty Disorder Child and adolescent Psychiatric clinics of North America 1994; 3:729-743
74. Yalom ID. Existential Psychoyherapy. New York, Basic Boks, 1980: 89-94.
75. Spiegel D, Hunt T, Dondershine HE. Dissociation and hypnotizability in posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry 1988 ;145:301-305.
76. Rose DA. "Worse than death" psychodynamics of rapevictims and the need for psychotherapy. Am j Psychiatry 1986; 143: 817-824.
77. Spiegel D. Dissociation and Trauma.In: A.Tasman,SM Goldfinger (Eds), Review of Psychiatry Washington DC,American Psychiatric Press 1991: 10: 261-275.
78. Herman JL,Perry CJ, Van der Kolk B. Childhood trauma in borderline personality disorder. Am J Psychiatry 1989; 146:490-495.
79. Favazza AR, Rosenthal RJ: Diagnostic issues in self mutilation. Hosp Community Psychiatry 1993; 44:134-140.
80. Favazza AR. Repetitive self-mutilation. Psychiatric Annal 1992; 22: 60-63.
81. Farberow N. The Many Faces of Suicide. New York, McGraw-Hill Book Co, 1980: 59-65.
82. Walsh BW, Rosen PM. Self-Mutilation Theory, Research, and Treatment. New York, Guilford Press,1988: 67-73.

83. Favazza AR. Why patients mutilate themselves. *Hosp Community Psychiatry* 1989; 40:137-145.
84. Favazza AR, Conterio K: Female habitual self- mutilators. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79: 283-289.
85. Ghaziuddin M, Tsai L, Naylor M: Mood disorder in group of self-cutting adolescents. *Acta Paedopsych.* 1992; 55:103-105.
86. LeBlanch R. Educational management of self-injurious behavior. *Acta Paedopsych.* 1993; 56:91-92.
87. Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates and functions. *Am J Orthopsychiatry* 1998; 68: 609-620.
88. Herman, JL. *Trauma and Recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror.* New York, Basic Books, 1992: 78-83.
89. Shapiro S. Self-mutilation and self blame in incest victims. *Am J Psychol* 1987; (XLI): 46-53.
90. Baral I, Kora K, Yüksel Ş, Sezgin U. Cinsel istismara uğramış erişkin kadınlarda kendine zarar verme davranışı ve tedavisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1996; 33: 49-54.
91. Miller D. *Women Who Hurt Themselves.* New York, Basic Books, 1994: 157-164.
92. Favazza AR. *Bodies Under Siege.* İkinci baskı, Baltimore, John Hopkins University Press, 1996: 78-83.
93. Van der Kolk B, Perry JC, Herman JL. Childhood origins of self-destructive behavior. *Am J Psychiatry* 1991; 148:1665-1671.
94. Brodsky BS, Cloitre M, Dulit RA. Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1788-92.
95. <http://www.epi.org/cutting2.htm>
96. Rosen PM, Walsh BW. Patterns of contagion in self- mutilation epidemics. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 656-658.

97. Simeon D, Stanley B, Frances A ve ark. Self-mutilation in personality disorders: psychological and biological correlates. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 221-226.
98. Green AH. Self-destructive behavior in battered children. *Am J Psychiatry* 1978; 135: 579-582.
99. Zweig-Frank H, Paris J, Guzder J. Psychological risk factors for dissociation and self mutilation in female patients with borderline personality disorder. *Can J Psychiatr* 1994; 39:259-268.
100. Zoroğlu S.S, Tüzün Ü, Şar V. Çocukluk Dönemi İstismar ve İhmalinin olası sonuçları, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2(2):69-78.
101. Pfeffer CR. Suicidal behavior of children: a review with implications for research and practice. *Am J Psychiatry* 1981; 138:154-9.
102. Fish KB. Suicide awareness at the elementary school level. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2000; 38: 20-23.
103. Pfeffer CR, Klerman GL, Hurt SW, Lesser M, Peskin JR, Siefker CA. Suicidal children grow up: demographic and clinical risk factors for adolescent suicide attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30: 609-16.
104. Pataki CS. Mood disorders and suicide in children and adolescents. In: Sadocks BJ, Sadock VA (eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (7th ed). Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2000: (2): 2740-2757.
105. Kashani JH, Goddard P, Reid JC. Correlates of suicidal ideation in a community sample of children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28: 912-7.
106. Velez CN, Cohen P. Suicidal behavior and ideation in a community sample of children: maternal and youth reports. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27:349-56.
107. American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence: Suicide and suicide attempts in adolescents and young adults. *Pediatrics* 1988; 81:322-324.
108. Gould MS, King R, Greenwald S, Fisher P, Schwab-Stone M, Kramer R, Flisher AJ, Goodman S, Canino G, Shaffer D. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37:915-23.

