

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

**DİSSOSİYATİF BOZUKLUKTA DİFÜZYON TENSÖR
MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEME
TEKNİKLERİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Sultan Basmacı Kandemir

DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Salih Selek

ŞANLIURFA
2012

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

**DİSSOSİYATİF BOZUKLUKTA DİFÜZYON TENSÖR
MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEME
TEKNİKLERİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Sultan Basmacı Kandemir

DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Salih Selek

Bu tez, Harran Üniversitesi Araştırma Fon Saymanlığı tarafından 1156 proje numarası ile desteklenmiştir

ŞANLIURFA
2012

ÖNSÖZ

Bilgi ve deneyimleri ile Psikiyatri eğitimime büyük katkıları olan ve aynı zamanda tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Salih Selek'e , üzerimde büyük emekleri olan hocalarım Yrd. Doç. Dr. İbrahim Fatih Karababa, Yrd. Doç. Dr. Mahmut Katı'ya, Radyoloji Anabilim Dalı öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Hasan Çeçe, Yrd. Doç. Dr. Ekrem Karakaş , birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum asistan, sorumlu hemşire, personel arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Bugünlere gelmemin mimarı canım annem, babam ve kardeşlerime, her konuda desteğini esirgemeyen hayat arkadaşım, eşim Yrd.Doç.Dr Hasan Kandemir'e,ve yaşam enerjim, miniğim Toprak Baran'ıma teşekkür ederim.

Dr. Sultan BASMACI KANDEMİR

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
ŞEKİLLER DİZİNİ	v
TABLO DİZİNİ	vi
KISALTMALAR	vii
ÖZET	ix
SUMMARY	x
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.Tarihçe	3
2.2 Dissosiyasyonun Tanımı ve İşlevleri	6
2.3 DISSOSİYATİF BOZUKLUKLAR	8
2.3.1. Tanı Ölçütleri	8
2.3.1.1. Dissosiyatif Amnezi DSM-IV Tanı ölçütleri	8
2.3.1.2. Dissosiyatif Füg DSM-IV Tanı Ölçütleri	9
2.3.1.3. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu DSM-IV Tanı Ölçütleri	9

2.3.1.4. Depersonalizasyon Bozukluğu DSM-IV Tanı Ölçütleri	10
2.3.1.5. Başka Türli Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk DSM-IV Tanı Ölçütleri	10
2.4. Dissosiasyonun nörobiyolojisi:	12
2.5. Dissosiyatif Bozuklukta Etyoloji	14
2.5.1 Çocukluk Çağı Travması	14
2.5.2 Aile Çevresi (Ortamı)	15
2.5.3 Bağlanma Bozukluğu	15
2.5.4 Genetik Faktörler	16
2.5.5 Hipnotize Olma Kapasitesi	16
2.5.6 Farklı emosyonel durumlar	16
2.5.7 Hayal Gücü ve Fantazi Kapasitesi	17
2.6. Dissosiyatif Bozukluk Epidemiyolojisi	17
2.7. Dissosiyatif Bozukluk Klinik Fenomenolojisi	17
2.7.1 Primer Dissosiyatif Belirtiler	18
2.7.2. İkincil Belirtiler	18
2.7.3. Üçüncül Belirtiler	19
2.8 Ayırıcı Tanı	19
2.8.1. Şizofreni ve Psikotik Bozukluklar	19
2.8.2. Duygu Durum Bozuklukları	20
2.8.3. Epilepsi	21
2.8.4. Borderline Kişilik Bozukluğu	21

2.9. Dissosiyatif Bozukluklarda Tedavi	22
2.10.Dissosiyatif bozukluklarda beyin nörokimyasal, fonksiyonel, görüntüleme bulguları	22
2.10.1. Nörokimyasal Anomaliler	22
2.10.2. Fonksiyonel anomaliler	23
2.10.3. Beyin Yapısal Anomalileri	23
2.11. Difüzyon Tensör Manyetik Rezonans Görüntüleme	25
2.11.1. Veri Toplama-Görüntü Oluşturma	30
3.MATERYAL VE METOD	36
4.BULGULAR	38
5.TARTIŞMA	48
6.SONUÇ	52
7.KAYNAKLAR	53
8.EKLER	64

ŞEKİLLER DİZİNİ

		Sayfa
Şekil 1	Difüzyon verilerini gösteren difüzyon elipsoidler	28
Şekil 2	Difüzyon tensör elipsoidinde tensor vektör ve değerleri arasındaki ilişki	29
Şekil 3	Stejskal-Tanner puls sekansının şematik görünümü	31
Şekil 4	Difüzyon tensörlerin renk kodu ile gösterimi	33
Şekil 5	Beynin renk kodlu aksiyal DTG görüntüsü	33
Şekil 6	Kontrol grubunda renk kodlu aksiyal DTG görüntüsü	44
Şekil 7	Kontrol grubunda aksiyal ADC görüntüler üzerinde kk genu ve splenium da yapılan ölçümler	44
Şekil 8	Kontrol gurubunda elde edilen FA ve ADC değeri	45
Şekil 9	Kontrol grubunda kk genu ve kk spleniumdaki traktografi	45
Şekil 10	Hasta grubunda renk kodlu aksiyal DTG görüntüsü	46
Şekil 11	Hasta grubunda aksiyal ADC görüntüler üzerinde kk genu ve spleniumda yapılan ölçümler.	46
Şekil 12	Hasta grubunda FA ve ADC değerleri	47
Şekil 13	Hasta grubunda kk genu ve kk splenium traktografi	47

TABLO DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 1	Grupların cinsiyet ve yaş dağılımı 38
Tablo 2	Hastaların DES, DIS-Q, KGI ölçek değerleri 38
Tablo 3	Dissosiyatif bozukluk tanı öncesi alınan tanılar 39
Tablo 4	Hastaların bazı sosyodemografik verileri 40
Tablo 5	Komorbid tanılar 40
Tablo 6	Maruz kalınan travma şekli 41
Tablo 7	Baba ilişkilerine göre genum FA değerlerinin ortalama standart sapma değerleri 41
Tablo 8	Baba ilişkisi ile korpus kallozum genu ile splenium FA-ADC karşılaştırılması 42
Tablo 9	Anne ilişkisi ile genum splenium ilişkisi 42
Tablo 10	Histerik psikoz, korpus kallozum genu splenium ilişkisi 43
Tablo 11	Ölçek puanları ile genum splenium ilişkisi 43
Tablo 12	Toplam hastalık süresi ile korpus kallozum genu ile korpus kallozum splenium ilişkisi. 43

KISALTMALAR

ADC	Apparent diffusion coefficient
BTA	Başka Türlü Adlandırılmayan
ÇKB	Çoğul Kimlik Bozukluğu
DAG	Difüzyon Ağırlıklı Görüntü
DB	Dissosiyatif Bozukluk
DKB	Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu
DT-MRG	Difüzyon Tensör Manyetik Rezonans Görüntüleme
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EPI	Eko-planar görüntüleme
FA	Fraksiyonel anizotropi
HAM-D	Hamilton depresyon değerlendirme ölçeği
HPA	Hipotalamo pitüiter adrenal aks
KK	Korpus kallozum
MD	Mead dffusivity
MRG	Manyetik Rezonans Görüntüleme
NA	Noradrenalin

PET	Pozitron Emisyon Tomografisi
PROPELLER	Periodically Rotated Overlapping Parallel Lines with Enhanced Reconstruction
ROI	Region of interest
SPECT	Single photon emission computed tomography
SSFP	Steady-State Free Precession
SS- FSE	Single-Shot Fast Spin Eko

ÖZET

DİSSOSİYATİF BOZUKLUKTA DİFÜZYON TENSÖR MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEME TEKNİKLERİ

Dr. Sultan Basmacı Kandemir

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi

Bu çalışmamızın amacı; dissosiyatif bozukluklu olgularda nöronal bütünlüğünün incelenmesi ve etiyolojiye katkıda bulunabilecek anormalliklerin varlığını araştırmaktır.

BTA dissosiyatif bozukluk tanısı alan 15 hasta grubu ile 15 sağlıklı kontrol grubunun DTG'leri çekilmiştir. Hasta ile kontrol grubu arasında korpus kallozum genu ile korpus kallozum splenium FA ve ADC değerleri usulüne uygun olarak ölçülmüştür. İyi baba ilişkisi olan ve kötü baba ilişkisi olan hasta gruplarının karşılaştırılmasında İyi Baba İlişkisi genu $FA=839.363\pm 25.4370$, Kötü Baba İlişkisi genu $FA=776,133\pm 91.5438$ olarak bulundu. Korpus kallozum genum FA değerleri açısından istatistiksel olarak kötü baba ilişkisi olan grupta FA değeri anlamlı şekilde daha düşük bulunurken ($p=0.039, Z=-2.066$), korpus kallozum genum ADC ($p=0.519, Z=-0.645$), korpus kallozum splenium FA ($p=0.053, Z=-1.936$), korpus kallozum splenium ADC ($p=0.439, Z=-0.775$) değerleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Anne ilişkilerine göre hasta ile kontrol grubu korpus kallozum genu ile splenium FA-ADC değerleri karşılaştırıldığında, değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

DES, DIS-Q ölçek puanları ile korpus kallozum genu splenium FA, ADC ilişkisine bakıldığında anlamlı bağlantı yoktu. Toplam hastalık süreleri ile korpus kallozum genum FA değerleri ($p=0.092, r_0=-0.451, N=15$), korpus kallozum genum ADC ($p=0.959, r_0=-0.015, N=15$), korpus kallozum splenium FA ($p=0.548, r_0=-0.169, N=15$), korpus kallozum splenium ADC ($p=0.548, r_0=-0.169, N=15$) değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bağlantı yoktu.

Sonuç olarak ; BTA dissosiyatif bozukluk tanısı olan hastaların karşı cins ebeveyn ile ilişkisi göz önünde bulundurulduğunda kötü baba ilişkisi tarifleyen grupta frontal bölgelerden köken alan aksonların geçtiği korpus kallozum genu kısmında beyaz cevheri, olumsuz yönde etkilediği görülmektedir.

Anahtar Kelime: Dissosiyatif Bozukluk, DTI, DT-MRI, Korpus Kallosum, Frontal Lob, Ebeveyn İlişkisi

ABSTRACT

IMAGING TECHNIQS OF DIFUSION TENSOR MAGNETIC RESONANCE IN DISSOCIATIVE DISORDER

Dr.Sultan Basmacı Kandemir

Department of Mental Health and Disorders Specialty Thesis in Medicine

The aim of this study is to examine the neurological unity in dissociative disorder and to investigate the existance of the abnormalities that might contribute to etiology.

The DTI's of 15 patients who are diagnosed as Dissociative Disorder NOS and the 15 healthy control group were displayed. The FA and ADC parameters of corpus collosum genu and corpus collosum splenium for the patient group and the control group have been measured properly. While comparing father relationship style in the patients group, results found as ; Good father relationship Genu FA=839.363±25.4370 Bad father relationship Genu FA=776,133±91.5438 . Eventhough the corpus collasum Genu FA value of the patient with bad father relationship results were statistically significant lower than the good father relationship group (p=0.039,Z= -2.066) ,there was no statistically significant difference between corpus collosum genum ADC(p=0.519, Z= -0.645), corpus collosum splenium FA (p= 0.053, Z= -1.936), corpus collosum splenium ADC (p= 0.439, Z= -0.775) results. While comparing mother relationship style ,there was no statistically significant difference between corpus collosum genu and splenium FA- ADC results of the groups ,.

There was no significant correlation between corpus collosum genu and splenium FA-ADC results and DES and DIS-Q scores . We can't find any significant correlation between illness time and corpus collasum Genu FA(p=0.092,r0=-0.451, N=15) corpus collosum genum ADC(p=0.959, r0=-0.015, N=15), corpus collosum splenium FA (p=0.548, r0=-0.169,N=15), corpus collosum splenium ADC(p=0.548, r0=-0.169,N=15) scores too .

As a result; Considering the patients' relationship with the opposite sex parent, in The patients with Dissociative Disorder NOS , bad relationship with their fathers , affect white matter negatively at the areas of axons originating from the frontal regions passing genu of the corpus callosum.

Key Words:. Dissociative Disorder NOS, DTI, DT-MRI, Corpus Callosum, Frontal Lob, Parent Relationship

1.GİRİŞ VE AMAÇ

DSM-IV dissosiyasyonu, bilinç, bellek, kimlik ya da çevresel algının genellikle entegre olmuş işlevlerinin kopması olarak tanımlar. Bu sınıflandırma sistemi içerisinde dissosiyatif bozukluklar: dissosiyatif füğ, amnezi, depersonalizasyon bozukluğu dissosiyatif kimlik bozukluğu, başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk olarak tanımlanmıştır(1). Dissosiyatif bozukluklar tarihsel süreç içerisinde çok önceden biliniyor olmasına karşın dönem dönem ihmale uğramış ve diğer psikiyatrik hastalıkların epifenomeni gibi düşünülmüştür. Dissosiyatif bozukluklarla yakın ilişkisi olduğu bilinen ruhsal travmaya verilen önem konusunda da görülen dalgalanmalar bilim ve insanlık tarihinde önemli sonuçlara yol açmıştır (2).

1980 sonrasında dissosiyatif bozukluk ile ilgili artan çalışmalar bu bozukluklar grubunun en ağır ve kronik özellik taşıyanı olan dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB) üzerinde yoğunlaşmıştır(3). Epidemiyolojik çalışmalar dissosiyatif kimlik bozukluğu prevalensının% 1-3 olduğunu göstermiştir.(4)

Ülkemizde kısa süre önce yapılandırılmış tanı koydurucu bir görüşme çizelgesi ile genel toplumda (Sivas) yürütölen bir çalışma, DSM-IV ölçütleri uyarınca dissosiyatif bozukluklara kadınlarda %18.5 oranında rastlandığı sonucuna varmıştır Aynı popölasyonda DKB sıklığı %1.1 olmuştur (3).

Dissosiyatif bozukluklarda beyin görüntöleme çalışmaları yapılmış olup bu çalışmalardan birinde beyin kan akımı değışikliklerinin olduğu, bilateral orbito frontal bölgede kan akımının azaldığı,bilateral median ve superior frontal bölgede ayrıca bilateral oksipital bölgede kan akımının arttığı saptanmıştır(5).Bir diğer FMRI çalışmasında dissosiyatif durumdaki PTSD hastalarında temporal inferior,medial frontal alanlar ve

okipital,paryatal,anterior singulat ve medial prefrontal kortikal alanlarda artmış aktivite saptanmıştır(6).

Diffüzyon tensor manyetik rezonans görüntüleme(DT-MRG) yönteminin temeli, su moleküllerinin diffüzyon hızı ve yönünün ölçülerek incelenen dokunun yapısının saptanmasına dayanır. Difüzyon Tensör Manyetik Rezonans Görüntüleme (DT-MRG) moleküllerin in vivo ortamlarda difüzyon hızı ve yönü ölçülerek doku yapısının saptanmasına olanak vermektedir. Bu yöntem ile tüm beyaz cevher yolaklarının görüntülenmesi, anatomik uzanımlarının ve yapısal bütünlüklerinin değerlendirilmesi olanaklı hale gelmiştir(7).

Bu çalışmada dissosiyatif olguların nöronal aksonal bütünlüğünü difüzyon tensör görüntüleme tekniği ile incelemeyi ve etiyolojiye katkıda bulunabilecek yeniliklere ulaşmayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Tarihçe

Dissosiyasyon kavramı ilk kez 1845'de bir Fransız psikiyatristi olan Moreau De Tours tarafından ortaya atılmıştır. Yine bir Fransız olan Pierre Janet (1859-1947) dissosiyasyonu "sabit fikirler" (idees fixes) olarak tanımladığı bazı düşünce ve işlevlerin kişinin kontrol ve algısından kaçması süreci olarak tanımlamıştı(8). Bu sabit fikir ve işlevler kişinin bilinçli farkındalığında ve kontrolünde değillerdi. Amnezi, füğ, konversiyon belirtileri, paralizi, otomatizm, "ardışık var oluşlar" (succesives existences) gösteren hastaları inceleyerek bu belirtilerin geçmişteki travmatik yaşantılardan kaynaklanan, dissosiyeye edilmiş elemanlara bağlı olarak ortaya çıktığını savunan Janet'in histeri kavramı, somatizasyon bozukluğu, konversiyon bozukluğu, psikojenik amnezi, psikojenik füğ, çoğul kimlik bozukluğu ÇKB ve diğer dissosiyatif sendromları kapsamaktadır(9). Bu noktada ÇKB, Janet ve çağdaşları için ayrı bir antite olmaktan çok histeri içerisinde yer almaktadır.

Janet belleği zihnin asıl organize edici aracı olarak kabul eder. Belleğin iki önemli temel işlevi olduğunu belirtmiştir: 1-Doğumdan ölüme tüm yeni duyguları almak ve depolamak, 2-Daha önce entegre edilmiş anıların ışığında yeni gelen veriyi organize ve kategorize etmek (10). Bu şekilde insanların gelişmeye açık ve değişebilir anlam şemaları geliştirerek daha sonraki zorluklarla yüzleşmelerine hazırlandıklarını düşünüyordu. Geçmiş yaşantıların farkında olunmasının ve şu anki durumun doğru algılanmasının kombinasyonu uygun davranışı belirlemekteydi. Organizma ile çevresi arasındaki etkileşimlerin ancak küçük bir bölümü bilinçli farkındalık içindedir. Normal şartlar altındaki insanlar bilgiyi fazla bilinçli dikkat harcamaksızın otomatik olarak entegre ederler. Basit bir refleksten özel bir hünerin karmaşık uygulamasına kadar çeşitlilik gösteren bu otomatik adaptasyonlara Janet "Psikolojik Otomatizm" adını verir(89). Ve böylece otomatik olarak depolanmış anılar bilinçaltını (subconscious) oluşturur. Örneğin yemek yerken farkında

olmadan yapılan birçok otomatik hareket aslında bilinçaltına ait hareketlerdir(11). Janet bilinçaltı terimini, kişinin çevresi ile ilişkisini düzenleyen ve yöneten, zihinsel şemaları oluşturan anıların oluşturduğu bütünü tanımlamak için ortaya atmıştı. Ona göre bellek sistemi ve kişinin mizacı (temperament) arasındaki etkileşim her insanı tek ve karmaşık yapıyordu. Dissosiyasyon terimini ilk kez sistematik olarak inceleyen Janet, bellek sisteminin başarılı entegrasyonunun ancak yeni yaşantıların bilişsel değerlendirilmesine bağlı olduğunu düşünmekteydi. Korkunç, alışılmamış, garip yaşantılar var olan bilişsel şemalarla çözülemezdi. Bu yaşantıların anıları bilinçli farkındalıktan ve istemli kontrolden ayrılabilirdi. Entegre olmamış olayların parçaları kendilerini daha sonra stereotipik imajlar, düşünceler ve davranışlar şeklinde "patolojik otomatizm" olarak gösteriyordu (12). Dissosiyasyon edilen bu yaşantılar ve bunlara bağlı birçok dissosiyasyon elemanı ve sistemler, başka fenomenlerle daha karmaşık durumlar oluşturmaya eğilimliydi.

Janet'e göre(11) dissosiyasyon, şiddet karşısında oluşan yaşantıların etrafında, bilinçaltına ait sabit fikirler (subconscious fixed ideas) adını verdiği yeni bellek tabakaları oluşturmuyordu. Bu, travmatik belleğin bilişsel ve duygulanım elemanlarını organize ediyor ve bunları bilinçli farkındalığın dışında tutuyordu. Bilinçaltına ait sabit fikirler, konversiyon, "flashback" ve kâbuslara, oradan da ÇKB'deki alter kişiliklere kadar geniş bir yelpaze gösterebiliyordu. Travmatik anıları entegre edemeyenler yeni yaşantıları da içselleştirebilme yeteneklerini kaybetmişlerdi ve sanki belirli bir noktada durmuş kişilikleri yeni elemanların katılımı ya da içselleştirilmesi ile genişleyemiyordu. İdrak fonksiyonuna giren fenomenlerin azalması yani bilinç alanının daralması Janet psikopatolojisinin en önemli noktalarındandır (11).

Janet bir yandan korkunç, alışılmamış yaşantılar karşısında dissosiyasyon mekanizmasının nasıl kullanıldığını açıklarken bir yandan da ülkesindeki bazı meslektaşları çocukluk çağı cinsel tacizleri hakkında yazılar yayınlamaktaydılar. 1857 yılında Ambroise Auguste Tardieu (1818-1879) adlı adli tıp hekimi çocuklara yönelik cinsel saldırıları anlatan "Une étude médicolegale sur les attentats aux mœurs" adli tıp kitabını yazar. İncelediği 616 vakanın 339'u onbir yaşından küçük ve cinsel tecavüze uğramış çocuklardı (13). Yine bu dönemde çocuklara cinsel taciz konusunda 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 çocuktan bahseder (13). Bunlara cinsel tacize uğramış çocukların otopileri de dahildir. 1858-1869 yılları arasında Fransa'da 9125 kişi çocuk tecavüzünden yargılanmıştır (14). 1850' lerin sonunda Briquet histeri ile çocukluk çağı cinsel tacizleri arasında ilişkiyi kurmaya başlamıştır (14). Janet ise travmatik yaşantılar ile ruhsal rahatsızlıklar arasındaki ilişkiyi daha da netleştirmiştir. Toplam 591 vaka bildiriminin 257'sinde rahatsızlığı ortaya çıkarıcı etken olarak travmayı göstermiştir (15). Josef Breuer (1842-1925) ve Freud 1893'de histerik belirtiler ile çocukluk çağı ruhsal travmaların ilişkisine dikkat çekmişlerdir(16).Freud ve Breuer dissosiyasyonun, histeri için ilke olduğunu, ikileşmiş bilincin her histeri vakası için şart olduğunu yazmışlardır. Bir şeyin travmatik olması için bilincin dissosiyasyon olmuş bir parçası üzerine kaydedilmesi ve egonun bilinçli farkındalığının dışında kalmasının gerekli olduğunu belirterek bu durumlara 'hipnoid durum' adını koymuşlar, histeriyi 'hipnoid histeri' olarak adlandırmışlardır. Bu dönemde histerik belirtilerin travmatik kökenli olduğuna inanıyorlardı. Ancak 'Histerinin Etyolojisi' (1896) adlı yazısında Freud ilk kez 'savunma histerisi' kavramını ortaya atarak bundan sonraki yazılarında da 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 işlenmesini sağladığı düşüncesini yerleştirir ve böylece histeride görülen bellek bozukluklarının 5 yaş civarındaki ödipal kriz sırasındaki çatışma yüklü cinsel ve saldırgan dürtülerin aktif represyonu ile olduğuna karar verir (2). Aynı zamanda Freud, sedüksiyon kuramını bırakıp hastaların anlattığı cinsel tacizlerin, hastaların çocukluk fantezisi olduğunu öne sürerek bütün nevrozların kaynağı saydığı odipus kompleksi teorisini geliştirdi. Cinsellik araştırmalarının merkez odağı olarak kalır ve Freud histerik olguların çocuklukta cinsel istismar anlatımlarının gerçek olmadığı sonucuna varır(17)Meşhur "Dora" vakasında Freud kötü muamele edilme ve aşağılanmaya ilişkin duygularını red ededer buna karşın sanki sömürülme onun cinsel arzularının yerine getirilmesiymiş gibi erotik heyecan duygularını araştırmakta ısrar eder(18). Bu durum ÇKB'nin değer kaybetmesinde önemli bir etken olmuştur(19).

Çocukluk ve ergenlikteki disosiyatif bozukluklarının tarihi, bu hastalığın erişkindeki tarihine paraleldir. On dokuzuncu yüzyılda çocuk ve ergen vakalar detaylı bir şekilde tanımlanmışlar, fakat daha sonraki yüzyılda unutulmuşlardır(20). İlk kez Fine, Despine'in 1840 yılında Fransa'da yayınladığı, hem klinik özellikler hem de tedaviye cevap açısından

klasik bir vaka olan 11 yaşındaki bir dissosiyatif bozukluk olgusu “Estelle”in önemine dikkat çekmiştir(21). Bowman 1829 yılında(22) Dewar tarafından yayınlanmış olan bir başka ergen Disosiyatif Kimlik Bozukluğu hastasını tarihsel çalışmaları sırasında ortaya çıkarmıştır. 1970 yılı sonlarına kadar disosiyasyonla dolaylı bir ilişki kuran ilave bir kaç vaka dışında çocukluk çağı disosiyasyonu literatürde hiç geçmemiştir.

“80’li yıllarda, Kluft, Fagan ve McMahon(23,24), ve diğerleri tarafından yapılan tek ya da az sayıda vaka içeren çocuk ve ergen DB serileri yayınlanmıştır(25,26). 90’lı yıllarda Disosiyatif Bozukluğu olan 10 ya da daha fazla çocuk veya ergenden oluşan seriler ortaya çıkmıştır(27,28). Bu seriler istatistiksel bir zemine dayanan klinik profillerin elde edilmesine ve hastalığın etkeni olarak travmanın belirgin bir şekilde ortaya konulmasına olanak sağlamıştır. Travma sıklığı Hornstein ve Putnam’ın 64 vakalı serisinde %95.3(28) ve Coons’un 22 vakalı serisinde %95 dir(27).

Uzun tarihi boyunca edebiyat ve sanat çevreleri de disosiyasyona ilgisiz kalmamışlardır. Çoğu erişkinlerle ilgili olarak bir çok tiyatro oyunu, roman ve film ortaya konulmuştur. Amerikalı yazar Joanne Greenberg’ün kendi hayatının, ünlü bir akıl hastanesinde geçen, 14 - 19 yaşları arasına ait dönemini anlattığı, “Sana gül bahçesi vadetmedim” adıyla Türkçeye’de çevrilen eseri, ergenlik dönemi DB sinin hasta tarafından anlatıldığı çok başarılı bir örnektir(29).

Ülkemizde yapılan Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi yazınında çocuk vaka bildirimleri(30,31) çocuk vaka serisi(32) ergen vaka bildirimleri(33,34) ve ergen vaka serileri yayınlanmıştır(35,36). Ergen yaş grubunda disosiyasyonun, travma ve intihar davranışı ile ilişkisini inceleyen bir toplum taraması yapılmıştır(37).

2.2 Dissosiyasyonun Tanımı ve İşlevleri

DSM-IV dissosiyasyonu, bilinç, bellek, kimlik ya da çevresel algının genellikle entegre olmuş işlevlerinin kopması olarak tanımlar (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" olarak tanımlamıştır(38). Spiegel ve Cardena'nın(39) tanımı ise "olağan şartlarda entegre olan düşünce, duygu, bellek, kimlik gibi zihinsel süreçlerin yapılandırılmış ayrılması" şeklindedir. Dissosiyasyonu Braun (1988) "fikir ya da düşünce sürecinin bilincin ana akışından ayrılması", Goff (1992) "kişinin kendilik ve

çevre algısında devamsızlık", Hunter (1990) "izdirap verici bir yaşantıyla başetme metodu; kişinin kişiliğinin, duygularının ve vücudunun çeşitli parçalarını bölümlere ayırdığı ve onları gerçek kendinden ayrı gördüğü bir süreç", West (43) "kişinin zihnine gelen ya da çıkan enformasyonun normalde olması gerektiği gibi bir işleme tabi tutulamaması, beklenen assosiyasyonlardan aktif olarak ayrı tutulmasını sağlayan psikobiyojik bir süreç" olarak tanımlamıştır(40,41,42).

