

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
ADLİ TIP ENSTİTÜSÜ
SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI
Danışman: Prof. Dr. Vedat ŞAR

**TRAVMA KÖKENLİ DISSOSİYATİF
BOZUKLUK VAKALARININ AİLELERİNDE
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ SIKLIĞI**

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM BAKANLIĞI
EĞİTİM TEKNOLOJİLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

DOKTORA TEZİ

T-138713

Yazar: Uzman Psikolog
Erdiñç ÖZTÜRK

138713

İstanbul - 2003

ÖNSÖZ

Bu alanda çalışma olanağı sağlayan İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Müdürü Sayın Prof. Dr. Sevil Atasoy'a öğrenim yıllarım sürecindeki tüm bilimsel desteği için teşekkürlerimi sunarım.

Bu çalışmamın her anında bilimsel destek ve deneyimlerini esirgemeyen, önerileriyle beni aydınlatan ve cesaret verici tutumu ile motive eden çok değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Vedat Şar'a teşekkürlerim sonsuzdur.

Bilgi, anlayış ve özverileriyle pek çok konuda desteklerini gördüğüm başta Sayın Prof. Dr. Gürsel Çetin, Sayın Prof. Dr. Sermet Koç, Sayın Prof. Dr. Füsun Sokullu-Akıncı, Sayın Prof. Dr. Fatih Yavuz ve Sayın Prof. Dr. Ersi Kalsoğlu başta olmak üzere tüm diğer hocalarıma; Sayın Yrd. Doç. Dr. Neylan Ziyalar, Yrd. Doç. Dr. Jale Bafra, Av. Abdullah Sütçüoğlu, Av. Abdullah Demirhan ve Sayın Arş. Gör. Tanıl Başkan'a teşekkür ederim.

Yadsınamaz destekleriyle bana daima güç ve güven veren, çalışmamda yapıcı eleştiri ve katkılarıyla araştırmanın heyecanını benimle paylaşan başta Züber Doğan, Deniz Yılmaz, Şenol Kalfa, Ayla Özata, Uzm. Dr. İlknur Şar ve Hülya Öztürk olmak üzere tüm dostlarıma ve yaşamı kendileriyle paylaşmaktan onur duyduğum aileme yürekten teşekkürlerimi sunarım.

Öğrenim yıllarımız boyunca emeklerini esirgemeyen; sistemli çalışma tarzları ve samimi iletişimleriyle örnek teşkil eden Yüksel Güven, Hülya Baş ve Sema Sarıoğlu olmak üzere Enstitümüzün tüm çalışanlarına teşekkür ederim.

Son olarak, araştırmanın örneklemini oluşturan Klinik Psikoterapi Birimi ve Dissosiyatif Bozukluklar Programı vakaları ile ailelerine teşekkürlerimi sunarım.

İstanbul, Şubat 2003

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖNSÖZ	
I. GİRİŞ VE AMAÇ	1
II. GENEL BİLGİLER	5
1. DISSOSİYASYON KAVRAMI	5
1.1. Dissosiyasyon Kavramına Genel Bir Bakış	5
1.2. Dissosiyatif Bozuklukların Tarihçesi	7
1.3. Türkiye’deki Dissosiyatif Bozukluklarla İlgili Araştırmalar	8
1.4. Dissosiyasyonun Tanımı	9
1.5. DSM-IV’e Göre Dissosiyasyon Tiplerinin İncelenmesi	11
1.5.1. Dissosiyatif Amnezi	11
1.5.2. Dissosiyatif Füg	11
1.5.3. Depersonalizasyon Bozukluğu	12
1.5.4. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu (Çoğul Kişilik)	12
1.5.5. Başka Türü Sınıflandırılmayan (Adlandırılmayan) Dissosiyatif Bozukluklar	12
1.6. Dissosiyatif Bozuklukların Tanı Ölçütleri	12

1.7. Dissosiyatif Bozukluğu Açıklayan Teoriler	16
1.7.1. Çocukluk Çağı Travmaları	16
1.7.2. Genetik Faktörler	17
1.7.3. Aile (Yetişme) Çevresi	17
1.7.4. Hipnoza Eğilim ve Hayal Gücü Kapasitesi	19
2. TRAVMA KAVRAMI	20
2.1. Travma Kavramına Genel Bir Bakış	20
2.2. Psikoloji ve Psikiyatride Travmanın Tarihçesi	21
2.3. Travmatik Olaylar Sonrasında Gelişen Ruhsal Sorunlar	23
2.4. Dissosiyatif Bozukluklar ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu	24
2.5. Çocukluk Çağı Travması Olarak İstismar ve İhmal	25
2.5.1. Fiziksel İstismar	27
2.5.2. Cinsel İstismar	28
2.5.3. Duygusal İstismar	29
2.5.4. İhmal	30
3. TRAVMA VE DİSSOSİYASYON	32
4. ÇOCUKLUK ÇAğI TRAVMALARININ ADLİ TIP AÇISINDAN TANIMLANMASI	33

5. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE DİSSOSİYATİF BOZUKLUKLARLA İLGİLİ FİİLLERE İLİŞKİN HUKUKİ DÜZENLEMELER	35
5.1. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'na Göre Yaşama Hakkı	35
5.2. Türk Ceza Kanunu (TCK)	35
5.3. Türk Medeni Kanunu (TMK)	41
6. DİSSOSİYATİF BOZUKLUKLAR VE ADLİ PSİKİYATRİ	44
III. MATERYAL VE METOD	46
1. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİ (DENEKLER)	46
2. KULLANILAN ÖLÇEKLER	50
2.1. Demografik Soru Formu (DSF)	50
2.2. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES)	51
2.3. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı (İstismarı) Soru Listesi (ÇÇKKSL)	51
2.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-53)	52
2.5. DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi SCID-II Kişilik Bozuklukları Formu Sınırdaki Kişilik Bozukluğu Alt Ölçeği	52
2.6. DSM-IV Dissosiyatif Bozukluklar İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi (SCID-D)	52

3. UYGULAMA	53
4. ANALİZ	54
IV. BULGULAR	55
V. TARTIŞMA VE SONUÇ	83
VI. ÖNERİLER	95
VII. ÖZET	98
SUMMARY	99
VIII. KAYNAKÇA	100
EKLER	116
EK 1: DEMOGRAFİK SORU FORMU (DSF)	116
EK 2: DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (DES)	119
EK 3: ÇOCUKLUK ÇAĞI KÖTÜYE KULLANIMI (İSTİSMARI) SORU LİSTESİ (ÇÇKKSL)	125
EK 4: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ (CTQ-53)	129
EK 5: DSM-III-R YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME ÇİZELGESİ SCID-II KİŞİLİK BOZUKLUKLARI FORMU SINIRDA KİŞİLİK BOZUKLUĞU ALT ÖLÇEĞİ	132
EK 6: DSM-IV DİSSOSİYATİF BOZUKLUKLAR İÇİN YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME ÇİZELGESİ (SCID-D)	135
ÖZGEÇMİŞ	193

I. GİRİŞ VE AMAÇ

Çok sayıda ya da yineleyici çocukluk çağı travmatik yaşantısı ve intihar girişimi ile karakterize olan “Dissosiyatif Bozukluklar”, adli tıp açısından çok eksende incelenmesi gereken bir psikiyatrik tanı grubudur. Dissosiyatif bozukluk vakaları klinik olarak incelendiğinde; vakaların aileleri ya da sosyal çevreleri tarafından adeta “kurban” (victim) olarak seçildikleri ve kişinin benzeri travmatik yaşantılarla tekrar tekrar karşılaştıkları dikkate alındığında, bu konunun aynı zamanda adli tıp ve psikiyatri ile yakından ilgili olan “viktimoloji” (mağdur bilimi) nin de alanı içerisine girdiği düşünülebilir.

Dissosiyatif bozukluk vakalarının, çocukluk ve ilk gençlik (20 yaşından önce) yıllarında yaşadığı duygusal, fiziksel ve cinsel istismar ile duygusal ve fiziksel ihmal, daha genel bir ifade ile kronik çocukluk çağı travmaları, onların hem fiziksel hem de zihinsel sağlığını, hatta bilinç ve kişilik bütünlüğünü bozan temel bir faktör olarak zaman zaman onarılmaz etkiler doğurmakta; bazen de vakaları doğrudan ya da dolaylı olarak ölümcül sonuçlara götürebilmektedir.

Bu her iki dönemde de en küçük bir negatif uyarı bile, bireyin kişiliğini tamamlamaya çalıştığı lineer gelişim sürecinde, ulaşılmaya çalışılan kendi ruhsal bütünlüğü üzerinde kesintilere yol açabilir. Şüphesiz ki, yaşamın ilk dönemlerinde karşılaşılan travmalar, kişi üzerinde daha sonraki dönemlerde karşılaşacağı travmalardan, daha büyük olumsuz etkiler bırakacaktır. Bu kesintiler, kişinin uyum, savunma, problem çözebilme ve olayların üstesinden gelebilme gibi birçok potansiyelini kullanabilme yeteneğini engellerken, kişiliğin entellektüel (kognitif) ve duygulanım (affectif) boyutlarındaki yetersizliklerine de yol açabilecektir.

Genel olarak değişken, kararsız, çalkantılı kişilerarası ilişkiler, kendine zarar verici eylemler (kumar, seks, uyuşturucu kullanma, hırsızlık, aşırı para harcayıp zor durumda kalma vb.), yersiz ve yoğun öfke nöbetleri, yineleyici fizik kavgalar ve intihar girişimleri, kendini yaralama, benlik ve cinsel kimlikte belirsizlik hisleri, sıkıntı ve moral bozukluğu ile ifade bulan “Sınırdaki Kişilik Bozukluğu” kriterlerini

büyük ölçüde dolduran dissosiyatif bozukluk vakaları, telkine açık olma ve özellikle anlık dürtülerle hareket etme riski taşırlar.

Dissosiyatif bozukluklar, etyopatogenezinde çocukluk çağı travmaları büyük bir öneme sahip olduğundan özellikle aile içi şiddet, fiziksel, emosyonel ve cinsel istismar konularının uzantısı olması yoluyla adli psikiyatri ile yakından ilişkilidir. Dissosiyatif bozukluklar, ruhsal travma sonrası bir belirti olarak ele alındığında ise konu ceza ve hukuk davaları için önemli bir duruma gelmektedir (1).

Dissosiyatif bozukluk vakaları, psikiyatristler tarafından mesleki tecrübesizlikten dolayı sık bir şekilde epilepsi, antisosyal ve sınırda kişilik bozukluğu hatta psikotik bozukluk (şizofreni gibi) tanıları alabilmekte ve öngörülen tedavi tanısına göre yapılamadığı zaman hasta uzun yıllar sonuçsuz tedavilere maruz kalabilmektedir. Bu durumlar, hekim hatası ve tanı konusundaki bilirkişilik görevi açısından adli psikiyatrları ilgilendirmektedir.

Psikotik vakalarda olduğunun aksine dissosiyatif bozukluklarla ilgili genel kanı, bu vakaların yapılan eylemin niteliğine ilişkin olarak gerçeği değerlendirebilme ve muhakeme etme yeteneklerinin bozulmadığı yönünde olsa da, bu görüşe karşı çıkanlar amnezi, ruhsal fragmentasyon ve ani kişilik değişimleri üzerinde bir kontrolün bulunmamasının cezai sorumluluğu ortadan kaldırmaya bile etkileyebileceğini düşünmektedirler. Dissosiyatif bozukluk vakaları ayrıca klinik durumun ağırlığına göre hukuki ehliyet açısından tedavileri tamamlanıncaya kadar geçici bir süre hacir ya da müşaverete tabi tutulabilir. Bunun yanı sıra yine klinik durumun ağırlığı, vakanın dava açma, yemin etme, tanıklık yapma ve ifade verme yeteneklerini de etkileyebilir (1).

Bu çalışmada, bu olgular ışığında travma bildiren ve çalışmaya katılmayı kabul eden dissosiyatif bozukluk vakalarında (N=24) ilk aşamada çocukluk çağı travmaları ele alınacaktır.

İkinci aşamada ise, travma bildiren dissosiyatif bozukluk vakalarının birinci derecede aile bireylerinin (N=50) araştırma için rızaları alınarak onlardaki (anne baba ve kardeşler) çocukluk çağı

travmaları araştırılacaktır. Elde edilen veriler, eşleştirilen bir kontrol grubu ile kıyaslanacaktır.

Aynı zamanda dissosiyatif bozukluk vakalarına, bu vakaların ailelerine ve dissosiyatif bozukluk vakalarının aileleri ile bire bir eşleştirilen kontrol grubuna, dissosiyatif yaşantıları ve sınırdaki kişilik bozukluklarını değerlendiren ölçekler uygulanacaktır.

Son aşamada ise kesim noktasını aşan ölçüde (dissosiyatif yaşantılar ölçeğinden 25 puanın üzerinde alan denekler) dissosiyatif yaşantı bildiren aile bireyleri, klinik düzeyde dissosiyatif bozukluk tanısı alıp almadıkları açısından değerlendirilecektir.

Temel amacımız, travma bildiren dissosiyatif bozukluk vakalarının birinci derecedeki aile bireylerinin çocukluk çağı travmalarını, yaş, eğitim, cinsiyet ve gelir seviyesi açısından eşleştirilen klinik dışı bir kontrol grubu ile mukayese etmektir.

Temel amacımız doğrultusundaki ilk hipotezimize göre; dissosiyatif bozukluk vakalarının birinci derecedeki aile bireylerinin çocukluk çağı travmaları, kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olacaktır.

İkinci hipotezimiz ise, ilk hipotezimize paralel olarak, dissosiyatif bozukluk vakalarının aile bireylerinde kontrol grubuna oranla daha fazla dissosiyatif yaşantı bulunacağıdır.

Bu hipotezlerin altında yatan görüş, çocukluk çağı travmatik yaşantılarının kuşaklararası geçiş gösterdiği düşüncesidir. Dissosiyatif bozukluk vakalarının ailelerinde olması muhtemel çocukluk çağı travmalarının, ele aldığımız vakalar üzerinde ne gibi etkileri olduğu incelenecektir. Dissosiyatif bozukluk vakaları, tüm psikiyatrik tanı kategorileri içerisinde en yüksek oranda çocukluk çağı travması bildiren gruptur. Kişideki dissosiyatif yaşantıları arttıran bu çocukluk çağı travmaları, hastalığın gelişimi ve tedavisinde önemli bir role sahiptir. Çocukluk çağı travmalarının yaşandığı aile ortamı ise bugüne kadar yapılan çalışmalarda geniş ölçüde ihmal edilmiş olup, bu

araştırmada aile ortamının rolünün vakalardaki dissosiyatif bozukluğun oluşumuna etkileri araştırılacaktır.

Bu çerçeveden bakıldığında, aile ortamının rolünü belirleyen bazı soruların cevaplandırılması gerekmektedir. Ebeveynin belirli ölçülerde maruz kaldığı tahmin edilen çocukluk çağı travmaları; onların çocuklarının travmaya karşı kendilerini koruma davranışlarını geliştirebilmelerine veya çocuğu koruma ve kollama görevi bulunan ebeveynin bu rolü gerçekleştirmelerine engel olabilir mi? Yine bu açıdan bakıldığında acaba ebeveynin travmaya karşı duyarsızlaştığından ötürü, çocuklarının yaşamlarındaki olup bitene karşı farkındalığının azaldığı düşünülebilir mi? Bir başka açıdan bakıldığında ise; dissosiyatif bozukluk vakalarının ailelerinde olması muhtemel dissosiyatif bozukluklar, ebeveynin kendi çocuklarına karşı istismarcı bir tutuma girmelerine yol açabilir mi? Son olarak dissosiyatif bozukluk vakaları, ailelerinin bu yaklaşımı altında öteki kişilerden daha fazla vulnerabl (yaralanabilir, kolay incinebilir, savunmasız ve hücumla açık) olmuş olabilir mi?

Dissosiyatif bozukluklar öteki psikiyatrik tanı grupları ile kıyaslandığında çocukluk çağı istismar ve ihmal riskini artıran bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Dolayısıyla dissosiyatif bozukluklar, ülkemizde ve öteki ülkelerde çocukluk çağı travmaları ile en yakın teması olan psikiyatrik bir hastalıktır.

Travma kökenli dissosiyatif bozukluk vakalarının ailelerinde gizli kalmış çocukluk çağı travmalarının araştırılması çalışmaya önem katmaktadır. Ayrıca daha önce belirttiğimiz üzere dissosiyatif bozukluk vakalarının yaşadığı çocukluk çağı travmalarında ailelerin rolü ve fonksiyonu irdelenerek, bir önceki kuşağın olması muhtemel travmatik yaşantılarının vakalar üzerindeki psikolojik etkileri (kuşaklar arası travma geçişi) araştırılacaktır. Belki de istismarcı, küçümsenemeyecek oranda çocuğun yetiştiği ve yakın iletişimde bulunduğu sosyal çevreden, kan bağıının bulunduğu akrabaları hatta kendi ebeveyn ve kardeşleri arasından çıkacaktır. Çalışma bir açıdan çoğu zaman ulaşılamayan aile içindeki istismarcıyı da tanıma şansı getirerek, adli psikiyatri açısından önem kazanacaktır.

II. GENEL BİLGİLER

1. DISSOSİYASYON KAVRAMI

1.1. Dissosiyasyon Kavramına Genel Bir Bakış:

Dissosiyatif fenomenlerin ortak özelliği; normalde bütünleştirici olan bellek, kimlik ya da bilinç işlevlerinde bozulma ya da değişme görülmesidir. Dissosiyatif yaşantı sırasında zihindeki bir enformasyon (örneğin duyu, anı, fiziksel duyum), başka bir enformasyonla normalde olması gereken bağıyı yitirir. Bellek ve kimlikte dalgalanmayı da kapsayabilen bir dizi klinik ve davranışsal fenomene neden olan bu süreç yeterli ağırlıkta olduğunda dissosiyatif bozukluk olarak bilinen sendromlara yol açar (2).

Bir başka deyişle, kişinin bireysel bütünlüğünü tehdit eden durumlar veya yoğun bir stres karşısında kendisini aşırı endişe halinden koruma çabalarını ifade eden dissosiyasyon; bellek, kimlik ve algılamanın uygun örüntüler halinde bütünleştirilmesinde bir bozukluk veya uyumsuzluk olması halidir (3).

Dissosiyatif fenomenler birçok toplumda görülmekle birlikte, insanı temelde bölünmez bir bütün olarak görme eğilimindeki değer sistemleri ve zihin felsefelerinin baskın olduğu kültürlerde yaşamakta olan bilim adamlarınca bir sorun olarak tanımlanmak durumundadır; çünkü dissosiyatif fenomenler bu bakış açısını temelden sorgularlar. Dissosiyasyon, bilimsel incelemeye konu olan ilk mental süreçtir. Modern dissosiyasyon kuramında, erken çocukluk çağı ruhsal travmasının patolojik dissosiyasyonun gelişiminde merkezi bir rol oynadığını kabul edilmektedir (2).

Bilincin bütünlüğü bir başarı olup, doğuştan sahip olduğumuz ya da bize verilen bir şey değildir. Bu açıdan bakıldığında yaşantı, bellek ve kimliğin sürekliliği bir çabanın ürünüdür ve bazen de elde edilemeyebilir. Zihinsel süreçlerin karmaşıklığı birçok işlemin bilincin dışında sürdürülmesine yol açar. Bu durum, çeşitli algıların ve anıların birleştirilemeden kalmasıyla sonuçlanır (4).

Ross, Kanada'da 1042 yetişkinden meydana gelen örnekleminde minor dissosiyatif yaşantıların oldukça yaygın olduğunu (bir konuşmayı dinlerken ya da araba kullanırken dalıp gitme, TV seyredirken ya da kitap okurken kendini kaptırma, seyrek depersonalizasyon epizodları gibi) bildirmiştir (5).

Dissosiyasyonun başlangıçta travmatik yaşantılar ile baştmede savunma amaçlı kullanılan normal bir süreç olduğu ve zamanla maladaptif (uyumsuz) ya da patolojik bir sürece dönüştüğü varsayımı yıllardır ifade bulmaktadır (6).

İlgili literatür tarandığında dissosiyatif bozukluğu olan bireylerin özellikle çocukluk çağlarında yinelenen ağır fiziksel ve cinsel istismara uğradıkları bildirilmektedir (7,8,9,10,11,12).

Öte yandan savaş zamanında dissosiyatif sendromların insidansı %5'ten %14'e kadar uzanmaktadır. Savaş sırasındaki amnezik sendromlar travma ve dissosiyasyon arasındaki ilişkiyi oldukça iyi bir şekilde göstermektedir. Sistemik olarak yapılan araştırmalarda askerlerde amnezi, stres sırasında depersonalizasyon duygularının oluşması ve tüm bu olayları rüya gibi hatırlama savaş sonrası oldukça yaygındır. Bu kişilerde yeniden yaşama (flashback) ve abreaksiyonlar da birer dissosiyatif reaksiyon olarak tekrar tekrar yaşanmaktadır (13).

Bernstein ve Putnam dissosiyasyonu, normal insanlarda da görülebilecek kimi belirtilerden patolojik durumlara kadar uzanan geniş bir yelpaze şeklinde tanımlamışlardır. Dissosiyasyon ya da dissosiyasyon eğilimi yaş ile azalsa da genel popülasyonun %10'u kadarında herhangi bir dissosiyatif bozukluğa rastlanmaktadır (14).

Günümüze kadar yapılmış olan çalışmalarda dissosiyatif bozukluğu olan hastaların büyük çoğunluğunu kadınlar oluşturmuştur. Özellikle dissosiyatif kimlik bozukluğunda bu oran %87.7 ile %100 arasında değişmektedir (15,16,17).

Fakat son yıllarda psikoterapi için psikiyatri kliniklerine başvuran erkek vaka sayısındaki artış dikkati çekse de dissosiyatif bozukluğu olan erkeklerin çoğunun tedavi için psikiyatrik sisteme

değil, suç işleyerek adli sisteme girdikleri ve bu nedenle tanınmadıkları yolunda yaygın bir kanı bulunmaktadır (18).

Kendine zarar verme davranışları ve intihar girişimleri gösteren dissosiyatif bozukluk vakalarında, çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile dissosiyatif yaşantıların öteki psikiyatrik tanı gruplarına göre oldukça sık olduğu bildirilmektedir (19).

Genel olarak dissosiyasyonu “bellek bozukluğu” olarak niteleyip, hastalığı biyolojik açıdan değerlendirenlerin yanısıra bu durumu travmatik deneyimler sonucunda meydana gelen çaresizlik ve acı gibi duygulara karşı geliştirilen bir savunma sistemi olarak değerlendirenler de bulunmaktadır (16,20,21).

1.2. Dissosiyatif Bozuklukların Tarihçesi:

Dissosiyasyon ve dissosiyatif bozuklukların tarihçesinin pek çok yazar ve araştırmacı için Pierre Janet (1859–1947) ile başladığı kabul edilmektedir. Janet, hastalarının belirti ve davranışlarına sebep olan dissosiyasyonun elemanların geçmişteki travmatik yaşantılarından kaynaklanabileceğini ve bu durumun ayrılmış anı ve duygulanımların bilince çıkarılması ile tedavi edilebileceğini göstermiştir (22).

Oysa Coons tarihte “ruh tutulması” olarak bilinen vakaların çoğul kişilik bozukluğu ile belirgin bir benzerliğe dayandığını ve bunun eski Mısır’a kadar uzandığını bildirmiştir (23).

Sendrom, ilk kez Paracelsus (1493 – 1541) ’un bildirdiği vaka ile aktarılmıştır. Paracelsus ikinci bir kişiliği olan ve meyhanede çalışan bir kızıdan bahsetmiştir. İlerideki yıllarda Benjamin Rush, “çift zihinli” (double mind) iki vaka yayınlamıştır (24).

Sigmund Freud 1892 – 1896 yılları arasındaki yazılarında, Janet’in görüşlerine benzer düşünceler ortaya koymuştur. Breuer ve Freud, 1893’te histerik belirtiler ile çocukluk çağı travmalarının ilişkisine dikkat çekmişlerdir. Eberhard Gmelin, 1971 yılında kişilik değişimlerinden bahsettiği bir vakasını bildirmiştir (25).

Hilgard'ın 1970'li yılların sonlarında yaptığı deneysel çalışmalar ve hasta dışı popülasyonlardan elde ettiği veriler ile geliştirdiği, Janet'in görüşlerini de kapsayan yeni teorisi mental işlevlerin çoğu zaman bilinçli zihne çıkmayan çoğul ve örtüşen mekanizmalarla düzenlendiğini vurgulamaktadır. Hilgard, genel olarak bilincin tekliğinin bir yanılsama olduğunu ve normal zihinsel işlevler için de dissosiyatif bir yelpazenin olduğunu ifade etmektedir (26).

20. yüzyılın ilk on yılında dissosiyatif bozukluklara olan ilgi belirgin olarak azalmıştır. İki dünya savaşı arasında "dissosiyasyon" ve "ruhsal travma" kavramları, psikiyatri dünyasından uzaklaşmıştır (27).

1980'li yıllara kadar dissosiyatif bozukluk tanısına karşı eleştiri yazıları yayınlanmaya devam etmiştir. Kişilik olarak adlandırılan yapının tartışmaya açık olduğu ve tedavide hipnozun kullanılmasından dolayı bu rahatsızlığın hipnoz artefaktı olduğu ayrıca yine bu hastalarca aktarılan cinsel taciz öykülerinin gerçekliklerinin tartışmalı olduğu yönünde görüşler öne sürülmüştür (28).

1990-1994 yılları arasında konuya olan ilgi oldukça genişlemiş olup, pek çok ülkede (Belçika, Fransa, Kanada, Hindistan, Türkiye ve Japonya) çeşitli özgün çalışmalar ve konferans sunumları gerçekleştirilmiş (28); 90'lı yıllarda A.B.D., Hollanda ve Türkiye bu alanla ilgili en çok çalışma yapılan ülkeler durumuna gelmişlerdir.

1.3. Türkiye'deki Dissosiyatif Bozukluklarla İlgili Araştırmalar:

Ülkemizde dissosiyatif bozukluklar üzerinde ilk sistematik çalışma ve yayınlar İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda 1993 yılında Klinik Psikoterapi Birimi'nde Prof. Dr. Vedat Şar sorumluluğunda gerçekleştirilmiş ve bu birim bünyesinde Türkiye'de ilk kez bir Dissosiyatif Bozukluklar Programı kurulmuştur. Psikoterapi eğitim ve uygulamalarının yanısıra daha çok yataklı servis hastaları üzerinde yoğunlaşan çalışmalar, 1993 yılında ilk dissosiyatif bozukluk vakasının fark edilip, tanısının konulmasına yol açmıştır. 1994'ten bu yana devam eden çalışmalar, uluslararası düzeyde yayınlar ve araştırmalar yapılmasını sağlamıştır.

1994'te Şar ve arkadaşları tarafından Türkiye genelinde yapılan bir anket çalışması, Türk psikiyatristlerinin yaklaşık %80'inin bu tanıyı (dissosiyatif bozukluk) düşündükleri bir hastasının hiçbir zaman bulunmadığını ortaya koymaktadır (29). Şar ve arkadaşları tarafından yürütülen çalışmalar, bu genel eğilime zıt olarak bilimsel açıdan ilginç bir durum ortaya koymuş olup, çok sayıda konuyla ilgili ampirik çalışmalar ve tedavi yazıları yayınlanmıştır (30,31,32,33,34).

1994-1996 yılları, Türk literatüründe dissosiyatif bozukluklar açısından patlamanın olduğu bir dönem olarak değerlendirilebilir. Bu yıllarda kırka yakın yayın, yerli ve uluslararası dergilerde yayınlanmıştır. DES, DIS-Q, DDIS ve SCID-D gibi dissosiyatif bozukluklar için hazırlanmış özbildirim ölçekleri ve yapılandırılmış tanı koydurucu görüşme çizelgelerinin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları tamamlanmış ve bu araçlar Türk araştırmacıları için kullanılabilir duruma gelmiştir (35,36,37,38,39,40,41).

Daha sonraki yıllarda ülkemizdeki konuyla ilgili yayınlar yurt içi ve yurt dışında düzenli şekilde artarak devam etmiştir (42,43,44,45,46,47,48,49). Son yıllarda da bu araştırmalar aynı hızda sürdürülmektedir (50,51,52,53,54,55,56).

1.4. Dissosiyasyonun Tanımı :

Dissosiyatif bozukluklar çok belirtili bozukluklar olup bu hastalar, terapistin karşısına bozukluğun asıl özelliklerinden çok altta yatan psikopatolojinin yol açtığı dolaylı belirtiler nedeniyle gelmektedir. Bu dolaylı belirtiler bilinmeden vakaya yaklaşıldığında dissosiyatif bozukluklar ihmal edilmekte ve bu vakalara sık olarak yanlış tanılar konmaktadır (21,57).

Terapistlerin hastalığı ve tanı ölçütlerini daha iyi bilmeleriyle birlikte bu hastalık tanısı eskilere oranla daha fazla konulmaktadır. Dissosiyasyon birçok şekilde tanımlanabilmektedir. Bu çalışmada DSM-IV' ün dissosiyasyon tanımı esas alınmış olup, genel olarak diğer tanımlara da değinilecektir.

DSM III-R dissosiyatif bozuklukların temel özelliğini “kimlik, bellek ya da bilinçliliğin normaldeki bütünleştirici (integratif) fonksiyonlarında değişme ya da bozulma” olarak tanımlamıştır. Dissosiyatif belirtiler, yüksek dissosiyasyon olma kapasitesindeki bireylerde sık ya da uzun süreli dissosiyatif semptomları merkez alan ve sekonder klinik özellikleri de içeren (depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu) klinik bir tablo oluştururlar (58).

Braun dissosiyasyonu, “fikir ya da düşünce sürecinin bilincin ana akışından ayrılması” olarak tanımlar (59).

Nemiah’a göre dissosiyasyon, “anı, duyu, duygu, fantazi ya da davranış gibi çeşitli zihinsel işlevlerin tek ya da küme halinde, istemli olarak hatırlanamaması ve bilinçten dışlanması”dır (60).

Putnam’a göre; dissosiyasyon kişinin, düşünce, duygu ya da davranışlarında farkedilebilir değişiklikler oluşturan bir işlemdir. Böylece bir süre sonra belirli bir bilgi, normalde mantıken olması gerektiği gibi assosiyasyon edilemez. Şiddeti belirli bir spektrumda dağılım gösteren bu işlem, klinik ve gündelik hayatta bellek ve kimlikteki değişimleri de içeren çeşitli fenomenler oluşturur. Bu da aşırı durumlarda dissosiyatif bozukluklar olarak bilinen çeşitli psikiyatrik sendromları oluşturur (18).

Spiegel ve Cardena’ya göre ise bu tanım; “olağan şartlarda entegre olan düşünce, duygu, bellek ve kimlik gibi zihinsel süreçlerin yapılandırılmış ayrılması” şeklindedir (61).

Goff ve arkadaşları dissosiyasyonu, kişinin kendilik ve çevre algısında devamsızlık olarak tanımlamışlardır (62).

DSM-IV’de dissosiyatif bozukluklar şöyle tanımlanmıştır (8):

Dissosiyasyon; bilinç, bellek, kimlik ya da çevresel algının genellikle entegre olmuş işlevlerinin kopmasıdır. Diğer bir ifade ile bilincin bütünleşmiş işlevlerinde, bellek, kimlik veya çevrenin algılanmasında bozukluk olması durumudur. ve ani ya da aşamalı başlayabilir, geçici veya kronik olabilir.

Dissosiyatif bozukluklar DSM-IV içinde 5 ana başlık altında incelenmektedir:

- 1.Dissosiyatif amnezi,
- 2.Dissosiyatif füğ,
- 3.Depersonalizasyon bozukluğu,
- 4.Dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB),
- 5.Başka türlü sınıflandırılmayan dissosiyatif bozukluklar (BTA).

1.5. DSM-IV'e Göre Dissosiyasyon Tiplerinin İncelenmesi:

1.5.1. Dissosiyatif Amnezi:

Özel kişisel bilgilerin belleğe çağırılması sırasında (recall) oluşan sorunlarla ortaya çıkar. Bu kişisel bilgiler travmatik veya stres verici özellikte olup DSM-IV ölçütlerine göre amnezi, sıradan unutkanlıkla açıklanamayacak kadar yoğun olmalıdır. Belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya veya sosyal, mesleki ve diğer önemli işlev alanlarında bozulmaya neden olur. Dissosiyatif amnezinin en belirgin özellikleri; ani başlaması, başlangıcında belirgin bir stres olması, tam düzelme oluşu ve tekrarlamamanın az olmasıdır.

Dissosiyatif amnezi; çok stresli mesleklerde (polis, itfaiye vb.) veya trafik kazaları gibi travmatik yaşantıların, cinsel taciz ve savaşların ya da doğal afetlerin ardından ortaya çıkabilir (örneğin; travmatik bir olay sonrasında kişi şahsi bilgilerinin çoğunu unutabilir) (8).

1.5.2. Dissosiyatif Füğ:

Belirtisi, ani ve beklenmedik bir şekilde evden veya çalıştığı yerden ayrılmasıdır. Genellikle buna kimliği ile ilgili konfüzyon ve hatta yeni bir kimlikte olduğunu varsaymak eşlik eder. Kişi, bu dönemle ilgili olayları belleğine getiremez. Dissosiyatif füğ'de hasta, gerçek kimliği ile ilgili bilgileri unutmuş olsa bile yönelimi tamdır ve hasta uyanıktır (örneğin; füğ sırasında hasta yeni arkadaşlar edinebilir).

1.5.3. Depersonalizasyon Bozukluğu:

Bir belirti olarak depersonalizasyon, kişinin bedenini ya da kendiliğini gerçek dışı olarak algılamasıdır. Hasta aklının ya da bedeninin ayrıldığını, dışarıdan gözlendiğini ya da kendini rüyadaymış gibi hissettiğini ifade edebilir. Bu durum kronik olabilir, kademeli ya da ani başlayabilir. Sonlanması ise genellikle yavaş yavaş olmaktadır. Depersonalizasyon yaşantısı süresince kişinin gerçeği değerlendirme yeteneği korunmuştur (63).

1.5.4. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu (Çoğul Kişilik):

Dissosiyatif bozukluklar içinde genellikle en ağır ve kronik kabul edilen biçimdir. Eskiden çoğul kişilik bozukluğu (ÇKB) olarak bilinen dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB), dissosiyatif bozukluğun uç noktadaki formu olup, iki ya da daha fazla ayrı ve farklı kişiliğin aynı bireyde bulunması halidir (3).

1.5.5. Başka Türü Sınıflandırılmayan (Adlandırılmayan) Dissosiyatif Bozukluklar:

Bu sınıflandırmada da belirgin özellik, dissosiyatif belirtilerin olmasıdır. Fakat bu durumda özgül bir dissosiyatif bozukluk ölçütü karşılanmamaktadır. İki ya da daha fazla ayrı kişilik durumları yoktur. Önemli kişisel bilgilerin unutulmadığı durumlar veya depersonalizasyonun eşlik etmediği derealizasyon durumları, uzamış ve yoğun bir şekilde zor kullanımıyla ikna yöntemlerine başvurulmuş bireylerdeki dissosiyasyon durumları (beyin yıkama, düşünce değiştirilmesi vb.), dissosiyatif trans durumları, kimlik veya bellekte tek ya da epizodik değişimler bu grupta yer almaktadır (8).

1.6. Dissosiyatif Bozuklukların Tanı Ölçütleri:

1980'lere kadar dissosiyatif bozukluklar histerinin bir alt kategorisi olarak sınıflandırılmıştır. Konversiyon bozuklukları ise bir başka majör alt kategoriydi. 1980'de DSM-III'de dissosiyatif bozukluk terimi kullanılmıştır. DSM-III'de bulunan "bu bozukluğun nadir görüldüğü" ibaresi DSM-III-R'de kaldırılmıştır. DSM-III-R

psikojenik amnezi, psikojenik füğ, depersonalizasyon bozukluğu, çoğul kişilik bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk (BTADB) adlı 5 ana dissosiyatif bozukluk tanımlanmıştır. Dissosiyatif süreç içinde yer aldığı iddia edilen konversiyon bozukluğunu DSM-III-R dissosiyatif bozukluklardan tamamen ayırmıştır (60).

DSM-IV'de bu hastalıkla ilgili abartılı çağrışımlar yapan isim (ÇKB) değiştirilmiş, kişilikler arasında amnezi bulunması koşulu getirilmiş, buna karşılık kişiliklerin kontrolü tam olarak alması koşulu hafifletilmiştir. DSM-IV, dissosiyatif bozukluğun bilinç, kimlik ve bellek işlevlerinde bozulmaya yol açtığı üzerinde durur. Ayrıca, DSM-IV'de BTADB'nin bir alt kategorisi olarak "dissosiyatif trans bozukluğu" tanımlanmıştır. "Klinik olarak belirgin sıkıntıya ya da işlevsellikte 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 (8).

Bu çalışmada DSM-IV'e göre vaka örneklemimiz sadece dissosiyatif kimlik bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk tanısı alan deneklerden oluştuğu için, dissosiyatif amnezi, dissosiyatif füğ ve depersonalizasyon bozukluğunun tanı ölçütleri verilmeyecektir. Dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB) ve başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk (BTADB) tanı ölçütleri Tablo-1 ve Tablo-2'de verilecektir.

Kişilik, çevre ve kişinin kendisi ile ilgili süregiden, çok çeşitli sosyal ve kişisel durumlarda kendisini gösteren algı, ilişki kurma ve düşünme biçimidir. Kişilik durumları, çok çeşitli sosyal ve kişisel durumlarda kendilerini göstermemesiyle kişilikten ayrılır. DKB literatüründe kişilik, alter ve parça (fragman) deyimleri kullanılmaktadır (64). Kişilik oldukça bütüncüdür, çeşitli duygu ve davranışlar sergileyebilir, uzunca bir zaman kontrolü elinde bulundurabilir. Genellikle zamanın çoğunda kontrolü elinde bulunduran, kişinin ailesi tarafından verilen adı taşıyan bir "evsahibi" (host) kişilik vardır. Bu kişilik, genellikle edilgen, bağımlı, suçluluk duyguları içinde ve depressif bir görünüm sergiler. Parça ise daha

sınırlı bir ruhsal yapı olup, sadece bir duyguyu ve bir anıyı taşır ya da kişinin hayatında belli bir görevi yerine getirir. Parça, belli bir çocukluk çağı taciz yaşantısını barındıran korku dolu bir çocuk olabilir. Bu parça kontrolü tam olarak aldığı zamanlarda kişi, o tacizi her seferinde yeniden yaşıyormuş ve o sırada tacizin meydana geldiği yaşta ve yerdeymiş gibi davranır. Evsahibi kişilik genellikle travmayı anımsatan durumlarda ortaya çıkan ve kısa süren bu duruma amneziktir. Alter, kişilik ve parçayı da içeren genel bir kavramdır (28).

Tablo 1: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun DSM-IV Tanı Ölçütleri:

- A. İki ya da daha fazla birbirinden ayrı kimliklerin ya da kişilik durumlarının aynı kişide varlığı (herbirinin kendi içinde oldukça süregiden çevre ve benlik algısı, ilişki kurma ve düşünce biçimi vardır).
- B. Bu kimliklerden ya da kişilik durumlarından en az ikisi zaman zaman tekrarlayarak kişinin davranışını denetim altında tutar.
- C. Önemli kişisel bilgilerin sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde anımsanamaması.
- D. Bu bozukluk bir maddenin doğrudan fizyolojik etkisine (örneğin alkol zehirlenmesi sırasındaki "black out" ya da kaotik davranış) ya da genel tıbbi duruma (örneğin kompleks parsiyel nöbetler) bağlı değildir.

Not: Çocuklardaki belirtiler hayali oyun arkadaşlarına ya da diğer tür oyun fantazilerine bağlanamamaktadır.

Tablo 2: Başka Türü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk DSM-IV Tanı Ölçütleri:

Bu kategori önde gelen özelliğin dissosiyatif bir belirti (yani, genelde birbirlerini bütünleyen işlevleri olan bilinçlilik, bellek, kimlik ya da çevre algısında bir bozulma olması) olduğu, ancak herhangi bir özgül dissosiyatif bozukluğun tanı ölçütlerini karşılayamadığı bozuklukları kapsar. Aşağıda bununla ilgili örnekler sunulmuştur;

1. Dissosiyatif kimlik bozukluğunun tanı ölçütlerini tam karşılayamayan bu bozukluğa benzer klinik görünüm örnekleri arasında, a)İki ya da daha fazla birbirinden ayrı kişilik durumunun olduğu ya da

b)Önemli kişisel bilgiler için amnezinin olmadığı klinik görünümeler vardır.

2. Erişkinlerde depersonalizasyonun eşlik etmediği derealizasyon.

3. Uzun süreli olarak ve yoğun bir biçimde zorla düşünce aşılınması dönemlerinden geçen bireylerde ortaya çıkan dissosiyasyon durumları (örneğin; beyin yıkama, düşünce değişikliklerine 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 devinimleri ya da davranışları kapsar. Posesyon transı, alışlagelen kişisel kimlik duyumunun yerini yeni bir kimliğin almasıdır. Yeni kimlik; bir ruh, güç, Tanrı ya da başka bir insana bağlanır ve buna kalıplaşmış yineleyici "istemsiz" davranışlar ya da amnezi eşlik eder. 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 Füg'e eşlik etmemesi şartıyla sorulan sorulara yaklaşık yanıtlar verme (örneğin 2 artı 2 eşittir 5) durumu.

1.7. Dissosiyatif Bozukluğu Açıklayan Teoriler:

1.7.1. Çocukluk Çağı Travmaları:

Dissosiyatif bozukluğun oluşumu ile ağır ve tekrarlayıcı erken çocukluk çağı travmaları arasında bağlantı olduğuna dair açık kanıtlar bulunmaktadır (16,65). Özellikle kronik ve karmaşık dissosiyatif bozuklukların etyolojisinde çocukluk çağında geçirilen duygusal, cinsel ve fiziksel istismar, ihmal gibi travmatik yaşantıların önemli bir yeri olduğu bilinmektedir (2).

Dissosiyatif bozukluklar kişinin yaşamının erken dönemlerinde karşılaştığı ciddi travmatik etkenlere karşı geliştirdiği psikobiyolojik bir tepkidir (66).

Çeşitli klinik popülasyonlarda yapılan çalışmalar, psikiyatrik tedavi için başvuran kadın ve erkeklerde çocukluk çağındaki ya da yetişkin hayattaki cinsel ve fiziksel travmaların yüksek oranda olduğunu göstermiş olup, bu hastalar arasında dissosiyatif bozukluklar yaygındır (13,67).

Kluft'a göre hasta, acı ve korku verici taciz yaşantılarından uzaklaşmak için dissosiyasyonu savunma seçeneği olarak kullanmaktadır. Çocuk, kendi bütünlüğünü travmadan korunmak için "bu bana yapılmıyor" diyerek o tacizin kendiliğinden ayrı (dissosiyeye ettiği) bir parçasına yapıldığını düşünür. Bu ilk dissosiyatif yaşantı, ağır vakalarda farklı bir kişiliğin çekirdeğini oluşturur (68,69).

Loewenstein, dissosiyatif kimlik bozukluğu hastalarında çocukluk çağı cinsel tacizini %68.0 ile %90.2 arasında değişen oranlarda bildirmiştir (70). Williams'ın yaptığı bir çalışmada ise çocukluk çağı cinsel tacizi belgelendirilmiş 129 kadınla yapılan görüşmede bu kadınların %38'inin yaşadıkları olaya amnezik oldukları görülmüştür (71). Bir dizi diğer araştırma göstermiştir ki; çocukluk çağı cinsel tacizine uğramış 468 yetişkin erkek ve kadından oluşan bir grubun %59.6'sı hayatlarının bir döneminde tacize amnezik olduklarını bildirmişlerdir (72).

Şar ve arkadaşlarının 35 DKB vakası ile yaptıkları bir çalışmada, fiziksel ve/veya cinsel taciz %77.1, fiziksel taciz %67.9, ihmal %62.9 ve cinsel taciz ise %57.1 olarak bulunmuştur. Diğer türdeki tacizler (aile içi şiddete ya da ölüme tanıklık etme, tehdit edilme vb.) de bu kişilerde bulunmaktadır. Dissosiyatif bozukluk vakalarında yüksek oranlarda görülen çocukluk çağı tacizleri birinci derecede aile içidir. Çeşitli çalışma gruplarında hasta başına düşen taciz çeşidi sayısının ortalaması ise 2.95–4.80 arasında değişmektedir (44).

1.7.2. Genetik Faktörler:

Putnam ve arkadaşları ile Nash ve arkadaşları, çalışmalarında dissosiyatif bozuklukları etkileyen temel faktör olarak aile üzerinde durmuşlardır (73,74). Daha sonra yapılan çalışmalar, dissosiyatif bozukluklarda ailenin yanı sıra genetik faktörleri de ön plana çıkarmıştır. Fakat dissosiyasyonda genetik faktörlerin rolü üzerinde çok az sayıda araştırma bulunmasına rağmen günümüzde bu konuya olan ilgi artarak devam etmektedir.

DKB hastası, travma dolayısıyla ya da biyolojik olarak dissosiyeye olma eğilimine sahiptir. Bu kişilerin dissosiyatif olmayan uyum sağlama mekanizmaları travmatik olayla başa çıkmaya yetmediğinde dissosiyatif olan mekanizması harekete geçmektedir (75).

Waller, çocuk ve ergen ikizler üzerinde yaptığı çalışmasının verilerine göre; tek yumurta ikizleri ile çift yumurta ikizleri arasında bağlantı katsayıları açısından önemli bir fark olmadığını ileri sürmüştür. Waller, buna bağlı olarak genetik faktörlerin normal dissosiyasyon üzerinde çok az katkısının olduğu veya hiç olmadığı sonucuna ulaşmıştır (76).

1.7.3. Aile (Yetişme) Çevresi :

DKB vakalarıyla yapılan klinik görüşmelerde, kişinin yetişme çevresinin dissosiyatif bozukluğun seyrinde büyük bir öneminin olduğu görülse de bu konudaki aile çalışmaları yok denecek kadar azdır. Konuyla ilgili literatür tarandığında dissosiyasyon konusunda travma boyutuna odaklanan geniş ilgi aile ve bireyin yetiştiği çevrenin

büyük ölçüde ihmal edilmesine yol açmıştır. Zaten yürüttüğümüz bu tezde özellikle aile dinamiklerinin dissosiyatif vakalar üzerindeki etkilerinin araştırılması da amaçlanmıştır. Bu açıdan ilgili tez, ülkemizde alanındaki ilk çalışmalardan biri olmaktadır.

Taciz edilmiş çocukların psikolojik uyumu, temelde onların ihmalkar ve ilgisizliklerine rağmen anne ve babası ile bağ kurmaları (attachment) ve bunu korumaları üzerine kurulmuştur. Bu bağ kurmak ve korumak için ya tüm saldırılar sanki hiç olmamış gibi bilinçten uzaklaştırılır, bellekten silinir ya da azımsanır veya affedilir. Çocuk tacizin olmadığına inanmayı tercih eder hatta bunu kendinden bile saklamaktadır. Bu durum inkardan dissosiyasyona kadar gidebilmektedir (26).

Alexander ve Schaffer ise erişkin ensest kurbanlarını değişkenlerine göre kümelemişler ve patolojik dissosiyasyon seviyeleri gösteren deneklerin; istismarın olduğu, çatışmacı, baskıcı, kontrol edici ve zalim ebeveynlerin bulunduğu ailelerden geldiklerini tespit etmişlerdir (77).

Yaşadığı travmalar sonrasında içsel güven duygusunu geliştirememiş olan çocuk, dışarıdaki güven ve bakım kaynaklarına normalden daha fazla muhtaçtır. Bağımsızlık duygusu gelişmediğinden hep bağlanacak birini arar, sonuç olarak taciz edilmiş çocuklarda defalarca gözlenen şey bir paradokstur. Çabucak yabancılara yaklaşır ve bağlanır. Aynı zamanda da kendilerine kaba davranan ebeveynine inatla yapışıp kalır (78).

Dissosiyatif bozukluklar, bazı klinik özellikleri açısından “bağlanma bozukluğu” olarak da değerlendirilebilir. Bağlanma bebeğin bakıcısına yakınlığını, dolayısıyla hayatta kalma ihtimalini artıran ve doğuştan gelen bir mekanizmadır. Primer bağlanma figürünün kaybı veya ilgisizliğinin aktif bir suistimal ile de birleşerek kronik dissosiyatif bir bozukluk oluşturabileceği belirtilmiştir (78).

