

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**DİSOSİYATİF KİMLİK BOZUKLUĞU HASTALARININ
SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN
İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ
Dr. Ülker (ATILAN) FEDAİ

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Mehmet ASOĞLU

ŞANLIURFA
2016

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**DİSOSİYATİF KİMLİK BOZUKLUĞU HASTALARININ
SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN
İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ
Dr. Ülker (ATILAN) FEDAİ

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Mehmet ASOĞLU

Bu tez, Harran Üniversitesi Bilimsel Araştırma Koordinatörlüğü tarafından
..... tarih ve protokol numarası ile desteklenmiştir.

ŞANLIURFA
2016

TEŐEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca her türlü kolaylığı ve anlayışı gösteren, tez çalışmam sırasında, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım hocam ve tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Mehmet Asoğlu'na,

Uzmanlık eğitim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, üzerimde emeği olan hocam Yrd. Doç. Dr. Mahmut Katı' ya,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum asistan arkadaşlarıma, hemşire ve personel arkadaşlarıma,

Her daim yanımda olan, beni yetiştirmek için gereken her fedakarlığı yapan aileme, her konuda desteğini hissettiğim benim için büyük özverilerde bulunan eşim Dr. Halil Fedai' ye ve küçük kızım Derin'e en içten teşekkürlerimi sunarım.

DR. ÜLKER FEDAI

2.8.1. DKB ve Duygudurum Bozuklukları	29
2.8.2. DKB ve Anksiyete Bozuklukları	30
2.8.3. DKB ve Şizofreni	30
2.8.4. DKB ve Somatoform Bozukluklar	31
2.8.5. DKB ve Epilepsi	32
2.8.6. DKB ve Borderline Kişilik Bozukluğu	32
2.8.7. DKB ve Yapay Bozukluk/ Temaruz	33
2.8.8. DKB ve Yemek Bozuklukları	34
2.8.9. DKB ve Alkol-Madde Kötüye Kullanımı	34
2.9. Dissosiyatif Bozukluklarda Tedavi	34
3. MATERYAL METOD	36
3.1. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği	36
3.2. Dissosiasyon Ölçeği	36
3.3. Sosyodemografik Veri Formu	37
4. BULGULAR	38
4.1. Sosyodemografik Özellikler	38
4.2. Psikiyatrik Öykü	39
4.3. Dissosiyasyon Tarama Testi Sonuçları	41
4.4. Semptomların Değerlendirilmesi	41
4.5. Alter Sayıları	43
4.6. Travma	44
5. TARTIŞMA	45
6.SONUÇ	51
KAYNAKLAR	52

TABLolar DİZİNİ

SAYFA NO

Tablo-1: Disosiasyonun BASK Modeli	9
Tablo-2: Hayali Arkadaşların Normal Çocuklardaki ve DB Olan Çocuklardaki Görünümleri	23
Tablo-3: Sosyodemografik Özellikler I	38
Tablo-4: Sosyodemografik Özellikler II	39
Tablo-5: Psikiyatrik Öykü	40
Tablo-6: Disosiasyon Tarama Test Sonuçları	41
Tablo-7: Başvuru Semptomları	42
Tablo-8: Başvuru Semptomlarının Cinsiyete Göre Dağılımı	43
Tablo-9: Alter Sayıları	43
Tablo-10: Travma Türü	44

KISALTMALAR

BKB	: Borderline Kişilik Bozukluğu
BTA-DB	: Başka Türü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk
CRF	: Cortisol Releasing Faktör
ÇKB	: Çoğul Kişilik Bozukluğu
DB	: Dissosiyatif Bozukluk
DBGÇ	: Dissosiyatif Bozukluklar Görüşme Çizelgesi
DES	: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği
DIS Q	: Dissosiyasyon Soru Formu
DKB	: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EEG	: Elektroensefalografi
HPA	: Hipotalamus-Hipofiz Aksı
NE	: Noradrenalin
PET	: Pozitron Emisyon Tomografisi
SCID-D	: Dissosiyatif Bozukluklar için Yarı-yapılandırılmış görüşme Çizelgesi
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ÖZET

Disosiyatif Kimlik Bozukluğu Hastalarının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin İncelenmesi

Dr. Ülker (ATILAN) FEDAI
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi

Giriş ve Amaç: Dissosiyatif kimlik bozukluğu toplumda %1 civarında gözükmetedir ve dikkat çekilmesi gereken bir halk sağlığı problemidir. Sık görülen bir bozukluk olmasına rağmen klinikte dissosiyatif bozukluk tanısı çok nadir olarak konmaktadır. Biz bu çalışmamızla dissosiyatif kimlik bozukluğu olan hastaların sosyodemografik özelliklerini, kliniğe başvuru şikayetlerini, etyolojiye yönelik travmalarını, eşlik eden psikiyatrik tanılarını, geçmiş psikiyatri başvurularını ortaya koyarak Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu tanısının farkındalığını ve tanınabilirliğini arttırmayı amaçladık.

Metod: Çalışmaya Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Psikiyatri Poliklinik Birimine ardışık sırayla başvuran DSM-5 tanı kriterlerine göre Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu tanısı almış 47'si (%67.1) kadın 23'ü (%22.9) erkek toplam 70 hasta gönüllü olarak katılmayı kabul etti. Hastaların Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Dissosiasyon Ölçeği ve sosyodemografik veri formu doldurulması istendi.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların 47'si (%67.1) kadın, 23'ü (%22.9) erkektir. Olguların yaş ortalaması $26,5 \pm 9,63$ (yaş aralığı 18-62) idi. Hastaların geçmiş psikiyatri kliniği başvuru sayıları incelendiğinde hastaların 34'ünün(%48.6) ilk başvurusudur. 4 ve daha fazla başvurusu olan hasta sayısı ise 27 (%38.5)'dir. Bizim çalışmamızda hasta başına düşen ortalama psikiyatrist başvuru sayısı 2.3 olarak ve DKB dışında konan psikiyatrik tanı sayısı ortalaması 1.5 olarak bulunmuştur. Hastaların muayene sonucu eşlik eden psikiyatrik tanıları karşılaştırıldığında pür dissosiyatif kimlik bozukluğu olan hasta sayısı 17'dir (%24.3). Depresif bozukluk ek tanısını alan 47 (%67.1) hasta, konversiyon bozukluğu ek tanısı alan 21 (%30) hasta, anksiyete bozukluğu ek tanısı alan 14 (%20) hasta ve daha az olmakla birlikte kişilik bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğu saptanmıştır. Hastaların polikliniğe başvuru şikayetleri incelendiğinde 70 hastanın 35'inde (%50.0) dissosiyatif semptomlar, hastanın 49'unda (%70.0) depresif semptomlar, 28'inde

(%40.0) somatik semptomlar, 30'unda (%42.9) schneider semptomları, 21'inde (%30.0) anksiyete semptomları, 21'inde (%30.0) self mutilasyon davranışı saptandı. Hastaların travma türlerini inceleyecek olursak 29 (%41.4) hastada cinsel istismar, 45 (%64.3) hastada fiziksel istismar, 29 (%41.4) hastada emosyonel istismar, 34 (%48.6) hastada kronik ihmal, 12 (%17.1) hastada yakın vefatı, 2 (%2.9) hastada kazaya tanıklık etme sonucuna ulaşıldı. 2 hasta travma yaşamadığını bildirdi.

Sonuç: Dissosiyatif kimlik bozukluğu konusuna tam hakim olmayanlar belirtileri birçok tanıyla ilişkilendirebilir ve bu belirtilerin aslında tek bir olguya işaret ettiğini atlayabilmektedir. DKB tanısı düşünülmeden, belirtilere yönelik yapılan tedavi yaklaşımının başarısızlıkla sonuçlandığı görülmektedir. Başka çalışmalarda da izlendiği gibi bizim çalışmamızda da kişiler uzun süreler boyunca yanlış tanı ve tedavi ile takip edilmektedir. Dissosiyatif bozukluk birçok ruhsal hastalıkla birliktelik gösterebilir. Bu yüzden tanı atlanabilme ihtimali yüksektir. Oysa erken tanı ve tedavi ile kişi travmadan korunup daha kolay tedavi edilebilir duruma gelebilir. DKB hastaları çok belirgin dissosiyatif belirtilerle gelmediğinden yanlış ve eksik tanı koymamak adına dissosiyatif belirtiler hasta görüşmelerinde rutin olarak sorgulanmalıdır. Bu hastalara tarama testleri ve yapılandırılmış klinik görüşmeler sayesinde doğru tanı konabilmektedir. Doğru tanı koyduktan sonra hastanın tedavisi mümkündür. Ancak yapılan çalışmalar sonucunda ülkemizde yeterince tanınmadığı izlenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu, Sosyodemografik Bulgular, Başvuru Şikayetleri

ABSTRACT

Analysis of demographic and Clinical Characteristics of Patients with Dissociative Identity Disorder

Ülker (ATILAN) FEDAI, MD

Specialty Thesis, Department of Mental Health and Diseases

AIM: The prevalence of dissociative personality (identity) disorder is 1% and it's needed to be payed attention. Although this prevalence rate this disorder is rarely diagnosed. The aim of this study was to determine the sociodemographic features, complaints, etiological traumas, comorbid psychiatric disorders, previous psychiatric applications of the patients who had the diagnosis of DPD and increase the awareness and recognisability of DPD.

MATERIAL AND METHOD: 70 patients who had the diagnosis of DPD due to DSM 5 criterias in outpatient clinic of Department of Psychiatry of Harran University Faculty of Medicine were accepted to our study. 47 (67.1%) of patients were female, 23 (22.9%) were male. The patients filled dissociative experiences scale, dissociation scale and sociodemographic data form.

FINDINGS: 47 (67.1%) of 70 patients were female and 23(33.9%) were male. The mean age was 26.5 ± 9.63 . The range was between 18-62 ages. It was the first psychiatric application (visit) for 34 (48.6%) patients. 27 (37.6%) of 70 patients had 4 or more applications (visits). The mean number (time) of application for each patient was 2.3 and the mean number of psychiatric diagnosis except DPD was 1.5. Only 17 patients (24.3%) had only the diagnosis of DPD. 47 patients (67.1%) had comorbid depressive symptoms, 21 patients (30%) had comorbid conversion disorder, 14 patients (20%) had comorbid diagnosis of anxiety disorder. And some patients had the diagnosis of personality disorders, substance misuse disorders and posttraumatic stres disorder. As the first complaints 35 patients (50%) had dissociative symptoms, 49 patients (70%) had depressive symptoms, 28 patients (40%) had somatic symptoms, 30 patients (42.9%) had schneiderian symptoms, 21 patients (30%) had anxious symptoms and 21 patients (30%) had self mutilative behaviours. As the traumatypes 29 patients (41.4%) had a story about sexual abuse, 45 patients (64.3 %) had a story about physical abuse, 29 patients (41.4%) had a story about emotional abuse, 34 patients

(48.4%) had a story of chronic neglect, 12 patients (17.1%) had a story of loss of a relative, 2 patients (12.9%) had the story of witness to an accident, 2 patients had no story of trauma.

CONCLUSION: The symptoms of DPD can be related to many psychiatric disorders. Treatments towards symptoms with neglect of the diagnosis of DPD will fail. Patients are generally misdiagnosed as we determined in our study and previous studies. Dissociative symptoms should be checked regularly during psychiatric interviews to prevent from misdiagnosis. The successful treatment could be possible after the right diagnosis.

Key Words: Dissociative Personality Disorder, Sociodemographic Characteristics, Complaints



1. GİRİŞ

DSM-IV dissosiyasyonu, bilinç, bellek, kimlik ya da çevresel algının genellikle entegre olmuş işlevlerinin kopması olarak tanımlar (1). DSM-5 sınıflandırma sistemi içerisinde dissosiyasyon (çözülme) bozuklukları; kimlik çözülmesi bozukluğu, unutkanlık çözülmesi (dissosiyatif amnezi), kendine yabancılaşma (depersonalizasyon) ve gerçek dışılık (derealizasyon) çözülmesi, tanımlanmış diğer bir çözülme bozukluğu ve tanımlanmamış çözülme bozukluğu olarak tanımlanmıştır.

Dissosiyasyon ruhsal savunmanın yanında psikolojik bileşenleri de olan zihinsel bir süreçtir. İlk zamanlarda travmatik yaşantının üstesinden gelme amaçlı kullanılırken zamanla patolojik bir sürece dönüştüğü düşünülmektedir. Kişinin algı ve anılarını kompartmanlaştıran dissosiyatif savunmanın iki rolü vardır. Kişiyi olay esnasında travmatik yaşantının etkisinden uzak tutarken gerekli ruhsal çözüm işlemi başka bir zamanda yapılmak üzere erteler. Böylece fiziksel çaresizlik devam etse dahi denetimin yitirildiği hissini önler. Fakat fiziksel denetime sahip olduğu halde dissosiyasyon artık ruhsal açıdan çaresizlik hissini oluşturduğu bir düzeneğe dönüşür (2).

Çocuklar psikolojik, fiziksel ya da cinsel saldırganlığa karşı kendilerini koruyamazlar. Bu ruhsal travmalar genellikle en yakınları tarafından çocuğun yaşadığı ortamında meydana gelir. Bu yüzden çocuk ne ortamdaki uzaklaşabilir, ne savaşıp mücadele edebilir ne de yaşananları kabul edebilir. Otomatik ve primitif psikobiyojik bir savunma düzeneği olarak dissosiyasyon bu koşullarda, yaşanan travmanın fiziksel ve ruhsal etkilerinin uzaklaştırılmasını sağlar. Travma ile ilgili her şey -travmatik duygu, düşünce, algı gibi- bir kapsülle çevrilip bilinçten koparılır ve normal koşullar altında hatırlanamayacak kadar uzaklara yollanır. Böylece dissosiyasyon fiziksel ve ruhsal acıya karşı bir işlev görür. Çocuklar sürekli biçimde travmaya maruz kaldıklarında, bu savunma düzeneği ya patolojik bir şekilde ya da normal ancak aşırı ölçülerde kullanılır. Sonuç olarak dissosiyatif bozukluklar meydana gelir (3).

Çocukluk çağı dissosiyatif bozukluğuna 5 yaşından önce pek rastlanmamıştır (4). Ancak dissosiyatif bozuklukların tamamının çocukluk döneminde başlamaktadır. Buna rağmen hastaların %3'ü 12 yaşın altında ve %8'i 12-19 yaşları arasında tanı alabilmektedir (5). Oysa erken yaşta farkedilip, doğru tanının konulmasının birçok faydası vardır. Bunlardan biri, bu bozukluk çocukluk döneminde daha kolay tedavi edilir ve tedavi başarısı oldukça yüksektir. Bir diğeri ise,

yaşadığı travmatik ortam fark edilerek çocuğun travmadan korunması sağlanmış olur (6). Erken dönemde tedavi edilmesi intihar girişimleri, kendine zarar verme davranışları (7) gibi komplikasyonların önlenmesini sağlar.

Cinsel ve fiziksel istismar daha kolay tanımlanabilmeleri nedeniyle çocukluk çağı travmaları araştırılırken daha sık gündeme gelmiştir ancak ihmalin de önemli gitgide artmaktadır. Özellikle ülkemizde de yapılan çalışmalar ışığında çocukluk çağı ihmalinin ilişkisi açıkça desteklenmiştir (8, 9, 10).

Dissosiyatif kimlik bozukluğu 1800'lü yıllardan beri bilinen, dissosiyatif bozukluklar içinde en çok ilgi gören, bellek ve kimlik bozukluklarıyla giden bir psikiyatrik bozukluktur (11). Bu bozukluk 1900'lü yılların başında ABD'de önemli bir yer bulurken, şizofreni ve borderline kişilik bozukluğu gibi tanıların ortaya konması ile önemini kaybetmiş ve uzun yıllar çok az sayıda hasta bu tanıyı alarak tedavi görebilmiştir (12,13). Etiyolojisinde çocukluk çağı ruhsal travmalarının önemli rolü olduğu düşünülen bu bozukluk bu nedenle çocukluk çağı kronik travma sonrası stres bozukluğu gibi de görülebilmekteydi (14). Ancak özellikle 1980'lerden sonra artan yayınlarla bu bozukluğun kendine has etiyoloji, fenomenoloji, prognoz ve tedavisi olduğunu bu yüzden de diğer psikiyatrik kategorilerden ayrı görülmesi gerektiği savunulmaktadır (13).

Çalışmalar sonucunda dissosiyatif bozuklukların psikiyatrik hasta popülasyonunda %12-13.8 oranında görüldüğü bildirilmektedir (15, 16). Dissosiyatif kimlik bozukluğu ise toplumda %1 civarında gözükmemektedir. Bu oran şizofreni ile benzerdir ve dikkat çekilmesi gereken bir halk sağlığı problemidir (17).

Sık görülen bir bozukluk olmasına rağmen klinikte dissosiyatif bozukluk tanısı çok nadir olarak konmaktadır. Klinisyenlerin ayırıcı tanıları arasında düşünmemeleri nedenleri arasında psikiyatri eğitimi sırasında fazla yer verilmemesi (18, 19, 20) ve standart öykü alma protokollerinde Dissosiyatif kimlik bozukluğunun karakteristik belirtilerinin sorgulanmaması sayılabilir (21).

Biz bu çalışmamızla dissosiyatif kimlik bozukluğu olan hastaların sosyodemografik özelliklerini, kliniğe başvuru şikayetlerini, etyolojiye yönelik travmalarını, eşlik eden psikiyatrik

tanılarını, geçmiş psikiyatri başvurularını ortaya koyarak Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu tanısının farkındalığını ve tanınabilirliğini arttırmayı amaçladık.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tarihçe

1800'lü yıllara kadar ÇKB kötü ruhlardan ve şeytandan etkilenme durumu olarak kabul edilirken, 19. Yüzyılın başlarında Benjamin Rush DKB'nun ilk tanımlamasını yapmıştır (11, 13). Bunun yanı sıra Samuell Mitchill'in 1816 yılında, Mary Reynolds'un çift kişiliğini tanımladığı olgusu, dünya psikiyatri yazınında bilinen ilk ÇKB olgusudur (22). 1822'de Dyce 'bölünmüş bilinçlilik ve çift kişilik' adlı yazıyı yayınlamıştır. Taylor ve Martin 1944'te bu yazıyı zamanının en iyi araştırılmış vakası olarak kabul etmişlerdir (23).

Dissosiyasyon kavramı ilk kez 1845'de bir Fransız psikiyatristi olan Moreau De Tours tarafından ortaya atılmıştır. Fransız Pierre Janet (1859-1947) dissosiyasyon ve dissosiyatif bozukluklar konusunda önemli katkıları vardır. O, dissosiyasyonu "sabit fikirler" (idees fixes) olarak tanımladığı bazı düşünce ve işlevlerin kişinin kontrol ve algısından kaçması süreci olarak tanımlamıştır (24). Bu sabit fikir ve işlevler kişinin bilinçli farkındalığında ve kontrolünde değildir. Amnezi, füğ, konversiyon belirtileri, paralizi, otomatizm, "ardışık var oluşlar" (succesives existences) gösteren hastaları inceleyerek bu belirtilerin geçmişteki travmatik yaşantılardan köken alan, dissosiyeye edilmiş elemanlara bağlı olarak ortaya çıktığı düşüncesini ortaya atmıştır. Janet'in histeri kavramı, somatizasyon bozukluğu, konversiyon bozukluğu, psikojenik amnezi, psikojenik füğ, ÇKB ve diğer dissosiyatif sendromları kapsamaktadır (25). Janet ve çağdaşları ÇKB' yi ayrı bir tanıdan çok histeri içerisinde değerlendirmektedir.

Janet ilk kez 1885'te Moreau de Tours tarafından 'Desagregation mentale' terimiyle açıklanan dissosiyasyon kavramına sahip çıkmış ve bu kavramı geliştirmiştir. Janet ilk kez dissosiyasyonu sistematik olarak incelemiştir. Bellek sisteminin başarılı entegrasyonunun ancak yeni yaşantıların bilişsel değerlendirilmesine bağlı olduğunu düşünmektedir (25). Bellek, zihnin asıl organize edici aracı olarak Janet tarafından kabul edilmiştir. Belleğin iki önemli temel işlevi olduğunu belirtmiştir. Bunlar; doğumdan ölüme tüm yeni duyguları almak ve depolamak ve daha önce entegre edilmiş anıların doğrultusunda yeni gelen bilgiyi organize edip, kategorize etmek (26). İnsanların bu şekilde gelişmeye açık olabileceğini ve değişebilir anlam şemaları geliştirerek daha sonraki sorunlarla yüzleşmelerinde yarar sağlayacağını düşünüyordu. Uygun davranış, geçmiş yaşantıların farkında olunması ve şu anki durumun doğru algılanmasının kombinasyonu ile

belirlenmektedir. Organizmayla çevresi arasındaki etkileşimlerin ancak küçük bir bölümü bilinçli farkındalık halindedir. Normal şartlar altındaki insanlar bilgiyi fazla bilinçli dikkat harcamadan otomatik olarak entegre ederler. Janet, basit bir refleksten özel bir hünerin karmaşık uygulanaşına kadar çeşitlilik gösteren bu otomatik adaptasyonlara “psikolojik otomatizim” adını verir (25).

