

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

PSİKOZ, ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI VE
DİSSOSİYASYON: YENİ BİR KLİNİK ANTİTE
OLARAK DİSSOSİYATİF PSİKOZ

DOKTORA TEZİ

Sevda BURAK ERGÜL

İstanbul
Mart-2025

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

PSİKOZ, ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI VE DİSSOSİYASYON:
YENİ BİR KLİNİK ANTİTE OLARAK DİSSOSİYATİF PSİKOZ

DOKTORA TEZİ

Sevda BURAK ERGÜL

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ümit Başar SEMİZ

İstanbul
Mart-2025

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalında DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Prof. Dr. Ümit Başar SEMİZ

Üye Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK

Üye Prof. Dr. Ali Güven KILIÇOĞLU

Üye Doç. Dr. Volkan KOÇ

Üye Doç. Dr. Yusuf BİLGE

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Erhan İÇENER
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Doktora tezi olarak hazırladığım “**Psikoz, Çocukluk Çağı Travması ve Dissosiyasyon: Yeni Bir Klinik Antite Olarak Dissosiyatif Psikoz**” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Sevda BURAK ERGÜL

ÖNSÖZ

Bu doktora tezi, klinik psikoloji alanında travma, dissosiyasyon ve psikoz arasındaki karmaşık ilişkilere dair teorik ve klinik bir sorgulamayı merkeze alarak, şizofreninin heterojen doğasını daha derinlikli bir bakış açısıyla ele alma ihtiyacından doğmuştur. Çalışmamda, Colin A. Ross'un travma modeli ile şizofreninin dissosiyatif alt tipi teorisini temel alarak, psikozun yalnızca biyolojik değil; gelişimsel ve ilişkisel bağlamlarda da anlaşılması gerektiğini ileri sürmekteyim. Bu çerçevede, çocukluk çağı travmalarının, dissosiyatif süreçlerin ve pozitif psikoz belirtilerinin nasıl iç içe geçtiğini incelemek; klinik sınıflandırmalarda gözden kaçan dissosiyatif örüntüleri görünür kılmak en büyük motivasyonum olmuştur.

Bu araştırmanın her aşamasında, bana hem akademik hem de insani duruşuyla örnek olan, bilimsel yolculuğumda rehberlik eden, tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Ümit Başar SEMİZ'e en derin şükranlarımı sunuyorum. Her zaman desteklerini hissettiren ve mesleki gelişimime kıymetli katkılarda bulunan Sayın Doç. Dr. Volkan KOÇ ve Sayın Doç. Dr. Yusuf BİLGE'ye teşekkür ederim. Tezin öneri sürecinden itibaren yönlendirmeleriyle çalışmama önemli katkılar sunan jüri üyelerim Sayın Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK ve Sayın Prof. Dr. Ali Güven KILIÇOĞLU hocalarıma ayrıca müteşekkirim.

Bilimsel çabanın yalnızca teorik ve pratik bir arayış değil, aynı zamanda duygusal bir yolculuk olduğunu bu süreçte bir kez daha deneyimledim. Bu yolculukta, düşünsel paylaşımlarıyla bana güç veren sevgili arkadaşım ve meslektaşım Fatma CANATAR'a ve sevgili arkadaşım Burcu METİN AKBAŞ'a gönülden teşekkür ederim. Çalışmama gönüllü katılarak hipotezlerimin sınanmasını mümkün kılan tüm hastalara teşekkürü bir borç bilirim.

Hep yanımda olan, sevgisiyle ve sabrıyla bu süreci birlikte göğüslediğimiz can yoldaşım eşim Mahmut ERGÜL'e; bana inanan, sevgileriyle varlığımı temellendiren kıymetli ailem, canım annem Rahime BURAK ve canım babam Nurettin BURAK'a sonsuz minnettarım.

Bu doktora tezi, bilimin, insanı anlamaktan geçtiğine inanan herkese ithaf edilmiştir.