1.7.4. Hipnoza Eğilim ve Hayal Gücü Kapasitesi:

Dissosiyatif bozukluklarda bu kişilerin hipnoza eğilimli oldukları iddia edilse de birçok klinik ve normal populasyon üzerindeki araştırmalar hipnoza eğilim-kapasitesi ile dissosiyasyon arasında zayıf bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır.

Hipnoz ile dissosiyasyon arasında benzerlikler bulunmakla birlikte, birincisinin sadece ikincisinin kontrolü altında oluşturulan bir biçimi olarak görülmesinin yanlış olduğu savunulmaktadır (2).

Bliss, dissosiyatif bozukluğu olan ya da çocukluk çağı travmasına uğrayan kişilerin hipnoza eğilimlerinin arttığını ifade etmiştir (79). Fakat deneysel veriler bu durumu desteklememektedir (57).

Acı veren bir gerçek karşısında gerçek dışı bir alternatif dünyaya açılmaya imkan verici hayal gücü ve fantazi kapasitesi iki yönden gelişimsel olarak dissosiyasyonla ilişkili görülmüştür :

Bunlardan ilki, travmanın devam ettiği ve gelişimsel devamlılığın bozulduğu durumlarda hayali arkadaşların farklı işlevleri olan alter kişiliklere dönüşeceği iddiasıdır.

İkincisi ise, fantaziye eğilimin dissosiyasyonla ilişkili olduğu iddiasıdır. Fantazi eğilimi, kişilerin zamanlarının büyük bir kısmını kendi yarattıkları bir hayal ve fantazi dünyasında geçiren kişileri karakterize etmek için tanımlanmıştır (80).

Erişkin DKB vakalarının büyük bir kısmı çocukluklarında hayali arkadaşları olduğunu belirtmişlerdir. Horstein ve Putnam, dissosiyatif bozukluğu olan çocuk ve ergen hastalarının %84 'ünde geçmişte olan ve hala devam eden hayali arkadaşlıklar tespit etmişlerdir. Bu hastalardaki değişik alterlerin bazen ilk olarak dışsal bir hayali arkadaş gibi ortaya çıktığı fakat daha sonra içselleştirilmiş, değişik bir kişilik durumu haline geldiği ifade edilmektedir (81).

Bazı çalışmalar ise aşırı fantazi eğiliminin çocukluk dönemindeki kötü muamele öyküsü ile ilişkili olduğunu göstermiştir. İstatistiksel olarak da aşırı fantazi eğilimi skorları ile dissosiyasyon yaşantısı skorları arasında güçlü bir ilişki olduğu bulgulanmıştır (82).

2. TRAVMA KAVRAMI

2.1. Travma Kavramına Genel Bir Bakış:

Kişinin çocukluk ve ergenlik yıllarında yaşadığı duygusal, fiziksel ve cinsel travmalar ile duygusal ve fiziksel ihmaller, mağdurun hem fiziksel hem de zihinsel sağlığını, dolayısıyla kişisel bütünlüğünü bozabilmektedir (83).

Travmatik olay; gerçek bir ölüm tehditi, ağır bir yaralanma ya da fiziksel bütünlüğe bir tehdit olayını yaşamak, öğrenmek veya bunlara tanık olmak olarak tanımlanır. Bu tanıma bağlı olarak savaş, işkence, tecavüz, saldırı, yangın, doğal afetler (sel, deprem, fırtına, vb.) ve çeşitli kazalar travmatik olaylar olarak adlandırılır (8).

Travma karşısında mağdur, şiddet ve güç baskısı altında tek başına ve yardımsız kalmıştır. Sonuç olarak, bireyin yaşadığı travmatik olaylar; onun kontrol, bağlantı ve anlam duygusunu sağlayan normaldeki bakım ve güvenlik sistemini alt-üst etmiştir (26).

Tecavüz, dayak ve öteki cinsel ve fiziksel istismarlar, genel olarak toplum hayatının yaygın bir parçasıdır. Öte yandan savaşlarda ölen ve yaralanan insanların sayılarına bakıldığında bu tür travmatik yaşantıların da insanların yaygın bir yaşantısı olduğunu görmekteyiz (84).

Spiegel travmayı, ruhen üstesinden gelinmesi zor ve tam bir çaresizliğe yol açacak kadar ağır yaşam deneyimleri olarak tanımlamaktadır. Travmalar, kişideki yaşantılaşmanın sürekliliğini ani ve belirgin olarak bozmaktadır (4).

2.2. Psikoloji ve Psikiyatride Travmanın Tarihçesi:

Tıpkı dissosiyasyon için olduğu gibi, ruhsal travmanın psikiyatrideki rolüne verilen önemin de tarih boyunca değiştiği görülmektedir. Savaşların neden olduğu travmatik yaşantıların sonuçları, önyargıların azalması ve açıklığın artması sonucunda ensest ve diğer çocukluk çağı travmalarının daha kolay ifade edilmesi ve araştırılabilmesi, kadın haklarını gündeme getiren hareketlerin güçlenmesi son on yıllarda ruhsal travmayı ve buna bağlı oluşan ruhsal bozuklukları yeniden güncelleştirmiştir (2).

Travma ile psikolojik hastalıklar arasındaki ilişki 19. yüzyılın son 20 yılında tam olarak anlaşılmaya başlanmış olup; bu çalışmalar Salpetriere’de Charcot ve Pierre Janet tarafından yürütülmüştür. Janet tarafından yapılan bu konudaki ilk sistematik çalışmalar, 20. yüzyıl başlarına dek oldukça iyi bir şekilde psikiyatri camiasınca bilinmekteydi. Fakat travma konusundaki 1970-80’li yıllardaki birçok nöropsikiyatrik bulgu ve gelişmeleri öngörmesine rağmen, Janet’in bu bilimsel mirasından, psikanalizin gelişmesinden ötürü son yıllara kadar yararlanılmamıştır (27).

Janet’e göre, travmatik yaşantılar sırasında bilinçaltı sabit fikirler (subconscious fixed ideas) adını verdiği yeni bellek tabakaları oluşuyordu. Bu durum, travmatik belleğin bilişsel ve duygulanım elemanlarını organize ediyor ve bunları bilinçli farkındalığın dışında tutuyordu (85).

Janet’e göre geçmiş yaşantıların farkında olma ve şu andaki durumun doğru algılanmasının kombinasyonu, uygun davranışı belirlemekteydi. Histeri hastalarının belirtileri, Janet’in keşfettiği gibi sıklıkla önceki bir travma ile ilgiliydi ve bu travmaların şekillendirdiği kişilik, çevre ile adaptif bir ilişkiye giremediğinden tetikleyici etkilerle histerik belirtiler oluşuyordu. Janet, travma mağduru olan bu kişilerin travmaya yapışıp takıldıklarını (attached to trauma) söylemişti. Bu kişiler, “travmatik belleği” entegre edememişlerdir ve sanki kişilikleri bir noktada takılmış ve yeni elemanlarla gelişmeyi bırakmışlardı (26).

Freud, 1892-1896 yılları arasında Janet'in teorilerine yakın düşünceler ortaya koymuştur. Breuer ve Freud, 1893'te histerik belirtiler ile çocukluk çağı ruhsal travmalarının ilişkisine dikkati çekmişler ve dissosiyasyonun histeri için ilke olduğunu ifade etmişlerdir. Fakat bu yıllarda Freud, bir başka makalesinde (Histerinin Etiyolojisi) travma sonrası gelişen patolojik sürecin dissosiyasyon olmadığını ve nevrozların kaynağının dürtüsel arzular olduğunu ifade etmiş olup; dissosiyasyon yerine represyonun (bastırma) asıl savunma olarak bilinçdışı ruhsal süreçlerin işlemlerini sağladığını belirtmiştir (86).

Freud'un düşüncesindeki bu değişiklik (travma kuramından vazgeçilmesi), sonraki yıllarda Bleuler'in dissosiyatif bozuklukları da içine alan çok geniş bir şizofreni tanımı yapması ile birleşmiş ve 20. yüzyılın ilk yarısında travma ve dissosiyasyon konusunun "unutulması"nda önemli bir işlev görmüştür.

Buna karşılık ortalama psikiyatrideki bu ihmale rağmen Janet ve Ferenczi gibi bazı yazarlar, travma ile ilgili düşüncelerinden vazgeçmemişlerdir.

Ferenczi bir makalesinde çocuğun, ilgi ihtiyacı ve hassasiyetini cinsel haz amacıyla istismar eden yetişkinle yüz yüze geldiğindeki çaresizliğinden bahseder. Ferenczi, bu bildirisinde daha önce hiçbir psikiyatristin ulaşamadığı kadar etkili ve veciz bir şekilde, kişilerarası saldırının kurbanı olan çocukların çaresizlik ve korkusundan bahsederek kritik bir kavram geliştirir. Bu kadar travmatize edilmiş bir çocuk için eideki en önemli savunma "agresörle identifikasyon" dur (27).

Kardiner, 1941'de II. Dünya savaşının başlamasından sonra "The Traumatic Neuroses of War" adlı kitabını yayınladı. Kardiner bu kitabında sadece savaşlara bağlı travmatik nevrozlara değil tüm travma hastalıklarına dikkat çekmişti. Yine o yıllarda yazılmış önemli bir psikiyatri kitabı, enstestin milyonda bir görüldüğünü ve etkisinin özellikle zarar verici olmadığını vurgulamıştır. Kardiner, kendinden öncekiler gibi psikolojik travma ile ilgilenmiş olup, hastalarını çok

detaylı tanımlamış ve hastalık belirtileriyle travmanın ilişkisini araştırmıştır (27).

1970’li yıllarda feminist hareketin de etkisiyle kadınlara yönelik şiddet ve cinsel taciz gündeme gelmiş olup, 1972 yılında Anne Burgess ve Linda Holstrom, “rape travma sendromu” (tecavüz travma sendromu) nu tanımlamışlar; savaş nörozu ile bu hastaların yakınmalarının (flashback ve gece kabusları) benzerliğini vurgulamışlardır (87).

Daha sonraki yıllarda psikiyatristlerin Kardiner’in çalışmalarından etkilenmeleri sonucunda savaşın insan üzerindeki etkileri yeniden anlaşılmış olup bu çalışmalar DSM-III’e travma sonrası stres bozukluğu olarak girmiştir. Yine bu sıralarda bu süreçten tamamen bağımsız başka bir klinisyen grubu DSM-III için dissosiyatif bozukluklar “tanı kategorisini” oluşturmuşlardır (58).

2.3. Travmatik Olaylar Sonrasında Gelişen Ruhsal Sorunlar:

Travmatik olaylar, depresyon, anksiyete (kaygı) bozuklukları, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı veya bağımlılığı, travma sonrası stres bozukluğu, intihar düşünceleri ve girişimleri gibi birçok ruhsal soruna yolaçabilir (8).

Şar’a göre ise, travmanın emosyonel etkileri arasında korku ve bunaltı, depresif duygulanım, benlik saygısında azalma, kimlik sorunları, öfke, suçluluk duygusu ve utanç sayılabilir. Bilişsel tepki örüntüleri olarak algı bozuklukları ve intruzif (zorlayıcı) mental aktivite sık görülür. Olayın gözünde canlanması (flashback) ve kabuslar kurbanı travmayı yeniden yaşadığı hissini verir. Kişilerarası alanda cinsel sorunlar, yakın ilişki sorunları, yeniden istismar edilme (revictimization) ve başkasını istismar etme gibi sonuçlar gündeme gelebilir.

Ayrıca özellikle ensest yaşayanların erişkinliklerinde yeniden istismar edilme risklerinin yüksek olduğu bilinmektedir. Klüft, yeniden kurban durumuna düşme riski ile belirli bu durumları “sitting duck” sendromu olarak tanımlamıştır. Bu kişilerin erişkinliklerinde

cinsel tecavüze uğrama, mazohistçe davranma, cinsel işlev bozukluğu gösterme, kötüye kullanmaya yakın partnerler ile ilişki kurma, madde kullanma, psikiyatri kliniğine yatma, daha uzun süre yataklı tedavi görme ve hatta kronik enstitüsyonalizasyon risklerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (2).

Coons ve arkadaşları ile Kluff ise konumuzla ilgili olarak, erken çocukluk döneminde yaşanan fiziksel ve/veya cinsel istismarı, kişideki dissosiyatif bozuklukların oluşmasında etken olarak görmektedirler (21,88).

Ülkemizde erken yaşta evlendirilmelere ve kız çocuklarının eğitimine erken son verilmesine yüksek oranda rastlandığı bilinmekte, ancak çocukluk çağı ihmal ve istismarının yolaçtığı psikiyatrik bozukluklar arasında önde gelenin dissosiyatif bozukluklar olduğu bilinmemektedir (89). Gelinas da çocukluk çağındaki cinsel istismar kurbanlarında dissosiyatif belirtilerin olduğunu bildirmiştir (90).

Günümüzde dissosiyatif kimlik bozukluğu, çocukluk çağı istismarına bağlı kronik ve karmaşık bir travma sonrası dissosiyatif psikopatoloji olarak kabul edilmektedir (2).

2.4. Dissosiyatif Bozukluklar ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu:

Dissosiyatif kimlik bozukluğu vakalarının % 80'i daha ilk değerlendirmede tanı olarak travma sonrası stres bozukluğu tanısı da alabilmektedir. Ayrıca travma sonrası stres bozukluğu tanısını karşılamayan vakalarda da çok sayıda travma sonrası stres belirtisi bulunabilir (91).

Oysa travma çalışmalarını yürüten bazı araştırmacılar, travma sonrası stres bozukluğunun bazı belirtilerinin (tekrarlayıcı düşünceler, geriye dönüş epizodları, gece kabusları ve numbing/emosyonel hissizlik) dissosiyatif doğasına işaret etmektedir (92). Travma sonrası stres bozukluğunun önemli bir belirtisi olan amnezi (unutkanlık) de dissosiyatif doğada olan bir belirtidir (93).

Bazı yazarlara göre, travma sonrası stres bozukluğu da aslında bir dissosiyatif bozukluktur (Şar, kişisel iletişim). Bu görüşe göre travma sonrası stres bozukluğunda görülen kaçma ve intrüzyon grubu semptomlar, ruhsal bölünme sonucu ortaya çıkan görünürde normal (duygularını kısıtlayan) ruhsal taraf ile travmatik olaylara bağlı emosyonlardan zengin ruhsal tarafın aralarındaki etkileşimden kaynaklanmaktadır.

2.5. Çocukluk Çağı Travması Olarak İstismar ve İhmali:

Çocuk istismarı ve ihmali gibi karmaşık ve çeşitli türlere ayrılabilen, birçok farklı kişi ya da kurum tarafından ele alınabilen ve tıp, hukuk, psikoloji gibi farklı disiplinleri ilgilendiren kavramların gerek genel gerekse daha ayrıntılı olarak tanımlanabilmeleri konusunda güçlüklerle karşılaşmaktadır. Örneğin bazı tanımlarda istismar veya ihmalin ajanı olarak yalnızca ana-baba veya onların yerine geçen kişiler ele alınırken, bazılarında da bunların yanı sıra çeşitli toplumsal kurumlar ve çocuğa yabancı kişiler de istismar ve ihmalden sorumlu tutulabilmektedir (94).

Adli tıp açısından ise; gerek fiziksel gerekse de cinsel şiddet olguları içerisinde incelenebilen ve büyük bir önem taşıyan çocuk istismarı ve ihmali olgularının tanımlanmasında genel olarak hukuk sisteminde yer alan tanımlar kabul edilse de, bu konudaki farklı görüşlere de değinilecektir.

Çocuk istismarı ve ihmali tanımlarken karşılaşılan güçlüklerden biri de kültürlerarası farklılıklardır. Farklı kültürlerde o kültürün çocukla ilgili değerlerinden veya yaygın olarak kabul edilen ve uygulanan disiplin yöntemlerinden kaynaklanan sorunlar nedeniyle çocuk istismarı ve ihmali evrensel olarak tanımlamak güçtür (95).

Diğer taraftan çocukların ait oldukları kültürel ve dini normlara bağlı olarak, istismar sayılabilecek bazı davranışlara maruz kalmaları mümkündür. Çocuk istismarının dini ve kültürel (satanik ve ritüel) boyutlar şeklinde değerlendirilmesi gerektiği halen tartışılmaktadır. Bunları istismarın bir türü olarak kabul eden uzmanlar olduğu gibi,

bunların istismarın dışında normlara bağlı davranışlar olarak değerlendirilmeleri şeklinde görüşler de vardır (96).

Garbarino ve Gilliam, çocuk istismarı ve ihmali, ana-baba ya da çocuktan sorumlu kişiler tarafından girifilen, toplumsal değerlerin ve uzman görüfünün birleştirilmesi sonucu çocukların sağlığı açısından uygunsuz veya zararlı olduğuna hükmedilen tüm eylemler ve eylemsizlikler olarak tanımlamıştır (97).

Finkelhor ve Korbin'e göre çocuk istismarı ve ihmali, çocukların maruz kaldıkları zararların birer türüdür; ancak bu zararlar insan davranışlarından kaynaklanmalı, çocuğa zarar verici etkiye bulunmalı ve önlenabilir olmalıdır (98).

Çocuk istismarının tüm boyutlarını birlikte değerlendiren ve geniş kapsamlı ele alan diğer bir tanıma göre, 0-18 yaş grubundaki çocuğun kendine bakmakla yükümlü kişi veya kişiler tarafından zarar verici olan, kazadışı ve önlenabilir davranışa maruz kalması çocuk istismarıdır. Bunun çocuğun fiziksel ve psikososyal gelişimini engelleyen, gerçekleştiği toplumun kültür değerleri dışında kalan ve uzmanlar tarafından istismar olarak kabul edilen bir davranış olması gerekmektedir (99).

Diğer bir ifadeyle; 18 yaşın altında bulunan çocuklara karşı aktif olarak girifilen ve onların fiziksei, duygusal, zihinsel ve toplumsal gelişmelerini zedeleyen her türde eylem, çocuk istismarı olarak; onların beslenme, bakım, gözetim, eğitim gibi ihtiyaçlarının karşılanmaması durumları da çocuk ihmali olarak ele alınmaktadır (94).

Çocuk istismarı çeşitleri ele alındığında fiziksel, cinsel ve duygusal istismar ile ihmal ayrı ayrı incelenecektir. Travmatik olaylar sonrasında gelişen ruhsal sorunlara yani çocukluk çağındaki travmaların erişkinlikteki sonuçlarına genel olarak değinilmişti. Bu bölümde ise ayrı ayrı olarak değerlendirilen çocukluk ağı travmalarının tanımları yapıldıktan sonra, travmaların neden olduğu, çocukluk dönemindeki ruhsal sorunlara da değinilecektir.

2.5.1. Fiziksel İstismar:

Fiziksel istismar için çeşitli tanımlar bulunsa da bu tür istismar, diğer çocuk istismarı türlerine göre en kolay tanımlanabilir olanı olup, genel olarak fiziksel ceza sonucunda yaralanmış olan çocuğun durumuna işaret eder (100).

Bu açıdan konuya yaklaşan Ogata, fiziksel istismarı çocuğa bakan veya bakmakla yükümlü olan kişinin, çocukta ekimozlar, deri sıyrıkları ya da tıbbi bakım gerektiren herhangi lezyon yaratan cezalandırması olarak tanımlamıştır (101).

Diğer bir tanıma göre fiziksel istismar; ekimoz, yanık, kemik kırıkları, kafa travmaları, iç organ hasarları ile kendini gösteren ve en az 48 saat devam eden fiziksel hasarlar olarak ifade edilmiştir (102).

Fiziksel istismar uygulanış şekline göre iki başlık altında incelenmektedir:

a) Aletsiz Saldırıları: Bunlar, istismarın bir alet kullanmaksızın çocukta oluşturdukları lezyonları kapsar. Tokat, yumruk, itip-kakma, tekme, ısırma ve çimdikleme gibi olayları içine alır.

b) Aletli Saldırıları: Bu tür saldırılar ise istismarın bir alet kullanılarak çocukta çeşitli lezyonların meydana getirildiği olgulardır. Genellikle kemer, kayış, telefon, ütü, hortum, tava gibi ev eşyaları sıcak su ve sıcak yiyecekler, kullanılan araçlardır (95).

Ayrıca fiziksel istismarı yapan kişilere göre de bir sınıflandırma vardır. Buna göre aile içinde çocukların kaza dışı yaralanmalarına "Ebeveyn Tarafından İstismar" (Parental Abuse) buna karşılık okul, yuva, yetiştirme yurdu veya kamp gibi kurumlarda yönetici ya da öğretmenler tarafından uygulanan istismar olaylarında ise "Kurumda İstismar" (Institutional Abuse) ismi verilmektedir (99).

Fiziksel istismar ile çocuğu kimi zaman bedensel olarak yaralama derecesine de varabilen fiziksel saldırı anlaşılacak ile birlikte bu kategori çocuğu bedensel yöntemlerle aşırı ölçülerde cezalandırma,

bağlama ya da küçük bir mekanda kilitleyerek özgürlüğünden alıkoyma gibi durumları da kapsamaktadır (2).

Brown ve Anderson'a göre fiziksel istismar, bir kişinin 18 yaşından önce kendisinden en az 5 yaş büyük bir kişi ya da kendisinden 2 yaş büyük bir aile bireyi tarafından saldırıya uğramasıdır; kişi bunu kardeş rekabeti gibi bir aile içi çatışma olarak algılamış olmamalıdır ve fiziksel temas içermeyen arkadaş kavgaları, bu tanıma girmemektedir (103).

Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda impulsif, hiperaktif ve depresif özellikler; davranım bozuklukları, dissosiyatif bozukluklar, madde kullanımı ve öğrenme güçlüğü bildirilmiştir (2).

2.5.2. Cinsel İstismar:

Fraser, bir çocuğun bir yetişkin tarafından kullanılmasını cinsel istismar olarak tanımlamaktadır (104). Baker ve Duncan ise bu tanıma bir yaş sınırlaması getirmiş olup; 16 yaşın altındaki çocukların cinsel açıdan olgun biri tarafından kendi cinsel doyumunu için herhangi bir şekilde kullanılması olarak cinsel istismarı tanımlamıştır (105).

Genel olarak çocuk cinsel istismarı, çocuğun bir yetişkin veya yaşça daha büyük bir kişi tarafından cinsel doyum sağlamak amacı ile istismar edilmesidir. Fakat cinsel istismar, şiddet söz konusu olduğunda yaş farkı tanımın bir ögesi olmaktan çıkmaktadır. Bu durumda yasal olarak belirlenen çocuğun rıza gösterebilme yaşı ülkeden ülkeye değişmektedir. Örneğin bu yaş, Avrupa'da 14-18 arasında olabilmektedir (104,106).

Ergenlik öncesi döneminde kişiye "çocuk" denmektedir. Ama cinsel olgunlukla başlayan ergenlik döneminde genç pek çok yönden korunmaya ve gözetilmeye muhtaçtır. Kanunlar çocukluğu kronolojik yaşa göre saptamaktadır. Ancak yaş tek başına çocuğun cinsel istismarı için ölçü sayılamaz. Bu tartışma çocukluğun 18 ya da 21 yaşına kadar sürüp sürmeyeceği, kültürel ve sosyal etmenlerin buradaki rolü, biyolojik gelişim ile zihinsel gelişim arasındaki ilişkinin önemi gibi kavramlarla uzayıp gider (107).

Kempe'ye göre, “bağımlı ve gelişimsel olarak olgunlaşmamış çocuk ve adölesanların bilinçli olarak onay vermeye yetkin olmadıkları, bütünüyle algılayamadıkları veya ailevi rolleriyle ilgili sosyal tabulara ters düşen cinsel aktivitelerde taraf olmaları” cinsel istismardır (108).

Brown ve Anderson'a göre cinsel istismar ve encest ilişkisi; bir kişinin, 18 yaşından önce kendisinden en az 5 yaş büyük bir kişi ya da kendisinden en az 2 yaş büyük bir aile bireyi ile okşamadan cinsel ilişkiye kadar değişen herhangi bir derecede cinsel yakınlığa girmesidir (103).

Cinsel tacize uğrayan çocuklarda en sık görülen bozukluklar; dissosiyatif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğudur. Bu genel psikopatolojik durumlara ek olarak cinsel davranış ve cinsiyet rolünde bozulmalar olur. Bu çocuklarda erotikleştirme, duygusal yakınlığı cinsel temastan ayırt edememe ya da cinsel inhibisyon olabilir. Bu tepkiler, travmanın üstesinden gelmede yineleme ya da kaçınma yollarının kullanıldığı anlamına gelmektedir (2).

2.5.3. Duygusal İstismar:

Duygusal istismar; çocuk ve gençlerin, kendilerini etkileyen tutum ve davranışlara maruz kalarak ya da gereksindikleri ilgi, sevgi ve bakımdan mahrum bırakılarak toplumsal ve bilimsel standartlara göre hasara uğratılmalarıdır. Bu davranışlar; yaş, statü, bilgi, konum gibi özellikleriyle çocuk veya gencin üzerinde etki sahibi olan kişi ya da kişiler tarafından uygulanır (95,109).

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

istismar türleri kapsamı dışında kalan kimi belirsiz kötüye kullanım türleri bu kapsamda kabul edilebilir. Çocuğun davranışlarının, yaratıcılığını kısıtlayacak biçimde aşırı şekilde denetlenmesi ya da kendi tercihleri dışında seçimlere zorlanması “örnek çocuk” da duygusal istismar çerçevesinde sayılabilir (2).

Finkelhor ve Korbin, duygusal istismara “yetişkinleştirme” kategorisini eklemiştir. Bu kavram, yetişkinlerin beklentilerinin, çocuğun yaş ve gelişimsel açıdan kapasitesinin çok üzerinde olmasını ifade etmektedir (98).

Walker, Bonner ve Kaufman’a göre duygusal istismar genç bir kişiye duygusal yada ruhsal sağlığını tehlikeye atacak derecede sözlü tehdit, alay ya da küçük düşürücü yorumlarda bulunulmasıdır (102).

Duygusal istismarın çocuğun ruhsal durumuna etkilerini spesifik olarak belirlemek güç olup, bu etkiler çocuğun içinde bulunduğu yaş dönemine göre değişiklik gösterebilir. Duygusal istismar diğer istismar türleri ile bir arada bulunduğundan, durumun ağırlığına göre çocuğun üzerinde farklı etkiler yaratabilir. Bu etkiler, genel olarak diğer istismar sonrasında gelişen patolojilerle aynı doğadadır.

2.5.4. İhmal:

Çocukluk çağı travmaları arasında göreceli olarak kolay tanımlanabilmeleri nedeniyle cinsel ve fiziksel istismar daha çok gündeme gelmişken son yıllarda ihmalin önemi de giderek anlaşılmaktadır. Özellikle ülkemizdeki betimleyici çalışmalarda, gerek klinik gerekse klinik dışı popülasyonlarda çocukluk çağı ihmalinin dissosiyatif bozukluklarla olan ilgisi açıkça görülmektedir. Birçok vakada çocukluk çağı cinsel istismarı, ihmal ortamında gerçekleşmektedir (110).

Şar’a göre ihmal çocuğun bakımı ile yükümlü kişilerin bununla ilgili görevlerini yerine getirmekte eksiklik göstermeleri anlamına gelir. Böyle bir durum ana ya da babanın rollerini yerine getirmekte yetersiz olmalarından kaynaklanabilir. Çocuğa bakmakla yükümlü kişilerin madde bağımlılığı, ruhsal bozukluk, kriminalite gibi sorunlar

nedeniyle sosyal sapma içerisinde olmaları bunda rol oynayabilir. Bir başka durum da ihmalin çocuğun fiziksel ya da cinsel bakımdan kötüye kullanımıyla (istismarıyla) bağlantılı olmasıdır. İhmal; fiziksel, eğitimsel ve duygusal açıdan incelenebilir:

Fiziksel ihmal, çocuğun tıbbi bakımının yapılmaması ya da geciktirilmesi, terk edilmesi, evden kovulması, uzun süre başkalarının yanına bırakılması, bakımından kaçınmak amacı ile sık sık kaldığı yerin değiştirilmesi, uzun süreler yalnız başına bırakılması, evdeki tehlikelere karşı korunmaması, beslenme, giyim ve temizliğinin yeterince sağlanmaması, güvenliğine dikkat edilmemesi, tehlikelere maruz bırakılması biçimde olabilir.

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

Duygusal ihmal, ana ya da babanın yeterli sevgi ve ilgiyi göstermemesi, eşinin çocuğu kötüye kullanmasına göz yumması, çocuğun alkol ya da başka madde kullanmasına izin vermesi ve çocuğun ruhsal bakımını sağlamayı reddetmesi olarak tanımlanabilir (2).

Walker, Bonner ve Kaufman'a göre ihmal, bir çocuğun beslenme, güvenlik, eğitim, tıbbi bakım gibi fiziksel bakımının (fiziksel ihmal) ya da sevgi, destek, ilgi, duygusallık, terbiye ve bağlanma gibi duygusal bakımının (duygusal ihmal) yapılmamasıdır (102).

İhmale uğramış çocuklarda yaşa göre değişmek üzere güvensiz bağlanma davranışı, kolay früstre olma (hayal kırıklığına uğrama),

benlik saygısı düşüklüğü, esnek olamama, öğrenime gerekli ilgiyi gösterememe, dikkat problemleri, sosyal izolasyon ve agresif davranışlar gözlenmiştir (2).

3. TRAVMA VE DISSOSİYASYON

Travmaya gösterilen psikolojik reaksiyonun dissosiyasyon gibi yaşantı sürekliliğinin bölünmesi şeklinde olması şaşırtıcı olmamalıdır. Dissosiyasyon, burada kişinin algı ve anıları bölerek kaydetmesine yol açacak ikili bir rol üstlenir; mağdurları travmanın olay anındaki ağır yükünden korumaya çalışırken, bir taraftan da ayrı kalmış bu travmatik yaşantıların yeniden ele alınmasını (working - through) ve reentegrasyonu da engellenmiş olur. Travma anında zihnin bir bölümü kontrol ve hakimiyet duygusunu sürdürürken, olay atlatıldıktan sonra, başka zihinsel süreçler, kişiye olmadık zamanlarda kontrol kaybı yaşatabilirler (26).

Yaşanan travmatik olaya, hatta öncesine ve sonrasına amnezi geliştirmek de diğer bir dissosiyatif tepkidir. Bilgiler kadar algı, duygu ve davranışlara da amnezi gelişebilir. Bunlardan biri hatırlandığında diğerleri de hatırlanabilir. Travma sonrası gelişen dissosiyatif reaksiyon, on-off fenomenini gösterir; yani bellek dalgalanarak benzer olayı o anda oluyormuş gibi yaşamaya, diğer zamanlarda da sanki hiç olmamış gibi unutmaya neden olur (4,111).

Çocukluk çağındaki ruhsal travma ile başetmek için dissosiyatif savunmaları kullananlar, taciz dışı etkenlerden kaynaklanan stres ile başetmek için de aynı düzeneği kullanmaktadırlar (90).

Bu açıdan travma; sadece dissosiyatif savunmaları tetiklemekle kalmaz; aynı zamanda taciz sona erdikten sonraki dönemde de bireyin yaşamını olumsuz ya da travmatik olarak yorumlamasına da yol açar. Çocuklukta oluşmuş savunmalar, yetişkin yaşamında maladaptif (uyumsuz) kalıp çocuğun yakın ilişkiler geliştirilmesine engel olur (112).

Travmatik yaşantılar sırasında kurbanların, dissosiyatif yaşantılar tanımlamaları oldukça bilinen bir durumdur. Kendiliğinden gelişen bu yaşantılar aşırı korku, acı ve çaresizlik karşısında kişiyi

korumaya yarar. Birçok tecavüz kurbanı, tecavüz anında, kendilerini bedenlerinin dışında yukarıdan seyrederken, sanki başkasına tecavüz ediliyormuş gibi hissedip ona acıdiklarını belirtmiştir (113).

Yetişkin yaşamlarında çocukluk çağındaki travmatik olayların yeniden yaşantılanması (reenactment) sık görülür. Çok küçük hatalar ve küçük incinmeler kişinin zihninde geçmişteki yoğun ihmal ve fiziksel travma yaşantılarını yeniden yaşamasına yol açar. Dissosiyatif savunmalar tehlikenin doğru ve bilinçli olarak değerlendirilmesini güçleştirir. Bu şekilde kişi, yetişkin yaşamında tekrarlayıcı kurban edilme (victimization) riskiyle karşı karşıyadır. Bu konudaki bir araştırmada çocukluk çağı ensest öyküsü olan kişilerin yaklaşık üçte ikisinin yetişkin yaşamlarında tecavüze uğradıkları belirlenmiştir (114).

Daha önce kısmen belirtildiği üzere; travmanın özü, acı ve yaralanma tehdidi yaşayan kişinin çevresi ve bedeni üzerindeki hakimiyetini kaybetmesi sırasında hissettiği çaresizliktir. Bir kimsenin irade ve arzuları; başka birinin ya da tabii bir afetin, kazanın zulmüyle parçalanmıştır. Fiziksel kontrol kaybedildiğinde zihinsel kontrol çabası zirveye ulaşır. Bu tür bir kontrolü kurmanın yolu, kişinin kısmen bedeninden kendini ayırıp uzak tutması olabilmektedir. Bu da algıda çeşitli değişmelere (depersonalizasyon, derealizasyon gibi) yol açar. Travmaya karşı oluşan ani tepki sıklıkla gerçek dışılık, algıda, bellekte ve çevrede sapmalar şeklinde olur. Travma anında ve sonrasında zihinsel durumda değişiklik bir istisna değil kuraldır (4).

4. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ ADLİ TIP AÇISINDAN TANIMLANMASI

Bu bölümde, çocukluk çağı travmalarının adli tip açısından belirgin olarak ifade bulan tanımları yapılacaktır:

Fiziksel istismar, doğrudan kişinin beden bütünlüğü ile ruhsal ve fiziksel sağlığını tehdit ettiği için kişilik haklarına yönelik bir fiildir (95). Adli tıbbi bir yaklaşımla, vücuda acı-ağrı veren veya verebilecek olan, sağlığını bozan ve akıl fonksiyonlarında bozukluk husule getiren

travmatik zararlara kanunumuzun deyimiyle müessir fiiller adı verilmektedir (115).

Çocuğun cinsel istismarı cinsel organ teşhirinden ırza geçmeye kadar varan geniş bir spektrumda değerlendirildiğinden bu tür fiiller Ceza Kanunu açısından “ırza geçme”, “ırza tasaddi” ve “sarkıntılık” suçlarını oluşturmaktadır.

Kanunumuzda ırza geçmenin açık tarifi verilmemiştir. Yargıtay kararlarını dikkate alan Önder, ırza geçmeyi şu şekilde tarif etmiştir: “Bir erkeğin cebren bir insan üzerinde tabii ya da gayritabii bir şekilde cinsel münasebette bulunması, cebren ırza geçmektir”. ırza geçme, tabii yoldan (vajinal) olabileceği gibi gayri tabii yoldan (anal) da olabilmektedir.

ırza tasaddi ise, cinsi münasebete varmayan ve aynı zamanda sarkıntılık suçu olarak nitelendirilemeyecek bir biçimde failin cinsi arzusunu tahrik ve tatmine yönelik olarak yapılmış bulunan hareketlerdir (116).

Araştırmamızda ele alınan cinsel içerikli dokunma fiili sarkıntılık suçu içerisinde değerlendirilebilir. Sarkıntılık; bir şahsa karşı, onun rızası hilafına olarak şehvet maksadı ile, söz ve hareketle edep ve iffete tecavüz teşkil edecek surette ve fakat ırza tecavüz ve tasaddi cürümlerine veya bunların teşebbüsüne varmayacak şekilde yönelen tecavüzlerdir (117).

Tedbirsizlik ve dikkatsizlik sonucu yaralanması durumunda taksirle müessir fiil suçu oluşmakta; bu suçu oluşturabilecek cinsten ihmale Adli Tıp literatüründe “fiziksel ihmâl” adı verilmektedir. Ayrıca çocuğun ihtiyaçlarının karşılamamak, pasif fiillerle meydana gelen bir fena muamele olarak karşımıza çıkmaktadır (118).

5. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE DISSOSİYATİF BOZUKLUKLARLA İLGİLİ FİİLLERE İLİŞKİN HUKUKİ DÜZENLEMELER

Bu bölümde konumuzla ilgili olduğu düşünülen hukuki düzenlemelere yer verilecektir (119,120).

5.1. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'na Göre Yaşama Hakkı:

Yaşama hakkı, kişinin temel haklarından biridir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 17. maddesinde kişinin yaşama hakkı düzenlenmiştir.

Madde 17- Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir.

Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz.

Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan hassasiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tabi tutulamaz.

Mahkemelerce verilen ölüm cezalarının yerine getirilmesi hali ile meşru müdafaa hali, yakalama ve tutuklama kararlarının yerine getirilmesi, bir tutuklu veya hükümlünün kaçmasının önlenmesi, bir ayaklanma veya isyanın bastırılması, sıkıyönetim veya olağanüstü hallerde yetkili merciin verdiği emirlerin uygulanması sırasında silah kullanılmasına kanunun cevaz verdiği zorunlu durumlarda meydana gelen öldürme fiilleri, birinci fıkra hükmü dışındadır.

5.2. Türk Ceza Kanunu (TCK):

Bu bölümde dissosiyatif bozukluklarla ilgili olduğu düşünülen Türk Ceza Kanunu'ndaki maddelere yer verilecektir:

Madde 46- (Akıl Hastalığı – Mesuliyetsizlik): (1) Fiili işlediği zaman şuurunun veya hareketinin serbestisini tamamen kaldıracak surette akıl hastalığına duçar olan kimseye ceza verilemez.

(2) Ancak bu şahsın muhafaza ve tedavi altına alınmasına hazırlık tahkikatında Sulh hakimi, ilk tahkikatta sorgu hakimi ve son tahkikatta vazifeli mahkeme tarafından karar verilir.

(3) Muhafaza ve tedavi altında bulundurma müddeti şifaya kadar devam eder. Yalnız maznuna isnad olunan suç, ağır hapis cezasına müstelzim ise bu müddet bir seneden az olamaz.

(4) Muhafaza ve tedavi altına alınan şahıs; muhafaza ve tedavinin icra kılındığı müessesenin sıhhi heyetince, şifası tebeyyün ettiğine dair verilecek rapor üzerine aynı kazai mercice serbest bırakılır.

(5) Bu husustaki rapor ve kararda, hastalığın ve isnad olunan suçun mahiyeti gözönünde tutularak, ictimai emniyet bakımından şahsın tıbbi kontrole ve muayeneye tabi tutulup tutulmayacağı, tutulacaksa müddet ve fasılası da gösterilir.

(6) Tıbbi kontrol ve muayene; Cumhuriyet Müddeiumumi-lerince, kararda gösterilen müddet ve fasılalarda bu şahısların bulundukları mahalde, yoksa en yakın salahiyyetli mütehassısı olan hastane sıhhi heyetlerine sevk edilmeleri suretiyle temin olunur.

(7) Bu tıbbi kontrol ve muayenede nüks arazi gösterenler hakim ve mahkeme kararı ile yine muhafaza ve tedavi altına alınıp aynı muamelelere tabi tutulurlar.

Madde 47- (Kısmi Mesuliyet – Yarı Delilik): (1) Fiili işlediği zaman şuurunu veya hareketinin serbestisini ehemmiyetli derecede azaltacak surette akli maluliyete müptela olan kimseye verilecek ceza aşağıda yazılı şekilde indirilir:

1. İdam cezası yerine 15 seneden aşağı olmamak üzere ağır hapis;

2. Müebbet ağır hapis yerine 10 seneden 15 seneye kadar ağır hapis;
3. Amme hizmetlerinden müebbet memnuiyet yerine muvakkat memnuiyet; cezaları hükmolunur.

(2) Diğer cezalar üçte birden yarıya indirilir.

Bu bölümdeyse, cinsel istismarla ilgili olduğu düşünülen Türk Ceza Kanunu'ndaki maddelere yer verilecektir:

Madde 414- (Mefruz Cebirle Irza Geçme): (1) Her kim 15 yaşını bitirmeyen bir küçüğün ırzına geçerse beş seneden aşağı olmamak üzere ağır hapis cezasına mahkum olur.

(2) Eğer fiil cebir ve şiddet veya tehdit kullanılmak suretiyle veya akıl hastalığı veya beden hastalığından veya failin fiilinden başka bir sebepten dolayı veya failin kullandığı hileli vasıtalarla fiile mukavemet edemeyecek bir halde bulunan küçüğe karşı işlenmiş olursa ağır hapis cezası on seneden aşağı olamaz.

Madde 415- (Mefruz Cebirle Irz ve Namusa Tasaddi): Her kim 15 yaşını bitirmeyen bir küçüğün ırz ve namusuna tasaddiyi mutazammın bir fiil ve harekette bulunursa iki seneden dört seneye ve bu fiil ve hareket yukarki maddenin ikinci fıkrasında yazılı şartlar içinde olursa üç seneden beş seneye kadar hapsolunur.

Madde 416- (Zorla Irza Tecavüz, Zorla Irza Geçme ve Tasaddi, Zorla Irza Tasaddi, Reşit Olmayanda Rızaen Cinsel Münasebet): (1) Onbeş yaşını bitiren bir kimsenin cebir ve şiddet veya tehdit kullanmak suretiyle ırzına geçen veyahut akıl veya beden hastalığından veya kendi fiilinden başka bir sebepten veya kullandığı hileli vasıtalarla dolaylı fiile mukavemet edemeyecek bir halde bulunan bir kimseye karşı bu fiili işleyen kimse yedi seneden aşağı olmamak üzere ağır hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Yine bu suretle ırz ve namusa tasaddiyi tazammun eden diğer bir fiil ve harekette bulunursa üç seneden beş seneye kadar hapsolunur.

(3) Reşit olmayan bir kimseyle rızası ile cinsi münasebette bulunanlar fiil daha ağır cezayı müstelzim bulunmadığı takdirde altı aydan üç seneye kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

Madde 417- (Cezayı Arttıran Şahsa Bağlı Haller): Yukarıdaki maddelerde yazılan fiil ve hareketler birden ziyade kimseler tarafından işlenir veya usulden biri veya veli ve vasi veya mürebbi ve muallimleri ve hizmetkarları veya terbiye ve nezaret veya muhafazaları altına bırakılan veya buna dıçar olanların üzerinde hüküm ve nüfusu bulunan kimseler tarafından vuku bulursa kanunen muayyen olan ceza yarısı kadar artırılır.

Madde 421- (Söz Atma – Sarkıntılık): Kadınlara ve genç erkeklere söz atanlar üç aydan bir seneye ve sarkıntılık edenler altı aydan iki seneye kadar hapsolunur.

Bu bölümde ise cinsel istismar haricindeki istismarlar ve ihmal ile ilgili olduğu düşünölen Türk Ceza Kanunu'ndaki maddelere yer verilecektir:

Madde 456- (Müessir Fiiller): (1) Her kim katil kasti ile olmaksızın bir kimseye cismen eza verir veya sıhhatini ihlale yahut akli melekelerinde teşevvüş husulüne sebep olursa altı aydan bir seneye kadar hapsolunur.

(2) Fiil, havastan veya azadan birinin devamlı zaafını yahut söz söylemekte devamlı müşkülâtı veya çehrede sabit bir eseri yahut yirmi gün ve daha ziyade akli veya bedeni hastalıklardan birini veya bu kadar müddet mütat iştigallerine devam edememesini mucip olmuş veya hayatını tehlikeye maruz kılmış veya gebe bir kadın aleyhine işlenip de vaktinden evvel çocuk doğmasını intaç etmiş ise ceza iki seneden beş seneye kadar hapidir.

(3) Fiil, kati ve muhtemel surette iyileşmesi kabil olmayacak derecede akıl veya beden hastalıklarından birini yahut havastan veya el yahut ayaklardan birinin veya söylemek kudretinin yahut çocuk yapmak kabiliyetinin ziyasını mucip olmuş veya azadan birinin tatilini yahut çehrenin daimi değışikliğini veya gebe bir kadına karşı ika

olunup da çocuğun düşmesini intaç eylemiş ise ceza beş seneden on seneye kadar haptir.

(4) Eğer fiil, hiçbir hastalığa veya mutad iştigallerden mahrumiyeti mucip olmamış yahut bu haller on günden ziyade uzamamış ise takibat icrası mutazarrırın şikayetine bağı olmak şartı ile fail hakkında iki aydan altı aya kadar hapis veya yirmibin liradan yüzellibin liraya kadar ağır para cezası hükmolunur.

(5) Bu fiil, 457' nci maddede yazılı vasıtalarla işlenir ise takibat icrası şikayete bağı değildir.

Madde 459- (Taksirli Müessir Fiil): Her kim, tedbirsizlik veya dikkatsizlik yahut meslek ve sanatta acemilik veya nizam, talimat ve emirlere riayetsizlik neticesi olarak bir şahsa cismen eza verecek veya sıhhatini ihlal edecek bir zarar iras eder yahut akli melekelerinde teşevvüs husule sebebiyet verirse;

(1) 456'ncı maddenin birinci ve dördüncü fıkralarındaki hallerde takibat icrası şikayete bağı olmak şartıyla üç aya kadar hapis veya dokuzbin (yirmibin) liraya kadar ağır para cezası,

(2) 456'ncı maddenin ikinci ve üçüncü fıkralarındaki hallerde üç aydan yirmi aya kadar hapis ve onsekizbin (yirmibin) liradan doksanbin liraya kadar ağır para cezası hükmolunur..

(3) Birkaç kişi cürümden mutazarrır olmuş ise bir numaralı bentte hapis cezası altı ay ve ağır para cezası otuzbin liraya kadar, iki numaralı bentte hapis altı aydan otuz aya kadar ve ağır para cezası yirmiyedibin liradan aşağı olmamak üzere hükmolunur.

Yukarıdaki fıkralarda beyan olunan cezalar kusurun derecesine göre sekizde birine kadar indirilebilir.

Madde 477- (Terbiye Yetkisinin Kötüye Kullanılması): Her kim idaresi altında bulunan veya büyütmek, okutmak, bakmak, muhafaza etmek veyahut bir meslek ve sanatı öğretmek için kendisine tevdi olunan şahsın üzerinde haiz olduğu terbiye hakkını veya itaat ettirmek

salahiyetini suistimal ile o şahsın sıhhatının muhtel veya bir tehlikeye maruz olmasına sebep olursa onsekiz aya kadar hapsolunur.

Madde 478- (Aile Fertlerine Kötü Muamele): (1) Yukarıki maddede beyan olunan haller haricinde ailesi ile birlikte yaşayan oniki yaşından aşağı bir çocuğa veya aile efradından birine rahim ve şefkatle kabili telif olmayacak surette fena muamelelerde bulunan şahıs otuz aya kadar hapsolunur.

(2) Bu fena muamele neseben ve sıhren usul ve fûrudan biri aleyhine vaki olursa ceza üç aydan üç seneye kadardır.

(3) Bu muameleyi karı-kocadan biri öbürü aleyhine yapmış ise takibat icrası mutazarrırın şikayetine bağlıdır. Mutazarrır küçük ise evlenmeden evvel üzerine hakkı velayet veya vesayeti olanlar da şikayette bulunabilir.

Madde 480- (Hakaret): (1) Her kim, toplu veya dağınık ikiden ziyade kimse ile ihtilat ederek diğer bir şahıs hakkında bir maddei mahsusa tayin ve isnadı suretiyle halkın hakaret ve husumetine maruz kılacak yahut namus ve haysiyetine dokunacak bir fiil isnat ederse, üç aydan üç seneye kadar hapis ve yüzbin liradan bir milyon liraya kadar ağır para cezasına mahkum olur.

(2) Bu fiil, kendisine tecavüz olunan kimse yalnız olsa bile huzurunda yahut kendisine hitaben yazılıp gönderilmiş bir mektup; telgraf, resim veya herhangi bir yazı veya telefonla işlenirse, failin göreceği ceza dört aydan üç seneye kadar hapis ve yüzelli bin liradan bir milyon beşyüz bin liraya kadar ağır para cezasıdır.

(3) Kendisine tecavüz olunan kimsenin huzuruyla beraber alenen vaki olursa, ceza beş aydan üç seneye kadar hapis ve ikiyüz bin liradan iki milyon liraya kadar ağır para cezasıdır.

Madde 482- (Sövme): (1) Her kim, toplu veya dağınık ikiden ziyade kimseyle ihtilat ederek her ne suretle olursa olsun bir kimsenin namus veya şöhret veya vakar ve haysiyetine taarruz eylerse üç aya

kadar hapis ve elli bin liradan beşyüz bin liraya kadar ağır para cezasıyla mahkum olur.