Janet’e göre korkunç, alışılmamış, değişik yaşantılar var olan bilişsel şemalarla çözülemezdi. Bu yaşantıların anıları bilinçli farkındalıktan ve istemli kontrolden ayrılabilirdi. Entegre olmamış olayların parçaları daha sonra patolojik otomatizim’ denen stereotipik imajlar, düşünceler ve davranışlar şeklinde kendilerini gösteriyordu. Dissosiyasyon edilen bu yaşantılar ve bunlara bağlı birçok dissosiyasyon elemanı ve sistemler başka görüngülerle bir araya gelerek daha karmaşık klinik durumlar oluşturabilirler. Janet’e göre dissosiyasyon, şiddetle ortaya çıkmış yaşantılar etrafında ‘bilinçaltı 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. Bilinçaltı sabit fikirler, konversiyon, flash back ve kâbuslara, oradan da DKB’deki alter kişiliklere kadar çeşitlilik gösterebiliyordu. Travmatik anıları entegre edemeyenler yeni yaşantılarını da içselleştirebilme yeteneklerini kaybetmişlerdi ve sanki belli bir noktada durmuş kişilikleri, yeni elemanların katılımları veya içselleştirilmesi ile genişleyemiyordu. Belleğin işlevleri hakkındaki çağdaş düşünürlerle, Janet’in bellek süreçleri ile ilgili 100 yıl önceki formülasyonlarının paralel olması oldukça dikkat çekicidir (25).

19.yüzyılın sonuna kadar dissosiyasyon ile ilgili diğer yayınların arasında Alfred Binet (1857–1911) ve Morton Prince’in farklı bir önemi vardır. 19 yüzyılın önemli isimlerinden biri olan Binet’e göre çift bilinçlilik hali, konversiyon, somatizasyon, ve dissosiyatif bozukluklar gibi pek çok psikiyatrik bozuklukta ana mekanizmayı oluşturmaktadır. Daha sonraki çalışmaları çift kişiliğin amnezi, paralizi, işitsel varsanılar ve otomatik yazma ile ilişkili olduğunu göstermiştir (27). Morton Prince DKB sendromunun babası ve Nöropsikiyatri alanının önemli isimlerinden biridir (28).

Travma ve psikiyatri arasındaki bağlantı 19. yüzyılın ikinci yarısından sonra kurulmaya başlar. Janet bir yandan korkunç, alışılmamış, garip yaşantılar karşısında dissosiyasyon mekanizmasının nasıl oluştuğunu 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 saldırıları anlatan bir adli tıp kitabı (*une etude medicolegale sur les attentats aux moeurs*) yazar. İncelediği 616 olgunun 339’u cinsel tecavüze uğramış on bir yaşından küçük çocuklardan oluşmaktadır. Çocuklara cinsel taciz konusunda bu dönemlerde Fransız tıp literatüründe birçok yayın bulunmaktadır. Paul Bernard (1828–1886), öldüğü yıl yayınlanan ‘des attentats a la pudeur sur les petites filles’ adlı kitabında 1827 ve 1870 yılları arasında bildirilmiş, cinsel saldırı ve tecavüze uğramış 36176 çocuğu konu almıştır. Bunlara, cinsel tacize uğramış çocukların otopsipleri de dâhildir (29). Janet ise travmatik yasantılar ve ruhsal rahatsızlıklar arasındaki ilişkiyi daha da netleştirmiştir. Toplam 591 olgu bildiriminin 257’sinde travmayı, presipitan bir faktör olarak göstermiştir (30).

1885 yılında Charcot’un kliniğini ziyaret eden S.Freud (1856–1939), 1892–1896 yılları arasındaki yazılarında Janet’in düşüncelerine benzer fikirler ortaya koyar. Josef Breuer (1842–1925) ve Freud 1893’te histerik belirtiler ile çocukluk çağı ruhsal travmalarının ilişkisine dikkat çekerler. Freud ve Breuer dissosiyasyonun, histeri için ilke olduğunu ve ikilemiş bilincin her histeri vakası için gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Bir şeyin travmatik olması için bilincin dissosiyeye olmuş bir parçası üzerine kaydedilmesi ve egonun bilinçli farkındalığının dışında kalmasının gerekli olduğunu belirtmişler ve bu durumlara ‘hipnoid durum’ adını koymuşlar, histeriyi ise ‘hipnoid histeri’ olarak adlandırmışlardır. Bu dönemde histerik belirtilerin travmatik kökenli olduğuna inanıyorlardı. Ancak ‘Histerinin Etyolojisi’ (1896) adlı yazısında Freud ilk kez ‘savunma histerisi’ kavramı ile bu kavramı genişletmiştir. Buna göre travma sonrası gelişen patolojik sürecin dissosiyasyon olmadığı ve nevrozların kaynağının dürtüsel arzular olduğunu söyler. Dissosiyasyon yerine represyonun asıl savunma olarak bilinç dışı ruhsal süreçlerin işlemlerini sağladığı düşüncesini yerleştirir ve böylece histeride görülen bellek bozukluklarının 5 yaş civarındaki ödipal kriz sırasındaki çatışma yüklü cinsel ve saldırgan dürtülerin aktif represyonu ile olduğu kanısına varır (31).

Yirminci yüzyılın ilk yıllarında DKB popularitesi azaldı. DKB’nin popularitesinin azalmasında iki faktör rol oynamıştı. Birincisi Freud’un 1909’daki ‘yetersiz ve etik değeri şüpheli bir yöntem’ olarak ifade ettiği hipnoza değer vermeyen yazılarıdır. Hipnoza olan ilginin azalmasıyla tedavisinde hipnozun önemli bir yeri olan DKB’ye ilgi de dolaylı olarak azalmıştır (32). Ayrıca Freud’ un, sedüksiyon kuramını bırakıp hastaların anlattığı cinsel tacizlerin, hastaların çocukluk fantezisi olduğunu öne sürerek bütün nevrozların kaynağı saydığı odipus kompleksi teorisini geliştirmesi DKB’nin değer kaybetmesinde önemli bir etken olmuştur (27). İki

yıl sonra Eugen Bleurer (1857–1939), şizofreniye yeni ismi altında şöhret kazandı ve yapılan yeni tanımla birçok fonksiyonel mental bozukluğu da şizofreni kapsamına aldı. 1910 yılından sonra ‘ödipal histerik’ olarak sınıflandırılmayan DKB hastaları, şizofreni olarak tanınmaya başlandı (27). Bunun sonucunda ÇKB tanısındaki düşüşte, ikinci önemli etkende yanlış konulan şizofreni tanıları oldu. 1914–1926 yılları arasında Kuzey Amerika’da birçok DKB hastası, şizofreni tanısı aldı ve böylece şizofreni tanısında belirgin bir artış ve DKB tanısında da azalma izlenmiş oldu (27).

1970’li yıllardan sonra konuyla ilgili araştırmalarda artış izlendi. Bunun nedeni; belki çocukluk dönemindeki fiziksel ve cinsel örselemeye daha cesaretle yaklaşılması, belki de ABD’deki basının konuya ve hipnoza ilgi duyması olabilir (33). Kluff (14) bunlara ek olarak, DKB ile karışan şizofreni gibi hastalıkların tanımlamalarının daraltılmasını ve tedavide başarısız olunan olguların daha ayrıntılı bir şekilde incelenmesini artışın nedenleri arasında saymıştır. 1980 yılında ÇKB’nun DSM-III’te bir tanı olarak değerlendirilmesinin ardından, bu bozukluk için gerçek anlamda klinik çalışma ortamı oluşmuştur. Bliss 1986 yılında dünya yazınında o zamana dek yayınlanmış 300 olgu olduğunu, bunların en az 79’unun 1970-1981 arası döneme ait olduklarını bildirmiştir (13, 34, 35). Bu tarihten sonra çeşitli ülkelerde çok sayıda olgu içeren geniş araştırmalar yapılmıştır (36, 37).

Ülkemizde 1994 yılından önce olgu bildirimini bulunmamaktadır (38). 1994’te Sar ve ark tarafından Türkiye genelinde yapılan bir anket çalışması Türk psikiyatrlarının yaklaşık %80’inin hastada bu tanıyı düşündükleri hiçbir zaman olmadığını sonucuna varılmıştır (18). Türkiye’de DKB üzerine ilk sistematik çalışma ve yayınlar İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı’nda 1993 yılında başlamıştır. Türkiye’de DKB alanındaki sistematik çalışmaların başlamasında klinik psikoterapi çalışmalarının yanı sıra özellikle ‘histerik psikoz’ kavramı üzerinde durulması etken olmuştur. İstanbul Tıp Fakültesi grubunca 1995 yılında ortaya konan bir tez ile histerik psikoz ve DKB kategorileri arasında bir ilişki bulunduğu, DKB vakalarının psikiyatriye histerik psikoz şeklinde başvurabilecekleri, histerik psikozun ÇKB için bir tanı penceresi oluşturduğu fikri ortaya atılmıştır. Bu görüş uluslararası düzeyde yoğun ilgi toplamış ve bu çalışmanın bu ilişkiye açıkça işaret eden ilk çalışma olduğu herkes tarafından kabul görmüştür (39).

1994–1995 yılları, DKB açısından Türk literatüründe patlamanın olduğu bir dönem olarak sayılabilir. Bu yıllarda kırka yakın makale, yerli ve uluslararası dergilerde yayınlanmıştır. Bu çalışmalar uluslararası dergilerde sitasyon almakta ve Türkiye önümüzdeki yıllarda DKB bildiriminde hızlı artış olacak ülkelerden biri olarak görülmektedir (27). Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES), Dissosiyasyon Soru Formu (DIS Q), Dissosiyatif Bozukluklar Görüşme Çizelgesi (DBGÇ) ve Dissosiyatif Bozukluklar için Yarı-yapılandırılmış Görüşme Çizelgesi (SCID-D) gibi Dissosiyatif Bozukluklar için hazırlanmış özbildirim ölçekleri ve yapılandırılmış tanı koydurucu görüşme çizelgelerinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları tamamlanmıştır. Bu sayede Türk araştırmacılara önemli bir faydalar sağlanmış oldu (40, 41, 42).

Ülkemizde Çocuk ve ergen psikiyatrisi yazınında çocuk vaka bildirimleri (43, 44), ergen vaka bildirimleri (45, 46) mevcuttur ve ergen yas grubunda dissosiyasyonun travma ve intihar davranışı ile ilişkisini ortaya koyan bir toplum taraması yapılmıştır (47). Putnam (48) tarafından geliştirilen ve patolojik dissosiyasyonun çocuk yas grubunda değerlendirilmesini sağlayan ‘Çocuk Dissosiyasyon Değerlendirme Ölçeği’nin Türkçe versiyonunun geçerlilik güvenilirlik çalışması tamamlanmıştır (49).

2.2. Dissosiasyonun Tanımı ve İşlevleri

DSM-IV’te dissosiyasyonu; bilinç, bellek, kimlik ya da çevresel algının genellikle entegre olmuş işlevlerinin kopması olarak tanımlamaktadır (1).

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” şeklinde tanımlamıştır. Nemiah dissosiyasyonu iki temel ilkeyle açıklamıştır. Birincisi, dissosiyatif reaksiyon sırasında kişinin kimlik algısında farklılaşma yaşamasıdır. Kişinin kendi kimliğine amnezik olması ya da farklı kimliğe dönüşmesini buna örnek gösterir. İkinci temel ilke ise, kişinin dissosiyasyon sırasındaki olaylarla ilgili bellek süreçlerindeki değişmedir. Bu durum tam amneziden yaşanan olayın bir rüya gibi hissedilmesine kadar çeşitli şekilde olabilir. Nemiah'in bu ilkesi Janet'in tanımlamasıyla da örtüşmektedir. Bu iki ilke özellikle dissosiyatif bozuklukların DSM tanımlamalarında kullanılmıştır (50).

Spigel ve Cardena'nın tanımı ise "olağan şartlarda entegre olan düşünce, duygu, bellek, kimlik gibi zihinsel süreçlerin yapılandırılmış ayrılması" şeklindedir (51). Cardena (52) üç dissosiyasyon kategorisi tanımlamıştır. Cardena yaygın görülen ve patolojik olmayan dissosiyasyonu ayrı bir kategoride sınıflandırmamıştır:

Kategori 1: Algılama, bellek ve hareket fonksiyonlarında bozulma ile giden dissosiyatif fenomenleri içerir (Dissosiyatif Amnezi ve Konversiyon Bozukluğu).

Kategori 2: Depersonalizasyon Bozukluğu ve Derealizasyon Bozukluğu

Kategori 3: Kategori bir ve ikiden parçalar içerir. Cardena'nın bu ayırımı pek çok teorisyenin ayırımına paraleldir (53).

Braun (1988) dissosiyasyonu, "fikir ya da düşünce sürecinin bilincin ana akısından ayrılması" olarak tanımlamış ve dissosiyasyonun BASK (behaviour, affect, sensation, knowledge: davranış, duygulanım, duyular, bilgi) modelini geliştirmiştir. Dissosiyasyonu farkındalığın sürekliliği içine yerleştirilmiştir. BASK modelinde; davranış, duygulanım, duyular ve bilgi zamanın içinde aynı anda birbirine koşut olarak akan işlevsel örüntülerdir. Birbiriyle kaynaşmış bir şekilde akan BASK bileşenlerinin bir ya da daha fazlası çevresel, ruhsal ya da organik nedenlerle bilincin ana akısından ayrılabilir. Böylece çeşitli dissosiyatif belirti ve bozukluklar meydana gelir (54).

Tablo-1: Dissosiasyonun BASK Modeli

BASK BİLEŞENLERİ	OLUŞAN BELİRTİ VE BOZUKLUKLAR
B (Behaviour/davranış)	Konversiyon, otomatizm
A (Affect/duygulanım)	Sebepsiz duygulanım değişiklikleri
S (Sensation/duygu)	Somatik bellek belirtileri(somatizasyon)
K (Knowledge/bilgi)	Amnezi

Goff (1992) "kişinin kendilik ve çevre algısında devamsızlık", Hunter (1990) "ızdırıp verici bir yaşantıyla basetme metodu; kişinin kişiliğinin, duygularının ve vücudunun çeşitli parçalarını bölümlere ayırdığı ve onları gerçek kendinden ayrı gördüğü bir süreç", West (55) "kişinin zihnine gelen ya da çıkan enformasyonun normalde olması gerektiği gibi bir işleme tabi

tutulmaması, beklenen assosiyasyonlardan aktif olarak ayrı tutulmasını sağlayan psikobiyojik bir süreç" olarak tanımlamıştır (56, 57).

Bugün dissosiyasyonun varlığı iki başlık altında incelenmektedir:

1. Tanımlayıcı yaklaşımlar

- a. Boyutsal yaklaşım
- b. Niteliksel yaklaşım

2. Kategorik yaklaşım

Boyutsal yaklaşım içerisinde dissosiyasyon, karmaşık bir işleme süreci olarak tanımlanmaktadır. Minor patolojik olmayan dissosiyasyon ile şiddetli ve psikopatolojik (DKB) durumlar arasında bir sürekliliğin olduğu düşünülmektedir. Bütün insanlar günün %20'lik bir kısmında dissosiyasyon halindedir. Örneğin uyku öncesi ve sonrasında, alışılmadık yorgunluk ya da emosyonel stres dönemlerinde, bazı meditasyon ve trans tiplerinde depersonalizasyon ve derealizasyon yaşantıları meydana gelebilir. Dissosiyasyon, anksiyeteli durumlarda stresi azaltmak için bütün insanların kullandığı adaptif bir başa çıkma yöntemidir (58). Aynı zamanda tekrarlayıcı ya da kronikleşmiş travmalarda (tip II travma) çocuğun dayanmasına yardım eden bir savunma mekanizması olarak çalışır. Dissosiyasyon, kişinin fiziksel olarak kaçamayacağı bir travmadan zihinsel olarak kaçmasını sağlayarak, kişiyi üstesinden gelemeyeceği travmadan korumuş olur (59).

Kategorik yaklaşım ise sınıflandırma sistemlerini yansıtır.

Dissosiyatif savunmalar üç major görevi ile kavramsallaştırılabilir (58):

1. Davranışta otomatizasyon
2. Acılı hatıralar içeren bellek ve afektin kompartmanlara ayrılması
3. Kendilikte yabancılaşma duygusu

Bir açıdan bakıldığında dissosiyatif süreklilik önemli bir ölçüt olsa da tüm dissosiyatif fenomenler nitelik olarak benzemekte ve sadece şiddeti açısından farklılık sergilemektedir. Pek çok araştırmacı pek çok fenomen için dissosiyasyon kelimesinin kullanılmasının kafa karışıklığı yarattığını belirtmiştir (53, 60, 61). Bu yüzden çözülme ve kompartimentalizasyon çatısı altında niteliksel bir ayırım yapılabileceği fikri ortaya atılmıştır (60).

Allen (2001) dissosiyasyonu çözümlenme ve kompartmentalizasyon olarak iki bölüme ayırmıştır (60). Allen'e göre çözümlenme, dissosiyatif bozukluğun en yaygın şeklidir. Depersonalizasyon ve derealizasyonu içerisine alır. Kompartmentalizasyon da ise amnezi, füğ ve DKB gibi daha şiddetli dissosiyatif fenomenler bulunur.

Benzer bir ayırım Brown (2002) tarafından da yapılmıştır (62).

Buna göre:

Tip 1 Dissosiyasyon: Dissosiyatif amnezi, füğ, DKB ve konversiyon bozukluğu

Tip 2 Dissosiyasyon: Depersonalizasyon, derealizasyon peritratmatik dissosiyasyon ve beden duyuları.

Çözümlenme durumlarında kişide ayrı bir bilinçlilik durumu sergilenir. Çözümlenme sırasında günlük deneyimlerin genel görünümünden, kendi bedeninden, kendilik duygusundan ve dış gerçeklikten ayrılma hissi yaşanır. Hastalar çözümlenme deneyimlerini “uzayda gibi”, “gerçeklik değilmiş gibi” ya da “rüyada gibi” hissetme şeklinde tanımlarlar. Bu esnada duygulanım hissetmediklerini ya da duygularının hızla değiştiğini belirtirler. Sıklıkla bu belirtilerin eş zamanlı görüldüğü ve nörobiyolojik mekanizmaların faaliyetlerini yansıttığı düşünülmektedir (63, 64, 65).

Çözümlenme deneyimleri ve TSSB arasında önemli derecede bir örtüşme mevcuttur. Örneğin peritratmatik dissosiyasyon travma sırasındaki tipik bir çözümlenme deneyimidir (66).Emosyonel hissizlik sıklıkla TSSB içinde de bulunmaktadır. Bu belirti depersonalizasyon ve derealizasyonun bir şekli olarak kabul edilmektedir (67). Aynı zamanda TSSB'nin asıl belirtisi olan tekrarlayıcı imajlar ya da flash backler peritratmatik bir çözümlenmenin parçası olabilir.(61, 68, 69) Çözümlenme deneyimleri akut ve geçici ya da depersonalizasyon bozukluğunda olduğu gibi kronik şekilde de olabilmektedir. Bu belirtilerin sürekliliği ve şiddetleri göz önünde tutularak fonksiyonel bir bozulma olup olmadığı belirlenmektedir (70).

Kompartmentalizasyon tanımı, işlenebilir bilginin bilinçli farkındalığa getirilebilmesi yetisinde bozulma olarak yapılabilir. Bu durumda bilgi bağlanır ve kompartmanlaşır. Bir çeşit bozukluk ile gelecek eylemlerin üstesinden gelinemez olunur. Diğer bir yapılan tanım, bu kompartmentalize bilgilerin iradeli kontrolden farklı bir yerde erişilemez şekilde normal olarak çalışmaya devam eden biliş ve eylemleri etkileyebildikleridir. Amnezinin sebebi kompartmentalizasyondur ve depolanmış bilgiye istemli olarak erişilmesini engellenmiş olur.

Ancak yoğun çözüme epizodları sırasında da olaylarla ilgili amnezi meydana gelebilir ve olayla ilgili bilgiler yetersiz kodlanabilir (71).

Kompartmanlaşma ve çözüme fenomenleri arasında açık ayrımlar yapılabiliyor gibi gözükse de bu durumlar sıklıkla bir arada bulunur ve aralarında ayırım yapabilmek oldukça güçtür (70).

2.3. Dissosiyatif Bozukluklar

2.3.1. Tanı Ölçütleri

1980'lere kadar dissosiyatif bozukluklar histerinin bir alt kategorisi olarak sınıflandırılmıştır. Konversiyon Bozuklukları ise bir başka major alt kategoriydi. 1980'de DSM-III ilk Dissosiyatif Bozukluk terimini kullanmaya başlamıştır (50). DSM-III de çoğul kişilik bozukluğunun tanı ölçütlerinin çok belirsiz ve yoruma açık olması nedeniyle eleştirilmiştir (72). Daha sonra DSM-III'de bu bozukluğun nadir görüldüğü ibaresi DSM-III-R'da kaldırılmıştır. DSM-III-R Psikojenik Amnezi, Psikojenik Füg, Depersonalizasyon Bozukluğu, Çoğul Kişilik Bozukluğu ve Başka Türü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk (BTA-DB) olarak beş ana dissosiyatif bozukluk tanımlanmıştır. Dissosiyatif süreç içerisinde yer aldığı düşünülen konversiyon bozukluğu DSM-III-R dissosiyatif bozukluklardan tamamen ayrılmıştır (50). DSM-III-R Çoğul kişilik bozukluğu kriterleri arasında amnezinin olmaması ve kişiliğin tanımının tam yapılmaması nedeniyle tanı koymada sorun yaşanabileceği yönünden eleştirilmiştir (73, 74).