Sevda BURAK ERGÜL

İstanbul-2025

ÖZET

PSİKOZ, ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI VE DİSSOSİYASYON: YENİ BİR KLİNİK ANTİTE OLARAK DİSSOSİYATİF PSİKOZ

Sevda BURAK ERGÜL

Doktora, Klinik Psikoloji

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ümit Başar SEMİZ

Mart, 2025 - 223 + xv Sayfa

Bu çalışmada Colin A. Ross (2007)'un travma modeli temel alınarak, şizofreni hastalarında çocukluk çağı travması ve dissosiyatif belirtiler bulunup bulunmamasına göre, belirlenen iki grup arasında ayırıcı tanıyı öngördürücü klinik farklılıkların incelenmesi amaçlanmıştır. Travma ve dissosiyasyon grubunda ortaya çıkan klinik fenomenolojinin şizofreninin dissosiyatif alt tipine işaret edip etmediği incelenmiştir. Bu amaçla çalışmada Demografik Bilgi Formu, Klinik Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Dissosiyasyon Ölçeği, Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R), Borderline Kişilik Envanteri ve Dissosiyatif Bozukluklar İçin Görüşme Çizelgesi kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini Samsun ilinde bulunan bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde ardışık olarak yatan ve tedavi gören kısmi veya tam remisyondaki şizofreni tanılı 21-68 yaş arası 51 hasta oluşturmuştur. Araştırmada şizofreni tanılı hastaların %13.7'sinde Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu ve Başka Türü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk tespit edilmiştir. Çalışmanın sonuçları DKB'nin yanlış pozitif şizofreni tanısı nedeniyle tedavi gören hastalar arasında yaygın bir gerçek pozitif tanı olduğunu; şizofreni ve DKB'nin yaygın olarak bir arada görülebildiğini; şizofreninin dissosiyatif bir alt tipinin mevcut olduğunu ortaya koymuştur. Sonuç olarak, şizofreni hastalarının %13.7'sinin Ross'un (2004) önerdiği dissosiyatif şizofreni kriterlerini karşıladığı tespit edilmiş ve söz konusu kriterlerin psikotik hastaların bir alt grubunda mevcut olduğu doğrulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Psikoz, Çocukluk Çağı Travması, Dissosiyasyon, Şizofreninin Dissosiyatif Alt Tipi

ABSTRACT

PSYCHOSIS, CHILDHOOD TRAUMA AND DISSOCIATION: DISSOCIATIVE PSYCHOSIS AS A NEW CLINICAL ENTITY

Sevda BURAK ERGÜL

PhD Thesis, Clinical Psychology

Thesis Advisor: Prof. Dr. Ümit Başar SEMİZ

March, 2025 – 223 + xv Pages

In this study, based on the trauma model of Colin A Ross (2007), it was aimed to examine the clinical differences predicting the differential diagnosis between the two groups determined according to the presence or absence of childhood trauma and dissociative symptoms in schizophrenia patients. It was examined whether the clinical phenomenology in the trauma and dissociation group indicated the dissociative subtype of schizophrenia. For this purpose, Demographic Information Form, Clinical Information Form, Adverse Childhood Experiences Scale (ACEs), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Dissociation Questionnaire (DISQ), Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), The Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R), Borderline Personality Inventory (BPI) and Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS) were used. The sample of the study consisted of 51 patients aged 21-68 years with schizophrenia who were consecutively admitted to and treated at a mental health and diseases hospital in Samsun and who were in partial or complete remission. In the study, 13.7% of the patients diagnosed with schizophrenia had Dissociative Identity Disorder and Dissociative Disorder Not Otherwise Specified. The results of the study revealed that DID is a common true positive diagnosis among patients treated for a false positive diagnosis of schizophrenia; schizophrenia and DID are commonly seen together; and there is a dissociative subtype of schizophrenia. As a result, 13.7% of schizophrenia patients were found to meet the criteria for dissociative schizophrenia proposed by Ross (2004), confirming that these criteria are present in a subgroup of psychotic patients.

Keywords: Psychosis, Childhood Trauma, Dissociation, Dissociative Subtype of Schizophrenia

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ.....	ii
ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xiv
KISALTMALAR	xv

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ	1
1.1.Problem	2
1.2. Amaç	10
1.3.Araştırmanın Önemi.....	13
1.4. Varsayımlar	17
1.5. Sınırlılıklar	17

İKİNCİ BÖLÜM

PSİKOZ, ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI VE DİSSOSİYASYON.....	18
2.1.Psikoz.....	18
2.1.1.Etimoloji ve Tarihsel Kavramlar.....	18
2.1.2.Güncel Kavramlar	19
2.1.3.Önerilen Konsept	22
2.1.4.Bleuler'in Şizofreni Tanımı	25
2.1.5.Bleuler'in 1911 Tarihli Şizofreni Metninin Analizi	26
2.1.5.1.Şizofreni Teriminin Kökeni.....	26
2.1.5.2.Şizofreninin Etiyolojisi.....	26
2.1.5.3.Psikolojik Travmanın Rolü.....	27