(2) Bu fiil, kendisine tecavüz olunan kimse yalnız olsa bile huzurunda yahut kendisine hitap edilen veya hitap edildiği anlaşılan telgraf, telefon, mektup, resim veya herhangi bir yazı vasıtasıyla işlenirse failin göreceği ceza onbeş günden dört aya kadar hapis ve yüz bin liradan bir milyon liraya kadar ağır para cezasıdır.

(3) Kendisine tecavüz olunan kimsenin huzuruyla beraber alenen vaki olursa ceza bir aydan altı aya kadar hapis ve yüzelli bin liradan bir milyon beşyüz bin liraya kadar ağır para cezasıdır.

5.3. Türk Medeni Kanunu (TMK) :

Bu bölümde konumuzla ilgili olduğu düşünülen Türk Medeni Kanunu'ndaki maddelere yer verilecektir:

Kişiliğin Saldırıya Karşı Korunması:

1. İlke

Madde 24- Hukuka aykırı olarak kişilik haklarına saldırılan kimse, hakimden, saldırıda bulunanlara karşı korunmasını isteyebilir.

Kişilik hakkı zedelenen kimsenin rızası, daha üstün nitelikte özel veya kamusal yarar ya da kanunun verdiği yetkinin kullanılması sebeplerinden biriyle haklı kılınmadıkça kişilik haklarına yapılan her saldırı hukuka aykırıdır.

2. Davalar

Madde 25- Davacı, hakimden saldırı tehlikesinin önlenmesini, sürmekte olan saldırıya son verilmesini, sona ermiş olsa bile etkileri devam eden saldırının hukuka aykırılığının tespiti isteyebilir.

Davacı bunlarla birlikte, düzeltmenin veya kararın üçüncü kişilere bildirilmesi ya da yayımlanması isteminde de bulunabilir.

Davacının, maddi ve manevi tazminat istemleriyle hukuka aykırı saldırı dolayısıyla elde edilmiş olan kazancın vekaletsiz iş görme hükümlerine göre kendisine verilmesine ilişkin istemde bulunma hakkı saklıdır.

Manevi tazminat isteme, karşı tarafça kabul edilmiş olmadıkça devredilemez; miras bırakan tarafından ileri sürülmüş olmadıkça mirasçılara geçmez.

Davacı, kişilik haklarının korunması için kendi yerleşim yeri veya davalının yerleşim yeri mahkemesinde dava açabilir.

Velayetin Koşulları:

Madde 335- Ergin olmayan çocuk, ana ve babasının velayeti altındadır. Yasal sebep olmadıkça velayet ana ve babadan alınamaz.

Hakim vasi atanmasına gerek görmedikçe, kısıtlanan ergin çocuklar da ana ve babanın velayeti altında kalırlar.

Çocuğun Korunması:

I. Koruma Önlemleri

Madde 346- Çocuğun menfaati ve gelişmesi tehlikeye düştüğü takdirde ana ve baba duruma çare bulamaz veya buna güçleri yetmezse hakim, çocuğun korunması için uygun önlemleri alır.

II. Çocukların Yerleştirilmesi

Madde 347- Çocuğun bedensel ve zihinsel gelişmesi tehlikede bulunur veya çocuk manen terk edilmiş halde kalırsa hakim, çocuğu ana ve babadan alarak bir aile yanına veya bir kuruma yerleştirebilir.

Çocuğun aile içinde kalması ailenin huzurunu onlardan katlanmaları beklenemeyecek derecede bozuyorsa ve durumun gereklerine göre başka çare de kalmamışsa, ana ve baba veya çocuğun istemi üzerine hakim aynı önlemleri alabilir.

Ana ve baba ile çocuğun ödeme gücü yoksa bu önlemlerin gerektirdiği giderler Devletçe karşılanır.

Nafakaya ilişkin hükümler saklıdır.

Velayetin Kaldırılması:

Genel Olarak

Madde 348- Çocuğun korunmasına ilişkin diğer önlemlerden sonuç alınamaz ya da bu önlemlerin yetersiz olacağı önceden anlaşılırsa, hakim aşağıdaki hallerde velayetin kaldırılmasına karar verir:

1. Ana ve babanın deneyimsizliği, hastalığı, özürlü olması, başka bir yerde bulunması veya benzeri sebeplerden biriyle velayet görevini gereği gibi yerine getirememesi.

2. Ana ve babanın çocuğa yeterli ilgiyi göstermemesi veya ona karşı yükümlülüklerini ağır biçimde savsaklaması.

Velayet ana ve babanın her ikisinden kaldırılırsa çocuğa bir vasi atanır.

Kararda aksi belirtilmedikçe velayetin kaldırılması mevcut ve doğacak bütün çocukları kapsar.

TMK'da küçüklük ve kısıtlama vesayeti gerektiren haller olarak saptanmış olup, konumuz açısından kısıtlama ile ilgili maddeler ele alınacaktır:

I. Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı:

Madde 405- Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle işlerini göremeyen veya korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gereken ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye sokan her ergin kısıtlanır.

Görevlerini yaparlarken vesayet altına alınmayı gerekli kılan bir durumun varlığını öğrenen idari makamlar, noterler ve mahkemeler bu durumu hemen yetkili vesayet makamına bildirmek zorundadırlar.

II. Savurganlık, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, kötü yaşama tarzı, kötü yönetim:

Madde 406- Savurganlığı, alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı, kötü yaşama tarzı veya malvarlığını kötü yönetmesi sebebiyle kendisini veya ailesini darlık veya yoksulluğa düşürme tehlikesine yol açan ve bu yüzden devamlı korunmaya ve bakıma muhtaç olan ya da başkalarının güvenliğini tehdit eden her ergin kısıtlanır.

6. DISSOSİYATİF BOZUKLUKLAR VE ADLİ PSİKİYATRİ

Oral'a göre dissosiyatif bozukluklar, adli psikiyatri başlığı altında birkaç açıdan önem taşımaktadır:

DKB'da zaman zaman ortaya çıkan "alter" kişiliklerin belirgin olarak suç işleme davranışına yöneldikleri söylenemezse de böyle bir yasa dışı davranışta cezai ehliyetin etkilenip etkilenmeyeceği konusunda tartışmalar vardır. DKB olan erkeklerin (%75) kadınlara göre (%28) daha büyük bir sıklıkla suç işledikleri, kadınların işlediği suçların oldukça önemsiz suçlar olduğu bildirilmektedir. Bir diğer çalışmada dissosiyatif kimlik bozukluğu tanısı konmuş erkeklerin %19'unun, kadınların ise %7'sinin cinayet suçunu işledikleri belirtilmektedir.

Ancak Amerika Birleşik Devletleri'ndeki mahkemeler çoğul kişilik bozukluklarındaki "kötü alter" kişiliklerin işlediği iddia edilen suçlardan dolayı kişileri sorumlu tutmaktadır. Adli psikiyatrların büyük bir kısmının bu konudaki fikri de bu yöndedir. Bu görüşe karşı çıkanlar ise kişilikteki fragmantasyon, amnezi ve ani kişilik değişimleri üzerinde bir kontrolün olmamasının cezai sorumluluğu ortadan kaldırmaya bile etkileyebileceği görüşündedirler.

Dissosiyatif amnezi ve f   ler diğer sıkıntı uyandıran durumlarda da olduğu gibi bir su   işledikten sonra da ortaya çıkabilir. Su   işlendikten sonra kaçma veya delilleri gizleme mahiyetini taşıyabilecek her türlü çaba cezai yaptırım hususunda a  ırlaştıracı bir sebep –olduğundan– bunu bilinçli olarak yapıp yapmadığı noktayı nazarından durumun değerlendirilmesi gerekebilir.

Dissosiyatif bozuklukların bir kısmı durumun şiddetine göre dava açma, yemin etme, tanıklık yapma ve ifade verme yeteneğini etkileyebilir (1).



III. MATERYAL VE METOD:

Bu araştırma, “karşılaştırmalı ilişkisel tarama modeli”ne uygun olarak düzenlenmiştir. Bu modele göre iki veya daha çok değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma desenlerinin tümü “ilişkisel tarama modelleri” olarak tanımlanır. Bu modellerden biri olan “karşılıklı ilişkisel tarama”, denemesi olmayan, ancak ona yakın bir araştırma düzenidir. Modelde, en olası çözümden başlayarak ilişkilerin sınanması, yani karşılaştırma yolu ile belli bir sonucun oluşma nedenleri “tek”e indirgenmeye çalışılır (121).

Araştırmada, dissosiyatif bozukluk tanısı alan vakalar ile aile bireyleri çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantılar ve sınırda kişilik bozukluğu özellikleri açısından incelenmiş olup, ana-baba ve kardeşler olmak üzere vakaların birinci derece yakınlarının (aile bireyleri) oluşturduğu deney grubu, cinsiyet, yaş, eğitim ve gelir grubu demografik özellikleri açısından eşleştirilen kontrol grubunda yeralan deneklerle karşılaştırılmıştır. Araştırmaya katılan deneklere yönelik ayrıntılı bilgi aşağıda verilecektir.

1. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİ (DENEKLER):

Araştırma örneklemini, araştırma modeline uygun olarak, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı’na başvurmuş; poliklinik müracaatlarında uzman doktor tarafından dissosiyatif bozukluk öntanısı almış; öntanı paralelinde sevk edildikleri Klinik Psikoterapi Birimi’nde ilgili uzman doktor ve klinik psikolog tarafından alındıkları klinik görüşmelerde dissosiyatif bozukluk tanısı kesinleşmiş olan vakalar (N=24) ile onların anne-baba-kardeşleri (N=50) ve kendileriyle benzer yaş, eğitim ve gelir gruplarından gelen, herhangi bir psikiyatrik tedavi görmeyen bireylerden oluşan (klinik-dışı) kontrol grubu deneklerinden oluşmaktadır (N=50).

Yukarıda belirtilen araştırma koşulları bağlamında, 2001 yılı Nisan-Ağustos ayları arasında İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Klinik Psikoterapi Birimi ve Dissosiyatif Bozukluklar Programı’na sevk edilen ve adı geçen

birimde dissosiyatif bozukluk tanısı alan 29 vaka araştırma evrenini oluşturmuş olup, bu evren içerisindeki bütün vakaların araştırmaya katılması hedeflenmiştir. Fakat bu vakalardan 5 tanesi, kendisinin ve aile bireylerinin tümünün şehir dışında olması sebebiyle araştırmaya katılamayacağını bildirmişlerdir.

Araştırmaya katılmayı kabul eden 24 dissosiyatif bozukluk vakasının aile bireylerinin toplamı 109 (bir üvey baba dahil) olarak belirlendi. Kardeşlerden dokuzu 16 yaşın altında olduğu için araştırma kapsamı dışında bırakıldı. Öz babalardan üç tanesi hayatta değildi. Sonuç olarak 97 aile bireyi araştırmaya katılmaya davet edildi. Bunlardan 50'si çalışmaya katıldı. Araştırmaya katılan 24 dissosiyatif bozukluk vakasının her birinin en az bir aile bireyi çalışmada yer aldı.

Vaka örnekleminde (dissosiyatif bozukluk vakaları) dissosiyatif kimlik bozukluğu nedeniyle iki vaka, çalıştığı işyerinden malulen emekli edilmiştir (Bkz. Tablo:6). Ayrıca bu vakalardan biri, dissosiyatif kimlik bozukluğu nedeniyle, Medeni Hukuk anlamında ilişkilerini yürütebilme ve ayırt edebilme yeteneğine tam olarak sahip olmadığı düşünülerek vesayet altına alınmıştır.

Bu durumların dışında dissosiyatif bozukluk vakalarının hiçbirisi, adli sisteme intikal etmemiştir. Dolayısıyla bu açıdan vaka örnekleminiz adli örneklemden ziyade klinik örneklemdir.

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi personeli ve personel yakınları arasından araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden, daha önce herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı ve tedavisi almamış olan, araştırmanın deney grubunda yer alan vakaların birinci derece akrabaları ile benzeri cinsiyet, yaş, eğitim ve gelir gruplarından gelen kişiler arasından seçkisiz örneklem (random sampling) ve kartopu örneklem (snowball sampling) teknikleri kullanılarak seçilen 50 denek ise araştırmanın kontrol grubunu oluşturmuştur. Kartopu örneklem tekniği, araştırma örnekleminde yer alan deneklerin, benzer araştırma koşullarına sahip diğer deneklere ulaşmada aracı olmasını öngören bir örneklem yöntemidir (122).

Araştırmanın deney grubunda yer alan anne-baba ve kardeşlerin kendilerine uygulanan Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) ve DSM-IV Dissosiyatif Bozukluk İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi (SCID-D) puanlarına ve kendileriyle yapılan klinik görüşmelere göre herhangi bir dissosiyatif bozukluk tanısı taşımadığı, diğer bir ifadeyle, birinci derece vaka yakınlarının normal kimseler olduğu saptandığından, araştırmanın kontrol grubunu oluşturan denekler arasında herhangi bir birinci derece akrabalık bağı aranmamıştır. Buna göre, araştırmada yer almayı onaylayan 83 kişiden yukarıda belirtilen koşulları birebir taşıyan ve araştırma ölçeklerini eksiksiz olarak tamamlayan 50 denek, kontrol grubunu oluşturmuştur.

Aşağıdaki üç tabloda araştırmaya katılan ve katılmayan aile bireylerinin özellikleri karşılaştırılacaktır:

Tablo 3: Araştırmaya Katılan ve Katılmayan Aile Bireylerinin Karşılaştırılması

	Katılanlar		Katılmayanlar		Toplam
	N	%	N	%	N
Anne	20	83.3	4	16.7	24
Baba	10	45.5	12	54.5	22 (*)
Kardeşler	20	39.2	31	60.8	51 (**)
Toplam	50	51.5	47	48.5	97

(*) Hayatta olmayan üç öz baba çalışma dışı kalmış, bir üvey baba eklenmiştir.

(**) Toplam 60 kardeşten 9 tanesi yaş küçüklüğü nedeni ile çalışma dışıdır.

Araştırmaya davet edilen annelerin %83.3'ü, babaların %45.5'i, kardeşlerin ise %39.2'si katılmış olup, toplam katılım oranı %51.5'tir.

Annelerin %16.7'si araştırmaya katılmamışlardır. Katılmayan annelerin 2'si araştırmaya katılmaya rıza göstermemiştir. Annelerin 2'si ise şehir dışında bulunduklarından ötürü araştırmaya katılamayacaklarını bildirmiştir.

Davet edilen babaların %54.5'i araştırmaya katılmamışlardır. Katılmayan babaların 4'ü araştırmaya katılmaya rıza göstermemiştir. Babaların 3'ü şehir dışında bulunduğundan, 3'si vakaların kendileriyle görüşmediğinden, 1'i işinden izin alamadığından, 1'i ise sağlık problemlerinden dolayı araştırmaya katılamamışlardır. Öz babaların 3'ü hayatta olmadığından zaten çalışma dışı kalmıştı. Çağrılıp da katılmayan babalardan biri üveydir.

Davet edilen kardeşlerin % 60.8'i araştırmaya katılmamışlardır. Katılmayan kardeşlerin 10'u araştırmaya katılmaya rıza göstermemişlerdir. Kardeşlerin 13'ü şehir dışında bulunduğundan, 6'sı işinden izin alamadığından, 2'si askerde bulunduğundan ötürü çalışmaya katılamamışlardır. 9 kardeş ise yaş küçüklüğü nedeni ile zaten çalışma dışı bırakılmışlardır.

Tablo 4: Araştırmaya Katılan ve Katılmayan Aile Bireylerinin Cinsiyet Dağılımı ($\chi^2=0.50$ sd=1 a.d)

Cinsiyet	Katılım	Katılanlar		Katılmayanlar		Toplam
		N	%	N	%	N
Kadın		27	55.1	22	44.9	49
Erkek		23	47.9	25	52.1	48
Toplam		50	51.5	47	48.5	97

Araştırmaya katılan ve katılmayanlar arasında cinsiyet açısından anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 5: Araştırmaya Katılan ve Katılmayan Aile Bireylerinin Sosyo-demografik Açidan Karşılaştırılması

	Min-maks	Katılanlar		Katılmayanlar		t (sd=95) p	
		Ort	SS	Ort	SS		
Yaş	18-70	40.5	11.8	41.1	13.8	0.23	a.d.
Gelir	(1-5)*	2.8	0.6	3.0	0.4	1.26	a.d.
Eğitim (yıl)	0-20	8.8	4.2	8.3	3.9	0.61	a.d.

* Gelir seviyesi muhtaç (1), ancak geçinir (2), orta (3), oldukça iyi (4) ve varlıklı (5) olarak derecelendirilmiştir.

Araştırmaya katılan aile bireyleri ile katılmayanlar arasında yaş, gelir ve eğitim açısından anlamlı bir fark yoktur.

2. KULLANILAN ÖLÇEKLER:

Araştırma verilerinin toplanmasında vakalar, aile bireyleri ve kontrol grubunun demografik özelliklerini kaydetmek üzere “Demografik Soru Formu (DSF)”, vakalar, aile bireyleri ve kontrol grubunun dissosiyasyon puanlarını saptamak üzere “Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği” (DES), birinci derece yakınardan DES puanı 25 ve üzeri olan kimseleri dissosiyatif semptomatoloji açısından daha kapsamlı değerlendirmek için “DSM-IV Dissosiyatif Bozukluk İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi (SCID-D)”, vakalar, aile bireyleri ve kontrol grubunun borderline kişilik (sınırdaki kişilik bozukluğu) vasıflarını ölçmek amacıyla “DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi SCID-II Kişilik Bozuklukları Formu Sınırdaki Kişilik Bozukluğu Alt Ölçeği” ve yine vakalar, aile bireyleri ve kontrol grubunun çocukluk çağı travmalarını değerlendirebilmek üzere sırasıyla “Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım Soru Listesi” ve “Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-53)” kullanılmıştır.

2.1. DEMOGRAFİK SORU FORMU (DSF):

Bu form, araştırma örnekleminde yer alan vakalar ile onların anne-baba-kardeşlerinin ve kontrol grubunda yer alan deneklerin araştırma problemleri açısından önem taşıyan demografik özelliklerini saptayabilmek amacıyla araştırmacının kendisi tarafından yapılandırılmıştır (Bkz. Ek 1). Araştırma kapsamında, vaka ile anne-baba-kardeş (deney) ve kontrol örneklemelerinin farklı demografik özelliklerini belirleyebilmek üzere çoktan seçmeli ve açık uçlu itemlerden oluşan iki ayrı demografik soru formu hazırlanmıştır.

Vakaya ait demografik özellikleri değerlendiren ilk form, vakanın cinsiyeti, yaşı, medeni hali, eğitim durumu, kardeş sayısı, kardeş sırası, iş grubu ve gelir düzeyi verilerini kapsayan 5 itemden oluşmaktadır.

Ebeveyn-kardeş ve kontrol grupları ile ilgili demografik değişkenleri içeren ikinci form da benzeri şekilde yaş, medeni hal, eğitim durumu, meslek ve gelir düzeyi bilgilerini saptamaya dönük 5 itemden oluşmaktadır. Formlardan elde edilen veriler, kapalı uçlu sorularda seçeneklere göre, açık uçlu sorularda ise araştırmacı tarafından oluşturulan kategorilere göre değerlendirilmiştir.

2.2. DISSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (DES):

"Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği" (Dissociative Experiences Scale-DES) dissosiyatif kimlik bozukluğu ve diğer süregen karmaşık dissosiyatif bozuklukları saptamayı amaçlayan, yüksek geçerlik ve güvenilirliğe sahip, 28 soruluk 10'lu Likert ölçek tipte bir ölçme aracıdır (14,123) (Bkz. Ek-2). Her madde, 0-100 arasında değişen 10'luk artan puan birimleri halinde derecelenir. Toplam puanın aritmetik ortalaması DES skorunu verir. Dissosiyatif kimlik bozukluğu hastalarının diğer gruplardan ayrılmasında DES skorunun güvenilir ve geçerli olduğu bulgulanmıştır. Carlson ve arkadaşları, DES puanının 30'un üzerinde olan kişilerin klinik olarak %17'sinin dissosiyatif kimlik bozukluğu tanısı aldığını göstermiştir (123). Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerliği, iki ayrı çalışmada gösterilmiştir (41,42). Ayrıca ölçek, ülkemizde pek çok araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılmıştır (26,47,124)

2.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI KÖTÜYE KULLANIMI (İSTİSMARI) SORU LİSTESİ (ÇÇKKSL):

Bu soru listesi, Dissosiyatif Bozukluklar Görüşme Çizelgesi'nin (The Dissociative Disorders Interview Schedule - DDIS) (65) çocukluk çağında taciz ve istismar edilme ile ilgili 73-85 arasındaki soruların modifiye edilmiş halini kapsamaktadır. Yargıç, Tutkun ve Şar (37) (bkz. Ek-3), tarafından çevirisi ve adaptasyonu yapılan ölçeğe orjinal formundan farklı olarak emosyonel taciz ve ihmal edilme yaşantıları ile ilgili 2 soru eklenmiştir. Bu 2 sorudaki yaşantılarla ilgili olarak Walker, Bonner ve Kaufmann'ın tanımı esas alınmıştır (102). Son hali itibariyle ölçek, cinsel, fiziksel ve emosyonel tacizlerin kim tarafından, ne zaman, nasıl ve kaç kez yapıldığını sorgulamayı

amaçlayan açık uçlu ve Likert tipte itemlerden oluşmaktadır ve ülkemizde birçok araştırmada kullanılmıştır (44,50,125).

2.4. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ (CTQ-53):

CTQ-53, 53 maddeden oluşan, Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan bir öz bildirim ölçeğidir (126). Bu ölçek, çocukluk çağı duygusal, fiziksel ve cinsel kötüye kullanımını (istismarını) değerlendirir; ayrıca fiziksel ve duygusal ihmali de ölçmektedir. Her bir tipte çocukluk çağı travması için 1 ve 5 arasında bir puan alınır. Her bir travma tipinden alınan puanların toplamı toplam CTQ puanını oluşturur ve 5 ile 25 arasındadır.

2.5. DSM-III-R YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME ÇİZELGESİ SCID-II KİŞİLİK BOZUKLUKLARI FORMU SINIRDA KİŞİLİK BOZUKLUĞU ALT ÖLÇEĞİ:

DSM-III-R Kişilik Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi (SCID-II) Spitzer ve arkadaşları (127) tarafından geliştirilmiştir. DSM-III-R eksen iki üzerinde yer alan kişilik bozuklukları için tanı koymaktadır. Bu araştırmada çizelgenin yalnızca sınırda kişilik bozukluğu ile ilgili kısmı kullanılmıştır. Çizelgenin sınırda kişilik bozukluğu ile ilgili kısmının Türkçe versiyonu (128) yüksek güvenilirliğe sahiptir.

2.6. DSM-IV DİSSOSİYATİF BOZUKLUKLAR İÇİN YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME ÇİZELGESİ (SCID-D):

SCID-D, 8 bölümden oluşan yarı yapılandırılmış bir görüşme çizelgesidir. Sırasıyla psikiyatrik öykü, amnezi (unutkanlık), depersonalizasyon (kendine yabancılaşma), derealizasyon (çevrenin yabancılaştığı hissi), kimlik konfüzyonu (kargaşası), kimlik alterasyonu (değişimi), kimlik bozukluğunun yan belirtileri, kimlik

konfüzyonu ve kimlik değişiminin ileri değerlendirilmesi için devam bölümlerinden oluşmakta ve 258 madde içermektedir. Görüşme sonrası değerlendirme bölümünde görüşme içi dissosiyasyon işaretleri çoğul kişilik bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluklar için DSM-IV tanı ölçütleri ve SCID-D sonuç özeti bölümleri bulunmaktadır. Dissosiyatif bozukluk hastasıyla yapılan bir görüşmenin tümü yaklaşık 60-120 dakika sürmektedir.

Görüşme içi dissosiyasyon işaretleri bölümünde yer alan ve görüşme bittikten sonra görüşmeci tarafından puanlanan 14 madde ile toplam 272 maddeden oluşan SCID-D'nin 5 çekirdek dissosiyatif belirti ile ilgili bölümlerinde o belirti hakkında genel tarayıcı sorular bulunmaktadır. Soru "evet" olarak cevaplandırılmışsa, denekten ilgili yaşantılarını tanımlaması istenir. Daha ayrıntılı yanıtlara ihtiyaç duyulduğunda devam bölümlerinden yararlanılmaktadır. Eğer o bölümle ilgili sorulara olumsuz yanıtlar verilmişse, devam bölümüne başvurmak gereksizdir.

Görüşme çizelgesi iki tip soru çizelgesinden oluşmaktadır: Birincisi belirtilerin olup olmadığının sorgulandığı dolaysız sorular; ikincisi ise klinik olarak ilgili yan belirtileri sorgulayan dolaylı sorulardır. Dolaylı sorular özellikle amnezi bölümü için önemlidir.

Görüşme bittikten sonra her dissosiyatif belirtinin ağırlık şiddeti, epizodların süresi ve sıklığı ve ortaya çıkarıcı stresörlerin varlığına göre "1=yok", "2=hafif", "3=orta" ve "4=ağır" olarak puanlanır. Bireysel dissosiyatif belirtiler için ağırlık derecelendirme tanımları ölçeğin ekler bölümünde verilmiştir (125). SCID-D Türkçe'ye 1996'da Şar, Tutkun, Yargıç, Kundakçı ve Kızıltan tarafından çevrilmiş ve uyarlanmıştır (38) (bkz. Ek-6).

3. UYGULAMA:

Araştırma örnekleminde yer alan deneklere, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Klinik Psikoterapi Birimi ve Dissosiyatif Bozukluklar Programı vasıtasıyla ulaşılmıştır. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden deney ve kontrol grubu deneklerine ilgili birim tarafından randevu verilerek

2010-2011 YILI
PSIKİYATRİ ANABİLİM DALI
KLINİK PSIKOTERAPİ BİRİMİ

uygulamalar, her bir denek ile teke tek bizzat araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir.

İlk aşamada, araştırmada yer almayı kabul eden dissosiyatif bozukluk vakalarına sırasıyla Demografi Formu, DES, ocukluk ağı Kötüye Kullanımı Soru Listesi, ocukluk ağı Travmaları Ölçeği (CTQ-53), DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşme izelgesi SCID-II Kişilik Bozuklukları Formu Borderline Kişilik Alt Ölçeği ve DSM-IV Dissosiyatif Bozukluk için Yapılandırılmış Klinik Görüşme izelgesi (SCID-D) uygulanmıştır. Daha sonraki aşamada, vakaların araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden anne-baba ve kardeşlerine aynı araştırma ölçekleri aynı sırayla verilmiş olup, son aşamada, kontrol grubu denekleri ile de aynı uygulama gerçekleştirilmiştir.

Deney ve kontrol gruplarında yer alan deneklerden DES puanı 25 ve üzerinde olan kişilerin dissosiyatif veriler bakımından daha kapsamlı değerlendirilebilmesi için ayrıca SCID-D uygulanmıştır. Uygulamalar ilgili birimin terapi odasında gerçekleştirilmiş olup, araştırmada yer alan her bir denekle ortalama olarak 70 dakika görüşülmüş ve SCID-D uygulamalarında bu süre ortalama olarak 2 katına çıkmıştır. Araştırma verilerinin elde edilmesi yaklaşık olarak bir yıllık zaman dilimini kapsamıştır.

4. ANALİZ:

Bulgular ortalama, yüzde ve standart sapma olarak yansıtıldı. Karşılaştırmalarda niceliksel değerler için Student t testi, niteliksel değişkenler için ki kare testi kullanıldı. Gereken yerlerde Fisher kesin ki kare testine başvuruldu. Çok değişkenli değerlendirme için çoklu regresyon analizi (stepwise) kullanıldı. %5'lik anlamlılık derecesi yeterli bulundu. Analizler, SPSS paket programı (11. versiyon) kullanılarak bilgisayarda yapıldı.

IV. BULGULAR:

Bulgular bölümündeki ilk beş tabloda araştırma örnekleminin demografik özellikleri verilecektir. Daha sonraki tablolar ise araştırmanın özgün sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 6: Dissosiyatif Bozukluk Vakalarının Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler	Gruplar	N	%
Cinsiyet	Kadın	20	83.3
	Erkek	4	16.7
Yaş Grupları	15-24	16	66.7
	25-34	6	25.0
	35-44	2	8.3
Medeni Hal	Evli	7	29.2
	Bekar	17	70.8
Eğitim Düzeyi	İlkokul	3	12.5
	Ortaokul	2	8.3
	Lise	16	66.7
	Üniversite	3	12.5
Kardeş Sayısı	Tek Çocuk	2	8.3
	İki Kardeş	6	25.0
	Üç Kardeş	6	25.0
	Dört Kardeş	6	25.0
	Altı Kardeş	1	4.2
	Yedi Kardeş	2	8.3
	Sekiz Kardeş	1	4.2

Tablo 6 (Devam): Dissosiyatif Bozukluk Vakalarının Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler	Gruplar	N	%
Kardeş Sırası	Birinci Çocuk	10	41.7
	İkinci Çocuk	6	25.0
	Üçüncü Çocuk	3	12.5
	Dördüncü Çocuk	1	4.2
	Beşinci Çocuk	1	4.2
	Altıncı Çocuk	1	4.2
	Yedinci Çocuk	1	4.2
	Sekizinci Çocuk	1	4.2
Gelir Düzeyi	Ancak Geçinir	5	20.8
	Orta	19	79.2
İş Grupları	Ev Kadını	4	16.7
	Öğrenci	6	25.0
	Malulen Emekli	2	8.3
	İşçi	9	37.5
	Memur	1	4.2
	Profesyonel	2	8.3
Tanı Grubu	Dissosiyatif Kimlik Boz. (DKB)	18	75.0
	Başka Türütü Adlandırılmayan Dis. Boz. (BTADB)	6	25.0

Tablo 6'dan anlaşıldığı üzere, vakaların, 3/4'ünden fazlası kadın deneklerden oluşmaktadır. Grubun 2/3'ü son ergenlik dönemi olarak nitelenen 15-24 yaş grubunda yer almaktadır. Hiç evlenmemiş olan (bekar) denekler, örneklemin yaklaşık 3/4'lük kısmını oluşturmaktadır. Örneklemin yarıdan fazlası eğitim bakımından lise derecesinde yığışım göstermektedir. Grubun %75'i, 2, 3 ve 4 çocuklu ailelerden gelmekte, yarıya yakını ise ailenin ilk çocuğı olma özelliğini taşımaktadır. Ayrıca, örneklemin büyük bir bölümünün Çok

Muhtaç (1), Ancak Geçinir (2), Orta (3), Oldukça İyi (4) ve Varlıklı (5) derecelendirmesinde kendisini orta gelir grubunda tanımladığı, yine buna yakın bir veri olarak, iş grubu değişkeninde işçi seçeneğinin yoğunluk kazandığı gözlemlenmektedir. Halihazırdaki rahatsızlıkları nedeniyle 2 vakanın malulen emeklilik almış olması, tabloda dikkati çeken bir başka veridir. Tam grubu göz önüne alındığında, vakaların 3/4'lük kısmının Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu (DKB), 1/4'lük kısmının ise Başka Türü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk (BTADB) grubunda yer aldığı anlaşılmaktadır.

Tablo 7: Dissosiyatif Bozukluk Vakalarının Ana-babalarının Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler	Gruplar	Anne		Baba	
		N	%N	N	%N
Yaş Grupları	35-44	7	29.2	3	13.6
	45-54	12	50.0	12	54.5
	55-64	4	16.7	5	22.7
	65-74	1	4.2	2	9.1
Eğitim Düzeyi	Okumamış	3	12.5	0	0
	İlkokul	14	58.3	10	45.5
	Ortaokul	3	12.5	4	18.2
	Lise	4	16.7	2	9.1
	Üniversite	0	0	6	27.2
İş Grupları	Ev Kadını	18	75.0	0	0
	Emekli	2	8.3	8	36.3
	İşçi	0	0	2	9.1
	Memur	2	8.3	9	41.0
	Serbest Meslek	2	8.3	2	9.1
	Profesyonel	0	0	1	4.5

Tablo 7’de sunulduğu üzere, ana-baba örnekleminin yaş grubu, vaka yaş grupları göz önüne alındığında da tahmin edileceği üzere, gerek anneler ve gerekse babalar için orta yaş (45-54 yaş arası) grubunda yığılma göstermektedir. Eğitim düzeyi anneler ve babalar için ilköğretim grubu olarak ağırlık kazanmaktadır. Çalışmayan (ev kadını) anneler grubun %75’ini oluşturmakta, babaların ise yarıya yakını memur statüsünde çalışmaktadır.

Tablo 8: Dissosiyatif Bozukluk Vakalarının Ana-babalarının Evlilik ve Sosyo-Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler	Gruplar	N	%N
Medeni Hal	Evli	21	87.5
	Ayrı	1	4.2
	Dul	2	8.3
Gelir Düzeyi	Çok Muhtaç	1	4.2
	Ancak Geçinir	6	25.0
	Orta	15	62.5
	Oldukça İyi	2	8.3
	Varlıklı	0	0

Tablo 8’de görüldüğü üzere, ana-baba örnekleminin medeni hal bakımından büyük bir oranda evli seçeneğinde yoğunlaşmış olup, gelir düzeyi açısından orta grup ağırlık kazanmıştır.

Tablo 9: Dissosiyatif Bozukluk Vakalarının Araştırmaya Katılan Kardeşlerinin Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler	Gruplar	N	%N
Cinsiyet	Kadın	7	35
	Erkek	13	65
Yaş Grupları	15-24	6	30
	25-34	11	55
	35-44	3	15
Medeni Hal	Evli	7	35
	Bekar	13	65
Eğitim Düzeyi	İlkokul	3	15
	Ortaokul	3	15
	Lise	5	25
	Üniversite	8	40
	Yüksek Lisans/Doktora	1	5
Gelir Düzeyi	Çok Muhtaç	0	0
	Aucak Geçinir	3	15
	Orta	16	80
	Oldukça İyi	0	0
	Varlıklı	1	5

Tablo 9'dan anlaşıldığı üzere, kardeş örnekleminin, yaklaşık 2/3'ünü erkek denekler oluşturmaktadır. Grubun yaklaşık yarısı ilk yetişkinlik dönemi olarak nitelenen 25-34 yaş grubunda yer almaktadır. Hiç evlenmemiş olan (bekar) denekler, örneklemin yarıdan fazlasını oluşturmaktadır. Örneklemin yarıya yakını eğitim açısından üniversite derecesinde yığılma göstermektedir. Ayrıca, grubun büyük bir kısmı kendisini orta gelir grubunda tanımlamaktadır.

Tablo 10: Dissosiyatif Bozukluk Vakalarının Birinci Derece Yakınları ve Kontrol Grubunun Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler	Gruplar	Deney		Kontrol	
		N	%N	N	%N
Cinsiyet	Kadın	27	54	27	54
	Erkek	23	46	23	46
Yaş Grupları	15-24	6	12	4	8.0
	25-34	11	22	12	24
	35-44	12	24	15	30
	45-54	16	32	14	28
	55-64	4	8.0	4	8.0
	65-74	1	2.0	1	2.0
Medeni Hal	Evli	33	66	34	68
	Ayrı	1	2.0	2	4.0
	Dul	3	6.0	0	0
	Bekar	13	26	14	28
Eğitim Düzeyi	Okumamış	2	4.0	2	4.0
	İlkokul	18	36	20	40
	Ortaokul	10	20	8	16
	Lise	10	20	12	24
	Üniversite ve Üstü	10	20	8	16
Gelir Düzeyi	Çok Muhtaç	1	2.0	1	2.0
	Ancak Geçinir	11	22	13	26
	Orta	34	68	33	66
	Oldukça İyi	3	6.0	3	6.0
	Varlıklı	1	2.0	0	0

Tablo 10'dan anlaşıldığı üzere, aile bireyleri (deney) ve kontrol gruplarında yer alan kadın ve erkek denek sayıları birbirine oldukça yakındır. Hem deney hem de kontrol gruplarının yarıdan fazlası, 35-44 ile 45-54 yaş gruplarına dağılmıştır. Eğitim bakımından, her iki grubun da yaklaşık olarak 1/3'lük kısmını ilköğretim mezunu denekler oluşturmaktadır. Evli denek sayısı, her iki grupta da, bekar deneklere kıyasla, yaklaşık olarak iki katı bir sıklık göstermektedir. Ayrıca, her iki grubun da büyük bir bölümünün kendisini orta gelir grubunda tanımladığı görülmektedir.

Tablo 11: Dissosiyatif Bozukluk Vakaları, Birinci Derece Yakınları ve Kontrol Grubunda Çocukluk Çağı Travması, İntihar Girişimi ve Kendine Zarar Verme Davranışı Sıklığı (Öykü Formuna Göre)

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE İNTİHAR VE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞLARI	Dissosiyatif Bozukluk Vakaları N=24 (*)		Aile Bireyleri N=50		Aile Bireylerinin Kontrol Grubu N=50		Aile Bireyleri ile Kontrollerin Karşılaştırılması	
	N	%	N	%	N	%	X ² (sd=48)	p
İhmal (Duygusal)	16	69.6	21	42.0	4	8.0	15.41	0.000
Duygusal İstismar	16	69.6	14	28.0	2	4.0	10.71	0.001
Fiziksel İstismar	16	69.6	19	38.0	6	12.0	9.01	0.003
Herhangi bir İstismar ya da İhmal	23	100.0	32	64.0	18	36.0	7.84	0.005
İhmal (Fiziksel)	8	34.8	19	38.0	9	18.0	4.96	0.026
Cinsel İstismar (Encest Dahil)	20	87.0	4	8.0	2	4.0	Fisher	a.d.
Encest	12	52.2	0	0.0	1	2.0	Fisher	a.d.
İntihar Girişimi	21	91.3	7	14.0	2	4.0	Fisher	a.d.
Kendine Fiziksel Zarar Verme	20	87.0	6	12.0	1	2.0	Fisher	a.d.

(*) Bir hasta bilgi vermeyi reddetmiştir.

Tablo 11'e göre dissosiyatif bozukluk vakalarının tamamı en az bir tür çocukluk çağı istismarı ya da ihmali tanımlanmışlardır. Bu vakaların %87.0'sinde en az bir tür travma, aile içinden kaynaklanmaktaydı. Dissosiyatif bozukluk vakalarının aile bireylerinin %64.0'ü bir istismar ya/ya da ihmal bildirmektedir. Oysa

bu oran kontrol grubunda %36.0 düzeyinde olup aradaki fark anlamlıdır. Aynı yönde anlamlı fark cinsel istismar hariç, bütün diğer travma türleri için de ayrı ayrı görülmektedir. Hiçbir aile bireyi, enstest yaşantısı tanımlamamıştır. Oysa dissosiyatif bozukluk gösteren bireylerin %52.2'si enstest tanımlamıştır.

Tablo 12: Dissosiyatif Bozukluk Vakalarının Çocukluk Çağındaki Fiziksel İstismar Şekli ve Şiddeti (N=16)

Vaka No	Cinsiyet	Vakanın Yaşı	İstismar Anındaki Yaşı	İstismar Yapan Kişi	İstismarı Yapan Kişinin Yaşı	Fiziksel İstismar Şekli	Fiziksel İstismar Şiddeti
1	Kadın	21	8-9	anne	29	tekme-tokat ile dövülme	1 yada birkaç kez
2	Erkek	20	14	anne	34	odaya kapatılma ve sopa ile dövülme	en az 5 kez
3	Kadın	20	13-19	baba	35-40	sopa ve odun ile dövülme	birçok kez
4	Kadın	20	8-9	baba	45	tekme-tokat ile dövülme	1 yada birkaç kez
6	Kadın	21	7-8	anne	34	tokat ile dövülme	1 yada birkaç kez
7	Kadın	28	16-18	baba	36-37	tekme-tokat ile dövülme	birçok kez
9	Kadın	17	7-11	anne	34-38	tokat ve terlik ile dövülme	çok sık ve şiddetli olarak
10	Kadın	31	4-19	üvey baba	25-40	tekme,sopa ve maşa ile dövülme	çok sık ve şiddetli olarak
12	Kadın	35	5-9	anne	32-36	sopa ve odun ile dövülme	çok sık ve şiddetli olarak
14	Kadın	21	14	erkek arkadaş	24	tekme-tokat ile dövülme	1 yada birkaç kez
15	Kadın	21	5	baba	26	kürek ile dövülme	1 yada birkaç kez
16	Kadın	19	14-15	ağabey	17-18	yumruk ile dövülme	en az 5 kez
18	Erkek	39	7	yabancı erkek	25-26	tekme-tokat ile dövülme	1 yada birkaç kez
19	Kadın	28	6-18	anne-baba	-	sopa ve yumruk ile dövülme	çok sık ve şiddetli olarak
21	Erkek	19	8-10	baba	38-40	kemer ve yumruk ile dövülme	çok sık ve şiddetli olarak
23	Kadın	22	5-9	anne-baba	26-35	odaya kapatılma ve sopa ile dövülme	1 yada birkaç kez

Tablo 12'ye göre dissosiyatif bozukluk vakalarının %69.6'sı fiziksel istismara maruz kalmışlardır. Bu istismarların %31.3'ü anne, %31.3'ü baba, %12.5'i anne ve baba, %6.3'ü ağabey, %6.3'ü erkek arkadaş, %6.3'ü yabancı erkek, %6.3'ü ise üvey baba tarafından gerçekleştirilmiştir. Dolayısıyla istismarların %87.5'i aile içinde gerçekleştirilmiştir. Fiziksel istismarların %31.3'ü tekme-tokat ile dövülme, %12.5'i odaya kapatılma ve sopa ile dövülme, %12.5'i sopa ve odun ile dövülme, %6.3'ü tokat ile dövülme, %6.3'ü tokat ve

terlikle dövülme, %6.3'ü tekme, sopa ve maşa ile dövülme, %6.3'ü kürekle dövülme, %6.3'ü yumruk ile dövülme, %6.3'ü sopa ve yumruk ile dövülme, %6.3'ü ise kemer ve yumruk ile dövülme biçiminde ifade edilmiştir. Fiziksel istismarların %43.8'i bir ya da birkaç kez, %31.3'ü çok sık ve şiddetli olarak, %12.5'i birçok kez, %12.5'i ise en az 5 kez olarak gerçekleştirilmiştir. Vakaların %68.8'i istismar anında 12 yaşının altında (adölesans öncesi) bulunmaktaydı.

Tablo 13: Dissosiyatif Bozukluk Vakalarının Çocukluk Çağı Cinsel İstismar Şekli ve Şiddeti (N=20)

Vaka No	Cinsiyet	Vaka Yaşı	İstismar Anındaki Yaşı	İstismar Yapan Kişi	İstismar Yapan Kişinin Yaşı	Cinsel İstismar Şekli	Cinsel İstismar Şiddeti
1	Kadın	21	8-9 8-12	komşuoğlu amca	19 24-27	ırza geçme(vajinal) cinsel içerikli dokunma	bir kez çok sık
3	Kadın	20	13-14	erkek arkadaş	20-23	cinsel içerikli dokunma	birkaç kez
4	Kadın	20	12-14	yabancı erkek	-	cinsel içerikli dokunma	birkaç kez
5	Kadın	17	11	kuzen	16	cinsel içerikli dokunma	bir kez
6	Kadın	21	8-9	mahalle esnafı	45	cinsel içerikli dokunma	birkaç kez
7	Kadın	28	13	komşuoğlu	18	cinsel içerikli dokunma	birkaç kez
8	Kadın	25	5	kuzen	12-13	cinsel içerikli dokunma	birkaç kez
10	Kadın	31	13-16	amca (üveybaba)	34-39	ırza geçme(anal) cinsel içerikli dokunma	bir kez çok sık
11	Kadın	33	17	amca	50	cinsel içerikli dokunma	bir kez
12	Kadın	35	7	baba ağabey	40 20	cinsel içerikli dokunma	bir çok kez
13	Kadın	20	7 ve 12	erkek akraba	40	cinsel içerikli dokunma	birkaç kez
14	Kadın	21	10-13	erkek akraba	50-53	cinsel içerikli dokunma	bir çok kez
15	Kadın	21	6-7	yabancı erkek	14-15	cinsel içerikli dokunma	bir kez
16	Kadın	19	17	amca	32	cinsel içerikli dokunma	birkaç kez
18	Erkek	39	7	3 yabancı erkek	25-30	ırza geçme(anal)	birkaç kez
19	Kadın	28	6-18	baba ve ağabeyler	-	ırza geçme(anal) ırza geçme(vajinal)	çok sık
20	Kadın	19	17	yabancı erkek	60	cinsel içerikli dokunma	bir kez
21	Erkek	20	8-9	2 yabancı erkek	~30 ~50	ırza geçme(anal)	birkaç kez
23	Kadın	18	9	amca	25	cinsel içerikli dokunma	birkaç kez
24	Kadın	22	10	kuzen	17	cinsel içerikli dokunma	birkaç kez

Tablo 13'e göre dissosiyatif bozukluk vakalarının %87.0'si cinsel istismara maruz kalmışlardır. Bu istismarların %15.0'i yabancı erkek, %15.0'i kuzen, %15.0'i amca, %10.0'u baba ve ağabeyler, %10.0'u erkek akraba, %5.0'i komşu oğlu ve amca, %5.0'i erkek arkadaş, %5.0'i mahalle esnafı, %5.0'i komşu oğlu, %5.0'i üvey baba (aynı zamanda amca), %5.0'i üç yabancı erkek, %5.0'i ise iki yabancı erkek tarafından gerçekleştirilmiştir. Vakaların: %25'i, birden fazla kişi tarafından cinsel istismara maruz bırakılmışlardır. Ensestin cinsel istismar içerisindeki oranı %60.0 olup, bu oran tüm vakalar içerisinde %52.2'dir. Cinsel istismar, %75.0'lik oranla cinsel içerikli dokunma, %10.0'luk oranla ırza geçme (anal), %5.0'lik oranla ırza geçme (anal) ve ırza geçme (vajinal), %5.0'lik oranla ırza geçme (anal) ve cinsel içerikli dokunma, %5.0'lik oranla ise ırza geçme (vajinal) ve cinsel içerikli dokunma olarak tanımlanmıştır. Cinsel istismarların %50.0'si birkaç kez, %27.2'si bir kez, %13.7'si çok sık, %9.1'i ise birçok kez olarak gerçekleştirilmiştir. Cinsel istismara uğrayan vakaların %70.0'i cinsel istismara uğradığında veya cinsel istismar başladığında 12 yaşın altında (adölesans öncesi) bulunmaktaydı.

Tablo 14: Dissosiyatif Bozukluk Vakalarında Çocukluk Çağı Duygusal İstismar Şekli ve Şiddeti (N=16)

Vaka No	Cinsiyet	Vaka Yaşı	İstismar Anındaki Yaşı	İstismar Yapan Kişi	Duygusal İstismar Şekli
1	Kadın	21	7-9	anne ve baba	alay etmek, kardeşleri ile kıyaslamak
2	Erkek	20	14-16	öğretmen	fakir olduğu için aşağılamak
3	Kadın	20	10-19	baba	aşağılayıcı ve kötü sözler ile seslenmek
4	Kadın	20	14-15	ağabey	alay etmek ve küfretmek
6	Kadın	21	6-13	hala ve babaanne	dışlamak ve yetersiz görmek
7	Kadın	28	16-18	baba	Küfretmek
9	Kadın	17	7-11	anne	deli ve aptal olduğunu söylemek
10	Kadın	31	4-19	amca (üvey baba)	aptal ve yararsız olduğunu söylemek
12	Kadın	35	5-12	anne	deli ve aptal olduğunu söylemek
16	Kadın	19	14-18	ağabey	dışlamak ve yetersiz görmek
18	Erkek	39	7-12	baba	dışlamak ve aşağılamak
19	Kadın	28	7-18	baba ve ağabey	küfür ve hakaret etmek
21	Erkek	21	6-21	anne ve baba	küfür ve hakaret etmek
22	Erkek	23	17	dayı	beceriksiz görmek ve aşağılamak
23	Kadın	18	5-15	anne ve baba	aşağılamak ve yetersiz görmek
24	Kadın	22	10	anne	aşağılamak ve dışlamak

Tablo 14'e göre dissosiyatif bozukluk vakalarının %69.6'sı duygusal istismara maruz kalmışlardır. Bu istismarların %18.8'i anne ve baba, %18.8'i baba, %18.8'i anne , %12.5'i ağabey, %6.2'si amca (aynı zamanda üvey baba), %6.2'si dayı, %6.2'si hala ve babaanne, %6.2'si baba ve ağabey, %6.2'si ise öğretmen tarafından gerçekleştirilmiştir. Dolayısıyla söz konusu duygusal istismarların %81.3'ü, aile içerisinde gerçekleştirilmiştir.