109. Kovacs M, Goldston D, Gatsonis C. Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: a longitudinal investigation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 8-20.
110. Bryer JB, Nelson BA, Miller JB, Kroll PA. Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1426-1430.
111. Van der Kolk C, Perry JC, Herman JL. Childhood origins of self-destructive behavior. *Am J Psychiatry* 1991; 148:1665-1671.
112. Tutkun H, Şar V, Yargıç Lİ, Özpuat T, Yanık M: Yatarak tedavi görmekte olan psikiyatri hastalarında ruhsal travma yaşantıları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme davranışı ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi. 31. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İstanbul. Kongre Özet Kitabı, 1995: 71-72.
113. Green AH. Self-mutilation in schizophrenic children. *Arch Gen Psychiatry* 1967; 52:947-959.
114. Kundakçı T: DSM-IV Dissosiyatif Bozukluklar için Yapılandırılmış Görüşme Çizelgesinin(SCID-D) Geçerlik ve Güvenilirliği. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul 1998: 45-49.
115. Bernstein D.P, Fink L, Handelsman L, Foote J, Levajoy M, Wenzel K: İntial Reliability and Validity of a New Retrospective Measure of Child Abuse and Neglect, *American Journal of Psychiatry* 1994; 151: 1132-1136.
116. Armsrong JG, Putnam FW, Carlson EB, Libero DZ, Smith SR. Development and Validation of a Measure of Adolescent Dissociation: The Adolescent Dissociative Experiences Scale. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1997; 185: 491-497.
117. Zoroğlu SS, Şar V, Tüzün Ü, Tutkun H, Savaş HA. Reliability and Validity of the Turkish version of the adolescent dissociative experiences scale. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2002; 56: 551-556.
118. Kovacs M. The Childrens Depression Inventory (CDI). 1985; *Psychopharmacology. Bull.* 21: 995-998.
119. Öy B. Çocuklar için Depresyon Ölçeği: Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 2: 132-136.
120. Birmaher B, Khetarpal S, Brent D, Cully M, Balach L, Kaufman J & McKenzie Neer S. The Screen for Childhood Anxiety Related Emotional