2.1.5.4.Düşünce Bozukluğu Üzerine Açıklamalar	28
2.1.6. Şizofrenide Dissosiyasyonun Temel Rolü	29
2.1.7. Psikoz ve Dissosiyasyon	30
2.1.7.1.Sesler Eşit Değildir Psikoz	31
2.2.Travma	32
2.2.1. Etimoloji ve Tarihsel Kavramlar	32
2.2.2. Güncel Kavramlar	34
2.2.3. Önerilen Konsept	35
2.2.4. Çocukluk Çağı Travması ve Psikoz.....	36
2.2.5. Travma ve Dissosiyasyonun Psikobiyolojisi.....	38
2.3.Dissosiyasyon.....	42
2.3.1. Etimoloji ve Tarihsel Kavramlar	42
2.3.2. Güncel Kavramlar	43
2.3.3. Önerilen Konsept	45
2.3.4. Schneiderian Belirtiler Bir Dissosiyasyon mu Yoksa Psikoz mu?	47
2.4.Dissosiyatif Psikoz.....	48
2.4.1. Dissosiyatif Psikoz ve Pierre Janet'nin Dissosiyasyon Teorisi	49
2.4.2. Dissosiyatif Psikoz ve Kişiliğin Yapısal Dissosiyasyonu Teorisi	51
2.5.Dissosiyatif Şizofreni.....	54
2.5.1. Yapısal Dissosiyasyon Teorisinin Önerilen Bir Modifikasyonu	54
2.5.2. Yapısal Dissosiyasyon ve Dissosiyatif Bozukluklara İlişkin Daha Geniş Bir Kavrayış	56
2.5.3. İntrüzyonlar ve Geri Çekilmeler Yapısal Olarak Dissosiyeye Olmuş Bir Psikedeki Belirtilerin Başlıca Nedenidir	57
2.5.4. Şizofreninin Dissosiyatif Alt Tipi.....	59
2.6. İlgili Alanyazın	69
2.6.1. Şizofreni Alanyazınında Şizofreni ve Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu Arasındaki Ayrım.....	80
2.6.2. Şizofreni ve Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu Arasındaki Örtüşmeye İlişkin Veriler	82
2.6.3. Şizofreni ve Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunda Pozitif ve Negatif Belirtilere İlişkin Veriler	84

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ	89
3.1.Araştırmanın Modeli	89
3.2.Örnekleme.....	89
3.3. Veri Toplama Araçları	89
3.3.1.Sosyodemografik Bilgi Formu.....	90
3.3.2.Klinik Bilgi Formu.....	90
3.3.3.Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği.....	90
3.3.4.Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	90
3.3.5.Dissosiyasyon Ölçeği.....	91
3.3.6.Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği	91
3.3.7.Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği	92
3.3.8.Psikolojik Belirti Tarama Listesi	92
3.3.9.Borderline Kişilik Envanteri	92
3.3.10.Dissosiyatif Bozukluklar İçin Görüşme Çizelgesi.....	92
3.4. Veri Toplamada Kullanılan Ölçeklerin Kesme Puanları	93
3.5. İşlem.....	98
3.6. Veri Analizi.....	99

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI	100
4.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgilere İlişkin Bulgular	101
4.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Alt Boyut Puanları, Toplam Puanları ve Kesme Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	103
4.3. Patolojik Dissosiyasyon Durumuna Göre Şizofreni Gruplarında Görülen Klinik Farklara İlişkin Bulgular	106
4.3.1. Patolojik Dissosiyasyon Durumuna Göre Şizofreni Gruplarının Nicel Değişken Değerlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	106
4.3.2. Patolojik Dissosiyasyon Durumu ile Kategorik Değişkenlerin Bağlantısına İlişkin Bulgular	108
4.3.3. Patolojik Dissosiyasyon Durumuna Göre Şizofreni Gruplarının Travma Düzeyinin CTQ ve ACE ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	111
4.3.4. Patolojik Dissosiyasyon Durumuna Göre Borderline Kişilik Özelliklerinin Karşılaştırılması	113