Tüm bu tanımlar bilincin normaldeki bütünleştirici işlevlerinin değişmesine işaret eder. Bu değişim, minör ya da normal durumlardan majör ya da patolojik formlara kadar uzanan değişken bir yelpaze içinde gerçekleşmektedir (44,45,46).

Nemiah(38) dissosiyasyonu karakterize eden iki temel ilke belirtmiştir. Birincisi, dissosiyatif reaksiyon sırasında kişinin kimlik algısında farklılaşma yaşamasıdır. Kişinin kendi kimliğine amnezik olması ya da farklı kimliğe bürünmesini buna örnek gösterir. İkinci temel ilke ise, kişinin dissosiyasyon sırasındaki olaylarla ilgili bellek süreçlerindeki değişmedir. Bu durum tam amneziden yaşanan olayın bir rüya gibi algılanmasına kadar çeşitli şiddetle olabilir. Nemiah'in bu ilkesi Janet'in özgün tanımına da belirgin olarak uymaktadır. Bu iki ilke özellikle dissosiyatif bozuklukların DSM tanımlamalarında kullanılmıştır(38).Dissosiyasyonun başlangıçta travmatik yaşantılar ile başetmede savunma amaçlı kullanılan normal bir süreç olduğu ve zamanla maladaptif ya da patolojik bir sürece dönüştüğü hipotezi yıllardır ifade edilmiştir (44). Dissosiyasyonun adaptif değeri kavramı Coğul Kişilik Bozukluğu'nun açıklandığı bir çok modelde dikkate alınmıştır (47,48,49).

Bazen dissosiyatif süreçler normal yaşantılar sırasında da oluşabilir. Örneğin uyku öncesi ya da sonrası, alışılmadık yorgunluk ya da emosyonel stres dönemlerinde, bazı meditasyon ya da trans tiplerinde depersonalizasyon ve derealizasyon yaşantıları olabilir. Bu normal yaşantılar genellikle kısa sürelidir ve stresle ilişkilidir. Uyku ve rüya amnezileri, hipnotik amnezi yine normal dissosiyatif süreçlerdendir. Bir iş yaparken kendini kaptırma ve çevresinde olup biteni fark etmeme ya da hızlı araba kullanırken kendini adeta otomatik pilot gibi hissetme günlük yaşamda sık rastlanan dissosiyatif yaşantılara örnektir (50).

2.3 DISSOSİYATİF BOZUKLUKLAR

2.3.1. Tam Ölçütleri

1980lere kadar dissosiyatif bozukluklar histerinin bir alt kategorisi olarak sınıflandırılmıştır. Konversiyon bozuklukları ise bir başka majör alt kategoriydi. 1980'de DSM-III dissosiyatif bozukluk DSM-III-R'de kaldırılmıştır. DSM-III-R psikojenik amnezi, psikojenik füğ, depersonalizasyon bozukluğu, çoğul kişilik bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk (BTADB) adlı 5 ana dissosiyatif bozukluk tanımlamıştır. Dissosiyatif süreç içinde yer aldığı iddia edilen konversiyon bozukluğunu DSM-III-R dissosiyatif bozukluklardan tamamen ayırmıştır(38). DSM-IV'de bu hastalıkla ilgili abartılı çağrışımlar yapan ismi değiştirilmiş, kişilikler arasında amnezi bulunması koşulu bozukluk terimini kullanmıştır. DSM-III de bulunan "bu bozukluğun nadir görüldüğü" ibaresi getirilmiş, buna karşılık kişiliklerin kontrolü tam olarak alması koşulu hafifletilmiştir. DSM-IV, dissosiyatif bozukluğun bilinç, kimlik ve bellek işlevlerinde bozulmaya yol açtığı üzerinde durur. Ayrıca, DSM-IV BTADB 'nin bir alt kategorisi olarak dissosiyatif trans bozukluğunu tanımlamıştır. "Klinik olarak belirgin sıkıntıya ya da işlevsellikle bozulmaya yol açan ve ortak kültürel ya da dinsel uygulamanın genel kabul gören olağan bir parçası olarak kabul edilmeyen istemsiz trans durumu" olarak tanımlanan bu bozukluk özgül kültürel şartlar içinde oluşur (1).

Dissosiyatif bozukluklar DSM-4 TR ye göre sınıflandırılması:

- **Dissosiyatif Amnezi**
- **Dissosiyatif Füğ**
- **Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu**
- **Depersonalizasyon Bozukluğu**
- **Başka Türlü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluğu**

2.3.1.1. Dissosiyatif Amnezi DSM-IV Tanı ölçütleri:

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

B. Bu bozukluk sadece Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu, Dissosiyatif Füg, Travma sonrası Stres Bozukluğu, Akut Stres Bozukluğu ya da Somatizasyon Bozukluğu sırasında ortaya çıkmamaktadır ve bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. Kafa travmasına bağlı amnestik bozukluk) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

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

2.3.1.2. Dissosiyatif Füg DSM-IV Tanı Ölçütleri

A. Başlıca Bozukluk, geçmişini unutup, birden beklenmedik biçimde evinden ya da alışageldiği işyerinden ayrılıp gitmemdir.

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

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

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

2.3.1.3. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu DSM-IV Tanı Ölçütleri

A. İki ya da daha fazla birbirinden ayrı kimliğin ya da kişilik durumunun varlığı (her birinin kendi içinde oldukça süreklilik gösteren çevre ve benlik algısı, ilişki kurma ve düşünce biçimi vardır).

B. Bu kimliklerden yada kişilik durumlarından en az ikisi kişinin davranışlarını zaman zaman denetim altında tutar.

C. Önemli kişisel bilgileri sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde anımsayamama

D. Bu bozukluk bir maddenin (örn. Alkol Entoksikasyonu sırasında görülen “blackout”lar ya da kaotik davranış) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. Kompleks parsiyel katılmalar) doğrudan

fizyolojik etkilerine bağılı değildir. Not:Çocuklardaki semptomlar hayali oyun arkadaşlarına ya da başka tür bir oyun fantezisine bağlanamaz.

2.3.1.4. Depersonalizasyon Bozukluğu DSM-IV Tanı Ölçütleri

A. Kişinin mental süreçlerinden ya da bedeninden ayrıldığı hissini olduğu ya da sanki bunlara dışardan bir gözlemciymiş gibi baktığı, sürekli ya da yineleyen yaşantıların olması(örn. Rüyadaymış gibi hissetme)

B. Depersonalizasyon yaşantısı sırasında gerçeği değerlendirme yetisi bozulmaz.

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

D. Depersonalizasyon yaşantısı sadece Şizofreni, Panik Bozukluğu, Akut Stres Bozukluğu ya da diğere bir dissosiyatif bozukluk gibi başka bir mental bozukluğun gidiş sırasında ortaya çıkmamaktadır ve bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. Temporal lob epilepsisi) doğrudan fizyolojik etkilerine bağılı değildir.

2.3.1.5. Başka Türlü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk DSM-IV Tanı Ölçütleri

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

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

2. Erişkinlerde depersonalizasyonun eşlik etmediğı derealizasyon

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

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

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

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

Tanı kriterlerinde geçen alter kişilik kavramı Putnam’a (1991) göre, bilincin süregiden bir affekt, sınırlı bir davranış repertuarı ve bir dizi duruma-bağımlı anıyla birlikte bir kendilik duygusu (beden imajı dahil) çevresinde organize olmuş ileri derecede ayrılaşmış durumlarıdır. Kluff (1991) ise şöyle tanımlar: Ayrılaşmış kendilik durumları, yani (alter) kişilikler mental içerik ve işlevleri seçici olarak harekete geçirme örüntülerinin mental odaklarıdır. Bu odaklar görece stabil ve süreklidirler. Söz konusu mental içerik ve işlevler rol alma ve rol oynama boyutlarıyla açıkça davranışa dökülebilir. Bunlar intrapsişik, kişilerarası ve çevresel uyaranlara duyarlıdır; kendi kimlik ve düşünce yapısı hissine sahiptirler, düşünce süreci ve eylem başlatma kapasiteleri vardır. Her biri zihnin bir parçası olarak değil, zihnin değişik bir örgütlenme biçimi olarak anlaşılmalıdır. Alter kişilikler bütünün bir parçası olmaktan çok, değişik örüntüler olarak düşünüldüğünde sayılarının neden çok fazla ola-bildiği daha iyi anlaşılır. Genellikle bir hastada birkaç gelişkin alter kişilik ve çok sayıda fragman bulunur. Bazı fragmanlar sadece bir duyguyu ya da bir anıyı taşır, bunların ortaya çıkışı kimi zaman bir geçmişe dönüş (flash-back) epizodundan farksız olur.

2.4.Dissosiasyonun nörobiyolojisi:

Stres cevap sistemi:

Beyin, gelişimine çevresel ve genetik faktörlerin yön verdiği bir organdır (51).Nöronal sinaps gelişimi özellikle hayatın ilk bir yılı olmak üzere ilk iki üç yılında hız kazanır (52).Bu dönem serebral plastisitenin hassas bir periyodu olup anne çocuk iletişimi ve bağlanma biyodavranışsal sistemin gelişimindeki önemli bir mekanizmadır (53).İnsan beyni gelişim süresince içsel dünya ile dışsal gerçeklik arasında dengeyi sağlamak için çeşitli sistemler geliştirmiştir. Bunlar davranış ve duyguyu içeren yüksek beyin işlevlerini düzenleyen merkezlerdir. Hipotalamus içerdiği bağlantılar ile endokrin organları ile beyin arasındaki homeostazisi sağlar iken limbik sistem konuşma yolu ile içsel dünya ve dışsal gerçeklik arasında ki dengeyi sürdürür.Amigdala alınan bilgilerin duygusal olarak anlamlandırılmasında önemli iken hikampus alınan karmaşık verileri kodlama yolu ile bir düzene sokar (54).

Stres cevap sistemi fizyolojik baş etme cevabının bir örneği olup hipotalamik pitüiter adrenal aks ,sempatik ve parasempatik sistem, nörotransmitter sistemlerini içermektedir.HPA aksı akut stres esnasında kortizol salınımını aktive eden adrenal korteks ile beyini bağlar (55).Artmış kortizol salınımı,strese ani ve normal cevaplarına karşı koruyan immun cevabı baskılayan ,glukoz seviyesini arttıran,stresörlere karşı korku cevaplarını azaltan homeostazisi bozan aşırı tepkilerden kaçınmak amacını güdmektedir.Sempatik sinir sistemi ve katekolaminler stres esnasında amigdala tarafından aktive edilmektedir (56). Periferal noradrenalin ve adrenalin salınması savaş kaç cevabını oluşturan kan basıncı artışı,çarpıntı,terleme,prefrontal dopamin artışına yol açar (57). Beyin noradrenalin ve endojen opiatlar periferal dolaşımdaki NA stimülasyonu ile vagus sinirini uyarır (58). Beyin endorfinleri ağrıları, stimülanların algılama biçimini değiştirmektedir. Yapılan çalışmalarda stres ile ilişkili bu cevap sisteminin strese karşı gelişen fiziksel ve duygusal değişimleri açıklayabileceği düşünülmüştür(59).

Akut stres cevabı olarak kortizol yükselmesi bir gereklilik olabilecek iken,erken yaşamda uzamış kortizol salınımı hücre göçünü glial mitozu myelinizasyonu azaltarak, dentritleri atrofiye ederek erken dejenerasyona ve nöron ölümüne yol açabilir (60). Bu dejenerasyonlar limbik sistem ve neokorteks gibi alanlarda artmış glukokortikoid reseptör yoğunluğu sonucu meydana gelmiştir (61,62). Hipokampus hafızanın değişik özelliklerini

düzenler,sol hipokampus özellikle sözel hafızada önemlidir (63). Yüksek dozda kortizol tedavisi alan astımlı çocuklarda sözel hafızaya ilişkin etkiler saptanmıştır (64). Gelişen beyin üzerinde kortizolün potansiyel nörotoksik etkilerinin yanında farklı mekanizmalar HPA aksın strese olan etkisini azaltabilirler,birincil bakım veren ile kurulan bağlanmanın güvenilirliği insan yavrularında önemli bir faktör olabileceği düşünülmüştür (62).

Limbik ve Neokortikal Sistem Disfonksiyonları:

Normal nörobiyolojik gelişim hakkındaki bilgiler nörogelişimsel süreci ve yaşam boyu oluşan patolojileri anlama konusunda bize güçlü bir temel sunar. Erken tavmanın dissosiyatif sekelleri gelişen limbik ve neokortikal bölgeleri aşırı uyarılması sonucu oluşabileceğine işaret etmektedir(65,66). Bu bölgeler beyin son gelişen kısımları olduğundan zararlı etkilere hassas bölgelerdir.

Amigdala normal gelişim seyrinde, alınan bilgileri duygusal anlamlandırma işlevi vardır.Hormonal ve otonomik cevap sistemlerini düzenleyerek duygusal cevapları başlatır ve kontrol eder.Korku yaşantılarında ve agresif seksüel davranış kontrolünde kritik rol oynar (65).Amigdaloid çekirdekler acil ateşlemelere beyinin hassas kısımlarıdır.Tekrarlayan travma ve buna bağlı olarak amigdalanın aşırı uyarılması kalıcı ateşlemeye neden olabileceği,bu durumun anksiyete, agresyon, impulsivite gibi durumlara aşırı uyarılmışlık ile cevap veren bir durumu açıklayabilir(59).

Hipokampus öğrenme ve hafızanın değişik özellikleri yolu ile alınan verileri bir düzene sokar.Kortizolün nörotoksitesi amnezi ve dissosiyatif semptomlar ile sonuçlanan hücre ölümüne neden olabilir.Hipokampusün bir diğer amacı aşırı stres reaksiyonundan kaçınmaktır.Bundan dolayı küçülmüş bir hipokampus kötü hatıralara karşı korur ve dissosiyatif semptomatolojinin disinhibisyonel ve anksiyojenik özelliklerini baskılar.Daha düşük fonksiyonlu bir hipokampus süregen deneyimleri izole görüntü,vücut hissi,koku ve ses gibi parçalara ayırır(59).

Prefrontal korteks özellikle anlamlandırma,planlama,impulsivite kontrolünde rol oynadığı düşünülmektedir.Uzamış erken stres cevabı kortikal gelişimi etkileyip prefrontal korteks gelişimini değiştirebilir.Hipotezlerden bir tanesi uzamış stres cevabının prefrontal korteksin erken gelişimine neden olduğu ve ebeveynleşmiş çocuk semptomlarını ortaya

çıkardığı fakat daha sonra erişkin kapasitesine ulaşamadığıdır (65). Bu durum bilişsel dikkat güçlükleri davranışsal problemler gibi prefrontal korteksin asıl fonksiyonlarının gelişmemesine yol açabilir (59).

Korpus kallozum hacminin azalması sağ daha fazla etkilemek üzere sağ sol beyin yarım küreleri arasında iletişim azalmasına neden olur (66). Sağ hemisfer özellikle amigdala ile ilişkilendiğinden duygusal uyarım ve sözel olmayan duygusal iletişim yansımaları ile bağlantılıdır. Bundan dolayı sağ frontal lob negatif veya anksiyete, üzüntü gibi memnuniyetsizlik duyguları ile ilişkilendirilmiştir. Sağ dönük bir lateralizasyon derealizasyon ve depersonalizasyonda ifade edilen duygu durum temelli bir iletişim şeklinin artmasına, problem çözme stillerinin azalmasına neden olduğu düşünülmüştür(59).

Erken yaşamda aile içi şiddet, fiziksel cinsel istismar gibi uzamış stres maruziyetinin potansiyel sonuçları gösterilmiştir (67). Bu travmaların biyopsikolojisini araştırır iken limbik sistem sağ ve sol neokorteks ve her iki hemisferi birleştiren korpus kallozumda anomalilerin bulunması beklenebilir bir sonuçtur. Yapılan prelinik hayvan çalışmalarında erken stresli yaşam deneyimlerinin postnatal gelişimi yüksek glikokortikoid reseptör seviyeleri veya nörogenезisin bazı aşamalarında etkilediği gösterilmiştir (65).

2.5. Dissosiyatif Bozuklukta Etyoloji

2.5.1 Çocukluk Çağı Travması

Patolojik disosiyasyonun travma hikayesi ile ilişkisini gösteren 4 farklı veri alanı vardır (68). Birincisi, DB'li hastaların %90-100'ünün çocukluk döneminde ağır travma yaşadıklarını belirttiği, bir kısmı üçüncü kişiler tarafından doğrulanmış 20'den fazla çok vakalı seridir (68). Bunları, travma hikayesinin dışarıdaki bir kaynak tarafından da onaylandığı çocuk ve ergen vakalardan oluşan iki seri de desteklemektedir (27,28).

İkinci grup, travmalı ve travmasız kişilerde çeşitli disosiyasyon ölçümlerinin karşılaştırma çalışmalarıdır. Travmaya mağruz kalan kişilerin, travmasız gruplara göre daha yüksek disosiyasyon seviyeleri gösterdikleri saptanmıştır. Klinik ve normal popülasyonda yapılan bu çalışmalar, tecavüz, savaş, çocuk suistimali ve doğal afet gibi birçok farklı travma şeklinin

yüksek seviyelerde disosiyasyona neden olduğunu göstermiştir (68). Ergen popülasyonunda bu noktayı inceleyen en geniş kapsamlı çalışmalardan biri Türkiye’de yapılmıştır. Travma ile disosiyasyon arasında güçlü bir bağıntı gösterildiği bu çalışmada, travma ile kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi arasında da güçlü bir korelasyon saptanmıştır (69).

Üçüncü grup, travması olan popülasyonlarda yapılan çalışmalardan oluşmaktadır. Cinsel istismarın başlama yaşı veya maruziyet süresi gibi travmanın derecesi konusundaki göstergeler genellikle disosiyasyonun şiddeti ile oldukça orantılıdır. Çocukluk çağı istismarında başlangıç yaşı küçüldükçe disosiyasyon şiddetinde artış görülmektedir (68).

Dördüncü grup bulgular, travma esnasındaki disosiyasyonun (peritravmatik disosiyasyon) daha sonraki travma sonrası stres bozukluğu gelişiminde çok güçlü bir role sahip olduğunu gösteren çalışmalardan oluşmaktadır. Peritravmatik disosiyasyon, travmatik yaşantı altında meydana gelen derealizasyon, vücudun dışına çıkma tarzındaki ağır depersonalizasyon ve otomatikleşmiş davranışlar sergileme gibi disosiyatif kökenli belirtileri ifade eder (68).

2.5.2 Aile Çevresi (Ortamı)

Disosiyasyon üzerine sadece aile ortamının yaptığı etkileri, aile içinde meydana gelen istismar yaşantılarının etkilerinden ayırt etmek güç olmasına rağmen; aile ortamının, kötü muamele ve travma faktörlerinden bağımsız olarak disosiyasyon skorlarına önemli bir katkıda bulunduğu görülmektedir. İkiz çalışmalarından elde edilen bulgular da, travmadan bağımsız olarak, aile ortamının disosiyasyona önemli katkılarda bulunduğunu düşündürmektedir (68).

2.5.3 Bağlanma Bozukluğu

Bowlby’nin “bağlanma” teorisi disosiyatif bozukluğun gelişimine uygulanmıştır. “Bağlanma” bebeğin bakıcısına yakınlığını ve böylece hayatta kalma ihtimalini artıran bir mekanizmadır. Disosiyatif Bozukluk bazı klinik özellikleri açısından “bağlanma bozukluğu” olarak değerlendirilmiş ve disosiyasyon, Bowlby’nin primer bağlanma figürlerini kaybeden çocuklarda gözlediği seperasyon ile eşit tutulmuştur. Birincil bağlanma figürünün kaybı veya ilgisizliğinin, aktif bir suistimal ile birleşerek DB’u oluşturduğu belirtilmiştir. Bunu destekleyen bir çalışmada, istismar öyküsü olmayan erişkinlerde, çocukluk dönemindeki aile

kaybının disosiyasyona güçlü bir katkısı olduğu gösterilmiştir. Liotti, “D tipi” adını verdiği spesifik bir bağlanma bozukluğunun, DB gelişimine eğilimi arttırabileceğini ileri sürerek bu alanı genişletmiştir (70). D tipi bağlanma, birincil bakım sağlayan kişiye yönelik, normal olmayan bir bağlanmadır. Bu bebekler şaşırılmış bir ifade ve trans benzeri bir durumla karakterize olan ani duraklamalar gösterirler. Annedeki yüksek seviyeli disosiyasyonun, bebeğin D tipi bağlanma göstermesi açısından belirleyici bir unsur olduğu ve istismar edilen çocuklarda %80 oranında D tipi bağlanma görüldüğü ifade edilmiştir (68,71).

2.5.4 Genetik Faktörler

Normal ve patolojik disosiyasyonda genetik faktörlerin rolü hakkında yeteri bilgi yoktur. Bir çalışmada babalar ile oğulları arasında önemli derecede korelasyon olduğu, annelerle oğulları arasında ise çok zayıf bir bağıntı bulunduğu saptanmıştır. Putnam, annenin DES skoru ile kız çocuklarının Çocuk Disosiyasyon Değerlendirme Ölçeği skoru arasında, suistimal olan aileler ve kontrollerde birbirine çok yakın oranda güçlü bir bağıntı tespit etmiştir. Bu ilk veriler disosiyasyon üzerine önemli ailesel katkılar olduğunu göstermektedir. Fakat genetik faktörler ile aile ortamı faktörleri arasında ayırım yapılması gerekmektedir (68).

2.5.5 Hipnotize Olma Kapasitesi

Hipnozla disosiyasyon sıklıkla birbirinin anoloğu gibi düşünülür. Hatta DB’ların “yanlış ve aşırı ölçülerde kendi kendini hipnoz etme” şeklinde karakterize edildiği bile olmuştur. Disosiyatif bozukluğu olan ya da çocukluk travmasına uğrayan kişilerin hipnoza eğilimlerinin arttığı yaygın bir inanış olup Charcot bundan farklı olarak hipnoz olma kapasitesi yüksek olan bireylerin disosiyasyona eğilimli olduklarını savunmuştur. Sonuç olarak hipnoz ve disosiyasyon benzer yaşantılar değildir. Çocukluk çağı travmalarının hipnoz eğilim kapasitesini artırdığına dair hiçbir deneysel veri yoktur (68).

2.5.6 Farklı emosyonel durumlar

Gelişimsel izleme çalışmaları, bebeklerin dünyaya bütünleşmeden geldiklerini göstermektedir. Bebekler yemek, uyku, dışkılama gibi işlevlerle birbirinden ayrılan zaman dilimlerinden her birinde, farklı bir duygusal durum gösterirler. Wolf (71), bebeğin her bir emosyonel durumunun; yüz ifadesi, solunum, tonlama ve duygusal duruma eşlik eden

duygulardan oluşan küçük bir bütüncük oluşturduğunu ve bunun kendisine ait bir iç psikofizyolojik geri-bildirim tarzına sahip olduğunu ileri sürmektedir. Sonra bu küçük bütüncük daha karmaşık bir oluşuma doğru farklılaşır, içerik zenginleşir ve daha geniş zaman dilimini kapsar hale gelir. Bütün bunların sonucunda farklı parçalar birleşir ve tek bir kişilik ortaya çıkar. Olumsuz şartlarda bebeklerin ilerde bütün olmaya giden bu gelişimi gösteremedikleri ve DB gelişimi için uygun bir psişik alt yapı oluşturduğu iddia edilmiştir (68,71).

2.5.7 Hayal Gücü ve Fantazi Kapasitesi

Acı veren gerçek karşısında gerçek dışı, alternatif bir dünyaya açılmaya imkan veren hayal gücü ve fantezi kurma kapasitesinin, iki yönden gelişimsel olarak disosiasyonla ilişkili olduğu iddia edilmiştir. Bunlardan ilki, travmanın devam ettiği ve gelişimsel devamlılığın bozulduğu durumlarda normal hayali arkadaşların, farklı işlevleri olan "alter" kişiliklere dönüşeceği ve DB'ğün gelişeceği iddiasıdır. DKB hastalarındaki değişik alterlerin bazen ilk olarak dışsal bir hayali arkadaş gibi ortaya çıktığı, fakat daha sonra içselleştirilmiş değişik bir kişilik durumu haline geldiğini belirten ve bu iddiayı doğrulayan birçok vaka bildirimi vardır. Erişkin DKB hastalarının büyük bir kısmı çocukluklarında hayali arkadaşları olduğunu belirtmişlerdir. Çocuk yaş grubunda Hornstein ve Putnam (28), DB olan çocuk ve ergen hastaların %84'ünde, geçmişte bulunan ve hala devam eden hayali arkadaşlıklar tespit etmişlerdir. İkinci iddia "fantezi kurma eğilim ve kapasitesinin" disosiyasyonla ilişkili olduğudur. Yapılan çalışmalarda çocukluk dönemindeki kötü muamele öyküsü ile aşırı fantazi eğilimin istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi tespit edilmiştir (68).

2.6. Dissosiyatif Bozukluk Epidemiyolojisi

1990'a kadar ÇKB epidemiyolojisi ile ilgili sistematik çalışmalar yoktu. Yapılan bir çalışmalarda dissosiyatif kimlik bozukluğu prevalansının% 1-3 olduğunu göstermiştir.(4) Prevalans oranları Amerika ve Avrupa çalışmalarında % 1-5'dir. Bu oran psikiyatrik popülasyonda yüksek bir orandır (72).

2.7. Dissosiyatif Bozukluk Klinik Fenomenolojisi

Dissosiyatif bozuklukların klinik görünümleri aşağıda özetlenmiştir (73).

2.7.1 Primer Dissosiyatif Belirtiler

Amnezi ve hafıza bozukluğu belirtileri

- Amneziler, geçici bilinç kayıpları, kompleks bir davranışın hatırlanamaması; örneğin duygusal coşkulu davranışlar ve öfke patlamaları, aniden ortaya çıkan kaçmalar, sosyal aktivitelerin hatırlanamaması,
- Bilinmesi gerekli olan temel ve basit şeylerin alışılmadık şekilde unutulması,
- Yetenek ve becerilerde değişimler ve tutarsızlıklar görülmesi,
- Tutarsız ve belirgin bir şekilde değişen alışkanlık ve tercihler,
- Füg epizodları,
- Travmatik flashbackler ve zorla zihni kaplayan düşünceler,
- Otobiyografik bilgi verememe.