DSM-IV'te ÇKB olarak abartılı çağrışımlar yapan adı değiştirilmiş. Kişilikler arasında amnezi bulunması koşulu getirilmiş ancak buna karşılık kişiliklerin kontrolü tam olarak alması koşulu hafifletilmiştir. DSM-IV, dissosiyatif bozukluğun bilinç, kimlik ve bellek işlevlerinde bozulmaya yol açtığına değinilir. Ayrıca DSM-IV, BTA-DB'nin bir alt kategorisi olarak Dissosiyatif Trans Bozukluğu'nu tanımlamıştır. "Klinik olarak belirgin sıkıntıya ya da işlevsellikte bozulmaya yol açan ve ortak kültürel ya da dinsel uygulamanın genel kabul gören uygulaması olarak kabul edilmeyen istemsiz trans durumu" olarak tanımlanan bu bozukluk özgül kültürel şartlar içinde meydana gelir (1). DSM-IV, dissosiyatif amnezi, dissosiyatif füg, depersonalizasyon bozukluğu, dissosiyatif kimlik bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk olarak sınıflandırmaktadır.

DSM-5'in yayınlanmasıyla Dissosiyatif Bozukluk 5 ana başlık altında toplanmıştır. Tanı başlıklarında ve tanı kriterlerinde bazı değişiklikler yapılmıştır. Bunlardan biri; Deperzonalizasyon Bozukluğu ve Derealizasyon Bozukluğu tanısında olmuştur. Depersonalizasyon bozukluğu içinde derealizasyon belirtileri de içerdiğinden ayrı bir tanı olmaktan çıkmış ve ismi “Deperzonalizasyon / Derealizasyon Bozukluğu olarak değiştirilmiştir. Bir diğeri; DSM-5'te Dissosiyatif Füg tanı başlığı kaldırılmış, amnezi ile birlikte görülmesi gerektiğinden Dissosiyatif Amnezi tanısının bir belirleyicisi yapılmıştır.

Son olarak da; DSM-5'te Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu tanısının A ve B tanı ölçütlerinde birkaç değişiklik yapılmıştır. DSM-5'te bozukluğun A tanı ölçütü işlevsel nörolojik belirtileri de içerecek biçimde genişletilmiş ve “kimlikler arasındaki geçişin kendisi tarafından beyan edilmesi ya da başkaları tarafından gözlenmesi” koşulu eklenmiştir. Bozukluğun B tanı ölçütünde de anımsanan olaylardaki boşluklar vurgulanmıştır. Böylece tanı gerçekliği ve güvenilirliğinin artırılması planlanmıştır.

Çözülme (dissosiasyon)bozukluklarının DSM-5 e göre sınıflandırılması:

- Kimlik Çözülmesi Bozukluğu
- Unutkanlık Çözülmesi (Dissosiyatif Amnezi)
- Kendine Yabancılaşma (Depersonalizasyon) / Gerçekdışılık (Derealizasyon) Çözülmesi
- Tanımlanmış Diğer Bir Çözülme Bozukluğu
- Tanımlanmamış Çözülme Bozukluğu

2.3.1.1. Kimlik Çözülmesi Bozukluğu

a) İki ya da ikiden çok ayrı kişilik durumu ile belirli kimlik bölünmesi. Bu durum, kimi kültürlerde cin çarpması yaşıntısı olarak tanımlanır. Kimlikte bu bölünme, kendilik duygusunda ve eylemlerini yönetebilirlik algısında sürekliliğin belirgin olarak bozulmasını kapsar ve duygulanım, davranış, bilinçlilik, bellek, algı, biliş ve/ya da duyuşal-devinsel işlevsellikte bununla ilişkili değişiklikler bulunur. Bu belirti ve bulgular, başkalarınca gözlenebilir ya da kişi bunları bildirir.

b) Sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde, günlük olayları, önemli kişisel bilgileri ve/ya da örseleyici olayları anımsarken yineleyici boşluklar olması.

c) Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

d) B bozukluk genel kabul gören kültürel ya da dinsel bir uygulamanın bir bölümü değildir.

NOT: Çocuklarda bu belirtiler imgesel oyun arkadaşları ya da başka düşlemsel oyunlarla daha iyi açıklanamaz.

Bu belirtiler, bir maddenin (örn. Alkol esikliği sırasında ortaya çıkan bilinç kararmaları ya da davranış kargaşaları) ya da başka sağlık bir durumunun (örn. Kompleks parsiyel katılmalar) fizyolojiyle ilgili etkenlerine bağlanamaz.

2.3.1.2. Unutkanlık Çözülmesi (Dissoisyatif Amnezi)

a) Sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde, genellikle örseleyici ya da gerginliği tetikleyici nitelikte, öz yaşam öyküsüyle ilgili bilgileri anımsayamama.

b) Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli bir işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

c) Bu belirtiler, bir maddenin (örn. Alkol ya da kötüye kullanılan başka bir madde, bir ilaç) ya da nörolojiyi ilgilendiren bir durumun ya da başka bir sağlık durumunun (örn. Kompleks parsiyel katılmalar, gelip geçici geniş çaplı unutkanlık, kapalı baş yaralanması/çarpma ile baş yaralanmasının kalıntısı, nörolojiyi ilgilendiren başka bir durum) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

d) Bu bozukluk, kimlik çözülmesi bozukluğu, örselenme sonrası gerginlik bozukluğu, bedensel belirti bozukluğu, yeğin ya da ağır olmayan nörobilişsel bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.3.1.3. Kendine Yabancılaşma (Depresonalizasyon) / Gerçekdışılık (Derealizasyon) Çözülmesi

a) Sürekli ya da yineleyici, kendine yabancılaşma, gerçekdışılık yaşantıları ya da her ikisinin birlikte olduğu yaşantıların varlığı:

1. Kendine Yabancılaşma (Depresonalizasyon): Kişinin düşünceleri, duyguları, duyumları, vücudu ya da eylemleriyle ilgili olarak gerçekdışılık, kendinden kopma ya da dışarıdan bir gözlemciymiş gibi olduğu yaşantıları (örn. Algısal değişiklikler ,, zaman algısında çarpıklık, kendiliğin gerçekdışılığı ya da yokluğu, duygusal ve/ya da bedensel uyuşma)

2. Gerçekdışılık (Derealizasyon) Çözülmesi: Çevredekiler ile ilgili olarak gerçekdışılık ya da kopukluk yaşantıları (örn. İnsanlar ya da nesnelere gerçekdışı, düşsel, sisli, cansız ya da görsel açıdan çarpık olarak yaşantılanır.)

b) Bu kendine yabancılaşma ya da gerçekdışılık yaşantıları sırasında gerçeği değerlendirme bozulmamıştır.

c) Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

d) Bu bozukluk, bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. katılmalar) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

e) Bu bozukluk, şizofreni, panik bozukluk, yeğin depresyon bozukluğu, akut gerginlik bozukluğu, örselenme sonrası gerginlik bozukluğu ya da başka bir çözülme bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz.

2.3.1.4. Tanımlanmış Diğer Bir Çözülme Bozukluğu

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, çözülme bozukluğu belirtilerinin baskın olduğu, ancak bunların çözülme bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmış diğer çözülme bozuklukları kategorisi, çözülme bozukluklarından herhangi biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedenini klinisyenlerce tartışılmak istendiğinde kullanılır. Yazarken, ‘tanımlanmış diğer çözülme bozuklukları’ diye yazmanın ardından özel neden yazılır (örn. ‘çözülme esimesi (trans). “Tanımlanmış diğer” adı kullanılarak belirlenebilecek görünüm için örnekler şunlardır:

1. Karışık Çözülme Belirtileriyle Giden Süreğen Ve Yineleyici Sendromlar: Bu kategori, kendilik duyumunda ve eylemlerini yönetebilirlik algısında sürekliliğin çok belirgin olmadan bozulduğu kimlik bozukluğunu ya da unutkanlık çözülmesi olmadığını bildiren bir kişide ortaya çıkan kimlik değişikliklerini ya da cin çarpması yaşantısı dönemlerini kapsar.

2. Uzun Süreli ve Yoğun Bir Biçimde Baskı Altında Tutularak İnandırılmaya Bağlı Kimlik Bozukluğu: Yoğun bir biçimde, baskı altında inandırılmaya çalışılan kişiler (örn. Beyin yıkama, zihin denetimi, tutsakken görüş aşılama, işkence, uzun bir süre siyasal olarak tutuklu kalma, tarikatlar/mezhepler ya da terör örgütlerine girme), uzun süreli kimlik değişiklikleri ya da bilinçli bir biçimde kimliğini sorgulama durumu gösterebilirler.

3. Gerginlik Yaratan Olaylara Bağlı Akut Çözülme Tepkileri: Bu kategori, kimi zaman yalnızca birkaç saat ya da gün süren, bir aydan daha kısa süreli, gelip geçici, akut durumlar içindir. Bu durumlar, bilinçlilik durumunun kısıtlı olması ile belirlidir; kandine yabancılaşma; gerçekdışılık; algısal bozukluklar (örn. Zamanın yavaşlaması, makropsi); kısa unutkanlıklar; gelip geçici stupor ve/ya da duyuşal-devinsel işlevsellikte değişiklikler (örn. Analjezi, paralizi).

4. Çözülme Esrimesi (Trans): Bu durum, çevresel uyaranlara karşı derin bir tepkisizlik ya da duyarsızlık ile kendini gösteren, yakın çevreyi, birden, tam olarak ya da bir ölçüde ayımsayamama ile belirlidir. Söz konusu tepkisizliğe, kişinin ayırımında olmadığı ve/ya da denetim altında tutamadığı küçük basmakalıp devinimler (örn. Parmak devinimleri) eşlik edebileceği gibi, gelip geçici paralizi ya da bilinç yitimi de eşlik edebilir. Çözülme esrimesi, genel kabul gören kültürel ya da dinsel bir uygulamanın bir bölümü değildir.

2.3.1.5. Tanımlanmamış Çözülme Bozukluğu

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, çözülme bozukluğu belirtilerinin baskın olduğu, ancak bunların çözülme bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmamış, diğer çözülme bozuklukları kategorisi, çözülme bozukluklarından herhangi biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedenini klinisyenlerce tartışılmak istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda (örn. Acil servis koşulları) kullanılır.

2.4. Dissosiasyonun Nörobiyolojisi

Travmanın keşfi ve mental dissosiasyondaki etiyolojik rolü bir yüzyıl öncesinden bilinmektedir. Ancak nörobiyolojik çalışmalar yakın zamanda başlamıştır. Çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmalar sonucunda travmanın, biliş ve hafızanın bütünleştirici fonksiyonlarını düzenleyen beyin bölgelerinde, bazı kalıcı fonksiyonel, nörokimyasal ve yapısal anormalliklere sebep olabileceğini göstermiştir (75).

1) Travma Ve Nörohormonlar: Van der Kolk, Body, Crystal ve Greenburg (1989) TSSB belirtilerini gösteren ilk biyolojik modelleri açıklamışlardır. Davranışsal değişikliklerin nörotransmitter sistem aracılığıyla belirlendiği düşünülmektedir (76).

a) Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal (HPA) Ekseni: Akut ve kronik stres yanıtında rol alan en önemli sistemdir. CRF strese yanıt olarak asıl hipotalamustan ayrıca serebellum, talamus, lokus cereleus, singulat, prefrontal korteks, hipokampus ve amigdala çekirdeği gibi beynin birçok bölgesinden salınır. Ön hipofizde CRF reseptörlerinde down regüstasyon izlenmektedir (77). CRF-HPA eksenini ile NE sistem karşılıklı birbirlerinin uyarılmaktadır. Katekolaminler enerjiyi yaşamsal organlara yönlendirirken, kortizol ise stres sonrası oluşan sempatik etkinliği baskılar. Diğer bir görevi ise geri bildirim ile hipofiz, hipotalamus ve diğer yapıların baskılanmasıdır (78). Stres durumunun uzamasıyla bazı uyum mekanizmaları devreye girer. Travmatik yaşantılar HPA ekseninde kalıcı değişiklikler yapabilmektedir (79). Kronik strese maruz kalanlarda istirahat sırasında ve stres anında düşük glukokortikoid düzeyleri saptanmıştır (80, 81).

b) Noradrenerjik Sistem: Uyanıklık, seçici dikkat, korku ve anksiyete oluşumunda rol oynar. Katekolamin sistemi ile HPA eksenini beraber çalışmaktadır. Sempatik sinir sistemi ve HPA eksenini stres anında beraber çalışırlar ve katekolamin, glukokortikoid düzeylerini yükseltirler. TSBB hastalarında özgün olarak NE/Kortizol oranında artış olduğu gösterilmiştir (76). Çocukluk çağı cinsel tacize uğramış çocuklarda yapılan çalışmada 24 saatlik idrarda katekolamin düzeyleri yüksek bulunmuştur (82).

c) Dopaminerjik Sistem: Dopaminin strese yanıtta etkili olan diğer nörotransmitterlerin, yolakların arasında düzenleyici rolü olduğu düşünülmektedir (76). Dopamin düzeyinin flashback, aşırı uyarılmışlık ve kaçınma davranışlarıyla alakalı olduğu düşünülmektedir (78).

d) Serotonin Sistemi: Serotonin sistemindeki değişiklik davranış inhibiasyonunda kayba neden olarak impulsivite, agresif patlamalar, kompulsif travma ilişkili davranışlara neden olmaktadır. Hayvanlarda serotonin azalması irritabilite, eksitabilite, aşırı duyarlılık ve hafif uyarana aşırı tepki verme davranışı yaptığı gözlenmiştir (83).

e) Endojen Opiat Sistemi: Stresle opiat salınımı artar ve ağrıya karşı analjezi gelişir (76). Yapılan çalışmalarla travmadan kaçamayan hayvanlarda bellek fonksiyonlarında da zayıflama izlenmiştir (84). Bu durumda donakalma ve panik yanıtlarının bellek fonksiyonunda etkili olduğunu ve opiatların norepinefrinin etkili olduğunu kanıtlamaktadır (77).

f) Nörohormonlar Ve Bellek: Travmaya bağlı psikopatolojisi olanlarda hem emosyonel hem kognitif bellekte bozukluklar görülür. Bu bir çeşit maruz kalınan travmayla bir baş etme yöntemidir (85). Travma sırasında aşırı salınan nörohormonların travmatik belleklerin uzun süreli pekişmesinde rol oynamaktadır (86). Burada en önemli hormon norepinefrin olsa da endojen opiatların da bellek işlenmesini bozmaktadır (87).

2) Nöroanatomik bulgular: Uzamış travmatik yaşantılar sonucunda orta beyin, limbik sistem ve beyin sapı etkinliği artarken kortikal modülasyon azalır (88). Bunun sonucunda bilişsel yanıtılıkta, dürtü ve duyguların kontrolünde bozukluklar gelişir (89).

a) Hipokampus: Yapılan çalışmalar sonucunda hipokampusun en önemli görevi açık belleğin oluşturulması olduğu bulunmuştur (85). Ayrıca travmayla ilişkili disinhibisyon, anksiyete amnezi durumlarından sorumludur. Etkinliğin bozulduğu durumlarda davranışlarda disinhibisyon, aşırı tepkisellik izlenmektedir (90). Stres sırasında aşırı salınan glukokortikoid düzeyleri nöron kaybına ve dendritik dallanmasında azalma şeklinde hipokampal alanda hasara, sonucunda da bellek bozukluklarına yol açmaktadır (85).

b) Amigdala: Gelen uyarıların anlamlandırıldığı ve saldırgan, oral, cinsel dürtülerin kontrolünde rol alır (91). Ayrıca duygusal ve travmatik bellek oluşumunda önemli rolü vardır (90).

c) Prefrontal Korteks: Kognitif işlevlerin yöneticisi olarak kabul edilmektedir. Güncel bellek sistemini sürekli yenilemekte ve yeni gelen bilgileri bellek sistemine dahil etmektedir. Travma sırasında prefrontal korteks işlevi bozulmakta ve yaşanan travma güncel belleğe

alınmamakta ve travmatik bellek oluşmaktadır. Dopamin ve diğer monoamin projeksiyonları stresle prefrontal kortekste etkinleşmektedir. Böylece prefrontal alanda hasar izlenmektedir (77).

d) Singulat Girus: Çift taraflı haraplanması sonucunda huysuzluk ve aşırı öfkelenme izlenmektedir (92).

e) Hemisferik Baskınlık: Sol hemisfer erken dönem travmalarına daha hassastır. Sağ hemisfer daha erken gelişmekte ve duygusal iletişimde önemlidir. Sağ hemisfer amigdala ile yoğun ilişki içindedir. Sol hemisfer ise alguların anlamlandırılmasında görevlidir. DKB hastaları içsel anlamlandırma zorlukları yaşamaktadır. Yapılan bir çalışmada travmatik anıların hatırlatılması sonucunda hastaların sol hemisferlerinde Broca alanında oksijen kullanımı azalmaktadır (93).

2.5. Dissosiyatif Bozuklukta Etiyoloji

2.5.1. Çocukluk Çağı Travmaları:

Dissosiyatif Bozukluğu olan kişilerde yapılan çalışmalarda sıklıkla etiyojide travma bulunmuştur (94, 95, 27). Çocukluk döneminde fiziksel ya da cinsel istismarların (sıklıkla da ensestten) sıklığı dikkat çekmektedir. Diğer travma sayılabilecek olaylar arasında; yakın bir akraba ya da arkadaşın ölümü, ölüm ya da bir örselenmeye tanıklık etme, terk edilme, duygusal baskı sayılabilir (24). 1980'li yıllara kadar bu konu pek önemsenmemişken, günümüzde ÇKB tanısı konmuş olguların öykülerinde çocukluk dönemine ilişkin cinsel ve fiziksel istismar ilgi odağı olmuştur (96).

Travmatik yaşantının dört temele özelliğinden bahsedilebilmektedir.

• **İnsan kavrayışının dışında olması:** gelen uyarılar kişinin bilişsel şemalarıyla çözülemez ise kişi bu durumu içselleştiremez, travmayla baş edecek savunma mekanizması olmadığından kişide aşırı uyarılmışlık hali olur. Bunun sonucunda kişi bilişsel işlemleri birbirinden ayırır, yaşamakta olan travmayı anlamlandıramaz.(97)

• **Bağlantının koparılması:** İnsanlar sosyal ilişkilere ihtiyaçları vardır (2). İnsanlar sosyal ilişkiler kurduklarında kendilerini daha güçlü ve güvende hissederler.(98, 99) Stres ve tehlike anında bağlantı kurma isteği daha da artmaktadır (100).

• **Travmatik bağlanma:** Bu durum sıklıkla tacize uğramış çocuklarda izlenmektedir (101). Özellikle ensest olgularında çocuğa sevgiyi veren ve tacizde bulunan aynı kişi olduğundan çocuk dissosiyasyon olarak bu ilişkiyi kurmaktadır.

• **Kaçışın olmaması:** Özellikle kaçış yolu olmadığında, kişinin travmayla başa çıkabilecek savunma mekanizmaları yetersiz kalır.

Travma kişinin bedeni ve çevresindeki olaylarla ilgili hakimiyetini kaybetmenin getirdiği çaresizliktir. Fiziksel kontrol sağlanamadığında kişi zihinsel kontrolü korumaya çalışır. Bunu da kısmen bedenini ayırıp kendinden uzak tutarak gerçekleştirir. Bunun sonucunda depersonalizasyon, derealizasyon gibi algı değişiklikleri oluşur. Travma sırasında ve sonrasında zihinsel durumda değişiklik olması beklenmektedir (2)

Bu travmatik deneyimler sonucunda bireyde nasıl DKB geliştiği açık değildir. Bazı şeylerin bilinmemesi ve diğer kişilikler aracılığıyla uzak tutulması, bilme ve düşünme yollarının bulanıklaşması ya da silinmesi, savunma düzeneği olarak kullanılmaktadır(102). Zengin fantezi dünyasının yaşandığı çocukluk döneminde örseleyici deneyimlerin etkisiyle, bireydeki dissosiyasyon yeteneğini artırıp yeni kişilikler oluşturulmasının olası olduğu şeklinde bir açıklama getirilmiştir(103). Kısaca çocukluk dönemindeki örselenmelerin, akut dissosiyatif bozukluklar ya da DKB için bir ön neden olarak kabul edilebileceği, belirtilerin ve nedenselliğin gelişimsel bir süreklilik oluşturduğu söylenebilir(59, 104).

Greaves yayınlanmış olguları gözden geçirmiş, ÇKB'nun çocukluk dönemindeki aşırı kutuplaşmış duygu ve davranış ortamı sonucunda geliştiğini ve diğer kişiliklerin örseleyici olaylarla başa çıkabilmek için bir savunma düzeneği amaçlı meydana geldiğine kanaat getirmiştir (34). Yapılan çeşitli araştırmalar ÇKB olgularının %68-90'ının cinsel istismarla, %60-82'sinin fiziksel istismarla, %88-97'sinin cinsel ya da fiziksel istismarla çocukluk döneminde karşılaştıklarını ortaya koymuştur(24, 36, 37, 105, 106)

2.5.2. Aile Ortamı

Dissosiasyonun üzerine aile ortamının etkisi olduğu söylenebilir ancak bunu aile içinde meydana gelen istismar yaşantılarından ayırt etmek kolay değildir (107).