4.3.5. Patolojik Dissosiyasyon Durumuna Göre SCL90-R Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	114
4.3.6. Patolojik Dissosiyasyon Durumuna Göre Şizofreninin Pozitif ve Negatif Belirtilerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	116
4.4. Çocukluk Çağı Travmasına Göre Şizofreni Gruplarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	118
4.4.1. Çocukluk Çağı Travmasına Göre Borderline Kişilik Envanteri Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	118
4.4.2. Çocukluk Çağı Travmasına Göre SCL90-R Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	119
4.4.3. Çocukluk Çağı Travmasına Göre PANSS Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	121
4.5. Dissosiyasyon Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Diğer Ölçek Puanları İle Arasındaki Korelasyon Bulguları.....	122
4.6. Şizofreni Hastalarında Yordayıcı Değişkenlerin Patolojik Dissosiyasyon Üzerindeki Etkisine İlişkin Lojistik Regresyon Bulguları.....	127
4.7. Yapısal Eşitlik Modellemesinde Kısmi En Küçük Kareler Yöntemi (PLS-SEM) ile Test Edilen Araştırma Modeli Bulguları.....	130
4.7.1. PLS-SEM Ölçüm Modeli Bulguları.....	132
4.7.2. PLS-SEM Yapısal Model Bulguları.....	137
4.7.3. PLS-SEM Yol Modeli Bulguları.....	138
4.8. Şizofreni Gruplarında Klinik Değerlendirme ve Uzunlamasına Gözlem Bulguları	139
4.8.1. Dissosiyatif Psikoz Grubunun Demografik ve Klinik Özellikleri.....	139
4.8.2. Dissosiyatif Psikoz Grubunun Ölçek Puanları.....	141
4.8.3. Dissosiyatif Psikoz Grubunun Dissosiyatif Bozukluklar İçin Görüşme Çizelgesi (DDIS) Sonucu.....	141
4.8.4. Dissosiyatif Psikoz Grubunda Önerilen Dissosiyatif Şizofreni (295.40 Dissosiyatif Tip) İçin Karşılanan Tanı Kriterleri.....	143
4.8.5. Non-dissosiyatif Psikoz Grubunun Demografik ve Klinik Özellikleri.....	144
4.8.6. Non-dissosiyatif Psikoz Grubunun Ölçek Puanları.....	145

BEŞİNCİ BÖLÜM

DEĞERLENDİRME VE TARTIŞMA 146

5.1.Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikoz Üzerine Değerlendirme147

5.2.Patolojik Dissosiyasyon, Yaygın Komorbidite ve Polifarmasi Üzerine Değerlendirme149

5.3.Patolojik Dissosiyatif Belirtiler, Pozitif/Negatif Psikoz Belirtileri ve Klinik Ayırıcılar Üzerine Değerlendirme 151

5.4.İntihar, Perseküter Alterler ve Patolojik Dissosiyasyonun Klinik Yüzü Üzerine Değerlendirme154

5.5.Pozitif Psikoz Belirtilerinin Patolojik Dissosiyatif Doğası ve Çocukluk Çağı Travmasının Rolü Üzerine Değerlendirme156

5.6.Borderline Kişilik Özellikleri ve Patolojik Dissosiyasyon Arasındaki İlişki Üzerine Değerlendirme158

5.7.Lojistik Regresyon ve Yapısal Eşitlik Modellemesinde Kısmi En Küçük Kareler (PLS-SEM) Bulguları Üzerine Değerlendirme163

5.8.Uzunlamasına Klinik Gözlem Bulguları Üzerine Değerlendirme164

SONUÇ.....166

KAYNAKÇA 168

EKLER..... 181

ÖZGEÇMİŞ..... 223

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1: Bleuler'in Şizofrenisinde Dissosiyasyon Olmuş Unsurlar.	30
Tablo 2.2: Çoklu Kişilik Bozukluğu ve Şizofrenide Psikotik Belirtiler	62
Tablo 2.3: Şizofreninin Dissosiyatif Alt Tipinin Özellikleri	67
Tablo 2.4: Şizofreni Alanyazınında ve İnternette İki Farklı Kategori: Şizofreni ve Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu.....	80
Tablo 2.5: İki ÇKB Vaka Serisinde Daha Önce Şizofreni Tanısı ve Antipsikotik İlaçlar ve EKT İle Tedavi Sıklığı (yüzde olarak)	82
Tablo 2.6: Önceki Tanısı Şizofreni Olan Çoklu Kişilik Bozukluğu Hastalarının Geçmiş Dönem Tedavileri.....	83
Tablo 2.7: Dissosiyatif Bozukluklar Görüşme Çizelgesinde Şizofreni ve ÇKB Karşılaştırması: Çocukluk Çağı Travma Geçmişleri	84
Tablo 2.8: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinde Şizofreni ve Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu Karşılaştırması	85
Tablo 2.9: Büyük Vaka Serilerinde Şizofreni ve Çoklu Kişilik Bozukluğunda Schneiderian Belirtilerin Yaygınlığı ve Sıklığı.....	86
Tablo 2.10: Şizofreni ve Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Örtüşen Belirtileri ve Kendine Özgü Özellikleri	86
Tablo 4.1: Klinik ve sosyodemografik Bilgilere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler ...	102
Tablo 4.2: Ölçek Alt Boyut ve Toplam Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	103
Tablo 4.3: Ölçeklere Ait Cronbach's Alpha Değerleri	104
Tablo 4.4: Ölçek Kesme Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler	105
Tablo 4.5: Patolojik Dissosiyasyon Durumuna Göre Nicel Değişken Değerlerinin Karşılaştırılması	106
Tablo 4.6: Patolojik Dissosiyasyon Durumu ile Kategorik Değişkenlerin Bağlantısı.	108
Tablo 4.7: Patolojik Dissosiyasyonun Varlığına Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Karşılaştırılması.....	111