Tablo 15: Dissosiyatif Bozukluk Vakalarında Çocukluk Çağı Duygusal İhmal Şekli (N=16)

Vaka No	Cinsiyet	Vaka Yaşı	Duygusal İhmal Şekli
1	Kadın	21	anne ve babadan sevgi, destek ve ilgi görememe
3	Kadın	20	babadan sevgi, destek ve ilgi görememe
5	Kadın	17	anne ve babadan sevgi, destek ve ilgi görememe
6	Kadın	21	babadan sevgi, destek ve ilgi görememe
7	Kadın	28	anne ve babadan sevgi, destek ve ilgi görememe
9	Kadın	17	anneden sevgi, destek ve ilgi görememe
10	Kadın	31	babadan sevgi, destek ve ilgi görememe
12	Kadın	35	anneden sevgi, destek ve ilgi görememe
13	Kadın	20	babadan sevgi, destek ve ilgi görememe
15	Kadın	21	babadan sevgi, destek ve ilgi görememe
16	Kadın	19	babadan sevgi, destek ve ilgi görememe
18	Erkek	39	anne ve babadan sevgi, destek ve ilgi görememe
19	Kadın	28	anne ve babadan sevgi, destek ve ilgi görememe
21	Erkek	21	anne ve babadan sevgi, destek ve ilgi görememe
22	Erkek	23	anne ve babadan sevgi, destek ve ilgi görememe
23	Kadın	18	anne ve babadan sevgi, destek ve ilgi görememe

Tablo 15'e göre dissosiyatif bozukluk vakalarının %69.6'sı duygusal ihmal yaşamışlardır. Bu ihmallerin %100.0'ü sevgi, destek ve ilgi görememe şeklinde tanımlanmış olup; %50.0'si anne ve baba tarafından, %37.5'i baba, %12.5'i ise anne tarafından gerçekleştirilmiştir. Dolayısıyla duygusal ihmallerin %100.0'ü aile içinde gerçekleştirilmiştir.

Tablo 16: Dissosiyatif Bozukluk Vakalarında Çocukluk Çağı Fiziksel İhmal Şekli (N=8)

Vaka No	Cinsiyet	Vaka Yaşı	Fiziksel İhmal Şekli
3	Kadın	20	baba ekonomik açıdan (eğitim, beslenme ve tıbbi bakım) hiçbir destek vermemiş
6	Kadın	21	baba ekonomik açıdan (eğitim ve sosyal faaliyetler) yeterince destek vermemiş
7	Kadın	28	baba ekonomik açıdan (eğitim) yeterince destek vermemiş
8	Kadın	25	baba ekonomik açıdan (eğitim) yeterince destek vermemiş
10	Kadın	31	baba ekonomik açıdan (eğitim-okutulmama, beslenme ve tıbbi bakım) hiçbir destek vermemiş
13	Kadın	20	iki yıl süreyle evi terk eden baba bu süre boyunca ekonomik açıdan (eğitim, beslenme ve tıbbi bakım) hiçbir destek vermemiş
15	Kadın	21	boşanmış olan baba ekonomik açıdan (eğitim, beslenme ve tıbbi bakım) hiçbir destek vermemiş
19	Kadın	28	baba ekonomik açıdan (eğitim-okutulmama) hiçbir destek vermemiş

Tablo 16'ya göre dissosiyatif bozukluk vakalarının %34.8'i fiziksel ihmal yaşamışlardır. Bu ihmallerin %100.0'ü baba tarafından gerçekleştirilmiş olup; ihmallerin %62.5'i ekonomik açıdan hiçbir destek vermeme, %37.5'i ise ekonomik açıdan yeterince destek vermeme şeklinde tanımlanmıştır. Bunların %50.0'si eğitim, beslenme ve tıbbi bakımın, %37.5'i eğitim ve okutulmanın, %12.5'i ise eğitim ve sosyal faaliyetlerin ihmali şeklinde gerçekleşmiştir.

Tablo 17: Dissosiyatif Bozukluk Vakalarının Birinci Derece Yakınlarında Çocukluk Çağı Fiziksel İstismar Şekli ve Şiddeti (N=19)

Aile No	Ailenin Vakaya Yakınlığı	Aile Bireyleri (AB) Yaşı	(AB)'nin İstismar Anındaki Yaşı	İstismarı Yapan Kişi	İstismarı Yapan Kişinin Yaşı	Fiziksel İstismar Şekli	Fiziksel İstismar Şiddeti
01	Erkek Kardeş	18	16	baba	42	tekme ile dövülme	1 yada birkaç kez
02	Baba	44	7-8	anne	-	tokat ile dövülme	en az 5 kez
03	Anne	43	6-10	baba	30	sopa veya odun ile dövülme	çok sık ve şiddetli olarak
04	Kız Kardeş	22	16	baba	38	sandalye ile dövülme	1 yada birkaç kez
09	Baba	41	12	baba	45	tokat ile dövülme	1 yada birkaç kez
10	Anne	39	12	öğretmen	30	tokat ile dövülme	1 yada birkaç kez
11	Erkek Kardeş	21	7-12	anne	25-30	tokat ile dövülme	birçok kez
13	Anne	48	6-19	baba	-	tekme-tokat ile dövülme	çok sık ve şiddetli olarak
14	Baba	58	14	baba	50	tekme-tokat ile dövülme	birçok kez
16	Anne	46	6-7	baba	-	sopa veya odun ile dövülme	çok sık ve şiddetli olarak
20	Erkek Kardeş	32	6-9	amca	20-25	tekme ve yumruk ile dövülme	1 yada birkaç kez
21	Erkek Kardeş	36	8-9	baba	-	tokat ile dövülme	1 yada birkaç kez
32	Baba	54	7-8	ağabey	12-17	tokat ile dövülme	en az 5 kez
35	Anne	42	10-15	ağabey	18-23	tekme ile dövülme	1 yada birkaç kez
37	Kız Kardeş	36	11	öğretmen	-	tekme-tokat ile dövülme	1 yada birkaç kez
41	Erkek Kardeş	32	7-8	anne	21-21	tokat ile dövülme	1 yada birkaç kez
43	Erkek Kardeş	31	10-19	baba	-	kürekle dövülme	çok sık ve şiddetli olarak
48	Anne	41	7-8	anne	21-22	tokat ile dövülme	1 yada birkaç kez
49	Baba	46	13-14	baba	40-41	tokat ile dövülme	1 yada birkaç kez

Tablo 17'ye göre dissosiyatif bozukluk vakalarının aile bireylerinin %38.0'i fiziksel istismara maruz kalmışlardır. İstismarların %52.3'ü baba, %21.1'i anne, %10.5'i öğretmen, %10.5'i ağabey, %5.3'ü ise amca tarafından gerçekleştirilmiştir. Dolayısıyla istismarların %83.9'u aile içinde gerçekleştirilmiştir. Fiziksel istismarların %47.4'ü tokat ile dövülme, %15.8'i tekme-tokat ile dövülme, %10.5'i tekme ile dövülme, %10.5'i sopa veya odun ile dövülme, %5.3'ü sandalye ile dövülme, %5.3'ü tekme ve yumruk ile dövülme, %5.3'ü ise kürekle dövülme şeklinde ifade edilmiştir. Bu

istismarların 57.9'u bir ya da birkaç kez, %21.1'i çok sık ve şiddetli olarak, %10.5'i birçok kez, %10.5'i ise en az 5 kez olmak üzere gerçekleştirilmiştir. Söz konusu aile bireylerinin %68.4'ü istismar anında veya başlangıcında 12 yaşın altında (adölesans öncesi) bulunmaktaydı.

Tablo 18: Dissosiyatif Bozukluk Vakalarının Birinci Derece Yakınlarında Çocukluk Çağı Cinsel İstismar Şekli ve Şiddeti (N=4)

Aile No	Ailenin Vakaya Yakınlığı	Aile Bireyleri (AB) Yaşı	(AB)'nin İstismar Anındaki Yaşı	İstismarı Yapan Kişi	İstismarı Yapan Kişinin Yaşı	Cinsel İstismar Şekli	Cinsel İstismar Şiddeti
4	Kız Kardeş	22	7-8	yabancı erkek	-	cinsel içerikli dokunma	bir kez
13	Anne	48	9	mahalledeki esnaf	50	cinsel içerikli dokunma	bir kez
19	Abla	33	15	mahalledeki esnaf	70	cinsel içerikli dokunma	bir kez
35	Anne	42	8	komşu oğlu	22	cinsel içerikli dokunma	bir kez

Tablo 18'e göre dissosiyatif bozukluk vakalarının aile bireylerinin %8.0'i cinsel istismara maruz kalmışlardır. Bu istismarların %100'ü cinsel içerikli dokunma olarak tanımlanmıştır. İstismarların %50.0'si mahalledeki esnaf, %25.0'i yabancı erkek, %25.0'i ise komşu oğlu tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu istismarların %100.0'ü bir kez olmuştur. Cinsel istismar yaşayan aile bireylerinin %75.0'i istismar anında veya başlangıcında 12 yaşının altında (adölesans öncesi) bulunmaktaydı.

Tablo 19: Dissosiyatif Bozukluk Vakalarının Birinci Derece Yakınlarında Çocukluk Çağı Duygusal İstismar Şekli ve Şiddeti (N=14)

Aile No	Ailenin Vakaya Yakınlığı	Aile Bireyleri (AB) Yaşı	(AB)'nin İstismar Anındaki Yaşı	İstismarı Yapan Kişi	Duygusal İstismar Şekli
1	Erkek Kardeş	18	16-18	baba	beceriksiz görmek ve aşağılamak
3	Anne	43	6-10	anne	küfür etmek ve başkaları ile kıyaslamak
4	Kız Kardeş	22	16	baba	sözel olarak evlatlıktan reddetmek
13	Anne	48	6-19	abla	aşağılamak ve başkaları ile kıyaslamak
20	Erkek Kardeş	32	13-14	anne	ders başarısızlığını sürekli gündeme getirerek aşağılamak
23	Abla	23	6-14	anne	arkadaşları ile kıyaslamak ve yetersiz görmek
29	Anne	60	15-18	anne	topal olduğu için aşağılamak
32	Baba	54	-	baba	küfür ve hakaret etmek
33	Baba	52	14-20	anne	aşağılayıcı ve kötü sözlerle seslenmek
40	Anne	49	14-18	anne	dışlamak ve yetersiz görmek
41	Ağabey	32	7-8	anne	terslemek ve aşağılamak
42	Baba	56	6-8	teyze	beceriksiz görmek ve aşağılamak
48	Anne	41	7-8	anne	dışlamak ve yetersiz görmek
49	Baba	46	13-14	baba	arkadaşları ile kıyaslamak ve yetersiz görmek

Tablo 19'a göre dissosiyatif bozukluk vakalarının aile bireylerinin %28.0'i duygusal istismara maruz kalmışlardır. Bu istismarların %57.1'i anne, %28.6'sı baba, %7.1'i abla, %7.1'i ise teyze tarafından gerçekleştirilmiştir. Dolayısıyla dissosiyatif bozukluk vakalarının ailelerinin yaşadığı duygusal istismarların %92.8'i aile içinde gerçekleşmiştir.

Tablo 20: Dissosiyatif Bozukluk Vakalarının Birinci Derece Yakınlarında Çocukluk Çağı Duygusal İhmal Şekli (N=21)

Aile No	Ailenin Vakaya Yakınlığı	Aile Bireyleri (AB) Yaşı	Duygusal İhmal Şekli
1	Erkek Kardeş	18	anne ve babadan sevgi, destek ve ilgi görememe
2	Baba	44	anne ve babadan sevgi, destek ve ilgi görememe
3	Anne	43	anneden sevgi, destek ve ilgi görememe
4	Abla	22	babadan sevgi, destek ve ilgi görememe
9	Baba	41	anne ve babadan sevgi, destek ve ilgi görememe
10	Anne	39	anne ve babadan sevgi, destek ve ilgi görememe
11	Ağabey	21	anneden sevgi, destek ve ilgi görememe
13	Anne	48	babadan sevgi, destek ve ilgi görememe
16	Anne	46	anneden sevgi, destek ve ilgi görememe
20	Ağabey	32	anne ve babadan sevgi, destek ve ilgi görememe
23	Abla	23	anne ve babadan sevgi, destek ve ilgi görememe
29	Anne	60	anneden sevgi, destek ve ilgi görememe
32	Baba	54	anneden sevgi, destek ve ilgi görememe
33	Baba	52	babadan sevgi, destek ve ilgi görememe
34	Anne	45	babadan sevgi, destek ve ilgi görememe
35	Anne	42	anneden sevgi, destek ve ilgi görememe
36	Anne	45	babadan sevgi, destek ve ilgi görememe
38	Ağabey	31	anne ve babadan sevgi, destek ve ilgi görememe
40	Anne	49	anne ve babadan sevgi, destek ve ilgi görememe
42	Baba	56	anne ve babadan sevgi, destek ve ilgi görememe
49	Baba	45	anne ve babadan sevgi, destek ve ilgi görememe

Tablo 20'ye göre dissosiyatif bozukluk vakalarının aile bireylerinin %42.0'si duygusal ihmal yaşamış olup; bu ihmallerin %100.0'ü sevgi, destek ve ilgi görememe şeklinde ifade edilmiştir. İhmallerin %47.6'sı anne ve baba, %28.6'sı anne, %23.8'i ise baba tarafından gerçekleştirilmiştir. Dolayısıyla duygusal ihmallerin %100.0'ü aile içinde gerçekleştirilmiştir.

Tablo 21: Dissosiyatif Bozukluk Vakalarının Birinci Derece Yakınlarında Çocukluk Çağı Fiziksel İhmal Şekli (N=19)

Aile No	Ailenin Vakaya Yakınlığı	Aile Bireyleri (AB) Yaşı	Fiziksel İhmal Şekli
3	Anne	43	baba ekonomik açıdan (eğitim- okutulmama) hiçbir destek vermemiş
5	Anne	39	baba ekonomik açıdan (eğitim- okutulmama ve beslenme) yeterince destek vermemiş
6	Baba	48	baba ekonomik açıdan (eğitim- okutulmama) yeterince destek vermemiş
9	Baba	41	baba ekonomik açıdan (eğitim ve tıbbi bakım) yeterince destek vermemiş
13	Anne	48	baba ekonomik açıdan (eğitim, beslenme ve tıbbi bakım) hiçbir destek vermemiş
14	Baba	58	baba ekonomik açıdan (eğitim- okutulmama) hiçbir destek vermemiş
16	Anne	46	baba ekonomik açıdan (eğitim- okutulmama) hiçbir destek vermemiş
17	Baba	48	baba ekonomik açıdan (eğitim- okutulmama) hiçbir destek vermemiş
19	Abia	33	baba ekonomik açıdan (eğitim) yeterince destek vermemiş
24	Anne	52	baba ekonomik açıdan (eğitim- okutulmama) hiçbir destek vermemiş
25	Ağabey	33	baba ekonomik açıdan (eğitim- okutulmama) hiçbir destek vermemiş
29	Anne	60	baba ve anne ekonomik açıdan (eğitim- okutulmama) hiçbir destek vermemiş
33	Baba	52	baba ekonomik açıdan (eğitim- okutulmama) hiçbir destek vermemiş
39	Anne	56	baba ekonomik açıdan (eğitim- okutulmama) hiçbir destek vermemiş
40	Anne	49	baba ekonomik açıdan (eğitim ve beslenme) yeterince destek vermemiş
41	Ağabey	32	baba ekonomik açıdan (eğitim- okutulmama) hiçbir destek vermemiş
44	Anne	49	baba ekonomik açıdan (eğitim- okutulmama) hiçbir destek vermemiş
45	Anne	45	baba ekonomik açıdan (eğitim- okutulmama) hiçbir destek vermemiş
48	Anne	41	baba ekonomik açıdan (eğitim- okutulmama) hiçbir destek vermemiş

Tablo 21'e göre dissosiyatif bozukluk vakalarının aile bireylerinin %38.0'i fiziksel ihmal yaşamışlardır. Bu ihmallerin %100'ü ekonomik açıdan destek vermeme şeklinde bildirilmiştir. İhmallerin %94.7'si baba, %5.3'ü ise anne ve baba tarafından gerçekleştirilmiştir. Gerçekleşen fiziksel ihmallerin %73.7'sinde birey, hiçbir destek görmemiş; %26.3'ünde ise yeterince destek görmemiştir. İhmallerin %78.9'u okutulmama (eğitim) konusunda olup; %5.3'ü okutulmama (eğitim) ve beslenme, %5.3'ü eğitim ve beslenme, %5.3'ü eğitim, tıbbi bakım ve beslenme, %5.3'ü ise eğitim ve tıbbi bakım konularındadır.

Tablo 22: Aile Bireyleri ve Kontrol Grubunda Çocukluk Çağı İstismar ve İhmali (CTQ ile Niceliksel Ölçüm); Dissosiyatif Yaşantılar (DES) ve Sınırdaki Kişilik Bozukluğu Ölçüt Sayısı

CTQ PUANLARI	Aile Bireyleri (N=50)		Kontroller (N=50)		t (sd=98) p	
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Duygusal İstismar	1.8	0.7	1.1	0.2	6.02	0.001
Fiziksel İstismar	1.6	0.8	1.1	0.2	4.17	0.001
Fiziksel İhmal	1.4	0.4	1.1	0.1	3.99	0.001
Toplam CTQ Puanı	8.7	2.3	6.9	1.0	5.21	0.001
Duygusal İhmal	2.9	0.8	2.5	0.8	2.93	0.004
Cinsel İstismar	1.1	0.3	1.1	0.2	0.35	a.d.
DES Puanı	8.3	7.1	4.8	2.6	3.31	0.001
Sınırdaki Kişilik Bozukluğu Ölçüt Sayısı	0.6	1.0	0.2	0.7	2.75	0.007

Tablo 22’de görüldüğü üzere öykü formundaki aynı değerlendirmeler (Bkz. Tablo:11), standartlaştırılmış niceliksel bir öz bildirim ölçeği ile (CTQ) yapıldığında benzer sonuç elde edilmiş ve cinsel taciz dışında tüm travma türlerinde aile bireyleri kontrollerden daha yüksek puanlar almışlardır. Aile bireylerinin DES puanları ve sınır kişilik ölçütleri de kontrol grubundan anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 23: Dissosiyatif Bozukluk Vakalarının Aile Bireylerinde Çocukluk Çağı İstismar ve İhmali (CTQ); Dissosiyatif Yaşantılar (DES) ve Sınırdaki Kişilik Bozukluğu Ölçüt Sayısı

CTQ PUANLARI	Kardeşler (N=20)		Ana-Babalar (N=30)			
	Ort	SS	Ort	SS	t (sd=48)	p
Fiziksel İhmali	1.4	0.5	1.3	0.4	0.77	a.d.
Cinsel İstismar	1.1	0.1	1.1	0.3	0.32	a.d.
Duygusal İstismar	1.7	0.5	1.8	0.9	1.28	a.d.
Duygusal İhmali	2.7	0.7	3.0	0.8	0.67	a.d.
Fiziksel İstismar	1.6	0.6	1.7	0.9	0.44	a.d.
Toplam Puan	8.4	1.6	8.9	2.7	0.71	a.d.
DES	10.5	8.4	6.9	5.8	1.77	a.d.
Sınırdaki Kişilik Ölçütleri	0.9	0.8	0.4	1.2	1.67	a.d.
Yaş	28.7	6.1	48.3	7.2	9.99	0.001
Eğitim	11.7	4.1	6.9	3.2	4.67	0.001

Tablo 23'e göre kardeşlerin CTQ puanları, DES puanları ve sınırdaki kişilik ölçütleri ile anne-babalarınkiler arasında anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 24: Dissosiyatif Bozukluk Vakaları ile Kardeşlerinde Çocukluk Çağı Travmaları (CTQ); Dissosiyatif Yaşantılar (DES) ve Sınırdaki Kişilik Bozukluğu Ölçüt Sayısı

CTQ PUANLARI	Dissosiyatif Bozukluk Vakaları (N=24) (*)		Kardeşler (N=20)		t (sd=41) p	
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Cinsel İstismar	2.3	1.2	1.1	1.1	4.75	0.001
Duygusal İstismar	2.7	1.0	1.7	0.5	4.13	0.001
Duygusal İhmal	3.3	0.8	2.7	0.7	2.29	0.027
Fiziksel İstismar	2.0	0.8	1.6	0.6	2.06	0.045
Fiziksel İhmal	1.4	0.4	1.4	0.5	0.25	a.d.
Toplam Puan	11.7	3.4	8.4	1.6	3.89	0.001
Yaş	24.2	6.0	28.7	6.1	2.46	0.018
Eğitim	10.7	2.5	11.7	4.1	0.95	a.d.
DES (toplam)	37.9	20.3	10.5	8.4	5.64	0.001
Sınırdaki Kişilik Bozukluğu Ölçütleri	4.3	0.9	0.9	1.2	4.63	0.001

(*) Bir hastanın verileri eksik

Tablo 24'e göre dissosiyatif bozukluk vakalarının CTQ puanları (fiziksel ihmal hariç), DES puanları ve sınırdaki kişilik ölçütleri, kardeşlerininkinden anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 25: Dissosiyatif Bozukluk Vakalarının Aile Bireyleri ve Kontrol Grubunda Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) Toplam Puanı

DES Puanı	Aile Bireyleri (N=50)		Kontrol Grubu (N=50)	
	N	%	N	%
0.0-4.9	22	44.0	33	66.0
5.0-9.9	14	28.0	15	30.0
10.0-14.9	5	10.0	2	4.0
15.0-19.9	6	12.0	0	0.0
20.0-24.9	0	0.0	0	0.0
25.0-29.9	2	4.0	0	0.0
30.0-34.9	1	2.0	0	0.0

Aile bireylerinin ortalama DES puanı 8.5 idi. Tablo 25'e göre, 36 aile bireyinin DES puanı 10.0'un altında idi. 11 kişi, 10.0 ve 19.9 arası puan aldı. Aile bireylerinden üç kişinin DES puanı 25.0 ve üzerindeydi. Bunlardan hiçbirinde SCID-D'ye göre tanı konulabilen bir dissosiyatif bozukluk yoktu. Ayrıca hiçbir aile bireyi, sınırda kişilik bozukluğu tanısı almadı.

Tablo 26: Dissosiyatif Bozukluk Vakaları ve Aile Bireylerinde Dissosiyatif Yaşantılar (DES) ile Çocukluk Çağı Travmaları (CTQ) Arasındaki İlişki (Pearson Korelasyon Katsayısı)

(*) $p < 0.05$ (**) $p < 0.001$

CTQ PUANLARI	Aile Bireyleri (N = 50)	Dissosiyatif Bozukluğu Olan Bireyler (N = 24)
Toplam Puan	0.21 a.d.	0.54 *
Cinsel İstismar	- 0.04 a.d.	0.30 a.d.
Duygusal İstismar	0.22 a.d.	0.48 *
Fiziksel İstismar	0.20 a.d.	0.44 *
İhmal (Fiziksel)	0.50 **	0.45 *
İhmal (Duygusal)	- 0.05 a.d.	0.55 *
Sınırdaki Kişilik Bozukluğu Ölçütleri (toplam n)	0.28 *	0.33 a.d.

Tablo 26'ya göre DES puanı, aile bireylerinde yalnızca fiziksel ihmal ile korelasyon gösteriyordu. Çoklu regresyon analizinde DES puanı bağımlı değişken, CTQ ile değerlendirilen 5 tür çocukluk çağı travması ise bağımsız değişken olarak kullanıldığında, aile bireyleri için fiziksel ihmale uğramış olma ($p=0.001$); dissosiyatif bozukluk vakaları içinse duygusal ihmale uğramış olma ($p=0.006$) anlamlı bağlantı göstermiştir.

Tablo 27: Dissosiyatif Bozukluk Vakalarının Aile Bireyleri ve Kontrol Grubunda Sınırdaki Kişilik Bozukluğu Ölçütleri (Eşikaltı Düzeyde Bildirimler Dahil)

ÖLÇÜT	Aile Bireyleri (N=50)		Kontrol Grubu (N=50)		t (sd=98) p	
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Sık Duygudurum Dalgalanması (3)	1.88	0.66	1.30	0.54	4.80	0.001
Yoğun Öfke ya da Öfkeyi Kontrol Edememe (4)	1.52	0.65	1.06	0.31	4.53	0.001
Dissosiyatif ya da Paranoid Belirtiler (9)	1.40	0.61	1.04	0.20	3.99	0.001
Kimlik Konfüzyonu (6)	1.22	0.51	1.02	0.14	2.69	0.008
İmpulsif ya da Beklenmedik Davranışlar (2)	1.22	0.58	1.08	0.27	1.76	a.d.
Yoğun fakat Stabil Olmayan İlişkiler (1)	1.28	0.50	1.14	0.40	1.55	a.d.
Kendine Zarar Veren Eylemler (5)	1.16	0.42	1.06	0.24	1.46	a.d.
Terk Edilmeyi Engelleme Çabaları (8)	1.18	0.39	1.08	0.34	1.37	a.d.
Kronik Sıkıntı ve Boşluk Duyguları (7)	1.76	0.74	1.60	0.61	1.18	a.d.
Toplam	0.62	0.99	0.16	0.65	2.75	0.007

Tablo 27'ye göre aile bireylerinde (eşikaltı puanlar dikkate alındığında) bazı sınırdaki kişilik ölçütleri anlamlı ölçüde fazlaydı. Sık duygudurum dalgalanmaları, yoğun öfke ya da öfkeyi kontrol edememe, geçici dissosiyatif ya da paranoid belirtiler ve kimlik konfüzyonu kontrol grubundan fazlaydı.

Tablo 28: Dissosiyatif Bozukluk Vakalarının Birinci Derece Yakınlarında Sınırdaki Kişilik Bozukluğu Ölçütleri (Eşikaltı Düzeyde Bildirimler Dahil)

ÖLÇÜT	Kardeşler (N=20)		Ana-Babalar (N=30)		t (sd=48) p	
	Ort	SS	Ort	SS		
İmpulsif ya da Beklenmedik Davranışlar (2)	1.50	0.83	1.03	0.18	3.00	0.004
Kimlik Konfüzyonu (6)	1.40	0.60	1.10	0.40	2.12	0.039
Kronik Sıkıntı ve Boşluk Duyguları (7)	1.95	0.69	1.63	0.76	1.49	a.d.
Sık Duygudurum Dalgalanmaları (3)	2.00	0.55	1.80	0.47	1.05	a.d.
Yoğun Öfke ya da Öfkeyi Kontrol Edememe (4)	1.60	0.68	1.47	0.63	0.71	a.d.
Fiziksel Olarak Kendine Zarar Veren Davranışlar (5)	1.20	0.52	1.13	0.35	0.54	a.d.
Yoğun fakat Stabil Olmayan İlişkiler (1)	1.25	0.55	1.30	0.47	0.35	a.d.
Terk Edilmeyi Engelleme Çabaları (8)	1.15	0.37	1.20	0.41	0.44	a.d.
Dissosiyatif ya da Paranoid Belirtiler (9)	1.35	0.49	1.43	0.68	0.47	a.d.
Toplam	0.90	1.21	0.43	0.77	1.67	a.d.

Tablo 28'e göre kardeşlerde kimlik konfüzyonu ve impulsif davranışlar, "yaşlarından bekleneceği üzere", ana-babadan fazlaydı. Diğer kriterlerde anlamlı bir fark görülmedi.

Tablo 29: Aile Bireylerinde Çocukluk Çağı İstismar ve İhmali (CTQ) ile Sınırdaki Kişilik Bozukluğu Ölçütleri (Eşik ya da Eşikaltı Düzeyde Bildirimler) Arasındaki İlişki (Pearson Korelasyon Katsayısı)

(*) $p < 0.05$ (**) $p < 0.001$

ÖLÇÜT	CTQ Toplam	CTQ Cinsel İstismar	CTQ Fiziksel İstismar	CTQ Duygusal İstismar	CTQ Duygusal İhmali	CTQ Fiziksel İhmali
Sık Duygudurum Dalgalanmaları (3)	0.39 **	- 0.16	0.32 *	0.31 *	0.32 *	0.48 **
Yoğun Öfke ya da Öfkeyi Kontrol Edememe (4)	0.13	0.04	0.10	0.25	- 0.01	0.13
Dissosiyatif ya da Paranoid Belirtiler (9)	0.05	- 0.11	0.05	0.02	0.03	0.18
Kimlik Konfüzyonu (6)	0.23	- 0.01	0.21	0.29 *	0.05	0.28
İmpulsif ya da Beklenmedik Davranış (2)	0.04	- 0.07	0.09	- 0.12	0.02	0.26
Yoğun fakat Stabil Olmayan İlişkiler (1)	0.20	- 0.12	0.06	0.12	0.34 *	0.24
Fiziksel Olarak Kendine Zarar Veren Davranışlar (5)	0.20	0.00	0.16	0.16	0.05	0.42 **
Terkedilmeyi Engelleme Çabaları (8)	0.19	- 0.07	0.02	0.17	0.31 *	0.13
Kronik Boşluk ve Can Sıkıntısı Duyguları (7)	0.25	- 0.18	0.19	0.10	0.24	0.52 **
Toplam Ölçüt Sayısı	0.29 *	- 0.10	0.20	0.21	0.20	0.56 **

Tablo 29'a göre sık duygudurum dalgalanmaları, tüm çocukluk çağı istismar ve ihmali tipleri (cinsel istismar hariç) aile bireylerinde ilişkiliydi. Kimlik konfüzyonu ise duygusal istismar ile ilişkiliydi. Yoğun fakat stabil olmayan ilişkiler ve terk edilmeyi engelleme çabaları, duygusal ihmalle; kronik boşluk ve can sıkıntısı duyguları ise fiziksel ihmalle ilişkili bulunmuştur.

Tablo 30: Dissosiyatif Bozukluk Vakalarında Çocukluk Çağı İstismarı ve İhmali (CTQ) ile Sınırdaki Kişilik Bozukluğu Ölçütleri (Eşik ya da Eşikaltı Düzeyde Bildirimler) Arasındaki İlişki (Pearson Korelasyon Katsayısı)

(*) $p < 0.05$ (**) $p < 0.001$

ÖLÇÜT	CTQ Toplam	CTQ Cinsel İstismar	CTQ Fiziksel İstismar	CTQ Duygusal İstismar	CTQ Duygusal İhmali	CTQ Fiziksel İhmali
Sık Duygudurum Dalgalanmaları (3)	0.38	0.28	0.27	0.30	0.42 *	0.25
Yoğun Öfke ve Öfkeyi Kontrol Edememe (4)	0.26	0.30	0.05	0.11	0.35	0.27
Dissosiyatif ya da Paranoid Semptomlar (9)	0.42 *	0.56 **	0.29	0.20	0.25	0.29
Kimlik Konfüzyonu (6)	0.38	0.48 *	0.27	0.18	0.29	0.20
İmpulsif ya da Beklenmedik Davranış (2)	0.36	0.63 *	0.11	0.12	0.16	0.38
Yoğun fakat Stabil Olmayan İlişkiler (1)	0.29	0.25	0.04	0.26	0.40	0.23
Fiziksel Olarak Kendine Zarar Veren Davranışlar (5)	0.25	0.41	0.11	0.03	0.15	0.35
Terkedilmeyi Engelleme Çabaları (8)	0.10	0.20	-0.06	-0.03	0.03	0.36
Kronik Can Sıkıntısı ve Boşluk Duyguları (7)	0.06	0.03	-0.13	0.01	0.22	0.24
Toplam	0.36	0.44 *	0.11	0.20	0.36	0.31

Tablo 30'a göre dissosiyatif bireylerde dissosiyatif ya da paranoid semptomlar ve kimlik konfüzyonu cinsel istismarla, sık duygudurum dalgalanmaları ise duygusal ihmalle ilişkili bulunmuştur.

SCID-D Uygulanan Üç Aile Bireyinin Özellikleri:

Aile Bireyi 1:

Bayan DKB hastasının ablası, 22 yaşında (DES=25.7, SCID-D=9, CTQ=9.9) tanı almıyor, BTADB'a yakın, psikososyal işlevselliği bozulmamış.

Aile Bireyi 2:

Bayan DKB hastasının ağabeyi, 32 yaşında, cinsel tacizde bulunma öyküsü var, ileri derecede ensestöz aile (DES=31.1, SCID-D=6, CTQ=9.3) tanı almıyor, absorbsiyon eğilimi fazla.

Aile Bireyi 3:

Erkek BTADB hastasının annesi, 51 yaşında, (DES=26.8, SCID-D=10, CTQ=6.7) depersonalizasyon olmaksızın derealizasyon, hafif amnezi, kimlik konfüzyonu ve alterasyonu. Bu belirtiler, uzun süreli evlilik sorunlarına bağlı kronik majör depresyona bağlandı.

Bulguların Özeti:

Dissosiyatif bozukluğu olan kişilerin birinci derece yakınlarında, dissosiyatif bozukluk ve sınırda kişilik bozukluğu tanısına rastlanmamıştır. Ancak eşikaltı dissosiyatif bozukluk ve sınırda kişilik bozukluğu işaretleri anlamlı derecede fazladır. Çocukluk çağı travmalarına da (cinsel istismar hariç) kontrol grubundan daha fazla rastlanmıştır (Bkz. Tablo:11).

Sınırda kişilik bozukluğu ölçütleri dissosiyatif bozukluk vakalarının aile bireylerini değerlendirmede oldukça yararlı gözükmektedir. Şöyle ki; dissosiyatif bir hastanın ailesinde sık duygu durum dalgalanmaları, yoğun öfke ya da öfkeyi kontrol edememe, geçici dissosiyatif ya da paranoid belirtiler ve kimlik konfüzyonu kontrol grubuna göre anlamlı derecede fazladır (Bkz. Tablo:27).

Ayrıca aile bireylerindeki bazı sınırda kişilik ölçütleri, çocukluk çağı travmaları ile ilişkili gözükmektedir. Şöyle ki; sık duygu durum dalgalanmaları tüm çocukluk çağı istismar ve ihmal tipleri (cinsel istismar hariç) ile ilişkilidir. Kimlik konfüzyonu ise duygusal istismarla ilişkilidir. Öte yandan aile bireylerinde kontrol grubundan sık görülen bazı sınırda kişilik ölçütleri ise çocukluk çağı travmaları ile bağlantı göstermemektedir. Bunlar geçici dissosiyatif ya da paranoid belirtiler ile yoğun öfke ve öfkeyi kontrol edemeden oluşmaktadır (Bkz. Tablo: 29).

V. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada temel amacımız, travma bildiren dissosiyatif bozukluk vakalarının birinci derece aile bireylerinin (anne, baba ve kardeşler) tanımladığı çocukluk çağı travmalarını ve dissosiyatif yaşantılarını, yaş, eğitim, cinsiyet ve gelir seviyesi açısından eşleştirilen klinik dışı bir kontrol grubu ile mukayese etmektir.

Temel amacımız doğrultusundaki ilk hipotezimiz, dissosiyatif bozukluk vakalarının birinci derece aile bireylerinin çocukluk çağı travmalarının kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olacağı yönündeydi. Bu hipotezimiz, bulgularda gözlemlendiği üzere doğrulanmıştır (Bkz. Tablo:11,Tablo:22).

İkinci hipotezimiz, buna paralel olarak dissosiyatif yaşantı düzeyinin aile bireylerinde kontrol grubuna oranla daha fazla olacağıydı. Bu hipotezimiz de, bulgularda gözlemlendiği üzere doğrulanmıştır (Bkz. Tablo:22). Ancak bu dissosiyatif yaşantılar, hiçbir aile bireyinde bir dissosiyatif bozukluk tanısı alacak düzeyde değildi. Tartışmamızda bunun olası gerekçelerine değinilecektir.

Tablo 31: Türkiye, Hollanda ve Kuzey Amerika’da Dissosiyatif Bozukluk Vakalarında Bildirilen Çocukluk Çağı Travma Türleri

	Şar ve ark. (44)			Ross ve ark (128)		%			
	(N=35)		Hollanda	(N=102)		Putnam ve ark. (16)	Coons ve ark. (21)	Ross ve ark. (15)	Schultz ve ark. (17)
Çocukluk Çağı Travmaları	N	%	%(N=71)	N	%	(N=100)	(N=50)	(N=236)	(N=335)
Fiziksel İstismar	22	62.9	80.3	84	82.4	75	60	74.9	82
Cinsel İstismar	20	57.1	77.5	92	90.2	83	68	79.2	86
Fiziksel ve/veya Cinsel İstismar	27	77.1	94.4	97	95.1	-	96	-	-
İhmal	22	62.9	-	-	-	-	-	-	-
Duygusal İstismar	20	57.1	-	-	-	-	-	-	-
En Az Bir Travma	31	88.6	-	-	-	-	-	-	-

Ülkemizde ve yurt dışında dissosiyatif bozukluk vakalarının çocukluk çağı travma öykülerini araştıran diğer çalışmalarda bulgularımıza yakın sonuçlara rastlanmaktadır. Şar ve arkadaşları,

yapılandırılmış bir görüşme çizelgesi kullanarak tanı koydukları 35 dissosiyatif kimlik bozukluğu vakasında yüksek düzeyde çocukluk çağı travması saptamışlardır (44) (Bkz. Tablo:31).

Kızıltan'ın 30 dissosiyatif bozukluk vakası ile yaptığı araştırmada, çocukluk çağı travması yaşantı türlerinden en az birine (fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve ihmal) maruz kaldığını bildiren hasta oranı %96.7 olup hastaların en sık bildirdikleri travmatik yaşantı türü %76.7'lik oranla ihmalidir. Bunu sırasıyla %73.3'lük oranla duygusal istismar, %66.7'lik oranla fiziksel istismar, %50'lik oranla cinsel istismar (ensest dahil) ve %33.3'lük oranla sadece enest izlemektedir. Bu vakaların %80.0'i intihar girişiminde bulunmuş olup, %93.3'ü ise kendine zarar verme davranışında bulunmuşlardır (80).

Aynı yıl 40 dissosiyatif bozukluk vakası ile yapılan diğer bir çalışmada vakaların sırasıyla %75'lik oranla ihmal, %72.5'lik oranla duygusal istismar, %67.5'lik oranla fiziksel istismar, %65'lik oranla cinsel istismar (ensest dahil) ve %40'lık oranla sadece enest bildirdiklerini ifade etmişlerdir. Bu vakaların %77.5'i yaşamları boyunca en az bir kez intihar girişiminde bulunmuş olup, bu vakaların %92.5'i kendine zarar verme davranışında bulunmuşlardır (125).

Kendine zarar verme davranışları ve intihar girişimleri ile karakterize olan dissosiyatif vakalarda çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile dissosiyatif yaşantıların öteki psikiyatrik hastalıklara göre oldukça sık olduğu bilinmektedir (19). Bu vakalarda çocukluk çağı cinsel tacizi %68.0 ile %90.2 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir (70).

Travma, Dissosiyasyon ve Aile

Aile bireylerindeki fiziksel istismar sıklığı %38.0, cinsel istismar sıklığı %8.0 (enseste rastlanmamıştır), duygusal istismar sıklığı %28.0, duygusal ihmal sıklığı %42.0, fiziksel ihmal sıklığı ise %38.0'dir. Aile bireylerinin intihar girişimi sıklığı %14.0 (N=7) olup, kendine zarar verme sıklığı ise %12.0 (N = 6) dir.

Tablo 32: Ailelerde ve Diğer Değişik Populasyonlarda Karşılaştırmalı Olarak Çocukluk Çağı İstismar ve İhmal Sıklığı

	Üniversite Öğrencileri (N=570) (130)	Lise Öğrencileri (N=839) (131)	Psikiyatri Polikliniği (N=150) (53)	Bu Çalışmada (N=50)
Fiziksel İstismar	%11.8	%13.5	%30.0	%38.0
Cinsel İstismar	%10.0	%10.7	%16.0	%8.0
Duygusal İstismar	%9.1	%15.8	%26.0	%28.0
İhmal	%8.0	%16.5	%33.3	*

* Bu çalışmada ihmal; duygusal ve fiziksel olmak üzere iki başlık altında incelenmiş olup, duygusal ihmal oranı %42.0, fiziksel ihmal oranı ise %38.0'dir (Bkz. Tablo:11).

Dissosiyatif bozukluk geliştiren bireylerin ailelerinde travma ve ihmale yol açan ortamların bulunduğu hasta serileri üzerinde yapılan çalışmalardan (13, 16, 44, 67, 71) bilinmesine rağmen literatürde bu vakaların birinci derece yakınlarını ayrıntılı biçimde inceleyen ampirik çalışmalar sınırlıdır.

Braun, 18 dissosiyatif bozukluk hastasının yakınlarını (anne, baba, kardeşler ile anne ve babanın akrabaları dahil) incelediği bir ön çalışmada 12 hastanın yakınları arasında %67 oranında dissosiyatif bozukluk bulmuştur (132). Kluft, kendi tedavi ettiği bir grup çocukluk çağı dissosiyatif kimlik bozukluğu hastalarının ana ya da babalarında dissosiyatif bozukluk sıklığını %40 olarak bulduğunu bildirmektedir (133).

Dissosiyasyon ve Sosyal Rol

Spanos ve arkadaşları, dissosiyatif bozuklukların etiyolojisinin açıklanmasında travma kavramı yanı sıra sosyal rol teorileri üzerinde de durmuşlardır (134). Travma ile ilişkili dissosiyatif bozuklukların açıklanmasında sosyal rol teorisinin büyük olasılıkla en fazla katkıda bulunacağı alan, istismarcı ailelerde çocukta dissosiyatif bozukluğun oluşma dönemindeki enteraksiyonların anlaşılması konusundadır (28). Örneğin cinsel istismara başvuran bir babadan kaynaklanan sosyal işaretler, pekiştirmeler, ve rol talepleri ile hiçbir şey yapmayan annenin tutumu önemli etiyolojik faktörlerdir. Spiegel, dissosiyatif bozukluğun oluşumunda çift mesaj (double bind) ın rolü üzerinde

durmuştur (135). Bu kavramla anlatılan, çocuğun ana-babadan birbirine zıt mesajlar alması durumudur. Sosyal psikolojinin dissosiyatif çocukların ailelerindeki enteraksiyonları incelemesi gerekmektedir.

Bulgularımız Işığında Dissosiyatif Hasta Ailesinin Özellikleri

Bu çalışmada, beklentilerin aksine, dissosiyatif bozukluğu olan kişilerin birinci derece yakınlarında dissosiyatif bozukluk ve sınırda kişilik bozukluğu tanısına rastlanmamıştır (Bkz. Tablo:25). Bu son derecede şaşırtıcı bulgu, açıklanmaya gereksinim duymaktadır. İki olasılık bulunmaktadır.

Birinci olasılık, aile bireylerinde bu bozukluğun gerçekten bulunmamasıdır. İkinci olasılık ise bu bozukluğun gerçekte aile bireylerinde bulunduğu halde araştırmada ve klinik ortamda hasta değerlendirilmesi için kullanılan yöntemin, aile bireylerindeki bu patolojiyi saptayamamış olmasıdır. Bunun başlıca nedenleri hastalığı gösteren aile bireylerinin bir kısmının çalışma için gelmemiş olmaları (örnekleme yanlılık), gelenlerin patolojiyi bilinçli olarak saklamış (minimize etmiş) olmaları, ya da patolojinin kendi niteliği gereği araştırma sırasında latent (gizli) duruma geçmesidir. Fakat kesitsel olarak tespit edilemeyen, latent durumdaki patoloji, başka bir zaman diliminde ortaya çıkabilir.

Çalışmamızda gerek dissosiyatif bozukluk vakaları, gerekse aile bireyleri ve kontrol grubunun bildirdiği çocukluk çağı travma öyküleri retrospektif ve öznel bildirim niteliğindedir. Bu bildirimleri doğrulayacak bir başka kaynak yoktur. Bu durum çalışmamızın kısıtlı yanlarından birini oluşturmaktadır. Ancak dissosiyatif bozukluk vakalarının travma bildirimlerinin önemli bölümünün üçüncü kişilerce doğrulanabileceğini gösteren çalışmalar vardır. Şar ve arkadaşlarının 28 dissosiyatif bozukluk vakası ile yaptığı çalışmada 12 vakanın (%46.4) yaşamış olduğu tacizlerden en az biri, en az bir kişi tarafından doğrulanmıştır. 10 vaka (%35.7) ise yaşanan tacizin sadece kendisi ve saldırgan tarafından bilindiğini belirtmiştir. 6 vaka (%17.9) yaşadığı cinsel tacize tanıklık eden kimseler olduğunu belirtmekle birlikte bu kişilere erişebilmek mümkün olmamıştır (50).

Dikkat çekici ikinci bulgu ise, eşikaltı dissosiyatif bozukluk ve sınırda kişilik bozukluğu işaretlerinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede fazla olmasıdır (Bkz. Tablo:22, Tablo:25). Çocukluk çağı travmalarına da (cinsel istismar hariç) aile bireylerinde kontrol grubundan daha fazla rastlanmıştır (Bkz. Tablo:11). Bu durumda dissosiyatif bozukluk hastalarının aileleri, kontrol grubundan farklı özellikler göstermektedir.

Bu farklı özellikler, aile bireylerinde tanıya rastlanmaması fakat aynı ögenin eşikaltı belirtilerine rastlanması, hasta olarak tanı alan bireylerle diğer aile bireylerinin benzer özellikleri paylaşmakla birlikte, aile sistemi içerisinde birbirlerinden oldukça farklı bir konuma sahip olduklarıdır. Kısaca aile bireylerinde aynı hastalığa rastlanmasa da sistem olarak da bir bölünme ya da ailesel dissosiyasyondan söz edilebilir. Böyle bir sistemde bir bireyin farklı ve patolojik bir seyir izlemesi, ailede sosyal rol teorisinin önemine dikkat çekmektedir.

Ailede sosyal rol olarak “asimetri”, yani “kutuplaşma” söz konusudur. Aile bireyleriyle hasta arasında bir ilişki bulunmakla beraber aile bireyleriyle (anne, baba ve kardeşler) hasta arasındaki patolojinin ağırlığı aynı değildir. Yani iki kutba çekilmiş aile bireyleri söz konusudur: En ağır patolojiyi gösteren hastalar ve eşikaltı belirtilerle kategorize olan hasta yakınları. Dolayısıyla ailenin bütününde olan bir dissosiyasyondan söz edebiliriz. Bu durumda patolojiyi geçiren ajan, tek tek aile bireyleri değil ailenin bütünü olmaktadır. Tüm bu unsurlar bir arada bulunarak “patojen aile”yi oluşturmaktadır.

Sınırdaki kişilik bozukluğu ölçütleri, eşikaltı bildirimler dikkate alındığında dissosiyatif bozukluk vakalarının aile bireylerini değerlendirmede oldukça anlamlı gözükmektedir. Şöyle ki, sınırda kişilik ölçütleri içerisinde dissosiyatif bir hastanın ailesinde geçerli özellikler olarak sık duygudurum dalgalanmaları, yoğun öfke ya da öfkeyi kontrol edememe, geçici dissosiyatif ya da paranoid belirtiler, ve kimlik konfüzyonu dikkati çekmektedir (Bkz. Tablo:27).

Bazı araştırmacılara göre, çocuklarını istismar eden ebeveyn üzerinde yapılan çalışmalarda bu ebeveynlerin kişilik özellikleri üzerinde durulmuş ve çocuk istismarı ile ilgili olduğu düşünülen bazı kişilik özellikleri belirlenmiştir. Bunlar arasında narsistik eğilimler, impuls (dürtü), kontrol zayıflığı, kompulsivite, aşırı kaygı, depresyon ve empati kuramama gibi nitelikler dikkati çekmiştir (136).

Çalışmamızda dissosiyatif bozukluk vakalarının aile bireylerinin %64'ü, herhangi bir istismar ya da ihmal bildirmişlerdir (Bkz. Tablo:11). Çocuklarını istismar eden ebeveynlerin benzer özellikleri, hemen hemen hepsinin çocukluklarında kendilerinin de istismara uğramış ya da istismara uğrayan bir kardeşe tanık olmuş olmalarıdır. Çocukluklarında kendileri de istismara uğramış ebeveynin çocukluklarına yönelik davranışlarında, kendi ana-babalarındaki davranış modellerini uyguladıkları dikkati çekmektedir (137).

Ebeveynlerin bu travmatik geçmişi, onların çocuklarının aile dışındaki travmalara karşı da kendilerini koruma davranışlarını geliştirebilmelerine engel olmuş olabilir. Yine bu travmatize ebeveyn grubunun maruz kaldığı travmalar, onları travmaya karşı duyarsızlaştırdığından ötürü, çocuklarının yaşantılarındaki olaylara karşı farkındalıklarını azaltmış olabilir. Ayrıca bu durum, ebeveyn grubunun kendi çocuklarına karşı istismarcı bir tutuma yönelmesine sebep teşkil edebilir. Dolayısıyla aile içinde yaşanan çocukluk çağı travmaları, aile dışındaki travmalardan bireyin bütünlüğü ve ruhsal sağlığı üzerinde daha büyük etkiler yaratacağından, aile içinde istismar ve/veya ihmal yaşayan çocuk ya da gençlerin vulnerabl (yaralanabilir, kolay incinebilir, savunmasız ve hücumla açık) olma ihtimali diğer bireylerden daha yüksektir.