- Disorder(SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *JAMA* 1997; 36: 545-553.
121. Loewenstein RJ. Psychogenic amnesia and psychogenic fugue: A comprehensive review. In: Tasman A, Goldfinger SM (ed): *Annual Review of Psychiatry* 10. Washington, American Psychiatric Press, 1991: 189-222.
  122. Loewenstein RJ, Putnam FW. The clinical phenomenology of males with MPD: A report of 21 cases. *Dissociation*, 1990; 3:135-143.
  123. Loewenstein RJ Diagnosis, epidemiology, clinical course, treatment, and cost effectiveness of treatment for dissociative disorders and MPD: Report submitted to the Clinton administration task force on the health care financing reform. *Dissociation*, 1994: 7(1): 3-11.
  124. Ross CA, Anderson G, Fleisher WP, Norton GR The frequency of multiple personality disorder among psychiatric inpatients. *Am J Psych*, 1991: 148:1717-1720.
  125. Schultz RS, Braun BG, Kluft RP. Multiple personality disorder: Phenomenology of selected variables in comparison to major depression. *Dissociation*, 1989; 2: 45-51.
  126. Kluft RP. Clinical Presentations of Multiple Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 1991b; 14: 605-609.
  127. Bliss EL. A symptom profile of patients with multiple personalities, including MMPI results. *J Nerv Ment Dis*, 1984; 172: 197-202.
  128. Yargıç Lİ, Tutkun H, Şar V, Zoroğlu S. Dissociative identity disorder: Comparison of adolescents and adults. *Proceedings of the 5th Annual Spring Conference of the International Society for the Study of Dissociation*. 1995b, Amsterdam
  129. Zoroğlu S, Tüzün U, Öztürk M, Şar V. Çocuk ve ergenlerde dissosiyatif bozukluk: 36 olgunun gözden geçirilmesi *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000; 1(4): 197-206.
  130. Dell PF, Eisenhower JW. Adolescent multiple personality disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29:359-366.
  131. Hornstein NL, Putnam FW. Clinical phenomenology of child and adolescent dissociative disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31:1077-1085.
  132. Ross CA, Norton GR, Wozney K. Multiple Personality Disorder: An Analysis of 236 Cases. *Can J Psychiatry*, 1989a; 34: 413-418.

133. Putnam FW, Guroff JJ, Silberman EK ve ark. The Clinical Phenomenology of Multiple Personality Disorder: Review of 100 Recent Cases. J Clin Psychiatry, 1986; 47: 285-293.
134. Zoroğlu S, Tuzun U, Şar V ve ark. Suicide attempt and self mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. Psych. and Clinical Neurosciences 2003; 57: 119-126.

## 8.EKLER

### ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI SORU LİSTESİ

[CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE (CTQ-53) , David P. Bernstein, M.D., 1995]

Türkçeye uyarlama, Prof. Dr. Vedat ŞAR, İstanbul Tıp Fak. Psikiyatri ABD.

Sorulara nasıl yanıt verilecek?

Bu sorular çocukluğunuz ve bundan önceki ergenlik döneminiz boyunca başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içine alarak işaretleyiniz.

Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz.

Yanıtlarınız kesinlikle gizli tutulacaktır.

Dikkat... Her cümlemin başında “Çocukluğumda ve bundan önceki ergenlik dönemim boyunca...” ifadesi vardır.

	Hiçbir zaman	nadiren	Zaman zaman	sık sık	çok sık
1. Ailemde sorunlarımı konuşabildiğim biri vardı.	1	2	3	4	5
2. Ailemdelikler beni eleştirirlerdi.	1	2	3	4	5
3. Yeterli yemek bulamazdım.	1	2	3	4	5
4. Ailemdelikler bana güven duyar ve başarılı olmam için destek verirlerdi.	1	2	3	4	5
5. Ailemde bana vuran ya da beni döven biri vardı.	1	2	3	4	5
6. Yetiştirme yurdunda kaldığım dönemler oldu.	1	2	3	4	5
7. Bana bakan ve beni koruyan birinin olduğunu biliyordum.	1	2	3	4	5
8. Ailemde biri bana şiddetle bağırır ya da azarlardı.	1	2	3	4	5
9. Anneme ya da kardeşlerimden birine vurulduğuna ya da onlardan birinin dövüldüğüne şahit oldum.	1	2	3	4	5
10. Ailemdelikler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tıpsız” gibi (ya da buna benzer kötü) sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
11. Sokaklarda barındığım oldu.	1	2	3	4	5
12. Ailemde değer verdiğim ve onun gibi olmak istediğim biri vardı.	1	2	3	4	5
13. Anne ya da babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
14. Ailemdeliklerin polisle başları derde girerdi.	1	2	3	4	5
15. Ailemde önemli ve özel biri olduğumu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
16. Ailemden birine karşı kendimi dövüşerek, saklanarak ya da kaçarak korumam gerekiyordu.	1	2	3	4	5
17. Ailemde başarılı olmamı isteyen biri vardı.	1	2	3	4	5
18. Kirli giysiler içinde dolaşmak zorunda kaldım.	1	2	3	4	5
19. Dönem dönem değişik kişilerin yanında kaldım. (akrabalar ya da başka bir aile)	1	2	3	4	5
20. Kardeşlerimden birinin cinsel tacize uğramış olabileceğine inanıyorum.	1	2	3	4	5
21. Sevildiğimi hissediyorum.	1	2	3	4	5
22. Anne ve babam çocukları olarak hepimize eşit davranıyorlardı.	1	2	3	4	5