Primer bağlanma figürünün kaybı veya ilgisizliğinin aktif bir suistimal ile birleşerek kronik dissosiyatif bozukluk oluşturduğunu destekleyen bir çalışmada istismar öyküsü bulunmayan erişkinlerde çocukluk dönemindeki aile kaybının dissosiyasyona güçlü bir katkısı olduğu gösterilmiştir (108).

2.5.3. Bağlanma Bozukluğu

DB’ta etiyolojide önemli olan diğer durum da çocuğun istismar eden bakım vericiyle kurduğu erken dönemdeki bağlanma öyküsüdür. Çocuk, istismar eden bakım vericiden bakım almak ve bu ilişkiyi yaşamını devam ettirebilmek için sürdürmek zorundadır. Bu çevrede yetişen çocuk bağımsız iyi ve kötü nesne temsilleri geliştirir. Bu durum bellek, bilinçlilik ve kimliğin birleştirici fonksiyonlarını olumsuz yönde etkiler. Normal gelişim sürecinde birleşmesi gereken bu nesne temsilleri birleşemediğinde, değişik kendilik durumları veya alter kişiliklere dönüşebilirler (109, 110).

Dissosiasyon, istismar eden bakım vericiyle ilişkiyi sürdürmede çözüm yollarından biri olur (111).

Liotti, “ D tipi bağlanma ” olarak tanımlanan bağlanma bozukluğunun DB gelişimine eğilimi arttırabileceğini düşünmüştür (112). Bu bağlanma primer bakım verene yönelik, normal olmayan bir bağlanmadır. Bu bebekler şaşırılmış bir ifade ve trans benzeri bir şekilde ani duraksamalar gösterirler. Annedeki yüksek seviyeli dissosiyasyonun, bebeğin D tipi bağlanma göstermesi açısından bir etken olduğu ve istismar edilen çocuklarda %80 oranında D tipi bağlanma görüldüğü bildirilmiştir (107).

2.5.4. Genetik Faktörler

Normal ve patolojik dissosiasyonda genetik faktörlerin rolü olup olmadığına dair bilgi yoktur.

Waller (1994) çocuk ve ergen ikizleri dahil ettiği çalışmadan çıkan sonuca göre tek yumurta ikizleri ve çift yumurta ikizleri arasında önemli bir fark olmadığını ve buna bağlı olarak genetik faktörün normal dissosiyasyon üzerine katkısının çok az olduğu veya hiç olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (113).

Becker ve ark (2004) tarafından yapılan bir çalışmaya ikiz çocuklar ve evlat edilmiş çocuklar dahil edilerek, genetik ve çevrenin dissosiyasyona etkisi araştırılmıştır. Sonucunda dissosiyasyonun genetik ve ihmal yaşantılarıyla ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Genetik etkenlerin patolojik olmayan dissosiasyona etkisi daha fazla olduğu dissosiyatif bozukluklarda ise çevresel faktörler daha önemli rol oynayabileceği fikri ortaya atılmıştır. Ancak bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır (114).

2.5.5. Hipnotize Olma Kapasitesi

Geçmişten bu yana Dissosiyatif Bozukluğu olan ya da çocukluk travmasına uğrayan kişilerin hipnoza eğilimlerinin arttığı iddia edilmiştir. Ancak çalışmalar bu görüşü desteklememektedir (107).

2.5.6. Farklı Emosyonel Durumlar

Gelişimsel çalışmalar sonucunda, bebeklerin dünyaya bütünleşmiş bir şekilde gelmediklerine ulaşılmıştır. Stern, bebeğin her bir emosyonel durumunun yüz ifadesi, solunum, tonlama ve emosyona eşlik eden duygulardan oluşan küçük bir bütüncük oluşturduğunu ileri sürmektedir. Zamanla bu küçük bütüncük daha karmaşık bir oluşuma doğru gelişerek içerik zenginleşir. Bunların daha da genişleyerek devam etmeleri ile ayrı parçalar birleşir ve tek bir kişilik ortaya çıkar (115).

Olumsuz yaşam ortamlarında gelişen bebekler bu gelişim sürecini tamamlayamazlar. Bu da dissosiyatif bozukluk gelişimi için uygun bir zeminin oluşmasına neden olmaktadır (107).

2.5.7. Hayal Gücü ve Fantezi Kapasitesi

Normal çocuk gelişiminde hayali arkadaşların gelişimsel olduğu tartışılmakla beraber, psikopatolojik hayal arkadaşlıklarının DB ile ilişkili olduğu görüşü kabul edilmektedir (58, 116). Hayali arkadaşların, alter kişilikler için bir zemin oluşturabildiğini düşünen araştırmacılar da vardır (58, 117).

Hayali arkadaşların tanımı değişkenlik gösterse de, hayali arkadaşların çocuklara gerçek gelmesi tüm tanımlamaların ortak yanıdır. Sıklıkla isimleri, kişilikleri ve geçmişleri vardır (118).

Hayali arkadaşlıkları ile ilgili diğer bir düşünce çocuğun kendi kendine oynamasıdır. Çocuklar oyun oynarken değişik karakterlere bürünebilir ve eyleme geçebilirler (58). Eğer çocuğun oyun içinde yarattığı bu kişilik süreklilik gösterir hale gelirse bu durum geçici rol oynamadan ayrılabilir. Çocuğun hayali arkadaşları dissosiyasyonun hafif formu olarak ele alınabilmektedir (118).

Hayali arkadaşların normal çocuklardaki ve DB olan çocuklardaki görünümleri Tablo2'de gösterilmiştir (116).

Tablo-2: Hayali Arkadaşların Normal Çocuklardaki ve DB Olan Çocuklardaki Görünümleri

	Normal Çocuklar	DB Olan Çocuklar
İnsidans	% 9,8–46,2	% 42–84
Hayali arkadaş sayısı	1,2	6,5
Başlama yaşı	Erken çocukluk	Erken çocukluk
Sona erme yaşı	Geç çocukluk, ortalama 10 yas	Ergenlik ve erişkinliğe kadar sürebilir
Gerçeği değerlendirme	Gerçeği değerlendirme de bozulma yok	Gerçeği değerlendirme kısmen bozuk
Canlılık	Daha az canlı	Daha canlı
Kimikleştirme	Geçici	Kalıcı
Rol-fonksiyon	Sıklıkla arkadaş	Daha kompleks roller (koruyucu, sırdaş)
Doğası	Yardımcı, çocuğun kontrolünde	Hain, çocuğu kötü duruma düşürebilen

Çocuk yaş grubunda Hornstein ve Putnam, DB olan çocuk ve ergen hastaların %84'ünde geçmişte olan ve halen devam eden hayali arkadaşlar olduğu sonucuna varmışlardır (119).

Erişkin DKB vakalarında hayali arkadaş öyküsü % 64 olarak bildirilmiştir. Bu oran normal popülasyondan 2 kat fazladır (115). Hayali arkadaş ve genel psikopatoloji skorlarına bakıldığında hayali arkadaşı olan grupta daha fazla emosyonel stres ve endişeli tavırlar izlenmiştir (120). “Fantezi kurma eğilimi ve kapasitesinin” dissosiyasyonla ilişkili olduğu iddia edilmiştir. Bazı çalışmalar aşırı fantezi eğiliminin çocukluk dönemindeki kötü muamele öyküsü ile ilişkili olduğunu istatistiksel açıdan da göstermiştir (121).Dissosiyatif Bozuklukta Epidemiyoloji

2.6. Dissosiyatif Bozuklukta Epidemiyoloji

Çoğul kişilik bozukluğunun epidemiyolojisi ile ilgili 1980'lere kadar sistematik bir çalışma yoktur (122). ÇKB'nun yaygınlığı tam olarak bilinmemekle birlikte, eskiden düşünüldüğü kadar az olmadığı varsayılmamaktadır (123). Toplum tabanlı çalışmalar sonucunda dissosiyatif kimlik bozukluğu prevalansı %1 olarak tahmin edilmiştir. Ruh sağlığı hizmeti alan hastalarda bu oran daha da fazladır (124, 125).

DKB na ait epidemiyolojik ulusal çalışmalar yoktur. Canada Winnipeg merkezli yapılan bir çalışmada dissosiyatif bozukluk prevalansı %12.2 DKB prevalansı %3 bulunmuştur (27). Türkiye Sivas merkezli yapılan çalışmada dissosiyatif bozukluk prevalansı %8.5 DKB prevalansı %1.1 bulunmuştur (126).

9 ülkenin katıldığı yatarak tedavi gören psikiyatrik hastalardan oluşan 12 çalışma sonucunda DKB prevalansı %5 bulunmuştur (127-138).

ÇKB tanısı alan olguların büyük bir çoğunluğu kadındır. Yapılan araştırmalarda kadınların oranı %88-98 arasında değişmektedir (24, 36, 37, 105, 106, 139). Ross erkeklerin, daha çok yasal sorumluluk içine girdiklerini, bu nedenle tanınmadıklarını ve 8-9/1 olan kadın/erkek oranının, cezaevlerinde ve diğer klinik ortamlarda ÇKB'nun tanınabilmesiyle birlikte 1/1'e inebileceğini düşünmüştür (13). İsviçre'de yapılan bir çalışmada bu düşüncüyü destekleyen veriler elde edilmiştir (140).

Olguların tanı öncesi 5-10 yıl arası değişen bir dönemde bozukluğun belirtilerini taşımaktadır ancak bozukluk daha çok geç ergen ya da erişkin dönemde ortaya çıkmaktadır. Ruh sağlığı kliniklerine ilk başvuru ile DKB tanısı konması arasında geçen ortalama süre yaklaşık 7-8 yıldır (24, 36, 37, 105, 141). 388 hastanın dahil edildiği 7 çalışmanın sonucunda ortalama yaşın 31.8 olduğu raporlanmıştır (24, 36, 37, 125, 135, 142).

2.7. Dissosiyatif Bozuklukta Klinik Fenomenolojisi

Dissosiyatif bozukluk belirtilerini sınıflandırılması (143):

1) Primer Dissosiyatif Belirtiler

a) Amnezi Ve Hafıza Bozukluğu Belirtileri

• Amneziler, geçici bilinç kayıpları, kompleks bir davranışın hatırlanamaması Örnek olarak 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 (örn: arkadaşların ya da öğretmenlerin isimlerinin, sahip olduğu şeylerin, ev adresinin)

• Otobiyografik bilgi verememe

• Tutarsız ve belirgin bir şekilde değişen alışkanlık ve tercihler (farklı favori renk, yiyecek ve giyim zevklerindeki değişiklikler)

• Yetenek ve becerilerde dalgalanmalar ve tutarsızlıklar görülmesi (akademik, atletik, artistik, müzikal ve sosyal yeteneklerde değişimler)

• Travmatik flashbackler ve zorla zihni kaplayan düşünceler (ya da aniden ortaya çıkan somatik belirtiler)

• Füg epizodları

b) Dissosiyatif Süreç Belirtileri

• İşitsel halüsinasyonlar (farklı yaş, cins ve karakter özelliklerine ait sesler duyma, genellikle kafanın içinden bazen de kafanın dışından gelen)

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

• Hızlı ortaya çıkan regresif davranışlar (bebek gibi konuşma ya davranma, küçük bir çocuk gibi çizgi çizme)

- Dalgınlıklar

• Pasif etkilenme yaşantıları (örnek olarak davranışlarının kontrolünü yitirme, davranışlarının kontrolünü sağlamak için fiziksel güç harcama, önlemek istese bile engelleyemediği kompulsif masturbasyon ya da kendine fiziksel zarar verme)

c) İlişkili Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri

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

• Yeniden yaşantılama belirtileri (zorla akla gelen imajlar/yeniden canlanmalar/flash backler dissosiyatif flash backlerle birliktelik gösterebilir).

• Aşırı uyarılma belirtileri (dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu benzeri davranışların ortaya çıkması, yeni korkuların ortaya çıkması, anksiyete ve agresyon)

2) İkincil Belirtiler

- Anksiyete

- Depresyon

- Özgüvende azalma

- Duygusal oynaklık

• 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 nöbetler)

3) Üçüncül Belirtiler

- Kendine zarar verme davranışı

- İntihar düşünceleri ya da davranışı

• Davranım sorunları (agresyon, karsı gelme ve baş kaldırma davranışları, yıkıcı ve zarar verici davranışlar, suça yönelik davranışlar)

• Akademik problemler (öğrenme problemleri, dikkatin kolay bölünebilmesi, daha önceden edinilmiş bilgiyi kullanarak problem çözümünde zorluklar, çabuk unutma)

- Cinsellikle ilgili davranışsal sorunlar

Amnezi belirgin bir dönemin bellekten yok olmasıdır (57). Dissosiyatif amnezi fonksiyonel amnezi sınıfına girmektedir. Fonksiyonel patolojik amneziler, kimliğin ve kişinin özel

geçmişinin büyük kısımlarının hatırlanamadığı geriye dönük amnezilerdir. Genellikle kısmidir ancak tam da olabilmektedir (144).

Organik amnezi ile arasında belirgin farklar vardır:

- 1)kişinin kimliğinde değişim izlenmez
- 2)Amnezi kişisel bilgileri ile sınırlı değildir.
- 3)Hatırlanamayan olaylar sadece sıkıntı verici travmatik anılar değildir
- 4)Anterograd amnezi izlenir (145).

Dissosiyatif yaşantılarla amnezi ilişkisi 3 farklı şekilde karşımıza çıkabilir: (146)

- 1) Kişi olayı tamamen hatırlamamaktadır. Amnezik yaşantı o sırada kontrolü ele geçiren alterle ilişkilidir.
- 2) Kişi olay esnasında depersonalizasyon ya da serealizasyon yaşar. Olayı dışardan seyrediyormuş ya da yaşıyormuş gibi olur.
- 3) Kişi olayı net hatırlar ancak kontrolün kendinde olmadığını bir güç tarafından kontrol edildiğini hissederek.

Dissosiyatif bozuklukta erken çocukluk dönemine ait amnezi sık izlenir (144).

DKB hastalarının hatırlamadığı ancak başkaları tarafından belirtilen davranışları ya da sözleri vardır. Hatırlanmayan davranışlar DKB'nin en sık semptomudur (144).

Depersonalizasyon kendilikten kopuş olarak tanımlanabilmektedir (147). Depersonalizasyon da diğer dissosiyatif yaşantılar gibi normalden patolojik olana kadar geniş bir spektruma sahiptir (192). Kısa süreli, izole ve stres sırasında olması normal olduğunu düşündürmektedir. Ancak uzun süreli devam ediyorsa, tekrarlayıcı ya da diyaloglar eşlik ediyorsa bunun patolojik olduğu düşünülmelidir. 443 DKB hastasının katıldığı 7 çalışma sonucunda %77 oranında depersonalizasyon saptanmıştır (148).

Derealizasyon çevrenin gerçek gelmediği hissidir (147). Genellikle derealizasyon ve depersonalizasyon birlikte görülür o yüzden aslında aynı yaşantılar olduğu düşünülmüştür (149). Derealizasyon da aynen depersonalizasyon gibi normalden patolojik olana kadar geniş bir yelpazeye sahiptir. 458 DKB hastasının katıldığı 7 çalışmanın sonucunda %63 oranında derealizasyon saptanmıştır (148).

Çoğu DKB hastası çocukluğundan beri kronik olarak emir ya da öneri verme şeklinde işitsel halüsinasyonlar yaşadığını belirtmektedir (150). DKB hastalarında psikoz hastalarının aksine halüsinasyonlarını, düşünce etkileşimlerini, yapılmış yaşantıları ve somatik edilgenliği dışarıdan gelen değil iç dünyasından kaynaklandığını düşünürler (144). 771 DKB hastasının katıldığı 9 çalışma sonucunda %92 oranında işitsel halüsinasyon saptanmıştır (148)

DKB'de ortalama 7 ile 15 arasında kişilik sayısı bulunmuştur (36, 37, 105). Ev sahibi kişiliğe düşman duygular besleyen, bunun karşıtı olarak ona yardım etmeye çalışan, hastayı intihara sürükleyen, karşıt cinsiyetten olan ve çocuk yaşta olan alter kişilikler hemen her çoğul kişilik hastasında bulunur (17). Çocuk alt kişiliğin görülme sıklığı %85-96 arasındadır, hastanın cinsiyetinden ayrı cinsiyette bir alt kişiliğin görülme sıklığının ise %26-65 arasında olduğu çeşitli araştırmalar sonucunda bulunmuştur (24, 36, 37). Düşman kişilikler her ne kadar hastanın kötülüğünü istiyor gibi görünseler de başlıca özellikleri agresif eğilimleri barındırmalarıdır. Bu özelliği sayesinde hastayı koruyucu bir işlev görürken aynı zamanda onun sırlarını başkalarına anlatmasını engelleyebilir. Çocuk yaştaki kişilikler geçmişte yaşamakta ve bazıları travmatik yaşantıların devam ettiğini düşünüp korku içinde olabilmektedir. Düşman ya da intihara eğilimli kişilikler Hastalarda intihar girişimleri ve kendini yaralamalara neden olabilir. İstismarcı ile özdeşleşen alter kişiliklere rastlanabilir ve bu alter hastanın da istismarcı davranışlarda bulunmasına neden olabilir (17).Alter değişiminde farklı bir kimlik edindiğini kanıtlayan davranışlar vardır (151). Bu durum aldığı hatırlamadığı eşyalarının olması, farketmediği beceri ve yeteneklerinin olması, farklı isimlerle seslenilmesi, kendi yazmadığı çizimlere ulaşması gibi özelliklerin olması ile anlaşılabilir. Alter değişimleri genelde bir dakika içinde gerçekleşir (152).Alter değişimlerinde baş ağrısı sık izlenebilmektedir (153).

Otohipnotik belirtiler dissosiyatif hastalarda sık ve kendiliğinden izlenir. Bu durumlar alterlerin ortaya çıkarılması ve travmaya ulaşabilmesi için önemli fırsatlardır. Regresyon davranışı çocukluk çağı travması yaşayanlarda travma hatırlandığında yaşanabilir.(144) Kişinin görüşme anındaki affekti, davranışı, sözleri, düşünceleri regrese olduğu yaşa uygundur.

Çocukluk çağı travmaları DKB hastalarının %98'inde saptanabilmektedir ve hastaların ilk muayenelerinde %80'inde ek tanı olarak TSSB tanısı alabilecekleri bilinmektedir (152).

Somatoform belirtiler çocukluk çağında travmaya maruz kalan kişilerde sık izlenmektedir (154). En sık ağrı bozukluğu, konversiyon bozukluğu ve yalancı nöbetler izlenir. 520 DKB hastasının katıldığı 7 çalışmanın sonucunda somatoform belirtiler %83 oranında bulunmuştur (148).

Affektif belirtiler DKB’de ve çocukluk çağı travmasına maruz kalanlarda sıklıkla izlenir. DKB’de affektif belirtiler genellikle alterlere özgüdür (13).

2.8. Dissosiyatif Bozuklukta Ayırıcı Tanı ve Komorbidite

Araştırmaların sonuçları ve klinik deneyimler sonucunda DKB tanısı koymanın oldukça zor olabileceği saptanmıştır (152). DKB belirtileri diğer bozukluklarla çakışabilir ve nadiren başka bir bozukluk olmadan görülebilir (21).

Hastaların DKB tanısı almalarına kadar geçen süre ortalama 7 yıl olduğu ve yaklaşık bu süre zarfında 4 farklı tanı aldıkları saptanmıştır. En sık alınan tanıları affektif bozukluk, kişilik bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve şizofrenidir (155). Geç tanı alma nedenlerini ise psikiyatri eğitimi sırasında DKB konusuna fazla yer verilmemesinden klinisyenlerin aşına olmaması, ayırıcı tanıları arasında düşünülmemesi sayılabilmektedir (18, 19, 20). Ayrıca standart psikiyatri anamnez alma protokollerinde DKB’nin karakteristik belirtilerinin sorgulanmaması da bir etkendir (21).

Bir çok çalışmanın sonucunda DKB ile birlikte komorbidite gösteren bozuklukları sırasıyla en sık duygudurum bozuklukları, madde kötüye kullanımı, somatizasyon bozuklukları ve yeme bozukluklarıdır (27).

2.8.1. DKB ve Duygudurum Bozuklukları

DKB hastalarında depresif duygudurum sıklıkla bulunur bu yüzden hastalar ilk bakışta major depresyon zannedilebilmektedir (156, 157). Genellikle bu hastalarda intihar girişimi, intihar düşüncesi vardır (36, 40). Bu hastalarda uyku problemleri sık izlenir ancak ayrıntılı sorgulandığında travma sonrası stres bozukluğunda görülen kabus görme, korkutucu hipnagogik ve hipnopompik halüsinasyonla giden uyku bozukluğu şeklindedir. Duygudurumda ki oynamalar aynı gün hatta aynı saat içinde olabilir (152). Bunlara karşı major depresyon dissosiyatif

bozuklukla komorbid bulunabilir. Ancak bu tanıyı koyabilmek için depresyonun alterlerin hepsinde ya da çoğunda olmak durumundadır (155).