Green, aile içindeki istismara ve bir ebeveynin travmanın aleti olup, diğerinin çocuğu bu durumdan koruyamamasına işaret etmiştir (138). Ayrıca çocuğun daha büyük bir çocuk tarafından cinsel istismarı, baba istismarıyla kıyaslandığında baba istismarı sonucu ortaya çıkan psikolojik etkiler çok daha fazla olmaktadır (139).

Cinsel tacizlerin büyük bir çoğunluğu bildirilmeyip gizli kaldığı için genellikle net bir oran belirtmek mümkün olmamaktadır (140).

Bazı araştırmacılara göre fonksiyonunu yerine getiremeyen ailelerde saklanan bir sır vardır ve genel olarak aile patolojisi uzun sürelidir (141, 142).

Pasif katılımcı ebeveynin görüntüdeki sevgi dolu ve şefkatli tutumu, içindeki yoğun şiddetin maskesi olabilmektedir (95).

Bu özellikler aile içersinde ilişki travmaları yaratabilecek ve instabiliteye yol açabilecek niteliktedir. Çocukluk çağında yaşanan travmalar kadar çocuğun ya da gencin içinde bulunduğu ailedeki patolojik ilişkiler de onun psikolojisi üzerinde sarsıcı etkiler bırakabilir. Ailesel kaos, yüksek derecede emosyon ifadeleri ve double bind, birer ilişki travması örnekleri olup; bu süreçler travmatik aile ortamlarında sık olarak yaşanmaktadır. Yani travmatik yaşantılarda olduğunun aksine kişi ya da kişiler değil bu kişilerle kurulan patolojik ilişkiler (bağımlı ilişkiler gibi) de kişinin psikolojisi üzerinde travmatik bir etkene dönüşebilmektedir. (143)

Özetle burada bir ailesel kaos için yeterli zemin tanımlanmaktadır. Ailesel kaosun kendisi de bir çocukluk çağı travması oluşturabilir. Ailede yüksek derecede emosyon ifade edilmesinin (high expressed emotion) şizofreninin seyrini kötü yönde etkilediği yönünde bulgular vardır (26). Dissosiyatif bozukluklar için de aynı olgunun araştırılması anlamlı olacaktır.

Ailede kaos yaratan bu emosyonel özelliklerin bir bölümünün çocukluk çağı travmaları ile ilişkisi olabilir. Nitekim, aile bireylerinde sık duygudurum dalgalanmaları tüm çocukluk çağı travmaları (cinsel istismar hariç) ile ilişkili çıkmış, kimlik konfüzyonu ise çocukluk çağı duygusal istismarı ile ilişkili bulunmuştur (Bkz. Tablo:29). Dolayısıyla duygudurum dalgalanmaları ve kendilik algısı dalgalanmaları (kimlik konfüzyonu) çocukluk çağı travmaları açısından aile bireyleri ve hasta birey arasındaki köprüyü oluşturmaktadır.

Buna karşılık aile bireylerindeki geçici dissosiyatif ya da paranoid belirtiler ve yoğun öfke ile çocukluk çağı travmaları bağlantılı bulunmamıştır. Bunlar, yoğun öfkeye biyolojik eğilimle (karakterolojik eğilim) ilişkili olabilir.

İstismarcıya Bağlanma ve Dissosiyatif Aile

Günümüzün anlayışına göre travmaya bağlı dissosiyatif bozuklukların kökeninde istismarcıya bağlanma ve kontrol odağının yer değiştirmesi önem taşımaktadır (28, 78).

Bağlanma, her canlının yaşamında gelişimi için gerekli olan bir durumdur. Yeni doğan bebek, ana ya da babasına bağlanır ve temel güven duygusunu bu ilişki içerisinde edinir. Özellikle, çocuğun bağlanma zorundallığı olduğu, ona bakmakla yükümlü kişiler istismara başvurdıklarında ve travma ya da ihmale yol açtıklarında, çocuk için buna tahammül etmek dışında bir seçenek yoktur; çünkü bağlanma gereksinimi primerdir ve yaşamsaldır. Bağlanmanın sürdürüldüğü bir durumda istismara katlanmak ise ancak dissosiyasyonla mümkündür. Çocukluk çağında gerekli olan bağlanma, erişkinlikte o derecede gerekli değildir. Ancak dissosiyatif kişilerde bu bağlanmanın (istismarcının bir örneğinin de içte oluşturulması nedeniyle) devam ettiği görülür.

İstismarcı, kişinin içinde yaşamaktadır ve onunla ilişki ruhsal dünyada sürmektedir. Çocuğun istismarcının bir örneğini içinde oluşturmasının nedeni ise çaresizlik içerisinde onu kontrol altında tutabilme gereksiniminden kaynaklanır (90). İçte yaşatılan istismarcıyı çocuğun ruhen kontrol etmesi mümkün gözükür. Oysa bu durum istismar bittikten sonra da devam ettiğinden bu kez kişi kendi kontrolünü kaybeder, içteki istismarcının yönetimine girer (onu yöneten sesler, alter kişiliklerden kaynaklanan düşünce, duygu ve emirler). İçteki bu kişinin kendi üzerindeki yönetim duygusunu bozan bu durum instabil bir ailede kişiyi dış müdahalelere açık ve korunmasız hale getirir.

Bu süreç, çoğu zaman çocuğun aile içinde istismara uğradığı yaşantılarda da söz konusudur ve istismar edilen kişinin patolojisiyle aile ortamındaki patoloji, identik (özdeş) olabilmektedir (54).

Aile İçerisinde Dissosiyatif Kaos

Dissosiyatif mekanizmaların rol oynadığı bir ailede aile bireylerinin değişen zaman dilimleri içerisinde değişen ruh hallerini taşıyabilecekleri beklenir. Bu roller arasında kurban (istismar edilen) ve istismarcı rolleri ana özellik taşır. Kendi geçmişinde bu tür travma yaşantısı olan ana ya da baba, gerek aralarındaki etkileşime bağlı olarak, gerekse çocuklarla etkileşimleri içerisinde zaman zaman güven veren, olumlu (melek, şefkatli, ilgili) bir imaj çizerken, zaman zaman da istismarcı kimliğine (fkeli, saldırgan, dediğini kabul ettirmek isteyen) bürünebilirler.

Özellikle ocuklar, tavırları değişen ve kendi aralarında da geçinemeyen bir ana-baba ile kendilerini zıt duygu halleri içerisinde bulabilir ve dissosiyasyona zorlanırlar. Bu süreçte kimse aileyi terk edemez. Kriz sırasında terk etmek, yeterince güvenli bir durum değildir. Ana ya da baba melek konumuna getiklerindeyse terk etmek için bir neden yoktur ve diğer durum yeniden tekrarlanana dek dissosiyatif bir biçimde unutulur.

Dissosiyatif Kişilik Durumları ve İhmal-Kaos Arasında Gidip Gelme

İhmal ortamı içerisinde, kaos bir ilişki kurma biçimine dönüşür. Bir kısım bireyin sakin, düzenli ama duygudan yana kendini kısıtlamış, duygularını dissosiyeye etmiş bir grmde (görünürde normal kişilik) hali, kaos sırasında duyguları ifade edildiği yeni bir kişilik durumuna dönüşür (emosyonel kişilik) (144). Bu sisteme uyum, aile üyelerinin benzeri davranışlara zaman zaman katılmaları ile mümkündür. Ancak roller, değişen zaman dilimleri arasında yer değiştirebilir. Belirli bir zaman diliminde bakıldığında bazı aile bireyleri emosyonel kontrolszlğe daha yatkın görünürken diğerleri daha kontrollü görünebilir.

Çalışmamızda tamı alacak düzeyde dissosiyatif bozukluğu olan hiçbir aile yakınına rastlanmaması, değişen rol dağılımındaki bu kutupsallığa işaret edebilir.

Dissosiyatif Ailede Kurban Seçimi

Aile bireylerinin görece normal bir görüntü çizmeleri değiş-tokuş edilen roller olasılığına rağmen, ailede travma açısından bir asimetri olduğunu da düşündürmektedir. Bu durumda hasta olan bireyin görece kurban rolüne itildiği ve istismarı yürüten ya da buna ihmal yolu ile gözünü kapayan yakınların kendilerini daha iyi hissettikleri bir durumda oldukları düşünülebilir.

Bu durumlar, viktimolojinin mağdur ve mağdurunun psikolojisi açısından ilgilendiği alanlar içerisindedir. Şöyle ki, travma-istismar ilişkisinde, travmayı yapandan çok maruz kalanın, hastalık geliştirmesini beklemek doğaldır. Olsa olsa kurban bireyin, nasıl olup da bu role seçildiği ya da itildiği tartışılabilir.

İstismarcının daha çok aile bireylerinden çıkması ne anlama gelir? Bu durum, bir psikiyatri kliniğine başvuran kitle ile çalışmaktan kaynaklanıyor olabilir. Ya da aile içinden gelen travmanın dışardan gelene göre daha fazla psikopatolojiye yol açtığı anlamına gelebilir. Çünkü bakmakla yükümlü kişilerin travma yapması kişiyi çift mesaj karşısında bırakır. Eskiden şizofreninin etiyojisinde önemli olduğu düşünülen bu kavram (double bind) aslında günümüzün bilgileriyle düşünüldüğünde dissosiyasyon için biçilmiş kaftan bir kavramdır. Kişiyi asıl dissosiyeye eden, travma kadar, geldiği kaynağın bağlanma açısından yarattığı özel etkidir. Bu en özgül olarak ensest kurbanlarında görülür. Ensestin yol açtığı en önde gelen ruhsal bozukluk türü dissosiyatif bozukluklardır (21,88,89,90).

Çoğu zaman aile içinde istismar edilen (Bkz. Tablo:12, Tablo:13, Tablo:14, Tablo:15, Tablo:16) birey için en önemli ve/veya tek suçlunun bulunması imkansız görülmektedir, yani aile içindeki istismarı yapan ebeveyn karşısında istismara göz yuman (seyirci) ebeveynin, istismara maruz kalan kişinin geliştirdiği patoloji üzerinde ne kadar primer veya sekonder olduğu tartışılabilir.

Gizli Kalmış Suçluluk ve Viktimoloji

Çalışmamızda, dissosiyatif bozukluk vakalarının ve ailelerinin çocukluk çağı travmalarının adli makamlara iletilme oranının %0.0 olması dikkat çekici bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Kriminolojide en yaygın yöntemlerden biri de suçun ölçülmesidir. Suç istatistikleri, toplumdaki suçluluğun boyutları hakkında bilgi verir. Fakat bazı suçlar çeşitli nedenlerle istatistiklere geçmeyebilir. Gizli kalmış ve istatistiklerde görülmeyen bu suçluluğa “siyah sayılar” denmektedir. Dolayısıyla çok sayıda suç işlenmekle beraber bunlardan resmi makamların haberi olmamaktadır.

Mağdur ve suçlu arasında önceden bulunan ilişkiler, mağduru suçu ihbardan alıkoyabilir. Örneğin mağdur; akrabası, dostu veya iş arkadaşı olan suçluyu küçük düşürmek istemeyebilir ya da korkma ve çekinme gibi nedenlerle yaşadığı travmatik durumları adli makamlara iletemeyebilir (145).

Travmanın Kuşaklararası Sürdürülmesi

İstismarcı-kurban ilişkisinde herkes hem kurban hem de mağdur durumunda olabilmektedir. Bu travmanın nasıl olup da kuşaklararası devam eden bir süreç olabileceğini açıklamaktadır. Bu süreci besleyen ve sonsuza dek devamını sağlayan psikolojik ve sosyolojik mekanizmaların profesyonel müdahale ile kırılması (psikoterapi, sosyal çalışma, adli/hukuki müdahale) önem taşımaktadır. Aksi durumda toplumun gizli bir biçimde de olsa yüksek bir bedel ödemesi söz konusudur. Bu alanda gerekli müdahale sistemini oluşturamayan bir toplum; üretkenliğinden, yaratıcılığın, toplumsal düzenden, huzur ve demokrasiden çok şey kaybeder. Bu ise yeni bir geri beslemeyle bireylerin yaşamına olumsuz etki yapar ve travma sürecini hızlandırır.

Adli Tıp Açısından Travma, Dissosiyasyon ve Aile

Aile bireylerine ilişkin bulguların silikliği, dissosiyasyon mekanizması ile yakından ilişkili olan “gizleme eğilimi” nin yaygın olabileceğini akla getirmektedir. Dolayısıyla adli sisteme konu olması

muhtemel aile içi travmaların gözden kaçabileceğini dikkate almak gerekir.

Dissosiyasyon ve travma, bir çok açıdan adli tıbbi ilgilendirmektedir. Cezai ve hukuki ehliyet, çocuk yaşta olan ve devam eden travmaya maruz kalan kurbanın korunmaya alınması, kurbanın istismarcıya yönelik tazminat istemesi, tedavi sürecinde ortaya çıkabilecek aksaklıkların tedavcinin sorumlulukları açısından tazminat istemlerine konu olması (malpractice), bunlar arasındadır.

Ağır dissosiyatif bozukluklar, en azından geçici irade kaybına neden olabilirler ve bu yönleriyle cezai ehliyeti azaltabilirler. Özellikle tedavi süreci sırasında kendi geçmişini daha iyi kavrayan kurbanın kimi zaman bir aile bireyinden tazminat almak üzere adli kurumlara başvurması mümkün olduğu gibi, özellikle ABD’de bu aşama sonrasında mücadelesini tedaviciye yöneltten ve bu gibi iddiaların tedavcinin yol göstermesiyle asılsız olarak ortaya çıktığını savunan ve tedaviciyi malpractice ile suçlayan aile bireylerine rastlanmaktadır. Bu gibi durumlar karmaşık hukuk davalarına konu olmaktadır. ABD’de bazı bilim adamları da şaşırtıcı biçimde bu çevrelere katılmış ve 1990’larda False Memory Foundation adı ile aile bireyleriyle birlikte örgütlenerek dissosiyatif bozukluklarla ilgili araştırma ve tedavi çabaları üzerinde olumsuz baskı yaratmayı başarmışlardır (2).

Dissosiyatif psikopatolojisi olan kurbanın bu gibi bir durumda aile bireylerinden yana geçmesi ve tedaviciyi zor durumda bırakması (dissosiyatif psikopatoloji nedeniyle), nadir bir durum değildir. Tedavicilerin bu gibi aile dinamiklerinden zarar görmemek için nitelikli bir tedavi uygulamaları, hasta ve ailesi ile sınırlarını korumaları ve iyi kayıt tutmaları oldukça önemlidir. Böyle bir aile sistemi ve dinamiği, son aşmada tedaviciyi kurban rolüne sokabilir. Esasen, travma ile uğraşan terapistlerin bu mesleki çalışmalarının etkisi ile sekonder travmatizasyona uğradıkları, bilinen bir gerçektir (146). Özellikle malpractice ile ilgili hukuki süreçlerde bu dinamiklerin ve yanıltıcı unsurların oluşturduğu kaygan zeminin bilinmesi, sağlıklı muhakeme için önemlidir.

VI. ÖNERİLER

Dissosiyatif bozukluk vakalarının ana-babalarının beklenenden fazla ölçüde çocukluk çağı travmaları yaşadıkları anlaşılmaktadır (Bkz. Tablo:11, Tablo:17, Tablo:18, Tablo:19, Tablo:20, Tablo:21). Bu ailelerin birer üyesi olan dissosiyatif bozukluk vakalarının %87'si, çocukluk çağındaki istismar ya da ihmal yaşantılarının en az birinin çekirdek aile içersinden kaynaklandığını bildirmiştir (Bkz. Tablo:12, Tablo:13, Tablo:14, Tablo:15, Tablo:16). Kaynak, aile içersinde olmasa dahi bu ana-babaların hastalanma durumunda kalan çocuğu, bu dış kaynaklı istismara karşı bile koruyamadıkları anlaşılmaktadır. Bu sonuç her birey tanı almasa da söz konusu ailelerin açıkça disfonksiyonel olduklarını ve travma ve dissosiyatif bozukluk için zemin oluşturduklarını göstermektedir. Bu durumda hukuk sisteminin koruma ya da suçluyu cezalandırma açısından önlemleri neler olmalıdır?

Ciddi boyutta istismar ve/veya ihmal edilen çocuğun velayetinin ebeveyninden (anne ve/veya baba) alınması gerekmesine rağmen, vaka grubumuzda böyle bir durumla karşılaşmamıştır. Dolayısıyla istismar ve/veya ihmal eden ebeveyn; bu tutumuna karşın çocuğu üzerinde sahip olduğu haklarını muhafaza edebilmektedir. Bu durum ise çocuğun ruhsal gelişimi üzerinde yetişkinliğine kadar uzanan yıkıcı ve onarılması güç etkiler bırakabilmektedir. Hukuk sistemimizde velayete müdahale niteliği taşıyan ve çeşitli kanunlardan kaynaklanan çok sayıda koruma tedbiri bulunsa da gerekli şikayetlerin adli makamlara iletilmemesi, bu sonucu doğurmaktadır. Oysa hukuk hakimi, çocuğun istismara ve/veya ihmale uğradığını haber alması halinde (örneğin konuyla ilgili bir başvuru ya da ihbar olduğu takdirde) harekete geçerek, durumun gerektirdiği tedbire karar vermek imkanına sahiptir. Bu açıdan bakıldığında travmatize olan çocuğun çoğu durumda (çaresizlik ve korku, yeniden aynı aile içinde yaşama riski, kendine inanılamayacağı endişesi vb.) bu tür şikayetleri bildirmesi mümkün olamayacağından, sosyal çevresindeki ve eğitim aldığı kurumdaki kişiler ya da yardım talep ettiği profesyoneller (psikologlar, psikiyatristler vb.), tedbirli bir biçimde ve yüksek farkındalık düzeyiyle durumu değerlendirmeli; gerektiğinde adli makamlara bildirmelidirler.

Dissosiyatif bozuklukların adli incelemelerinin öteki psikiyatrik hastalıklardan (şizofreni gibi) farklı özellikleri vardır. Bu özelliklerden ilki, daha önce de belirttiğimiz üzere “gizleme eğilimi” nden kaynaklanmaktadır. Bu gizleme eğilimi, dissosiyatif bozukluk vakalarında ve yerine göre suçlu olabilecek ailelerinde de bulunmaktadır. Dolayısıyla ele aldığımız gizleme eğilimi, dissosiyatif bozukluklarda diğer psikiyatrik hastalıklardan daha fazla oranda bulunmaktadır. Nitekim bazı dissosiyatif bozukluk vakalarındaki ağır ve kronik çocukluk çağı travmatik yaşantıları, tedavi sürecinde fark edilmektedir. Çoğu zaman hasta, bu travmatik yaşantılarını dissosiyasyon yaparak (yok farz ederek) kendinden bile gizlemiştir.

Dissosiyatif bozukluk vakalarının adli incelemelerindeki ikinci özellik ise “çelişkili bilgi” dir. Dolayısıyla bu hastalığın hukukçular tarafından da bilinmesinin sonsuz yararı bulunmaktadır. Tedavi sürecinde yaşadığı travmalarla ilgili bilgi veren vakanın, adli makamlar karşısında görüşlerini değiştirebilme ihtimali bulunmaktadır. Bu çelişkinin bilinip sağlıklı ve çözüme yönelik bir sonuca varılması gerekir. Bu durumlar (gizleme eğilimi ve çelişkili bilgi), vakanın kendisiyle değil dissosiyatif patolojisinin doğası ile ilişkilidir.

Başlangıçta gizlenen ve tedavi sırasında ortaya çıkan ya da çelişkili olan bilgiler, yerine göre suçlanan aileler ile bu durumu ortaya çıkaran profesyoneller arasında çatışma konusu olabilmektedir. Bu çatışmalar, özellikle A.B.D.’de bir çok hukuk davasının açılmasına yol açmış ve kimi profesyonellerin haksız biçimde yanlış mesleki uygulama (malpractice) ile suçlanmalarına dek varmıştır. Bu gibi durumlar, bir ülkede ruhsal travma konusundaki çalışmalar ileri bir evreye vardığında ve topluma mal olduğunda ortaya çıkmaktadır. Özellikle A.B.D.’de edinilen deneyimler ışığında, ülkemizde hukuk sisteminin gelecekte bu biçimde kötüye kullanılmasının önüne geçilmelidir.

Aileyi ve kurban durumundaki çocuğu içine alan karmaşık, çelişkili, patolojik, instabil ve kaotik sistemin sağlıklı yönde ele alınması salt hukuk müdahalesi ile gerçekleşemez. Ancak sistemin öncelikle çocuğu aile içersinde korumaya yönelik olması gerekir.

Ana-babanın davranışlarının (istismar ve/veya ihmal) çocuğun velayeti konusunda sorun yarattığı durumlarda olaya ilişkin ciddi psikiyatrik ve psikolojik incelemelerin yapıp ana-babanın gerekli tedavilere katılımı sağlanmalıdır. Bu durumda hukukun uzman bilirkişiden yararlanması ve gereken durumda aile için psikolojik yardımı kolaylaştıran önlemlerin neler olabileceği düşünülmelidir. Gereken durumda, hukuk sisteminin, ruhsal travmanın etkileri, dissosiyatif bozukluklar ve ilgili aile yapılarının ele alınması konusunda uzmanlaşmış ruh sağlığı hizmetinden nasıl yararlanabileceği üzerinde durulmalıdır.

Kişilerarası ilişkilerden kaynaklanan travmanın bireysel ve toplumsal ruh sağlığına olumsuz etkisi yanısıra toplumda üretim düşüşüne ve yaşam kalitesinin azalmasına yol açması kaçınılmazdır. Gelişmesini sürdürmek arzusunda olan her toplum birçok kurumlarının yanı sıra, hukuk sistemi ile de kişilerarası travmayı önlemek için çaba sarfetmek zorundadır. Bu son derece karmaşık alanda uygun planlamalar yapılması, ancak çok sayıda bilimsel ve kuramsal çalışmanın gerçekleştirilmesi ile olanaklıdır. Bu tez, doğası gereği kolayca gözden kaçabilecek bir psikososyal olguya, travma ve dissosiyasyon olgusuna, aile açısından ele alarak ışık tutmaya çalışmıştır. Elde edilen bulgular ışığında gerçekleştirilecek yeni bilimsel çalışmalar, henüz doğmakta olan bu alanda kuşkusuz çarpıcı gelişmelere neden olacaktır ve olmalıdır.

VII. ÖZET

Travma Kökenli Dissosiyatif Bozukluk Vakalarının Ailelerinde Çocukluk Çağı Travmalarının Sıklığı

Bu çalışmanın amacı, dissosiyatif bozukluğu olan kişilerin birinci derece yakınlarında çocukluk çağı travması ve dissosiyatif bozukluk sıklığının araştırılmasıdır. Dissosiyatif bozukluk tanısı konulan 24 vakanın tüm birinci derece yakınları görüşmeye çağrıldı. Davete uyan 50 kişi Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ile ve bu ölçekte yüksek puan alanlar Yapılandırılmış Tanı Koydurucu Dissosiyatif Bozukluklar Çizelgesi ile değerlendirildi. Bu kişilere Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği verildi. Ayrıca Sınırdaki Kişilik Bozukluğu Ölçütleri tarandı. Bulgular aile bireyleri ile yaş, cinsiyet ve eğitim açısından eşleştirilmiş psikiyatri dışı kontrol grubu ile karşılaştırıldı. Hiçbir aile bireyinde dissosiyatif bozukluk ya da sınırdaki kişilik bozukluğu bulunmadı. Aile bireyleri kontrol grubuna oranla daha fazla dissosiyatif belirti ve çocukluk çağı travması tanımladılar. Bulgular aile içersinde dissosiyatif bozukluğu olan bireyin kurban konumunda olduğu, ancak aile bireylerinin psikopatoloji açısından eşikaltı kalan özellikler gösteren dissosiyatif bir aile sisteminin varlığı ile açıklandı. Sık duygudurum dalgalanmaları, yoğun öfke ve öfkeyi kontrol edememe, geçici dissosiyatif ya da paranoid belirtiler, ve kimlik konfüzyonu bu aile bireylerinin başlıca özellikleri arasındadır. Geçici irade bozukluğuna yol açması nedeniyle cezai ve hukuki ehliyet konusunu ilgilendiren dissosiyatif bozukluklar tedavcinin sosyal açıdan kurban ve istismarcı rollerini barındıran kaotik bir aile sistemine müdahale etmek zorunda kaldığı ve tedavi sürecinde istismar olgusunun gündeme gelmesi ile aile içinde ya da tedaviciye yönelik hukuki ve kimi zaman haksız taleplerin doğabileceği psikiyatrik durumlardır.

22. 11. 2013
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI
EĞİTİM TEKNOLOJİLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
EĞİTİM TEKNOLOJİLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
EĞİTİM TEKNOLOJİLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

VI. SUMMARY

The Frequency of Childhood Traumata Among First Degree Relatives of Subjects with Trauma Related Dissociative Disorders

The aim of this study is to determine the frequency of childhood traumata and dissociative disorders among first degree relatives of dissociative patients. All first degree relatives of 24 patients who were diagnosed as having a dissociative disorder were invited for an interview. 50 family members who participated in the study were evaluated using the Dissociative Experiences Scale, the Childhood Trauma Questionnaire, and the Borderline Personality Disorder Section of the SCID-II. Subjects with a high DES score were evaluated with the SCID-D. They were compared with a matched non-clinical control group. None of the family members had any dissociative disorder or borderline personality disorder. However, they reported dissociative experiences and childhood traumata more frequently than control group. The findings suggest that the dissociative subject is in a victim role in a dissociative family system whereas the remaining family members demonstrate subthreshold psychopathological features. These are frequent mood fluctuations, intense anger and inability to control the anger, transient dissociative and paranoid features and identity confusion. Dissociative disorders have important implications for forensic psychiatry as they have negative influence on willpower transiently. On the other hand, the therapists have to intervene to a chaotic family system which contains victim and abuser roles. The emerging conflicts due to the illumination of abusive relationships in the family during the treatment process, legal procedures might emerge which can also cover the therapist who is under the risk of being professionally a victim of a dysfunctional system (e.g. malpractice suits filed by family members of traumatized patients).

VIII. KAYNAKÇA

1. Oral, G.; Adli Psikiyatri, Adli Tıp İçinde, Ed.: Soysal Z. ve Çakalır C.; İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, Rektörlük No: 4165, Fakülte No: 224, 1999; 3:1459 – 1461, İstanbul.

2. Şar, V.; Dissosiyatif Bozukluklar, Kötüye Kullanım ve İhmalle İlişkili Sorunlar, Psikiyatri Temel Kitabı İçinde, Ed.: Güleç, C. ve Köroğlu, E.; 1998; 2: 569-570; 823-834, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

3. Nemiah, J.N.; Dissociative Disorders, The Comprehensive Textbook of Psychiatry, Ed. by Kaplan H.I. and Sadock B.J.; 1995; 1286–1288, 6th Edition, Williams and Wilkins Press, Maryland.

4. Spiegel, D.; Dissociation and Trauma, In American Psychiatric Press Review of Psychiatry Vol. 10, Ed. by Tasman, A. and Goldfinger, S. M.; 1991; 261-275, American Psychiatric Press, Washington D.C..

5. Ross, C.A.; Epidemiology of Multiple Personality Disorder and Dissociation, Psychiatric Clinics of North America, 1991; 14: 503–517.

6. Ludwig, A.M.; Psychobiological Functions of Dissociation, American Journal of Clinical Hypnosis, 1983; 26: 93–99.

7. Ament, A.; Rape and Multiple Personality Disorder, American Journal of Psychiatry, 1987; 144(4), 541.

8. American Psychiatric Association; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV, 4th Edition, Washington D.C., American Psychiatric Association, 1994.

9. Baldwin, L.C.; Child Abuse as an Antecedent of Multiple Personality Disorder, Special Issue: Multiple Personality Disorder, American Journal of Occupational Therapy, 1990; 44(11), 978–983.

10. 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.
11. Putnam, F.W.; Dissociative Disorders in Children: Behavioral Profiles and Problems, Child Abuse and Neglect, 1993; 17(1), 39-45.
12. Mulhern, S.; Satanism, Ritual Abuse and Multiple Personality Disorder: A Sociohistorical Perspective, International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 1994; 42(4), 265-288.
13. Loewenstein, R.J.; Psychogenic Amnesia and Psychogenic Fugue: A Comprehensive Review, In Tasman A., Ed. by Goldfinger S.M.; Annual Review of Psychiatry 10, 1991; 189-222, American Psychiatric Press, Washington.
14. Bernstein, E.M. and Putnam, P.W.; Development, Reliability and Validity of a Dissociation Scale, Journal of Nervous and Mental Disease, 1986; 174: 727- 735.
15. Ross, C.A., Norton., G.R. and Wozney, K.; Multiple Personality Disorder: An Analysis of 236 Cases, Canadian Journal of Psychiatry, 1989; 34: 413- 418.
16. Putnam, F.W., Guroff, J.J. and Silberman, E.K.; The Clinical Phenomenology of Multiple Personality Disorder: Review of 100 Recent Cases, Journal of Clinical Psychiatry, 1986; 47: 285-293.
17. Schultz, R.S., Braun, B.G. and Kluft, R.P.; Multiple Personality Disorder: Phenomenology of Selected Variables in Comparison to Major Depression, Dissociation, 1989; 2: 45 - 51
18. Putnam, F.W.; Dissociative Phenomena, In Tasman A., Ed. by Goldfinger, S.M.; Annual Review of Psychiatry 10, 1991; 145-159, American Psychiatric Press, Washington.

19. Van der Kolk, B.A. and van der Hart, O.; *The Intrusive Past: The Flexibility of Memory and the Engraving of Trauma*, American Imago, 1991; 48: 425-454.

20. Ross, C.A., Heber, S., Anderson, G., Norton, G.R., Anderson, B.A., del Campo, M. and Pillay, N.; *Differentiating Multiple Personality Disorder and Complex Partial Seizures*, General Hospital Psychiatry, 1989; 11: 54-58.

21. Coons, P.M., Bowman, E.S. and Milstein V.; *Multiple Personality Disorder: A Clinical Investigation of 50 Cases*, Journal of Nervous and Mental Disease, 1988; 176: 519-527.

22. Van Der Hart O. and Friedman B.; *A Readers Guide to Pierre Janet on Dissociation: A Neglected Intellectual Heritage*, Dissociation, 1989; 3: 3-16.

23. Coons, P.M.; *The Differential Diagnosis of Multiple Personality Disorder*, Psychiatric Clinics of North America, 1984; 7: 51- 66.

24. North, C.S., Ryall, J., Ricci, D.A. and Wetzel, R.D.; *Multiple Personalities, Multiple Disorders*, 1993, Oxford University Press, New York.

25. Prasat, A.; *Multiple Personality Syndrome*, British Journal of Hospital Medicine, 1985; 34: 301-302.

26. Tutkun, H.; *Genel Psikiyatri Servisinde Dissosiyatif Bozukluklar ve Çocukluk Çağı Tacizleri Sıklığı, Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi*, 1996, İstanbul, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.

27. Van der Kolk, B., Nerson, N. and Hostetler, A.; *The History of Trauma in Psychiatry*, Psychiatric Clinics of North America, 1994; 3(17): 583-600.

28. Ross, C.A.; Dissociative Identity Disorder: Diagnosis Clinical Features and Treatment of Multiple Personality, 1997; 16, 279-289, John Wiley & Sons, New York.

29. Şar, V., Yargıç L.İ. ve Tutkun, H.; Türkiye’de Çoğul Kişilik Bozukluğu Konusunda Deneyim ve Görüşler: Bir Anket ve Düşündürdükleri, Nöropsikiyatri Arşivi, 1995; 32: 76-83.

30. Yargıç, L.İ., Tutkun, H. ve Şar, V.; Bir Çoğul Kişilik Bozukluğu Olgusu, Nöropsikiyatri Arşivi, 1994; 31: 30-34.

31. Tutkun, H., Yargıç, L.İ. ve Şar, V.; Dissociative Identity Disorder: A Clinical Investigation of 20 Cases in Turkey, Dissociation, 1995; 8: 3-9.

32. Yargıç, L.İ. ve Şar, V.; Bir Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu Vakasında Krize Müdahale ve Stabilizasyon Psikoterapisi, Psikiyatri Bülteni, 1996; 4: 26-34.

33. Zoroğlu, S., Yargıç, L.İ., Tutkun, H., Öztürk, M. ve Şar, V.; Dissociative Identity Disorder in Childhood: Five Turkish Cases, Dissociation, 1996; 9: 250-257.

34. Tutkun, H., Yargıç, L.İ. ve Şar, V.; Dissociative Identity Disorder Presenting as Hysterical Psychosis, Dissociation, 1996; 9: 241-249.

35. Bernstein, E.M. and Putnam, F.W.; Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES), Çev.: Şar, V., Yargıç, İ. ve Tutkun, H.; 1993; Teksir, İstanbul.

36. Vanderlinden, J., Van Dyck, R., Vandereycken, W. and Vertommen, H.; Dissosiyasyon Soru Listesi (DIS-Q), Türkçe’ye Uyarlayan: Şar, V.; 1996; Teksir, İstanbul.

37. Ross, C.A. and Heber, S.; Dissosiyatif Bozukluklar İçin Görüşme Çizelgesi (DDIS), Türkçe’ye Uyarlayan: Şar, V., Tutkun, H. ve Yargıç, L.İ.; 1994; Teksir, İstanbul.

38. Steinberg, M.; DSM-IV Dissosiyatif Bozukluklar İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi (SCID-D), Çev.: Şar, V., Tutkun, H., Yargıç, L.İ., Kundakçı, T., ve Kızıltan, E.; 1996; Teksir, İstanbul.

39. Bernstein D.P.; Çocukluk Çağı Travmaları Soru Listesi (CTQ), Türkçe'ye Uyarlayan: Şar, V.; 1996; Teksir, İstanbul.

40. Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., van Dyck, R. and van der Hart, O.; Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ), Türkçe'ye Uyarlayan: Şar, V.; 1996; Teksir, İstanbul.

41. Yargıç, L.İ., Tutkun, H. and Şar, V.; The Reliability and Validity of the Turkish Version of the Dissociative Experiences Scale (DES), *Dissociation*, 1995; 8: 10-12.

42. Şar, V., Kundakçı, T., Kızıltan, E., Bakım, B., Yargıç, L.İ. ve Tutkun, H.; Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeğinin (DES-II) Geçerlik ve Güvenirliliği, 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Bildiri Tam Metin Kitabı, 1997; 55-61, Antalya.

43. Şar, V., Kızıltan, E., Kundakçı, T., Bakım, B. ve Yargıç, L.İ.; Dissosiyasyon Ölçeğinin (DIS-Q) Geçerlik ve Güvenirliliği, 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Bildiri Tam Metin Kitabı, 1997; 43-53, Antalya.

44. Şar, V., Yargıç, L.İ. and Tutkun, H.; Structured Interview Data on 35 Cases of Dissociative Identity Disorder in Turkey, *American Journal of Psychiatry*, 1996; 153: 1329-1333.

45. Şar, V., Akyüz, G., Kundakçı, T., Doğan, O. and Erkek, S.; Frequency of Dissociative Disorders in the General Population: An Epidemiological Study in Turkey, Paper Presented at the 15th Fall Meeting of the International Society for the Study of Dissociation, 1998; Seattle.

46. Şar, V. and Tutkun, H.; The Psychoterapy of Dissociative Identity Disorder in Turkey: A Case Study, *Dissociation*, 1997; 10: 146-152.

47. Yargıç, L.İ., Tutkun, H. ve Şar, V.; Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Erişkinde Dissosiyatif Belirtiler, *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 1994; 2: 338-347.

48. Zoroğlu, S., Tutkun, H., Tüzün, Ü. ve Şar, V.; Çocukluk Çağı Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu ve Psikoterapisi: Bir Vaka Sunumu *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 1996; 3 :98-113.

49. Şar, V. ve Yargıç, L.I.; Ruhsal Travma, Dissosiyasyon ve Çoğul Kişilik, *Hipokrat Dergisi*, 1997; 61: 38-49.

50. Şar, V., Tutkun, H., Yargıç, L.İ. ve Kundakçı, T.; Kronik Karmaşık Dissosiyatif Bozukluklarda Çocukluk Çağı Cinsel Taciz Öyküsünün Doğrulanma Düzeyi, *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 1999; 4(1): 95-108.

51. Zoroğlu, S., Tüzün, Ü., Şar, V., Tutkun, H., Savaş, H.A., Öztürk, M., Alyanak, B. , Eröcal-Kora, M.; Suicide Attempt and Self-Mutilation Among Turkish High-School Students in Relation with Abuse, Neglect and Dissociation, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2003; 57: 119-126.

52. Şar, V., Ünal, S.N., Kızıltan, E., Kundakçı, T. , Öztürk, E.; HMPAO SPECT Study of Cerebral Perfusion in Dissociative Identity Disorder, *Journal of Trauma and Dissociation*, 2001; 2(2): 5-25.

53. Şar, V., Tutkun, H., Alyanak, B., Bakım, B. and Baral, I.; Frequency of Dissociative Disorders Among Psychiatric Outpatients in Turkey *Comprehensive Psychiatry*, 2000; 41: 216-222.

54. Şar, V., Öztürk, E. and Kundakçı, T.; Psychotherapy of an Adolescent with Dissociative Identity Disorder: Change in Rorschach Patterns, *Journal of Trauma and Dissociation*, 2002; 3(2), 81-95.

55. Şar, V., Akyüz, G., Kundakçı, T., Doğan, O. ve Erkek, S.; Dissosiyatif Bozuklukların Genel Toplumdaki Sıklığı, 34. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özet Kitabı, 1998; 216, Çeşme.

56. Şar, V. and Akyüz, G.; Frequency of Childhood Trauma and Dissociative Disorders Among Male Prisoners, Paper presented at the 19th Annual Conference of the International Society for the Study of Dissociation, 2002; Baltimore.

57. Putnam, F.W.; Child Development and Dissociation, Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 1996; 5(2): 284–300.

58. American Psychiatric Association; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R, 3rd Edition-Revised, Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1987.

59. Braun, B.G.; The BASK (Behaviour, Affect, Sensation, Knowledge) Model of Dissociation, Dissociation, 1988, 1: 4–23.

60. Nemiah, J.C.; Dissociation, Conversion and Somatization, In American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Vol 10, Ed. by Tasman A. and Goldfinger, S.; 1991; American Psychiatric Press, Washington D.C..

61. Spiegel, D. and Cardena, E.; Disintegrated Experience of the Dissociative Disorders Revisited, Journal of Abnormal Psychology, 1991; 100: 366–378.

62. Goff, D.C., Brotman, A.W., Kindlon, D., Waites, M. and Amico, E.; The Delusion of Possession in Chronically Psychotic Patients, Journal of Nervous and Mental Disease, 1991; 179: 567-751.

63. Steinberg, M.; The Spectrum of Depersonalization: Assessment and Treatment. In Annual Review of Psychiatry 10, Ed. by Tasman, A. and Goldfinger, S.M; 1991; 223-247; American Psychiatric Press, Washington D.C..

64. Ross, C.A.; Multiple Personality Disorder: Diagnosis, Clinical Features and Treatment, 1989; John Wiley & Sons, New York.

65. Ross, C.A., Heber, S., Norton, R. and Anderson, G.; Differences Between Multiple Personality Disorder and Other Diagnostic Groups on Structured Interview, Journal of Nervous and Mental Disease, 1989; 177: 487-491.

66. Putnam, F.W.; Dissociation as a Response to Extreme Trauma, In Childhood Antecedents of Multiple Personality, Ed. by Kluft, R.P.; 1985; American Psychiatric Press, Washington, D.C..

67. Loewenstein, R.J.; Somatoform Disorders in Victims of Incest and Child Abuse, In Incest Related Disorders of Adult Psychopathology, Ed. by Kluft, R.P.; 1990; 75-111, American Psychiatric Press, Washington, D.C..

68. Kluft, R.P.; An Update on Multiple Personality Disorder, Hospital and Community Psychiatry, 1987; 38: 363-373.

69. Kluft, R.P.; Clinical Presentations of Multiple Personality Disorder, Psychiatric Clinics of North America, 1991; 14: 605-609.

70. Loewenstein, R.J.; Diagnosis, Epidemiology, Clinical Course, Treatment and Cost Effectiveness of Treatment for Dissociative Disorders and M.P.D.: Report Submitted to the Clinton Administration Task Force on the Health Care Financing Reform, Dissociation, 1994; 7(1): 3-11.

71. Williams, L.M.; Recall of Childhood Trauma: A Prospective Study of Women's Memories of Childhood Sexual Abuse, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1994; 62: 1167-1176.

72. Briere, J. and Conte, J.; Self Reported Amnesia for Abuse in Adults Molested as Children, Journal of Traumatic Stress, 1993; 6: 21-31.

73. Putnam, F.W., Helmers, K. and Horowitz L.; Hypnotizability and Dissociation in Sexually Abused Girls, *Child Abuse Neglect*, 1995; 19: 645–655.

74. Nash, M.R., Husley, T.L. and Sexton, M.C.; Long-term Sequelae of Childhood Sexual Abuse: Perceived Family Environment, Psychopathology and Dissociation, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1993; 61: 276–283.

75. Kluft, R.P.; The Natural History of Multiple Personality Disorder. In *Childhood Antecedents of Multiple Personality*, Ed. by Kluft, R.P.; 1985; 197-238, American Psychiatric Press, Washington D.C..

76. Waller, N.; Types of Dissociation and Dissociatives Types, 10th Annual Conference of the International Society for Traumatic Stress Studies, 1994; Chicago.

77. Alexander, P.C. and Schaeffer, C.M.; A Typology of Incestuous Families Based on Cluster Analysis, *Journal of Family Psychology*, 1994; 8: 158–170.

78. Barach, P.M.; Multiple Personality Disorder as an Attachment Disorder, *Dissociation*, 1991; 4: 117–122.

79. Bliss, E.L.; *Multiple Personalities Allied Disorder and Hypnosis*, 1986; Oxford University Press, New York.

80. Kızıltan, E.; Çoğul Kişilik Bozukluğunun Yarı Yapılandırılmış Görüşme Çizelgeleri (SCID-I, SCID-II, SCID-D) Üzerindeki Görünümü. Yayımlanmamış Doktora Tezi, 1998, İstanbul, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.

81. Horstein, N. and Putnam, F.W.; Clinical Phenomenology of Childhood and Adolescent Dissociative Disorders, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1992; 31: 1077–1085.

82. Lynn, S.J., Rhue, J.W. and Green, J.P.; Multiple Personality an Fantasy Proneness: Is There an Association or the Dissociation? British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis, 1988; 5: 138-142.

83. Öztürk, E.; Gecekondu Bölgelerindeki Ailelerde Yaşanan Şiddet, 33. Ulusal Psikiyatri Kongresinde Sunulmuş Bildiri, 1997; Antalya.

84. Herman, J.; Trauma and Recovery, Basic Books, 1992; 214-217, New York.

85. Van der Kolk, B.A. and van der Hart, O.; Pierre Janet and the Breakdown of Adaptation: A Neglected Intellectual Heritage, Dissociation, 1989; 2: 3-16.

86. Van der Kolk, B.A., Weisaeth, L., Van der Hart, O.; History of Trauma In Psychiatry, In Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society, Ed. by Van der Kolk, B.A., Farlene, A.C. and Weisaeth, L.; 1996; Guilford Press, New York.

87. Burgess, A.W. and Holstrom, L.; Rape Trauma Sendrom, American Journal of Psychiatry, 1974; 131: 981-986.

88. Kluft, R.P.; The Treatment of Multiple Personality Disorder: A Study of 33 Cases, Psychiatric Clinics of North America, 1984; 7: 9-29.

89. Şar, V.; Çoğul Kişilik Bozukluğunun Psikoterapisi, Psikiyatri Psikoloji Psikofarmokoloji Dergisi, 1998; 6(1): 44-56.

90. Gelinas, D.J.; The Persistent Negative Effects of Insect, Psychiatry, 1983; 46: 312-313; 332.

91. Armstrong, J.G. and Loewenstein, R.J.; Characteristics of Patients with Multiple Personality and Dissociative Disorders on Psychological Testing, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1990; 178: 448-454.

92. Brett, E.A.; Classifications of Posttraumatic Stress Disorder in DSM-IV: Anxiety Disorder, Dissociative Disorder or Stress Disorder? In *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond*, Ed. by Davidson, J.R.T. and Foa, E.B.; 1993; 191-205, American Psychiatric Press, Washington.

93. Van der Kolk, B., van der Hart, O. and Marmar, C.R.; Dissociation and Information Processing in PTBS, In *Traumatic Stress, The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*, Ed. by van der Kolk, B., McFarlane, A.C. and Weisaeth, L.; 1996; 303-31, The Guilford Press, New York.

94. Zeytinoğlu, S.; Sağlık, Sosyal, Hizmet, Hukuk ve Eğitim Alanlarında Çalışanların Türkiye’de Çocuk İstismarı ve İhmali Sorunu ile İlgili Görüşleri, *Çocuk İstismarı ve İhmali İçinde*, Der.: Konanç, E., Gürkaynak, İ. ve Egemen, A.; 1991; 148-150, Ankara.

95. Ziyalar, N.; Çocukta Fiziksel İstismar ve Bunun Adli Tıp Açısından İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, 1993, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı.

96. Harcourt, B. and Hopkins, O.; Manifestations of the Battered Baby Syndrome, *British Medical Journal*, 1971; (3): 398.

97. Garbarino, J. and Gillam, G.; Understanding Abusive Families, 1980; 79-82, Lexington M.A., Lexington Book.

98. Finkelhor, D. and Korbin, J.; Child Abuse as an International Issue, *Child Abuse and Neglect*, 1988; 12: 3-23.

99. Polat, O., İnanıcı, M.A. ve Aksoy, M.E.; Adli Tıp Ders Kitabı, 1997; 291-292; 314, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.

100. Lynch ,M.; Çocukların Kötü Muameleden Korunması, Çocuk İstismarı ve İhmali İçinde, Çev.: Erkman, F.; Der.: Konanç, E., Gürkaynak, İ. ve Egemen, A.; 1991; 37-38, Ankara.

101. Ogata, S., Goodrich, C. and Westen, H.; Childhood Sexually and Physically Abuse in Adult Patients with Borderline Personality Disorder, American Journal of Psychiatry, 1990;(147):8-9.

102. Walker, C.E., Bonner, B.L. and Kaufmann, K.L.; The Physically and Sexually Abused Child: Evaluation and Treatment, 1988; 142-155, Pergamon Press, New York.

103. Brown, G.R. and Anderson, B.; Psychiatric Morbidity in Adult Inpatients with Childhood Histories of Sexual and Physical Abuse, American Journal of Psychiatry, 1991; 148: 55-61.

104. Fraser, B.G.; Sexual Child Abuse, The Legislation and the Law in U.S., 1981; 4-9, Pergamon Press, New York.

105. Baker, A.W. and Duncan, S.P.; Child Sexual Abuse, A Study in Prevalance in G.B., Child Abuse and Neglect, 1985; 4(9): 457-465.

106. Doek, J.E.; Sexual Abuse of Children: An Examination of European Criminal Law, in: Sexually Abused Children and Their Families, Ed. by Mrazek, P.B. and Kempe, C.H.; 1981; 74-83, Pergamon Press, New York.

107. Günçe, G.; Çocuğun Cinsel İstismarı, Çocuk İstismarı ve İhmali İçinde, Der.: Konanç, E., Gürkaynak, İ. ve Egemen, A.; 1991; 125, Ankara.

108. Kempe, C.H.; Recent Developments in the Field of Child Abuse, Child Abuse and Neglect, 1978; 261-267.

109. Ziyalar, N.; Çocuk İstismarı ve İhmali, 1997, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Yayınlanmamış Seminer Notları.

110. Şar, V.; Dissosiyasyon Konusuna Genel Bir Bakış, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 1998; 3(4): 544.

111. Herman, J.L., Perry, C.J. and van der Kolk, B.; Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder, American Journal of Psychiatry, 1989; 146: 490-495.

112. Rose, D.A.; "Worse Than Death" Psychodynamics of Rapevictims and the Need for Psychotherapy, American Journal of Psychiatry, 1986; 143: 817 – 824.

113. Spiegel, D, Hunt, T and Dondershine, H.E.; Dissociation and Hypnotizability in Posttraumatic Stress Disorder, American Journal of Psychiatry, 1988; 145: 301-305.