23. Anne babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
24. Ailemden biri bana öyle kötü vurdu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekti.	1	2	3	4	5
25. Ailemde beni daima kargaşadan uzak tutacağına emin olduğum biri vardı.	1	2	3	4	5
26. Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
27. Benden yaşça çok büyük biri ile cinsel temasta bulunuyordum. (Benden en az beş yaş büyük birisi )	1	2	3	4	5
28. Bana iyi örnek olan yaşça büyük birisi (bir öğretmen ya da anababa) vardı.	1	2	3	4	5
29. Kayış, sopa, kordon ya da başka bir sert cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
30. Ailemde değişmesini istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
31. Ailemdelikler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.	1	2	3	4	5
32. Ailemdelikler bana kırıncı ve saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
33. Bedensel olarak (Vucutça) kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
34. Ailemdelikler beni kötü etkilerden korumaya çalışırlardı.	1	2	3	4	5
35. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, ya da doktor bunu farkediyordu.	1	2	3	4	5
36. Ailemdelikler kendilerine hakim değil gibiydiler.	1	2	3	4	5
37. Ailemdelikler okula gitmemi ve eğitim destekliyorlardı.	1	2	3	4	5
38. Evden uzaklaştırdım, öyle ki nerede olduğum kimse bilmezdi.	1	2	3	4	5
39. Bana verilen cezalar eziyet derecesindeydi.	1	2	3	4	5
40. Ailemde biri benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
41. Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederdi.	1	2	3	4	5
42. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
43. Ailemdelikler beni dışladılar ya da ittiler.	1	2	3	4	5
44. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle ya da iftira atmakla tehdit eden biri oldu.	1	2	3	4	5
45. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
46. Ailemden biri tarafından yaralanmaktan korkuyordum.	1	2	3	4	5
47. Biri beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
48. Ailemde bana inanan en az bir kişi vardı.	1	2	3	4	5
49. Biri bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
50. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
51. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
52. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
53. Ailem benim için güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5



**ERGEN DİSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ ( E - DYÖ )**  
A-DES (Adolescent Dissociative Experiences Scale) [Version 1.0]  
Judith Armstrong, Frank W. Putnam, Eve Carlson

**Çevirenler; Salih Zoroğlu, Ümran Tüzün, Vedat Şar, İlhan Yargıç**

**NASIL YANIT VERECEKSİNİZ ?**

Bu test günlük hayatınızda başınızdan geçmiş olabilecek yaşantıları konu alan 30 tanımlama cümlesinden oluşmaktadır. Sizde bu yaşantıların ne sıklıkta olduğunu anlamak istiyoruz. Her tanımlama cümlesindeki yaşantının size ne ölçüde uyduğunu ya da ne sıklıkta bulunduğunu 10 üzerinden değerlendiriniz. Tanımlanan özellik ya da durum sizde hiç bir zaman olmuyorsa 0 'ı , sürekli ya da çok sık oluyorsa 10 'u daire içine alınız. Zaman zaman oluyorsa, derecelendirme yaparak 0 ile 10 arasından size en çok uyan rakamı daire içine alınız. Cevaplarken tanımlamada ne belirtilmişse sadece ona cevap veriniz. Alkol ya da ilaç etkisi altında bulunduğunuz durumları dikkate almayınız.