Dissosiyatif süreç belirtileri

- Dalgınlıklar; aşırı dalıp gitmeler, gündüz hayalleri,
- İşitsel halüsinasyonlar; genellikle kafanın içinden bazen de dışından gelen farklı kişilik özelliklerine sahip sesler duyma,
- Hızlı ortaya çıkan regresif davranışlar; bebek gibi konuşma ya da davranma, küçük bir çocuk gibi çizgi çizme,
- Pasif etkilenme yaşantıları; örneğin davranışlarının kontrolünü yitirme, kendi davranışlarının kontrolünü sağlamak için fiziksel güç harcama, önlemek istese bile engelleyemediği kompulsif masturbasyon ya da kendine fiziksel zarar verme,
- Farklı alter kişiliklerin varlığı; ortaya çıkan kişilikler, pasif etkilenmeye yol açan kalıcı canlı hayali arkadaşlar ve kişilik değişimi gözlenmesi.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri

- Tekrar yaşama belirtileri; zorla akla gelen imajlar/yeniden canlanmalar/flashbackler dissosiyatif flashbacklerle birliktelik gösterebilir,
- Kaçınan özelliklerin ortaya çıkışı; sosyal geri çekilme, afeksiyonda azalma, davranışsal regresyon gösterme ya da gelişimsel olarak elde ettiği yetilerin kaybı,
- Aşırı uyarılma belirtileri; dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluk benzeri davranışların ortaya çıkması, yeni korkuların ortaya çıkması, anksiyete ve agresyon.

2.7.2.İkincil Belirtiler

- Depresyon, duygusal değişkenlik,

- Özgüvende azalma,
- Anksiyete semptomları,
- Somatoform belirtiler; hızla kaybolan ya da ortaya çıkan fiziksel şikayetler, baş ağrıları, mide ve karın ağrısı, organik bir nedene bağlanamayan ağrı ve işlevsel bozukluklar, konversiyon belirtileri, yalancı nöbetler (73).

2.7.3. Üçüncül Belirtiler

- Öz kırım, kendine zarar verme düşünceleri ya da davranışları,
- Davranım problemleri; agresyon, karşı gelme ve başkaldırma davranışları, cinsellikle ilgili davranışsal sorunlar, yıkıcı ve zarar verici davranışlar, suça yönelik davranışlar,
- Akademik problemler; öğrenme dikkatin bölünebilmesi, önceden edinilmiş bilgiyi kullanarak problem çözümünde zorluklar, çabuk unutma gibi.

Şimdiye kadar bildirilen vakaların %75'inde çeşitli uyku bozuklukları görülmüştür. Gece yürüme (somnambulizm) ve hipnagogik halüsinasyonlar genellikle disosiyatif kaynaklı; gece korkuları ve kabuslar ise posttravmatik kaynaklı uyku bozukluklarıdır. Çocukluk çağı travmaları olan, özellikle cinsel istismara uğrayan kişilerde somatik yakınmaların sık görüldüğü bildirilmiştir. DB'daki en sık somatik yakınma başağrısı olup, bir diğer yaygın somatik yakınma karın ağrısıdır. Bazı somatik yakınmalar hastanın bilinçli farkındalığı olmaksızın, travmatik bir olayın duyuşal boyutta anımsanmasına bağlıdır ki bu durum "somatik bellek" kavramı ile ifade edilir. Fiziksel belirtiler kontrolü ele geçiren altere bağlı olarak ortaya çıkabilir ya da kaybolabilir. DKB hastalarında çeşitli konversiyon belirtileri sık olarak görülür. Birden çok konversiyon belirtisi gösteren ve yalancı nöbet geçiren hastaların disosiyatif bozukluklar yönünden incelenmesi gerekir (23,24,25).

2.8 Ayırıcı Tanı

2.8.1. Şizofreni ve Psikotik Bozukluklar

Dissosiyatif bozuklukların şizofreni ile karışmasına neden olan belirti ve bulgular şunlardır;

- İşitsel halüsinasyonlar,
- Yönlendirmede bulunan halüsinasyonlar,

- Kendi aralarında konuşan ve tartışan sesler,
- Başka bir güç tarafından kontrol edildilme hissi,
- Hayali arkadaşlar arasındaki hiyerarşi,
- Mantık dışı düşünce süreçleri ve karışık bir bilişsel işlev sergilemeleri,
- Blokaj, çağrışımların gevşemesi ve uygunsuz ya da küntleşmiş duygulanım.

Görsel varsanı tutarlı ve sistematik bir yapıya sahipse, içeriği uzun zamandan beri değişmeden devam ediyorsa,eşlik eden işitsel varsanı ile bütünlük oluşturuyorsa ve psikozun diğer belirtilerini barındırmıyorsa DB,düşünülmesi gereken tanılardan biri olmalıdır (74). DB de görülen belirtiler psikoz hastalarında görülen belirtilerden farklılık gösterir. Örneğin klinik olarak saptanan sesler alter kişiliklerden kaynak alırlar ve psiko terapide bu seslerle ilişki kurulabilir. Tedavi sürecinin bir parçası olan “birleştirme”(entegrasyon) işleminden sonra bu sesler kaybolmaktadır. Sanrıların sıklıkla travmatik yaşantılara spesifik olduğu bildirilmektedir (75). DKB olguları klinisyenle iletişime daha açıktır ve yer,zaman, kişi oryantasyonunda bozulma yoktur.Ellison ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada şizofreni belirtileri olmasına rağmen enkoherans, çağrışımlarda gevşeme, afektte küntleşme ya da uygunsuz afekt ve motor anormaliklere ait bulgular saptanmamıştır (76).

2.8.2. Duygu Durum Bozuklukları

Duygudurum bozuklukları ve dissosiyatif bozuklukların karışmasına neden olan belirti ve bulgular şunlardır:

- Duygudurum değişiklikler,
- Aralıklı öfke nöbetleri,
- Öz güven artışı,
- Özkıyım denemeleri,self mutilatif davranışlar,
- Uyku problemleri,
- Uygunsuz seksüel davranışlar ve hiperseksüalite.

Taciz edilmenin yükünü taşıyan kişilikler sıklıkla kronik olarak üzgün ve kızgındır. Alter kişiliklerin aktif olduğu duruma göre çocuğun duygu durumunda belirgin dalgalanmalar olur. Bu nedenle sıklıkla duygudurum bozukluğu tanısı alırlar. Bununla birlikte kronik DB olan çocuklar dikkat çekici derecede oynak duygulanıma sahiptirler. Bir ruh

halinden diğereine geçiş sıklıkla ani ve dramatiktir, oysa bipolar bozuklukta daha uzun süreli salınımlar vardır (75).

2.8.3.Epilepsi

Epilepsi ile Dissosiyatif bozuklukların karışmasına neden olan belirtiler;

- Bayılma,
- Trans benzeri dalgınlıklar,
- Hatırlanamayan kısa süreli zaman kayıpları,
- Kompleks bazı davranışların anımsayamama,
- Ağır depersonalizasyon belirtileri.

Bu belirti ve bulgular grandmal tipi epilepsi, kompleks parsiyel epilepsi (temporal lob epilepsisi), absans tipi epilepsi ile karışabilir. Böylece bir epilepsi nöbetini taklit eden epizodik yaşantıların çocukluk çağı travmaları ve ensest ile olan ilişkisi bazı çalışmalarda gösterilmiştir. Buna karşın epilepsi benzeri belirtilerin telkine, antiepileptiklere cevap vermesi, nöbetlerin teatral niteliği, durumu gerçek bir epilepsiden ayırır (75). DB'daki dissosiyatif belirtilerin kronik limbik epilepsinin bir belirtisi veya temporal lob epilepsisinin interiktal fenomeni olabileceği düşüncesi araştırmacılar tarafından da belirtilmektedir (77).

2.8.4. Borderline Kişilik Bozukluğu

Dissosiyatif bozukluğu olan çocukların borderline kişilik bozukluğu ile karışmasına neden olan bulgular;

- Duygudurum değişiklikleri
- Psikosomatik ağrı yakınmaları
- Özkıyım girişimleri ve kendine zarar verici davranışlar
- Öfke atakları
- Tutarsız kişiler arası ilişkiler
- Sosyal adaptasyon güçlüğü ve dürtüsellik
- Aralıklı psikotik belirtiler

Sınırdaki durumlar çok daha karmaşıktır.DSM-4-TR ye göre kişilik bozuklukları süregelen davranış ve iç yaşantı örüntüsüdür. Oysa DB olan çocuklarda çok düzenli ve işlevsel

giden görünümde de vardır. Borderline vakalar daha bozuk bir işlevsellik gösterirler(75)

2.9. Dissosiyatif Bozukluklarda Tedavi

Dissosiyatif kimlik bozukluğunda temel tedavi yöntemi ayaktan yoğun bireysel psikoterapidir. Bu tedaviye “uzun süreli kısa psikoterapi” de denilmiştir (78). Dinamik temelli bir psikoterapi olmakla beraber bu tedavide bilişsel, davranışçı, hipnoterapotik tekniklerden de ek olarak yararlanılır. Bu Terapinin adı “entegratif” psikoterapidir. Eklektik bir yaklaşımla diğer tekniklerden de yararlanılabilir. Kriz dönemlerinde kısa süreli kapalı servis yatışları gerekebilir. Tedavide amaç entegrasyon yani kişilikler arası birleşmedir. Ancak bazı vakalarda alter kişilikler arası uyum sağlanması ile yetinilir. Buna da destekleyici terapi deniyor (79). Bilinen bir biyolojik yaklaşım olmamakla beraber komorbidite varlığında uygun tedaviye başvurulur. Elektro konvülfif tedavi fayda sağlamamıştır (80).

2.10. Dissosiyatif bozukluklarda beyin nörokimyasal, fonksiyonel, görüntüleme bulguları

2.10.1. Nörokimyasal Anomaliler

Dissosiyatif semptomların, uzamış stres cevabına verilen kalıcı nörokimyasal değişikliklerden kaynaklanabileceği gösterilmiştir. Travmaya maruz kalan çocuklarda araştırmalar şu sonuçları göstermektedir:

Düşük kortizol cevabı ile birlikte patolojik HPA aks cevabı (81): travma sonrası erken dönemde artmış kortizol salınımına karşın, kronik safhada HPA aksında negatif feedback ile düşük kortizol seviyeleri saptanmaktadır (82,83). HPA'nın down regülasyon cevabı beyin için koruyucu bir adaptasyon olabileceği yada travmatize çocukların travmaya uyum gösterdiklerini ve psikojenik cevap veremediklerini gösterebilir (83). Bu azalmış kortizol seviyelerinin sonucu olarak fonksiyonel olmayan bir savaş kaç cevabı ve pasif korku hissetme durumu görülebilir, klinik deneyimler travmatize çocuğun yeni istismarcılara, tehlikeli durumlara normal cevap veremediklerini göstermektedir. Korkmuş bir çocuk aynı zamanda istismarın kaynağı olan bağlanma figürünü arayabilir (59). Uyarılmış bir cevapla beraber patolojik sempatik ve katekolamin cevabı: travmatize bir çocukta uzamış bir stres cevabı olarak NA ve dopamin artmış salınımı bulunmuştur (84). Çocuklar ciddi bir travma takip

etmesede sonradan korku uyandıran travmatik deneyimin küçük kalıntılarına yanıt verebilirler.Uyandırılmış korku amigdala tarafından tehlike sinyali olarak algılanır ve sempatik cevabı aktive eder (85). Klinik olarak bu araştırmalar travmatize çocukların,strese cevap eşiklerinin düşük olduğunu açıklayabilir (59).

Dissosiyatif cevap ile beraber parasempatik sistem cevabı: dissosiyatif cevap uzamış travmaya verilen değişik bir reaksiyondur (86).Korkutucu bir olay ile karşılaşan kaçamayan bir çocuk gerçeklikte bölünme yaratıp dissosiye olabilir. Sempatik sistem cevabına NA salınması ile vagal sistem aktive olur. Bunun sonucu olarak kan basıncının azalması,beyin endorfinlerinin salınması ve prefrontal sistemdeki dopamin değişiklikleri ile ilişkilendirilebilir (59).

2.10.2. Fonksiyonel anomaliler

Travmatize olan hastalar travmatik yaşantılarını hatırladıkları zaman bir takım EEG değişiklikleri saptanmış olup; özellikle sağ beyin aktivitesinde belgin bir lateralizasyon bulunmuştur (87). Bu durum sözel olmayan duygusal iletişim olarak travmatik yaşantıların sağ hemisferde depolandıklarını gösterebilir (59). Duygusal uyarılmışlık olduğu alanlarda artmış aktivite: sağ amigdala sağ temporal ve prefrontal korteks broka alanında kapanma saptanmıştır (88). Dissosiyatif hastaların tekrar yaşantılama duygularını sözel hafızadan çok fiziksel ve görsel olarak yaşantıladıklarını düşündürmüştür(59).Frontal ve temporal bölgenin sol kısımlarında limbik sistem disfonksiyonuna işaret eden EEG anomalileri(89),ihmal öyküsü olan sağ elini kullanan çocuklarda sağ hemisferin sol hemisferden daha fazla geliştiğini gösteren bulgular saptanmıştır (66).

2.10.3. Beyin Yapısal Anomalileri

Azalmış total serebral volüm ve korpus kallozum anomalileri:yapılan çalışmada korpus gibi miyelinden zengin olan bölgenin yaşamın erken safhasında stres hormonlarının artması sonucu glial hücre bölünmesini suprese etmesi ile bu bölgenin anomalileri açıklanmıştır(65).Teicher(66) çocukluk çağı travmalarının insanda korpus kallozumu etkilediğini ifade eden ilk kişi olmuştur.Özellikle ereken istismar ve ihmal öyküsü olan hastalarda korpus kallozumun orta kısmında belirgin bir azalma saptanmıştır.Bu bulgular takip eden araştırmalar tarafından da desteklenmiştir (90,91,92) ihmal öyküsü olan post

travmatik çocuk ve ergenlerde %7 küçük total serebral volüm saptanmış olup özellikle korpus kallozum azalması, ventrikül hacim genişlemesi kontrollerden daha fazladır. Volüm azalmasının şiddeti istismarın süresi travmanın başlama yaşı ile ilişkilendirilmiştir. Aşırı uyarılma, intruzif düşünceler, kaçınma, aşırı uyarılmışlık ve dissosiyasyon ventriküler volüm ile pozitif, beyin ve korpus kallozum volümü ile negatif korelasyon kurulmuştur. Klinik olarak korpus kallozum volüm azalması duygusal, dissosiyatif, PTSD semptomları ile ilişkili iken ventriküler volüm artışı PTSD, davranışsal problemler ile ilişkili bulunmuştur (65,90,92).

Hipokampus volüm azalması: bir çalışmada PTSD veya dissosiyatif yakınması olan erişkin hastaların %71 inde hacim azalması tariflenmiş, sol ağırlıklı hipokampal volüm azalması dissosiyatif semptomların şiddeti ile ilişkili bulunmuştur (93). Her ne kadar erken dönemdeki istismarın hipokampus üzerine karmaşık sonuçları olsada, iki çalışmada travmanın sol hipokampal volümü %5-12 arasında azalttığı (93,94) üç diğer çalışmada belirgin bir sonuca ulaşılamamıştır (65,90,95). Yakın zamanda yapılan bir çalışmada travmaya maruz kalmış PTSD'li hastalar ile kontrol grubu kıyaslamasında PTSD'li grupta azalmış amigdala hipokampus volümleri, tam tersine travmaya maruz kalmış PTSD si olmayan Dissosiyatif amnezi, Dissosiyatif kimlik bozukluğu vakalarında normal hipokampus ve amigdala ölçümleri saptanmıştır. Bu çalışmada azalmış amigdala hipokampus volümlerinin PTSD gelişimi açısından risk oluşturacağı şeklinde yorumlanmıştır (96).

Yapılan bir diğer çalışmada çocukluk çağı fiziksel cinsel yada ailesel sözel istismara maruz kalmamış sadece akran sözel istismarına maruz kalan kişilerde çekilen DTI 'da, akran sözel istismarına maruz kalmanın derecesi ile korpus kallozumun arka kısmı ve üzerindeki corona radiatada değişiklikler saptanmış olup, korpus kallozum sağ ve sol hemisferleri birleştiren yoğun bir fiber ağdır. Korona radiata serebral kortexe giden yükselen ve alçalan aksonları içeren neredeyse bütün nöronal trafikten sorumlu kısımdır. Bu aksonların çoğu korpus kallosumdan geçer. Çalışmalar axial diffusivityden ziyade radial diffusivity de değişiklikler olması myelinden ziyade akson sayılarıyla ilişkilendirilmiştir (97). Korpus kallosumdaki değişiklikler intrahemisferik etkileşimi azaltarak dissosiyatif fenomene neden olabilirler (98)

DKB etyolojisiyle orbitofrontal bölgenin ilişkisini araştıran SPECT çalışmasında DKB olanlarda sağlıklı gruba göre bölgesel kan akımı değişiklikleri, orbitofrontal bölgede perfüzyonun azaldığını gösterilmiştir (5).

2.11. Difüzyon Tensör Manyetik Rezonans Görüntüleme

DT-MRG, beyindeki beyaz cevher yolaklarının uzanım ve yönelimlerini ve bu yolakların niceliksel bilgisini noninvazif olarak in vivo sağlaması sebebiyle önemli bir görüntüleme tekniğidir (99). Diffüzyon tensör görüntüleme tekniğinin temeli su moleküllerinin in-vivo diffüzyon hızının ve yönünün ölçülerek dokunun yapısının saptanmasına dayanır (100).

Fizyolojide difüzyon, yarı-geçirgen bir zarın iki tarafındaki derişim farkı boyunca moleküllerin yaptıkları gelişigüzel ve pasif özellikteki harekete denir ve “Akım = Difüzyon sabiti x Derişim farkı” denklemi ile hesaplanabilir. Geçirgen bir zarın iki tarafındaki moleküllerin derişimi eşit olursa bu akım durur. Bu difüzyonun ölçümü, günümüz görüntüleme yöntemleri ile olası değildir. Difüzyon ağırlıklı görüntüleme ile beyindeki serbest su protonlarının uygulanan difüzyon gradyenti boyunca yaptığı hareket ölçülür (101, 102). Bu hareket daha makroskopik düzeyde olduğundan “görünür difüzyon” olarak da tanımlanır.

Moleküllerin üç boyutlu ortamda yaptıkları ısı bağımlı serbest hareketine “Brownian hareket” denir (103). İlk kez 1827’de Brownian tarafından tanımlanmış ve 1905’de Einstein tarafından ölçülmüştür (100). Oluşan bu hareket molekülün boyutuna, ortamın ısı ve yoğunluğuna bağlıdır (104). İdeal ortamda ısı kaybı olmadıkça bu hareket tetiklemez başlar ve her yönde birbirine eşit olacak şekilde sonsuza dek sürebilir. Bu şekilde moleküllerin her yöne eşit olarak yaptığı serbest difüzyona “izotropik difüzyon” denir (104, 100, 105).

Su moleküllerinin yaptıkları bu Brownian hareketin her üç yöndeki bileşeninden bir ya da daha fazlasının, dokudaki bir takım anatomik ya da fizyolojik engeller nedeniyle kısıtlanmasına, diğer bir deyişle Brownian hareketin yön bağımlı değişikliklerine ise “anizotropi” denir (100, 105, 106, 107). Doku içindeki farklı yapıların, farklı dizilim, zar geçirgenliği, homojenite, mikroyapı ve mikrodinamiklere sahip olması bu anizotropinin temel kaynağı olmakla birlikte, tam bir açıklaması henüz yoktur (105). Difüzyon ağırlıklı

görüntüleme temelinde farklı dokularda yer alan, farklı hız ve oranlara sahip serbest su protonlarının Brownian hareketlerinin, beyin dokusu içindeki myelinden zengin aksonlara dik yönde, paralel olandan daha fazla kısıtlanması varsayımı yatar (108). Bu varsayım hem akson içi hem de akson dışı sıvılardaki serbest protonların Brownian hareketleri için geçerlidir. Serbest protonlar hareket yönüne dik akson ve liflerin arasından geçerken yavaşlar(109). Bunun sonucunda beyaz cevher yolaklarına paralel yöndeki difüzyon miktarı en fazla olurken, onlara dik yönde olan difüzyon miktarı en az olur (100,108,110). Diğer bir deyişle, izotropik ortamda ortogonal planlar arasındaki difüzyon gradyentleri arasında bir etkileşim olmazken, anizotropik ortamda farklı etkileşimler ortaya çıkar (104,111).

Difüzyon ağırlıklı MRG (Manyetik Rezonans Görüntüleme) de uygun manyetik alan gradyentleri uygulandığında, su molekülleri uygulanan gradyent yönündeki ısı-bağımlı serbest hareketlerine duyarlı hale gelir ve dokudaki serbest su protonları difüzyon yapmaya başlar. Difüzyon, difüzyon katsayısı (D) olarak tanımlanan birimsel bir katsayı ile belirtilir, bu katsayının birimi mm²/sn'dir. MRG ile ölçülen difüzyon katsayısına "görünür difüzyon katsayısı" (apparent diffusion coefficient- ADC) adı verilir (109). DAG (Difüzyon Ağırlıklı Görüntüleme) de elde edilen sinyal ADC ve "difüzyon duyarlılık faktörüne" (b) bağlıdır. b değeri kullanılan gradyentlerin süre ((Δ) , güç (G), puls genişliği (δ) ile protonun giromanyetik oranına (γ) bağlıdır ve aşağıdaki formül ile ifade edilir (100,107,109).

$$b = (\gamma G \delta)^2 (\Delta - \delta / 3)$$

DAG fizyolojik bir fonksiyon kullanılarak elde edilen anatomik bir görüntüdür. DAG tek boyutlu bir yöntem olduğundan her bir difüzyon gradyent uygulamasında sadece tek bir yöndeki difüzyon hareketi ölçülebilir. Oysa beyin gibi anizotropik dokularda, farklı doku dizilimlerine bağlı olarak yapısal difüzyon kısıtlamaları olur. Bu nedenle rutin DAG de ortaya çıkan difüzyon kısıtlamalarını ortadan kaldırmak için birbirine dik 3 ayrı yönde DAG alınır (99). Her bir voksel bazında, 3 DAG den elde edilen sinyal normalize edilerek yeni bir görüntü oluşturulur. Elde edilen bu görüntüye "birleştirilmiş DAG" , "izotropik görüntü" veya "trace DAG" denir (100).

Vücutta su molekülünün birbirine dik 3 boyuttaki difüzyonunun eşit olduğu "izotropik" dokularda tüm difüzyon işlevinin gösterimi için tek bir ADC hesaplaması

yeterlidir. Buna karşılık beyindeki beyaz madde, iskelet kası, kalp kası gibi görünür difüzyonun doku dizilimine bağımlı olduğu, yani birbirine dik yönlerdeki difüzyon miktarının eşit olmadığı “anizotropik” dokularda ise, tek bir ADC hesaplaması ile serbest su moleküllerinin yaptığı difüzyonun tüm özellikleri gösterilemez. Bu amaçla ADC hesaplaması yerine suyun görünür difüzyon tensoru “D” hesaplanır (105,106,111).

Tensör karmaşık matematiksel bir işlemdir ve en az 3 elemana dayanarak tanımlanabilen vektör niceliği şeklinde gösterilir. Her bir voksel içindeki D’nin ölçümü, analizi ve gösterimini sağlayan yöntem ise “Difüzyon tensör Görüntüleme” denir (104,112). Temel olarak D, alınan bir seri DAG den her bir vokselde ölçülen sinyal kaybı ile uygulanan manyetik gradiyent gücü arasındaki ilişki kullanılarak aşağıdaki şekilde hesaplanır (112).

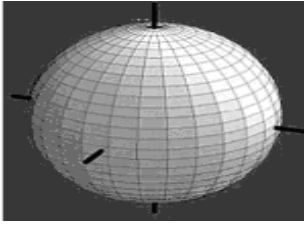
$$D = \begin{pmatrix} D_{xx} & D_{xy} & D_{xz} \\ D_{yx} & D_{yy} & D_{yz} \\ D_{zx} & D_{zy} & D_{zz} \end{pmatrix}$$

DAG deki gibi tek yönlü b değerine benzer şekilde, DTG de simetrik bir b matriksi vardır. DAG deki b değeri nasıl bir yönde uygulanan tüm difüzyon ve görüntüleme gradiyentlerinin MR sinyali üzerindeki azaltıcı etkisini tanımlıyorsa, b matriksinde x, y, z yönlerinde uygulanan tüm gradiyent dalgalarının sinyal üzerindeki azaltıcı etkisini tanımlar.

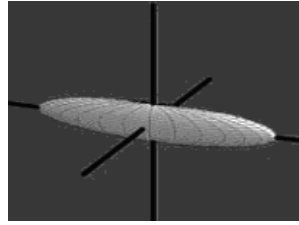
Tensör formunda D nin üç temel değeri (D_{xx} , D_{yy} ve D_{zz}) vardır. Birbirinin zıttı olan bu vektörlerin aynı güçte olmalarına yani tensörün simetri özelliğine göre ($D_{xy}=D_{yx}$, $D_{xz}=D_{zx}$, $D_{yz}=D_{zy}$), tam bir D tanımlaması için birbirinden bağımsız yönde en az 6 (D_{xy} , D_{yx} , D_{xz} , D_{zx} , D_{yz} ve D_{zy}) gradiyent uygulaması ve difüzyon ölçümü yapılması gerekir. Bir voksel içindeki ortalama difüzyonu ifade eden bu matriks sahip olduğu üç temel “eigen değer” (λ_1 , λ_2 , λ_3) ve “eigen vektör” (ϵ_1 , ϵ_2 , ϵ_3) tarafından tanımlanan ve uzun aksı ortamdaki maksimum difüzyonun yönüne paralel olan bir “elipsoid” şeklinde gösterilir. En büyük eigen değer ve vektör, o vokseldeki ana difüzyon yönünü belirler (112, 114).

Elipsoidler, belirli bir diffüzyon süresinde, moleküllerin kapladığı üç boyutlu alanı temsil etmekte, şekilleri üç ana yöndeki tensöre göre yapılanmaktadır. Elipsoidler, eigen değerleri ve vektörlerinden hesaplanabilmektedir. İzotropik bir ortamda, her yöndeki tensör simetrik olacağı için sferik bir şekil elde edilecektir(105). Anizotropik bir hareket, elipsoid olarak görüntülenecektir, elipsoidin basıklığı hareketin anizotropisiyle doğru orantılı olacaktır (113,114,115,116). Elipsoidin uzun aksı eigen vektörlerinden en büyük olana paralel olacaktır (şekil 1). Tensörlerin geometrik şekli, beyin dokusundaki yapıyı göstermekte olup elipsoidin aksı o vokseldeki beyaz cevher yolaklarına paralel konumdadır (115).