114. Russel, D.; The Secret Trauma: Incest in the Lifes of Girls and Woman, 1986; Basic Books, New York.

115. Gök, Ş., Akyol, S. ve Kolusayın, Ö.; Kişilere Karşı Müessir Fiiller, Adli Tıp Kurumu Kanunu ve Uygulama Yönetmeliği İçinde, 1984; 107, Temel Matbaacılık, İstanbul.

116. Önder, A.; Ceza Hukuku Özel Hükümler, 2. Baskı, 1987; 383, 410, 437, 483, Beta Yayınevi, İstanbul.

117. Dönmezer, S.; Genel Adap ve Aile Düzenine Karşı Cürümler, 4. Baskı, 1975; 34, 46, 56, Sulhi Garan Matbaası, İstanbul.

118. Başkan, T.M.; Adli Tıbbi ve Hukuki Açidan Çocuk İstismarı ve İhmali Olgularında Velayet Hakkında Müdahale, 1994, Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.

119. İçel, K. ve Yenisey, F.; Karşılaştırmalı ve Uygulamalı Ceza Kanunları, 4. Baskı, 1994; 34, 353-358, 714-725, 777-778, 811, Beta Yayınevi, İstanbul.

120. Pınar, İ. (Yayın Danışmanı); Türk Medeni Kanunu 1. Baskı, 2002; 103-121, Seçkin Yayıncılık, Ankara.

121. Karasar, N.; Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar, İlkeler, Teknikler, 6. Basım, 1994; 81-86, 3A Araştırma Eğitim Danışmanlık, Ankara.

122. Bailey, K.D.; Methods of Social Research, 1982; 99-100, The Free Press, New York.

123. Carlson, E.B., Putnam, F.W., Ross, C.A., Torem, M., Coons, P., Dill, D.L. and Loewenstein, R.J.; Validity of the Dissociative Experiences Scale in Screening for Multiple Personality Disorder: A Multicenter Study, American Journal of Psychiatry, 1993; 150: 1030-1035.

124. Akyüz, G.; Sivas İl Merkezinde Dissosiyatif Bozuklukların Epidemiyolojisi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, 1996, Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı.

125. Kundakçı, T.; DSM-IV Dissosiyatif Bozukluklar İçin Yapılandırılmış Görüşme Çizelgesinin (SCID-D) Geçerlik ve Güvenirliği, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, 1998, İstanbul, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı.

126. Bernstein, D.P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E. and Ruggiero, J.: Initial Reliability and Validity of a New Retrospective Measure of Child Abuse and Neglect, American Journal of Psychiatry, 1994; 151; 1132-1136.

127. Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. and Gibbon, M.: Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders, 1987; New York, New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.

128. Coşkunol, H., Bağdiken, İ., Sorias, S. ve Saygılı, R.; SCID-II (Türkçe Versiyonu) Görüşmesinin Kişilik Bozukluklarındaki Güvenirliği, Türk Psikoloji Dergisi, 1994; 9(32):26-29.

129. Ross, C.A., Miller, S.C., Reagor, P., Bjornson, L., Fraser, G.A. and Anderson, G.: Structured Interview Data on 102 Cases of Multiple Personality Disorder from Four Centers, *American Journal of Psychiatry*, 1990; 147: 596-601.

130. Yargıç, L.İ., Tutkun, H. and Şar, V.; Childhood Traumatic Experiences and Dissociative Experiences in Adulthood, *International Society for the Study of Dissociation*, 5th Spring Conference, 1995; Amsterdam.

131. Zoroğlu, S., Öztürk, M., Eröcal-Kora, M., Tüzün, Ü. ve Şar, V.; Adölesan Yaş Grubunda (Lise Öğrencilerinde) Çocukluk Çağı Tacizleri ve Dissosiyatif Belirtiler, 6. Çocuk ve Adölesan Psikiyatrisi Kongresi Program Kitapçığı, 1996; Pamukkale.

132. Braun, B.G.; The Transgenerational Incidence of Dissociation and Multiple Personality Disorder: A Preliminary Report. In the *Childhood Antecedents of Multiple Personality*, Ed. by Kluft, R.P.; 1985; 127-150, American Psychiatric Press, Washington D.C..

133. Kluft, R.P.; Multiple Personality Disorder in Childhood, *Psychiatric Clinics of North America*, 1984; 7: 121-134.

134. Spanos, N.P., Weekes, J.R. and Bertrand, L.D.: Multiple Personality: A Social Psychological Perspective, *Journal of Abnormal Psychology*, 1985; 94, 362-376.

135. Spiegel, D.; Dissociation, Double Binds and Posttraumatic Stress in Multiple Personality Disorder; In *Treatment of Multiple Personality Disorder*, Ed. by B.G. Braun; 1986; 61-77, American Psychiatric Press, Washington D.C..

136. Cüceloğlu, D.; İnsan ve Davranışı, 1991; 120-132, Remzi Kitabevi, İstanbul.

137. Oates, K., Forrest, D. and Peacock, A., Mothers of Abused Children, *Clinical Pediatrics*, 1985; 24(1): 9-12.

138. Green, A.H.; *Childhood Sexual and Physical Abuse International Handbook of Traumatic Stress Syndroms*, 1993; Plenum Press, New York.

139. McLeer, S.V., Deblinger, E., Atkins, M.S., Ralphe, D.L. and Foa, E.; *Posttraumatic Stress Disorder in Sexually Abused Children*, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1998; 31; 875-877.

140. Finkelhor, D.; *Early and Long-term Effects of Child Sexual Abuse: An Update*, *Professional Psychology*, 1990; 21: 325-339.

141. Elliott, D.M. and Briere, J.; *Forensic Sexual Abuse Evolutions of Older Children: Disclosures and Symptomatology*, *Behavioral Sciences and the Law*, 1994; 12: 261-277.

142. Harter, S., Alexander, P.C. and Neimeyer, R.A.; *Long-term Effects of Incestuous Child Abuse in College Women: Social Adjustment, Social Cognition and Family Characteristics*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988; 56: 5-7.

143. Şar, V.; *Çoğul Kişilik Bozukluğunda Tedavi*, 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde Konferans, 1997, Antalya.

144. Steele, K., Van der Hart, O. and Nijenhuis, E.R.; *Dependency in the Treatment of Complex Posttraumatic Stress Disorder and Dissociative Disorders*, *Journal of Trauma and Dissociation*, 2001; 2(4):79-116.

145. Sokullu-Akıncı, F.; *Viktimoloji*, 1. Baskı, 1999; 86-90, Beta Yayınevi, İstanbul.

146. Pearlman, L.A. and Saakwitne, K.W.; *Trauma and the Therapist*, 1995, Norton Publisher, New York.

EKLER

EK 1: DEMOGRAFİK SORU FORMU (DSF)

T.C.
İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı
Klinik Psikoterapi Birimi ve Dissosiyatif Bozukluklar Programı

Sayın Katılımcı,

Birimimiz tarafından yürütülen bu araştırmada, “Çocukluk Çağı Travmaları”nı irdelemeye yönelik bir takım soru formları uygulanmaktadır. Sonuçları tedavi süreçleriyle bağlantılanacak ve arzu ettiğiniz takdirde sonraki evrelerde genel bulguları yönünden bilgilendirilebileceğiniz bu çalışmada, bize yardımcı olmanızı önemle rica ederiz.

Çalışmamız kapsamında, elinizdeki kitapçıkta yer alan anket formları, sizinle ilgili bir takım soruları içermektedir. Araştırmada, yalnızca sizin görüşlerinizi içeren cevaplarınız kullanılacak olup, bunlar tamamıyla gizli kalacaktır. Bu nedenle, uygulanacak olan formların hiçbirine adınızı yazmayınız.

Kitapçığın içerdiği formlardaki soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Cevaplarınızı verirken araştırmanın sağlığı ve cevapların birbirini etkilememesi için yalnızca kendi görüşlerinizi gözönünde bulundurunuz. Lütfen, hiç bir soruyu atlamayınız ve soruları üzerinde uzun uzun düşünmeden cevaplandırınız.

Tüm yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

DEMOGRAFİK SORU FORMU (Danışanlar İçin)

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

İmza.....

1. Doğum Tarihiniz (gün/ay/yıl).....

Cinsiyetiniz: Kadın ☐ Erkek ☐

2. Medeni Haliniz:.....

İşiniz:.....

3. En Son Mezun Olduğunuz Eğitim Kurumu:
.....

4. Kaç Kardeşsiniz ?..... En büyükten en küçüğe doğru
sıralandığında kaçınıcı çocuksunuz ?

5. Gelir Düzeyiniz: 1.Çok Muhtaç ☐ 2.Ancak Geçinir ☐ 3.Orta ☐

4.Oldukça İyi ☐ 5.Varlıklı ☐

DEMOGRAFİK SORU FORMU
(Deney ve Kontrol Grupları İçin)

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

İmza.....

1. Formun Uygulandığı Kişi: 1. Anne ☐ 2. Baba ☐ 3. Kardeş ☐

4. Kontrol Grubu ☐

2. Doğum Tarihiniz (gün/ay/yıl):.....

3. Medeni Haliniz:.....

İşiniz:.....

4. En Son Mezun Olduğunuz Eğitim

Kurumu:.....

5. Gelir Düzeyiniz: 1. Çok Muhtaç ☐ 2. Ancak Geçinir ☐ 3. Orta ☐

4. Oldukça İyi ☐ 5. Varlıklı ☐

EK 2: DISSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (DES)

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

Ölçeği Türkçeye Çevirenler ve Uyarlayanlar:

Vedat Şar, M.D.; L. İlhan Yargıç, M.D. ve Hamdi Tutkun, M.D.
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı,
Klinik Psikoterapi Birimi ve Dissosiyatif Bozukluklar Programı

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Bazı insanlar, zaman zaman, kendilerinin yanı başında duruyor ya da kendilerini bir şey 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 fark ederler. Yaşamınızdaki bazı önemli olayları hiç hatırlamama durumunun sizde ne oranda olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

16. Bazı insanlar zaman zaman, bildikleri bir yerde oldukları halde orayı yabancı bulur ve tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta

olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

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

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

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

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

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

19. Bazı insanlar, ağrı hissini duymamayı zaman zaman başarabildiklerini fark ederler. 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 fark ederler. 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 fark ederler. 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 (örn., spor türleri, iş, sosyal ortamlar v.b.) belirli durumlarda son derece kolay ve akıcı biçimde yapabildiklerini fark ederler. 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 (örn., 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



EK 3:ÇOCUKLUK ÇAĞI KÖTÜYE KULLANIMI SORU LİSTESİ (ÇÇKKSL)

**T.C.
İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı
Klinik Psikoterapi Birimi ve Dissosiyatif Bozukluklar Programı**

ÇOCUKLUK ÇAĞI KÖTÜYE KULLANIMI SORU LİSTESİ (Versiyen: Haziran 1998)

Copyright: Bu soru listesi, Prof. Dr.Vedat Şar, Uzm. Dr. İlhan Yargıç ve Uzm. Dr. Hamdi Tutkun (1993) tarafından geliştirilmiştir. Her hakkı mahfuzdur. Basılamaz, satılamaz. kaynak gösterilerek bilimsel araştırmalarda kullanılabilir.

SORU 1: Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde (18 yaşından önce) herhangi bir kişi tarafından aşırı olduğunu düşündüğünüz bir şekilde dövüldünüz mü?

CEVAP: (1) Evet (2) Hayır

Cevabınız evet ise:

Kim tarafından ? Cevap:.....

Kaç yaşındaydınız ? Cevap:.....

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

Kaç kez oldu ?

- (1) Bir kez
- (2) Bir kaç defa
- (3) Sık olarak
- (4) Çok sık, devamlı

AÇIKLAMA:

SORU 2: Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde (18 yaşından önce) sizi sürekli olarak aşağılayan, tehdit edici sözler söyleyen ya da küçük düşürücü yorumlar yapan her hangi bir kişi var mıydı?

CEVAP: (1) Evet (2) Hayır

Cevabınız evet ise:

Bu kişi kimdi ? Cevap:.....

Kaç yaşındaydınız ? Cevap:.....

AÇIKLAMA:

SORU 3: Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde (18 yaşından önce) fiziksel olarak ihmal edildiğinizi düşünüyor musunuz? Örneğin beslenme, güvenlik, eğitim ya da tıbbi bakımınızın sağlanmaması ya da evden kovulma, eve kabul edilmeme gibi.

CEVAP: (1) Evet (2) Hayır

AÇIKLAMA:

SORU 4: Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde (18 yaşından önce) duygusal olarak ihmal edildiğinizi düşünüyor musunuz? Örneğin; sevgi,destek, ilgi görememe gibi.

CEVAP: (1) Evet (2) Hayır

AÇIKLAMA:

SORU 5: Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde size, izniniz olmadan cinsel olarak yaklaşan ya da dokunan bir yabancı oldu mu?

CEVAP: (1) Evet (2) Hayır

Cevabınız evet ise:

Kim yaptı ? Cevap:.....

Kaç yaşındaydınız ? Cevap:.....

Karşınızdaki kaç yaşındaydı ? Cevap:.....

Kaç kez oldu ?

- (1) Bir kez
- (2) Bir kaç kez
- (3) Bir çok kez
- (4) Çok sık

AÇIKLAMA:

SORU 6: Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde (18 yaşından önce) aile bireylerinizden ya da diğer akrabalarınızdan size cinsel bir yaklaşımda bulunan oldu mu? Örneğin; okşama, cinsel organlarını gösterme, sizin cinsel organlarınızı görmeye çalışma, cinsel organlarınızı uyarma, cinsel ilişki gibi.

CEVAP: (1) Evet (2) Hayır

Cevabınız evet ise:

Kim yaptı ? Cevap:.....

Kaç yaşındaydınız ? Cevap:.....

Karşınızdaki kaç yaşındaydı ? Cevap:.....

Kaç kez oldu?

- (1) Bir kez
- (2) Bir kaç kez
- (3) Bir çok kez
- (4) Çok sık

AÇIKLAMA:

SORU 7: İntihar girişiminde bulundunuz mu ? (Evet ise işaret koyunuz) []

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

1. ilaç alarak
2. kesici bir aletle
3. yüksekten atlama
4. kendini asmaya çalışma
5. diğer (belirtiniz)

SORU 8: Vücudunuza isteyerek zarar verdiğiniz olur mu ?

(Evet ise işaret koyunuz) []

Cevabınız evet ise hangi yollarla olduğunu daire içine alarak belirtiniz.

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

EK 4:ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ (CTQ-53)

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ (CTQ-53) (Bernstein, 1995)

Ölçeği Türkçeye Çeviren ve Uyarlayan:

Prof. Dr. Vedat Şar

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı,
Klinik Psikoterapi Birimi ve Dissosiyatif Bozukluklar Programı

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

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
1. Ailemde sorunlarımı konuşabildiğim birisi vardı.	1	2	3	4	5
2. Ailemdedekiler bana kırıcı eleştirilerde bulunurlardı.	1	2	3	4	5
3. Yeterli yemek bulamazdım.	1	2	3	4	5
4. Ailemdedekiler bana güven duyar ve başarılı olmam için destek verirlerdi.	1	2	3	4	5
5. Ailemde bana vuran ya da beni döven birisi vardı.	1	2	3	4	5

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

6. Yetiştirme yurdunda kaldığım dönemler oldu.	1	2	3	4	5
7. Bana bakan ve beni koruyan birinin olduğunu biliyordum.	1	2	3	4	5
8. Ailemde birisi bana şiddetle bağırır ya da beni azarlardı.	1	2	3	4	5
9. Anneme ya da kardeşlerimden birine vurulduğuna ya da onlardan birinin dövüldüğüne şahit oldum.	1	2	3	4	5
10. Ailemdedekiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
11. Sokaklarda barındığım oldu.	1	2	3	4	5
12. Ailemde değer verdiğim ve onun gibi olmak istediğim biri vardı.	1	2	3	4	5
13. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
14. Ailemdekilerin polisle başları derde girerdi.	1	2	3	4	5
15. Ailemde özel ve önemli biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

16. Ailemden birisine karşı kendimi dövüşerek, saklanarak ya da kaçarak korumam gerekiyordu.	1	2	3	4	5
17. Ailemde başarılı olmamı isteyen birisi vardı.	1	2	3	4	5
18. Kirli giysiler içinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
19. Dönem dönem değişik kişilerin yanında kaldım (akrabalar ya da başka bir aile)	1	2	3	4	5
20. Kardeşlerimden birinin cinsel tacize uğramış olabileceğine inanıyorum.	1	2	3	4	5

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

21. Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
22. Anababam çocukları olarak hepimize eşit davranıyorlardı.	1	2	3	4	5
23. Anababamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
24. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
25. Ailemde beni daima kargaşadan uzak tutacağına inandığım birisi vardı.	1	2	3	4	5

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

26. Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
27. Benden yaşça çok büyük birisi benimle cinsel temasta bulunuyordu (benden en az beş yaş büyük birisi).	1	2	3	4	5
28. Bana iyi örnek olan yaşça büyük birisi (bir öğretmen ya da anababa) vardı.	1	2	3	4	5
29. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
30. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
31. Ailedekiler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.	1	2	3	4	5
32. Ailedekiler bana kırıncı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
33. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
34. Ailedekiler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.	1	2	3	4	5
35. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farketdiği oluyordu.	1	2	3	4	5

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

36. Ailedekiler kontrolsüzce davranışlarda bulunuyorlardı.	1	2	3	4	5
37. Ailedekiler okula gitmeni ve eğitim görmemi destekliyorlardı.	1	2	3	4	5
38. Evden çıkıp başka yerlere giderdim, nerede olduğumu kimse bilmezdi.	1	2	3	4	5
39. Bana verilen cezalar eziyet derecesinde idi.	1	2	3	4	5
40. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

41. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
42. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
43. Ailedekiler beni dışladılar ya da ittiler.	1	2	3	4	5
44. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
45. Çocukluğum mükenmildi.	1	2	3	4	5

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

46. Ailemde birisinin beni vücutça yaralamasından korkuyordum.	1	2	3	4	5
47. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
48. Ailemde bana inanan en az bir kişi vardı.	1	2	3	4	5
49. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
50. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

51. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
52. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
53. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5

EK 5: DSM-III-R YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME ÇİZELGESİ SCID-II KİŞİLİK BOZUKLUKLARI FORMU BORDERLINE KİŞİLİK ALT ÖLÇEĞİ

BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU

BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU KRİTERLERİ:

Erken erişkinlikte başlayan ve çok çeşitli durumlarda görülen, mizaç, insan ilişkileri ve benlik imajında yaygın bir kararsızlık ve değişkenlik halidir. Aşağıdakilerden en az 5'i gerekir.

91. İnsanlara karşı olan duygularınızda sık değişimler olur mu? Önceleri çok sevdiğiniz bir kişiden Daha sonra nefret ettiğiniz oldu mu? (Örnek verebilir misiniz?) (Bütün önemli ilişkilerinizde böyle olur mu?)

1. Değişken, kararsız ve yoğun kişiler arası ilişkiler. Bu davranış, karışındakini yüceltme ve aşağılama arasında gidip gelmelerle karakterizedir. ? 1 2 3

Başınızı derde sokabilecek işler Yaptığınız oldu mu? Örneğin ...

2. Kendisine zarar verebilecek eylemlerin en az ikisinde impulsif davranış. Örneğin; müsriflik, seks, kumar, uyuşturucu kullanma, mağaza hırsızlığı, aşırı yemek yeme, tehlikeli biçimde araba kullanma (5.kriterde puanlanan intihar ya da kendini yaralama davranışını saymayım). ? 1 2 3

92. Aklınıza estiği gibi para harcadığınız oldu mu? (Taksitleri ödeyemediğiniz?)

93. Yeni tanıdığınız birisiyle yatağa girdiğiniz oldu mu?

94. Fazlaca içki içtiğiniz ya da uyuşturucu kullandığınız?

95. Tehlikeli araba kullandığınız?

96. Aşırı yemek yediğiniz oldu mu?

97. Marketlerden ufak tefek bir şeyler aşırıdığınız oldu mu?

Bu işleri biraz anlatır mısınız? (Kaç kere?) (Bunlar gerçekten sizin için sorun oldu mu?)

?=Bilgi yetersiz

1=Yok ya da yanlış

2=Eşik altı

3=Eşik ya da doğru

98. Moraliniz sık bozulur mu? Sık sık üzüntülü, sıkıntılı ya da sinirli dönemleriniz olur mu? (Anlatır mısınız?) (Böyle bir durum ne kadar sürer?).

99. Kendinizi kaybedecek kadar öfkelendiğiniz oldu mu? Açıklar mısınız? (Bu sık sık olur mu?).

100. Karşınızdakini dövecek ya da kavga edecek kadar kızır mısınız? (Nasıl?) (Bu sık olur mu?).

101. Hiç kendinizi öldürmeye ya da yaralamaya çalıştınız mı? Açıklar mısınız? (Bunu başkalarına belli ettiniz mi?).

Hiç kendinize jilet attınız mı? Ya da buna benzer şeyler yaptınız mı?

102. Bilerek bir kazaya sebep oldunuz mu? (Yaralandınız mı?).

103. Değişik yerlerde ya da değişik kişilerle beraberken kendinizi farklı biri gibi hissettiğiniz, bu nedenle zaman zaman kim olduğunuzu bilemediğiniz oldu mu? Bu durumlara örnek verebilir misiniz? (Çoğu zaman böyle mi hissedersiniz?).

104. Geleceğiniz ya da iş planlarınız konusunda karar veremediğiniz ya da ne istediğinizi bilemediğiniz oldu mu? (Açıklar mısınız?).

105. Ne gibi insanlarla arkadaşlık etmek (ya da çıkmak) istediğinizi bilemediğiniz oldu mu? (Kimlerle dostluk etmek istediğinize karar veremediğiniz?) (Eşcinsel olup olmadığınızı düşündüğünüz oldu mu?).

3. Affektif İnstabilite: Genellikle bir kaç saat, nadiren birkaç günden fazla süren, normal mizaçtan depresyon, iritabilite ya da anksiyeteye sapmalar.

4. Yersiz ve yoğun öfke ya da öfkenin denetlenememesi. Örneğin, sürekli öfke hali, tekrarlayan fizik kavgalar ya da tekrarlayıcı öfke nöbetleri.

5. Yineleyici suisid tehditleri ya da girişimleri ya da kendini yaralama.

6. Aşağıdakilerden en az ikisinde karasızlıkla kendini gösteren, belirsiz ve kalıcı bir kimlik bnozukluğu;
-benlik imajı,
-cinsel kimlik,
-uzun vadeli amaçlar ve meslek seçimi,
-arkadaş seçimi,
-değer yargıları.

106. Değer yargılarınız ya da inançlarınız konusunda kuşkuya düştüğünüz oldu mu? Biraz açıklar mısınız?

107. Sık sık boşluk hissi ya da can sıkıntısı duyar mısınız? Açıklar mısınız?

108. Önem verdiğiniz birinin sizi terk edeceğinden korkar mısınız? (Ne kadar?) Böyle bir şey hiç başınıza geldi mi? (Sizi bırakmaması için neler yaptınız?).

7. Kronik boşluk ya da can sıkıntısı duygusu. ? 1 2 3

8. Gerçek ya da hayali terk edilmeyi önlemek için çılgınca çaba harcama. (5. kriterde ele alınan intihar ya da kendini yaralama davranışını saymayın). ? 1 2 3

EN AZ 5 KRİTER "3" OLARAK KODLANMIŞTIR.

**EK 6: DSM-IV DISSOSİYATİF BOZUKLUKLAR İÇİN
YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME ÇİZELGESİ
(SCID-D)**

T.C.
İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı
Klinik Psikoterapi Birimi ve Dissosiyatif Bozukluklar Programı

**DSM-IV DISSOSİYATİF BOZUKLUKLAR İÇİN
YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME ÇİZELGESİ
(SCID-D)**

**STRUCTURED INTERVIEW FOR
DSM-IV DISSOCIATIVE DISORDERS
(SCID-D)**

Marlene Steinberg, M.D.

Türkçeye Çevirenler ve Uyarlayanlar:
Prof. Dr. Vedat Şar, Uzm. Dr. Hamdi Tutkun,
Uzm. Dr. İlhan Yargıç, Dr. Turgut Kundakçı, Dr. Emre Kızıltan

COPYRIGHT

Türkçe'ye bu çeviri ve uyarlama SCID-D'nin yazarından izin alınarak ve sadece bilimsel araştırmalarda kullanılmak üzere yapılmıştır.

Her hakkı mahfuzdur.

Tümü ya da herhangi bir bölümü çoğaltılamaz, basılamaz, satılamaz.

Ancak kaynak gösterilmek koşulu ile
bilimsel araştırmalarda kullanılabilir.

Görüşmeci İçin Ön Bilgi

DSM-IV Dissosiyatif Bozukluklar İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi (SCID-D) değişik psikiyatrik hastalıklarda denekteki dissosiyatif belirtileri ve bozuklukları değerlendirmek amacıyla kullanılabilir. SCID-D çok sayıdaki psikiyatrik tanı aracından oluşan genei bir değerlendirme sistemi içerisinde kullanılabileceği gibi tek başına da uygulanabilir. Görüşmeci yıldız (*) işareti ile gösterilen soruları kullanıp kullanmamakta serbesttir. SCID-D görüşmesinin değerlendirilmesinde "*SCID-D İçin Görüşmeci Kılavuzu*"nda (Washington DC, American Psychiatric Press, 1993) anlatılan ilkelere uyulmalıdır. Psikiyatrik Öykü bölümü (s.1-5) SCID' in (Spitzer ve ark. 1990) Gözden Geçirme bölümünden uyarlanmıştır. Deneğe daha önce benzer sorular yöneltilmiş ise bu ilk bölüm atlanabilir.

PSİKİYATRİK ÖYKÜ

Yaşam öykünüz ve başınızdan geçmiş olabilecek kimi yaşantılarla ilgili bazı sorular soracağım. Konuşmamız sırasında zaman zaman not almam gerekecek. Başlamadan önce acaba sizin sormak istediğiniz bir şey var mı?

Demografik Bilgiler

Cinsiyet:

Erkek
Kadın

Kaç yaşındasınız?

Öğrenim durumunuz?

1. İlkokul mezunu
2. Ortaokul mezunu
3. Lise mezunu
4. Yüksek okul / Üniversite mezunu

Evli misiniz, bekar mı?

1. Evli (ya da bir yılı aşkın süredir birlikte yaşamakta)
2. Ayrı yaşıyor
3. Boşanmış
4. Eşi ölmüş
5. Hiç evlenmemiş

Ev halkı kimlerden meydana gelmektedir?

Çocuklarınız var mı?

EVET İSE: Yaşlarını söyler misiniz?

İş Yaşamı

Çalışıyor musunuz?

EVET İSE: Ne iş yapıyorsunuz?

Ne kadar zamandır bu

işyerinde çalışıyorsunuz?

EĞER HALEN ÇALIŞMIYOR (İŞSİZ) İSE:

Daha önce ne işler yaptınız?

Son işinizi neden bıraktınız?

Ara vermeden (işsiz kalmadan) en uzun
çalıştığınız süre ne kadardır?

Çalışamayacak durumda olduğunuz bir
dönem oldu mu?

EVET İSE: Ne zaman oldu?

Sebebi neydi?

Öncelk Tedaviler

Hiç psikoterapi (ruhsal rahatsızlığın konuşma yolu ile
tedavisi) gördünüz mü?

EVET İSE: Ne zaman?

Psikoterapi için başvurunuzun sebebi neydi?

Psikoterapiniz (ayaktan) ne kadar sürdü?

Ruhsal rahatsızlık nedeni ile ilaç tedavisi gördünüz mü?

EVET İSE: Hangi ilaçlarla?

Bir psikiyatri kliniğinde (ruh ve sinir hastalıkları
hastanesi) yatarak tedavi gördünüz mü?

EVET İSE: Yatırılma sebebi neydi?

Kaç kez yatırıldınız?

Hiç kendinize vücutça zarar
vermeye kalktığınız oldu mu?

Tıbbi Durum/Alkol ve Madde Kullanımı Öyküsü

Herhangi bir sağlık probleminiz var mı?

EVET İSE: Ne tür problemler?

(İlaç tedavisi görüyor musunuz?)

Hiç başınızdan yaralandınız mı?

EVET İSE: Ne olmuştu?

(Kendinizi kaybetmiş-bilincinizi yitirmiş miydiniz?)

(Hastaneye yatırılmış mıydınız?)

İçki kullanıyor musunuz?

EVET İSE: Ne kadar içiyorsunuz?
(alkollü içki, son bir ay boyunca)

Hiç alkol alışkanlığı nedeniyle tedavi gördünüz mü?

EVET İSE: Ne zaman? Nerede?

Son bir ay içerisinde hiç uyuşturucu madde aldınız mı?

Esrar, kokain ya da diğer uyuşturucularla aranız nasıl?

Hiç uyuşturucu madde bağımlılığı nedeniyle tedavi gördünüz mü?

EVE1 İSE: Ne zaman? Nerede?

Aile Öyküsü

Ailenizde (anne, baba, kardeşler) şu hastalıklardan birine yakalanan oldu mu ?

Evet Hayır Yakınlık derecesi

Şizofreni
Majör depresyon
Manik depresyon
Alkol kötüye kullanımı
Madde kötüye kullanımı
Çoğul kişilik
Tanı konulmamış psikiyatrik belirtiler
Diğer

Diğer Bilgiler

Çocukluğunuzda hiç hayali arkadaş(lar)ınız oldu mu?

EVET İSE: Bu arkadaşlık(lar) ne kadar sürdü?

Bana bu arkadaş(lar)dan söz eder misiniz?

Son 4 hafta içerisinde sizi çok üzen ya da korkutan yaşantılarınız (travmatik deneyimler) oldu mu? (Ne olduğunu anlatır mısınız?)

YANIT HAYIR İSE 5.SAYFADAKİ AMNEZİ ÖYKÜSÜ İLE DEVAM EDİNİZ

YANIT EVET İSE: O zamandan beri sizde şunlar oluyor mu? Evet Hayır

- Kendini sersemlemiş hissetmek
- Zihninizden atamadığınız anılar (*kabuslar ya da uyanıkken o olayı yeniden yaşıyormuş gibi hissetme*)
- Uyku güçlüğü
- Öfke patlamaları ya da kolayca sinirlenme
- Dikkat toplama güçlüğü
- Her an tetikte olma
- Huzursuzluk, yerinde duramama

Bu belirtiler (var dedikleriniz) ne kadar sürdü?

Bu belirtiler (var dedikleriniz) sizi sıkıntıya soktu mu?

Bu belirtiler (var dedikleriniz) sosyal ilişkilerinizi ya da çalışmanızı olumsuz etkiledi mi?

BURADAN SONRA DISSOSİYATİF BELİRTİ VE BOZUKLUKLARIN DEĞERLENDİRMESİNE GEÇİLMEKTEDİR.



AMNEZİ

Geçmiş belirtiler/ Şimdiki belirtiler

Şimdi size hafızanızla ilgili sorular soracağım.

1. Hafızanızda büyük boşluklar varmış gibi hissettiğiniz hiç oldu mu?

Amnezi Epizodları ? 1 3 4
(Dissosiyatif ya da başka bozukluklarda görülebilir)
Dissosiyatif bozukluklarda amnezi hastalar tarafından birbirinden çok farklı sözcüklerle tanımlanır. Amnezilere bağlı kayıp zamanların varlığı hasta tarafından tipik olarak dalgınlıktan ayırdedilebilir. "Hiç hatırlanmayan", "yaşandığı bilinen ama hatırlanmayan" ya da "hiç yaşanmamış gibi olan" zaman dilimleri, "yapılmış davranışların hatırlanmaması" gibi. Görüşmeci diğer sözcükleri denemelidir.

EVET İSE: Bunun nasıl bir şey olduğunu anlatır mısınız?
(Bu boşlukların nasıl farkına vardınız?)

BELİRTİNİZ:

2. Bu durum ne sıklıkta olur?

Amnezinin Sıklığı ? 1 2 3 4
?=belli değil
1=nadiren (toplam 4 ayrı epizod)
2=zaman zaman (yılda 4 epizoda kadar)
3=sık sık (yılda 5 ya da daha fazla epizod)
4=günlük ya da haftalık epizodlar

3. Hiç hatırlamadığınız ya da nasıl geçtiğini bilemediğiniz saatler ya da günler hiç oldu mu?

Genellikle "hiç hatırlanmayan zaman dilimi" olarak tanımlanır. ? 1 3 4

EVET İSE: Hatırlanmayan süre ne kadardır ?

Örneğin kişi cumartesi ve pazarı hiç hatırlamaksızın cumadan pazartesiye geçer.

4. Bu durum ne sıklıkta olur?

Amnezinin Sıklığı ? 1 2 3 4 5
?=belli değil
1=nadiren (toplam 4 ayrı epizod)
2=ara ara (yılda 4 epizoda kadar)
3=sık sık (yılda 5 ya da daha fazla epizod)
4=aylık epizodlar (ayda 3 defaya kadar)
5=günlük ya da haftalık epizodlar (ayda 4 ya da daha fazla)

5. Hatırlanmayan en uzun dönem ne kadardır? (Kayıp olan en uzun dönem ne kadardır?)

? 1 2 3 4 5 6

?=belli değil
1=dakikalar
2=saatler
3=günler
4=haftalar
5=aylar
6=yıllar

6. Gün içinde yapmış olduğunuz işleri hatırlamakta güçlük çektiğiniz bir zaman hiç oldu mu?

? 1 3 4

EVET İSE: Bunun nasıl bir durum olduğunu anlatır mısınız? (Bu durum ne sıklıkta olur?)

7. Kendinizi başka bir yerde bulduğunuz ve oraya nasıl ve neden gittiğinizi hatırlamadığınız hiç oldu mu?

? 1 3 4

EVET İSE: Neler olduğunu ve kendinizi nerede bulduğunuzu anlatır mısınız?

BELİRTİNİZ:

8. Bu durum ne sıklıkta olur?

Amnezinin Sıklığı

? 1 2 3 4 5

?=belli değil
1=nadiren (toplam 4 ayrı epizod)
2=zaman zaman (yılda 4 epizoda kadar)
3=sık sık (yılda 5 ya da daha fazla epizod)
4=aylık epizodlar(ayda 3 kereye kadar)
5=günlük ya da haftalık epizodlar (ayda 4 ya da daha fazla)

9. Beklenmedik şekilde yola çıkarak uzak bir yere gittiğiniz ve geçmişinizi hatırlamadığınız hiç oldu mu?

Dissosiyatif Füg A Ölçütü

? 1 3 4

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

EVET İSE: Neler olduğunu anlatabilir misiniz?(Kendinizi nerede buldunuz?)
Geçmişinize ait ne'eri hatırlayamıyordunuz?
Bu durum ne sıklıkta oldu?

BELİRTİNİZ:

10. Çıkıp gitmek için aklınızda bir neden var mıydı?

? 1 3 4

(Dissosiyatif füğde seyahat, dissosiyatif amnezidekinden daha amaçlıdır).

11. Hiç kendinizi evinizden uzakta ve kim olduğunuzu bilmez bir halde bulduğunuz oldu mu?

? 1 3 4

EVET İSE: Neler olduğunu anlatabilir misiniz ? (Kendinizi nerede buldunuz?)

12. Bu durum ne sıklıkta oldu?

Amnezinin Sıklığı

? 1 2 3 4 5

?=belli değil

1=nadiren(toplam 4 ayrı episod)

2=zaman zaman (yılda 4 epizoda kadar)

3=sık sık(yılda 5 ya da daha fazla epizod)

4=aylık epizodlar (ayda 3 kereye kadar)

5=günlük ya da haftalık epizodlar
(ayda 4 ya da daha fazla)

13. (9 ya da 11. soruda belirttiğiniz yer)e gittiğiniz sırada kim olduğunuz konusunda bir kafa karışıklığı ya da değişim yaşadınız mı?

?=belli değil

? 1 2 3 4

1=kimlikle ilgili sorun yaşamamış

2=kimlik ilgili konfüzyon yaşamış

3=kimlik kaybı yaşamış

4=kimlik değişimi yaşamış

Dissosiyatif Füg B Ölçütü

B. Kişisel kimlikle ilgili konfüzyon

Yeni bir kimliğe (kısmen ya da tamamen) bürünme

(Bir psikoz ile bağlantılı olmaksızın)

EVET İSE: Bu karışıklığı (ya da değişimi) anlatabilir misiniz?
(Yeni kimliğiniz nasıldı?)

14. Bu durum ne sıklıkta olur?

Füg Sıklığı

? 1 2 3 4 5

?=belli değil

1=nadiren (toplam 4 ayrı epizod)

2=zaman zaman (yılda 4 epizoda kadar)

3=sık sık (yılda 5 ya da daha fazla epizod)

4=aylık epizodlar (ayda 3 kereye kadar)

5=günlük ya da haftalık epizodlar
(ayda 4 ya da daha fazla)

15. Hiç isminizi, yaşınızı ya da başka önemli kişisel bilgilerinizi hatırlayamadığınız oldu mu?

? 1 3 4

EVET İSE:Neyi hatırlamadınız?
Bu nedenle bir doktora gittiniz mi?
Doktor size ne dedi?

BELİRTİNİZ:

16. Bu durum ne sıklıkta olur?

Amnezinin Sıklığı

? 1 2 3 4 5

?= belli değil

1=nadiren (toplam 4 ayrı epizod)

2=zaman zaman (yılda 4 epizoda kadar)

3=sık sık (yılda 5 ya da daha fazla epizod)

4=aylık epizodlar (ayda 3 kereye kadar)

5=günlük ya da haftalık epizodlar
(ayda 4 ya da daha fazla)

17.

Dissosiyatif Amnezinin A Ölçütü

? 1 3 4

A. Başlıca bozukluk önemli kişisel bilgileri (bunlar genellikle travmatik olan ya da sıkıntı verici bilgilerdir) sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde bir ya da daha çok kez hatırlayamama epizodunun olmasıdır.

ANLATILANLAR DISSOSİYATİF AMNEZİ YA DA FÜĞ ÖLÇÜTLERİNİ KARŞILI-YORSA. 18. SORUYLA DEVAM EDİNİZ. AKSİ HALDE, 11. SAYFAYA ATLAYINIZ (DEPERSONALİZASYON BÖLÜMÜ).

*18. (Belirlenen amnezi semptomları) *ilk kez olduğunda kaç yaşındaydınız?*

?=belli değil ? 1 2 3 4 5
1=erken çocukluk döneminde (6 yaşına kadar)
2=çocukluk döneminde (7 - 12 yaş)
3=adölesans döneminde (13 - 19 yaş)
4=genç erişkinlik (20 - 30 yaş)
5=erişkinlik (31 yaş üzeri)

19. (Belirlenen amnezi semptomları) en son ne zaman oldu? (Yani, belleğinizde boşluklar en son ne zaman olmuştu?)

?=belli değil ? 1 2 3 4 5
1=erken çocukluk döneminde (6 yaşına kadar)
2=çocukluk döneminde (7 - 12 yaş)
3=adölesans döneminde (13 - 19 yaş)
4=genç erişkinlik (20 - 30 yaş)
5=erişkinlik (31 yaş üzeri)

20.

En son epizodu derecelendiriniz ? 1 2 3
?=belli değil
1=amnezi en son 1 yıldan önce olmuş
2=amnezi en son 1 yıl içinde olmuş
3=amnezi en son 1 ay içinde olmuş

21. (Belirlenen amnezi semptomları) olduğunda bu durum insanlarla ilişkilerinizi ya da çalışmanızı olumsuz etkiledi mi?

EVET İSE: İnsanlarla ilişkilerinizi nasıl olumsuz etkiledi? Çalışmanızı nasıl olumsuz etkiledi?

BELİRTİNİZ:

22. (Belirlenen amnezi semptomları)nın stresle bir ilişkisi var mıydı?)

?=belli değil ? 1 2 3
1=nadiren stresle ilişkili
2=bazen stresle ilişkili
3=genellikle stresle ilişkili

23. (Belirlenen amnezi semptomları) olduğunda sizde rahatsızlık ve sıkıntıya yol açıyor mu?

?=belli değil ? 1 2 3
1=nadiren sıkıntıya sokar
2=bazen sıkıntıya sokar
3=genellikle sıkıntıya sokar

ANLATILANLAR DISSOSİYATİF AMNEZİ YA DA FÜĞ ÖLÇÜTLERİNİ KARŞILA-MIYORSA 11. SAYFAYA ATLAYINIZ. (DEPERSONALİZASYON BÖLÜMÜ)

ANLATILANLAR DISSOSİYATİF AMNEZİNİN A ÖLÇÜTÜNÜ KARŞILIYORSA, 24. SORUYLA DEVAM EDİNİZ.

ANLATILANLAR DISSOSİYATİF FÜĞÜN A VE B ÖLÇÜTLERİNİ KARŞILIYORSA, 31. SORUDAN (SAYFA 10) DEVAM EDİNİZ.

Amnezi-Organik etiyolojiyi dışlayınız.

**Organik etiyolojiyi dışlayınız-
Dissosiyatif Amnezi**
Dissosiyatif Amnezinin B Ölçütü:
B. Bu bozukluk sadece Çoğul Kişilik
Bozukluğu sırasında ve Madde
Kullanımına Bağlı Kalıcı Amnestik
Bozukluğa, Madde Entoksikasyonuna,
ya da bir Kognitif Bozukluğa (örn.
kafa travmasına bağlı Amnestik bozuk-
luk) bağlı olarak ortaya çıkmış değildir

24. Bellek kaybının hemen öncesinde
bir uyuşturucu madde almış mıydınız? ? 1 3 4

EVET İSE: Ne olmuştu,
anlatır mısınız?

BELİRTİNİZ

25. Çok içki içmiş miydiniz? ? 1 3 4

26. Kafanıza bellek kaybına neden olabilecek
bir darbe aldınız mı? ? 1 3 4

EVET İSE: Ne olmuştu, anlatır mısınız?

BELİRTİNİZ

27. Vücutça, bellek kaybına neden olabilecek
bir hastalığınız var mıydı? ? 1 3 4

EVET İSE: Hastalığınız neydi?
(Bu dönemde bir doktora görüldünüz mü?
Size ne dedi?)

BELİRTİNİZ

24, 25, 26 ya da 27. SORUYA EVET YANITI ALDIYSANIZ, 28.SORUYU SORUNUZ.

24, 25, 26 ve 27.SORUYA HAYIR YANITI ALDIYSANIZ, 30.SORUDAN (10. SAYFA) DEVAM
EDİNİZ.

28. (Belirlenen tıbbi hastalık ya da uyuşturucu
maddeyi) yokken/kullanmadığınız dönemde
(belirlenen Dissosiyatif Amnezi semptomları) hiç
oldu mu? ? 1 3 4

29.Bu durum ne sıklıkla olur?

Amnezinin Sıklığı ? 1 2 3 4 5

?=belli değil

1=nadiren (toplam 4 ayrı epizod)

2=zaman zaman (yılda 4 epizoda
kadar)

3=sık sık (yılda 5 ya da daha fazla
epizod)

4=aylık epizodlar (ayda 3 kereye
kadar)

5=günlük ya da haftalık epizodlar
(ayda 4 ya da daha fazla)

*30.

Dissosiyatif Amnezi ? 1 3 4
A ve B Ölçütleri

11. SAYFADAN DEVAM EDİNİZ (DEPERSONALİZASYON BÖLÜMÜ)

Organik Etiyolojiyi dışlayınız-Dissosiyatif Füg

Dissosiyatif Fügün C Ölçütü
 C. Bu bozukluk sadece Çoğul Kişilik Bozukluğu, Madde Kullanımına Bağlı Bozukluk ya da genel tıbbi nedenlere (örn., temporal lop epilepsisi) bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

31. Geçmişinizi hatırlayamaz bir halde yola çıkıp gitmenizden hemen önce her hangi bir uyuşturucu madde ya da ilaç almış mıydınız?

? 1 3 4

EVET İSE: Ne olmuştu, anlatır mısınız?

BELİRTİNİZ

32. Çok içki içmiş miydiniz?

? 1 3 4

EVET İSE: Ne olmuştu, anlatır mısınız?

BELİRTİNİZ

33. Kafanıza (belirlenen Dissosiyatif Füg semptomları)na neden olabilecek bir darbe almış mıydınız?

? 1 3 4

EVET İSE: Ne olmuştu, anlatır mısınız?

BELİRTİNİZ

Amnezi-Organik etiyolojiyi dışlayınız.

34. Vücutta (belirlenen Dissosiyatif Füg semptomlarına) neden olabilecek herhangi bir hastalığınız (örn, havale nöbetleri) var mıydı?

? 1 3 4

EVET İSE: Vücutta ne hastalığınız vardı?
 (Bu dönemde doktora görüldünüz mü?
 Size ne dedi?)

BELİRTİNİZ:

31, 32, 33 ya da 34. SORUYA EVET YANITI ALDIYSANIZ, 35. SORUYU SORUNUZ.

31, 32, 33 ve 34. SORULARA HAYIR YANITI ALDIYSANIZ, 38. SORUYA (11. SAYFA) ATLAYINIZ.

35. (Belirlenen hastalık ya da uyuşturucu maddeyi) yokken/kullanmadığınız dönemde (belirlenen Dissosiyatif Füg semptomları) hiç oldu mu?

? 1 3 4

36. Bu ne sıklıkta olur?

Fügün Sıklığı ? 1 2 3 4 5
 ?= belli değil
 1=nadiren (toplam 4 ayrı epizod)
 2=ara ara (yılda 4 epizoda kadar)
 3=sık sık (yılda 5 ya da daha fazla epizod)
 4=aylık epizodlar (ayda 3 kereye kadar)
 5=günlük ya da haftalık epizodlar
 (yılda 4 ya da daha fazla)

*37.

**Dissosiyatif Fügün
 A, B ve C Ölçütleri**

? 1 3 4

DEPERSONALİZASYON

Geçmiş Belirtiler / Şimdiki Belirtiler

Bazı insanlar kendilerinin gerçek olarak hissettiği, ama başkalarına izahı güç olan durumlar yaşarlar. Şimdi size bu gibi yaşantılar hakkında sorular soracağım.

38. Sanki kendinizi, karşıdan bakıyormuş (ya da filmde seyrediyormuş) gibi, vücudunuzun dışında bir yerden seyrettiğinizi hissettiğiniz hiç oldu mu?

EVET İSE: Bu nasıl bir durumdu?

BELİRTİNİZ:

Depersonalizasyon

? 1 3 4

"Kendilik algısında ya da yaşantısında kişinin kendisinin gerçek olduğu hissini geçici olarak yitirmesine yol açacak biçimde bir değişiklik olması. Bu durum kendine yabancılaşma ya da gerçek dışılık hissi ile kendini gösterir. Kişi uzuvlarının boyutlarının değiştiği ya da kendisini uzaktan (genellikle yukardan) seyrettiği hisleri içersinde olabilir (DSM-III-R, s.397)

Hastalar, bilinç merkezlerinin ("benlikleri-nin") vücutlarının dışında, genellikle başlarının biraz yukarısında olduğunu ve kendilerini buradan tamamen ayrı bir kişiymiş gibi izlediklerini hissederler (Nemiah, 1989, s.1042).

39. Bu durum sizde ne sıklıkta oldu?

Depersonalizasyonun Sıklığı ? 1 2 3 4 5

?=belli değil

1=nadiren (toplam 4 ayrı epizod)

2=ara ara (yılda 4 epizoda kadar)

3=sık sık (yılda 5 ya da daha fazla epizod)

4=aylık epizotlar (ayda 3 kereye kadar)

5=günlük yada haftalık epizotlar (ayda 4 ya da daha fazla)

40. Hiç kendinizi kendinize yabancı hissettiğiniz oldu mu?

? 1 3 4

EVET İSE: Bu nasıl bir durumdu?
(Bu durum ne sıklıkta olur?)

BELİRTİNİZ:

41. Vücudunuzun bir bölümü ya da bütün varlığınız size yabancıymış gibi hissettiğiniz hiç oldu mu?

? 1 3 4

EVET İSE: Bu nasıl bir durumdu?
(Bu durum ne sıklıkta olur?)

BELİRTİNİZ:

42. Vücudunuzun bir bölümünün geri kalanından ayrıldığını (koptuğunu) hissettiğiniz hiç oldu mu?

? 1 3 4

EVET İSE: Bu nasıl bir durumdu?
(Bu durum ne sıklıkta olur?)

BELİRTİNİZ:

43. Sanki vücudunuzun bir bölümü ya da tümü yok oluyormuş gibi hissettiğiniz hiç oldu mu?

? 1 3 4

(Hiç vücutça silikleştığınızı hissettiniz mi?)

EVET İSE: Bu nasıl bir durumdu?

(Bu durum ne sıklıkta olur?)

BELİRTİNİZ:

44. Sanki vücudunuzun bir bölümü ya da bütün varlığını gerçek değilmiş gibi hissettiğiniz hiç oldu mu?

? 1 3 4

EVET İSE: Bu nasıl bir durumdu?