Yapılan komorbidite çalışmalarında duygudurum bozukluğu DKB'da yaşam boyu %98.1 oranıyla en sık görülen tanı olmuştur. Bunların içinde de %97.1 ile major depresif epizod ilk sırada gelmektedir (158).

2.8.2. DKB ve Anksiyete Bozuklukları

Çoğu DKB hastalarında ciddi anksiyete semptomları olabilir ve bu hastaların başvuru nedenlerinden biri olabilir (36). Anksiyete bozuklukları içerisinde yüksek oranda rastlanan travma sonrası stres bozukluğu DKB'nin etyolojisinde travma olduğuna dikkat çekmektedir (159). TSSB yeniden yaşantılanma, aşırı uyarılmışlık, kaçınma semptomları ile DKB'den ayrılır ancak DKB'de de amnezi ve çoğul kişilik hakimiyeti olmalıdır (160).

2.8.3. DKB ve Şizofreni

Psikotik bozukluklar içinde şizofreninin DKB ile karışması çok olasıdır. Çünkü şizofrenik olguların değişik kimlikler taşıdıklarını içeren sanrıları olabilir ve diğer kişiliklerin seslerini duyduklarını aktarabilir. Şizofrenide olan düşünce bozukluğu ve sosyal geri çekilmedir vardır ancak DKB hastasında gerçeği değerlendirme korunmuştur (161).

Hastaların %50 sinde işitsel varsanılar vardır (161). Ancak DKB hastalarında pek çok şizofreni hastasına göre bunlar daha net duyulan seslerdir (159). Şizofreni hastalarında işitsel varsanılar genellikle dışarıdan geldiği şeklinde ifade edilirken DKB hastalarında bu ses kafanın içinden geliyor olarak yorumlanır (161). DKB hastalarında işitsel varsanılar hastayı eleştiren, kendisine zarar vermesini söyleyen ve saldırgan davranışlarda bulunmasını söyleyen seslerdir. Çoğunda birden fazla ses vardır ve bu sesler birbiriyle tartışabilmektedir. Ağlama, gülme, çığlık sesleri de olabilmektedir. DKB'daki işitsel varsanılar genellikle anlamlı ve uzun tartışmalar içerir (152). Şizofrenide sesler saçma, mantıksız ve tutarsızdır. Şizofrenide sesler düşünce bozukluğu ile beraber ve akut alevlenmelerde ortaya çıkar ancak DKB'da sesler kroniktir (27).

DKB 'da görsel varsanılar da olabilmektedir. Genellikle korkunç, vücutsuz kafaların havada uçtuklarını görebilirler. Özellikle stres durumlarında histerik psikoz denen tablo yaşanabilir. Bu krizi gerçek psikotik durumdan asıl ayırt eden şey geçici oluşu ve krizle meydana gelmesidir (39).

Özellikle stres durumlarında histerik psikoz denen tabloyu yaşayabilmektedir. Bu durum gerçek bir psikoz olmayıp hızlı alter değişimlerinin olduğu ve hastanın kontrolünü kaybettiği durumdur. Putnam bu durumu 'döner kapı krizi' olarak belirtmiştir (152).

DKB hastalarında başkaları tarafından yönlendirilme şeklinde sanrıları sık olarak bulunmaktadır. Çünkü DKB olan hasta alter tarafından kontrol edilebilir ve kendi denetimi dışında davranışları olabilir (152). Yapılan araştırmalar sonucu daha önce şizofreniye özgü kabul edilen Schneider'in birinci derece belirtilerinin DKB'da daha sık izlendiği saptanmıştır. Bir kişide ne kadar fazla Schneider belirtisi varsa şizofreniden o kadar uzaklaşıp, DKB tanısına yaklaşılması gerektiği düşüncesi ortaya atılmıştır (161, 21).

Yapılan bir 236 DKB hastasının olduğu çalışmada hastaların %40.8'inin ve 102 DKB hastasının olduğu başka bir çalışmada hastaların %26.5'inin ilk tanı olarak şizofreni tanısı aldığı saptanmıştır (36, 106).

Şizofreni ve DKB ayrımı tedavi açısından önemlidir. Çünkü Şizofreni tam tedavisi mümkün olmayan, psikoterapiye cevap vermeyen, tedavi ile pozitif semptomların baskılandığı ancak negatif belirtilere kısmen yanıt alınabilen bir sendromdur (27). Ancak DKB psikoterapi ile etkin olarak tedavi edilebilmektedir.

2.8.4. DKB ve Somatoform Bozukluklar

DKB hastalarında sık olarak somatoform semptomlar saptanmıştır (106). Somatoform bozukluk eş tanısı DKB hastalarında yüksek oranda rastlanmaktadır. Bu hastalarda organik bir neden bulunamayan somatik yakınmalara ve konversiyon semptomlarına sık rastlanmaktadır. DKB hastalarındaki somatik belirtilerin yaşanmış travmatik olaylarla "somatik bellek" yolu ile doğrudan ilgili olabilmeleridir (159).

Yapılan bir çalışmada 107 DKB hastasının %43.9'unda herhangi bir somatoform bozukluk saptanmıştır. Hastalarda somatizasyon bozukluğu %41.4, somatoform ağrı bozukluğu ise %28.5 olarak bulunmuştur (158).

2.8.5. DKB ve Epilepsi

Kompleks parsiyel epilepsi hastalarının nöbet sırasında ya da post-iktal dönemde depersonalizasyon yaşarlar ve daha sonra amnezik olmaktadır. DKB hastalarındaki depersonalizasyon yaşantıları sırasında otomatik davranış ve konuşmalar olabilsede genelde karmaşık, ayrıntılı ve iyi organize edilmiştir (63). Epilepsi ile DKB nin karışmasına neden olan semptomlar; bayılma, trans benzeri dalgalıklar, hatırlanamayan kısa süreli zaman kayıpları, kompleks bazı davranışları hatırlayamama, ağır depersonalizasyon belirtileri topluca sayılabilmektedir. Ancak belirtilerin telkine cevap vermesi, antiepileptiklere cevap vermemesi, nöbetlerin teatral niteliği gerçek bir epilepsi nöbetinden ayrımı sağlamamıza yardımcı olmaktadır (162).

Yapılan çalışmalar sonucunda bazı DKB hastalarında paroksimal EEG anomalileri bildirilmiştir. Ancak bu anomaliler etyolojik açıdan herhangi bir önem teşkil etmemektedir (163).

2.8.6. DKB ve Borderline Kişilik Bozukluğu

Yapılan bir çalışmada DKB hastalarının %14'ü kişilik bozukluğu tanısı almazken, %25'i 3 ve daha fazla kişilik bozukluğu tanısı almıştır. Bu çalışmada en sık olarak Borderline KB %56, Bağımlı KB %26, Histriyonik KB %22 olarak bulunmuştur (105).

DKB ile borderline kişilik bozukluğunu ayırt etmek kolay değildir. Çünkü çoğu zaman komorbidite izlenmektedir (38). Yapılan bir çalışmada DKB tanısı almış hastaların %70'i aynı zamanda BKB tanısı kriterlerini karşıladığı bulunmuştur (164).

Yapılan bir çalışma sonucunda BKB ve DKB hastası olan kişilerde daha fazla dissosiyatif bulgu ve daha ağır travma öyküleri saptanmıştır. Beraberinde daha fazla Schneiderian belirtileri ve daha yüksek DES skoru bulunmuştur (13).

BKB' de dissosiasyon geçicidir, amnezi yoktur, kimlik karmaşası kimlik meydana gelmesi seviyesinde değildir. Bu durumlar ayrıcı tanıda yardımcı olabilecek parametrelerdir (165).

Borderline kişilik bozukluğu ile DKB'nun ayrımında splitting ve dissosiasyon da kullanılabilir (144). Dissosiasyon DKB'de bulunurken, splitting BKB' da gözükmemektedir. Young splitting tanımını 'zıt ego durumlarının alternatif aktivasyonu' olduğunu söylemektedir. Dissosiasyondaki savunmasında ise 'çatışmayla yüklü materyalin korunması ve acı veren duyguların dissosiyatif durum içinde barındırılması' nedeniyle dissosiasyonun splitting'den ayrıldığını düşünmüştür (166).

2.8.7. DKB ve Yapay Bozukluk/ Temaruz

Eğer kişi hasta rolünü üstlenerek örneğin ilgi görme ya da sempatik duyulma amacıyla bilinçli olarak tıbbi veya psikiyatrik belirtileri taklit ediyorsa buna yapay bozukluk denir. Temaruz ise bu durumdan bir kazanç (örn. Sorumluluktan kaçma, sakatlık geliri gibi) elde edildiğinde denir.

Temaruz genelde cezaevine gönderilecek suçlularda ayrımı önemli olan bir tanıdır. Özellikle saldırganlık gibi ciddi suçlardan yargılanan kişiler yasal sorumluluktan kurtulma amaçlı bu tanıyı kullanmaktadırlar. Ancak DKB tanısı olan erkek hastalarının çoğu yasal nedenlerden yargılandıkları için bu konunun ayrımını yapmak kolay değildir ve ayrıntılı inceleme gerektirir (167).

DKB hastaları DKB simülatörlerinden bazı biyolojik ölçümlerle ve psikolojik testlerle ayrılabilir. Bu amaçla PET de gösterilen beyin damarlarındaki akış paterni, kalp hızı, kalp hızı değişiklikleri, kan basıncı ve duygusal uyarılma kullanılabilir (168, 169, 170, 171).

DKB ile yapay bozukluk/ temaruz arasındaki ayrım da yardımcı olabilecek parametreler şunlardır;

- Hastalara bu semptomların bariz bir faydası bulunmaktadır.
- Hastalar semptomları abartılı bir şekilde sergiler (172). DKB hastaları abartılı belirtiler göstermezler ve onları tartışmaya hevesli değildirler (173).
- DKB' nin iyi bilinen semptomlarının (alter geçişleri ve amnezi gibi) olması ancak daha az bilinenlerin olmaması (169, 174).

2.8.8. DKB ve Yemek Bozuklukları

236 DKB hastasında %16.3'ünün ilk tanısı yeme bozuklukları olmuştur(37). Ancak bizim ülkemizde yeme bozukluğu eş tanısı şimdilik yüksek bulunmamaktadır (159). Son yıllarda yapılan çalışmalarda yeme bozukluğu olan hastalarda çocukluk çağı cinsel taciz oranı %30-70 arasında izlenmektedir (175). Bir çalışmada yeme bozukluğu olan 38 hasta alınmış ve hastaların %10'unda DKB %18'inde depersonalizasyon bozukluğu saptanmıştır (176).

Anoreksiya nevroza hastalarındaki beden imaj çarpıtılmasının dissosiyatif doğada olduğu ve çoğu zaman bir alter kimliğin varlığı sonucunda olduğu düşünülmektedir. Aşırı içme, kusma, laksatif kullanma gibi davranışların taciz sırasındaki yaşantılarla oluşan somatik belleğe bağlı olduğu düşünülmektedir (27).

2.8.9. DKB ve Alkol-Madde Kötüye Kullanımı

DKB hastalarında madde kötüye kullanım büyük bir problem haline gelmektedir. 107 DKB hastasının katıldığı bir çalışmada madde kötüye kullanım %65.4, alkol kötüye kullanım %50.5, hem alkol hem madde kötüye kullanım %42.1 olarak bulunmuştur. Aynı zamanda madde kötüye kullanımı/ bağımlılığı grupları da incelendiğinde dissosiyatif bozukluklar yüksek oranlarda izlenmektedir. Bir çalışmada madde kötüye kullanımı olan hastaların %41'inde dissosiyatif yaşantılar izlenmektedir (177). Ancak ülkemizde henüz madde bağımlılığı eş tanısına yüksek oranlarda rastlanmamaktadır (159).

2.9. Dissosiyatif Bozukluklarda Tedavi

Çoğul kişilik ve dissosiyatif bozuklukların belirli bir biyolojik tedavisi yoktur. Uzun süreli gereksiz nöroleptik ilaç kullanımı hastaların prepsikotik süreçte oldukları düşünülerek yapılan oldukça yaygın ve yanlış bir yöntemdir (17). Dissosiyatif kimlik bozukluğunda temel tedavi yöntemi 'uzun süreli kısa psikoterapi' de denilebilen ayaktan yoğun bireysel psikoterapidir (27). Tedavide bilişsel, davranışçı, hipnoterapotik tekniklerden yararlanılabileceği gibi dinamik temelli bir psikoterapi asıl tedavi yöntemidir (178). Fazik travma tedavi modelinin kullanıldığı terapilerden DKB hastaları fayda görebilmektedir (179). DKB tedavisinin fazik modelinde evre 1 de güven ilişkisi kurma ve istikrar kazanma amaçlanmıştır. Evre 2 de kişi travmayı ve travmayla

ilgili duygularını davranışlarını anlatırken durumunun stabilizasyonu sağlanmaya çalışılmalıdır. Evre 3 te ise kimlik entegrasyonu vurgulanmalıdır (180). Tedavinin her aşamasında psikoeğitim verilmesi, bilinçlendirmenin ve duyu toleransının artırılması, dürtü kontrolünün geliştirilmesi, dissosiasyonu yönetme becerisini geliştirmesi, stres yönetimi, mevcut ilişkileri ve günlük işleri yönetimi vurgulanmalıdır (181).

Kluft (182), 2 yıllık yoğun bir tedaviden sonra 123 DKB hastasının %67'sinin en az 3 aylık bir "birleşme (füzyon)" yaşadığını ve hastaların %23'ünün bu birleşmeyi en az 27 ay devam ettirdiğini buldu. Tedavinin sürdürülmesi ile oranlar artış gösterdi (183). 10 yıl sonunda hastaların %86'sında stabil birleşme gözlemlendi (184). Başka bir çalışmada Ellason ve Ross (185), 2 yıl sonunda ulaşabildikleri 54 hastanın 12'sinin terapötik hedef olan stabil birleşmeye ulaştıklarını ve DES skorlarında düşme olduğunu bildirdiler.

Dissosiyatif özellikleri dikkate alan uygun bir psikoterapi ile hastayı tam entegrasyon sağlama ihtimali vardır. Ancak çoğul kişilik ve diğer kronik dissosiyatif bozukluk hastalarının tedaviye yanıtlarının farklı olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle tedavide bazılarında tam iyileşme hedeflenirken, bazılarında daha sınırlı bir hedefle yetinilmesi ve destekleyici yolların araştırılması gerekmektedir. Prognozun iyiliğinde terapistin niteliklerinin de önemli bir yeri vardır. Çoğul kişilik psikoterapisinde alter kişiliklerle doğrudan konuşulmaktadır. Ancak bundan amaç alter kişilikleri birbirinden ayrı insanlar oldukları konusunda desteklemek değil uzun vadede kişiyi bütünleştirmektir. Kendisiyle doğrudan konuşularak görüşülen alter kişilikler çok daha kolay biçimde duyu ve düşüncelerini değiştirebilmekte ve birleşmeyi kabul etmektedirler (17).

3. MATERYAL METOD

Çalışmaya 2015 Mart- 2016 Mart yılları arasında Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Psikiyatri Poliklinik Birimine ardışık sırayla başvuran DSM-5 tanı kriterlerine göre Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu tanısı almış 47'si (%67.1) kadın 23'ü (%22.9) erkek toplam 70 hasta gönüllü olarak katılmayı kabul etti. Hastaların Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Dissosiasyon Ölçeği ve sosyodemografik veri formu doldurulması istendi. Araştırmayı kabul eden hastalara araştırma hakkında ayrıntılı bilgi verildikten sonra hastaların bilgilendirilmiş olurları alındı. Çalışma, Harran Üniversitesi Etik Kurulu, Klinik Etik Kurul Alt Kurulu'na onaylandı.

3.1. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

DYÖ, Bernstein ve Putnam (186) tarafından geliştirilen ve çeşitli dissosiyatif yaşantıların sıklığını ölçen, DES olarak bilinen 28 soruluk öz bildirim dayalı bir ölçektir. Denek her soru için soru altında sıfırdan yüze kadar 10'ar puan aralıklarla sıralanmış diagram üzerine işaret koyarak, o yaşantının ne sıklıkta olduğunu (zamanın %0 - %100'ü arasında) belirtir. 28 sorunun ortalaması alınarak ölçek skoru oluşturulur. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirliği Yargıç ve ark tarafından gösterilmiştir. Ülkemizde geç ergenlik dönemindeki üniversite öğrencilerin de yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, ölçeğin güvenilirliği ile ilişkili olarak iç tutarlılığı (Cronbach alfa=0.91) ve test-tekrar test bağıntısı ($r=0.78$) yüksek bulunmuştur (20). Ölçekten alınan 30'un üstündeki puanlar dissosiyatif bozukluğu tanısına işaret etmektedir (186).

3.2. Dissosiasyon Ölçeği

Kısaca DIS-Q olarak bilinen dissosiasyon ölçeği dissosiyatif bozuklukları saptamada faydalı olan geçerli ve güvenilirliği gösterilmiş bir ölçme aracıdır. Belçika'da Johan Vanderlinden tarafından geliştirilmiştir (187). Altmış üç maddeden oluşmuştur. Giriş Bölümünde travmatik yaşamı da gözden geçiren az sayıda sorudan oluşan kısa bir bölüm bulunmaktadır. Çok belirti taraması ve yeme bozukluğuna belirtilerini içermesi DES'e göre farklı özellikleridir. Dissosiyatif bozuklukları tarama amaçlı kullanılmaktadır. Ortalama DIS-Q'nun DKB için 3.5 BTADB için 2.9 olduğu açıklanmıştır (187). Ölçeğin Türkçe çevirisinin geçerlilik ve güvenilirliği gösterilmiştir (41).

3.3. Sosyodemografik Veri Formu

Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, iş durumu, yaşadığı yerin sorgulandığı form hastalar tarafından dolduruldu. Ayrıca sosyodemografik formda psikiyatrik özgeçmiş ve soy geçmişini içeren sorulara da yer verilmiştir.

Bu çalışmada istatistiksel analizler IBM SPSS Statistics 20 ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (sıklık dağılımları, ortalama, standart sapma) yanı sıra ikili grupların karşılaştırmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.



4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışma 70 DKB hastasından oluşmaktadır. Çalışmaya alınan hastaların 47'si (%67.1) kadın, 23'ü (%22.9) erkektir. Olguların yaş ortalaması $26,5 \pm 9,63$ (yaş aralığı 18-62) idi.

Hastaların eğitim durumları incelendiğinde 20'si (%28.6) ilkokul mezunu, 18'i (%25.7) ortaokul mezunudur. Ancak 6 tanesi (%8.6) üniversite mezunudur.

Hastaların medeni durumları incelendiğinde ise 34'ü (%48.6) bekar, 31'i (%44.3) evli, 5 tanesi ise (%7.1) boşanmıştır.

İş durumlarına bakılacak olursa 36'sı (%51.4) ev hanımı, 12'si (%17.1) çalışıyor, 22'si (%31.4) ise işsizdir.

Hastaların 55'i (%78.6) şehir merkezinde, 11'i (%15.7) ilçede, 4'ü (%5.7) ise köyde yaşıyorlardı.

Tablo-3: Sosyodemografik Özellikler I

Maddeler	Ortalama	SS	Minimum	Maximum
Yaş	26.5	9.63	18	62

Tablo-4: Sosyodemografik Özellikler II

Maddeler	N	%
Cinsiyet		
Kadın	47	67.1
Erkek	23	22.9
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	12	17.1
İlkokul	20	28.6
Ortaokul	18	25.7
Lise	14	20.0
Yüksekokul-Üniversite	6	8.6
Medeni Durum		
Bekar	34	48.6
Evli	31	44.3
Boşanmış	5	7.1
İş Durumu		
Ev kadını	36	51.4
Çalışıyor	12	17.1
İşsiz	22	31.4
Yaşadığı Yer		
Şehir merkezi	55	78.6
İlçe	11	15.7
Köy	4	5.7

4.2. Psikiyatrik Öykü

Hastaların hepsi psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar arasından seçilmiştir.

Hastaların geçmiş psikiyatri kliniği başvuru sayıları incelendiğinde hastaların 34'ünün(%48.6) ilk başvurusudur. 4 ve daha fazla başvurusu olan hasta sayısı ise 27 (%38.5)'dir. Bizim çalışmamızda hasta başına düşen ortalama psikiyatrist başvuru sayısı 2.3 olarak ve DKB dışında konan psikiyatrik tanı sayısı ortalaması 1.5 olarak bulunmuştur.

Daha önce psikiyatri başvurusu olan hastaların geçmiş psikiyatrik tanılarına bakıldığında hastaların 36'sına (%51.4) depresif bozukluk tanısı, hastaların 35'ine (%50.0) anksiyete bozukluğu tanısı, hastaların 30'u (%42.8) psikotik bozukluk tanısı sadece 4 (%5.7) hastada dissosiyatif bozukluk tanısı izlenmektedir.

Hastaların muayene sonucu eşlik eden psikiyatrik tanıları karşılaştırıldığında pür dissosiyatif kimlik bozukluğu olan hasta sayısı 17'dir (%24.3). Depresif bozukluk ek tanısını alan 47 (%67.1) hasta, konversiyon bozukluğu ek tanısını alan 21 (%30) hasta, anksiyete bozukluğu ek tanısını alan 14 (%20) hasta ve daha az olmakla birlikte kişilik bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğu saptanmıştır.