1. Televizyon seyrederken, bir şey okurken ya da video oyunu oynarken kendimi çok fazla kaptırırım ve çevremde olan bitenleri farketmem.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
2. Daha önce yapmış olduğum ev ödevi ve sınav kağıtlarına baktığımda onları tanıyamam ve/veya yaptığımı hiç hatırlamam.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
3. Sanki bana ait değilmiş gibi gelen güçlü duygular yaşarım.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
4. Bir an çok iyi yaptığım bir iş başka bir zaman hiç elimden gelmez.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
5. Çevremdekilerin konuştuğumu ya da yaptığımı söyledikleri bazı şeyleri hiç hatırlamam.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
6. Kendimi bir sis perdesi içinde ya da boşlukta hissederim ve çevremdeki insanlar ve eşyalar gerçek değilmiş gibi görünürler.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
7. Bazen bir şeyi gerçekten yaptım mı, yoksa yapmayı sadece aklımdan mı geçirdim, ayırdedemem.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
8. Saate baktığımda zamanın geçmiş olduğunu, ancak geçen süre içerisinde olanları hatırlayamadığımı fark ederim.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
9. Kafamın içinden gelen ve bana ait olmayan sesler duyarım.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)

10. İstemediğim bir yerde bulunduğumda, zihinsel olarak oradan uzaklaşabilirim.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
11. O kadar iyi yalan söylerim ve rol yaparım ki bunlara bazen kendim de inanırım.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
12. Birden dalıp giderim ve daha sonra kendimi bir şey yaparken bulurum.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
13. Aynada kendimi tanımam.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
14. Kendimi bir yere giderken ya da bir işi yapıyorken bulurum ve neden oraya gittiğimi ya da neden o işi yaptığımı bilemem.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
15. Kendimi bir yerde bulurum ve oraya nasıl geldiğimi hatırlamam.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
16. Sanki bana ait değilmiş gibi gelen düşüncelerim olur.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
17. Ağrı ya da acı hissini duymamayı başarabilirim.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
18. Bir şey gerçekten mi oldu, yoksa onu sadece rüyamda mı gördüm ya da aklımdan mı geçirdim, ayırdedemem.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
19. Kendimi yanlış olduğumu bildiğim hatta yapmayı kesinlikle istemediğim bir işi yaparken bulurum.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
20. Beni tanıyanlar bazen çok değişik davrandığımı sanki başka bir insan gibi olduğumu söylerler.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
21. Zihnimin duvarlarla bölümlere ayrılmış gibi olduğunu hissederim.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
22. Benim yapmış olmam gereken fakat yaptığımı hatırlayamadığım yazılar, çizimler ya da mektuplar bulurum.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
23. İçimde, benim yapmayı istemediğim bazı şeyleri yaptıran bir şeyin var olduğunu hissedirim.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)

24. Bir şeyi sadece hatırlıyor muyum, yoksa gerçekten o anda başımdan mı geçiyor olduğunu karıştırırım.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
25. Kendime bedenimin dışından, sanki başka bir kişiyi izliyormuş gibi baktığımı hissederim.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
26. Ailem ve arkadaşlarımla olan ilişkilerimin aniden değişir ve bunun neden olduğunu bilemem.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
27. Bir yap-boz oyunun parçalarından bir ya da bir kaçının kaybolması gibi, geçmişimin bazı parçaları kaybolmuştur.  
(kafamdan silinmiştir)  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
28. Kendimi oyuncaklarımla ya da yapma hayvanlarımla oynamaya o kadar kaptırırım ki onlar bana canlıymış gibi gelir.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
29. İçimde başka insanların var olduğunu hissederim.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)
30. Bazen vücudum sanki bana ait değilmiş gibi gelir.  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(hiç bir zaman) (her zaman)

İNTİHAR GİRİŞİMİ VE KENDİNE FİZİKSEL ZARAR VERME DAVRANIŞI BİLGİ ALMA FORMU

Dikkat; Lütfen açıklamayı okuyun.