BELİRTİNİZ:

45. Bu durum sizde şimdiye kadar ne sıklıkta oldu?

Depersonalizasyonun Sıklığı

? 1 2 3 4 5

?=belli değil

1=nadiren (toplam 4 ayrı epizod)

2=zaman zaman (yılda 4 epizoda kadar)

3=sık sık (yılda 5 ya da daha fazla epizod)

4=aylık epizodlar (ayda 3 kereye kadar)

5=günlük ya da haftalık epizodlar

(ayda 4 ya da daha fazla)

46. Hareketlerinizle hayata katıldığınız halde gerçek kendinizin sizin yaşadıklarınızdan çok uzakta olduğunu hissettiğiniz hiç oldu mu?

? 1 3 4

(Hareketlerinizle hayata katıldığınız halde aslında davranışlarınızdan kopmuş olduğunuzu hissettiğiniz hiç oldu mu?) (Hayata katıldığınız halde sanki bir rüyada yaşıyormuş gibi hissettiğiniz hiç oldu mu?)

EVET İSE: Bu nasıl bir durumdu?

(Bu durum ne sıklıkta olur?)

? 1 3 4

47. Kendinizi biri yaşama katılırken diğeri sessizce izleyen iki farklı kişiymiş gibi hissettiğiniz hiç oldu mu?

? 1 3 4

EVET İSE: Bu nasıl bir durumdu?

BELİRTİNİZ:

48. Bu durum ne sıklıkta olur?

Depersonalizasyonun Sıklığı

? 1 2 3 4 5

?=belli değil

1=nadiren (toplam 4 ayrı epizod)

2= zaman zaman (yılda 4 epizoda kadar)

3=sık sık (yılda 5 ya da daha fazla epizod)

4=aylık epizodlar (ayda 3 kereye kadar)

5=günlük ya da haftalık epizodlar

(ayda 4 ya da daha fazla)

*49. Kol ya da bacaklarınızın her zamankinden büyük ya da küçük olduğunu ya da boylarının değiştiğini hissettiğiniz hiç oldu mu?

? 1 3 4

EVET İSE: _____ nızın
her zamankinden _____
olduğunu hissetmeniz nasıl bir durumdu?

*50. Kendinizi konuşurken duyduğunuz halde kelimeleri seçenin kendiniz olmadığınızı hissettiğiniz hiç oldu mu?

BELİRTİNİZ:

? 1 3 4

(Kelimelerin ağzınızdan, sanki sizin kontrolünüzde değilmiş gibi çıktığını hissettiğiniz hiç oldu mu?)

Depersonalizasyonda "kişinin konuşma dahil davranışlarını tam olarak kontrol edemediği hissi sıklıkla var"dır (DSM-III-R, S.275).

EVET İSE: Bu nasıl bir durumdu?
(Bu durum ne sıklıkta olur?)

BELİRTİNİZ:

*51. Sanki davranışlarınız kontrolünüz altında değilmiş gibi hissettiğiniz hiç oldu mu?

? 1 3 4

EVET İSE: Bu nasıl bir durumdu?
(Bu durum ne sıklıkta olur?)

BELİRTİNİZ:

*52. Sanki duygularınız kontrolünüz altında değilmiş gibi hissettiğiniz hiç oldu mu?

? 1 3 4

EVET İSE: Bu nasıl bir durumdu?
(Bu durum ne sıklıkta olur?)

BELİRTİNİZ:

*53. Kendinizi sanki başka birisinin kontrolü altındaki bir kukla gibi hissettiğiniz oldu mu?

? 1 3 4

EVET İSE: Ne zaman oldu ?
Bu nasıl bir durumdu?

BELİRTİNİZ:

DENEK BİR DEPERSONALİZASYON EPİZODU TANIMLAMIŞSA, 54. SORUDAN DEVAM EDİNİZ. DEPERSONALİZASYON YOKSA, 18. SAYFAYA ATLAYINIZ.
(DEREALİZASYON BÖLÜMÜ)

54.

En Ağır Depersonalizasyonun Genel Sıklığını derecelendiriniz.

? 1 2 3 4 5

?=belli değil

1=nadiren (toplam 4 ayrı epizod)

2=zaman zaman (yılda 4 epizoda kadar)

3=sık sık (yılda 5 ya da daha fazla epizod)

4=aylık epizodlar (ayda 3 kereye kadar)

5=günlük ya da haftalık epizodlar (ayda 4 ya da daha fazla)

55. (Belirlenen depersonalizasyon semptomları) en fazla ne kadar sürdü?

?=zaman periyodu belli de ? 1 2 3 4 5 6

1=dakikalar

2=4 saatten az

3=24 saatten az

4=1 haftadan az

5=1 aydan az

6=1 ay ya da daha uzun.

*56. (Belirlenen depersonalizasyon semptomları)nın süresi her zaman aynı mı oluyor?

Depersonalizasyon Örneği ? 1 2

?=belli değil

1=değişiyor

2=sabit

(Belirlenen depersonalizasyon semptomlarının) daha uzun ya da daha kısa sürdüğü oluyor mu?

*57. (Belirlenen depersonalizasyon semptomları) aniden mi yoksa yavaş yavaş mı başlıyor?

?=başlangıç belli değil ? 1 2 3

1=başlangıç genellikle ani

2=başlangıç şekli değişken

3=başlangıç genellikle yavaş yavaş

58.

Depersonalizasyon Bozukluğunun ? 1 3 4**A Ölçütü**

Kişinin mental süreçlerinden ya da bedeninden ayırdığı ve sanki bunları dışarıdan izleyen bir gözlemci olduğu hissünün sürekli ya da yineleyici bir şekilde yaşanması (örn. kendini bir rüyada gibi hissetme)

59.

Depersonalizasyon Bozukluğunun ? 1 3 4**B Ölçütü**

B.Depersonalizasyon yaşantısı sırasında gerçeği değerlendirme yetisi bozulmaz.

*60. (Belirlenen depersonalizasyon semptomları) ilk kez olduğunda kaç yaşındaydınız?

Depersonalizasyonun Başlangıç Yaşı ? 1 2 3 4 5

?=başlangıç yaşı belli değil

1=erken çocukluk döneminde (6 yaşına kadar)

2=çocukluk döneminde (7 - 12 yaşları)

3=adölesans döneminde (13 - 19 yaşları)

4=genç erişkinlik (20 - 30 yaşları)

5=erişkinlik (31 yaş üzeri)

*61. (Belirlenen depersonalizasyon semptomları) en son olduğunda kaç yaşındaydınız?

?=belli değil ? 1 2 3 4 5
1=erken çocukluk döneminde (6 yaşına kadar)
2=çocukluk döneminde (7 - 12 yaşları)
3=adölesans döneminde (13 - 19 yaşları)
4=genç erişkinlik (20 - 30 yaşları)
5=erişkinlik (31 yaş üzeri)

*62.

En Son Epizodu Derecelendiriniz. ? 1 2 3
?=belli değil
1=geçen yıldan önce oldu
2=geçen yıl içinde oldu
3=geçen ay içinde oldu

63. (Belirlenen depersonalizasyon semptomları) olduğunda bu durum insanlarla ilişkilerinizi ya da çalışmanızı olumsuz etkiledi mi?

? 1 3 4

EVET İSE: İnsanlarla ilişkilerinizi nasıl olumsuz etkiledi? Çalışmanızı nasıl olumsuz etkiledi?

BELİRTİNİZ:

64. (Belirlenen depersonalizasyon semptomları) nın stresle bir ilişkisi var mıydı?

?=belli değil ? 1 2 3
1=nadiren stresle birlikte
2=bazen stresle birlikte
3=genellikle stresle birlikte

65. (Belirlenen depersonalizasyon semptomları) olduğunda bu durum sizde rahatsızlık ya da sıkıntıya yol açıyor mu?

?=belli değil ? 1 2 3
1=nadiren sıkıntıya sokar (rahatlatıcı oluyor olabilir)
2=bazen sıkıntıya sokar.
3=genellikle sıkıntıya sokar

66.

Depersonalizasyon Bozukluğunun ? 1 3 4
C' Ölçütü
C. Depersonalizasyon,belirgin olarak rahatsızlık vermektedir ya da sosyal ya da mesleki işlevsellikte anlamlı derecede bozulmaya neden olur.

DENEK DEPERSONALİZASYON ÖLÇÜTLERİNİ KARŞILIYORSA, 67. SORUDAN DEVAM EDİNİZ.

DENEK DEPERSONALİZASYON ÖLÇÜTLERİNİ KARŞILAMİYORSA, 18. SAYFAYA ATLAYINIZ. (DEREALİZASYON BÖLÜMÜ)

*67. (Depersonalizasyon semptomları) olduğunda başka ruhsal şikayetleriniz de var mıydı, örneğin şiddetli iç sıkıntısı?

? 1 3 4

EVET İSE: Gittiğiniz doktor bu konuda ne söyledi?

BELİRTİNİZ:

68. Sık sık bunaltı halleriniz ya da sıkıntı (panik) nöbetleriniz olur mu?

? 1 3 4

"Depersonalizasyon yaşantısına sıklıkla önemli miktarda ikincil anksiyete eşlik eder ve hastalar sıklıkla semptomlarının "delirmekte" olduklarının işareti olmasından korkarlar" (Nemiah, 1989. s.1042).

EVET İSE: Bunalmanız (ya da sıkıntı nöbetiniz) nasıl bir durum?

BELİRTİNİZ:

68. SORUYA HAYIR YANITI ALDIYSANIZ 72. SORUYA (17. SAYFA) ATLAYINIZ.

DENEKTE ANKSİYETE BOZUKLUĞU BELİRTİLERİ OLMUŞSA, DEPERSONALİZASYONDA İKİNCİL ANKSİYETİYİ DIŞLAYINIZ.

68. SORUYA EVET YANITI ALDIYSANIZ 68-71. SORULARI SORUNUZ:

*69. (Belirlenen anksiyete bozukluğu semptomları) nın sizde (belirlenen depersonalizasyon semptomları) ile bir ilişkisi oluyor mu?

? 1 3 4

EVET İSE:

*70. Arada nasıl bir ilişki var?
Her zaman var mı?

?=belli değil
1=ilişkili değil
2=bazen ilişki görüüyor
3=genellikle ilişkili

? 1 2 3

BELİRTİNİZ:

*71.Genellikle önce (belirlenen anksiyete bozukluğu semptomları) sonra (belirlenen depersonalizasyon semptomları) mı olur? Yoksa tam tersi mi ?

Derecelendirme

? 1 2 3

?=belli değil
1=genellikle anksiyeteyi önce hisseder
2=bazen anksiyeteyi önce hisseder
3=Genellikle depersonalizasyonu önce hisseder

DENEK DEPERSONALİZASYON BOZUKLUĞU ÖLÇÜTLERİNİ KARŞILIYORSA, 72. SORUDAN DEVAM EDİNİZ.

DENEK DEPERSONALİZASYON BOZUKLUĞU ÖLÇÜTLERİNİ KARŞILAMIYORSA, 18. SAYFAYA ATLAYINIZ (DEREALİZASYON BÖLÜMÜ).

Organik Etiyolojiyi Dışlayınız - Depersonalizasyon

72. (Belirlenen depersonalizasyon semptomlarının) ortaya çıkışından hemen önce her hangi bir uyuşturucu madde kullanmış mıydınız? ? 1 3 4

73. Çok içki içmiş miydiniz? (Doktorlar bu konuda ne demişti?) ? 1 3 4

74. Kafanıza (belirlenen depersonalizasyon semptomlarına) neden olabilecek bir darbe almış mıydınız? ? 1 3 4

EVET İSE: Ne olmuştu, anlatabilir misiniz?

BELİRTİNİZ:

75. Vücutça (belirlenen depersonalizasyon semptomlarına) neden olabilecek her hangi bir hastalığınız var mıydı? ? 1 3 4

EVET İSE: Vücutça ne hastalığınız vardı?

BELİRTİNİZ:

72, 73, 74 YA DA 75. SORUYA EVET YANITI ALDIYSANIZ, 76. SORUYU SORUNUZ. 72, 73, 74 VE 75 SORULARA HAYIR YANITI ALDIYSANIZ, 18. SAYFAYA ATLAYINIZ (DEREALİZASYON BÖLÜMÜ).

76. (72 - 75.sorularda belirlenen uyuşturucu maddeyi/hastalık) kullanmıyorken/yokken de (belirlenen depersonalizasyon semptomları) hiç oldu mu? ? 1 3 4

77. Bu durum ne sıklıkta olur?

Depersonalizasyonun Sıklığı ? 1 2 3 4 5
? = belli değil

1 = nadiren (toplam 4 ayrı epizod)

2 = zaman zaman (yılda 4 epizoda kadar)

3 = sık sık (yılda 5 ya da daha fazla epizod)

4 = aylık epizodlar (ayda 3 kereye kadar)

5 = günlük yada haftalık epizodlar (ayda 4 ya da daha fazla)

*78.

Depersonalizasyon Bozukluğunun D Ölçütü

D. Depersonalizasyon yaşantısı

Şizofreni, Çoğul Kişilik Bozukluğu ya da Panik Bozukluğu gibi başka bir bozuklukla daha iyi açıklanabilir ve Madde Kullanımına Bağlı bir Bozukluktan (örn.. Madde İntoksikasyonu) ya da genel bir tıbbi durumdan (örn., temporal epilepsisi) dolayı meydana gelmemiştir.

DEREALİZASYON

Geçmiş Belirtiler/ Şimdiki Belirtiler

79. Bildiğiniz yerler ya da tanıdığınız insanlar tanıdık değilmiş ya da gerçek değilmiş gibi hissettiğiniz hiç oldu mu?

EVET İSE: Bu nasıl bir durum?

Derealizasyon ? 1 3 4

Derealizasyon, kişinin çevresini algılamasında, dış dünyanın gerçekliği hissini kaybettiren, garip bir algı değişimi ile kendini gösterir (DSM-III-R, s.276).

BELİRTİNİZ

80. Bu durum sizde kaç kez oldu?

Derealizasyonun Sıklığı ? 1 2 3 4 5
?=belli değil

1=nadiren (toplam 4 ayrı epizod)

2=zaman zaman (yılda 4 epizoda kadar)

3=sık sık (yılda 5 ya da daha fazla epizod)

4=aylık epizodlar (ayda 3 kereye kadar)

5=günlük ya da haftalık epizodlar

(ayda 4 ya da daha fazla)

81. Çevreniz ya da diğer insanlar sanki silikleşiyor (ya da gözden kayboluyor) gibi hissettiğiniz hiç oldu mu?

EVET İSE: Bu nasıl bir durum?
(Bu durum ne sıklıkta olur?)

BELİRTİNİZ

82. Yakın arkadaşlarınızı, akrabalarınızı ya da kendi evinizi tanımadığınız hiç oldu mu?

EVET İSE: Bu nasıl bir durum?
(Bu durum ne sıklıkta olur?)

BELİRTİNİZ

83. Yakın arkadaşlarınızın, akrabalarınızın ya da kendi evinizin size garip ya da yabancı gibi geldiği hiç oldu mu?

EVET İSE: Bu nasıl bir durum?
(Bu durum ne sıklıkta olur?)

BELİRTİNİZ

84. Çevrenizde neyin gerçek neyin gerçek dışı olduğu konusunda kafanızın karıştığı hiç oldu mu?

EVET İSE: Bu nasıl bir durumdu?
(Bu durum ne sıklıkta olur?)

BELİRTİNİZ:

DENEK DEREALİZASYON YAŞAMIŞSA 85.SORUDAN DEVAM EDİNİZ.

DENEK DEREALİZASYON YAŞAMAMIŞSA 22. SAYFAYA ATLAYINIZ (KİMLİK KONFÜZYONU BÖLÜMÜ).

*85.

En Ağır Derealizasyonun Sıklığını Derecelendirin. ? 1 2 3 4 5

?=belli değil

1=nadiren (toplam 4 ayrı epizod)

2= zaman zaman (yılda 4 epizoda kadar)

3= sık sık (yılda 5 ya da daha fazla epizod)

4=aylık epizodlar (ayda 3 kereye kadar)

5=günlük ya da haftalık epizodlar

(ayda 4 ya da daha fazla)

86. (Belirlenen derealizasyon semptomları)
en fazla ne kadar sürdü?

? 1 2 3 4 5 6

?=zaman periyodu belli değil

1=dakikalar

2=4 saatten az

3=24 saatten az

4=1 haftadan az

5=1 aydan az

6=1 ay ya da daha uzun

*87. (Belirlenen derealizasyon semptomlarının semptomlarının) süresi her defasında aynı mıdır?
((Belirlenen derealizasyon semptomlarının) daha uzun ya da kısa sürdüğü oluyor mu?)

Derealizasyonun Örnektisi

? 1 2

?=belli değil

1=değişiyor

2=sabit

*88. (Belirlenen derealizasyon semptomları) ilk kez olduğunda kaç yaşındaydınız?

Derealizasyonun Başlama Yaşı ? 1 2 3 4 5

?=başlama yaşı belli değil

1=erken çocukluk döneminde

(6 yaşına kadar)

2=çocukluk döneminde (7 - 12 yaşları)

3=adölesan döneminde (13 - 19 yaşları)

4=genç erişkinlikte (20 - 30 yaşları)

5=erişkinlikte (31 yaş üzeri)

*89. (Belirlenen derealizasyon semptomları) son kez olduğunda kaç yaşındaydınız?

?=belli değil ? 1 2 3 4 5

1=erken çocukluk dönemi

(6 yaşına kadar)

2=çocukluk dönemi (7 - 12 yaşları)

3=adölesan dönemi (13 - 19 yaşları)

4=genç erişkinlik (20 - 30 yaşları)

5=erişkinlik (31 yaş üzeri)

*90.

En Son Epizodu Derecelendiriniz. ? 1 2 3

?=belli değil

1=geçen yıldan önce oldu

2=geçen yıl içinde oldu

3=geçen ay içinde oldu.

91. (Belirlenen derealizasyon semptomları)
olduğunda bu durum insanlarla ilişkilerinizi
ya da çalışmanızı olumsuz etkiledi mi?

? 1 3 4

EVET İSE: İnsanlarla ilişkilerinizi nasıl
olumsuz etkiledi? Çalışmanızı nasıl
olumsuz etkiledi?

BELİRTİNİZ

92. (Belirlenen derealizasyon semptomları) nın
stresle bir ilişkisi var mıydı?

?=belli değil ? 1 2 3
1=nadiren stresle ilişkili
2=bazen stresle ilişkili
3=genellikle stresle ilişkili

93.(Belirlenen derealizasyon semptomları)
olduğunda bu durum sizde rahatsızlığa (ya
da sıkıntıya) yol açıyor mu?

?=belli değil ? 1 2 3
1=nadiren sıkıntıya sokar
2=bazen sıkıntıya sokar
3=genellikle sıkıntıya sokar.

*94. (Belirlenen derealizasyon semptomları)
olduğunda, aynı zamanda, kendinizden
uzaklaştığınız duygusu da var mıydı?

?=belli değil ? 1 2 3
1=denek derealizasyon yaşıyor
ancak depersonalizasyon yaşamıyor
2=denek zaman zamanda personalizasyon
olmaksızın derealizasyon yaşıyor
3=denek genellikle depersonalizasyon ile
birlikte derealizasyon yaşıyor.

94. SORU "1" OLARAK KODLANMIŞA
BAŞKA TÜRLÜ ADLANDIRILAMA-
YAN DISSOSİYATİF BOZUKLUK
DÜŞÜNÜN.

(Deneğe Başka Türü Adlandırılmayan
Dissosiyatif Bozukluk (depersonalizasyon
ile birlikte gitmeyen derealizasyon) tanısı
ancak başka bir dissosiyatif bozukluğun
tanı ölçütlerini karşılamıyorsa ve
derealizasyon başka bir psikiatrik bozuk-
luğun belirtisi değilse konulabilir)

DENEKTE BELİRGİN DEREALİZASYON VARSA,
95. SORUDAN DEVAM EDİNİZ.

DENEKTE BELİRGİN DEREALİZASYON YOKSA, 22. SAYFAYA ATLAYINIZ (KİMLİK
KONFÜZYONU BÖLÜMÜ)

Organik Etiyolojiyi Dışlayınız-Derealizasyon

95. (Belirlenen derealizasyon semptomları) ortaya
çıkmadan hemen önce her hangi bir uyuşturucu madde
kullanmış mıydınız?

? 1 3 4

96. Çok içki içmiş miydiniz? ? 1 3 4
(Doktorlar bu konuda ne dedi?)

97. Kafanıza (belirlenen derealizasyon semptomlarına) ? 1 3 4
neden olabilecek bir darbe almış mıydınız?

EVET İSE: Ne olmuştu, anlatır mısınız?

BELİRTİNİZ

98. Vücutça, (belirlenen derealizasyon semptomlarına) ? 1 3 4
neden olabilecek her hangi bir hastalığınız var mıydı?

EVET İSE: Vücutça ne hastalığınız vardı?

BELİRTİNİZ

95, 96 YA DA 97. SORUYA EVET YANITI ALDIYSANIZ, 99. SORUYU SORUNUZ.

95, 96, 97 VE 98. SORULARA HAYIR YANITI ALDIYSANIZ, 22. SAYFAYA ATLAYINIZ
(KİMLİK KONFÜZYONU BÖLÜMÜ).

99. (95 - 98. sorularda belirlenen uyuşturucu ? 1 3 4
maddeyi ya da hastalık) almamışken/yokken
de (belirlenen derealizasyon semptomları)
hiç oldu mu?

100. Bu durum ne sıklıkta olur?

Derealizasyonun Sıklığı ? 1 2 3 4 5

?=belli değil

1=nadiren(toplam 4 ayrı epizot)

2=zaman zaman (yılda 4 epizoda kadar)

3=sık sık (yılda 5 ya da daha fazla epizot)

4=aylık epizotlar(ayda 3 kereye kadar)

5=günlük ya da haftalık epizotlar
(ayda 4 ya da daha fazla)

KİMLİK KONFÜZYONU

Geçmiş Belirtiler / Şimdiki Belirtiler

101. Sanki içinizde bir mücadele sürüp gidiyor gibi hissettiğiniz hiç oldu mu?

? 1 3 4

EVET İSE: Bu nasıl bir durum?
(Bu durum ne sıklıkta olur?)

102. Gerçekte kim olduğunuz konusunda içinizde bir mücadele olduğu hissini hiç duydunuz mu?

Kimlik Konfüzyonu
Kişinin kendi kimliği konusunda öznel olarak belirsizlik, karışıklık, çatışma hissetmesi (SCID-D).

? 1 3 4

EVET İSE: Bu mücadelenin nasıl bir şey olduğunu anlatabilir misiniz?

103. Bu durum ne sıklıkta olur?

Kimlik Konfüzyonunun Sıklığı ? 1 2 3 4 5

?=belli değil

1=nadiren (toplam 4 ayrı epizod)

2=zaman zaman (yılda 4 epizoda kadar)

3=sık sık (yılda 5 ya da daha fazla epizod)

4=aylık epizodlar (ayda 3 kereye kadar)

5=günlük ya da haftalık epizodlar (ayda 4 ya da daha fazla)

*104. Bu mücadele sırasında vücudunuzda bazı belirtiler oluyor mu? (6m., başağrısı, istem dışı hareketler)

? 1 3 4

105. Kendinizin kim olduğu konusunda kafanızın karıştığını hissettiğiniz hiç oldu mu?

? 1 3 4

EVET İSE: Bu nasıl bir durumdu?

BELİRTİNİZ

(Gençlerin ve bazı insanların kimlikleri konusunda kafalarının karıştığı dönemler olabilir. Bununla karşılaştırıldığında sizin kişi nasıl bir durum? Ne bakımdan benziyor, ne bakımdan farklı?

105a. Bu durum ne sıklıkta olur?

Konfüzyonun Sıklığı ? 1 2 3 4 5

?=belli değil

1=nadiren (toplam 4 ayrı epizod)

2=zaman zaman (yılda 4 epizoda kadar)

3=sık sık (yılda 5 ya da daha fazla epizod)

4=aylık epizodlar (ayda 3 kereye kadar)

5=günlük ya da haftalık epizodlar

(ayda 4 ya da daha fazla)

106. (Belirlenen kimlik konfüzyonu semptomları) olduğunda en fazla ne kadar sürüyor?

?=zaman aralığı belirsiz ? 1 2 3 4 5 6 7

1=dakikalar

2=saatler

3=bir günden az

4=günler

5=haftalar

6=aylar

7=yıllar

*107. (Belirlenen kimlik konfüzyonu semptomları) ilk kez olduğunda kaç yaşındaydınız?

Başlangıç Yaşı ? 1 2 3 4 5

?=başlangıç yaşı belli değil

1=erken çocukluk döneminde

(6 yaşına kadar)

2=çocukluk döneminde (7 - 12 yaşları)

3=adolesan döneminde (13 - 19 yaşları)

4=genç erişkin (20 - 30 yaşları)

5=erişkin (31 yaş üzeri)

*108. (Belirlenen kimlik konfüzyonu semptomları) son kez olduğunda kaç yaşındaydınız?

En Son Epizod ? 1 2 3 4 5

Sırasındaki Yaş

?=belli değil

1=erken çocukluk döneminde

(6 yaşına kadar)

2=çocukluk döneminde (7 - 12 yaşları)

3=adölesans döneminde (13 - 19 yaşları)

4=genç erişkin (20 - 30 yaşları)

5=erişkin (31 yaş üzeri)

*109.

En son epizodu derecelendiriniz ? 1 2

?=kimlik konfüzyonu geçen yıldan önce oldu

1=kimlik konfüzyonu geçen yıl içinde oldu

2=kimlik konfüzyonu geçen ay içinde oldu.

110. (Kimlik konfüzyonu semptomları) olduğunda bu durum insanlarla ilişkilerinizi ya da çalışmanızı olumsuz etkiledi mi?

? 1 3 4

EVET İSE: İnsanlarla ilişkilerinizi nasıl olumsuz etkiledi? Çalışmanızı nasıl olumsuz etkiledi?

BELİRTİNİZ

111. (Kimlik konfüzyonu semptomları) nın stresle bir ilişkisi var mıydı?

?=belirsiz

? 1 2 3

1= genellikle stresle ilişkili

2=bazen stresle ilişkili

3=nadiren stresle ilişkili

112. (Kimlik konfüzyonu semptomları) olduğunda bu durum sizde rahatsızlığa (ya da sıkıntıya) yol açıyor mu?

?=belirsiz

? 1 2 3

1= genellikle sıkıntıya sokar

2=bazen sıkıntıya sokar

3=nadiren sıkıntıya sokar

KİMLİK DEĞİŞİMİ

Geçmiş Belirtiler / Şimdiki Belirtiler

113. Kendinizi sanki hala bir çocukmuş gibi hissettiğiniz ya da öyle davranırken bulduğunuz hiç oldu mu? (Hiç size bir çocuk gibi davrandığınız söylendi mi?)

BELİRTİNİZ

? 1 3 4

EVET İSE= Bu nasıl bir durumdu?
(Çocuk hali her hangi bir biçimde ortaya koyuyor musunuz? Bu durum ne sıklıkta olur?)

114. Hiç tamamen farklı bir kişiymiş gibi davrandığınız oldu mu?

BELİRTİNİZ

? 1 3 4

EVET İSE: Bu nasıl bir durumdu?
(Ne zaman olmuştu?)

115. Bu durum ne sıklıkta oldu?

Kımlık Değişiminin Sıklığı

? 1 2 3 4 5

?=belli değil
1=nadiren (toplam 4 ayrı epizod)
2=zaman zaman (yılda 4 epizoda kadar)
3=sık sık (yılda 5 ya da daha fazla epizod)
4=aylık epizodlar (ayda 3 kereye kadar)
5=günlük ya da haftalık epizodlar
(ayda 4 ya da daha fazla)

116. Hiç başkaları tarafından farklı bir kişi gibi olduğunuz söylendi mi?

BELİRTİNİZ

? 1 3 4

EVET İSE: Bunu kimler söyledi
ve ne demek istediler? (Bu olay ne zaman oldu?)

117. Sanki farklı bir kişi gibi olduğunuz size ne sıklıkta söylendi?

Kımlık Değişiminin Sıklığı

? 1 2 3 4 5

?=belli değil
1=nadiren (toplam 4 ayrı epizod)
2=zaman zaman (yılda 4 epizoda kadar)
3=sık sık (yılda 5 ya da daha fazla epizod)
4=aylık epizodlar (ayda 3 kereye kadar)
5=günlük ya da haftalık epizodlar
(ayda 4 ya da daha fazla)

118. Hiç kendinizi farklı isimlerle tanıttığınız (ya da öyle yaptığınızın söylendiği) oldu mu?
(Lakap ya da evlilik nedeniyle olan soyadı değişiklikleri hariç).

BELİRTİNİZ

? 1 3 4

EVET İSE: Diğer isimler nelerdir? (Bu isim-leri nasıl aldınız? Bu isimleri kullandığınızı ilk kez ne zaman farkettiniz?)

119. Bu durum ne sıklıkta oldu?
(Kendinizi ne sıklıkta değişik isimlerle
tanıttınız?)

Farklı İsimlerin Sıklığı

? 1 2 3 4 5

?=belli değil

1=nadiren (toplam 4 ayrı epizod)

2=zaman zaman (yılda 4 epizoda kadar)

3=sık sık (yılda 5 ya da daha fazla epizod)

4=aylık epizodlar (ayda 3 kereye kadar)

5=günlük ya da haftalık epizodlar

(ayda 4 ya da daha fazla)

120. Başka kişilerin size farklı isimlerle hitap
ettikleri oldu mu? (Lakap ya da evlilik nedeniyle
olan soyadı değişiklikleri hariç).

BELİRTİNİZ

? 1 3 4

EVET İSE: Diğer isimler nelerdir?

121. Bu durum ne sıklıkta oldu?

Farklı İsimlerin Sıklığı

? 1 2 3 4 5

?=belli değil

1=nadiren (toplam 4 ayrı epizod)

2=zaman zaman (yılda 4 epizoda kadar)

3=sık sık (yılda 5 ya da daha fazla epizod)

4=aylık epizodlar (ayda 3 kereye kadar)

5=günlük ya da haftalık epizodlar

(ayda 4 ya da daha fazla)

122. Eşyalarınız arasında sizin
olması gereken, fakat aldığınızı
hatırlamadığınız şeyler (örn.,
ayakkabılar) bulduğunuz oldu mu?

*Örnek: Denek kendi odasında elbiseler
bulur ve onların oraya nasıl geldiğinin
farkında değildir. Kişi bu elbiselerin
her zaman giydiği elbiselere
benzemediğini belirtir.*

? 1 3 4

**EVET İSE: Eşyalarınız arasında
neler buldunuz?**

123. Bu durum ne sıklıkta oldu?

Sıklık

? 1 2 3 4 5

?=belli değil

1=nadiren (toplam 4 ayrı epizod)

2=zaman zaman (yılda 4 epizoda kadar)

3=sık sık (yılda 5 ya da daha fazla epizod)

4=aylık epizodlar (ayda 3 kereye kadar)

5=günlük ya da haftalık epizodlar

(ayda 4 ya da daha fazla)

124. Sanki cin, şeytan ya da benzeri
bir şeyin tutulmasına uğradığınızı
(sizi yönettiğini) hissettiğiniz
oldu mu?

Posesyon (Tutulma) Hissi

? 1 3 4

EVET İSE : Bu nasıl bir durumdu?

**Kimin (ya da neyin) tutulmasına uğradığınızı
hissettiniz? (Bu durum ne sıklıkta oldu?)**

*125. (Kimlik değişimi semptomları)
olduğunda en fazla ne kadar sürüyor?

?=zaman aralığı belirsiz

? 1 2 3 4 5 6 7

1=dakikalar

2=saatler

3=bir günden az

4=günler

5=haftalar

6=aylar

7=yıllar

*126. (Kimlik değişimi semptomları)
olduğunda ilk kez kaç yaşındaydınız?

Başlangıç Yaşı

? 1 2 3 4 5

?=başlangıç yaşı belli değil

1=erken çocukluk döneminde (6 yaşına kadar)

2=çocukluk döneminde (7 - 12 yaşları)

3=adolesan döneminde (13 - 19 yaşları)

4=genç erişkin (20 - 30 yaşları)

5=erişkin (31 yaş üzeri)

*127. (Kimlik değişimi semptomları)
en son olduğunda kaç yaşındaydınız?

Son Epizoddaki Yaş

? 1 2 3 4 5

?=belli değil

1=erken çocukluk döneminde (6 yaşına kadar)

2=çocukluk döneminde (7 - 12 yaşları)

3=adolesan döneminde (13 - 19 yaşları)

4=genç erişkin (20 - 30 yaşları)

5=erişkin (31 yaş üzeri)

*128.

Son Epizodu Derecelendiriniz.

? 1 2

?=kimlik değişimi geçen yıldan önce oldu

1=kimlik değişimi geçen yıl içinde oldu

2=kimlik değişimi geçen ay içinde oldu.

**Kimlik Konfüzyonu ve Kimlik Değişimi-
Organik Etiyolojili Dışlayınız.**

129. (Kimlik değişim semptomları) olduğunda
bu durum insanlarla ilişkilerinizi ya da
çalışmanızı olumsuz etkiledi mi?

? 1 3 4

EVET İSE: İnsanlarla ilişkilerinizi
nasıl olumsuz etkiledi? Çalışmanızı
nasıl olumsuz etkiledi?

BELİRTİNİZ

130. (Kimlik değişimi semptomları) nın stresle
bir ilişkisi var mıydı ?

? 1 2 3

?= Belli değil

1= Nadiren stresle ilişkili

2=Bazan stresle ilişkili

3=Genellikle stresle ilişkili

131. (Kimlik değişimi semptomları)
olduğunda bu durum sizde rahatsızlığa
(ya da sıkıntıya) yol açıyor mu?

? 1 2 3

?= Belli değil

1= Nadiren sıkıntıya sokar

2= Bazan sıkıntıya sokar

3= Genellikle sıkıntıya sokar

KİŞİ BELİRGİN KİMLİK KONFÜZYONU YA DA DEĞİŞİMİ YAŞAMIŞSA VE UYUŞTURUCU MADDE YA DA ALKOL KULLANIM ÖYKÜSÜ VARSA, 132 VE 133. SORULARI SORUNUZ.

KİŞİ UYUŞTURUCU MADDE YA DA ALKOL KÖTÜYE KULLANIM ÖYKÜSÜ BİLDİRMİYORSA 28. SAYFAYA ATLAYINIZ (İKİNCİL BELİRTİLER BÖLÜMÜ).

*132. (Kimlik konfüzyonunun ve kimlik değişiminin belirtilen semptomları) olmasından hemen önce uyuşturucu madde ya da alkol almış mıydınız?

**Organik Etiyolojiyi Dışlayınız-
Kimlik Kargaşası ve Kimlik Değişimi**

? 1 3 4

EVET İSE:

*133. Uyuşturucu madde ya da alkol almadığınız halde (kimlik konfüzyonunun ve kimlik değişiminin belirtilen semptomları) hiç oldu mu?

? 1 3 4

KİMLİK BOZUKLUĞUNUN İKİNCİL BELİRTİLERİ

134. Ruh halinizin nedensiz olarak
hızla değiştiği hiç oldu mu?

Duygudurum Değişiklikleri

? 1 3 4

(Hiç ruh halinizin birdenbire değiştiğini
söyleyen oldu mu?)

EVET İSE: Bu nasıl bir durumdu?
Bu durum ne sıklıkta olur?

BELİRTİNİZ.

135. İş görme kapasitenizde ya da
yeteneklerinizde hızlı değişiklikler
olduğunu farkettiğiniz (ya da size
böyle söylendiği) hiç oldu mu?

**İşlev Düzeyinde
Hızlı Değişme**

? 1 3 4

EVET İSE: Bu nasıl bir durumdu?
Bu durum ne sıklıkta olur?

136. Sanki geçmişte yaşıyormuşsunuz
gibi hissettiğiniz hiç oldu mu?
(Sanki geçmiş şimdiki zamanda
yeniden yaşıyormuşsunuz gibi
hissettiğiniz hiç oldu mu?)

Yaş Regresyonu ve Flashbackler

? 1 3 4

Yaş regresyonu= "Geçmiş sanki şimdiki
zamanda cereyan ediyormuş gibi yeniden
yaşama, yaşa uygun kelimeler, zihinsel
içerik ve duygulanımla birlikte" (Spiegel
ve Rosenfeld, 1984, s.522).

EVET İSE: Bu nasıl bir durumdu?

137. Bu durum ne sıklıkta olur?

Sıklık

? 1 2 3 4 5

?=belli değil

1=nadiren (toplam 4 ayrı epizod)

2=zaman zaman (yılda 4 epizoda kadar)

3=sık sık (yılda 5 ya da daha fazla epizod)

4=aylık epizodlar (ayda 3 kereye kadar)

5=günlük ya da haftalık epizodlar

(ayda 4 ya da daha fazla)

138. Hiç kendi kendinizle konuş-
tuğunuz ya da kendi kendinizle
tartıştığınız oldu mu?

İç Diyaloglar/Sesler

? 1 3 4

EVET İSE: Bu nasıl bir durumdu?
Neler konuşuluyor?

BELİRTİNİZ

138. SORUYA EVET YANITI ALINDI İSE , 139. SORUYLA DEVAM EDİNİZ. YANIT HAYIR İSE
BU BÖLÜM SONA ERMİŞTİR

139. İçinizden kendi kendinizle konuştuğunuz olur mu?

? 1 3 4

140. Sesli olarak kendi kendinizle konuştuğunuz olur mu?
(Bu konuşmaları yüksek sesle mi yapıyorsunuz?)

? 1 3 4

141. Hiç kendi kendinizle karşılıklı yazışma
yaptığınız oldu mu?

? 1 3 4

EĞER EVET İSE:

*142. Hiç el yazınızın birden değiştiği oldu mu?

? 1 3 4

143. Kendi kendinizle karşılıklı konuşmalar ne sıklıkta oluyor?

Diyalogların Sıklığı

? 1 2 3 4 5

?=belli değil

1=nadiren (toplam 4 ayrı episod)

2=zaman zaman (yılda 4 epizoda kadar)

3=sık sık (yılda 5 ya da daha fazla epizod)

4=aylık epizodlar (ayda 3 kereye kadar)

5=günlük ya da haftalık epizodlar

(ayda 4 ya da daha fazla)

144. Bu karşılıklı konuşmalar ses duymaya benziyor mu?

? 1 3 4

(Konuşan her iki tarafı da duyabiliyor musunuz?)

(Bu konuşmalar işitilebilir türden mi?)

145. Bu konuşmalar düşünceye benziyor mu?

? 1 3 4

*146. Bütün bunlar sanki (dışarıda değil de)

kafanızın içinde oluyormuş gibi mi hissediliyor?

? 1 2 3

?=belirsiz

1=genellikle dışarda

2=hem içerde hem dışarda

3=genellikle içeride

*147. Bu konuşmaların stresli ortamlarla bir ilişkisi var mı?

? 1 2 3

?=belirsiz

1=genellikle strese ilgilidir

2=bazen strese ilgilidir

3=nadiren strese ilgilidir

*148. (Belirtilen diyalog semptomları) olduğunda bu durum sizde rahatsızlığa (ya da sıkıntıya) yol açıyor mu?

? 1 2 3

?=belirsiz

1=genellikle sıkıntı veriyor

2=bazen sıkıntı veriyor

3=nadiren sıkıntı veriyor

149. Aynı anda birden fazla konuşma ya da tartışma olabiliyor mu?

? 1 3 4

(İçinizden ya da sesli olarak, aynı anda birden

fazla karşılıklı konuşma)

EĞER EVET İSE:Bu nasıl bir durumdu?

149. SORUYA EVET YANITI VERİLDİYSE 150.SORU İLE DEVAM EDİNİZ.

EĞER YANIT HAYIR İSE 31. SAYFAYA ATLAYINIZ (DEVAM BÖLÜMLERİNE).

*150. Bu karşılıklı konuşmalar ses duymaya benziyor mu?

? 1 3 4

*151.Bu karşılıklı konuşmalar düşünceye benziyor mu?

? 1 3 4

*152. Bunlar sanki (dışarıda değil de)
kafanızın içinde gibi mi hissediliyor?

?=belirsiz
1=genellikle dışarıda
2=hem içeride hem dışarda
3=genellikle içeride

? 1 2 3

*153. Bu karşılıklı konuşmalar sessiz mi?

? 1 3 4

*154. Bu karşılıklı konuşmalar yüksek sesle midir?

? 1 3 4

*155. Bu karşılıklı konuşmalar yazılı olarak mı
yapılıyor?

? 1 3 4

*156. Bu karşılıklı konuşmalar (aynı
anda olan) ne sıklıkta oluyor?

Eşzamanlı Diyalogların Sıklığı

? 1 2 3 4 5

?=belli değil

1=nadiren (toplam 4 ayrı epizot)

2=zaman zaman (yılda 4 epizota kadar)

3=sık sık (yılda 5 ya da daha fazla epizot)

4=aylık epizotlar (ayda 3 kereye kadar)

5=günlük ya da haftalık epizotlar
(ayda 4 ya da daha fazla)

*157. Bu karşılıklı konuşmaların
stresle bir ilişkisi var mı?

?= Yeterli bilgi yok

? 1 2 3

1=Genellikle stresle ilişkilidir

2=Bazen stresle ilişkilidir

3=Nadiren stresle ilişkilidir

*158. (Eşzamanlı diyalogların belir-
tilen semptomları) olduğunda bu
durum sizde rahatsızlığa
(ya da sıkıntıya) yol açıyor mu?

?= Belirsiz

? 1 2 3

!=Genellikle sıkıntı yaratır

2= Bazen sıkıntı yaratır

3=Nadiren sıkıntı yaratır

DEVAM BÖLÜMÜ: KİMLİK KONFÜZYONU VE KİMLİK DEĞİŞİMİ

Çoğul Kişilik Bozukluğu (Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu) ve Başka Türlü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozuklukta görülen kimlik sorunları bu bölümde ele alınmaya devam etmektedir.

Eğer denek görüşme boyunca aşağıdaki semptom alanlarından birini ilgilendiren bir belirti ifade etmemişse devam bölümlerinin uygulanmasına gerek yoktur ve görüşme burada sonlandırılır.

Eğer denek aşağıdaki semptom alanlarından birini ilgilendiren, klinik bakımdan anlamlı bir yaratı vermiş ise o bölümden devam ediniz. Aşağıda SCID-D nin önceki maddeleri ile bağlantılı dokuz semptom alanı yer almaktadır. Bu semptomlardan en çok görülenleri ilgilendiren devam bölümünü ya da bölümlerini seçiniz. İki devam bölümünden fazlasını uygulamak gereksizdir.

Semptom alanı/devam bölümü	Başlangıçtaki sorular	Devam soruları	Sayfa
Kimlik konfüzyonu	101-112	159-169	32
Hızlı duygudurum değişiklikleri	134	170 -180	34
Depersonalizasyon	38-77	181-191	36
Farklı isimler	118-121	192-201	38
İç diyaloglar	138-158	202-211	40
Çocuk Parça	113	212-222	42
Yaş regresyonu ve flaşbek	136-137	223-233	44
Farklı kişi	114-117	234-244	46
Fosasyon hissi	124	245-258	48

Devam Bölümü: Kimlik Konfüzyonu

Kimlik Bozukluğunun İleri Değerlendirilmesi

Daha önce, gerçekte kim olduğunuz konusunda sanki içinde olduğunuz bir mücadele olduğunu hissettiğinizi belirtmiştiniz. Bu konuda daha geniş bilgi verebilir misiniz? (Bu mücadelenin tarafları nelerdir?)

BELİRTİNİZ:

159. Sanki bu mücadele davranış ya da konuşmalarınızı kontrolü altına alıyor gibi geliyor mu?

? 1 3 4

(Bu mücadelenin hiç davranış ya da konuşmalarınızı yönettiği oldu mu?)

EVET İSE: Bu nasıl bir durumdu?

BELİRTİNİZ:

160. Kendinizin _____ (İSİM YA DA "MÜCADELE EDEN TARAFLAR") ile ilgili bir görüntüsü gözünüzün önüne geliyor mu?

? 1 3 4

EVET İSE: Gözünüzün önüne gelen nasıl bir görüntü ?

BELİRTİNİZ:

161. Mücadele eden tarafların belirli bir yaşı var mı?

? 1 3 4

EVET İSE: Kaç yaşındalar?

YAŞ:

162. Mücadele eden tarafların belirli isimleri var mı?

? 1 3 4

EVET İSE:

163. Bu isimler nelerdir?

Derecelendirme

? 1 2 3 4

?= belirsiz

1= 1 ya da daha fazla lakabı var

2= 1 başka ismi var (kendi isminden farklıdır, lakap değildir)

3= 2-5 başka ismi var

4=6 ya da daha fazla ismi var

164. _____ (İSİM BELİRTİNİZ
YA DA "MÜCADELE EDEN TARAFLAR"
DEYİNİZ) ile içinizden ya da sesli, yazılı ya da
sözlü karşılıklı konuşmanız hiç oldu mu?

? 1 3 4

EVET İSE: Bunlar nasıl konuşmalar ?
(Neler konuşuluyor?)

BELİRTİNİZ:

165. _____ (İSİM
BELİRTİNİZ YA DA "MÜCADELE EDEN
TARAFLAR" DEYİNİZ) konuşsa neler söyler?

BELİRTİNİZ:

DENEĞİN ÖNCEKİ YANITLARI KİMLİK BOZUKLUĞUNA İŞARET EDİYORSA 166. SORUDAN
DEVAM EDİNİZ.

KİMLİK BOZUKLUĞU İŞARETİ YOKSA BU BÖLÜMÜ BURADA
SONLANDIRINIZ.

166. Bu mücadelenin taraflarından biri doktorunuzla
kendisi konuşabilir mi?

? 1 3 4

167. Mücadele eden taraflardan her biri farklı anılara,
davranışlara ya da duygulara sahip midir?

?=belirsiz

? 1 3 4

1=farklı değil

2=farklı olabilir

3=farklıdır

EVET İSE: Ne gibi farklar vardır?

168. Mücadele eden tarafların her biri kendisini
kişiliğinin bir parçası olarak mı hissetmektedir,
yoksa ayrı mı?

?=belirsiz

? 1 3 4

1=onun kişiliğinin parçasıdır

2=bazen ayrı hisseder, bazen değil

3=ayrı hissetmektedir

169. Özet: Kimlik Konfüzyonu ve
Kimlik Değişimi

?=Bilgi yetersizdir

? 1 2 3

1=mücadele eden taraflar ayrı

kişilik durumları değildir

2=ayrı kişilik durumları şüphesi

var

3=ayrı kişilik durumlarının varlığı
kuvvetle olası (yani isim,yaş,
davranış, yetenekler vb. var).

-Bölüm Sonu-

DİSSOSİYATİF BOZUKLUĞUN VAR YA DA YOK OLDUĞU KESİNLEŞTİYSE
GÖRÜŞMEYİ BURADA SONLANDIRABİLİRSİNİZ. AKSİ HALDE, 31. SAYFA-
DAKİ LİSTEDE GÖSTERİLEN DEVAM BÖLÜMLERİNDEN BİRİNİ UYGULAYINIZ.

GÖRÜŞMEYİ BURADA SONLANDIRMAYA KARAR VERDİYSENİZ GÖRÜŞME SONRASI
DEĞERLENDİRMEYİ YAPINIZ. (51.SAYFADAN BAŞLAMAKTADIR).

Devam Bölümü: Hızlı Duygudurum Değişiklikleri

Kimlik Bozukluğunun İleri Değerlendirilmesi

Daha önce ruh halinizin hızla değişebildiğini söylemişsiniz. Bu konuda daha geniş bilgi verebilir misiniz?

BELİRTİNİZ:

170. Bu ruh hallerinizin davranış ya da konuşmalarınızı kontrolü altına aldığı olur mu?

Çoğul Kişilik Bozukluğu olan hastalar isim ya da sembol kullanarak farklı kişiliklerini dile getirebilirler. Bunları "ruh hali" olarak da adlandırmaları olasıdır (APA Advisory Committee for Dissociative Disorders, 1986).

? 1 3 4

171. Kendinizin _____ (ruh halinin adı ya da tanımı) ile ilgili bir görüntüsü gözünüzün önüne geliyor mu?

? 1 3 4

EVET İSE: Bu nasıl bir görünüm?

BELİRTİNİZ:

172. Bu ruh hallerinin ilişkili olduğu bir yaş var mı?

? 1 3 4

EVET İSE: Kaç yaş?