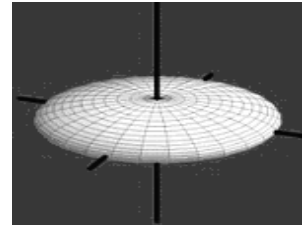
D' nin diyagonalizasyonu sonucu e_1 , e_2 , e_3 özvektörleri ve λ_1 , λ_2 , λ_3 değerleri hesaplanır ($\lambda_1 > \lambda_2 > \lambda_3$). Difüzyon tensörün sistemi grafiksel olarak difüzyon elipsoidi ile ifade edilebilir (104). Elipsoidin kısa ve uzun eksenleri ile difüzyon tensörün vektörleri ve değerleri arasındaki ilişki şekil 2'de gösterilmektedir.



izotropik difüzyon

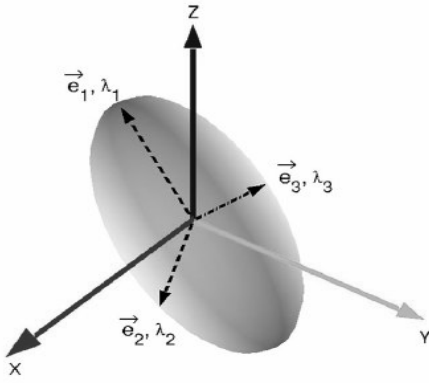


lineer anizotropi



planar anizotropi

Şekil 1. Difüzyon verilerini gösteren difüzyon elipsoidler (134)



Şekil 2. Difüzyon tensör elipsoidinde tensor vektör ve değerleri arasındaki ilişki(101).

DTG ile sinirsel ağın gösterilmesinin temeli sinir dokusunun yapısal özellikleri ve yönelim farkından kaynaklanan “difüzyonel anizotropi” dir. Beyaz cevherde anizotropinin nedeni su moleküllerinin hareketinin makromoleküller, myelin kılıf, hücre zarı gibi engellerle sınırlanmasıdır. Bu kısıtlama sinir yolaklarına dik olan yönde, paralel olan yöne göre daha fazladır (115,117,118). Beyaz cevherde difüzyon anizotropik olup, difüzyon sinir liflerine paralel yönde en hızlıdır (116).

Bir dokudaki anizotropi miktarını saptamak için, eigen değerlerinden yararlanılarak hesaplanılan farklı anizotropi ölçekleri vardır(119). Bunlar içinde izotropik difüzyonu en iyi tanımlayan ”ortalama difüzyon” değeridir. Ortalama difüzyon değeri (λ_m) “görünür difüzyon katsayısı” (Apparent Diffusion Coefficient [ADC]) olarak da adlandırılır ve aşağıdaki formülle hesaplanır.

$$\lambda_m = \frac{\lambda_1 + \lambda_2 + \lambda_3}{3}$$

Ancak anizotropik ortamlarda ortalama difüzyon [ADC], difüzyon işlevinin tüm özelliklerini tanımlamakta yetersiz kalır. Bu amaçla anizotropik difüzyonu karakterize etmek ve difüzyon tensorlerinin izotropiden ne kadar saptığını belirlemek için farklı ölçüm yöntemleri kullanılır (120). “Fraksiyonel anizotropi” (FA) anizotropik difüzyonun toplam difüzyona oranını gösterir (Denklem1), “görecel (rölatif) anizotropi” (RA) toplam difüzyondaki anizotropik kısmın izotropik kısım ile ilişkisini gösterir (Denklem 2) ve “volüm oranı (ratio)” (VR) elipsoid hacminin izotropik küre

hacmine oranını gösterir (Denklem3) . İzotropik ortamlarda FA ve RA değeri (0), VR değeri (1), anizotropik ortamda FA değeri 1, RA değeri $\sqrt{2}$ VR değeri ise 0 a yakındır (121,122).

$$FA = \sqrt{\frac{3}{2} \frac{\sqrt{(\lambda_1 - \lambda_m)^2 + (\lambda_2 - \lambda_m)^2 + (\lambda_3 - \lambda_m)^2}}{\sqrt{\lambda_1^2 + \lambda_2^2 + \lambda_3^2}}}$$

(Denklem 1)

$$RA = \frac{\sqrt{(\lambda_1 - \lambda_2)^2 + (\lambda_2 - \lambda_3)^2 + (\lambda_3 - \lambda_1)^2}}{\lambda_1 + \lambda_2 + \lambda_3}$$

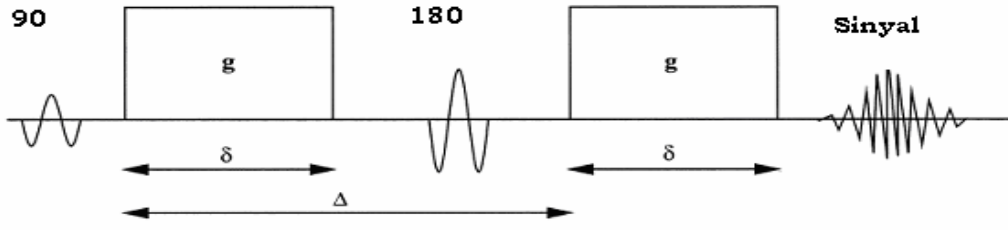
(Denklem 2)

$$VR = \frac{\lambda_1 \lambda_2 \lambda_3}{\left(\frac{\lambda_1 + \lambda_2 + \lambda_3}{3}\right)^3}$$

(Denklem 3)

2.11.1 Veri Toplama-Görüntü Oluşturma

Difüzyon ağırlıklı görüntüleme (DAG) elde edilen ham bilgiler, difüzyon tensör hesaplamaları için kullanılır. Difüzyon ağırlıklı görüntüler temel olarak Stejskal-Tanner görüntüleme sekansı kullanılarak oluşturulur. Stejskal-Tanner görüntüleme sekansı temel olarak standart T2 ağırlıklı spin-eko sekansına iki adet difüzyon uyarıcı gradyentler eklenerek elde edilir (124). Difüzyon uyarıcı kısa süreli güçlü gradientler 180 derecelik RF pulsunun öncesinde ve sonrasında uygulanır (şekil 3) (123,117,124, 125).



Şekil 3. Stejskal-Tanner puls sekansının şematik görünümü (134).

Bu sekansta uygulanan ilk gradientle protonlarda faz değişimi oluşur, ikinci gradientte ise bu faz tersine çevrilir ve durağan protonlardaki faz değişimi sıfırlanır. Eğer protonlar, bu iki gradient arasındaki sürede (Δ) yer değiştirmişse, ikinci gradient ile ilk gradientin protona etkisi bir birini sıfırlayamayacak, bu protonlarda yer değişimiyle orantılı olarak faz farkı oluşacaktır (117, 124,125). Faz farkına bağlı oluşan sinyal farkı aşağıdaki formülle hesaplanır (117, 125).

$$S = S^{\circ} \exp(-bD)$$

Bu formülde S difüzyon ağırlıklı sinyali, S° ise aynı parametrelerle difüzyon gradienti kullanılmadan elde edilen sinyali gösterir. D, difüzyon ağırlığıdır. b değeri ise Le Bihan ve arkadaşları tarafından 1986'da tanımlanan uygulanan gradientin gücü, süresi ve aralığı ile orantılı sabiti gösterir ve aşağıdaki formülle hesaplanır (γ : giromanyetik oran; G: difüzyon gradientinin gücü; δ : gradientin süresi; Δ : gradientler arasındaki süre) (117, 124,109).

$$b = \gamma^2 G^2 \delta^2 \left(\Delta - \frac{\delta}{3} \right)$$

Difüzyon ağırlığı, prensip olarak her MR puls sekansına eklenebilmektedir. Difüzyon ağırlıklı sekanslar hareket artefaktına çok duyarlıdır. Moleküllerin mikrometreler ile ifade edilen hareketlerini ölçmek için kullanılan bu sekanslarda, hasta hareketi, hatta fizyolojik hareketler (solunum, kalp atımı) bile görüntü kalitesinde belirgin düşmeye neden olacaktır (123). Bu nedenle, kısa sürede görüntü alınmasına olanak sağlayan eko-planar görüntüleme (EPI) sekansları tercih edilmektedir. Tek atımlı EPI sekanslarda, görüntüleme tek bir RF pulsu ile

oluşturulmaktadır ve bu nedenle en hızlı görüntüleme yapılabilen sekansdır. Bu özelliği sayesinde fizyolojik hareket artefaktları azaltılır (123,117). Ancak bu sekanslarda duyarlılık artefaktlarına, manyetik alandaki inhomojeniteye, kimyasal kaymaya hassastır ve görüntü distorsiyonuna neden olur. Bu sekanslarda posterior fossa, kafa tabanı, sinüsler in komşuluğu gibi hava-doku bileşkelerinde sinyal kaybı görülür (123,117). Bu sekanslar Paralel görüntüleme ve PROPELLER (Periodically Rotated Overlapping Parallel Lines with Enhanced Reconstruction) gibi tekniklerle beraber uygulandığında görüntü kalitesi arttırılabilir(123,121). Çok atımlı EPI sekansları ise bize yüksek çözünürlük ve düşük görüntü distorsiyonu sağlamaktadır ancak bu sekanslar hareket artefaktlarına daha duyarlıdır. EPI sekanslarında sinyal/gürültü oranı düşüktür ve oranı arttırmak için ya eksitasyon sayısını arttırmak ya da inceleme çözünürlüğü azaltmak gereklidir. Eksitasyon sayısı arttırılırsa inceleme süresi uzayacaktır, çözünürlüğü azaltmak ise veri kaybına neden olacaktır (115,123). Yüksek manyetik güçlü sistemler daha hızlı inceleme ve yüksek sinyal/gürültü oranı sağlar ancak klinik uygulamada çoğunlukla 1.5T cihazlar kullanılmaktadır. FA değerinin doğru olarak hesaplanabilmesi için sinyal/gürültü oranının en az 10/1 olması gerekmektedir.

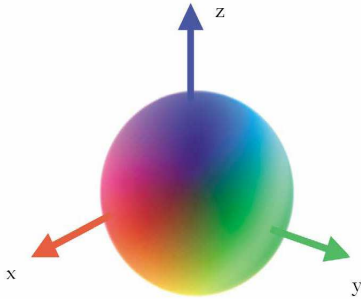
Steady-State Free Precession (SSFP) sekansı, difüzyon ağırlıklı görüntüleme için kullanılabilir bir diğer yöntemdir. Birçok TR aralığında elde edilen difüzyon etkilerinin toplanması sonucunda, yüksek gradiyent değerlerine gerek duyulmadan, kısa TR'ler kullanılarak yüksek difüzyon duyarlılığı elde edilir. Ancak bu sekansda, T1 ve T2 etkilerinin verilerde oluşturduğu karmaşıklık nedeniyle difüzyon katsayısı ölçülememektedir (123).

Difüzyon ağırlıklı görüntü elde etmek için Single-Shot Fast Spin Eko (SS-FSE) yöntemi de kullanılabilir. SS-FSE yöntemi ile kimyasal çift artefaktları, difüzyon gradiyetlerinden oluşan eddy artefaktı, kardiyak ve solunum sistemine ait pulsatil artefaktlar ve hastanın hareketine bağlı artefaktlar azalır ve sinyal/gürültü oranı artar. Daha yüksek çözünürlüklü difüzyon ağırlıklı görüntüler elde edilir (126, 127, 128).

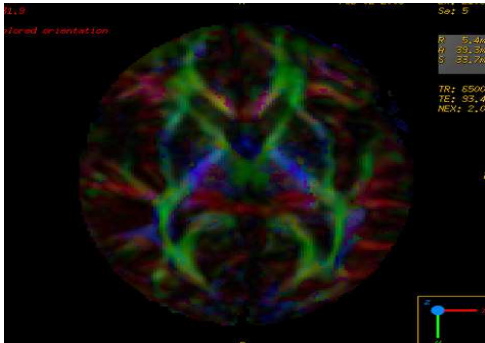
Tensör değerinin hesaplanması için, en az yedi ölçüm yapılması gereklidir, bu ölçümlerin altısı farklı yönlerde ve önceden belirlenen b faktörleriyle yapılırken son

ölçüm, difüzyonun gradientinin uygulanmadığı $b=0$ durumunda olmalıdır. Yön sayısının artırılmasının daha simetrik tensörlerin hesaplanması, gürültünün azaltılması, traktografinin daha doğru yapılabilmesi gibi avantajları vardır (114, 125).

DTG ile her bir voksel içindeki ortalama difüzyonel anizotropinin yönü ve miktarı ölçülerek, bu voksel içindeki sinir yolaklarının dizilimi saptanır. Difüzyon tensör dasetinden farklı algoritma ve görüntü işleme basamakları ile temel iki farklı görüntü elde ediliyor. Bunlardan ilki “renk kodlu (color encoded) görüntüleme” diğeri ise “sembolik (geometrik) gösterim metodu” dur (104, 112). Yeşil ile önden arkaya, kırmızı ile sağdan sola ve mavi ile yukarıdan aşağıya olan anizotropi kodlanır (şekil 4, 5). Renk kodlu görüntülerde difüzyon tensör dasetindeki x,y,z, yönündeki majör eigen bileşenleri RGB renk bileşenlerine çevrilirken FA değeri ise parlaklık olarak ifade edilir (124, 112).



Şekil 4. Difüzyon tensörlerin renk kodu ile gösterimi(134)



Şekil 5. Beynin renk kodlu aksial DTG görüntüsü(134)

Diffüzyon tensör görüntüleme verilerinin istatistiksel karşılaştırılmasında, elle çizilen “ilgi alanı” (ROI) ya da “voksel karşılaştırmalı morfometri” (VBM) yöntemleri kullanılabilir. ROI yöntemi, kesitsel görüntü üzerinde incelenecek alanın araştırmacı tarafından çizilmesine dayanır. Çalışma öncesinde belli bir alan ile ilgili hipotez oluşturulmalı ve bu bölge üzerinde çalışılmalıdır, diğer alanlar karşılaştırmanın dışında bırakılmaktadır. Ancak bu yöntemin sınırlamaları vardır, en önemlisi, alan çizimlerinin araştırmacılar arasında değişebileceği, hatta aynı araştırmacının farklı zamanlarda alanı farklı şekilde çizebileceğidir. Ayrıca, ardışık kesitler üzerine yapılan çizimler çok zaman almakta, aynı hasta grubunda çok sayıda alanın karşılaştırılması ya da yüksek sayıda hasta içeren gruplarda araştırma yapmak zorlaşmaktadır. Sadece hipotezde belirtilen bölgenin çalışılması da ROI yönteminin kısıt lamalarından biridir, bu yöntemle tüm beyin üzerinde çalışmak olası değildir.

Voksel karşılaştırmalı analizlerde, bir deneğin görüntülerindeki tüm vokseller, diğer deneklerin görüntülerinde aynı koordinatta bulunan vokseller ile karşılaştırılır (129). Bu nedenle aynı koordinatlardaki bir voksel, tüm deneklerin görüntülerinde aynı anatomik bölgeye uymalıdır, yani eğer bir hastada, x, y ve z koordinatları ile tanımlanan voksel, talamusta bulunuyorsa, diğer hastalarda da aynı koordinatlardaki voksel, yine talamusa denk gelmelidir. Aynı vokselin farklı hastalarda farklı anatomik bölgeleri içermesi, analizin hatalı olmasına yol açar. Bu uyumu sağlamak için analizde ilk adım, MR görüntülerini bilgisayar ortamında normalize etmektir (129, 130). Bu uygulamanın amacı görüntüler arasında hareket ya da şekil değişikliği sonucu oluşan farklılıkları enaza indirmektir (131). Normalizasyon sonucunda, aynı düzeyden geçen tüm görüntüler standart bir model ile aynı anatomik haritaya uyar. Böylece hastalar arasındaki şekil değişikliklerinin karşılaştırmayı etkilemesi önlenir (129).

Diffüzyon Tensor MR Görüntülemenin rutin kullanıma girmesi beyaz cevher yolaklarının anatomisinin detaylı incelenmesini sağlar. Doğumdan sonra yaşla birlikte beyindeki total su miktarı azalırken, myelinizasyon artar ve yolakları organize hale gelir. Bu anatomik gelişim sonucunda ADC azalırken, FA değeri artar. Buna karşın yaşla birlikte beyaz cevher dejenerasyonuna bağlı ADC artarken FA değeri de azalmaya başlar(132). Multipl skleroz, myelin yıkımı ve aksonal zedelenmeye bağlı

olarak ADC değeri artar, FA değeri düşer. Metabolik beyaz cevher hastalıklarında myelin kılıfı ve aksonal yapıdaki bütünlük kaybına bağlı ADC değerlerinde artma, FA değerlerinde azalma ortaya çıkar (121, 133).

Korpus kallozum, iki beyin yarım küresinde bulunan kortikal ve subkortikal nöronlar arasındaki bağlantıları sağlayan en büyük komissüral yapıdır (135). Bizde bu çalışmamızda, korpus kallozum genu ve korpus kallozum splenium bölgesinde FA ve ADC ölçmeyi amaçladık. Ölçüm sonucunda hipotezimiz kontrollere kıyasla dissosiyatif bozukluk tanılı hastaların FA, ADC değerlerinde değişikliklerin olması ve bu değerlerle klinik veriler arasında anlamlı ilişki bulunması planlandı.

3.MATERYAL VE METOD

Bu araştırma, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Psikiyatri Poliklinik Birimine ardışık sırayla başvuran DSM IV-TR'e göre BTA dissosiyatif bozukluk veya DKB tanısı almış hasta ile kontrol grubunun korpus kallozum genum ile korpus kallozum splenium FA ve ADC değerleri açısından karşılaştırılmasını amaçlayan kesitsel bir vaka-kontrol araştırmasıdır.

Tüm bireyler için dışlama ölçütleri: yaş 17'in altında ya da 65'in üzerinde olması, gebe olanlar, ağır sistemik hastalığı olanlar, epilepsi, demans, intra kranial kitle, kanama vs. gibi patolojiler, alkol, madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozukluğu (Eksen II patoloji) olanlar, MR çekilmesine engel implant, protez ve benzeri cihaz takılmış olanlar çalışmaya dahil edilmedi. Yerel etik kuruldan çalışma için olur alındı (29.03.2011 tarih ve 04 nolu oturum 01 nolu etik kurul kararı). Hastaların bilgilendirilmiş olurları alındı ve çekimin hemen öncesi muayenede DES, DES-Q, Dissosiyatif Bozukluklar İçin Görüşme Çizelgesi, klinik global izlem formu dolduruldu. Hastaların ayrıca dosyadaki klinik bilgileri sosyodemografik veri formuna kaydedildi. Kontrol grubu sağlıklı gönüllü kişilerden oluşturuldu ve yaş, cinsiyet, sigara kullanımı, eğitim durumu gibi sosyodemografik verileri kaydedildi.

BTA Dissosiyatif Bozukluk veya DKB tanısı alan 25 hastaya DT-MRG çekildi. 10 hastanın görüntüleri PACS sistemine kayıt edilmediğinden, bu hastalar çalışmadan çıkarıldı. Sağlıklı 16 kontrol vakası cinsiyet açısından eşleştirildi, ancak kontrollerden birinde serebellar tümör şüphesi olması üzerine çalışmadan dışlandı. 15 hasta 15 kontrol ile çalışma tamamlandı.

Hasta ve kontrollere Harran Üniversitesi Radyoloji Anabilim Dalında, çekimler için 1.5 Tesla Magnetom Synaphony A Tim System (Siemens, Erlagen, Almanya) cihazı kullanılmıştır. Hastaların ve sağlıklı kontrol grubunun çekimleri sedasyon gereksiz supin pozisyonda ve kafa üzerine 4 kanallı "head coil" yerleştirilerek yapılmıştır. DAG den önce koronal lokalizer ve T1 aksiyal (TR=1940, TE=3.08, FOV= 25 cm x 25cm, matrix=246x256, average=1, dist. Faktör 30%, slabs=1, kesit kalınlığı=1mm) MR görüntüleri alınmıştır. Daha sonra hasta ve sağlıklı kontrollerde DTI alınmıştır. DTI (TR=3100, TE=98, matrix=128x128, FOV=23 cm x 23 cm, matrix=128x128, FOV phase=100%, average=4,

kesit kalınlığı= 5mm) görüntüleme faktörü ile değişkenler x,y,z yönlerinde duyarlaştırılarak 0 ve 1000 sn/mm² düzeyinde b değerleri ile zenginleştirilmiştir.

Diffüzyon tensör görüntüleme verilerinin istatistiksel karşılaştırılmasında, elle çizilen “ilgi alanı” (ROI) ya da “voksel karşılaştırmalı morfometri” (VBM) yöntemleri kullanılabilir. ROI yöntemi, kesitsel görüntü üzerinde incelenecek alanın araştırmacı tarafından çizilmesine dayanır. Çalışma öncesinde belli bir alan ile ilgili varsayım oluşturulmalı ve bu bölge üzerinde çalışılmalıdır. Bizde bu çalışmada, üniversitemizin radyoloji ana bilim dalında görevli 2 radyolog tarafından, korpus kallozum genu ve splenium orta sagittal hatında ROI 5mm² alan seçilerek yapıldı.

Hasta ve kontrol grubunun görüntüleri klinik iş istasyonuna (Leonardo console, Siemens) aktarılarak Neuro3d paket programı ile analiz edilmiştir. Kaynak görüntüler bu yazılım üzerinde otomatik olarak ADC ve FA ölçümleri yapılmıştır.

Veriler değerlendirilmesinde SPSS for Windows 15.0 istatistik programı (Inc., Chicago, ABD) kullanıldı. Öncelikle verilerin tanımlayıcı istatistikleri yapılmıştır. Normal dağılımı test etmek için Q-Q grafiği çizdirilmiş ayrıca Kolmogor-Smirnov Testi uygulanmıştır. Normal dağılımı sağlayan veriler için, ikili grup kıyaslamalarında bağımsız t testi ile grup ortalamaları kıyaslanmıştır. Alt grup kıyaslamalarında ayrıca Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Oransal değerlerin karşılaştırılması için Ki-Kare testi uygulanmıştır. Bağınıtı analizi için Spearman’ın Korelasyon Analizi kullanılmış ve sonuçlar Spearman’ın Korelasyon Katsayısı (r₀) ile ifade edilmiştir. P<0.05 değeri için sonuçlar anlamlı kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

Dissosiyatif hasta grubu ile kontrol grubu arasında cinsiyet birebir eşleştirilmişti ve yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (tablo 1).

Tablo 1 Grupların cinsiyet ve yaş dağılımı

		Hasta (n=16)	Kontrol(n=16)		
Cinsiyet	Erkek	1(%6.67)	1(%6.67)		
	Kadın	4(%93.33)	14(%93.33)		
		Ortalama(yıl)	Standart sapma	P	
	Hasta	27.40	9.125	p >0.05	
	Kontrol	27.47	9.418		

DSM-TR IV sınıflandırmasına göre, hastaların tümü BTA dissosiyatif bozukluk tanısı almış olup, hasta ve kontrol gurubunda birer kişi sol,diğerleri sağ ellerini kullanmaktaydı. Hastalara uygulanan DES, DIS-Q, KGİ klinik ölçeklerinin sonuçları; DES =51.68 ±14,49 ,DIS-Q= 3.51±0.48 KGİ-S= 3.73±0.96 KGİ-I= 2.67±2.06 KGİ-E= 2.86± 1.35 olarak saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların DES, DIS-Q, KGİ ölçek değerleri

	Ortalama	Standart sapma
DES	51.68	14.49
DIS-Q	3.51	0.48
KGİ-S	3.73	0.96
KGİ-I	2.67	2.06
KGİ-E	2.86	1.35

Hastalarımızda dissosiyatif bozukluk tanısı öncesi almış oldukları tanılar tablo 3’de gösterilmiştir.

Tablo 3. Dissosiyatif bozukluk tanı öncesi alınan tanımlar

	Hasta (n=15)	%
Konversif bozukluk	1	%6.7
Major depresyon	9	%60.0
Panik bozukluk	1	%6.7
Psikotik bozukluk	2	%13.3
Bipolar bozuklu	1	%6.7
Psikiyatrik tanı almayan	1	%6.7

Hastaların bazı sosyodemografik özelliklerinin istatistiksel değerleri tablo 4’te gösterilmiştir.

Tablo 4.Hastaların bazı sosyodemografik verileri

		n=15	%
Ailede psikiyatrik öykü	Var	2	%13.3
	Yok	13	%86.7
Ailede konversiyon öyküsü	Var	1	%6.7
	Yok	14	%93.3
Anne ilişkisi	İyi anne ilişkisi	8	%53.3
	Kötü anne ilişkisi	7	%46.7
Baba ilişkisi	İyi baba ilişkisi	9	%60.0
	Kötü baba ilişkisi	6	%40.0
Madde kullanım öyküsü	Kullanmayan	12	%80
	Sigara	3	%20
	Alkol ve diğer madde	-	-
Somatik yakınma	Var	15	%100
	Yok	-	-
Ek psikiyatrik tanı	Depresyon	8	%53.3
	Anksiyete boz.	7	%26.7
	Yok	3	%20.0

Tablo 4.Hastaların bazı sosyodemografik verileri (devam)

		n=15	%
Histerik psikoz öyküsü			
	Var	9	%60
	Yok	6	%40
Dissosiyatif FÜG			
	Var	2	%13.3
	Yok	13	%86.7
Alter aktivitesi			
	Var	15	%100
	Yok	-	-
İntihar öyküsü			
	Var	13	%86.7
	Yok	2	%13.3
Deralizasyon			
	Var	14	%93.3
	Yok	1	%6.7
Depersonalizasyon			
	Var	15	%100.0
	Yok	-	-
Self mutilasyon			
	Var	15	%100.0
	Yok	-	-

Dissosiyatif bozukluk komorbiditesine baktığımızda majör depresyon 8(%53.3) anksiyete bozuklukları 4(%26.7),tanı almayan 3(%20.0) olarak bulundu (tablo 5).

Tablo 5. Komorbid tanılar

	n=15	%
Major depresyon	8	%53.3
Anksiyete bozukluğu	4	%26.7
Yok	3	%20.0

Hastaların çocukluk çağında maruz kalınan travma şekli değerlendirildiğinde cinsel istismar 5(%33.3),fiziksel ve cinsel travma 2(%13.3),fiziksel ve duygusal ihmal

2(% 13.3), travma tariflemeyen 2(% 13.3), cevap vermek istemeyen 3 (%20.0) olarak bulundu (tablo 6).

Tablo 6. Maruz kalınan travma şekli

Travma Şekli	Sayı	Oran (%)
Cinsel	5	%33.3
Fiziksel	1	%6.7
Fiziksel ve cinsel	2	%13.3
Fiziksel ve duygusal ihmal	2	%13.3
Travma tariflemiyor	2	%13.3
Cevap vermek istemeyen	3	%20.0

İyi baba ilişkisi olan ve kötü baba ilişkisi olan hasta gruplarının karşılaştırılmasında korpus kallozum genu FA ile standart sapmaları tablo 7 de gösterilmiştir. İyi baba ilişkisi genu FA=839.363±25.4370, Kötü Baba İlişkisi genu FA=776,133±91.5438

Tablo 7. Baba ilişkilerine göre genum FA değerlerinin ortalama standart sapma değerleri.