Hastaların soy geçmişleri incelendiğinde patoloji belirtmeyen 43 hasta (%61.4) , duygudurum bozukluğu olan 10 hasta (%14.3), psikotik bozukluk olan 6 hasta (%8.6), konversiyon bozukluğu olan 4 hasta (%5.7) ve daha az olmakla birlikte dissosiyatif bozukluk ve madde kullanım bozukluğu saptanmıştır.

Tablo-5: Psikiyatrik Öykü

Maddeler	N	%
Eşlik eden psikiyatrik tanı		
Depresif Bozukluk	47	67.1
Konversiyon Bozukluğu	21	30
Anksiyete Bozukluğu	14	20
Kişilik Bozuklukları	8	11.4
Madde Kullanım Bozukluğu	4	5.7
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	1	1.4
Saptanmayan	17	24.3
Geçmiş başvuru sayıları		
İlk başvuru	34	48.6
2	7	10.0
3	2	2.9
4 ve daha fazla	27	38.5
Geçmişte konan psikiyatrik tanıları		
Depresif Bozukluk	36	51.4
Anksiyete Bozukluğu	35	50.0
Psikotik Bozukluk	30	42.8
Dissosiyatif Bozukluk	4	5.7
Ailede psikopatoloji		
Duygudurum Bozukluğu	10	14.3
Psikotik Bozukluk	6	8.6
Konversiyon Bozukluğu	4	5.7
Diğer	7	18.7

4.3. Dissosiyasyon Tarama Testi Sonuçları

Çalışmaya alınan hastalara DES ve DIS-Q ölçekleri uygulandı. DES puanı 52.75 DIS-Q puanı 3.28 olarak saptandı.

Tablo-6: Dissosiyasyon Tarama Test Sonuçları

Maddeler	Ortalama	SS	Minimum	Maximum
DES	52.7	10.3	27.1	75
DIS-Q	3.25	0.5	1.7	4.2

4.4. Semptomların Değerlendirilmesi

Hastaların polikliniğe başvuru şikayetleri incelendiğinde 70 hastanın 35'inde (%50.0) dissosiyatif semptomlar, hastanın 49'unda (%70.0) depresif semptomlar, 28'inde (%40.0) somatik semptomlar, 30'unda (%42.9) schneider semptomları, 21'inde (%30.0) anksiyete semptomları, 21'inde (%30.0) self mutilasyon davranışı saptandı.

Dissosiyatif semptomlar ayrıntılı incelendiğinde amnezi olan 35 (%50.0), dalıp gitme şikayeti olan 35 (%50) ve işitsel-görsel halüsinasyonu olan 28 (%40.0) hasta saptandı.

Depresif semptomlara ayrıntılı incelendiğinde 40 (%70.0) hastada keyifsizlik, zevk alamama şikayeti, 30 (%42.9) hastada ölüm/intihar düşüncesi-girişimi, 48 (%68.6) hastada huzursuzluk şikayeti, 5 (%7.1) hastada uyku problemleri saptandı.

Somatik semptomlar ayrıntılı incelendiğinde 16 (%22.9) hastada bayılma, 20 (%28.6) hastada baş ağrısı, 8 (%11.4) hastada diğer somatik semptomlar saptandı.

Schneider semptomları ayrıntılı incelendiğinde 21 (%31.4) hastada davranışları üzerine yorumda bulunan sesler, 24 (%34.3) hastada davranışların başkası tarafından yönlendirilmesi, 3 (%4.3) hastada gerçeğe uygun olmayan sanrısız düşünceler saptandı.

Anksiyete semptomları ayrıntılı incelendiğinde 12 (%17.1) hastada irritabilite, 11 hastada koku, endişe şikayetleri saptandı.

Tablo-7: Başvuru Semptomları

Maddeler	N	%
Dissosiyatif semptomlar	35	50.0
Amnezi	35	50.0
Dalıp gitme	35	50.0
İşitel-görsel halüsinasyon	28	40.0
Depresyon semptomları	49	70.0
Keyifsizlik, zevk alamama	49	70.0
Ölüm/intihar düşüncesi, girişimi	30	42.9
Huzursuzluk	48	68.6
Çok/az uyuma	5	7.1
Somatik semptomlar	28	40.0
Baş ağrısı	20	28.6
Bayılma	16	22.9
Diğer somatik yakınmalar	8	11.4
Schneider semptomları	30	42.9
Davranışları üzerinde yorumda bulunan ses	21	31.4
Davranışlarının başkaları tarafından yönlendirilmesi	24	34.3
Gerçeğe uymayan sanrısız düşünceler	3	4.3
Anksiyete semptomları	21	30
İrritabilite	12	17.1
Korku, endişe	11	15.7
Self mutilasyon davranışı	21	30

Hastaların semptomları cinsiyet açısından ayrı ayrı ele alındığında istatistiksel olarak anlamlı sonuca ulaşamamıştır.

Tablo-8: Başvuru Semptomlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Maddeler	Kadın(N)	Erkek(N)
Dissosiyatif semptomlar	24	11
Amnezi	24	11
Dalıp gitme	24	11
İşitel-görsel halüsinasyon	16	12
Depresyon semptomları	34	15
Keyifsizlik, zevk alamama	34	15
Ölüm/intihar düşüncesi, girişimi	21	9
Huzursuzluk	33	15
Çok/az uyuma	5	0
Somatik semptomlar	22	6
Baş ağrısı	15	5
Bayılma	12	4
Diğer somatik yakınmalar	6	2
Schneider semptomları	19	11
Davranışları üzerinde yorumda bulunan ses	11	10
Davranışlarının başkaları tarafından yönlendirilmesi	13	11
Gerçeğe uymayan sanrısız düşünceler	1	2
Anksiyete semptomları	17	4
İrritabilite	9	3
Korku, endişe	9	2
Self mutilasyon davranışı	14	7

4.5. Alter Sayıları

Hastaların tedavileri süresince ortaya çıkarılan alter sayıları incelendiğinde 1 alter saptanan 34 (%48.6) hasta, 2 alter saptanan 21 (%30) hasta, 3 alter saptanan 6 (%8.6) hasta, 4 alter saptanan 2 (%2.8) 5 ve daha fazla alter saptanan 7 (%10) hasta bilgisine ulaşılmıştır.

Tablo-9: Alter Sayıları

Alter Sayısı	N	%
1	34	48.6
2	21	30.0
3	6	8.6
4	2	2.8
5 ve daha fazla	7	10.0

4.6. Travma

Hastaların travmaları sorulduğunda çoğunun çocukluk çağında meydana geldiği ancak bir kısmının da ileriki yaşam süreçlerinde oluştuğu öğrenilmiştir.

Hastaların travma türlerini inceleyecek olursak 29 (%41.4) hastada cinsel istismar, 45 (%64.3) hastada fiziksel istismar, 29 (%41.4) hastada emosyonel istismar, 34 (%48.6) hastada kronik ihmal, 12 (%17.1) hastada yakın vefatı, 2 (%2.9) hastada kazaya tanıklık etme sonucuna ulaşıldı. 2 hasta travma yaşamadığını bildirdi.

Tablo-10: Travma Türü

Travma Türü	N	%
Cinsel istismar	29	41.4
Fiziksel istismar	45	64.3
Emosyonel istismar	29	41.4
Kronik ihmal	34	48.6
Yakın vefatı	12	17.1
Kazaya tanıklık etme	2	2.9
Travma bildirmeyen	2	2.9

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, DKB hakkında yapılandırılmış bir görüşme kullanılarak elde edilen verileri sunmaktadır. Bizim çalışmamızda tarama çalışmalarında DES ortalaması 30'un üstünde (188) ve DIS-Q ortalaması 3'ün (41) üstünde olan deneklerin dissosiyatif kimlik bozukluğu yönünden incelenmesi görüşünü destekler niteliktedir. Bu ölçekler tarama amaçlı kullanılabilir ve yüksek puan alanların dissosiyatif bozukluk olabileceği düşünülmelidir ancak tanı koydurucu özelliği yoktur.

Olguların ruh sağlığı sistemine ilk başvuruları ile DKB tanısı konması arasında geçen ortalama süre yaklaşık 7-8 yıldır. DKB olan olguların bu tanıyı alana kadar ortalama üç farklı psikiyatrik tanı aldıkları saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda bu sayı 2.3-3.6 arasına değişmektedir (13, 24, 36, 37, 105, 123). Başka bir çalışmada DKB hastalarının başvurdukları psikiyatrist sayısı hasta başına düşen 3.9 ve DKB dışında konan tanı sayısı ort 1.5 olarak bulunmuştur (189). Bizim çalışmamızda hasta başına düşen ortalama psikiyatrist başvuru sayısı 2.3 olarak ve DKB dışında konan psikiyatrik tanı sayısı ortalaması 1.5 olarak bulunmuştur. Sıklıkla konulan tanılar arasında başta majör depresyon olmak üzere, kişilik bozukluğu (özellikle borderline kişilik bozukluğu), şizofrenik bozukluk, diğer dissosiyatif bozukluklar, anksiyete, somatizasyon ve yeme bozuklukları, madde bağımlılığı gelmektedir (122, 190, 191, 192, 193, 194).

Bizim çalışmamızda da dissosiyatif kimlik bozukluğu tanısı almadan önce konulan tanılar arasında en sık olarak %51.4 ile depresif bozukluk, ikinci sıklıkta %50.0 ile anksiyete bozukluğu, %42.8 ile şizofreni gelmektedir. Hastaların %5.7'sine daha önce Dissosiyatif Bozukluk teşhisi konmuş olup, 34 hastanın ise ilk psikiyatri klinik başvurusudur.

Yapılan çalışmalarda geçmişte konulan psikiyatrik tanılar incelendiğinde %44 ve % 60 gibi oranlarda depresyon tanısı konulduğu saptanmıştır (139, 195). Bizim çalışmamızda benzer sonuç elde edilmiştir.

DKB hastaları psikotik bozukluk olarak yanlış tanınabilmektedir. Bizim çalışmamızda hastaların %42.8'ine daha önce şizofreni tanısı konmuştur. Yapılan bir çalışmada bu oran %12.5 olarak bulunmuş olup (189) Boon ve Draijer' in (24) çalışmasında %15.6, Putnam ve ark (36)

çalışmasında %49.0 ve Ross ve ark (37) çalışmasında %40.8 olarak bulunmuştur. Klinisyenin tecrübesi ve bazı önemli belirtiler bu ayrımı yapmada oldukça faydalıdır.

- Psikotik hastalara ait olduğu düşünülen Schneiderian belirtileri DKB hastalarında sıklıkla gözükmemektedir. Bu belirtiler psikotik hastalar ile DKB hastaları arasında belli farklar gösterir. Örneğin saptanan seslerin kaynağı alter kimliklerdir ve psikoterapide bu seslerle iletişime geçilmelidir. Tedavi sonucunda alterler ile birleşme sağlandığı takdirde bu sesler kaybolmaktadır (158). Dissosiyatif bozuklukta duyulan sesler şizofrenideki seslerden daha net duyulmaktadır (159).

- Schneiderian belirtileri şizofreni hastalarında primer düşünce bozukluğunu ve gerçeği değerlendirmede bozulmanın sonucu olduğu düşünülmektedir. DKB' de ise bunlar gerçekten yaşanan durumlardır bir 'yaşantı'dır. Şizofrenide hasta bu yaşantıları açıklamak amacıyla sanrı geliştirirken DKB hastalarında sanrı geliştirmemektedir. DKB hastalarında Schneider semptomları primer bir düşünce bozukluğu değil, patolojik bir yaşantı biçimidir (139).

- Dissosiyatif bozuklukta, şizofreninin çekirdek belirtisi olan ve sık görülen negatif semptomlar gözlenmemektedir (196).

- Şizofrenide belirgin ve ilerleyici olan sosyal ve mesleki bozulma vardır. Dissosiyatif hastalarda bu daha sınırlı olmaktadır (196).

Yapılan araştırmalar sonucunda DKB tanısı alan olguların %88-98 oranında kadınlardan oluştuğu saptanmıştır (24, 36, 37, 105, 106, 139) . Dissosiyatif bozukluk olan erkeklerin çoğunluğunun tedavi için psikiyatrik sisteme değil, suç işleyerek adli sisteme girdikleri ve bu yüzden tanınmadıkları yolunda yaygın bir inanç vardır (152). Ross (13) erkeklerin, daha çok yasal sorumluluk içine girdiklerini, bu nedenle klinik örneklem gruplarında daha az yer aldıklarına inandığını belirtmiş 8-9/1 oranının, cezaevlerinde ve diğer klinik ortamlarda DKB'nın tanınabilmesiyle birlikte 1/1'e inebileceğini öne sürmüştür. İsviçre'de yapılan bir çalışmada bu düşünceyi destekleyen verilere ulaşılmıştır (140). Bizim çalışmamızda %67.1 kadın, %22.9 erkek olarak bulunmuştur. Çalışmamızda kadın oranı erkeklere göre yüksek ancak literatürlere göre düşük bulunmuştur. Yukarıda söz ettiğimiz nedenlerden dolayı erkeklerin DKB oranı diğer çalışmalara göre daha fazla çıkmış olabilmektedir.

Yapılan araştırmalarda olguların tanı konulduğu zamandaki yaş ortalaması 30-35 arasındadır. (24, 36, 37, 105, 141). Bizim alışmamızda 26.5 olarak bulunmuştur.

Yoğun ve uzun süreli travma kronik bir diforik duyguduruma, kendine zarar verme davranışına, intihar girişimlerine, depresyon gelişimine neden olabilir (143, 197) Ülkemizde Zoroğlu ve arkadaşlarının vaka serisinde yapılan çalışmalarda depresif semptom oranı %24-88 olarak bulunmuştur (6). Ayrıca depresif semptom oranı Dell ve Eisenhower'ın (6) alışmasında %82, Coons'un (198) alışmasında %64-88, Hornstein ve Putnam'ın (199) alışmasında %82-88 olarak bulunmuştur. Ellison ve arkadaşlarının çalışmasında M.depresif epizod %97,2 vakada saptanmış olup major depresyon en sık komorbidite olarak saptanmıştır (6) Bizim alışmamızda da depresif bozukluk komorbiditesi %67.1 oranında çıkararak literatürle uyumlu bir sonuç elde dirmiştir.

Dissosiyatif bozukluk ile anksiyete komorbidite sıklığı yapılan bir araştırmada % 26.7 olarak bulunmuştur (200). Bizim alışmamızda anksiyete bozuklukları ile komorbidite sıklığı %20 olarak bulunmuştur.

şar ve ark yaptığı bir çalışmada konversiyon bozukluğu komorbiditesi 2. en sık tanı olmuştur ve %40 oranında bulunmuştur (139). Bizim alışmamızda da %30 ile 2. en sık tanı olarak bulunmuştur.

şar ve ark yaptığı bir çalışmada madde kullanım bozukluğu %8 oranında saptanmışken (139), bizim çalışmamızda bu oran %5.7 olarak saptanmıştır.

Yapılan bir çalışmada komorbid tanı saptanmayan dissosiyatif bozukluk hasta oranı %20 olarak bulunmuştur (195). Bizim alışmamızda %24.3 oranında pür dissosiyatif kimlik bozukluğu olan hasta saptanmıştır.

Yapılan alışmalar sonucunda DKB hastalarının %95-100'ünün hayatlarının bir bölümünde amnezik dönemler yaşadığı bulunmuştur (18, 24, 36, 37, 105, 106). Bu amneziler kişinin hayatının bir kısmında boşluklar şeklinde olabileceği gibi kendine ait tanımadığı eşyalar veya kendine ait olmayan yazılar şeklinde de olabilir (11, 13, 123). Bizim alışmamızda amnezi şikayeti ile başvuran hastaların oranı %50 olarak bulunmuştur. Hastaların polikliniklere başvuru

şikayetleri incelendiğinden dolayı bu oran diğer literatür bilgilerine göre düşük saptanmıştır. Muhtemelen hastalar amnezi semptomu açısından sorgulansa daha yüksek sonuçlar elde edilecektir.

İşitsel varsanılar hastaların yaklaşık %50 sinde saptanmaktadır. Şizofreniden farkı olarak DKB olgularında bu ses daha çok içerden geliyor olarak yorumlanmaktadır (161). Bu seslerden genelde alter kişilikler sorumludur. Bizim hastalarımızın %40 ının işitsel ve görsel halüsinasyon semptomu polikliniğimize başvuru şikayeti olmuştur.

DKB hastaları psikiyatrik hastalar içerisinde self mutilasyon davranışı muhtemelen en fazla olan tanı grubudur (13). Bu hastalardaki intihar girişimleri de diğer hasta gruplarına göre siktir (123). Sırasıyla Dell ve Eisenhower; Hornstein ve Putnam ve Coons' un serilerindeki self mutilasyon oranları %27, %40 ve %45 olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan ergen yaş grubundaki çalışma sonucunda artmış dissosiasyon düzeyiyle kendine zarar verme davranışı arasında yüksek bir birliktelik gözükmemektedir (7). Ülkemizde çocuk ve ergenlerde yapılan bir çalışma sonucunda dissosiyatif bozukluk olan hasta grubunda self mutilasyon oranı %80.8, intihar girişimi sıklığı ise %65.4 olarak bulunmuş (200). Hastalardaki öz kırım ve kendini yaralama davranışı alter kişilikler arasındaki çatışma çok fazla olduğunda izlenebilmektedir (36, 106). Bizim çalışmamızda hastaların polikliniğe başvuru şikayetleri incelenmiş olup self mutilatif davranış ile başvuran % 30.0, intihar düşüncesi/girişimi ile başvuran %42.9 olarak bulunmuştur.

Somatik semptom belirti sıklığı Şar ve ark, Boon ve Draijer, Ross ve ark. yaptığı çalışmalarda sırasıyla %85.7, %82.9 ve % 92.2 olarak bulunmuştur (24, 106, 142). Baş ağrısı şikayeti DKB hastalarında sık olarak gözlenmektedir. Coons ve ark yaptığı bir çalışmada bu oran %56 olarak bulunmuştur (139). Baş ağrısı özellikle alter kişilikten diğerine geçiş sırasında şiddetlenmektedir (105, 201). Bizim çalışmamızda somatik yakınmalarla başvuran hasta oranı %40 baş ağrısı yakınması ile başvuran hasta oranı ise %28.6 olarak bulunmuştur.

DKB hastaları, Schneider'in şizofreninin birinci derece belirtilerini şizofren hastalarından çok daha fazla yaşadığını gösteren birçok çalışma vardır (12, 21, 155, 202, 203). Araştırmalar sonucunda daha önceleri şizofreni için kabul edilen Schneider semptomlarının DKB hastalarında daha çok görüldüğü saptanmıştır. Hastada ne kadar çok Schneider semptomu mevcutsa hastada şizofreni tanısından o derece uzaklaşılmalı ve DKB tanısına yaklaşılmalı fikri ortaya atılmıştır (21,

161). Yapılan bir çalışmada hastaların hepsinde en az bir tane Schneider semptomu saptanmıştır (139). Ross ve ark. yaptığı çalışmada tartışan ses (%71.1) ve yorumda bulunan seslere (%66.1) en yüksek oranda saptanmıştır (204). Bizim çalışmamızda Schneider semptomaları ile başvuran hasta oranı %42.9 olarak bulunmuştur. Davranışları üzerinde yorumda bulunan ses ile başvuran %31.4 davranışlarının başkası tarafından yönlendirilmesi şikayeti ile başvuran %34.3 olarak bulunmuştur. Şizofrenide hasta bu yaşantıları açıklamak amacıyla sanrı geliştirirken DKB hastalarında sanrı geliştirmemektedir. DKB hastalarında Schneider semptomları primer bir düşünce bozukluğu değil, patolojik bir yaşantı biçimidir (139).

DKB hastalarında ortalama alter sayısı 7 ile 15 arasında bulunmuştur (36, 37, 105). Genellikle tanı esnasında alter kişiliklerden 2 ya da 3 tanesi ortadadır. Diğerleri tedavi sürecinde saptanabilir (38). Şar ve ark. yaptığı çalışmada alter kişilik sayısı ort 11.9 olarak bulunmuştur (139). Bizim çalışmamızda ortalama alter sayısı 2.3 olarak bulunmuştur. Bu sayının diğer literatür bilgilerinden düşük çıkmasının nedeni hastaların poliklinikte muayene edilmesi sonucu alter sayılarının saptanması ve tedavi sürecinin çalışmaya yansımaması olabilmektedir. Yukarıda da belirttiğimiz gibi tedavi süreci boyunca kişilerin alter sayıları netleşebilmektedir.