Size aşağıda intihar girişimi ile ilgili bazı sorular soracağız.

İntihar girişimi bir kişinin kendini öldürmek maksadıyla yaptığı bir davranıştır. İntihar etmeyi düşünmek ya da istemek intihar girişiminde bulunmak demek değildir.

1. Şimdiye kadar hiç yüksek dozda ilaç içerek intihar girişiminde buldunuz mu?  
Evet ( ) Hayır ( )
2. Şimdiye kadar hiç yüksek bir yerden atlayarak intihar girişiminde buldunuz mu?  
Evet ( ) Hayır ( )
3. Şimdiye kadar hiç kendini bir yere asmaya çalışarak intihar girişiminde buldunuz mu?  
Evet ( ) Hayır ( )
4. Şimdiye kadar hiç kendine bir silahla vurarak (tüfek, tabanca vs) intihar girişiminde buldunuz mu?  
Evet ( ) Hayır ( )
5. Şimdiye kadar hiç hayati bölgedeki damarları keserek ya da delerek (boğazını, bileğini, kalp bölgesini vs) intihar girişiminde buldunuz mu?  
Evet ( ) Hayır ( )
6. Şimdiye kadar hiç yukarıda belirtilmemiş diğer yöntemlerle intihar girişiminde buldunuz mu?  
Evet ( ) Hayır ( )  
(belirtiniz ; .....)
7. Şimdiye kadar toplam kaç kez intihar girişiminde buldunuz? (Yukarıdaki sorulardan en az birine evet cevabı vermişseniz bu soruyu cevaplayın.)  
Bir kez ( ) 2-5 arası ( ) 5-10 arası ( ) 11 ve daha fazla ( )

Dikkat; Lütfen açıklamayı okuyun

Size kendine fiziksel zarar verme davranışı ile ilgili bazı sorular soracağız.

Kendine fiziksel zarar verme davranışı; bir kişinin kendini öldürme amacı olmaksızın kendine fiziksel açıdan zarar verme davranışında bulunmasıdır. Kesme, yakma, kazıma vurma vs gibi.

Şimdiye kadar hiç kendinize fiziksel olarak zarar verme amacıyla (öldürme amacıyla değil)

8. Vucudunuzun çeşitli bölgelerini kestiniz mi? (kol, göğüs, sırt, bacak vb gibi)  
Evet ( ) Hayır ( )
9. Vucudunuzun çeşitli bölgelerini çizdiniz ya da kazıdınız mı?  
Evet ( ) Hayır ( )
10. Kafanızı ya da vucudunuzun diğer bölgelerini sert bir yere (duvar, cam vs) vurdunuz mu?  
Evet ( ) Hayır ( )
11. Vucudunuzun bir kısmını yaktınız mı? (sigara ya da yanıcı bir madde ile yakma vb gibi)  
Evet ( ) Hayır ( )
12. Saçları çok şiddetli olarak yolma ?  
Evet ( ) Hayır ( )
13. Diğer yöntemlerle kendinize fiziksel açıdan zarar verdiniz mi?  
Evet ( ) Hayır ( )  
(belirtiniz; .....)

14. Şimdiye kadar toplam kaç kez kendinize fiziksel açıdan zarar verme davranışında buldunuz?  
(Yukarıdaki sorulardan en az birine evet cevabı vermişseniz bu soruyu cevaplayın.)

Bir kez ( ) 2-5 arası ( ) 5-10 arası ( ) 11 ve daha fazla ( )

**ÇOCUKLUK ÇAĞI KAYGI BOZUKLUKLARI ÖZBİLDİRİM ÖLÇEĞİ (KAY-BÖ)**  
**ÇOCUK FORMU (8 yaş ve büyük)**  
**SCARED( Self-report for Childhood Anxiety Related Disorders)**

İsim ve soyad:

Yaş:

Tarih:

Dosya no:

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun

ve sizin için doğru olan seçeneğe (“dogru değil ya da nadiren doğru”, ya da “bazen ya da kısmen doğru” ya da

“çok doğru ya da çoğu kez doğru” olduğuna) karar verin.