İlişki Türü	Ortalama(Genu FA)	Std sapma(Genu FA)
İyi baba ilişkisi	839.363	25.4370
Kötü baba ilişkisi	776.133	91.5438

Erkek hasta çıkarılınca iyi baba ve kötü baba ilişkisi grupları karşılaştırıldığında Korpus kallozum genum FA değerleri açısından istatistiksel olarak kötü baba ilişkisi olan grupta FA değeri anlamlı şekilde daha düşük bulunurken (p=0.039,Z= -2.066), korpus

kallozum genum ADC(p=0.519, Z= -0.645), korpus kallozum splenium FA (p= 0.053, Z= -1.936), korpus kallozum splenium ADC (p= 0.439, Z= -0.775) değerleri açısından guruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.(tablo8)

Tablo 8. Baba ilişkisi ile korpus kallozum genu ile splenium FA-ADC karşılaştırılması.

	Genu FA	Genu ADC	Splenium FA	Splenium ADC
P	0.039	0.519	0.053	0.439
Z	-2.066	-0.645	-1.936	-0.775

Man-Whitney U

Anne ilişkilerine göre erkek hasta çıkarılınca kalan 14 kadın hasta ile kontrol gurubu korpus kallozum genu ile splenium FA-ADC değerleri karşılaştırıldığında, korpus kallozum genum FA değerleri(p=0.565,Z= -0.575), korpus kallozum genum ADC(p=0.949, Z= -0.064), korpus kallozum splenium FA (p= 0.655, Z= -0.447), korpus kallozum splenium ADC (p= 0.27, Z= -0.086) değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.(tablo9)

Tablo 9. Anne ilişkisi ile genum splenium ilişkisi

	Genu FA	Genu ADC	Splenium FA	Splenium ADC
P	0,565	0,949	0,655	0,27
Z	-0.575	-0.064	-0.447	-0.086

Man-Whitney U

Hastalık alt guruplarında histerik psikozu olan ve olmayanlar arasında kallozum genu FA(P=0.897, Z=-0.129) Genu ADC(p=0.245, rZ=-1.162) Splenium FA (P=0.439, Z=0.775) Splenium ADC(P=0.21, Z=-1.549) değerleri arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu (tablo 10)

Tablo 10.Histerik psikoz, korpus kallozum genu splenium ilişkisi.

	Genu FA	Genu ADC	Splenium FA	Splenium ADC
P	0.897	0.245	0.439	0.121
Z	-0.129	-1.162	-0.775	-1.549

Man-Whitney U

DES, DIS-Q ölçek puanları ile korpus kallozum genu splenium FA, ADC ilişkisine bakıldığında anlamlı bağıntı yoktu (tablo 11).

Tablo 11. Ölçek puanları ile genum splenium ilişkisi

N=15		Genu FA	Genu ADC	Splenium FA	Splenium ADC
DES	P	-.433	0.713	0.761	0.567
	korelasyon	0.107	0.104	0.086	-.161
DIS-Q	P	0.985	0.841	0.452	0.974
	korelasyon	-.005	0.057	0.210	0.009

Spearman Korelasyon, P<0.05

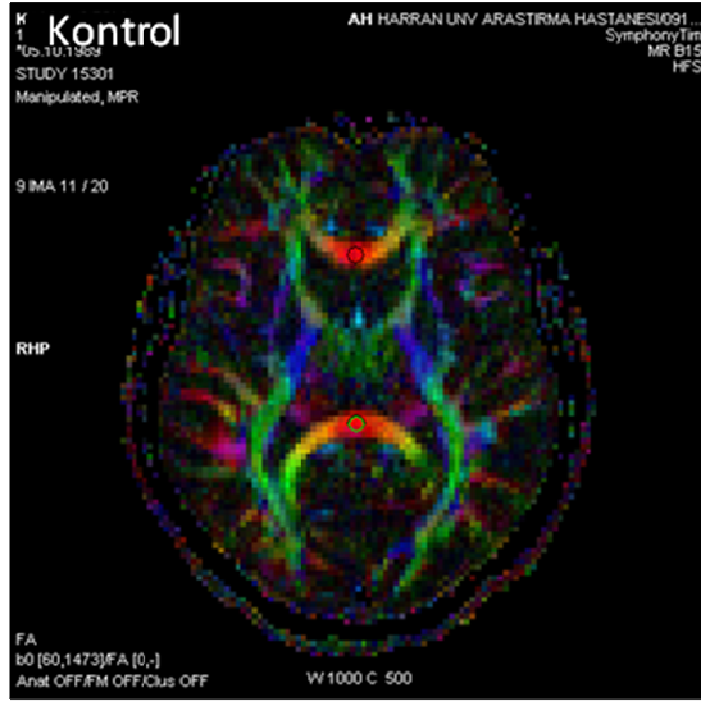
Toplam hastalık süreleri ile korpus kallozum genum FA değerleri(p=0.092,r0=-0.451, N=15), korpus kallozum genum ADC(p=0.959, r0=-0.015, N=15), korpus kallozum splenium FA (p=0.548, r0=-0.169,N=15), korpus kallozum splenium ADC (p=0.548, r0=-0.169,N=15) değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bağıntı yoktu.(tablo 12).

Tablo 12. Toplam hastalık süresi ile korpus kallozum genu ile korpus kallozum splenium ilişkisi.

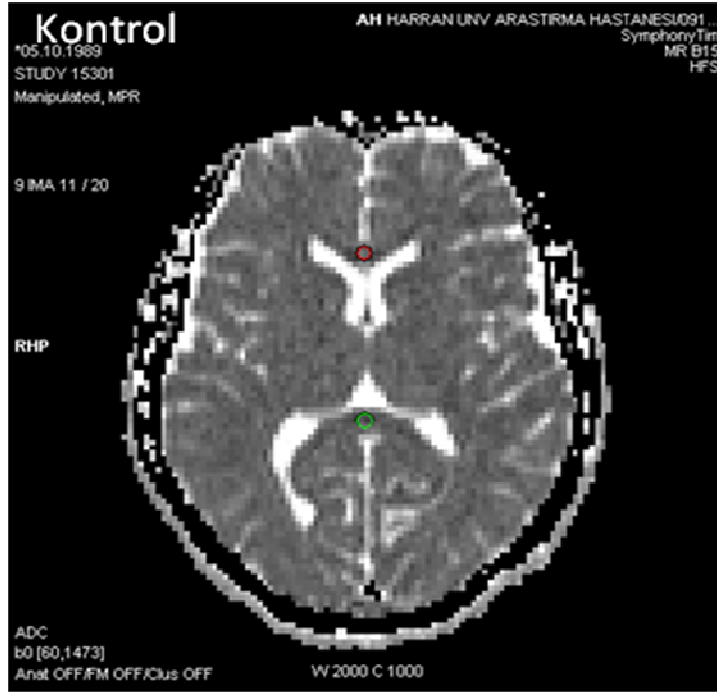
N=15	Genu FA	Genu ADC	Splenium FA	Splenium ADC
P	0.092	0.959	0.548	0.308
korelasyon	-0.451	0.015	-0.169	-0.282

Spearman Korelasyon, P<0.05

Hasta ve kontrol grubunda aksiyal ADC görüntüler üzerinde korpus kallozum genu ve spleniumda yapılan ölçüm görüntüsü, renk kodlu aksiyal DTG görüntüsü, FA ile ADC değerini, korpus kallozum genu ve korpus kallozum splenium traktografilerini gösteren ekran görüntüleri gösterilmiştir (şekil 6-7-8-9-10-11-12-13).



Şekil 6. Kontrol grubunda renk kodlu aksiyal DTG görüntüsü



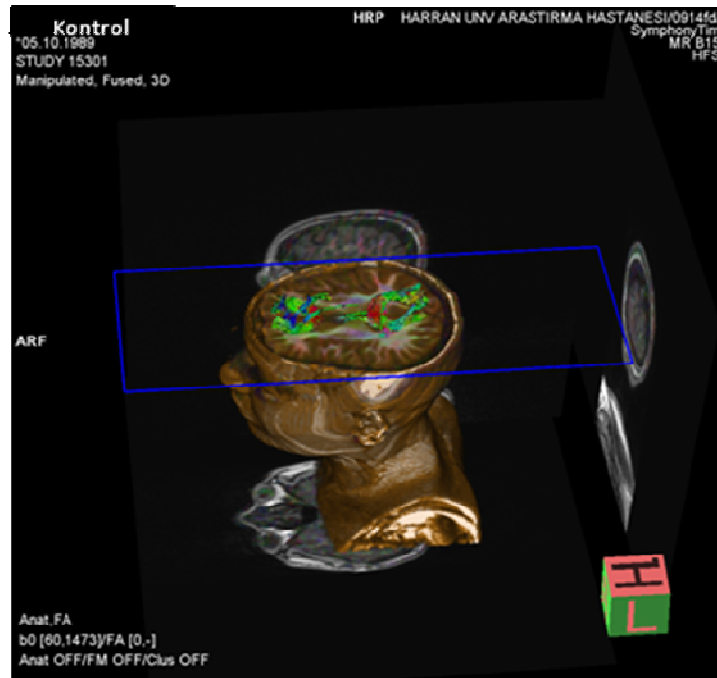
Şekil 7. Kontrol grubunda aksiyal ADC görüntüleri üzerinde kk genu ve splenium da yapılan ölçümler.

Kontrol

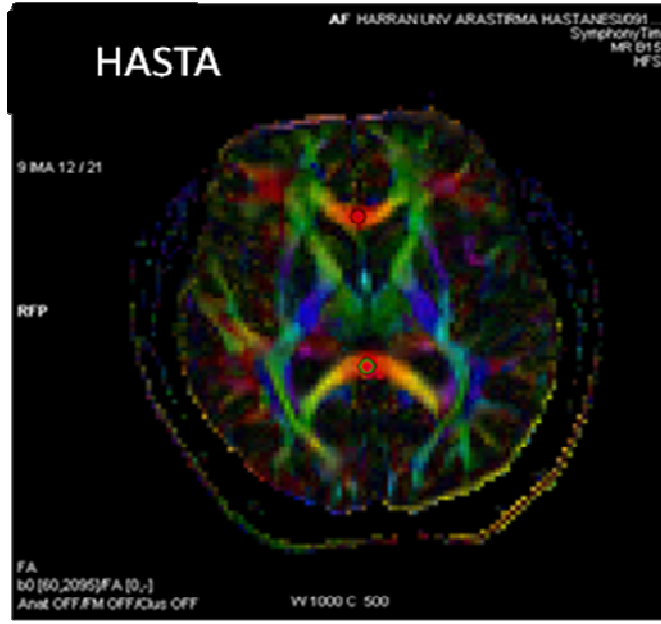
HARRAN UNV. ARASTIRMA HASTANESI/09145d/...
Symphony Tim
MR B15
HFS

ID	FA		ADC		TraceW		b0	
	Mean	SDev	Mean	SDev	Mean	SDev	Mean	SDev
	Size / Min / Max		Size / Min / Max		Size / Min / Max		Size / Min / Max	
1	855.0	82.4	793.8	86.1	72.2	2.6	160.4	14.5
	5 / 737 / 962		5 / 668 / 904		5 / 68 / 76		5 / 141 / 178	
2	899.4	71.3	634.4	109.3	98.2	3.4	185.6	15.6
	5 / 760 / 962		5 / 494 / 814		5 / 92 / 101		5 / 165 / 208	

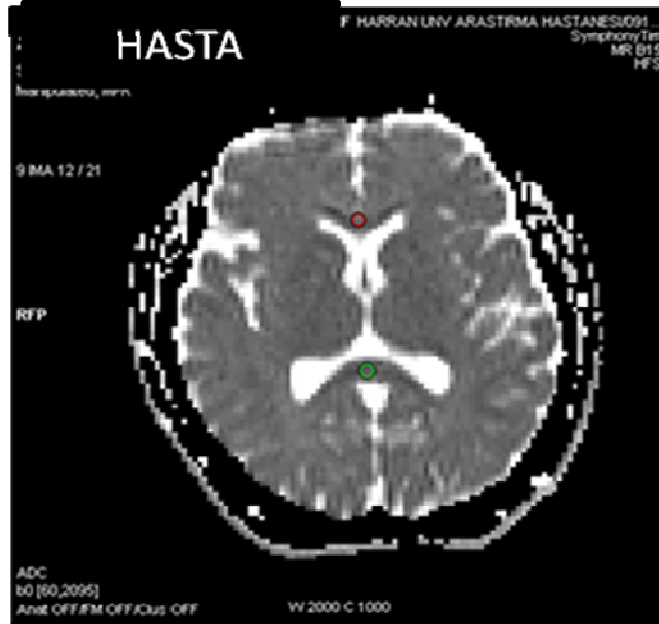
Şekil 8. Kontrol grubunda elde edilen FA ve ADC değeri



Şekil 9. Kontrol grubunda kk genu ve kk spleniumdaki traktografi



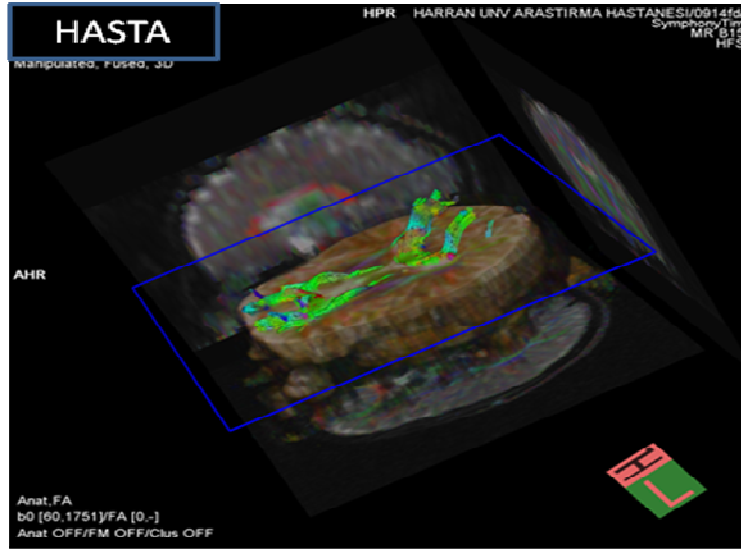
Şekil 10. Hasta grubunda renk kodlu aksiyal DTG görüntüsü



Şekil 11. Hasta grubunda aksiyal ADC görüntüler üzerinde kk genu ve spleniumda yapılan ölçümler.

Hasta		HARRAN UNV ARASTIRMA HASTANESI/0914fd							
13/6		SymphonyTim		MR B15		HFS			
*01.01.1980									
STUDY 15301									
ID	FA		ADC		TraceW		b0		
	Mean	SDev	Mean	SDev	Mean	SDev	Mean	SDev	
	Size / Min / Max	Size / Min / Max	Size / Min / Max	Size / Min / Max	Size / Min / Max	Size / Min / Max	Size / Min / Max	Size / Min / Max	
1	796.2	40.2	803.6	60.3	68.4	3.4	152.6	8.8	
	5 / 748 / 870		5 / 732 / 895		5 / 64 / 74		5 / 137 / 162		
2	823.6	34.5	711.2	67.3	78.2	7.8	158.6	9.4	
	5 / 780 / 864		5 / 619 / 822		5 / 63 / 83		5 / 143 / 168		

Şekil 12. Hasta grubunda FA ve ADC değerleri



Şekil 13. Hasta grubunda kk genu ve kk splenium traktografi

5-TARTIŞMA

Bugüne kadar yapılmış çalışmalarda saptanan hastaların çoğunluğunu kadınlar oluşturmuştur. Kadın hastaların oranı çeşitli dissosiyatif kimlik bozukluğu serilerinde %87.7 ile %100 arasında değişmektedir(138,140). Bunlar ardışık başvurudaki oranlardır. Bizim çalışmaya dahil ettiğimiz hastaların da % 93.33 kadın %6.67 erkek olarak toplum genelindeki oranlara benzerlik göstermektedir.

Dissosiyatif bozukluklar toplumda sık görülen, çoğu zaman polisemptomatik seyreden, tamamı çocukluk döneminde başlamasına rağmen genellikle yetişkinlikte bile yanlış tanımlarla takip edilen bir hastalık grubudur. Bizim çalışmamızda da dissosiyatif bozukluk tanısı almadan önce katılımcıların % 6.7 sinin konversif bozukluk % 60 ının major depresyon % 6.7 sinin panik bozukluk %13.3 ünün psikotik bozukluk % 6.7 sinin bipolar bozukluk tanıları aldığı tespit edilmiştir.

Yoğun ve uzun süreli travma kronik disforik bir duyguduruma, kendine fiziksel zarar verme davranışlarına ve suisid girişimlerine, distimi ve depresyon gelişmesine neden olabilir(141,73). Ülkemizde yapılan bir çalışmada Dissosiyatif bozukluk bulunan 36 hastada depresif semptomların oranı %24-88 olarak bulunmuştur(36). Bu oran Dell ve Eisenhower'in(74) ergen serisinde %82, Hornstein ve Putnam'ın(25) çocuk ve ergen serisinde %82-88, Coons'un(142) çocuk ve ergen serisinde %64-88 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da % 53.3 major depresyon komorbiditesi saptanmıştır. Dissosiyatif bozukluk ta anksiyete komorbidite sıklığı bir araştırmada %26.7 çıkmıştır(143) . Bizim çalışmamız da da anksiyete bozukluğu komorbiditesi % 26.7 çıkmıştır ve benzerlik göstermektedir.

Çocukluk çağı travmaları ile ilişkisi yayınlarda sıklıkla ifade edilmektedir (136,137,138). Dissosiyatif kimlik bozukluğu hastalarında çocukluk çağı cinsel tacizi %68.0 ile %90.2 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir(138). Yine dissosiyatif kimlik bozukluğu

hastalarında çocukluk çağı fiziksel taciz oranı, erkeklerde daha yüksek olmak üzere %60 ile %94 arasında bulunmuştur. Çocukluk çağı cinsel ve veya fiziksel taciz oranları %88.5 %96.0 dır(138). Diğer türlerdeki çocukluk tacizleri de bu kişilerde yüksek orandadır. Bizim çalışmamızda da hastaların % 86.7 si herhangi bir şekilde travmaya maruz kaldığını ifade etmiştir bu literatür verileriyle uyumludur. Travmanın şeklini ayrıntılı olarak sorguladığımızda %46.6 sının bir cinsel travma öyküsü tarifledikleri görülmüştür. Bu oran literatür bilgilerine görece daha düşük oran gösterse de, Katılımcıların % 20 si travmaya maruziyet sorusuna cevap vermek istememiştir ve cevap vermek istemeyen hastaların içerisinde de cinsel travmaya maruz kalmış olma ihtimalide düşünüldüğünde oran biraz daha yükselecektir.

İntihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı gösteren psikiyatrik hastalarda çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve dissosiyatif yaşantıların diğer hasta grubuna göre oldukça sık olduğunu bildiren yayınlar vardır(144). Yine dissosiyatif bozukluk hastaları, psikiyatrik hastalar içinde kendisine fiziksel zarar verici davranışları büyük olasılıkla en yüksek olan tanı grubudur. Bu hastalarda intihar girişimleri de diğer gruplardan daha siktir(20) Green fiziksel istismara uğramış çocuk ve ergenlerin %41'inin intihar ve kendine zarar verme davranışı gösterdiklerini ve kontrol grubundaki sağlıklı çocuklarda bu oranın anlamlı bir şekilde düşük olduğunu göstermiştir. Ülkemizde çocuk ve ergenlerde yapılan bir çalışmada dissosiyatif bozukluk grubunda self mutilasyon oranı %80.8 İntihar girişimi sıklığı ise %65.4olarak bulunmuştur. .(143). Yine başka bir çalışmada %30 suicid ,%70 self mutilasyon girişimi tespit edilmiştir(145). Bizim çalışmamızda da intihar öyküsü %86.7 self mutilasyon oranı % 100 olarak bulunmuştur. Çocuk ve ergen çalışmalarına göre daha yüksek oranlar olsada , literatür bilgisiyle paralel dissosiyatif bozukluk hastalarında çok yüksek self mutilasyon ve intihar girişimi saptanmıştır.

Çalışmamızdaki olguların tümüne BTA Dissosiyatif bozukluk tanısı kondu , ülkemizde yapılan bir çalışmada da hastaların %75 inin BTA Dissosiyatif bozukluk %25 inin de DKB tanısı konduğu görülmektedir(145).

Son zamanlarda DKB hastalarında görüntüleme ve perfüzyon çalışmalarına ilgi artmıştır. Bir çalışmada DKB olanlarda sağlıklı gruba göre bölgesel kan akımı değişiklikleri perfüzyon bilateral orbitofrontal bölgelerde perfüzyon azalması Median ve superior frontal

loblarda ve oksipital lobda da perfüzyon artışı bulunmuştur(5).Ülkemizde yapılan bir SPECT çalışmasında da DKB hastalarında orbito-frontal bölgede azalan ve lateral temporal bölgelerde artan bölgesel serebral kan akımı gibi bazı ipuçları elde edilmiştir(146)

DTG görüntüleme elde edilen verilerden biri su moleküllerinin hareket yeteneği hakkında bilgi veren fraksiyonel anizotropidir (FA). Su moleküllerinin, akson boyunca ve miyelin kılıfına paralel hareket etmesi beklenir. Akson zarı veya mikrotübül yapısında ya da miyelin kılıfında bozukluk olması durumunda su moleküllerinin akson uzanımına paralel hareketi bozulur. Belirli bir bölgede ne kadar çok sayıda su molekülü aynı doğrultuda hareket ediyorsa FA değeri o kadar yükselir (147). ADC su difüzyon oranını gösteren bir skaler indekstir. ADC değeri yüksekliği, daha az kısıtlanmış difüzyonu gösterir ve beyaz madde de daha az organize yapıların varlığını veya mikrotübül gibi intra-aksonal yapıların varlığını gösterir. Tersine, ADC düşük değeri organize yolların varlığını gösterir (148).

Literatüre baktığımızda çeşitli psikiyatrik bozukluklarda DTG çalışmalarının yapıldığını görebiliriz. Bipolar bozuklukta DTG kullanılan ilk çalışmalarda FA'da azalma ve MD (Mean diffusivity)'de artış tespit edilmiştir (149,150). İlk epizot mani geçiren adolesanlarda prefrontal bölgelerde beyaz cevher hiperintensitesi tesbit edilmiştir (149). Aynı çalışmada hastaların beynin sol superior frontal bölgesinde anlamlı şekilde düşük FA gözlemlenmiştir. Başka bir çalışmada erişkin bipolar tip 1 bozukluk olan hastalarda orbitofrontal bölge hariç, frontal ve prefrontal bölgede FA değeri daha düşük bulunmuştur (151). Ergen bipolar bozuklukta hastaların korpus kallosumlarında azalmış FA değeri gözlemlenmiştir (152). Bipolar bozuklukta FA değerlerinin arttığına dair çalışma da bulunmaktadır. Örneğin voksel tabanlı morfometrik bir DTG çalışmasında remisyonunda olan bipolar hastaların FA değerleri kontrollerden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (153).

Bipolar bozukluk ve şizofreni hastalarını kapsayan bir çalışmada, her iki grupta da ortalama FA uncinat fasciculus'da düşük bulunmuştur. Bu çalışma psikotik spektrum bozuklukları altında yatan benzer bir nöral temelin olabileceğini düşündürmektedir(154). Şizofreni hastalarının korpus kallozum yapısını araştıran DTG çalışmalarının çoğunluğu hastaların FA değerlerini sağlıklı bireylere göre daha düşük bulmuştur. Bununla birlikte çalışmalara alınan hasta gruplarının çalışmadan çalışmaya farklılık göstermesi sonuçların genelleştirilmesi ile ilgili bazı tartışmaları da beraberinde getirmiştir (155). Şizofreni hastaları

ile sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı bir çalışmada korpus kallozumdan geçen yolakların hacimlerinin şizofreni hastalarında azalmamış olmasına karşın FA'nin düşük olduğu saptanarak temel patolojinin miyelinizasyonda olduğunu öne sürülmüştür (156)

Hayvan deneylerinde korpus kallozumun gelişmeye başladığı dönemde (sıçanlarda ikinci trimester) yaratılan intrauterin influenza enfeksiyonu miyelinizasyonla ilgili genlerin ifadesini azaltarak korpus kallozum gelişimini bozmakta ve FA değerlerinde düşmeye yol açmaktadır (157)

Çalışmamızda hasta ve kontrol grupları arasında FA ve ADC değerlerinde anlamlı fark bulunamadı. Diffüzyon tensör görüntüleme verilerinin istatistiksel karşılaştırılmasında, elle çizilen "ilgi alanı" (ROI) ya da "voksel karşılaştırmalı morfometri" (VBM) yöntemleri kullanılabilir. ROI yöntemi, kesitsel görüntü üzerinde incelenecek alanın araştırmacı tarafından çizilmesine dayanır. Çalışmamızdaki değerlerinin istatistiksel olarak farklı olmamasının sebebi örneklem kümesinin küçüklüğü ve ölçüm yöntemine (ROI) bağlı olabilir. Hastalığın aksonal bütünlüğe hasar vermekten çok beyin başka bölgelerini etkiliyor olabileceği ihtimalide fark olmamasının nedenlerinden olabilir.

Çalışmamızdaki önemli bulgulardan birtanesi erkek hasta çıkarıldıktan sonra kadın hastalar irdelendiğinde kötü baba ilişkisine sahip olanların Genu FA değerlerinin azaldığının bulunmasıdır. Literatüre baktığımızda yapılan bir çalışmada ,Bir cinsiyet tarafından sözel istismara ugratıldığını iddia eden bireyler sıklıkla diğer cinsiyete ait bireyler tarafından istismara ugratılmıştı (97) ve Akran Sİ maruz kalmanın derecesiyle korpus kallozumun arka kısmındaki ortalama diffusivity arasında anlamlı korelasyon saptanmış . yine aynı çalışmada Radial diffusivity analizleri de korpus kallozum gövdesi ve arka kısımları , bitişik sağ arka korona radiata ile akran Sİ maruz kalma arasında belirgin pozitif korelasyon göstermiştir (97). Buradan hareketle karşı cins ebeveynle ilişkinin kötü olmasının beyin beyaz cevherini olumsuz etkileyebileceği düşünülebilir. Aynı grupta kadınların anneleriyle olan ilişkilerinin şekli(iyi/kötü) ile FA ve ADC değerleri arasında fark saptanmadı.

Çalışmamızın kısıtlılıkları; örneklem kümesinin küçüklüğü ve sadece BTA Dissosiyatif Bozukluk tanısı alan hastaların çalışmaya dahil edilmesidir . Ancak bu çalışma Dissosiyatif Bozukluklarda DTI görüntülemesi kullanılan ve çalışma sonucunda karşı cins ebeveyn ilişkisinin niteliği ile korpus kallozumdaki FA,ADC değişikliklerini gösteren ilk çalışmadır.