Psikiyatrik bozukluklar içerisinde dissosiyatif bozukluk çocukluk çağı travması ile en sık ilişkisi içerisinde olan gruptur (152). Travmatik yaşantıların genel popülasyonda bu kadar sık olduğunu düşünürsek dissosiyatif bozukluğun da bu kadar sık olması şaşırtıcı olmamalıdır. İkinci Dünya Savaşı sonrasında çok sayıda çocuk göç etmek zorunda kalmış, siddete maruz kalmış, ailesini ve arkadaş çevresini yitirmiş, beslenme ve eğitim yetersizliği yaşamak zorunda kalmıştır. Rene Spitz; genel olarak çocuk ruh sağlığını derinden etkileyen ve özellikle de çocukluk dönemi ruhsal travmalarının sonuçlarının anlaşılmasına yol açan psik hospitalizm ve anaklitik depresyon tablolarını bu çocuklarla ilgili gözlemler sonucunda tanımlamıştır (205). Yapılan çalışmalar sonucunda DKB' nin ağır ve kronik tacize yanıt olarak gelişen spesifik ve komplike bir TSSB olduğu düşüncesine varılmıştır (189). DKB etyolojisinde nerdeyse %100 oranında travma vardır ve çocukluk çağında tanındığında çok daha kolay edilebilen bir rahatsızlıktır (152). Herhangi bir travma bildirim Şar ve ark yaptığı çalışmada %96, Tutkun ve ark yaptığı çalışmada %85, Putnam ve ark yaptığı çalışmada %97 olarak bulunmuştur (139). Bizim çalışmamızda %97.1 oranında travma bildirim mevcuttur. Yalnızca 2 hasta travma bildirmemiştir.

Yapılan çalışmalara bakılacak olursa Kuzey Amerika kaynaklı çalışmalarda fiziksel taciz oranı %60 ile %82 arasında değişmekte Hollanda da yapılan bir çalışmada fiziksel taciz oranı %80.3 olarak bulunmuştur (36, 37, 105, 106, 206) Ülkemizde Şar ve ark yaptığı çalışmada %62.9, Tutkun ve ark yaptığı çalışmada %55 ve başka bir çalışmada ise % 78.1 bulunmuş (139, 189). Bizim çalışmamızda fiziksel istismar %64.3 olarak bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda Kuzey Amerika kaynaklı çalışmalarda cinsel istismar %68 ile %92 oranında bulunmuştur. Hollanda kaynaklı çalışmada %77.5 olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda %57.1, Tutkun ve ark yaptığı çalışmada %55 ve başka bir çalışmada ise %62.5 olarak bulunmuştur (139,189). Bizim çalışmamızda %41.4 olarak bulunmuştur. Bizim vakamızda düşük çıkmasının nedeni özellikle bu konuların Türk toplumunda dile getirilmesinden duyulan utanç ve ortaya çıkmasının yarattığı toplum baskısı olabilmektedir. Diğer bir neden de hastalarla poliklinikte kısıtlı bir süre geçirilmesi ve mahrem bir yaşantıyı dile getirmek için yeterince ilişki kurulamaması olabilmektedir.

Emosyonel istismar Coons yaptığı çalışmada %10, Şar ve ark yaptığı çalışmada %57.1 Şar ve ark yaptığı çalışmada %68, Tutkun ve ark yaptığı çalışmada %50 olarak bulunmuştur.(19, 105, 139, 142) Bizim çalışmamızda %41.4 olarak bulunmuştur.

İhmal kavramı çocuk ile ebeveyn ilişkisinin yetersizliği ya da olmaması anlamına gelmektedir. İstismarda patolojik de olsa bir ilişkinin olduğu ancak ihmalde o ilişkinin de olmamasından kaynaklı ihmalin daha ağır psikolojik sürece neden olduğu düşüncesi ortaya atılmıştır. 198 ergenin çalışmaya alındığı bir araştırmada dissosiasyon derecesi tüm travma türleriyle orantılı bulunurken en fazla ilişkinin duygusal ihmal ile olduğu sonucuna varılmıştır. Böylece ihmalin de dissosiyatif bozukluk gelişiminde önemli bir faktör olduğu ve atlanmaması gerektiği vurgulanmıştır (96). Yapılan çalışmalarda travma türlerine bakıldığında ihmal Tutkun ve ark % 25 oranında, Putnam %60, Coons %22, Şar ve ark %62.9 oranında bulunmuştur (19, 36, 105, 142). Bizim çalışmamızda %48.6 olarak bulunmuştur.

6.SONUÇ

Çoğunlukla çocuklukta başlayan dissosiyatif bozukluklar yaşanan ciddi çocukluk çağı travmaları sonrasında ortaya çıkar. Fiziksel, duygusal, cinsel istismar, fiziksel ve duygusal ihmal veya şiddete tanıklık etme şekillerinde travmalar saptanmaktadır. Çocuklar bu travmalara kendini savunamayacak kadar güçsüzdürler ve dissosiasyonu yaşadığı travmadan uzaklaşabilmek için dissosiasyon otomatik ve primitif bir patolojik savunma düzeneği olarak kullanırlar.

Çalışmamızdan elde ettiğimiz tüm bulgular bir arada değerlendirildiğinde olguların sosyodemografik ve klinik özellikleri diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Bizim çalışmamızda da travmaya maruz kalmış kadın hastalar çoğunluktadır.

Dissosiyatif kimlik bozukluğu konusuna tam hakim olmayanlar belirtileri birçok tanıyla ilişkilendirebilir ve bu belirtilerin aslında tek bir olguya işaret ettiğini atlayabilmektedir. DKB hastaları birçok farklı belirti grubuyla başvurabilmektedir. DKB tanısı düşünülmeden, belirtilere yönelik yapılan tedavi yaklaşımının başarısızlıkla sonuçlandığı görülmektedir. Başka çalışmalarda da izlendiği gibi bizim çalışmamızda da kişiler uzun süreler boyunca yanlış tanı ve tedavi ile takip edilmektedir. Mevcut çalışma verileri ve bizim çalışmamızın sonucunda anlaşılmıştır ki dissosiyatif bozukluk psikotik bozukluklarla sıklıkla karışabilmektedir. Bu karışıklığa neden olan Schnederian semptomlarının bulunması iken, negatif semptomlarının bulunmaması ayırıcı bize yardımcı olabilmektedir.

Çalışmamızda hastaların aldıkları komorbidite ortalama tanı sayısı 1.2 olarak saptanmıştır. DKB olgularında depresyon ve anksiyete bozukluğu komorbiditesi sıklıkla saptanmıştır. Ayrıca dissosiyatif bozukluk birçok ruhsal hastalıkla birliktelik gösterebilir. Bu yüzden tanı atlanabilme ihtimali yüksektir. Oysa erken tanı ve tedavi ile kişi travmadan korunup daha kolay tedavi edilebilir duruma gelebilir. DKB hastaları çok belirgin dissosiyatif belirtilerle gelmediğinden yanlış ve eksik tanı koymamak adına dissosiyatif belirtiler hasta görüşmelerinde rutin olarak sorgulanmalıdır. Bu hastalara tarama testleri ve yapılandırılmış klinik görüşmeler sayesinde doğru tanı konabilmektedir. Doğru tanı koyduktan sonra hastanın tedavisi mümkündür. Ancak yapılan çalışmalar sonucunda ülkemizde yeterince tanınmadığı izlenmektedir.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 th edition)Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc., Washington DC 1994:75-9.
2. Spiegel, D.: Dissociation and Trauma. Review of Psychiatry (Eds) Tasman, A., Goldfnger, S. M. Washington DC, American Psychiatric Press,1991; 10: 261-75.
3. Lewis DO, Yeager CA: Abuse, dissociative phenomena, and childhood multiple personality disorder. Child Adolesc Psychiatr Clin North Am 1994; 3: 729-43.
4. Goodyer I Hysterical conversion reactions in childhood. J Child Psychol Psyc, 1981; 22: 179-88.
5. Kluft RP Outpatient Treatment of dissociative identity disorder and allied forms of Dissociative Disorders Not Otherwise Specified in children and adolescents. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 1996; 5: 471-93.
6. Zoroğlu S, Tüzün Ü, Öztürk M ve ark. Çocuk ve Ergenlerde Dissosiyatif Bozukluk: 36 olgunun gözden geçirilmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2000; 1:197-206.
7. Zoroğlu S, Tüzün Ü, Şar V ve ark Suicide attempt and self-mutilation among Turkish highschool students in relation with abuse, neglect and dissociation. Psychiatr Clin Neurosci, 2003; 57: 119-126.
8. Şar, V., Tutkun, H., Alyanak, B., Bakım, B., Baral, I.: Frequency of Childhood Abuse Among Psychiatric Outpatients in Turkey. Paper presented 13th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies Montreal, 1997; Programbook sayfa 131.
9. Şar, V.: Kötüye Kullanım ve İhmalle İlgili Sorunlar. Psikiyatri Temel Kitabı (Editörler) Güleç, C., Köroğlu, E. 1998; 2: 823-34.
10. Zoroğlu, S., Tüzün, Ü., Şar, V., Öztürk, M., Eröcal-Kora, M., Alyanak, B.:Childhood Abuse Self-injury and Dissociative Experiences Among High-school Students Program Book of the Fall Conference of the ISSD San Francisco, 1996; 13: 402-3.
11. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Kaplan and Sadock'sSynopsis of Psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins,1994; 7: 644-8.
12. Rosenbaum M. The role of the term schizophrenia in the decline of diagnoses of multiple personality. Arch GenPsychiatry 1980; 37: 1383-5.

13. Ross CA. Multiple Personality Disorder, Diagnosis, Clinical Features and Treatment. New York: John Wiley & Sons, 1989; 1: p:58
14. Kluft RP: Multiple personality disorder: An update hospital community. Psychiatry 1987; 38:363-73.
15. Şar V, Tutkun H, Alyanak B ve ark. Frequency of dissociative disorders among psychiatric outpatients in Turkey. Compr Psychiatry, 2000; 41: 216-22.
16. Şar V, Akyüz G, Kundakçı T ve ark. Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. Am J Psychiatry, 2004; 161:2271-6.
17. Şar V. Çoğul Kişilik Bozukluğu Kavramı ve Disosiyatif Bozukluklar. Psikiyatri Dünyası 2000; 4: 7-11
18. Şar V., Yargıç L.İ., Tutkun, H. Türkiye’de Çoğul Kimlik Bozukluğu Konusunda Deneyim ve Görüşler: Bir Anket ve Düşündürdükleri. Nöropsikiyatri Arşivi 1995; 32:76-83.
19. Tutkun H., Yargıç L.İ. , Şar, V.: Dissociative Identity Disorder: Clinical Investigation of 20 Cases from Turkey. Dissociation, 1995; 8:3-9.
20. Yargıç L. İ., Tutkun, H., Şar, V.: Validity and Reliability of the Turkish Version of the Dissociative Experiences Scale. Dissociation, 1995; 8:10-12.
21. Kluft R. P.: First Rank Symptoms as a Diagnostic Clue to Multiple Personality Disorder. Am. J. Psychiatry, 1987; 144:293-8.
22. Carlson ET. The history of multiple personality in the US: I. The beginnings. Am J Psychiatry 1981; 138: 666-8.
23. North CS, Ryall J, Ricci DA, Wetsel RD Multiple Personalities, Multiple Disorders New York, Oxford University pres. 1993.
24. Boon S, Draijer N. Multiple Personality Disorder in the Netherlands: A Clinical Investigation of 71 Patients. Am J Psychiatry 1993;150:489-94.
25. Van der Kolk BA, Van der Hart O. Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. Am J Psychiatry 1989;146:401-2.
26. Van der Hart O, Friedman B. A readers guide to Pierre Janet on Dissociation; a neglected intellectual heritage. Dissociation 1989; 3: 3-16.
27. Ross CA: Dissociative Identity Disorder: Diagnosis, Clinic Features, and Treatment of Multiple Personality New York, John Wiley, 1997; 265-272
28. Prasad A. Multiple Personality Syndrome British Journal Hospital Medicine, 1985; 34: 301-3.

29. Masson J. The assault on truth: Freud and Child Sexual Abuse. London, Fontana Pres, 1992: 78-86.
30. Corcq L, Verbizier J. Le Traumatisme Psychologique dans I Bévure De Pierre Janet Bull de Psychologie 1988; 385:483-5.
31. Vander Kolk, Weisaeth L, Van der Hart History of Trauma in Psychiatry Van der Kolk, Farlane AC, Weisaeth L.(ed). Traumatic Stres: The effects of Over whelming experince on mind, Body, and Society. New York, Guildford pres 1996; 47-74
32. Ellenberger HF The Discovery of unconcious: The History and Evolution Dynamic Psychiatry. New York, Basic Boks 1970; sayfa no
33. Fahy TA. The diagnosis of multiple personality disorder: Acritical review. Br J Psychiatry 1988; 153:597-606.
34. Greaves GB. Multiple personality: 165 years after Mary Reynolds. J Nerv Ment Dis 1980; 168: 577-96.
35. Boor M. Multiple personality epidemic. J Nerv Ment Dis 1982;170: 3024-5.
36. Putnam FW, Guroff JJ, Silberman FK, Barban I, Post RM. The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 recent cases. J Clin Psychiatry 1986; 47: 285-93.
37. Ross CA, Norton GR, Wozney K. Multiple personality disorder: An analysis of 236 cases. Can J Psychiatry 1989; 34: 413-8.
38. Tamam L, Özpoyraz N, Ünal M, Çoğul Kişilik Bozukluğu: Bir Gözden Geçirme, 3 P Dergisi 1996; 4-5.
39. Tutkun H. Yargıç L.İ., Sar V. Dissociative Identity Disorder Presenting as Histerical Psychosis. Dissociation 1996; 9:241-9.
40. Yargıç L. İ., Şar V. Tutkun H Çoğul kişilik Bozukluğunun Bir Öz bildirim Ölçeği (DES) ve Yapılandırılmış Bir Görüşme Çizelgesi Kullanılarak (DDIS) Ayırıcı Tanısının Yapılması. 31.Ulusal Psikiyatri Kongresi özet Kitabı; İstanbul. 1995; 70-1.
41. Şar V. Kızıltan E Kundakçı T ve ark Dissosiyasyon ölçeğinin (DIS-Q) geçerlilik ve güvenilirliği. 33.Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Tam Metin Kitabı 1997; 43-53
42. Şar V, Kundakçı T. Kızıltan E ve ark Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeğinin (DESII) Geçerlilik ve Güvenilirliği. 33.Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Tam Metin kitabı 1997; 55-64
43. Zoroğlu S, H,Tüzün Ü,Şar V.Çocuk Yaşta Çoğul Kişilik Bozukluğu bir olgusunu. Çocuk ve gençlik Ruh sağlığı Dergisi 1996; 3: 98-113.

44. Miral S, Alkın T, Sonsuz C ve ark. Bir dissosiyatif Amnezi Olgusu Çocuk ve Gençlik Ruh sağlığı Dergisi 1996; 3: 98-113.
45. Tutkun H, Yargıç L.İ., Şar V. Adolesans döneminde bir çoğul kişilik Bozukluğu vakası. Psikiyatri psikoloji psikofarmakoloji dergisi 1994; 2;261-6.
46. Zoroğlu S, Şar V, Yargıç L.İ.: Ergen dönemde iki Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu olgusu Psikiyatri psikoloji psikofarmakoloji dergisi 1996;56-64
47. Zoroğlu S, Tüzün Ü, Şar V ve ark Childhood abuse, self Injury and dissociative experiences among high school students. Program Book 13 th Fall Conference of the International Society for the study of dissociation. Glenview International Society for The study of dissociation 1996; 285-6.
48. Putnam FW, Helmers K Trickett PK. Development reliability and Validity of a Child Dissociation Scale. Child Abuse Negl 1993; 17: 731-41
49. Zoroğlu S, Tüzün Ü, Şar V ve ark; Reliability and Validity of The Turkish Version of the Child Dissociative Checklist 15. th Fall Conference Seattle /WA November 1998; 14-7.
50. Nemiah JC. Dissociative disorders in; Freedman AM, Kaplan HI (eds) Comprehensive Text Book of Psychiatry 1981; 456-71.
51. Siegel D Dissociation and Hypnosis in Post Traumatic Stres Disorder Journal of The Traumatic Stres 1988; 1: 17-33.
52. Gladson GL, Parker GB, Mitchell PB, et al. Implications of childhood trauma for depressed woman: an analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimizasyon. Am J Psychiatry 2004;161:1417-25.
53. Cardena E. The Domain of Dissociation Ins. J.Lynn, J.W.Rhue (eds):Dissociation: Clinical and Theoretical Perspective New York, NY. USA: The Guilford Pres 1994; 15-31.
54. Braun BG, The BASK (Behavior Affect sensation Knowledge) model of dissociation Dissociation 1988; 1:4-23.
55. West L. Dissociative reaction, In: Freedman AM, Kaplan HI. (eds). Comprehensive text book of psychiatry. Williams&Wilkins. 1967; 885-898;
56. Goff DC, Olin JA, Jenice MA ve ark. Dissociative symptoms in patients with obsessive compulsive disorder. J Nerv Ment Dis 1992; 180:332-7.

57. Steinberg M. Interviewer's Guide to the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D). Washington, DC, American Psychiatric Press. 1993; 245-57.
58. Putnam FW. Dissociation in Children and Adolescent. A developmental perspective New York The Guilford Press: 1997.
59. Terr LC. Childhood traumas: An outline and overview. *Am J.Psychiatry*1991; 148: 10-20.
60. Allen JG Traumatic Relationships and Serious Mental Disorders. New York, NY: John Willey and Sons 2001.
61. Ehlers, A.Clark, DM. A Cognitive Model of Post Traumatic Stres Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 2000; 38: 319-45.
62. Brown, RJ. The Cognitive psychology of dissociative states. *Cognitive Neuropsychiatry*, 2002; 7: 221-35.
63. Steinberg M The spectrum of depersonizasyon: assesment and treatment. In D. Spiegel (Ed) *Dissociative Disorder: A clinical review* Towson, MD: Sidron 1993; 79-103.
64. Allen J.G, Lewis D.A. Dissociative detachment and memory impairment: Reversible amnesia or encoding failure. *Comprehensive Psychiatry*, 1999; 40: 160-71.
65. Sierra M, Berrios, GE. Depersonizasyon: Neurobiological perspectives. *Biological Psychiatry*, 1998; 44: 898-908.
66. Marmar C.R.Weiss D.S. Metzler TJ. The peritraumatic dissociative experiences questionnaire. in J. P. Wilson @T.M.Keane (eds), *Assesing psychological trauma and PTSD* New York: The Guildford pres 1997; 412-88.
67. Spiegel, D. Cardena, E. Disintegrated experience: The dissociative disorder sreviewited. *Journal of Abnormal Psychology* 1991; 100: 366-78.
68. Brewin, CR. Holmes, EA. Psychological theories of post traumatic stres disorder *Clinical psychology Rewiew*, 2003; 23:339-76.
69. Conway, MA.&Pydell Pearce, C.W. The constraction of auto biografi cal memories in self memory system, . *Psychological Rewiew*, 2000; 107: 261-88.
70. Emily A.H,Richard J.B.Warren M. Are there two qualitatively distinct form of dissociation? A review and some clinical implication. *Clinical Psycholoy Rewiew* 2005; 25: 1-23

71. Ozer, E. J. Best, S.R. Lipsey, T. L. Weiss, D.S. Predictors of post traumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis *Psychological Bulletin* 2003; 29: 52-73.
72. Ludolph PS. How prevalent is multiple personality disorder (letter). *AmJ Psychiatry* 1985; 142: 1526-7.
73. Piper AJ. Multiple personality disorder. *Br J Psychiatry* 1994; 164: 600-12.
74. Nakdimen KA. Diagnostic criteria for multiple personality disorder. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 576-7.
75. Dissociation in children and adolescent as reaction to trauma –an overview of conceptual issues and neurobiological factors. *Nord J. Psychiatry* 2005;59:79-91.
76. Geyran P.Ç.,: Travma Sonrası Stres Bozukluğu İle İlişkili Nörobiyolojik Kanıtlar. *Düşünen Adam*, 1995; 8(1): 9-18.
77. Kızıltan E., Eroğlu L.: Travma Disosiyasyonun Nörobiyolojisi. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları* 1998; 3(4):599-611.
78. Yehuda, R.: *Neuroendocrinology of Trauma and Posttraumatic Stress Disorder*. Psychological Trauma, (Ed)Yehuda, R.Washington, American Psychiatric Press,1998.
79. Resnick H., Yehuda, R., Pitman R. K.: Effect of Previous Trauma on Acute Plasma Cortisol Level Following Rape. *Am. J. Psychiatry* 1995; 152: 1675-7.
80. Meany, M. J., Aitken, D. H., Viau, V.: Neonatal Handling Alters Adrenocortical Negative Feedback Sensitivity and Hippocampal Type II Glucocorticoid Binding in the Rat. *Neuroendocrinology*, 1989; 50: 597-604.
81. Siegfried, B., Frischknecht, H. R., Nunez de Souza, R.: An Ethological Model for the Study of Activation and Interaction of Pain, Memory, and Defensive System in the Attacked Mouse: Role of Endogenous Opioids. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 1990; 14:481-90.
82. Putnam F. W., Trickett P. K.: *Psychobiological Effects of Sexual Abuse*. *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder*, (Eds) Yehuda, R., McFarlane, A. C. New York, The New York Academy of Sciences, 1997;
83. Depue, R.A., Spoon, M.R.: Conceptualizing a Serotonin Trait: A Behavioral Dimension of Constraint. *Annals of New York Academy of Sciences*, 1986; 487:47-62.
84. Burgess, A. W., Holstrom, R.: Rape Trauma Syndrome. *Am. J. Psychiatry*, 1974; 131: 981-6.