YAŞ:

173. Bu ruh halleri ile ilişkili bir isim var mı?

? 1 3 4

EVET İSE:

174. Bu isim(ler) nedir?

Derecelendirme

? 1 2 3 4

?=belirsiz

1=1 ya da daha fazla lakabı var

2=1 başka ismi var (kendi isminden farklıdır, lakap değildir)

3=2-5 tane başka ismi var

4=6 ya da daha fazla ismi var.

175. _____ (ruh halinin ismi ya da tanımı) ile içinizden ya da yüksek sesle, sızlı ya da yazılı karşılıklı konuşmanız hiç oldu mu?

? 1 3 4

EVET İSE: Bu konuşmalar nelerdi ?

BELİRTİNİZ:

176. _____ (ruh halinin ismi ya da tanımı) konuşsa ne söyler?

BELİRTİNİZ:

DENEĞİN ÖNCEKİ YANITLARI KİMLİK BOZUKLUĞUNA İŞARET EDİYORSA

177. SORUDAN DEVAM EDİNİZ. KİMLİK BOZUKLUĞUNA İŞARET EDEN BİR BULGU YOKSA BU BÖLÜMÜ BURADA SONLANDIRINIZ.

177. _____ (ruh halinin ismi ya da tanımı)
doktorunuzla kendisi konuşabilir mi?

? 1 3 4

178. _____
(ruh halinin ismi ya da tanımı) ile ilişkili
her bir yanınız sizinkinden farklı anılara,
davranışlara ya da duygulara sahip midir?

? = belirsiz

? 1 2 3

1 = farklı değil

2 = farklı olabilir

3 = farklıdır

EYET İSE: Ne gibi farklar vardır?

179. _____
(ruh halinin ismi ya da tanımı) ile ilişkili her
bir yanınız kendisini kişiliğinizin bir parçası
olarak mı hissetmektedir, yoksa ayrı mı?
3 = ayrı hissetmektedir

? = belirsiz

? 1 2 3

1 = ayrı hissetmemektedir

2 = bazen ayrı hissetmekte.

bazan değil

180. Özet: Kimlik Konfüzyonu ve Kimlik
Değişimi

? = yetersiz bilgi

? 1 2 3

1 = farklı duygudurumlar ayrı

kişilik durumları değildir

2 = ayrı kişilik durumlarından
kuşulanılmaktadır.

3 = ayrı kişilik durumları olduğu
anlaşılmaktadır (yani ismi, yaşı,
davranışları, yetenekleri v.b. vardır).

-Bölüm Sonu-

DİSSOSİYATİF BOZUKLUK OLUP OLMADIĞININ KESİNLEŞMESİ HALİNDE
GÖRÜŞMEYİ BURADA SONLANDIRABİLİRSİNİZ. EĞER KESİNLEŞMEDİ
İSE 31. SAYFADAKİ LİSTEDE YER ALAN DEVAM BÖLÜMLERİNDEN BİRİNİ
DAHA UYGULAYINIZ.

GÖRÜŞMEYİ BURADA SONLANDIRMAYA KARAR VERDİYSENİZ GÖRÜŞME SONRASI
DERECELENDİRMELERİ TAMAMLAYINIZ
(51. SAYFADAN BAŞLAYARAK).

Devam Bölümü: Depersonalizasyon

Kimlik Bozukluğunun İleri Değerlendirilmesi

Kendinizi vücudunuzun dışında gördüğünüz durumlar olduğundan söz etmişsiniz.

Bu konuda daha fazla bilgi verir misiniz?

BELİRTİNİZ:

181. Kendinizi vücudunuzun dışında gördüğünüzde nasıl görüyorsunuz?

BELİRTİNİZ

? 1 3 4

(Gözünüzün önüne gelen görünüm nasıl ?)
Başkalarının da görüntülerinin gözünüzün önüne geldiği hiç oluyor mu?

BELİRTİNİZ

182. Kendinizi belirli bir yaşta gördüğünüz hiç oluyor mu?

? 1 3 4

EVET İSE: Hangi yaşta?

YAŞ:

183. Gördüğünüz kendi görüntünüzün bir ismi var mı?

? 1 3 4

EVET İSE:

184. Bu isim (ya da isimler) nedir?

Derecelendirmeler

? 1 2 3 4

?= belirsiz

1=1 ya da daha fazla lakabı vardır?

2=1 başka ismi vardır

(kendi isminden farklıdır ve lakap değildir)

3=2-5 başka ismi vardır

4= 6 ya da daha fazla ismi vardır.

185. Sanki _____ (kendinin dışında görülen kişinin tanımı) davranış ya da konuşmalarını kontrolü altına alıyor gibi geliyor mu?

? 1 3 4

186. Kendinizi kendinizin dışında gördüğünüzde kendi kendinizle içinizden ya da sesli olarak konuştuğunuz olur mu?

? 1 3 4

(Bu durum [depersonalizasyon epizodu] sırasında kendi kendinizle içinizden ya da sesli, yazılı ya da sözlü olarak karşılıklı konuştuğunuz oldu mu?)

EVET İSE: Bu karşılıklı konuşmalar nasıl?
(Ne konuda konuşuluyor?)

BELİRTİNİZ:

187. Eğer _____ ["BEDENİN
DIŞINDA GÖRÜLEN KİŞİ" NİN ADINI
KULLANINIZ] konuşa ne söyler?

BELİRTİNİZ:

DENEĞİN ÖNCEKİ YANITLARI KİMLİK BOZUKLUĞU DÜŞÜNDÜRÜYORSA
188. SORU İLE DEVAM EDİNİZ.

KİMLİK BOZUKLUĞU YÖNÜNDE BULGU YOKSA BU BÖLÜME BURADA
SON VERİNİZ.

188. Vücudunuzun dışında gördüğünüz yanınız
doktorunuzla kendisi konuşabilir mi?

? 1 3 4

EVET İSE: Ne söyler?
Bu konudaki hissiniz nedir?

189. Gözünüzde vücudunuzun dışında olarak
canlandırdığınız yanınız sizinkinden farklı hatıralara,
davranışlara, ya da duygulara sahip midir?

?= Belirsiz
1= Farklı değildir
2=Farklı olabilir
3=Farklıdır

? 1 2 3

EVET İSE: Ne gibi farklar vardır?

190. Vücudunuzun dışında gördüğünüz yanınız
kendisini kişiliğinizin bir parçası olarak mı
hissetmektedir ,yoksa ayrı mı ?

?=Belirsiz
1=Kişiliğinizin parçası olarak
2=Bazan ayrı hisseder bazan değil
3=Ayrı hissetmektedir

? 1 2 3

191. Özet: Kimlik Konfüzyonu
ve Kimlik Değişimi

?= Yetersiz bilgi
1= Aynı kişilik durumları yoktur
2=Aynı kişilik durumları kuşkusuz
3= Aynı kişilik durumlarının var olduğu
anlaşılmaktadır (örn.. isim, yaş,
davranış, beceriler vb.)

? 1 2 3

-Bölüm Sonu-

DISSOSİYATİF BOZUKLUĞUN VAR OLDUĞU YA DA OLMADIĞI KESİN OLARAK
ANLAŞILDIYSA GÖRÜŞMEYİ BURADA SONLANDIRABİLİRSİNİZ. AKSİ HALDE, 31.
SAYFADAKİ LİSTEDEN BİR BAŞKA DEVAM BÖLÜMÜ DAHA UYGULAYINIZ.

GÖRÜŞMEYİ BURADA SONLANDIRMAYI SEÇTİYSENİZ GÖRÜŞME SONRASI
DERECELENDİRMİYİ YAPINIZ (51.SAYFADAN BAŞLAYARAK).

Devam Bölümü: Farklı İsimler

Kimlik Bozukluğunun İleri Değerlendirilmesi

192. Kendinizle ilgili olarak farklı isimlerden (ya da başka insanların size farklı isimlerle hitap ettiğinden) söz etmişsiniz.

Bu adlar nelerdir?

Derecelendirmeler

? 1 2 3 4

?=belli değil

1=1 ya da daha fazla lakap var

2=1 başka adı var (kendi adından farklıdır, lakap değildir)

3=2-5 tane başka adı var

4=6 ya da daha fazla adı var.

193. _____ [ADLARI SAYINIZ]

? 1 3 4

davranış ya da konuşmalarınızı kontrolü altına alıyor gibi geliyor mu?

Çoğul kişilik bozukluğu hastaları farklı kişiliklerinden isim ya da sembol kullanarak söz edebilirler

(APA Advisory Committee for Dissociative Disorders, 1986 ve DSM-III-R, 1987).

EVET İSE: Bu nasıl bir durum?

194. _____ [ADLARI SAYINIZ] ı

? 1 3 4

gözünüzün önüne getirebiliyor musunuz?

EVET İSE: Görünümü nasıldır?

BELİRTİNİZ

195. _____ [ADLARI SAYINIZ] ı

? 1 3 4

düşündüğünüzde aklınızda belirli bir yaş oluyor mu?

(_____ [ADLARI SAYINIZ] ın belirli bir yaşı var mı?)

EVET İSE: Kaç yaşında?

YAŞ:

196. _____ [ADLARI SAYINIZ] ile içinizden ya da sesli olarak konuştuğunuz olur mu?

? 1 3 4

(_____ [ADLARI SAYINIZ] ile içinizden ya da sesli , yazılı ya da sözlü olarak karşılıklı konuştuğunuz hiç oldu mu?)

EVET İSE: Bu konuşmalar nasıl?

BELİRTİNİZ

(Ne konuşuluyor?)

197. _____ [HER DEFA SINDA BİR İSİM SÖYLEYİNİZ] konuşsa ne söyler?

BELİRTİNİZ

DENEĞİN YANITLARI KİMLİK BOZUKLUĞU DÜŞÜNDÜRÜYORSA
198. SORUDAN DEVAM EDİNİZ.

KİMLİK BOZUKLUĞU DÜŞÜNDÜREN BULGU YOKSA BU BÖLÜMÜ
BURADA SONLANDIRINIZ.

198. _____ [İSİM VERİNİZ] doktorunuzla
kendisi konuşabilir mi?

? 1 3 4

EVET İSE: Bu konuda ne hissediyorsunuz?

199. _____ [İSİM VERİNİZ] 'ın hatıraları,
davranışları ya da duyguları sizinkilerden farklı mıdır?

? 1 2 3

?=belirsiz
1=farklı değil
2=farklı olabilir
3=farklıdır

EVET İSE:Ne gibi farklar vardır?

200. _____ [İSİM VERİNİZ] kendisini
kişiliğinin bir parçası olarak mı hissetmektedir,
yoksa ayrı mı ?

? 1 2 3

?=belirsiz
1=kişiliğinin parçası olarak
hissetmektedir
2=bazen ayrı hisseder bazan değil
3=ayrı hissetmektedir

201. **Özet: Kimlik Konfüzyonu ve
Kimlik Değişimi**

? 1 2 3

?=yetersiz bilgi
1=farklı isimler ayrı kişilik durumları
değildir.
2= ayrı kişilik durumları şüphesi
3=ayrı kişilik durumları olduğu
anlaşıyor (örn. adı, yaşı, davranış-
ları, becerileri vb. var)

-Bölüm Sonu-

DISSOSİYATİF BOZUKLUĞUN OLDUĞU YA DA OLMADIĞI BELİRLENDİYSE GÖRÜŞMEYİ
BURADA SONLANDIRABİLİRSİNİZ. AKSİ HALDE, 31. SAYFADAKİ LİSTEDEN BAŞKA BİR
DEVAM BÖLÜMÜ DAHA UYGULAYINIZ.

GÖRÜŞMEYİ BURADA SONLANDIRIYORSANIZ GÖRÜŞME SONRASI DERECELENDİRMEYİ
YAPINIZ (31.SAYFADAN BAŞLAMAKTADIR).

Devam Bölümü: İç Diyaloglar

Kimlik Bozukluğunun İleri Değerlendirilmesi

Kendi kendinizle konuşmalarınız olduğundan söz etmişsiniz. Bu konuda daha geniş bilgi verebilir misiniz? (Ne konuşulmaktadır?)

BELİRTİNİZ

202. İçinizdeki konuşmaların (ya da seslerin) davranışlarınızı ya da konuşmalarınızı kontrolü altına aldığı olur mu?

? 1 3 4

EVET İSE: Bu nasıl bir durum?

BELİRTİNİZ

203. Kendinizin [DENEK DİYALOGLARI NASIL ADLANDIRIYORSA ÖYLE BELİRTİNİZ YA DA "İÇİNİZDEKİ KONUŞMALAR" DEYİNİZ] ile ilgili bir görüntüsü gözünüzün önüne geliyor mu?

? 1 3 4

EVET İSE: Bu nasıl bir görüntü?

BELİRTİNİZ

204. İçinizdeki konuşmalarla ilişkili bir yaş var mı?

? 1 3 4

EVET İSE: Kaç yaş?

YAŞ:

205. İçinizdeki konuşmaların isimleri var mı?

? 1 3 4

EVET İSE:

206. Bu isimler nelerdir?

Derecelendirmeler

? 1 2 3 4

?=belli değil

1=1 ya da daha fazla lakabı var

2=1 başka adı var (kendi adından farklıdır, lakap değildir)

3=2-5 tane başka adı var

4=6 ya da daha fazla adı var.

207. [DENEK DİYALOGLARI NASIL ADLANDIRIYORSA ÖYLE BELİRTİNİZ YA DA "İÇİNİZDEKİ KONUŞMALAR" DEYİNİZ] yüksek sesle olsa neler söylenirdi ?

BELİRTİNİZ

DENEĞİN ÖNCEKİ YANITLARI KİMLİK BOZUKLUĞU DÜŞÜNDÜRÜYORSA
208. SORU İLE DEVAM EDİNİZ.

KİMLİK BOZUKLUĞU YÖNÜNDE BULGU YOKSA BU BÖLÜMÜ BURADA SONLANDIRINIZ.

208.

? 1 3 4

[DENEK DİYALOGLARI NASIL ADLANDIRIYORSA
ÖYLE BELİRTİNİZ YA DA "İÇİNİZDEKİ KONUŞMALAR"
DEYİNİZ] kendileri doktorunuzla konuşabilir mi?

209.

?=belirsiz

[DENEK DİYALOGLARI NASIL ADLANDIRIYORSA
ÖYLE BELİRTİNİZ YA DA "İÇİNİZDEKİ KONUŞMALAR"
DEYİNİZ] ın sizinkinden farklı anıları, davranışları ya da
duyguları var gibi hissediyor musunuz?

1=farklı değil

2=farklı olabilir

3=farklıdır

EVET İSE:Ne gibi farklar var?

210. İçinizdeki konuşmalar kendilerini kişiliğinizin
bir parçası gibi mi hissetmekte yoksa ayrı mı?

? 1 2 3

?=belirsiz

1=kişiliğinizin parçası

2=bazen ayrı hisseder bazan
değil

3=ayrı hissetmektedir

211. Özet: Kimlik Konfüzyonu ve
Kimlik Değişimi

? 1 2 3

?=yetersiz bilgi

1=diyalogun tarafları ayrı kişilik durumları değildir.

2=ayrı kişilik durumları kuşkusuz

3=ayrı kişilik durumları olduğu anlaşıyor

(örn.. adı, yaşı, davranışları, becerileri vb. var)

-Bölüm Sonu-

DISSOSİYATİF BOZUKLUĞUN OLUP OLMADIĞI ANLAŞILDIYSA GÖRÜŞMEYİ
BURADA SONLANDIRABİLİRSİNİZ. AKŞİ HALDE, 31. SAYFADAKİ LİSTEDEN
BİR BAŞKA DEVAM BÖLÜMÜ DAHA SEÇEREK UYGULAYINIZ.

GÖRÜŞMEYİ BURADA SONLANDIRMAYA KARAR VERDİYSENİZ GÖRÜŞME SONRASI
DERECELENDİRMEYİ TAMAMLAYINIZ
(51.SAYFADAN BAŞLAMAKTADIR).

Devam Bölümü: Çocuk Parça

Kimlik Bozukluğunun İleri Değertendirilmesi

Çocuk gibi olan bir parçanız olduğundan daha önce söz etmişsiniz.

Bu konuda biraz daha bilgi verebilir misiniz?
(Bu parçayı anlatabilir misiniz?)

BELİRTİNİZ:

212. Bu çocuk parça sizin davranışlarınızı
ya da konuşmalarınızı etkiler mi?

? 1 3 4

EVET İSE: Bu nasıl bir durum?

BELİRTİNİZ

213. Bu çocuğu gözünüzde canlandırabiliyor musunuz?
(Kendinizin _____ [DENEĞİN ÇOCUK PARÇA
İÇİN TANIMINI KULLANINIZ] ile ilişkili bir görüntüsü
gözünüzün önüne geliyor mu?)

? 1 3 4

EVET İSE: Bu nasıl bir görünüm?

BELİRTİNİZ

214. Çocuk parçayı düşündüğünüzde belirli bir
yaş söz konusu mu?

? 1 3 4

EVET İSE: Kaç yaş?

YAŞ:

215. Kendinizin bu parçası ile ilişkili bulduğunuz
bir isim (ya da isimler) var mı?

? 1 3 4

EVET İSE:

216. Bu isimler nelerdir?

Derecelendirmeler

? 1 2 3 4

?=belli değil

1=1 ya da daha fazla lakabı var

2=1 başka adı var (kendi adından

farklıdır, lakap değildir)

3=2-5 tane başka adı var

4=6 ya da daha fazla adı var.

217. Çocuk parça ile içinizden ya da yüksek
sesle konuşur musunuz?

? 1 3 4

(_____ [DENEĞİN ÇOCUK
PARÇA İÇİN KULLANDIĞI İFADE] ile
içinizden ya da yüksek sesle, sözlü ya da yazılı
olarak karşılıklı konuşmanız oldu mu)?

EVET İSE: Bunlar ne gibi konuşmalar?
(Neler konuşuluyor?)

BELİRTİNİZ:

218. _____ (DENEĞİN
ÇOCUK PARÇA İÇİN KULLANDIĞI
İFADE) konuşsa neler söyler?

BELİRTİNİZ:

DENEĞİN ŞİMDİYE KADARKİ YANITLARI KİMLİK BOZUKLUĞU DÜŞÜNDÜRÜYORSA, 219. SORU İLE DEVAM EDİNİZ.

KİMLİK BOZUKLUĞU DÜŞÜNDÜRECEK BULGU YOKSA,
BU BÖLÜMÜ BURADA SONLANDIRINIZ.

219. Çocuk parça doktorunuzla kendisi
konuşabilir mi?

? 1 3 4

220. Çocuk parçanın sizinkilerden farklı
anıları, davranışları ya da duyguları var mı?

?=belli değil
1=farklı değildir
2=farklı olabilir
3=farklıdır

? 1 2 3

EVET İSE: Ne gibi farklar var?

221.Çocuk parçanız kendisini kişiliğinizin bir
parçası olarak mı hissetmektedir yoksa ayrı mı?

?=belli değil
1=kişiliğinin parçası
2=bazan ayrı hisseder bazan
hissetmez
3=ayrı hissediyor

? 1 2 3

222. **Özet: Kimlik Konflizyonu**
ve **Kimlik Değişimi**

?=yetersiz bilgi
1=çocuk parçalar ayrı kişilik durumları değildir.
2=ayrı kişilik durumları olduğu şüphesi
3=ayrı kişilik durumları olduğu anlaşılıyor
(örn., adı, yaşı, davranışı, becerileri vb. var)

? 1 2 3

-Bölüm Sonu-

DISSOSİYATİF BOZUKLUĞUN VAR YA DA YOK OLDUĞU ANLAŞILDIYSA,
GÖRÜŞMEYİ BURADA SONLANDIRABİLİRSİNİZ. AKSİ HALDE, 31. SAYFADAKİ LİSTEDEN
BİR DEVAM BÖLÜMÜ DAHA UYGULAYTINIZ.

GÖRÜŞMEYİ BURADA SONLANDIRMAYA KARAR VERDİYSENİZ GÖRÜŞME SONRASI
DEĞERLENDİRMİYİ YAPINIZ (51.SAYFADAN BAŞLAYARAK).

Devam Bölümü: Yaş Regresyonu ve Flaşbekler

Kimlik Bozukluğunun İleri Değerlendirilmesi

Çoğul Kişilik Bozukluğu (Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu) ve **Başka Türü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluğu** olan kişilerde spontan yaş regresyonu görülür. Çoğul Kişilik Bozukluğu olmayan bir kişi de spontan yaş regresyonu yaşayabilir, ancak regresif durum sırasında kişisel bir kimlik hissini (adı ile çağrıldığında yanıt verir ve erişkin hali ile aynı anılara sahiptir) taşımaya devam eder. Oysa Çoğul Kişilik Bozukluğu olan kişilerde yaş regresyonu sırasında farklı kimlikler ve farklı anılar olabilir.

Flaşbekler yeniden canlanan anılar olarak yaşantılanır; genellikle geçmiş bir travmatik yaşantı yeniden canlanmaktadır. Flaşbek içersinde geçmiş olayların varsanıları, yaş regresyonu ve derealizasyon duyguları yer alabilir.

Zaman zaman sanki geçmişte yaşıyor gibi hissettiğinizden söz etmişiniz.

Bu konuda daha geniş bilgi verebilir misiniz?

BELİRTİNİZ

223. Hangi zamana geri döndünüz gibi geliyor? Geçmiş yeniden yaşıyor gibi olduğunuzda hangi yıla ve hangi yaşaıza dönüyorsunuz?

YIL:
YAŞ:

224. Geçmiş yeniden yaşıyor gibi hissettiğinizde kendinizi belirli bir biçimde gözünüzün önüne getiriyor musunuz?

? 1 3 4

EVET İSE: Gözünüzün önüne gelen görünüm nasıl?

BELİRTİNİZ:

225. Geçmiş yeniden yaşadığınız sırada belirli bir isminiz (ya da isimleriniz) oluyor mu?

? 1 3 4

EVET İSE:

226. Bu isim ya da isimler nelerdir?

Derecelendirme

? 1 2 3 4

?=belli değil

1=1 ya da daha fazla lakabı var

2=1 başka adı var (kendi adından farklıdır, lakap değildir

3=2-5 tane başka adı var

4=6 ya da daha fazla adı var.

227. Kendisini _____
(REGRESSİF YAŞ / FLAŞBEK
DURUMUNU BELİRTİNİZ) gibi
hisseden parçanız davranışlarınızı ya da
konuşmalarınızı kontrolü altına alıyor mu?

? 1 3 4

EVET İSE: Bu nasıl bir durum?

228. Geçmişini yeniden yaşadığınızı hissettiğiniz sırada kendi kendinizle içinizden ya da yüksek sesle konuştuğunuz olur mu?

? 1 3 4

EVET İSE: Bunlar ne gibi konuşmalar?
(Neler konuşuluyor?)

BELİRTİNİZ

229. Geçmişini yeniden yaşayan parçanız
[YA DA DENEĞİN FLAŞBEK DURUMU
İÇİN KULLANDIĞI TANIM] konuşsa neler söyler?

BELİRTİNİZ:

DENEĞİN ÖNCEKİ YANITLARI KİMLİK BOZUKLUĞUNUN VAR
OLDUĞU YÖNÜNDE İSE 230. SORU İLE DEVAM EDİNİZ.

KİMLİK BOZUKLUĞU YÖNÜNDE BULGU YOKSA BU BÖLÜMÜ SONLANDIRINIZ.

230. [FLAŞBEK DURUMU İÇİN DENEĞİN
SEÇTİĞİ SÖZCÜKLERİ KULLANINIZ]
doktorunuzla kendisi konuşabilir mi?

? 1 3 4

231. [FLAŞBEK DURUMU İÇİN DENEĞİN
SEÇTİĞİ SÖZCÜKLERİ KULLANINIZ]
sizinkilerden farklı anıları, davranışları
ya da duyguları var mı?

? 1 2 3

?=belli değil
1=farklı değil
2=farklı olabilir
3=farklıdır

EVET İSE: Ne gibi farklar var?

232. [FLAŞBEK DURUMU İÇİN DENEĞİN
SEÇTİĞİ SÖZCÜKLERİ KULLANINIZ]
kendisini kişiliğinin bir parçası olarak
mı hissetmektedir yoksa ayrı mı ?

?=belli değil
1=kişiliğinin parçası
2=bazen ayrı hisseder, bazen değil
3=ayrı hissetmektedir

? 1 2 3

233. **Özet: Kimlik Konflizyonu
ve Kimlik Değişimi**

?=yetersiz bilgi
1=Regressif durumlar / flaşbek durumları
ayrı kişilik durumları değildir.
2=ayrı kişilik durumları kuşkusu
3=ayrı kişilik durumları olduğu
anlaşıyor. (öm., adı, yaşı, davranışı,
becerileri vb. var).

? 1 2 3

-Bölüm Sonu-

DISSOSİYATİF BOZUKLUĞUN VAR YA DA YOK OLDUĞU ANLAŞILDI İSE GÖRÜŞMEYİ
BURADA SONLANDIRABİLİRSİNİZ. AKSİ HALDE 31. SAYFADAKİ LİSTEDEN İKİNCİ BİR
DEVAM BÖLÜMÜNÜ DAHA SEÇEREK UYGULAYINIZ.

GÖRÜŞMEYİ BURADA SONLANDIRMAYI SEÇMİŞSENİZ GÖRÜŞME SONRASI
DEĞERLENDİRMİYİ YAPINIZ (51.SAYFADAN BAŞLAMAKTADIR).

Devam Bölümü: Farklı Kişi

Kimlik Bozukluğunun İleri Değerlendirilmesi

Farklı bir kişi gibi davrandığınızdan/hissettiğinizden (ya da farklı bir kişi gibi davrandığınızın söylendiğinden) söz etmişsiniz.

Bu konuda daha geniş bilgi verebilir misiniz?

BELİRTİNİZ

234. Bu kişinin davranışlarınızı ya da konuşmalarınızı kontrolü altına aldığı olur mu?

? 1 3 4

EVET İSE: Bu nasıl bir durum?

BELİRTİNİZ

235. Bu kişiyi bir biçimde gözünüzün önüne getirebiliyor musunuz?

? 1 3 4

EVET İSE: Gözünüzün önüne gelen görünüm nasıl?

BELİRTİNİZ

236. Bu başka kişiyi düşündüğünüzde belirli bir yaş söz konusu mu?

? 1 3 4

EVET İSE: Kaç yaş?

YAŞ:

237. Kendinizin bu parçasıyla ilişkili bir isim (ya da isimler) var mı?

? 1 3 4

EVET İSE:

238. Bu isim(ler) ne(ler)dir?

Derecelendirme

? 1 2 3 4

?=belli değil

1=1 veya daha fazla lakabı var

2=1 başka adı var (kendi adından farklıdır ve lakap değildir)

3=2-5 tane başka adı var

4=6 ya da daha fazla adı var.

239. _____ [DİĞER KİŞİYİ

? 1 3 4

BELİRTİNİZ | ile içinizden ya da yüksek sesle, sözlü ya da yazılı olarak konuştuğunuz hiç oldu mu?

EVET İSE: Bunlar ne gibi konuşmalar? (Neler konuşuluyor?)

BELİRTİNİZ

240. _____ [DİĞER KİŞİYİ BELİRTİNİZ
BELİRTİNİZ YA DA ADINI KULLANINIZ] konuşsa neler söyler?

DENEĞİN ÖNCEKİ YANITLARI KİMLİK BOZUKLUĞU
DÜŞÜNDÜRÜYORSA, 241. SORU İLE DEVAM EDİNİZ.

KİMLİK BOZUKLUĞU YÖNÜNDE BULGU YOKSA,
BU BÖLÜMÜ BURADA SONLANDIRINIZ.

241. _____ (DİĞER KİŞİYİ
BELİRTİNİZ YA DA ADINI KULLANINIZ)
doktorunuzla kendisi konuşabilir mi?

? 1 3 4

242. _____ (DİĞER KİŞİYİ
BELİRTİNİZ YA DA ADINI KULLANINIZ)'in
anımları,davranışları ya da duyguları sizinkilerden
farklı mıdır?

?=belli değil
1=farklı değildir
2=farklı olabilir
3=farklıdır

? 1 2 3

EVET İSE: Nasıl farklıdır?

243. _____ (DİĞER KİŞİYİ
BELİRTİNİZ YA DA ADINI KULLANINIZ
kendisini kişiliğinizle bir olarak mı hissetmektedir
yoksa ayrı mı?

?=belli değil
1=kişiliğinin parçasıdır
2=bazen ayrı hisseder bazen değil
3=ayrı hisseder

? 1 2 3

244. Özet: Kimlik Konfüzyonu
ve Kimlik Değişimi

?=yetersiz bilgi
1=farklı insan ayrı kişilik durumları değildir.
2=ayrı kişilik durumları kuşkusu
3=ayrı kişilik durumları olduğu anlaşılıyor
(örn., adı, yaşı, davranışı, becerileri v.b. var)

? 1 2 3

Bölüm Sonu

DİSSOSİYATİF BOZUKLUĞUN VAR YA DA YOK OLDUĞU ANLAŞILDI İSE
GÖRÜŞMEYİ BURADA SONLANDIRABİLİRSİNİZ. AKSİ HALDE 31.SAYFADAKİ LİSTEDEN
İKİNCİ BİR DEVAM BÖLÜMÜ SEÇEREK UYGULAYINIZ.

GÖRÜŞMEYİ BURADA SONLANDIRMAYA KARAR VERDİYSENİZ GÖRÜŞME SONRASI
DEĞERLENDİRMEYİ YAPINIZ (51.SAYFADAN BAŞLAMAKTADIR).

Devam Bölümü: Poseşyon Hissi

Kimlik Bozukluğunun İleri Değerlendirilmesi

Başka bir varlığın (cin, şeytan vb.) tutulmasına uğradığınızı
(çarpılma, musallat olma, yönetme, ruhuna sahip olma, vb.)
hissettiğinizden söz etmişsiniz.

Bu konuda daha geniş bilgi verebilir misiniz?

BELİRTİNİZ:

(Kimin/neyin tutulmasına uğradığınızı hissetmişsiniz?)

245. Kendi içinizdeki bir şeyin mi
tutulmasına uğradığınızı hissettiniz
yoksa dışınızdaki bir şeyin mi?

?=belli değil ? 1 2 3
1=dışarıdan tutulma
2=hem içeriden hem dışarıdan tutulma
3=içeriden tutulma

246. Bu tutulma sırasında davranışlarınızın
ya da konuşmalarınızın kontrolünü kaybettiniz mi?

? 1 3 4

(Tutulma hissi davranışlarınızı ya
da konuşmalarınızı nasıl etkiliyor?)

EVET İSE: Bu nasıl bir durum?

BELİRTİNİZ

247. Kendinizin
("TUTULMASINA UĞRADIĞINIZI HİSSETTİĞİNİZ
PARÇA" DEYİMİNİ YA DA POSEŞYONUN
TANIMINI KULLANINIZ) ile ilgili bir görüntüsü
gözünüzün önüne geliyor mu?

? 1 3 4

EVET İSE: Gözünüzün önüne gelen
görünüm nasıl?

BELİRTİNİZ

248. Bu tutulma ile ilişkili bir yaş var mı?

? 1 3 4

EVET İSE: Kaç yaş?

YAŞ:

249. Tutulduğunuz hissettiğiniz anlarda
farklı bir adınız oluyor mu ?

? 1 3 4

(Tutulduğunuz hissettiğiniz zamanlarda
başkaları size başka bir isimle hitap ediyorlar mı?)

EVET İSE:

250. Bu isimler nelerdir?

Derecelendirme

? 1 2 3 4

?=belli değil

1=1 ya da daha fazla lakabı var

2=1 başka adı var (kendi adından farklıdır ve lakap değildir)

3=2-5 tane başka adı var

4=6 veya daha fazla adı var.

251. Tutulduğunuz hissettiğiniz zamanlarda içinizden ya da yüksek sesle, kendi kendinize konuştuğunuz hiç olur mu?

? 1 3 4

EVET İSE: Bunlar ne gibi konuşmalar?
(Neler konuşuluyor?)

BELİRTİNİZ

252. _____ [" TUTULMASINA
UĞRADIĞINIZI HİSSETTİĞİNİZ PARÇA"
İFADESİNİ YA DA POSESYONUN
TANIMINI KULLANINIZ] konuşsa neler söyler?

DENEĞİN ŞİMDİYE KADARKİ YANITLARI KİMLİK BOZUKLUĞUNU
DÜŞÜNDÜRÜYORSA, 253. SORU İLE DEVAM EDİNİZ.

KİMLİK BOZUKLUĞUNUN VAR OLDUĞU YÖNÜNDE BULGU YOKSA,
BU BÖLÜMÜ BURADA SONLANDIRINIZ

253. Tutulmasına uğradığınız parça doktorunuzla kendisi konuşabilir mi?

? 1 3 4

254. Tutulmasına uğradığınız taraf sizinkinden farklı anı, davranış ya da duygulara sahip midir?

? 1 2 3

?=belli değil

1=farklı değil

2=farklı olabilir

3=farklı

EVET İSE. Ne gibi farklar var?

255. Tutulmasına uğradığınız taraf kendisini kişiliğinizin bir parçası olarak mı hissetmektedir yoksa ayrı mı ?

? 1 2 3

?=belli değil

1=kişiliğinizin parçası

2=bazen ayrı hisseder bazen hissetmez

3=ayrı hisseder

256. Dininizde tutulmaya uğrama konusuna yer verilmekte midir?

? 1 3 4

EVET İSE: Bu konuda dininizde ne deniyor?

(Bu hissi açıklayan dini bir inancınız var mı ya da açıklama getiren her hangi bir film seyrettiniz ya da bir şey okudunuz mu?)

256a. _____ (bildirilen posesyon semptomları) olduğunda bu durum, insanlarla ilişkilerinizi ya da çalışmanızı olumsuz etkiliyor mu?

? 1 3 4

EVET İSE:İnsanlarla ilişkilerinizi nasıl olumsuz etkiliyor? Çalışmanızı nasıl olumsuz etkiliyor?

BELİRTİNİZ

256b. _____ (bildirilen posesyon semptomları) olduğunda bu durum sizde rahatsızlığa (ya da sıkıntıya) yol açıyor mu?

? 1 2 3

?= belli değil
1=nadiren sıkıntıya neden olur.
2=bazen sıkıntıya neden olur.
3=genellikle sıkıntıya neden olur.

257. Özet: Kültürel Bağlam

? 1 3

?=belli değil
1=Posesyon hissi hastanın yaşadığı kültürel ve dinsel bağlamda normatif gibi görünmektedir.
3=Posesyon hissi hastanın yaşadığı kültürel bağlamda normatif gibi görünmüyor.

258. Özet:Kimlik Konfüzyonu ve Kimlik Değişimi

? 1 2 3

?=yetersiz bilgi
1=posesyon durumları ayrı kişilik durumları değildir.
2=ayrı kişilik durumları şüphesi
3=ayrı kişilik durumları olduğu anlaşılıyor
(örn., adı, yaşı, davranışları, becerileri vb. var)

-Bölüm Sonu-

DİSSOSİYATİF BOZUKLUĞUN OLDUĞU YA DA OLMADIĞI ANLAŞILDIYSA GÖRÜŞMEYİ BURADA SONLANDIRABİLİRSİNİZ. AKSİ HALDE, 31. SAYFADAKİ LİSTEDEN BİR DEVAM BÖLÜMÜ DAHA SEÇEREK UYGULAYINIZ .

GÖRÜŞMEYİ BURADA SONLANDIRMAYA KARAR VERDİYSENİZ GÖRÜŞME SONRASI DEĞERLENDİRMELERİ YAPINIZ (31.SAYFADAN BAŞLAYARAK)

GÖRÜŞME SONRASI DEĞERLENDİRME

GÖRÜŞME İÇİ (GÖRÜŞME SIRASINDA) GÖZLENEN DISSOSİYASYON İŞARETLERİ

Bu bölümde görüşme sırasında gözlenmiş olabilecek, bir dissosiyatif semptom ve / ya da bozukluğun var olduğunu düşündüren davranış ve semptomlar üzerinde durulmaktadır.

Derecelendirme görüşme bittikten sonra yapılmalıdır.

259. Denekte tavrı değişikliği

? 1 3 4

Şunlardan ikisinde belirgin değişme: Ses tonu, konuşma, davranış, hareket özellikleri ya da genel tepki tarzı.

Örnek: Denek sakin, işbirliği kuran, konuşkan ve kalın sesli bir kişi iken, ajite, sözel olarak saldırgan, işbirliği kurmayan ve "kontrolünü kaybetme" noktasına yaklaşan bir kişiye döner.

Sesinin tizleştiği farkedilir ve bu tavrı değişikliğine neden olacak bir etken de yoktur.

BELİRTİNİZ:

260. Denegin kimliğinde değişme

? 1 3 4

Örnek: Ayşe Hanım genellikle kapalı giyinen bir ev kadınıdır. Zaman zaman rahat giyinir ve adının Songül olduğunu ve sekreter olarak çalıştığını iddia eder.

BELİRTİNİZ:

261. Yetişkinde kendiliğinden ortaya çıkan yaş regresyonu ya da çocuksu davranış

? 1 3 4

Yaş regresyonu "geçmişi sanki şimdi oluyormuş gibi yeniden yaşama ve buna o yaşa uyan sözcükler, düşünce içeriği ve duygulanımın eşlik etmesi ile karakterizedir. (Spiegel ve Rosenfeld 1984, s.522)

Örnek: Denek sakin ve sabırlı bir şekilde oturarak yanıt verirken birden sandalyede kıpırdanan, yerinde duramayan ve başparmağını emen biri olur.

BELİRTİNİZ:

262. İşlev düzeyi ve duygudurumda tutarsızlıklar/dalgalanmalar

? 1 3 4

Örnek: Denek sakin, olgun, konuşkan ve zeki görünürken, ara ara birden soruları anlamakta güçlük çeker ve kırık, basit cümlelerle konuşur.

BELİRTİNİZ:

263. Denek kendisinden birinci çoğul şahıs (biz) ya da üçüncü şahıs (o. onlar) olarak söz eder.

? 1 3 4

264. Denegın kendi kendine konuştuğu fark edilmektedir ya da psikozda olmamasına rağmen, görüşme sırasında iç diyaloglar (içinden ya da yüksek sesle) olduğunu belirtmektedir.

? 1 3 4

265. Görüşme içi amnezi (Kluft, 1985)

? 1 3 4

Örnek 1: Denek ne konuştuğunu ya da görüşmecinin ne sorduğunu tekrar tekrar unuttur.

Örnek 2: Denek görüşme için onay vermiştir, fakat görüşme sırasında daha önceki yanıtlarına vsizinle ne amaçla görüşmekte olduğu konusuna amnezik olur. (Ağır bir durumda denek görüşmecini kim olduğunu, kendisinin nerede bulunduğunu, hatta kendisinin kim olduğunu dahi nutabilir). Görüşme içi amnezi kimlik değişimi ile birlikte olabilir.

BELİRTİNİZ:

266. Görüşme içi depersonalizasyon

? 1 3 4

Denek görüşme sırasında kendisinin gerçek olmadığını hissettiğini (örn., "gerçek" kendisinin uzakta olduğunu. kendisini belirli bir mesafeden görebildiğini) söyler.

BELİRTİNİZ:

267. Görüşme içi derealizasyon

? 1 3 4

Denek görüşme sırasında çevrenin (örn. görüşmenin, görüşmecenin, görüşme odasının) gerçek olmadığını hissettiğini söyler.

BELİRTİNİZ:

268. İşbirliği kuran ve samimi olarak ilgi gösteren bir denek'in basit sayılacak sorulara "bilmiyorum" ya da "hatırlamıyorum" gibi yanıtlar vermesi.

? 1 3 4

BELİRTİNİZ:

269. Dissosiyatif semptomlar konusunda ikircikli yanıtlar alınması.

? 1 3 4

Denek hem olumsuz hem olumlu yanıt veriyor gibi görünür, ya da hem evet hem de hayır olarak yorumlanabilecek belirsiz bir ifade kullanmaktadır.

*Örnek 1:*Denek soruya "evet" yanıtını verir ama aynı anda kaşını kaldırır.

*Örnek 2:*Denek boğuk bir sesle biraz "evet" biraz da "hayır" gibi anlaşılabilir bir yanıt verir.

Örnek 3: Denek çok uzun bir süre düşünüp sonunda "hayır" yanıtı verir (ya da yanıt vermekten kaçınır).

BELİRTİNİZ:

270. Dissosiyatif semptomlarla ilgili SCID-D sorularına belirgin emosyonel tepki

? 1 3 4

Verilen emosyonel tepkiler sorularla orantısızdır. Örn., iç çekme, uzun sessizlik amnezi ya da bir çok kez sorunun tekrarlanmasını isteme ve / ya da soruyu atılama.

BELİRTİNİZ

271. Hipnotik bir durumu düşündüren göz hareketleri

? 1 3 4

Gözlerini karıştırtma, gözlerin yukarı dönmesi, bir yandan diğer yana salınması ve görüşme sırasında uzun süre kapalı kalması (bir nörolojik hastalık olmadığı halde)

BELİRTİNİZ:

272. Trans benzeri görünüm

? 1 3 4

Boş boş bakma, yavaş olarak başını sallama ve yavaş konuşma.

BELİRTİNİZ

ÇOĞUL KİŞİLİK BOZUKLUĞU VE BAŞKA TÜRLÜ ADLANDIRILAMAYAN DİSSOSİYATİF BOZUKLUKLAR İÇİN DSM-IV ÖLÇÜTLERİ

Çoğul Kişilik Bozukluğu (Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu) ya da Başka Türli Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk tanıları çeşitli ve çok sayıda semptomu dikkate almayı gerektirir. Bu nedenle, bu bozuklukların ölçütleri görüşme bittikten sonra değerlendirilir. Böylelikle, görüşmeci deneğin tüm yanıtlarını gözden geçirmeye zaman bulur.

Bu bozuklukların belirleyici ve ayırdedici ölçütleri için Çoğul Kişilik Bozukluğu ve Başka Türli Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk SCID-D Tanı Koyma Sonuç Tablosuna bakınız. Bu tablo, SCID-D İçin Görüşmecilere Yönerge içersindedir.

ÇOĞUL KİŞİLİK BOZUKLUĞU A ÖLÇÜTÜ

A. (Her birinin çevre ve kendi hakkında görece süregiden kendi algılama, ilişki kurma ve düşünme örün tülere olan) iki ya da daha fazla farklı kimliklerin ya da kişilik durumlarının varlığı

273.

A ÖLÇÜTÜ

? 1 3 4

ÇOĞUL KİŞİLİK BOZUKLUĞU B ÖLÇÜTÜ

B. Bu kimliklerden ya da kişilik durumlarından en az ikisi kişinin davranışını yineleyici biçimde kontrolü altına alır.

274.

B ÖLÇÜTÜ

? 1 3 4

ÇOĞUL KİŞİLİK BOZUKLUĞU C ÖLÇÜTÜ

C. Önemli kişisel bilgileri sıradan unutkanlıkla açıklanamayacak biçimde anımsayamama

275.

C ÖLÇÜTÜ

? 1 3 4

ÇOĞUL KİŞİLİK BOZUKLUĞU D ÖLÇÜTÜ

D. Bu rahatsızlık Madde Kullanımına Bağlı bir Bozukluğa bağlanamamaktadır. (Örn., alkol zehirlenmesi sırasında görülen "filmi koparma" ya da kaotik davranış). Not: Çocuklarda, semptomlar hayali arkadaşlar ya da başka hayali oyunlara bağlanamamaktadır.

276.

D ÖLÇÜTÜ

? 1 3 4

277.

**BAŞKA TÜRLÜ
ADLANDIRILAMAYAN
DİSSOSİYATİF BOZUKLUK**

? 1 3 4

Önde gelen özelliğin dissosiyatif bir semptom (örn., kimlik,bellek ya da bilincin normalde entegratif olan işlevlerinde bozulma ya da alterasyon) olduğu, fakat özgül bir Dissosiyatif Bozukluğun ölçütlerini doldurmayan bozukluklar.

Örnekler:

1. Çoğul Kişilik Bozukluğuna benzeyen ama bu bozukluğun tüm ölçütlerini doldurmayan vakalar. Örn., a) birden fazla kişilik durumunun yeterince farklılık özelliği taşımadığı ya da b) önemli kişisel bilgilerde amnezinin bulunmadığı vakalar.
2. Erişkinde depersonalizasyonun eşlik etmediği derealizasyon.
3. Uzun süreli ve yoğun baskı altında (örn., beyin yıkama, düşünce değiştirme ya da teröristlerin ya da tarikat üyelerinin elinde zorla yeni bir öğreti edindirme) kalan kişilerde görülen dissosiyasyon durumları.
4. Trans durumları, yani dış uvaranlara tepkinin belirgin olarak azaldığı ya da seçici olarak odaklandığı, sıkıntı ya da rahatsızlığa neden olan bilinç durumları.
5. Bozukluğun özgül karakteristiklerinin belirli coğrafi bölgelere ve kültürlere özgü olduğu dissosiyasyon ve trans fenomenleri (daha geniş bilgi için DSM-IV'e bkz.). Bu dissosiyasyon ya da trans fenomeni yaygın olarak kabul gören kollektif bir kültürel ya da dinsel uygulamanın normal bir parçası değildir.
6. Bir genel tıbbi duruma bağlanamayan bilinç kaybı, stüpor ya da koma.

Toplam SCID-D Skoru _____

SCID-D SONUÇLARIN ÖZETİ

A. GENEL TANISAL İZLENİM

- ☐ Bir Dissosiyatif Bozukluk yok
☐ Bir Dissosiyatif Bozukluğun tam ölçütlerini dolduruyor
☐ Geçmişteki epizod
☐ Şimdi

B. DISSOSİYATİF BOZUKLUĞUN TİPİ

- ☐ Dissosiyatif Amnezi
☐ Dissosiyatif Füg
☐ Çoğul Kişilik Bozukluğu (Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu)
☐ Depersonalizasyon Bozukluğu
☐ Başka Türlü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk

C. DISSOSİYATİF SEMPTOMLAR

Ağırlık*

AMNEZİ

1. ☐ Yok ☐ Yalnız alkol ya da madde etkisiyle
 2. ☐ Hafif ☐ Bazen alkol ya da madde etkisiyle
 3. ☐ Orta ☐ Alkol ya da madde ile ilgisi yoktur
 4. ☐ Ağır

DEPERSONALİZASYON

1. ☐ Yok ☐ Yalnız alkol ya da madde etkisiyle
 2. ☐ Hafif ☐ Bazen alkol ya da madde etkisiyle
 3. ☐ Orta ☐ Alkol ya da madde ile ilgisi yoktur
 4. ☐ Ağır

DEREALİZASYON

1. ☐ Yok ☐ Yalnız alkol ya da madde etkisiyle
 2. ☐ Hafif ☐ Bazen alkol ya da madde etkisiyle
 3. ☐ Orta ☐ Alkol ya da madde ile ilgisi yoktur
 4. ☐ Ağır

KİMLİK KONFÜZYONU

1. ☐ Yok ☐ Yalnız alkol ya da madde etkisiyle
 2. ☐ Hafif ☐ Bazen alkol ya da madde etkisiyle
 3. ☐ Orta ☐ Alkol ya da madde ile ilgisi yoktur
 4. ☐ Ağır

KİMLİK DEĞİŞİMİ

1. ☐ Yok ☐ Yalnız alkol ya da madde etkisiyle
 2. ☐ Hafif ☐ Bazen alkol ya da madde etkisiyle
 3. ☐ Orta ☐ Alkol ya da madde ile ilgisi yoktur
 4. ☐ Ağır

* Ağırlık Derecelendirme Tanımları için SCID-D Görüşmecilere Yönerge s.23-27 ye bkz.

SCID-D Özet Sonuç Tablosunun puanlanması DSM-IV Dissosiyatif Bozukluklar İçin Yapılandırılmış Görüşme Çizelgesi (SCID-D) Görüşmeci Yönergesinde (Washington, DC, American Psychiatric Press, 1993. Copyright 1985, 1993, Marlene Steinberg, M.D.) tanımlanan ilkeler doğrultusunda yapılmalıdır.

ÖZGEÇMİŞ

Erdoğan Öztürk, 1971 yılında Köln’de doğdu. İlk, Orta ve Lise öğrenimini Çanakkale’de tamamladı.

1992 yılında İstanbul Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümünde Lisans; 1995 yılında ise aynı üniversitenin Sosyal Bilimler Enstitüsü’nden Psikoloji Yüksek Lisans derecelerini aldı. 1995 yılında Adli Tıp Enstitüsü’nde Sosyal Bilimler Dalında Doktora öğrenimine başladı.

1996 yılından bu yana İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı Klinik Psikoterapi Birimi ve Dissosiyatif Bozukluklar Programı’nda klinik psikolog olarak çalışmaktadır.

4. C. YÜKSEKÖĞRETİM ENSTİTÜSÜ
DOKÜMANLAMA VE ARAMA BİRLİĞİ