SONUÇ

BTA Dissosiyatif bozukluk tanısı alan 15 hasta ile 15 sağlıklı kontrol gurubuna DTG çekilmiştir. Anne ilişkilerine göre erkek hasta çıkarılınca kalan 14 kadın hasta ile kontrol gurubu korpus kallozum genu ile splenium FA,ADC değerleri karşılaştırıldığında, değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Hastalık alt gruplarında histerik psikoza olan ve olmayanlar arasında kallozum genu ile splenium FA,ADC arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu. DES, DIS-Q ölçek puanları ile korpus kallozum genu splenium FA, ADC ilişkisine bakıldığında anlamlı bağıntı yoktu. Toplam hastalık süreleri ile korpus kallozum genu ile splenium FA,ADC değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bağıntı yoktu.

Frontal bölgelerden köken alan aksonlar korpus kallozum genu kısmında geçmektedir. Çalışmamızda Erkek hasta çıkarılınca iyi baba ve kötü baba ilişkisi gurupları karşılaştırıldığında Korpus kallozum genuum FA değerleri açısından istatistiksel olarak kötü baba ilişkisi olan gurupta FA değeri anlamlı şekilde daha düşük bulunurken, korpus kallozum genuum ADC, korpus kallozum splenium FA, korpus kallozum splenium ADC değerleri açısından guruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Dissosiyatif bozukluklarda beyaz cevher anomalilerinin ortaya çıkması için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 th edition)Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc., Washington DC 1994:75-79
2. Van der Kolk BA, Weisaeth L, Van der Hart OHistory of trauma in psychiatry. Traumatic Stress. BA Van der Kolk, AC McFarlane, L Weisaeth (Ed). New York, The Guilford Press, 1996 ; s. 47-74.
3. Şar V, Akyüz G, Kundakçı T ve ark. Frequency of dissociative disorders in the general population: an epidemiological study in Turkey. Paper submitted to the 15th Fall Conference of the International Society for the Study of Dissociation, Seattle (1998)
4. Loewenstein RJ: Diagnosis, epidemiology, clinical course, treatment, and cost effectiveness of treatment for dissociative disorders and multiple personality disorder: report submitted tothe Clinton administration task force on health care financingreform. Dissociation 1994; 7:3-11
5. Sar V, Unal SN, Ozturk E. Frontal and occipital perfusion changes in dissociative identity disorder. Psychiatry Res. 2007 Dec 15;156(3):217-23. Epub 2007 Oct 24.
6. Lanius RA, Williamson PC, Boksman K, Densmore M, Gupta M, Neufeld RW, Gati JS, Menon RS. Brain activation during script-driven imagery induced dissociative responses in PTSD: a functional magnetic resonance imaging investigation. Biol Psychiatry. 2002 Aug 15;52(4):305-1.
7. Mukherjee P., Berman JJ., Chung SW., Hess CP., Henry RG. Diffusion Tensor MR Imaging and Fiber Tractography: Theoretic Underpinnings Am J Neuroradiol 29: 632- 641, 2008.
8. Boon S, Draijer N. Multiple Personality Disorder in the Netherlands: A Clinical Investigation of 71 Patients. Am J Psychiatry 1993;150:489-494.
9. Van der Kolk BA, Van der Hart O. Pierre Janet and the breakdown ofadaptation in psychological trauma. Am J Psychiatry 1989;146:401.
10. Van der Hart O, Friedman B. A readers guide to Pierre Janet on dissociation: a neglected intellectual heritage. Dissociation, 1989; 3:3-16.
11. Anastasiadis Y: Pierre Janet'in Dinamik Teorisi. İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Ders Notları. Teksir.
12. Ellenberger H.F. The Discovery of the Unconscious:The History and Evolution of Dynamic Psychiatry London, Fontana Pres, 1994: 126-132.
13. Masson J. The Assault on Truth: Freud And Child Sexual Abuse.London, Fontana Pres, 1992: 78-86.
14. Van der Kolk B, Nerron N, Hostetler A. The Histoy of Trauma in Psychiatry Psyc Cl North Am. 1994; 17 (3): 583- 600.

15. Crocq L, Verbizier J. Le Traumatisme Psychologique dans l'oeuvre de Pierre Janet. Bull de Psychologie 1988; 385: 483-485.
16. Breuer ve Freud. Studies on Hysteria. New York, Basic Books,1957: 98-103.
17. F.Rush "The Freudian Cover-Up" Chrysalis 1(1977),s.31-45;J.L.Herman,Father-Daughter Incest (Cambridge:Harvard University Pres (1981); J.M. Mason The Assault on Truth.Freud's Suppression of the Seduction Theory (New York :Farrar Straus and Giroux ,1984)
18. S.Freud ,Dora :An Analysis of a Case of Hysteria ,yay.P.Rieeff (New York :Collier,1963)
19. Ross CA (1997):Dissociative Identity Disorder: Diognosis, Clinic Features, and Treatment of Multiple Personality New York
20. Putnam FW. A Brief History of Multiple Personality Disorder. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 1996; 5(2): 263-272.
21. Fine CG. The work of Antoine Despine : The first scientific report on diagnosis and treatment of a child with multiple personality disorder. Am J Clin Hypn 1988; 31: 33-39.
22. Bowman ES. Adolescent multiple personality disorder in the nineteenth and early twentieth century. Dissociation 1990; 3:179-187.
23. Kluft RP. Childhood multiple personality disorder: Predictors, clinical findings and treatment results. In: Kluft RP (ed). Childhood Antecedents of Multiple Personality. Washington,AmericanPsychiatricPress,1985;144-170
24. Fagan J, Mc Mahon P. İncipent multiple personality in children: Four cases. J.Nerv Ment Dis 1984; 172: 26-36.
25. Dell PF, Eisenhower JW. Adolescent multiple personality disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1990; 29: 359-366.
26. Bliss EL. Multiple Personality, Allied Disorders and Hypnosis. New York, Oxford Universty Press, 1986: 145-154.
27. Coons PM. Confirmation of childhood abuse in child and adoloscent cases of multiple personality disorder and dissociative disorder not otherwise specified. J Nerv Ment Dis 1994;182: 461-464.
28. Homstein NL, Putnam FW. Clinical phenomenology of child and adolescent dissociative disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1992; 31:1077-1085.
29. Greenberg J: I never promised you a rose garden. 12. Baskı, Queen Ltd, NewYork,1981
30. Zoroğlu S, Tutkun H, Tüzün Ü, Şar V. Çocuk yaşta çoğul kişilik bozukluğu: bir olgu sunumu. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 1996; 3:98-113.
31. Miral S, Alkın T, Sonsuz C ve ark. Bir Disosiyatif Amnezi olgusu. Çocuk Ruh Sağlığı Dergisi 1996; 3(1):33-36
32. Zoroğlu S, Yargıç Lİ, Tutkun H, Öztürk M, Şar V. Dissociative identity disorder in childhood: five Turkish cases. Dissociation 1996; IX(4): 253-260.

33. Tutkun H, Yargıç Lİ, Şar V. Adölesans döneminde bir çoğul kişilik bozukluğu vakası. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1994; 2: 261-266.
34. Zoroğlu S, Şar V, Yargıç İ: Ergen dönemde iki Disosiyatif Kimlik Bozukluğu olgusu. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996; 56-64.
35. Zoroğlu S, Yargıç İ, Tutkun H ve ark. Adölesan yaşta 17 Disosiyatif Kimlik Bozukluğu olgusunun Sosyodemografik, Klinik özellikleri ve Travmatik yaşantı öyküleri. *Düşünen Adam* 1996; 9:2:9-16.
36. Yargıç Lİ, Tutkun H, Şar V, Zoroğlu. S . Comparison of dissociative identity disorder between adolescents and adults. In: *Proceedings of the 5th Spring Conference of the International Society for the Study of Dissociation* O. van der Hart, S.Boon, N.Draijer(ed.) ,ISSD, Amsterdam,1995: 67-78.
37. Zoroğlu S, Tüzün Ü, Şar V ve ark. Childhood Abuse, Self-İnjury, and Dissociative Experiences Among High School Students. *International Society for the Study of Dissociation "Healing The Divided Mind. Advances in the psychotherapy of dissociative disorders"*. 13 th International Fall Conference., San Francisco/CA/USA 1996; November 7-10.
38. Nemiah JC. Dissociative disorders. In: Freedman AM, Kaplan HI.(eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 1981: 456-471.
39. Spiegel D .Dissociation and hypnosis in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*.1988; 1:17-33.
40. Braun BG. The BASK (Behavior, Affect, Sensation, Knowledge) model of Dissociation.*Dissociation* 1988; 1:4-23.
41. Goff DC, Olin JA, Jenice MA ve ark. Dissociative symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180:332-337.
42. Steinberg M. Interviewer's Guide to the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D). Washington,DC,American Psychiatric Pres. 1993; 245-257.
43. West L. Dissociative reaction, In: Freedman AM, Kaplan HI.(eds). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Williams& Wilkins. 1967; 885-898; aktaran, Putnam.
44. Ludwig AM. Psychobiological Functions of Dissociation. *Am J Clin Hyp*, 1983; 26: 93-99
45. Bernstein EM, Putnam PW. Development, Reliability and Validity of a Dissociation Scale. *J Nerv Ment Dis* 1986; 174:727-735.
46. Putnam FW. *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder*. New York, Guilford Pres, 1989: 89-94.
47. Kluft RP. An introduction to multiple personality disorder. *Psychiatric Annals*. 1984a ; 14 :19-24.
48. Spiegel D. Dissociation, double binds and posttraumatic stress in multiple personality disorder. In: Braun BG (ed): *Treatment of Multiple Personality Disorder*, Washington DC, American Psychiatric Press, 1986: 138-152.

49. Braun ve Sachs. Development of multiple personality disorder: Predisposing, Precipitating, Perpetuating factors. In: Kluft RP (ed) *The Childhood Antecedents of Multiple Personality* . Washington DC , American Psychiatric Pres, 1985: 79-93.
50. Steinberg M. *Handbook for the Assesment of Dissociation: A Clinical Guide*. WashingtonDC, American Psychiatric Pres. 1995; 110-118.
51. Nobre AC, Plunkett K. The neural system of language: Structure and development. *Curr Opin Neurobiol* 1997;7:262 _/8.
52. Huttenlocher PR, Dabholkar AS. Regional differences in synaptogenesis in human cerebral cortex. *J Comp Neurol* 1997;387:167_ 78.
53. Bowlby J. *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge; 1988.
54. Desgranges B, Baron JC, Eustache F. The functional neuroanatomy of episodicmemory:The role of the frontal lobes,the hippocampal formation, and other areas. *Neuroimage*1998;8:198_ 213.
55. Chrousos G, Gold P. The concepts of stress and stress system disorders: Overview of physical and behavioral homeostasis. *J Am Med Assoc*1992;267:1244_/52.
56. LeDoux J. *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster; 1996.
57. Arnsten A. Development of the cerebral cortex: XIV. Stres impairs prefrontal cortical function. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:220_/2.
58. Krystal J, Southwick S, Charney D. Post traumatic stres disorder: Psychobiological mechanisms of traumatic remembrance. In: Schacter D, editor. *Memory distortions: How minds, brains, and societies reconstruct the past*. Cambridge: Harvard University Press; 1995. p. 150_/72.
59. Dissociation in children and adolescent as reaction to trauma –an overview of conceptual issues and neurobiological factors. *Nord J.Psychiaty* 2005;59:79-91
60. Sapolsky R. Why stress is bad for your brain. *Science* 1996;273:749_/50.
61. Gunnar M, Nelson C. Event-related potentials in year-old infants: Relations with emotionality and cortisol. *Child Dev* 1994;65:80 _/94.
62. Gunnar M. Quality of early care and buffering of neuroendocrine stress reactions: Potential effects on the developing human brain. *Prev Med* 1998;27:208_/11.
63. Bremner J, Randall P, Scott T, Capelli S, Delaney D, McCarthy G, et al. Deficits in short-term memory in adult survivors of childhood abuse. *Psychiatry Res* 1995;59:97_/107.
64. Bender B, Lerner J, Poland J. Association between corticosteroids and psychologic change in hospitalized asthmatic children. *Ann Allergy* 1991;66:414_/9.
65. Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP, Kim DM. The neurobiological consequences of early stres and childhood maltreatment. *Neurosci Biobehav Rev*

66. Teicher MH, Ito Y, Glod CA, Andersen SL, Dumont N, Ackerman E. Preliminary evidence for abnormal cortical development in physically and sexually abused children using EEG coherence and MRI. *Ann N Y Acad Sci* 1997;821:160_ 75.
66. Yazgan MY, Wexler BE, Kinsbourne M, Peterson B, Leckman JF. Functional significance of individual variations in callosal area. *Neuropsychologia* 1995;33:769_ 79.
67. Glaser D. Child abuse and neglect and the brain: A review. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41:97_/116.
68. Putnam FW. Child development and Dissociation. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1996; 5(2): 285-302.
69. Zoroğlu S, Tüzün Ü, Şar V ve ark. Childhood Abuse, Self-İnjury, and Dissociative Experiences Among High School Students. *International Society for the Study of Dissociation "Healing The Divided Mind. Advances in the psychotherapy of dissociative disorders". 13 th International Fall Conference., San Francisco/CA/USA 1996; November 7-10.*
70. Liotti G. Disorganized/ disoriented attachment in the etiology of dissociative disorders. *Dissociation* 1992; 5:196-204.
71. Wolff PH. *The Development of Behavioral States and the Expression of Emotions in Early Infancy.* Chiago, University of Chiago Press, 1987: 68-74.
72. Kluft ,R.& Loweinstein,R. Trauma ,dissociation and clinical practise :New perspectives and treatment implications. Seminar presented by the international society for the study of dissociation .Toronto,ontario,canada .(April 2005)
73. Putnam FW. *Dissociation in Children and Adolescents*, 1. Baskı, Washington, Williams and Wilkins Press, 1996: 145-153.
74. Zoroğlu S, Tüzün Ü, Öztürk M, Sar V. Çocuk ve ergenlerde dissosiyatif bozukluk: 36 vakanın gözden geçirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000; 1(4):197-206
75. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel el Kitabı . Çocuk ve gençlik Ruh sağlığı derneği yayınları:3.44(438-454)
76. Ellason J.W., Ross C.A., Fuchs D.L. Lifetime Axis I and Axis II Comorbidity and Trauma History in Dissociative Identity Disorder *Psychiatry* ,vol.59, Fall 1996
77. Mesulam MM: Dissociative states with abnormal temporal lobe EEG: multiplepersonality and illusion of possession. *ArchNeurol* 1981; 38:176-181.
78. Ross CA. *Dissociative Identity Disorder . Diagnosis and Treatment of Multiple Personalitty.* John Wiley ,New York.1997.
79. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları Dissosiyatif Bozukluklar-2 Cilt:4 Sayı:1 Sayfa 46
80. Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry* sekizinci baskı Cilt 2 Sayfa 1890
81. Golier J, Yehuda R. Neuroendocrine activity and memory-related impairments in post-traumatic stress disorder. *Dev Psychopathol* 1998;10:857_ 69.

82. De Bellis MD. Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Dev Psychopathol* 2001;13:537_61.
83. Hart J, Gunnar M, Cicchetti D. Salivary cortisol in maltreated children: Evidence of relations between neuroendocrine activity and social competence. *Dev Psychopathol* 1995;7:11_26.
84. De Bellis MD, Baum AS, Birmaher B, Keshavan MS, Eccard CH, Boring AM, et al. Developmental traumatology part I: Biological stress systems. *Biol Psychiatry* 1999;45:1259_70.
85. LeDoux J. Emotion, memory and the brain. *Sci Am* 1994;270:32_9.
86. Perry B, Pollard R, Blakley T, Baker W, Vigilante D. Childhood trauma, the neurobiology of adaption, and “use-dependent” development of the brain: How “states” become “traits”. *Infant Ment Health J* 1995;16:271_91.
87. Schiffer F, Teicher M, Papanicolaou A. Evoked potentials evidence for right brain activity during recall of traumatic memories. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1995;7:169_75.
88. Rauch S, van der Kolk B, Fisler R, Alpert N, Orr S, Savage C, et al. A symptom provocation study of post-traumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:380_7.
89. Ito Y, Teicher M, Glod C, Ackerman E. Preliminary evidence for aberrant cortical development in abused children: A quantitative EEG study. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1998;10:298_307.
90. De Bellis MD, Keshavan MS, Clark DB, Casey BJ, Giedd JN, Boring AM, et al. A.E. Bennett research award. Developmental traumatology part II: Brain development. *Biol Psychiatry* 1999;45:1271_84.
91. De Bellis MD, Keshavan MS, Shifflett H, Iyengar S, Beers SR, Hall J, et al. Brain structures in pediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder: A sociodemographically matched study. *Biol Psychiatry* 2002;52:1066_78.
92. De Bellis MD, Keshavan MS. Sex differences in brain maturation in maltreatment-related pediatric posttraumatic stress disorder. *Neurosci Biobehav Rev* 2003;27:103_17.
93. Stein M, Koverola C, Hanna C, Torchia M, McClarty B. Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. *Psychol Med* 1997;27:951_9.
94. Bremner J, Randall P, Vermetten E, Staib L, Bronen R, Mazure C, et al. Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in post-traumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse _ a preliminary report. *Biol Psychiatry* 1997;41:23_32.
95. Carrion VG, Weems CF, Eliez S, Patwardhan A, Brown W, Ray RD, Reiss AL. Attenuation of frontal asymmetry in pediatric posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* 2001;50:943_51.
96. Weniger G, Lange C, Sachsse U, Irle E. Amygdala and hippocampal volumes and cognition in adult survivors of childhood abuse with dissociative disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2008 Oct;118(4):281-90. Epub 2008 Aug 27.

97. Teicher MH, Samson JA, Sheu YS, Polcari A, McGreenery CE. Hurtful words: association of exposure to peer verbal abuse with elevated psychiatric symptom scores and corpus callosum abnormalities. *Am J Psychiatry*. 2010 Dec;167(12):1464-71. Epub 2010 Jul 15.
98. Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP, Kim DM: The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neurosci Biobehav Rev* 2003; 27:33–44
99. Lin CP., Tseng WTL., Cheng HC., Chen JH. Validation of Diffusion Tensor Magnetic Resonance Axonal Fiber Imaging with Registered Manganese-Enhanced Optic Tracts. *NeuroImage* 2001;14: 1035-1047.
100. Hagmann P., Jonasson L., Maeder P., Thiran JP., Wedeen VJ., Meuli R. Understanding Diffusion MR Imaging Techniques: From Scalar Diffusion-Weighted Imaging to Diffusion Tensor Imaging and Beyond. *Radiographics*, 2006;26: 205-223.
101. Pierpaoli C. Jezzard P. Basser PJ. Barnett A., Di Chiro G. Diffusion Tensor MR Imaging of the Human Brain. *Radiology*, 1996; 201: 637-648.
102. Shimony JS., McKinstry RC., Akbudak E., Aronovitz JA., Snyder AZ. Quantitative Diffusion-Tensor Anisotropy Brain MR Imaging: Normative Human Data and Anatomic Analysis. *Radiology*.1999; 212:770-783.
103. Moritani T., Ekholm S., Westesson P.-L(ed). *Diffusion-Weighted MR Imaging of the Brain: Basics of Diffusion Measurements by MRI*. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg 2005; 1-5.
104. Mukherjee P., Berman JI., Chung SW., Hess CP., Henry RG. Diffusion Tensor MR Imaging and Fiber Tractography: Theoretic Underpinnings *Am J Neuroradiol* 2008;29: 632–641.
105. Mori S. *Methods and Applications of Diffusion Tensor Imaging*. In: Toga AW., Mazziotta JC. (ed) *Brain Mapping: The Methods*. 2nd edition. Elsevier Science, USA 200; S. 379-397
106. Gelal F. Callı C., Kitis Ö., Yünter N. Diffusion-Weighted Magnetic Resonance Imaging. *Journal of Neurological Sciences*, 2001; 18:2.
107. Ciccarelli O. Toosy AT., Parker GJM., Wheeler-Kingshott CAM., Barker GJ., Miller DH., Thompson AJ. Diffusion Tractography Based Group Mapping of Major White- Matter Pathways in the Human Brain. *NeuroImage*; 19: 1545–1555, 2003.
108. Göksel D. Özkan M. Difüzyon Tensör MR Görüntüleme. *Biyomedikal Mühendisliği Ulusal Toplantısı*, 2005.
109. Parker GJM. Analysis of MR Diffusion Weighted Images. *The British Journal of Radiology* 2004;77:176-185.
110. Nucifora PGP., Verma R., Lee SK., Melhem ER. Diffusion-Tensor MR Imaging and Tractography: Exploring Brain Microstructure and Connectivity. *Radiology*2007; 245 (2):367-384.
111. Taylor WD., Hsu E., Krishnan KRR., MacFall JR. Diffusion Tensor Imaging: Background, Potential, and Utility in Psychiatric Research, *Biological Psychiatry*.

2004;55:201-207.

112. Masutani Y., Aoki S., Abe O., Hayashi N., Otomo K. MR Diffusion Tensor Imaging: Recent Advance and New Technigues for Diffusion Tensor Visualization. *European Journal of Radiology* 2003; 46: 53-66.

113. Wiegell MR., Larson HBW., Wedeen VJ. Fiber Crossing in Human Brain Depicted with Diffusion Tensor MR Imaging. *Radiology*; 217: 897-903, December 2000.

114. Melhem ER., Mori S., Govind Mukundan Michael A. Kraut, Martin G. Pomper, Peter C. M. van Zi, Diffusion Tensor MR Imaging of the Brain and White Matter Tractography. *American Journal Röntgenology*, 2002; 178: 3–16.

115. Le Bihan D. Looking Into Functional Architecture of The Brain With Diffusion MRI. *Neuroscience*, 2003; 4: 469-480.

116. Conturo TE., Lori NF., Cull TS., Akbudak E., Snyder AZ., Shimony JS., McKinstry RC., Burton H., Raichle ME. Tracking Neuronal Fiber Pathways in The Living Human Brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA.*; 1999; 96 (18): 10422–10427

117. Alexander AL., Lee JE., Lazar M., Field AS. Diffusion Tensor Imaging of The Brain. *Neurotherapeutics*. 2006; 4: 316-31.

118. Jones DK., Simmons A., Williams SCR., Horsfield MA. Non Invasive Assessment of Axonal Fiber Connectivity in the Human Brain Via Diffusion Tensor MRI. *Magnetic Resonance in Medicine*. 1999; 42: 37-41.

119. Tievsky AL., Ptak T., Farkas J. Investigation of Apparent Diffusion Coefficient and Diffusion Tensor Anisotropy in Acute and Chronic Multipl Sclerosis Lesions. *American Journal of Neuroradiology*. 1999; 20: 1491-1499.

120. Huisman TAGM., Loenneker T., Barta G., Bellemann ME., Hennig J., Fischer JE., Il'yasov KA. Quantitative Diffusion Tensor MR Imaging of the Brain: Field Strength Related Variance of Apparent Diffusion Coefficient (ADC) and Fractional Anisotropy (FA) Scalars. *European Radiology*. 2006; 16: 1651–1658.

121. Sundgren PC., Dong Q., Gomez-Hassan D., Mukherjy SK., Maly P., Welsh R. Diffusion Tensor Imaging of the Brain: Review of Clinical Applications. *Neuroradiology*, 2004; 46: 339- 350.

122. Smith SM., Jenkinson M., Johansen-Berg H., Rueckert D., Nichols TE., Mackay CE., Watkins KE., Ciccarelli O., Cader MZ., Matthews PM., Behrens TEJ. Tract-based spatial statistics: Voxelwise analysis of multi-subject diffusion data. *NeuroImage* 2006; 31: 1487 – 1505.

123. Bammer R. Basic Principles of Diffusion-Weighted Imaging. *European Journal of Radiology*, 2003;45:169-184.

124. Stejskal EO, Tanner JE. Spin Diffusion Measurements: Spin Echoes in the Presence of a Time-Dependent Field Gradient. *Journal Chem. Psychiatric*, 1965; 42: 288–292.

125. Roberts TPL., Schwartz ES. Principles and Implementatin of Diffusion-Weighted and Diffusion Tensor Imaging, *Pediatric Radiology*, 2007; 37: 739-748.

126. Öner AY, Aggünlü L, Akpek S, Talı T, Çelik A. Diffusion Weighted Imaging of the Appendicular Skeleton with a Non-Carr-Purcell-Meiboom-Gill Single-Shot Fast Spin-Echo Sequence, *American Journal of Roentgenology*, 2007; 189: 1494-1501.
127. Bastin ME., Le Roux P. On the Application of a Non-CPMG Single-Shot Fast Spin Echo Sequence to Diffusion Tensor MRI of the Human Brain, *Magnetic Resonance in Medicine*, 2002; 48: 6-14.
128. Mukherjee P., Chung SW., Berman JL., Hess CP., Henry RG. Diffusion Tensor MR Imaging and Fiber Tractography: Technical Considerations. *American Journal of Neuroradiology*, 2008; 29: 843-852.
129. Ashburner J., Friston KJ. Voxel-Based Morphometry-The Methods. *NeuroImage*, 2000; 11: 805-821.
130. Focke NK., Yogarajah M., Bonelli SB., Bartlett PA., Symms MR., Duncan JS. Voxel-Based Diffusion Tensor Imaging in Patients with Mesial Temporal Lobe Epilepsy and Hippocampal Sclerosis. *NeuroImage*, 2008; 40: 728-737.
131. Good CD., Johnsrude IS., Ashburner J., Henson RNA., Friston KJ., Frackowiak RSJ. A Voxel-Based Morphometric Study of Ageing in 465 Normal Adult Human Brains. *NeuroImage*, 2001; 14: 21-36.
132. Karadeniz-Bilgili YM., Ünal B., Kendi T., Şimşir İ., Erdal H., Huvaj S., Kara S., Bademci G. MRG ile Normal Görünümlü Beyaz ve Gri Cevherde Yaşlanmanın Etkilerinin ADC Değerleri ile Saptanabilirliği. *Tanısal ve Girişimsel Radyoloji*; 10: 4-7, 2004.
133. Le Bihan D., Mangin JF., Poupon C., Clark CA., Pappata S., Molko N., Chabriat H. Diffusion Tensor Imaging: Concepts and Applications. *Journal of Magnetic Resonance Imaging*, 2001; 13: 534-546.
134. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı Görme Engellilerde Optik Yolakların Difüzyon Tensör Manyetik Rezonans Görüntüleme ile Değerlendirilmesi Uzmanlık Tezi Dr. İlksen Canpolat Özlü Ankara-2008.
135. Fundamentals of the nervous system. In: deGroot J, Chusid JG, eds. *Correlative Neuroanatomy*. 21st ed. Sydney: Prentice-Hall, 1991; 1-5.
136. İstanbul, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Genel Psikiyatri Servisinde Dissosiyatif Bozukluklar ve Çocukluk Çağı Tacizleri Sıklığı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Dr. Hamdi Tutkun 1996.
137. Spiegel D, Hunt T, Dondershine HE. Dissociation and hypnotizability in posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1988 ;145:301-305.
138. Rose DA. "Worse than death" psychodynamics of rape victims and the need for psychotherapy. *Am j Psychiatry* 1986; 143: 817-824.
139. Homstein NL, Putnam FW. Clinical phenomenology of child and adolescent dissociative disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31:1077-1085.
140. Ross CA, Anderson G, Fleisher WP, Norton GR The frequency of multiple personality disorder among psychiatric inpatients. *Am J Psych*, 1991: 148:1717-1720.