85. Bremner, J. D., Crystal, J. H., Southwick, S. M., Charney D. S.: Functional Neuroanatomical Correlates of the Effects of Stress on Memory. *Journal of Traumatic Stress*, 1995; 8(4): 527-53.
86. Le Doux, J.E.: Intonation Flow from Sensation to Emotion: Plasticity of the Neural Computation of Stimulus Value. *Learning Computational Neuroscience*, (Eds) Gabriel, M., Moore, J., Cambridge MA, MIT Press, 1990.
87. Pitman, R., Orr, S. P., Lasko, N. B.: Effects of Intranasal Vasopressin and Oxytocin on Physiologic Responding During Personal Combat Imagery in Vietnam Veteran with PTSD, *Psychiatry Research*, 1993; 48: 107-17.
88. Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Omitz, E. M.: Issues in the Developmental Neurobiology of Traumatic Stress. *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder*, (Eds) Yehuda, R., McFarlane, A. C., New York, The New York Academy of Sciences, 1997.
89. Teicher, M.H., Ito Y., Glod CA.: Preliminary Evidence for Abnormal Cortical Development in Physically and Sexually Abused Children Using EEG Coherence and MRI. *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder*, (Eds) Yehuda, R., McFarlane, A. C. New York, The New York Academy of Sciences, 1997; 821:160-75
90. Vander Kolk, B. A.: *The Body Keeps the Score.. Traumatic Stress*, (Eds) vander Kolk, B. A., McFarlane, L. New York, The Guilford Press, 1996;
91. Le Doux, J. E.: Sensory Systems and Emotion: A Model of Affective Processing. *Integrative Psychiatry*, 1986; 4:237-43.
92. Guyton, A. C.: Behavioral Function of the Brain. *Text book of Medical Physiology*, 7th Edition, W. B. Saunders Co., 1986; 971-86.
93. Rauch S., Vander Kolk, B. A., Fisler, R.: A Symptom Provocation Study Using Positron Emission Tomography and Script Driven Imagery. *Archives General Psychiatry*, 1996; 53: 380-7.
94. Silberg J.L. fifteen years of dissociation in maltreated children. Where do we go from here *Child Maltreatment*, 2000; 5: 119-36.
95. Brunner R, Parzer P, Schuld V. Resch F. Dissociative symptomatology and traumatogenic factors in adolescent psychiatric patients. *J. Nerv. Ment Disease* 2000; 88(2): 71-77.
96. Frankel FH. Adult reconstruction of childhood events in the multiple personality disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 954-8.

97. Vander Kolk, B.A., Ducey, C.P.: The Psychological Processing of Traumatic Experience: Rorschach Patterns in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 1989; 22:259-74.
98. Kohut, H.: *The Restoration of the Self*. New York, International Universities Press, 1977.
99. McLean, P. D.: Brain Evolution Relating to Family Play and the Separation Call. *Archives of General Psychiatry*, 1985; 42:505-17:
100. Saporta J.A., Van Der Kolk B.A.: Psychobiological Consequences of Severe Trauma. *Torture and Consequences*, (Ed) Başoğlu, M. Oxford, Cambridge University Press, 1992.
101. Dutton, D., Painter, S. L.: Traumatic Bonding: The Development of Emotional Attachments in Battered Women and Other Relationships of Intermittent Abuse. *Victimology*, 1981; 6:139-55.
102. Marmer SS. Multiple personality disorder: a psychoanalytic perspective. *Psychiatr Clin North Am* 1991; 14: 677-93.
103. Fahy TA. The diagnosis of multiple personality disorder: A critical review. *Br J Psychiatry* 1988; 153:597-606.
104. Putnam FW. Resolved: Multiple personality disorder is an individually and socially created artifact (debate forum). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 960-2.
105. Coons PM, Bowman ES, Milstein V. Multiple personality disorder: A clinical investigation of 50 cases. *J Nerv Ment Dis* 1988; 176:519-27.
106. Ross CA, Miller SD, Reagor P, Bjornson I, Fraser GA, Anderson G. Structured interview data on 102 cases of multiple personality cases from four centers. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 596-601.
107. Putnam FW. Child development and Dissociation. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1996; 5(2): 285-302.
108. Baroch PM Multiple personality disorder as an attachment disorder. *Dissociation* (1991); 4:117-23.
109. Liotti, G Trauma, dissociation and disorganized attachment: three strands of single braid. *Psychotherapy: theory, Research, Practise Training*, 2004; 41: 472-86.
110. Blizard, R,A Disorganized attachment, development of dissociative self states and relational approach to treatment. *Journal of Trauma and dissociation*, 2003; 4(3):27-50.
111. Attachment Theory and Child Abuse. An Overview of the Literature for practitioners. *Child Abuse Review* Vol 2001; 10: 377-97.

- 112.**Liotti G. Disorganized /disoriented attachment in the etiology of dissociative disorders. *Dissociation* 1992;5;196-204
- 113.**Waller N. Types of dissociation and dissociative types. Annual Conference of the International Society for Traumatic Stress Studies. Chicago 1994; 10: 94-5.
- 114.**Kathryn AB Kirby DD. A genetic analysis of individual differences in dissociative behaviors in childhood and adolescence *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2004; 45(3): 522-32.
- 115.**Stern DN *The Interpersonal world of the infant*. New York. Basic Books 1985;
- 116.**Lise A. Mc Lewin, Robert T. Miller. Childhood Trauma, Imaginary companions and the development of pathological Dissociation. *Aggression and Violent behaviour* 2006; 11: 531-45.
- 117.**Taylor M. *Imaginary Companion and the children who create them*. New York. Oxford University Press 1999.
- 118.**Sawa, T. Oae. H. Abiru, T. Ogawa, T. & Takahashi, T. Role of the imaginary companion in promoting the psychotherapeutic process. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2004; 58:145-51.
- 119.**Hornstein NL, Putnam FW. Clinical Phenomenology of Child and Adolescent Dissociative Disorders *J. Am. Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 1077 -85
- 120.**Gleason, TR, Jarudi, R. N. Cheek, J. M. Imagination, personality and imaginary companion. *Social and Behavior and Personality*, 2003; 31:721-38.
- 121.**Putnam FW, Helmers K, Horowitz L. Hypnotizability and dissociativity in sexually abused girls. *Child Abuse Negl* 1995; 19: 645-55
- 122.**Braun, B.G.: Foreword. *Psych. Clin. North Am.*, 1984; 7:1-2,
- 123.**Goff D. Dissociative disorders. Hyman SE, Jenike MA (ed). *Manual of clinical problems in psychiatry*. Boston: Little, Brown and Company, 1990; 196-205.
- 124.**Ross CA. Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. *Psychiatr Clin North Am* 1991; 14: 503-4.
- 125.**Şar V, Akyüz G, Doğan O. Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Res* 2007; 149:169-70.
- 126.**Şar V, Akyüz G, Kundakçı T: Frequency of Dissociative Disorders in the General Population: An Epidemiological Study in Turkey. 15th International Fall Conference of the International Society for the Study of Dissociation. Seattle, 1998.

- 127.**Knudsen SA, Draijer N, Haslerud J, et al. Prevalence of dissociative disorders in a Norwegian general psychiatric department. In: Fifth Annual Spring Conference of the International Society for the Study of Dissociation, Van der Hart O, Boon S, Draijer N. (Eds), International Society for the Study of Dissociation, Amsterdam 1995; p79
- 128.**Lipsanen T, Korkeila J, Peltola P, et al. Dissociative disorders among psychiatric patients. *Eur Psychiatry* 2004; 19: 53-4.
- 129.**Modestin J, Ebner G, Junghan M, Erni T. Dissociative experiences and dissociative disorders in acute psychiatric inpatients. *Compr Psychiatry* 1996; 37: 355-6.
- 130.**Tutkun H, Şar V, Yargıç L.İ., et al. Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a Turkish University Clinic. *Am J Psychiatry* 1998; 155:800-1.
- 131.**Gast U, Rodewald F, Nickel V, Emrich HM. Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189:249.
- 132.**Friedl MC, Draijer N. Dissociative disorders in Dutch psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1012-3.
- 133.**Horen SA, Leichner PP, Lawson JS. Prevalence of dissociative symptoms and disorders in an adult psychiatric inpatient population in Canada. *Can J Psychiatry* 1995; 40:185-6.
- 134.**Ross CA. History, phenomenology, and epidemiology of dissociation. In: *Handbook of Dissociation*, Michelson LK, Ray WJ. (Eds), Plenum, New York 1996.
- 135.**Saxe GN, Van Der Kolk BA, Berkowitz R, et al. Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1037-8.
- 136.**Rifkin A, Ghisalbert D, Dimatou S, et al. Dissociative identity disorder in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1998; 155:844-5.
- 137.**Latz TT, Kramer SI, Hughes DL. Multiple personality disorder among female inpatients in a state hospital. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1343-4.
- 138.**Yu J, Ross CA, Keyes BB, et al. Dissociative disorders among Chinese inpatients diagnosed with schizophrenia. *J Trauma Dissociation* 2010; 11: 358-9.
- 139.**Şar V, Yargıç L.İ., Tutkun H. Dissosiyatif kimlik bozukluğu tanısı konularak uzun süreli değerlendirme ve tedaviye alınan bir grup hastanın sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Düşünen Adam*; 1995; 8 (4): 38-46.
- 140.**Modestin J. Multiple personality disorder in Switzerland. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 88-92.

- 141.**Kluft RP. Clinical presentation of multiple personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1991; 14: 605-29.
- 142.**Şar V, Yargıç L.İ., Tutkun H. Structured interview data on 35 cases of dissociative identity disorder in Turkey. *Am J Psychiatry* 1996; 153:1329-30.
- 143.**Putnam FW. *Dissociation in Children and Adolescents*, 1. Baskı, Washington, Williams and Wilkins Press, 1996; 145-53.
- 144.**Loewenstein R.J.: An Office Mental Status Examination for Complex Chronic Dissociative Symptoms and Multiple Personality Disorder. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 1991; 14: 567-629.
- 145.**Schacter D.L., Kihlstrom J.F.: Functional Amnesia. *Handbook of Neuropsychology*, (Eds) Boller F., Grafman J., New York, Elsevier Science Publisher, 1989, 209-231.
- 146.**Yargıç L.İ., Çoğul Kişilik Bozukluğunun Yapılandırılmış Görüşme Çizelgesi ve Bir Özbildirim Ölçeği Kullanılarak Ayrıcı Tanısının Yapılması Uzmanlık Tezi, İstanbul Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi, 1995
- 147.**Loewenstein, R. J.: Psychogenic Amnesia and Psychogenic Fugue: A Comprehensive Review. *Annual Review of Psychiatry* (Eds) Tasman, A., Goldfinger, S. M. Washington DC, American Psychiatric Press, 1991; 10: 189-222.
- 148.**Spiegel D, Loewenstein RJ, Lewis-Fernández R, et al. Dissociative disorders in DSM-5. *Depress Anxiety* 2011; 28: 824-5.
- 149.**Hollander, E., Fairbanks, J., Decaria, C.: Dr. Hollander and Associates Reply (comment). *Am. J. Psychiatry*, 1989; 146:401-2.
- 150.**Dorahy MJ, Shannon C, Seagar L, et al. Auditory hallucinations in dissociative identity disorder and schizophrenia with and without a childhood trauma history: similarities and differences. *J Nerv Ment Dis* 2009; 197:892-3.
- 151.**Steinberg, M.: Symptomatology and Diagnostic Assessment. *Dissociation: Culture, Mind and Body*, (M) Spiegel, D. American Psychiatric Press, 1994; 59-90.
- 152.**Putnam, F. W.: *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder*. New York, Guilford Press, 1989;
- 153.**Ghadirian AM, Lehmann HE, Dongier M, Kolivakis T. Multiple personality in a case of functional psychosis. *Compr Psychiatry* 1985; 26: 22-8.
- 154.**Loewenstein, R. J.: Somatoform Disorders in Victims of Incest and Child Abuse. *Incest Related Disorder of Adult Psychopathology*, (M) Kluft, R. P. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1990; 75-111.

- 155.**Ross, C. A., Heber, S., Anderson, G., Norton, G.R., Anderson, B. A., del Campo, M., Pillay, N.: Differentiating Multiple Personality Disorder and Complex Partial Seizures. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 1989; 11:54-8.
- 156.**Bliss, E. L.: *Multiple Personality, Allied Disorder and Hypnosis*. New York, Oxford University Press; 1986;
- 157.**Coons, P. M.: *The Differential Diagnosis of Multiple Personality Disorder*. *Psychiatr. Clin. North America*, 1984; 7: 51-67.
- 158.**Ellason, J. W., Ross, C. A., Fuchs, D. L.: Lifetime Axis I and II Comorbidity and Childhood Trauma History in Dissociative Identity Disorder. *Psychiatry*, 1996; 59:255-66.
- 159.**Şar V, Disosiyatif Kimlik Bozukluğu: Tanı ve Nozolojik Sorunlar *Klinik Psikiyatri* 1998; 1:13-21
- 160.**Lanius RA, Vermetten E, Loewenstein RJ, et al. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *Am J Psychiatry*. Jun 2010; 167(6): 640-7.
- 161.**Ross CA, Miller SD, Reagor P, Bjornson L, Fraser GA, Anderson G. Schneiderian symptoms in multiple personality disorder and schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1990; 31: 111-8.
- 162.**Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel El Kitabı. Çocuk ve gençlik Ruh sağlığı derneği yayınları: 2008 3.44 438-454
- 163.**Loewenstein, R. J., Putnam, F. W.: A Comparison Study of Dissociative Symptoms in Patients with Complex Partial Seizures, Multiple Personality Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. *Dissociation*, 1988; 1(4):17-23.
- 164.**Horevitz RP, Braun BG. Are multiple personalities borderline: An analysis of 33 cases. *Psychiatr Clin North Am* 1984; 7: 69-83.
- 165.**Marmer SS, Fink D. Rethinking the comparison of borderline personality disorder and multiple personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1994; 17: 743-71.
- 166.**Young, W. C.: *Psychodynamics and Dissociation: All That Switches Is Not Splitt*. *Dissociation*, 1988; 1(1): 33-8.
- 167.**Lewis DO, Bard JS. Multiple personality and forensic issues. *Psychiatr Clin North Am* 1991; 14: 740-56.
- 168.**Reinders AA, Willemsen AT, Vos HP, et al. Fact or factitious A psychobiological study of authentic and simulated dissociative identity states. *PLoS One* 2012; 7: 39279-80.

- 169.**Brand BL, Mc Nary SW, Loewenstein RJ, et al. Assessment of genuine and simulated dissociative identity disorder on the structured interview of reported symptoms. *J Trauma Dissociation* 2006; 7: 63-4.
- 170.**Brand BL, Chasson GS Distinguishing Simulated from Genuine Dissociative Identity Disorder on the MMPI-2. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, & Policy*. 2015 Jan; 7(1): 93-101
- 171.**Brand BL, Tursich M, Tzall D, Loewenstein RJ. Utility of the SIRS-2 in Distinguishing Genuine From Simulated Dissociative Identity Disorder, *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, & Policy*. 2014; 1, 153-171
- 172.**American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR (Text Revision)*, 4th ed, American Psychiatric Press, Washington, DC 2000;
- 173.**Boon S, Draijer N. The differentiation of patients with MPD or DDNOS from patients with a cluster B personality disorder. *Dissociation* 1993; 6: 126-7.
- 174.**Dell PF. A new model of dissociative identity disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2006; 29: 1-2.
- 175.**Levin, A. P., Kahan, M., Lamm, J. B., Spauster, E.: Multiple Personality in Eating Disorder Patients. *International Journal of Eating Disorders*, 1993; 13:235-9.
- 176.**Mc Callum, E. K., Lock, J.: Dissociative Symptoms and Disorders with Eating Disorder. *Dissociation*, 1992; 5(4): 227-35.
- 177.**Dunn, G. E., Paolo, A. M., Ryan, J. J., Van Fleet, J.: Dissociative Symptoms in a Substance Abuse Population. *Am J. Psychiatry*, 1993;150:1043-17.
- 178.**Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları Dissosiyatif Bozukluklar-2 1999 4(1): 46-7.
- 179.**Brand et al., 2009 c; International Society for the Study of Trauma and Dissociation [ISSTD],
- 180.**Brand BL, Myrick AC, Loewenstein RJ, et al. A survey of practices and recommended treatment intervention among expert therapist treating patients with dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2012; 4: 490–500.
- 181.**Chu JA, Dell PF, Somer E, et al. International Society for the Study of Trauma and Dissociation Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation* 2011; 12: 115–87.

- 182.**Kluft RP. Treatment of multiple personality disorder: A study of 33 cases. *PsychiatClin N Am.* 1984; 7: 69-88.
- 183.**Kluft RP. Personality unification in multiple personality disorder: a follow-upstudy. In *Treatment of Multiple Personality Disorder*, Ed. BG Braun, Am Psychiatr Pres, Washington, DC, 1986; 31–60.
- 184.**Kluft RP. Treatment trajectories in multiple personality disorder. *Dissociation* 1994; 7: 63–75.
- 185.**Ellason JW, Ross CA. Two-year follow-up of inpatients with dissociative identity disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154:832–9.
- 186.**Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis.* 1986; 174:727-35.
- 187.**Vanderlinen J., Van Dyck R. Vandereycken W.:Dissociative Experiences in the General Population in the Netherlands and Belgium: A Study with the Dissociation Qestionnaire (DIS-Q) *Dissociation* 1991 4:180-184.
- 188.**Carlson, E. B., Putnam, F. W., Ross, C. A., Torem, M., Coons, P., Dill, D. L., Loewenstein, R. J., Braun, B. G.: Validity of the Dissociative Experiences Scalein Screeningfor Multiple Personality Disorder: A Multicenter Study. *Am. J. Psychiatry*, 1993; 150: 1030-6.
- 189.**Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Servis Şefliği Disosiyatif Kimlik Bozukluğu Üzerine Çok Yönlü Kesitsel Bir Çalışma Yayınlanmış Uzmanlık Tezi Tbp. Yzb. Ümit Başar Semiz 2000;
- 190.**Aldridge-Morris, R.: *Multiple Personality Disorder: An Exercice in Deception.* London, Elrbaum 1989;
- 191.**Armstrong, J. G., Loewenstein, R. J.: Characteristics of Patients with Multiple Personality and Dissociative Disorderson Psychological Testing. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1990; 178: 448-54.
- 192.**Boor, M., Coons, P. M.: *A Comprehensive Bibliography of Literature Pertaining to Multiple Personality.* Psychol Rep. 1983;53: 295-310.
- 193.**Brassfield, P. A.: *A Discriminative Study of a Multiple Personality* Ann Arbor, MI, University, Microfilms International, 1980;
- 194.**Braun, B. G., Sachs, R. G.: *Development of Multiple Personality Disorder: Pregdisposing, Precepitating, Perpetuating Factors. The Cild hood Antecedents of*

- Multiple Personality, (Ed) Kluft, R. P. Washington DC, American Psychiartric Prees,1985;37-64.
- 195.**Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Disosiyatif Bozuklukta Disfüzyon Tensör Manyetik Rezonans Görüntüleme Teknikleri Yayınlanmış Uzmanlık Tezi Dr. Sultan Basmacı Kandemir 2012;
- 196.**İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Disosiyatif Bozuklukta Psikiyatrik Eş Tanılar Yayınlanmış Uzmanlık Tezi Dr. Işıl Altıntaş 2008;
- 197.**Lewis DO. Diagnostic Evaluation of the Child with Dissociative Identity Disorder. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 1996; 5(2): 303-32.
- 198.**Coons P.M. Child Abuse and Multiple Personality Disorder, Review of the Literature and Suggestions for Treatment, Child Abuse and Neglect, 1986; 10(4): 455-62.
- 199.**Dell PF, Eisenhower JW. Adolescent multiple personality disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1990; 29: 359-66.
- 200.**Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı Hastalıkları Ana Bilim Dalı Dissosiyatif Bozukluklu Ergenlerde Polisemptomatik Klinik Özellikler ve Dissosiyasyonun İntihar ve Self Mutilasyondaki Rolü Yayınlanmış Uzmanlık Tezi Dr. Filiz Kılıç 2006;
- 201.**Putnam FW: The study of multiple personality disorder: General strategies and practical considerations. Psychiatric Ann 1984; 14: 58-62.
- 202.**Bliss, E. L.: Multiple Personality: A Report of 14 Cases With Implications for Schizophrenia and Hysteria. Arch. Gen. Psych. 1980; 37: 1388-97.
- 203.**Yargıç L. I., Şar V., Tutkun H.: Comparison of Dissociative Identity Disorder with Other Diagnostic Groups Using a Structured Interview in Turkey. Compr. Psychiatry, 1998; 39:345-51.
- 204.**Ross CA, Heber S, Norton R, Anderson G. Differences between multiple personality disorder and other diagnostic groups on structured interview. J Nerv Ment Dis 1989; 177: 487-91.
- 205.**Van der Kolk B, Nerson N, Hostetler A. The History of Trauma in Psychiatry Psych Clin North Am. 1994; 17 (3): 583- 600.
- 206.**Schultz, R., Braun, B. G., Kluft, R. P.: Multiple Personality Disorder: Phenomenology of Selected Variables in Comparison to Major Depression. Dissociation, 1989; 2:45-51.