**Şu anı ya da son 3 ayı göz önüne alarak sana en çok uyan seçeneğin altındaki kutuyu karalayın.**

Bazı ifadeler seni ilgilendirmese de, mümkün olduğunca her ifade için bir yanıt verin.

	0 Doğru değil ya da nadiren doğru	1 Bazen ya da kısmen doğru	2 Çok doğru ya da çoğu kez doğru
1. Korktuğum zaman nefes almakta zorlanırım.			
2. Okulda başım ağrır.			
3. Fazla tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.			
4. Ev dışında bir yerde uyduğumda korkarım.			
5. Diğer insanların beni sevip sevmemediğinden endişe (kaygı) duyarım.			
6. Korktuğumda bayılacak gibi hissederim.			
7. Gerginim (huzursuzum) .			
8. Annem ya da babamı nereye gitseler izlerim.			
9. İnsanlar gergin (huzursuz) görüldüğümü söyler.			
10. Fazla tanımadığım insanlarla birlikteyken kendimi gergin (huzursuz) hissederim.			
11. Okulda iken karnım ağrır.			
12. Korktuğumda delirecekmiş gibi hissederim.			
13. Yalnız uyumaktan korkarım.			
14. Diğer çocuklar kadar iyi olup olmadığım beni endişelendirir (kaygılandırır).			
15. Korktuğumda çevremdekileri gerçek değilmiş gibi hissederim.			
16. Anneme ve babama kötü şeylerin olduğu kabuslar görürüm.			
17. Okula gitmek konusunda endişelenirim (kaygılanırım).			
18. Korktuğumda kalbim hızlı çarpar.			
19. Titremelerim olur.			
20. Başıma kötü şeylerin geldiği kabuslar görürüm.			
21. İşlerin benim için yolunda gidip gitmeyeceği konusunda endişe (kaygı) duyarım.			
22. Korktuğumda çok terlerim.			
23. Endişeli (kaygılı) biriyim.			
24. Hiç bir nedeni olmayan (sebepsiz) korkularım var.			
25. Evde yalnız kalmaktan korkarım.			
26. Fazla tanımadığım insanlarla konuşmakta zorlanırım.			
27. Korktuğum zaman boğulacakmış gibi hissederim.			
28. İnsanlar çok fazla endişelendiğimi (kaygılandığımı) söyler.			

29. Ailemden uzakta olmaktan hoşlanmam.			
30. Sıkıntı ( ya da panik) atakları geçireceğimden korkarım.			
31. Annemin ve babamın başına kötü bir şeyler gelmesinden korkarım.			
32. Fazla tanımadığım insanlarla birlikteyken çekingen (utangaç) olurum.			
33. Gelecekte neler olacağı konusunda endişelenirim (kaygılanırım).			
34. Korktuğumda kusacakmış gibi hissederim.			
35. İşleri ne kadar iyi yaptığım konusunda endişelenirim (kaygılanırım).			
36. Okula gitmekten korkarım.			
37. Olmuş bitmiş şeyler için endişelenirim (kaygılanırım).			
38. Korktuğumda başım döner.			
39. Diğer çocuklarla veya yetişkinlerle beraberken ve onlar beni izlerken bir şeyler yapmam gerektiğinde (örneğin: sesli okumak, konuşmak, bir oyun oynamak) gergin (huzursuz) olurum.			
40. Bir partiye, eğlenceye (dansa) ya da fazla tanımadığım insanların olacağı herhangi bir yere gideceğim zaman gergin (huzursuz) olurum.			
41. Çekingen (utangaç) biriyim.			