141. Lewis DO. Diagnostic Evaluation of the Child with Dissociative Identity Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 1996; 5:2: 303-332.
142. Coons P.M. Child Abuse and Multiple Personality Disorder, Review of the Literature and Suggestions for Treatment, *Child Abuse and Neglect*, 1986; 10(4) 455-462.
143. 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.
144. Van der Kolk C, Perry JC, Herman JL. Childhood origins of self- destructive behavior. *Am J Psychiatry* 1991; 148:1665-1671.
145. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı Hastalıkları Ana Bilim Dalı Dissosiyatif Bozuklukta Psikiyatrik Eş Tanılar, Yayınlanmış Uzmanlık Tezi Dr. Işıl Altıntaş 2008.
146. Semiz Ü.B, Ebrinç S, Çetin M, Narin Y, Dr. Özgüven M.A, Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu Hastalarında 99mTcHMPAO SPECT İncelemede Bölgesel Beyin Kan Akımı Değişiklikleri
147. Kyriakopoulos M, Bargiotas T, Barker GJ ve ark. Diffusion tensor imagingin schizophrenia. *Eur Psychiatry*, 2008; 23:255-73.
148. Le Bihan D Diffusion/perfusion MR imaging of the brain: from structure to function. *Radiology* 1990; 177:328-329
149. Adler CM, Adams J, DelBello MP et al. Evidence of white matter pathology in bipolar disorder adolescents experiencing their first episode of mania: a diffusion tensor imaging study. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 322-324.
150. Haznedar MM, Roversi F, Pallanti S et al. Frontothalamo- striatal gray and white matter volumes and anisotropy of their connections in bipolar spectrum illnesses. *Biol Psychiatry* 2005; 57: 733-742.
151. Kafantaris V, Kingsley P, Ardekani B, Saito E, Lencz T, Lim K, Szeszko P Lower orbital frontal white matter integrity in adolescents with bipolar I disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48:79-86.
152. Barnea-Goraly N, Chang KD, Karchemskiy A, Howe ME, Reiss AL Limbic and corpus callosum aberrations in adolescents with bipolar disorder: a tract-based spatial statistics analysis. *Biol Psychiatry* 2009; 66(3):238-244.
153. Wessa M, Houenou J, Leboyer M, Chanraud S, Poupon C, Martinot J-L, Paille`re- Martinot M-L. Microstructural white matter changes in euthymic bipolar patients: a whole-brain diffusion tensor imaging study. *Bipolar Disord* 2009; 11: 504-514.
154. McIntosh AM, Maniega SM, Lymer GKS, McKirdy J, Hall J, Sussmann JED, Bastin ME, Clayden JD, Johnstone EC, Lawrie SM (2008a) White matter tractography in bipolar disorder and schizophrenia. *Biol Psychiatry* 64:1088-1092.
155. Kyriakopoulos M, Bargiotas T, Barker GJ ve ark. Diffusion tensor imaging in schizophrenia. *Eur Psychiatry*, 2008; 23:255-73.

156. Price G, Cercignani M, Parker GJ ve ark. Abnormal brain connectivity in first-episode psychosis: a diffusion MRI tractography study of the corpus callosum. *Neuroimage*, 35:458-66. Düzeltme: *Neuroimage*, 2007;38:766.

157. Fatemi SH, Folsom TD, Reutiman TJ ve ark. Abnormal expression of myelination genes and alterations in white matter fractional anisotropy following prenatal viral influenza infection at E16 in mice. *Schizophr Res* 2009;112:46-53

EKLER

DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (DES) Bernstein & Putnam,1986,1993

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

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

Örnek:

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

SORULAR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Harran Üniversitesi T. F. Psikiyatri Anabilim Dalı

DİSSOSİYATİF BOZUKLUKLAR İÇİN GÖRÜŞME ÇİZELGESİ (DBGÇ)

(The Dissociative Disorders Interview Schedule - DDIS)

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

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

1. SOMATİK YAKINMALAR

1- Baş ağrısı çeker misiniz?

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

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

Görüşmeci deneye şu açıklamayı yapmalıdır;

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

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

Görüşmeci şimdi deneye şu soruyu sormalıdır;

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

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

3- Karın ağrısı (adet dışında)

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

4- Bulantı (taşıt tutması dışında)

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

5- Kusma (taşıt tutması dışında)

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

6- Şişkinlik (gaz)

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

7- İshal

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

8- Bir çok değişik yiyeceğin dokunması

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

9- Sırt ağrısı

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

10- Eklem ağrısı

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

11- Kol ve bacaklarımızda ağrı

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

NOT: Denek erkekseniz 33. soruyu sorup 38. soruya geçiniz. Eğer kadınsa 34. soruyla devam ediniz.

- 33- Cinsel organınızın sertleşmemesi
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3
- 34- Adet düzensizliği
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3
- 35- Adetlerin ağrılı olması
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3
- 36- Aşırı adet kanaması
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3
- 37- Bütün hamilelik süresince kusma
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3
- 38- Sizde 30 yaş öncesinde başlayan ve yıllardır devam eden bir çok bedensel yakınmaya yada hastalıklı olduğunuza dair bir inanç var mıdır?
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3
- 39- Doktorların bir nedene bağlayamadığı başka bir ciddi bedensel yakınmanız hiç oldu mu?
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

II. ALKOL VE UYUŞTURUCU MADDE KÖTÜYE KULLANIMI

- 40- Hiç alkol probleminiz oldu mu?
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3
- 41- Hiç uyuşturucu madde kullandığınız bir dönem oldu mu?
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3
- 42- Hiç damardan uyuşturucu aldınız mı?
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3
- 43- Hiç uyuşturucu yada alkol problemi nedeniyle tedavi gördünüz mü?
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

III. PSİKİYATRİ ÖYKÜ

- 44- Ruhsal bir sorun yada hastalık nedeniyle hiç tedavi gördünüz mü?
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3
- 45- Eğer varsa geçmişte size ne gibi psikiyatrik tanıları konulduğunu biliyor musunuz?
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

46- Aşağıdaki tanılardan biri hiç size konuldu mu?

- a) depresyon
- b) mani
- c) şizofreni
- d) anksiyete bozukluğu
- e) başka psikiyatrik bozukluk(belirtiniz)

Eğer denek 46'e yanıt vermek istemezse 48.ci soruya geçiniz.

47- Eğer denek 46 e'ye yanıt verdiyse belirttiği tanı aşağıdakilerden biri midir?

- a) Psikojenik amnezi
- b) Psikojenik fiğ
- c) Çoğul kişilik bozukluğu
- d) Depersonalizasyon bozukluğu
- e) Atipik dissosiyatif bozukluk

48. Size hiç psikiyatrik ilaç yazıldı mı?
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

49- Aşağıdaki ilaçlardan herhangi biri size hiç yazıldı mı?

- a) antipsikotik
- b) antiödeplasan
- c) lityum
- d) anksiyolitik yada uyku ilacı
- e) diğerleri (belirtiniz)

50- Size hiç elektroşok tedavisi yapıldı mı?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

52- Eğer olduysa ruhsal problem yada hastalık nedeniyle yaşamınız boyunca toplam olarak kaç terapistle başvurduunuz?
Emin değilim = 89

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

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

IV. MAJÖR DEPRESYON DÖNEMLERİ

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

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

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

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

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

56. Çok az yada çok fazla uyuma

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

59. Halsizlik, bitkinlik.

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

61. Dikkat toplamada zorluk yada karar verme güçlüğü.

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

İntihar girişiminde bulduysanız bunu ne yolla yaptınız?

- a) Yüksek dozda ilaç alarak
- b) Bileklerinizi yada vücudunuzun başka bir yerini keserek
- c) Vücudunuzu sigarayla yakama yada başka şekilde kendinize zarar verme yoluyla

- d) Tabanca, bıçak yada başka bir silahla
e) kendinizi asmaya çalışarak
f) başka bir yöntemle

63. Yukarıda tanımladığı gibi bir depresyon döneminiz olmuşsa, bu aşağıdakilerden hangisine uymaktadır; halen devam ediyor,
ilk oluşu=1
şu anda iyileşmiş = 2
halen devam ediyor, tekrarlamış= 3
belirsiz= 4
belirli bir organik nedene bağlı=5

V. BİRİNCİ DERECE SCHNEIDER BELİRTİLERİ

64. Sayacağım yaşantılar sizde hiç oldu mu?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

- a) kafanızın içinde tartışan sesler.
b) Davranışlarınız üzerinde yorumda bulunan sesler.
c) duygularınızın sizin dışınızda birisi yada bir şey tarafından oluşturulduğu yada yönetildiği yaşantısı.
d) düşüncelerinizin sizin dışınızda birisi yada bir şey tarafından oluşturulduğu yada yönetildiği yaşantısı.
e) davranışlarınızın sizin dışınızda birisi yada bir şey tarafından oluşturulduğu yada yönetildiği yaşantısı.
f) sizin dışınızdaki bazı güçlerin bedeninizi etkilemesi.
g) düşüncelerinizin kafanızdan alınması.
h) başkalarına ait gibi görünen düşünceleri düşünmeniz.
I) düşüncelerinizi yüksek sesle duymak.
j) başka insanların sizin düşüncelerinizi sesli olarak söyleyormuş gibi duyması.
k) başkalarına inanılmaz yada gerçek dışı gelen düşünceler.

Eğer denek bütün Schneider belirtileri için HAYIR yanıtı verdiyse 67. soruya geçiniz, aksi takdirde görüşmeçi şu soruyu sormalıdır:

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

65. Sadece ilaç yada alkol etkisi altında

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

66. Sadece majör depresyon sırasında

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

VI. TRANS HALLERİ, UYUR GEZERLİK, HAYALİ ÇOCUKLUK ARKADAŞLARI

67. Hiç uykudayken yürüdünüz mü?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

68. Uykunuzda yürümüşseniz, yaklaşık olarak kaç kez olmuştur?

1-10=1 11-50= 2 > 50= 3 Emin değilim= 4

69. Boşluğa bakarak çevrenizde olup bitenleri ve zamanın geçtiğini fark etmeyecek biçimde dalıp gittiğiniz olur mu?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

70. Bu dalgınlık dönemleriniz kaç kez olmuştur?

1-10= 1 11-50= 2 >50= 3 Emin değilim= 4

71.Çocukken hayalinizde yarattığınız oyun arkadaşınız var mıydı?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

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

Emin değilim= 0

Deneğin hayali arkadaşları hala varsa deneğin şimdiki yaşını belirtiniz.

VII. ÇOCUKLUK ÇAĞINDA TACİZ VE İSTİSMAR EDİLME

73. Çocukluk yada gençlik döneminizde aşırı derecede dövülür müydünüz?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

74. Bu dayaklar cinsel taciz anları dışında mı oluyordu?

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

75. Kim tarafından dövüliyordunuz?

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

76. Dövülmeniz başladığında kaç yaşındaydınız?

Belli Değil= 89

Yaşından önceyse 0'ı işaretleyin.

77. Dövülmeniz kaç yaşında sona erdi?

Belli Değil= 89

Yaşından önceyse 0'ı işaretleyin.

Devam ediyorsa şu andaki yaşını yazınız.

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

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

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

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

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

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

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

79. Eğer cinsel tacize uğradıysanız bunu yapan kimdi?

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

Denek kadınsa 80. soruyu erkekse 81. soruyu atlayınız .

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

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

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

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

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

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

82. Cinsel taciz başladığında kaç yaşındaydınız?

Belli değil =89

1 yaşından önceyse 0'ı işaretleyin.

83. Cinsel taciz kaç yaşında sona erdi?

Belli değil =89

1 yaşından önceyse 0'ı işaretleyin.

Devam ediyorsa deneğin şimdiki yaşını yazınız.

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

1-5=1

6-10=2

11-50=3

V50=4

Emin değilim=5

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

0=1

1-5=2

6-10=3

11-50=4

V50=5

Emin değilim=6

VII. ÇOĞUL KİŞİLİK BOZUKLUĞU İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

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

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

1= Hiçbir zaman

2= Nadiren

3= Sık Sık

4= Çok sık

5= Emin değilim

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

1= Hiçbir zaman

2= Nadiren

3= Sık Sık

4= Çok sık

5= Emin değilim

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

1= Hiçbir zaman

2= Nadiren

3= Sık Sık

4= Çok sık

5= Emin değilim

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

1= Hiçbir zaman

2= Nadiren

3= Sık Sık

4= Çok sık

5= Emin değilim

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

1= Hiçbir zaman

2= Nadiren

3= Sık Sık

4= Çok sık

5= Emin değilim

91. Kendinizde olmadığınızı yada boşluk gibi hissettiğinizi, hatırlamadığınızı zamanlar hiç olur mu? (Alkol yada uyuşturucu madde aldığınız zamanları hesaba katmayınız)

1= Hiçbir zaman

2= Nadiren

3= Sık Sık

4= Çok sık

5= Emin değilim

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

1= Hiçbir zaman

2= Nadiren

3= Sık Sık

4= Çok sık

5= Emin değilim

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

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

94. Hücum eder gibi zihninize aniden gelen anlamlarınız var mıdır?
1= Hiçbir zaman 2= Nadiren 3= Sık Sık 4= Çok sık 5= Emin değilim

95. Kendinizi gerçek değilmiş, sanki rüyadaymış yada gerçekte orada değilmiş gibi hissettiğiniz uzun dönemler olur mu? (Alkol yada uyuşturucu madde aldığınız zamanları hesaba katmayınız)
1= Hiçbir zaman 2= Nadiren 3= Sık Sık 4= Çok sık 5= Emin değilim

96. Kimi zaman sizinle konuşan yada kafanızın içinde konuşan sesler duyar mısınız?
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

97. Bu sesler sizin içinizden mi geliyor?
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

98. Kendinizden "biz" yada "bize" diye bahsettiğiniz hiç olur mu?
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

99. İçinizde başka biri yada birilerinin olduğunu hissettiğiniz olur mu?
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

100. İçinizde ismi olan başka biri yada birileri var mı?
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

101. Eğer içinizde başka birileri varsa, bunun dışarı çılp vücudunuzun kontrolünün ele aldığı olur mu?
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

102. Herhangi bir doğaüstü yaşantınız olmuş mudur?
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

103. Beş duyu ötesi algılama yaşantılarınız olur mu? Örneğin:
a) Zihinsel telepati
b) Uyanırken geleceği görmek
c) Zihninizle eşyaları hareket ettirmek
d) Rüyanızda geleceği görmek
e) Deja vu (yaşamakta olduğunuz bir şeyi daha öncede yaşamış olduğunuzu hissetme)
f) Diğer (belirtiniz)
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

104. İçinize sayacaklardan birinin girdiğini hissettiğiniz olmuş mudur?
a) cin yada şeytan
b) ölmüş bir kişi
c) Hayatta olan bir kişi
d) Başka bir güç
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

105. Sayacaklardan herhangi biriyle irtibat kurduğunuz oldu mu?
a) Hayaletler
b) Cinler (ses çıkaran yada eşyaları hareket ettiren görünmez varlıklar)
c) Ruhlar
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

106. Daha önce yaşayıp tekrar başka bir bedende dünyaya geldiğinizi hissettiğiniz oldu mu?
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

107. Kendinize özgü, değişik inançları olan tarikat yada benzeri bir topluluğun faaliyetlerine devam ettiğiniz oldu mu?
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

X. SINIRDA KİŞİLİK BOZUKLUĞU

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

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

115. Sürekli olan boşluk hissi yada can sıkıntısı.

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

XI. PSİKOJENİK AMNEZİ

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

XII. PSİKOJENİK FÜĞ

118. Geçmişinizi unutup (hatırlamayıp) birden, beklenmedik bir biçimde evinizden yada alışageldiğiniz çevreden ayrılp gittiğiniz oldu mu?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

XIII. DEPERSONALİZASYON BOZUKLUĞU

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

c) Kendimizi bedeninizin dışında gördüğünüz hiç oldu mu?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

124. Belli bir zamanda öne çıkan bir parçanız yada bir kişiliğiniz davranışlarınızı kontrolü altına aldı mı?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

127. Farklı kişilikler arasında diğerinin başından geçen bazı şeyleri bilmeme biçiminde çeşitli türden "unutma" engelleri var mıdır?

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

128. Deneğin bir dissosiyatif bozukluğu olduğu izlenimi edinilmiştir, ancak durum belli bir dissosiyatif bozukluğun tam ölçütlerini karşılamamaktadır.

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

XVI. Son Değerlendirme

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

"Sizce daha önce sormuş olduğum baş ağrılarınız sizi kontrolü altına alan farklı kişiliklerin varlığıyla ilişkili midir?"

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

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

Kişiliklerin çoğunu ya da hepsini etkilemekte midir?

Yalnız birinde =1

Kişiliklerin çoğunda ya da hepsinde=2

Emin değlim.=3

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

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

DİSSOSİYASYON ÖLÇEĞİ (DIS-Q)

J.Vanderlinden

Türkçesi: V.Şar,1995

Bu listede çeşitli yaşantılar tarif edilerek her birinin sizde ne derecede görüldüğü sorulmaktadır. Anlatılan durum sizde sadece alkol, ilaç ya da bir uyuşturucu madde etkisiyle meydana geldiyse dikkate almayınız. Anketi cevaplandırırken lütfen her soruda size uygun düşen rakamı daire içine alarak işaretleyiniz.

Örnek

Aşağıda anlatılan durum size ne derecede uymaktadır. İşaretleyiniz.

Kafam toplamakta güçlük çekiyorum. 1 2 3 4 5

Bu rakamlardan birini daire içine alarak bu yaşantının sizde olup olmadığını ya da ne derecede olduğunu belirtebilirsiniz. Eğer yukarıdaki örnekte olduğu gibi "orta derecede" ifadesi sizin durumunuza uyuyorsa 3 rakamını işaretleyiniz. Sizin durumunuza en çok uyan rakamı her soru için ayrı ayrı işaretleyiniz.

- 1= Benim durumuma hiç uyumuyor
- 2= Benim durumuma biraz uyuyor
- 3= Benim durumuma orta derecede uyuyor
- 4= Benim durumuma çok uyuyor
- 5= Benim durumuma tam olarak uyuyor

1=Hiç	2= Biraz	3=Orta	4= Çok	5=Tam	
1. Bazan nüyadaymışım gibi geliyor.	1	2	3	4	5
2. Her şeyin gerçek dışı olduğu hissi bende devamlı olarak var.	1	2	3	4	5
3. Zaman zaman vücudumla bağlantım kopmuş gibi oluyor.	1	2	3	4	5
4. Hiç düşünmeksizin tika basa yemek yediğim oluyor.	1	2	3	4	5
5. Araba kullanırken ya da yolda yürürken birden farkediyorum ki, yol boyunca neler olduğunu hatırlamıyorum.	1	2	3	4	5
6. Hiç bir neden yokken ve kendim de istemediğim halde gülme ya da ağlama krizi tutuyor.	1	2	3	4	5
7. Bazan sanki bir başkası olmuşum gibi geliyor.	1	2	3	4	5
8. Kimi zaman, bir başkasını dinlerken birden farkediyorum ki sanki anlatılanların hiç birini (ya da bir bölümünü) duymamışım.	1	2	3	4	5
9. Kimi zaman, yorgun olduğumda, sanki dışardan yabancı bir güç bana hakim olmuş ve ne yapacağıma karar veriyormuş gibi geliyor.	1	2	3	4	5
10. Olmayı hiç istemediğim durumlara giriyorum.	1	2	3	4	5
11. Zaman zaman, kendimle, düşündüklerim ve yaptıklarım arasında büyük fark hissediyorum.	1	2	3	4	5
12. Bazan tam olarak kim olduğumu bilemiyorum.	1	2	3	4	5
13. Eşyalarım arasında satın aldığımı hatırlamadığım yeni şeyler bulduğum oluyor.	1	2	3	4	5
14. Sıklıkla, aç olmadığım halde bir şeyler yeme isteği duyuyorum.	1	2	3	4	5
15. Hiç istemediğim halde öfkelenmişim oluyor.	1	2	3	4	5
16. Bazan bir şey yapmaya karar vermişken vücudum irademe aykırı olarak tamamen farklı davranıyor.	1	2	3	4	5
17. Zaman zaman şaşkınlıyorum ve kafam karışıyor.	1	2	3	4	5
18. Bazan, bir önceki gün (ya da günlerde) nerede olduğumu hatırlayamıyorum.	1	2	3	4	5

1=Hiç	2= Biraz	3=Orta	4= Çok	5=Tam
-------	----------	--------	--------	-------

19. Zaman zaman aileme ya da arkadaşlarıma sanki yabancıymışlar gibi davrandığım söyleniyor.	1	2	3	4	5
20. Bazı durumlarda kendimi çift kişilikli bir insan gibi görüyorum.	1	2	3	4	5
21. Geçmiş yaşamımdaki bazı önemli olayları (örneğin mezuniyet ya da nikah töreni) hiç hatırlamadığım olur.	1	2	3	4	5
22. Bazan bir şey söyleyecek iken ağzımdan tamamen farklı bir şey çıkıyor.	1	2	3	4	5
23. Ruh halindeki neşe ya da keyifsizlik gibi belirgin değişiklikler anı geçişler biçiminde olabilir.	1	2	3	4	5
24. Bir şeyi aklım başka yerde olarak yaptığım oluyor.	1	2	3	4	5
25. Başkalarının bana söylediği şeyleri hemen unutuyorum.	1	2	3	4	5
26. Bazan bir şey yaparken ne yapmakta olduğumu birden unutuyorum.	1	2	3	4	5
27. Bazan aynaya baktığımda kendimi tanıyamıyorum.	1	2	3	4	5
28. Bazan vücudumun değişmekte olduğu hissini duyuyorum.	1	2	3	4	5
29. Kimi zaman insanların, eşyaların ve çevremdeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyuyorum.	1	2	3	4	5
30. Vücudum sanki bana ait değilmiş gibi geliyor.	1	2	3	4	5
31. Televizyon seyrederken çevremde olan biten hiç bir şeyi farketmiyorum.	1	2	3	4	5
32. Bazan geçen zamanın bir bölümü aklımda hiç yer etmiyor, öyle ki ben o boşluk sırasında neler yapmış olduğumu hiç hatırlayamıyorum.	1	2	3	4	5
33. Eskiden olmuş bir şeyi o kadar canlı hatırlayabiliyorum ki sanki o olayı baştan yaşıyor gibi oluyorum.	1	2	3	4	5
34. Bazan ne yapacağıma sanki içimdeki bir başkası karar veriyor gibi geliyor.	1	2	3	4	5
35. Kimi zaman hiç hatırlamadığım halde bazı şeyleri yapmış olduğumu fark ediyorum.	1	2	3	4	5

1=Hiç	2= Biraz	3=Orta	4= Çok	5=Tam
-------	----------	--------	--------	-------

36. Bazı şeyleri yapmaktan kendimi alakoyamıyorum. 1 2 3 4 5
37. Bazan kendimi nasıl geldiğimi bilmediğim ve tanımadığım bir yerde buluyorum. 1 2 3 4 5
38. Zaman zaman aklıma gelen bazı olaylar gerçekten başımdan geçti mi yoksa yalnızca rüyamda mı gördüm,karıştıyorum. 1 2 3 4 5
39. Bazan kendimi, bilinen ama bana yabancı ve bilinmedik gibi gelen bir yerde buluyorum. 1 2 3 4 5
40. Bazı şeyleri neden olduğunu bilmeksizin yaptığımı hissediyorum. 1 2 3 4 5
41. Bazan bir şeyi bana hiç uymayan ve hoşlanmadığım bir tarzda düşünüyor ya da yapıyorum. 1 2 3 4 5
42. Kendimi yaptığım her şeyde yakından gözlediğimi farkediyorum. 1 2 3 4 5
43. Kendimi düşüncelere ya da hayallere o kadar kaptırıyorum ki sanki onlar gerçekten başımdan geçiyor gibi geliyor. 1 2 3 4 5
44. Bazan aklımda bir şey olmaksızın gözüm dalgıyor. 1 2 3 4 5
45. Hiç bir şey düşünmediğim sık oluyor. 1 2 3 4 5
46. Kötü alışkanlıklarıma karşı durmakta çok zorluk çekiyorum. 1 2 3 4 5
47. Bazan bir şeyi nereye koyduğumu unutuyorum. 1 2 3 4 5
48. Yemek yerken aklım başka yerde oluyor. 1 2 3 4 5
49. Kendimi hayallere dalmış durumda bulduğum oluyor. 1 2 3 4 5
50. Kendime daha fazla yön verebilmeyi isterdim. 1 2 3 4 5
51. Yürürken attığım her adımı izliyorum. 1 2 3 4 5
52. Başka durumlarda pek elimden gelmeyen bazı şeyleri kimi zaman kolayca yapıyorum (örneğin spor yaparken ya da çalışırken, insanlarla temas kurarken). 1 2 3 4 5
53. Yemek yerken ağızıma attığım her lokmayı izliyorum. 1 2 3 4 5

1=Hiç	2= Biraz	3=Orta	4= Çok	5=Tam	
54. Zaman kavramını tamamen yitirdiğim (zamandan habersiz olduğum) oluyor.	1	2	3	4	5
55. Bir şeyi yapmayı sadece aklımdan mı geçirdim yoksa gerçekten yaptım mı hatırlayamadığım oluyor.	1	2	3	4	5
56. Bazan kendimi iki farklı şeyi aynı zamanda yapmak istiyor ve hangisinin daha uygun olacağı konusunda tartışırken buluyorum.	1	2	3	4	5
57. Bazan zihnim parçalara bölünmüş gibi hissediyorum.	1	2	3	4	5
58. Eşyalarım arasında yaptığımı hatırlamadığım fakat bana ait olması gereken yazılar, çizimler ya da notlar bulduğum oluyor.	1	2	3	4	5
59. Kendimi aynı anda iki ya da daha fazla kişi olarak hissediyorum.	1	2	3	4	5
60. Bir şey yaparken sıklıkla aklım başka yerde oluyor.	1	2	3	4	5
61. Kafamın içinde ne yapmam gerektiğini söyleyen ya da yaptıklarım hakkında yorumda bulunan sesler duyduğum oluyor.	1	2	3	4	5
62. Kendimi başkalarının gördüğünden farklı gördüğüm oluyor.	1	2	3	4	5
63. Dünyaya bir sis perdesi arkasından baktığımı hissettiğim oluyor, o zaman çevremdeki insanlar ve eşyalar uzakta ve belirsiz görünüyorlar.	1	2	3	4	5



Harran Üniversitesi T. F.
Psikiyatri A.D.
Klinik Global İzlenim (KGI)

Kontrol Tarihleri

		1	2	3	4	5	6	7				
2.ve 3 .maddeler ilk değerlendirme sırasında her ikisi içinde 'değerlendirilemedi' notu düşülerek göz ardı edilebilir. Adı Soyadı: Dosya No: Uygulayan:												
1 Hastahgın şiddeti (S): Bu popülasyondaki tüm deneyimimizi göz önüne alacak olursanız bu hasta şu anda mental olarak ne derecede rahatsızdır? (0) Değerlendirilemedi (1) Normal rahatsız değil (2) Sınırdaki bir mental rahatsızlık (3) Hafif derecede rahatsız (4) Orta derecede rahatsız (5) Belirgin derecede rahatsız (6) Ağır derecede rahatsız (7) Çok ağır rahatsız hastalar arasında												
2 Genel iyileşme (I): Sizin kanaatinize göre tamamen ilaç tedavisine bağlı olsun olmasın toplam düzelmeyi değerlendirin. Projeye dahil edildiğindeki tablosu ile karşılaştırıldığında ne ölçüde değişiklik göstermektedir? (0) Değerlendirilemedi (1) Çok düzelmiş (2) Oldukça düzelmiş (3) Minimal ölçüde, biraz düzelmiş (4) Değişiklik yok (5) Minimal derecede, biraz kötüleşmiş (6) Oldukça kötüleşmiş (7) Çok çok kötüleşmiş												
3 Etkinlik indeksi (EI): Bu maddeyi yalnız ilaç etkisi temelinde değerlendirin .Terapötik ve yan etki düzeylerinizi en iyi şekilde tanımlayan terimler seçin. <i>Değerlendirilemedi ise (0) yazın.</i>												
	Yan Etkiler	(1) yok	(2) Hastanın işlevselliği üzerinde anlamlı olumsuz bir etkide bulunmuyor.	(3) Hastanın işlevselliği üzerinde anlamlı derecede olumsuz etkilerde bulunuyor.	(4) Terapötik etkilerden daha ağır basıyor.							
	Terapötik etki					1	2	3	4	5	6	7
(1) Belirgin çok büyük ölçüde düzelme tüm semptomlarda tam veya hemen hemen tam remisyon		4.00	2.00	1.33	1.00							
(2) İlmli derecede olumlu düzelme semptomlarda kısmi remisyon		3.00	1.50	1.00	0.75							
(3) Minimal hafif düzelme hastanın tedavi ve bakımına gereksinimini değiştirmemiş		2.00	1.00	0.67	0.50							
(4) Değişiklik yok veya kötüleşmiş		1.00	0.50	0.33	0.25							

DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (DES)
Bernstein & Putnam,1986,1993

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

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

Örnek:

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

SORULAR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Harran Üniversitesi T. F. Psikiyatri Anabilim Dalı

DİSSOSİYATİF BOZUKLUKLAR İÇİN GÖRÜŞME ÇİZELGESİ (DBGÇ)

(The Dissociative Disorders Interview Schedule - DDIS)

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

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

1. SOMATİK YAKINMALAR

1- Baş ağrısı çeker misiniz?

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

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

Görüşmeci deneye şu açıklamayı yapmalıdır;

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

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

Görüşmeci şimdi deneye şu soruyu sormalıdır;

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

Görüşmeci, ilk olumlu (pozitif) yanıt aldığında deneyin doğru anlayıp anlamadığını kontrol etmek için hemen a, b ve c ölçütlerini sorgulamalıdır.

3- Karın ağrısı (adet dışında)

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

4- Bulantı (taşıt tutması dışında)

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

5- Kusma (taşıt tutması dışında)

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

6- Şişkinlik (gaz)

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

7- İshal

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

8- Bir çok değişik yiyeceğin dokunması

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

9- Sırt ağrısı

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

10- Eklem ağrısı

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

11- Kol ve bacaklarımızda ağrı

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

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

33- Cinsel organınızın sertleşmemesi

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

34- Adet düzensizliği

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

35- Adetlerin ağrılı olması

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

36- Ağır adet kanaması

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

37- Bütün hamilelik süresince kusma

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

38- Sizde 30 yaş öncesinde başlayan ve yıllardır devam eden bir çok bedensel yakınmaya yada hastalıklı olduğunuza dair bir inanç var mıdır?

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

39- Doktorların bir nedene bağlayamadığı başka bir ciddi bedensel yakınmanız hiç oldu mu?

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

II. ALKOL VE UYUŞTURUCU MADDE KÖTÜYE KULLANIMI

40- Hiç alkol probleminiz oldu mu?

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

41- Hiç uyuşturucu madde kullandığınız bir dönem oldu mu?

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

42- Hiç damardan uyuşturucu aldınız mı?

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

43- Hiç uyuşturucu yada alkol problemi nedeniyle tedavi gördünüz mü?

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

III. PSİKİYATRİ ÖYKÜ

44- Ruhsal bir sorun yada hastalık nedeniyle hiç tedavi gördünüz mü?

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

45- Eğer varsa geçmişte size ne gibi psikiyatrik tanılar konulduğunu biliyor musunuz?

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

46- Aşağıdaki tanılardan biri hiç size konuldu mu?

a) depresyon

b) mani

c) şizofreni

d) anksiyete bozukluğu

e) başka psikiyatrik bozukluk(belirtiniz)

Eğer denek 46e'ye yanıt vermek istemezse 48.ci soruya geçiniz.

47- Eğer denek 46 e'ye yanıt verdiyse belirttiği tanı aşağıdakilerden biri midir?

a) Psikojenik amnezi

b) Psikojenik fug

c) Çoğul kişilik bozukluğu

d) Depersonalizasyon bozukluğu

e) Atipik dissosiyatif bozukluk

48- Size hiç psikiyatrik ilaç yazıldı mı?

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

49- Aşağıdaki ilaçlardan herhangi biri size hiç yazıldı mı?

- a) antipsikotik
- b) antiödeplasan
- c) lityum
- d) anksiyolitik yada uyku ilacı
- e) diğerleri (belirtiniz)

50- Size hiç elektroşok tedavisi yapıldı mı?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

52- Eğer olduysa ruhsal problem yada hastalık nedeniyle yaşamınız boyunca toplam olarak kaç terapiste başvurduunuz?
Emin değilim = 89

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

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

IV. MAJÖR DEPRESYON DÖNEMLERİ

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

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

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

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

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

56. Çok az yada çok fazla uyuma

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

59. Halsizlik, bitkinlik

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

61. Dikkat toplamada zorluk yada karar verme güçlüğü

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

İntihar girişiminde bulduysanız bunu ne yolla yaptınız?

- a) Yüksek dozda ilaç alarak
- b) Bileklerinizi yada vücudunuzun başka bir yerini keserek
- c) Vücudunuzu sigarayla yakma yada başka şekilde kendinize zarar verme yoluyla

- d) Tabanca, bıçak yada başka bir silahla
e) kendinizi asmaya çalışarak
f) başka bir yöntemle

63. Yukarıda tanımladığı gibi bir depresyon döneminiz olmuşsa, bu aşağıdakilerden hangisine uymaktadır; halen devam ediyor,
ilk oluşu=1
şu anda iyileşmiş = 2
halen devam ediyor, tekrarlamış= 3
belirsiz= 4
belirli bir organik nedene bağlı=5

V. BİRİNCİ DERECE SCHNEIDER BELİRTİLERİ

64. Sayacağım yaşantılar sizde hiç oldu mu?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

- a) kafanızın içinde tartışan sesler.
b) Davranışlarınız üzerinde yorumda bulunan sesler.
c) duygularınızın sizin dışınızda birisi yada bir şey tarafından oluşturulduğu yada yönetildiği yaşantısı.
d) düşüncelerinizin sizin dışınızda birisi yada bir şey tarafından oluşturulduğu yada yönetildiği yaşantısı.
e) davranışlarınızın sizin dışınızda birisi yada bir şey tarafından oluşturulduğu yada yönetildiği yaşantısı.
f) sizin dışınızdaki bazı güçlerin bedeninizi etkilemesi.
g) düşüncelerinizin kafanızdan alınması.
h) başkalarına ait gibi görünen düşünceleri düşünmeniz.
İ) düşüncelerinizi yüksek sesle duymak.
j) başka insanların sizin düşüncelerinizi sesli olarak söyleniyormuş gibi duyması.
k) başkalarına inanılmaz yada gerçek dışı gelen düşünceler.

Eğer denek bütün Schneider belirtileri için HAYIR yanıtını verdiyse 67. soruya geçiniz, aksi takdirde görüşmeci şu soruyu somalıdır:

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

65. Sadece ilaç yada alkol etkisi altında

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

66. Sadece majör depresyon sırasında

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

VI. TRANS HALLERİ, UYUR GEZERLİK, HAYALİ ÇOCUKLUK ARKADAŞLARI

67. Hiç uykudayken yürüdünüz mü?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

68. Uykunuzda yürümüşseniz, yaklaşık olarak kaç kez olmuştur?

1-10=1 11-50= 2 > 50= 3 Emin değilim= 4

69. Boşluğa bakarak çevrenizde olup bitenleri ve zamanın geçtiğini fark etmeyecek biçimde dalıp gittiğiniz olur mu?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

70. Bu dalgınlık dönemleriniz kaç kez olmuştur?

1-10= 1 11-50= 2 >50= 3 Emin değilim= 4

71.Çocukken hayalinizde yarattığınız oyun arkadaşınız var mıydı?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

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

Emin değilim= 0

Deneğin hayali arkadaşları hala varsa deneğin şimdiki yaşamı belirtiniz.

VII. ÇOCUKLUK ÇAĞINDA TACİZ VE İSTİSMAR EDİLME

73. Çocukluk yada gençlik döneminizde aşırı derecede dövülür müydünüz?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

74. Bu dayaklar cinsel taciz anları dışında mı oluyordu?

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

75. Kim tarafından dövüldünüz?

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

76. Dövülmeniz başladığında kaç yaşındaydınız?

Belli Değil= 89

Yaşından önceyse 0'ı işaretleyin.

77. Dövülmeniz kaç yaşında sona erdi?

Belli Değil= 89

Yaşından önceyse 0'ı işaretleyin.

Devam ediyorsa şu andaki yaşını yazınız.

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

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

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

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

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

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

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

79. Eğer cinsel tacize uğradıysanız bunu yapan kimdi?

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

Denek kadınsa 80. soruyu erkekse 81. soruyu atlayınız .

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

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

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

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

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

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

82. Cinsel taciz başladığında kaç yaşındaydınız?

Belli değil =89

1 yaşından önceyse 0'ı işaretleyin.

83. Cinsel taciz kaç yaşında sona erdi?

Belli değil =89

1 yaşından önceyse 0'ı işaretleyin.

Devam ediyorsa denegin şimdiki yaşını yazınız.

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

1-5=1

6-10=2

11-50=3

V50=4

Emin değilim=5

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

0=1

1-5=2

6-10=3

11-50=4

V50=5

Emin değilim=6

VII. ÇOĞUL KİŞİLİK BOZUKLUĞU İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

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

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

1= Hiçbir zaman

2= Nadiren

3= Sık Sık

4= Çok sık

5= Emin değilim

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

1= Hiçbir zaman

2= Nadiren

3= Sık Sık

4= Çok sık

5= Emin değilim

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

1= Hiçbir zaman

2= Nadiren

3= Sık Sık

4= Çok sık

5= Emin değilim

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

1= Hiçbir zaman

2= Nadiren

3= Sık Sık

4= Çok sık

5= Emin değilim

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

1= Hiçbir zaman

2= Nadiren

3= Sık Sık

4= Çok sık

5= Emin değilim

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

1= Hiçbir zaman

2= Nadiren

3= Sık Sık

4= Çok sık

5= Emin değilim

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

1= Hiçbir zaman

2= Nadiren

3= Sık Sık

4= Çok sık

5= Emin değilim

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

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

94. Hücum eder gibi zihninize aniden gelen anlarnız var mıdır?
1= Hiçbir zaman 2= Nadiren 3= Sık Sık 4= Çok sık 5= Emin değilim

95. Kendinizi gerçek değilmiş, sanki rüyadaymış yada gerçekte orada değilmiş gibi hissettiğiniz uzun dönemler olur mu? (Alkol yada uyuşturucu madde aldığınız zamanları hesaba katmayınız)
1= Hiçbir zaman 2= Nadiren 3= Sık Sık 4= Çok sık 5= Emin değilim

96. Kimi zaman sizinle konuşan yada kafanızın içinde konuşan sesler duyar mısınız?
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

97. Bu sesler sizin içinizden mi geliyor?
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

98. Kendinizden "biz" yada "bize" diye bahsettiğiniz hiç olur mu?
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

99. İçinizde başka biri yada birilerinin olduğunu hissettiğiniz olur mu?
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

100. İçinizde ismi olan başka biri yada birileri var mı?
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

101. Eğer içinizde başka birileri varsa, bunun dışarı çılp vücudunuzun kontrolünün ele aldığı olur mu?
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

IX. DOĞAÜSTÜ YAŞANTILAR / POSEYON (TUTULMA) YAŞANTILAR / DUYU ÖTESİ ALGI YAŞANTILARI / KÜLTLER

102. Herhangi bir doğaüstü yaşantınız olmuş mudur?
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

103. Beş duyu ötesi algılama yaşantılarınız olur mu? Örneğin:
a) Zihinsel telepati
b) Uyanırken geleceği görmek
c) Zihninizle eşyaları hareket ettirmek
d) Rüyanızda geleceği görmek
e) Deja vu (yaşamakta olduğunuz bir şeyi daha öncede yaşamış olduğunuzu hissetme)
f) Diğer (belirtiniz)
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

104. İçinize sayacaklardan birinin girdiğini hissettiğiniz olmuş mudur?
a) cin yada şeytan
b) ölmüş bir kişi
c) Hayatta olan bir kişi
d) Başka bir güç
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

105. Sayacaklardan herhangi biriyle irtibat kurduğunuz oldu mu?
a) Hayaletler
b) Cinler (ses çıkaran yada eşyaları hareket ettiren görünmez varlıklar)
c) Ruhlar
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

106. Daha önce yaşayıp tekrar başka bir bedende dünyaya geldiğinizi hissettiğiniz oldu mu?
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

107. Kendinize özgü, değişik inançları olan tarikat yada benzeri bir topluluğun faaliyetlerine devam ettiğiniz oldu mu?
Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

X. SINIRDA KİŞİLİK BOZUKLUĞU

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

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

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

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

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

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

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

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

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

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

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

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

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

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

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

115. Sürekli olan boşluk hissi yada can sıkıntısı.

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

XI. PSİKOJENİK AMNEZİ

116. Kendinize ait bazı önemli şeyleri suradan bir unutkanlıkla açıklanmayacak bir biçimde hatırlamadığınız oldu mu?

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

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

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

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

XII. PSİKOJENİK FÜĞ

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

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

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

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

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

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

Evet= 1

Hayır= 2

Emin değilim= 3

XIII. DEPERSONALİZASYON BOZUKLUĞU

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

- Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3
- b) El, ayak yada bedeninizin diğer parçalarının büyüklüğünün değiştiğini hissettiğiniz oldu mu?
- Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3
- c) Kendimizi bedeninizin dışında gördüğünüz hiç oldu mu?
- Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3
- d) Bir süre için çevrenizin gerçek olmadığı hissine kuvvetle kapıldığınız oldu mu? Alkol yada uyuşturucu madde alman zamanlar dışında
- Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

124. Belli bir zamanda öne çıkan bir parçanız yada bir kişiliğiniz davranışlarınızı kontrolü altına aldı mı?

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

127. Farklı kişilikler arasında değerinin başından geçen bazı şeyleri bilememe biçiminde çeşitli türden "unutma" engelleri var mıdır?

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

128. Deneğin bir dissosiyatif bozukluğu olduğu izlenimi edinilmiştir, ancak durum belli bir dissosiyatif bozukluğun tam ölçütlerini karşılamamaktadır.

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

XVI. Son Değerlendirme

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

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

Evet= 1 Hayır= 2 Emin değilim= 3

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

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

Kişiliklerin çoğunu ya da hepsini etkilemekte midir?

Yalnız birinde =1

Kişiliklerin çoğunda ya da hepsinde=2

Emin değilim.=3

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

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

DISSOSİYASYON ÖLÇEĞİ (DIS-Q)

J.Vanderlinden

Türkçesi: V.Şar,1995

Bu listede çeşitli yaşantılar tarif edilerek her birinin sizde ne derecede görüldüğü sorulmaktadır. Anlatılan durum sizde sadece alkol, ilaç ya da bir uyuşturucu madde etkisiyle meydana geldiyse dikkate almayınız. Anketi cevaplandırırken lütfen her soruda size uygun düşen rakamı daire içine alarak işaretleyiniz.

Örnek

Aşağıda anlatılan durum size ne derecede uyumaktadır. İşaretleyiniz.

Kafamı toplamakta güçlük çekiyorum. 1 2 3 4 5

Bu rakamlardan birini daire içine alarak bu yaşantının sizde olup olmadığını ya da ne derecede olduğunu belirtebilirsiniz. Eğer yukarıdaki örnekte olduğu gibi "orta derecede" ifadesi sizin durumunuza uyuyorsa 3 rakamını işaretleyiniz. Sizin durumunuza en çok uyan rakamı her soru için ayrı ayrı işaretleyiniz.

- 1= Benim durumuma hiç uymuyor
- 2= Benim durumuma biraz uyuyor
- 3= Benim durumuma orta derecede uyuyor
- 4= Benim durumuma çok uyuyor
- 5= Benim durumuma tam olarak uyuyor

1=Hiç	2= Biraz	3=Orta	4= Çok	5=Tam	
1. Bazan nüyadaymışım gibi geliyor.	1	2	3	4	5
2. Her şeyin gerçek dışı olduğu hissi bende devamlı olarak var.	1	2	3	4	5
3. Zaman zaman vücudumla bağlantım kopmuş gibi oluyor.	1	2	3	4	5
4. Hiç düşünmeksizin tika basa yemek yediğim oluyor.	1	2	3	4	5
5. Araba kullanırken ya da yolda yürürken birden farkediyorum ki, yol boyunca neler olduğunu hatırlamıyorum.	1	2	3	4	5
6. Hiç bir neden yokken ve kendim de istemediğim halde gülme ya da ağlama krizi tutuyor.	1	2	3	4	5
7. Bazan sanki bir başkası olduğum gibi geliyor.	1	2	3	4	5
8. Kimi zaman, bir başkasını dinlerken birden farkediyorum ki sanki anlatılanların hiç birini (ya da bir bölümünü) duymamışım.	1	2	3	4	5
9. Kimi zaman, yorgun olduğumda, sanki dışardan yabancı bir güç bana hakim olmuş ve ne yapacağıma karar veriyormuş gibi geliyor.	1	2	3	4	5
10. Olmayı hiç istemediğim durumlara giriyorum.	1	2	3	4	5
11. Zaman zaman, kendimle, düşündüklerim ve yaptıklarım arasında büyük fark hissediyorum.	1	2	3	4	5
12. Bazan tam olarak kim olduğumu bilemiyorum.	1	2	3	4	5
13. Eşyalarım arasında satın aldığımı hatırlamadığım yeni şeyler bulduğum oluyor.	1	2	3	4	5
14. Sıklıkla, aç olmadığım halde bir şeyler yeme isteği duyuyorum.	1	2	3	4	5
15. Hiç istemediğim halde öfkelendiğim oluyor.	1	2	3	4	5
16. Bazan bir şey yapmaya karar vermişken vücudum irademe aykırı olarak tamamen farklı davranıyor.	1	2	3	4	5
17. Zaman zaman şaşkınlıyorum ve kafam karışıyor.	1	2	3	4	5
18. Bazan, bir önceki gün (ya da günlerde) nerede olduğumu hatırlamıyorum.	1	2	3	4	5

1=Hiç	2= Biraz	3=Orta	4= Çok	5=Tam
-------	----------	--------	--------	-------

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 19. Zaman zaman aileme ya da arkadaşlarıma sanki yabancıymışlar gibi davrandığım söyleniyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Bazı durumlarda kendimi çift kişilikli bir insan gibi görüyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Geçmiş yaşamımdaki bazı önemli olayları (örneğin mezuniyet ya da nikah töreni) hiç hatırlamadığım olur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Bazan bir şey söyleyecek iken ağızımdan tamamen farklı bir şey çıkıyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Ruh halimdeki neşe ya da keyifsizlik gibi belirgin değişiklikler anı geçişler biçiminde olabilir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Bir şeyi aklım başka yerde olarak yaptığım oluyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Başkalarının bana söylediği şeyleri hemen unutuyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Bazan bir şey yaparken ne yapmakta olduğumu birden unutuyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Bazan aynaya baktığımda kendimi tanıyamıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Bazan vücudumun değişmekte olduğu hissini duyuyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Kimi zaman insanların, eşyaların ve çevremdeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyuyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Vücudum sanki bana ait değilmiş gibi geliyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Televizyon seyrederken çevremde olan biten hiç bir şeyi farketmiyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Bazan geçen zamanın bir bölümü aklımda hiç yer etmiyor, öyle ki ben o boşluk sırasında neler yapmış olduğumu hiç hatırlayamıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Eskiden olmuş bir şeyi o kadar canlı hatırlayabiliyorum ki sanki o olayı baştan yaşıyor gibi oluyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Bazan ne yapacağıma sanki içimdeki bir başkası karar veriyor gibi geliyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Kimi zaman hiç hatırlamadığım halde bazı şeyleri yapmış olduğumu farkediyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

1=Hiç	2= Biraz	3=Orta	4= Çok	5=Tam
-------	----------	--------	--------	-------

36. Bazı şeyleri yapmaktan kendimi alakoyamıyorum. 1 2 3 4 5
37. Bazan kendimi nasıl geldiğimi bilmediğim ve tanımadığım bir yerde buluyorum. 1 2 3 4 5
38. Zaman zaman aklıma gelen bazı olaylar gerçekten başımdan geçti mi yoksa yalnızca rüyamda mı gördüm,karııştırıyorum. 1 2 3 4 5
39. Bazan kendimi, bilinen ama bana yabancı ve bilinmedik gibi gelen bir yerde buluyorum. 1 2 3 4 5
40. Bazı şeyleri neden olduğunu bilmeksizin yaptığımı hissediyorum. 1 2 3 4 5
41. Bazan bir şeyi bana hiç uymayan ve hoşlanmadığım bir tarzda düşünüyor ya da yapıyorum. 1 2 3 4 5
42. Kendimi yaptığım her şeyde yakından gözlediğimi farkediyorum. 1 2 3 4 5
43. Kendimi düşüncelere ya da hayallere o kadar kaptırıyorum ki sanki onlar gerçekten başımdan geçiyor gibi geliyor. 1 2 3 4 5
44. Bazan aklımda bir şey olmaksızın gözüm dalgıyor. 1 2 3 4 5
45. Hiç bir şey düşünmediğim sık oluyor. 1 2 3 4 5
46. Kötü alışkanlıklarıma karşı durmakta çok zorluk çekiyorum. 1 2 3 4 5
47. Bazan bir şeyi nereye koyduğumu unutuyorum. 1 2 3 4 5
48. Yemek yerken aklım başka yerde oluyor. 1 2 3 4 5
49. Kendimi hayallere dalmış durumda bulduğum oluyor. 1 2 3 4 5
50. Kendime daha fazla yön verebilmeyi isterdim. 1 2 3 4 5
51. Yürürken attığım her adımı izliyorum. 1 2 3 4 5
52. Başka durumlarda pek elimden gelmeyen bazı şeyleri kimi zaman kolayca yapıyorum (örneğin spor yaparken ya da çalışırken, insanlarla temas kurarken). 1 2 3 4 5
53. Yemek yerken ağızıma attığım her lokmayı izliyorum. 1 2 3 4 5

1=Hiç	2= Biraz	3=Orta	4= Çok	5=Tam	
54. Zaman kavramını tamamen yitirdiğim (zamandan habersiz olduğum) oluyor.	1	2	3	4	5
55. Bir şeyi yapmayı sadece aklımdan mı geçirdim yoksa gerçekten yaptım mı hatırlayamadığım oluyor.	1	2	3	4	5
56. Bazan kendimi iki farklı şeyi aynı zamanda yapmak istiyor ve hangisinin daha uygun olacağı konusunda tartışırken buluyorum.	1	2	3	4	5
57. Bazan zihnim parçalara bölünmüş gibi hissediyorum.	1	2	3	4	5
58. Eşyalarım arasında yaptığımı hatırlamadığım fakat bana ait olması gereken yazılar, çizimler ya da notlar bulduğum oluyor.	1	2	3	4	5
59. Kendimi aynı anda iki ya da daha fazla kişi olarak hissediyorum.	1	2	3	4	5
60. Bir şey yaparken sıklıkla aklım başka yerde oluyor.	1	2	3	4	5
61. Kafamın içinde ne yapmam gerektiğini söyleyen ya da yaptıklarım hakkında yorumda bulunan sesler duyduğum oluyor.	1	2	3	4	5
62. Kendimi başkalarının gördüğünden farklı gördüğüm oluyor.	1	2	3	4	5
63. Dünyaya bir sis perdesi arkasından baktığımı hissettiğim oluyor, o zaman çevremdeki insanlar ve eşyalar uzakta ve belirsiz görünüyorlar.	1	2	3	4	5



Harran üniversitesi T. F. Psikiyatri A. D.

• Dissosiyatif Dozukluk ilk Başvuru Formu

Dolduran Dr:



TANI:

Adı Soyadı:	Doğum Tarihi:	
Cinsiyeti:	Medeni Hal:	Adres:
Öğrenim Durumu: yıl		Doğum Yeri:
HASTALIĞININ		
Başlangıç yılı:	İlk Belirtileri:	
Kesin tanı tarihi:/...../.....	Kesin t. öncesi tanı:	
Şikayetleri :		
Derealizasyon		
Depersonalizasyon		
Amnezi		
Bayılma ve diğer Konversif bulgular		
Self mutilatif davranışlar, intihar öyküsü		
Konuşan yorum yapan sesler		
Alter aktivitesi, özellikleri		
Travma öyküsü		
Dissosiyatif füğ		
Fiziksel (somatik) yakınmalar		
Histerik psikoz öyküsü		
Yatış öyküsü		
EK tanı:		
Diğer tıbbi hastalıklar:	Alkol:	Diğer:
Sigara:		
Adli öykü:		
Ailede diğer psikiyatrik hastalık:		
Ailede konversiyon bozukluğu/ dissos bz öyküsü		
Anne sütü alıp/almadığı:		
Büyüdüğü çevre:		

Evlilik öyküsü, yılı, varsa çocuk sayısı:			
Aktif olarak kullandığı el			
ÖLÇEKLER		DIS-Q:	DBGÇ:
Diğer tetkikler:			
İlaç kullanım öyküsü:	Psikoterapi alma öyküsü:		
FİZİK MUAYENE ve RUHSAL DURUM:			
Önceden yarar gördüğü ilaçlar:			
EK NOTLAR			