**Lütfen aşağıdaki bölümü doldurmayınız. .**

**Tani: Eksen I: a)**

**b)**

**c)**

**Eksen III:**

**Eksen IV:**

**Eksen V:**

**Ders basarisi: I) Bu yıl: a) iyi b)orta c)kötü**

**II) Önceki yıllar: a) iyi b)orta c) kötü**

**Arkadas iliskileri: I) Bu yıl: a) iyi b)orta c) kötü**

**II)Önceki yıllar: a) iyi b)orta c) kötü**

**Aile P. öyküsü: Anne:**

**Baba:**

**Diğer:**

**ÇDÖ puanı:**

**STAI-c-I puanı:**

**STAI-c-II puanı:**

**Maudsley puanı:**

İsim ..... Sınıf:..... Yaş..... Cins..... Protno..... tarih:  
 Aşağıda her rakamın yanında sizin durumunuzla ilgili üç tanımlama cümlesi vardır. Bu günü ve son bir haftanızı değerlendirerek, bu üç cümleden birini seçin ve işaretleyin.

---

1. Kendimi arada sırada üzgün hissederim.  
 Kendimi sık sık üzgün hissederim.  
 Kendimi her zaman üzgün hissederim.
2. İşlerim hiç bir zaman yolunda gitmeyecek.  
 İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.  
 İşlerim yolunda gidecek.
3. İşlerimin çoğunu doğru yaparım.  
 İşlerimin bir çoğunu yanlış yaparım.  
 Herşeyi yanlış yaparım.
4. Bir çok şeyden hoşlanırım.  
 Bazı şeylerden hoşlanırım.  
 Hiç bir şeyden hoşlanmam.
5. Her zaman kötü bir çocuğum.  
 Çoğu zaman kötü bir çocuğum.  
 Arada sırada kötü bir çocuğum.
6. Arada sırada başıma kötü bir şeylerin gelebileceğini düşünüyorum.  
 Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim.  
 Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.
7. Kendimden nefret ederim.  
 Kendimi beğenmem.  
 Kendimi beğenirim.
8. Bütün kötü şeyler benim hatam.  
 Kötü şeylerin bazıları benim hatam.  
 Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
9. Kendimi öldürmeyi düşünmem.  
 Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.  
 Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
10. Hergün içimden ağlamak gelir.  
 Bir çok günler içimden ağlamak gelir.  
 Arada sırada içimden ağlamak gelir.
11. Her şey her zaman beni sıkır.  
 Her şey sık sık beni sıkır.  
 Her şey arada sırada beni sıkır.
12. İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.  
 Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanırım.  
 Hiç bir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
13. Herhangi bir şey hakkında karar veremem.  
 Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.  
 Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.
14. Güzel-yakışıklı sayılırım.  
 Güzel-yakışıklı olmayan yanlarım var.  
 Çirkinim.
15. Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.  
 Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.

- Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
16. Her gece uyumakta zorluk çekerim.  
Bir çok gece uyumakta zorluk çekerim.  
Oldukça iyi uyurum.
17. Arada sırada kendimi yorgun hissederim.  
Bir çok gün kendimi yorgun hissederim.  
Her zaman kendimi yorgun hissederim.
18. Hemen her gün canım yemek yemek istemez.  
Çoğu gün canım yemek yemek istemez.  
Oldukça iyi yemek yerim.
19. Ağrı ve sızılardan endişe etmem.  
Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.  
Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
20. Kendimi yalnız hissetmem.  
Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.  
Her zaman kendimi yalnız hissederim.
21. Okuldan hiç hoşlanmam.  
Arada sırada okuldan hoşlanırım.  
Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.
22. Bir çok arkadaşım var.  
Bir kaç arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.  
Hiç arkadaşım yok.
23. Okul başarımlarım iyi.  
Okul başarımlarım eskisi kadar iyi değil.  
Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.
24. Hiç bir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.  
Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olabilirim.  
Diğer çocuklar kadar iyiyim.
25. Kimse beni sevmez.  
Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.  
Beni seven insanların olduğundan eminim.
26. Bana söyleneni genellikle yaparım.  
Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.  
Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
27. İnsanlarla iyi geçinirim.  
İnsanlarla sık sık kavga ederim.  
İnsanlarla her zaman kavga ederim.