Tablo 4.8: Patolojik Dissosiyasyon Durumuna Göre ACE Puanlarının Karşılaştırılması	113
Tablo 4.9: Patolojik Dissosiyasyon Durumuna Göre Borderline Kişilik Envanterine Ait Puanların Karşılaştırılması	114
Tablo 4.10: Patolojik Dissosiyasyon Durumuna Göre SCL90-R'ye Ait Puanların Karşılaştırılması	114
Tablo 4.11: Patolojik Dissosiyasyon Durumuna Göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği Değerlerinin Karşılaştırılması	117
Tablo 4.12: Çocukluk Çağı Travmasına Göre Borderline Kişilik Envanterine Ait Puanların Karşılaştırılması	118
Tablo 4.13: Çocukluk Çağı Travmasına Göre SCL90-R'ye Ait Puanların Karşılaştırılması	119
Tablo 4.14: Çocukluk Çağı Travmasına Göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği Değerlerinin Karşılaştırılması	121
Tablo 4.15: Dissosiyasyon Ölçeği Alt Boyut Ve Toplam Puanlarının Diğer Ölçek Puanları İle Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	123
Tablo 4.16: Yordayıcı Değişkenlerin Patolojik Dissosiyasyon Üzerindeki Etkisinin Lojistik Regresyon İle İncelenmesi.....	127
Tablo 4.17: Değişkenler Arasında Çoklu Bağlantının İncelenmesi.....	132
Tablo 4.18: Faktör Ağırlık ve Yüklerinin İncelenmesi.....	134
Tablo 4.19: Faktör Ağırlık ve Yüklerinin İncelenmesi (fiziksel ihmal, düşünce dağınıklığı, taşkınlık ve düşmanca tutum çıkarıldığında).....	136
Tablo 4.20: PLS-SEM Model Sonucu (Model 1).....	137
Tablo 4.21: Patolojik Dissosiyasyon Düzeyi Yüksek Olan Hastaların Demografik ve Klinik Bilgileri.....	138
Tablo 4.22: Patolojik Dissosiyasyon Düzeyi Yüksek Olan Hastaların Ölçek Puanları.....	141
Tablo 4.23: Patolojik Dissosiyasyon Düzeyi Yüksek Olan Hastaların DDIS Sonucu.....	141

Tablo 4.24: Patolojik Dissosiyasyon Saptanan 7 Hastada Önerilen Dissosiyatif Şizofreni (295.40 Dissosiyatif Tip) İçin Karşılanan Tanı Kriterleri.....	144
Tablo 4.25: Dissosiyasyon Düzeyi Düşük Olan Hastaların Demografik Ve Klinik Bilgileri	145
Tablo 4.26: Dissosiyasyon Düzeyi Düşük Olan Hastaların Ölçek Puanları	145



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1: PLS-SEM Medyatör Etki Modeli	11
Şekil 2.1: Şizofreninin Dissosiyatif Alt Tipi Spektrumu	65
Şekil 4.1: Araştırma Modeli (Yol Modeli)	130
Şekil 4.2: PLS-SEM Yol Katsayıları	138
Şekil 4.3: H4'ün Kendisiyle İletişim Kuran Sesin Zihnindeki İmajı.....	143



KISALTMALAR LİSTESİ

DKB	: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu
BTA-DB	: Başka Türü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk
ÇKB	: Çoklu Kişilik Bozukluğu
BKB	: Borderline Kişilik Bozukluğu
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
ACEs	: (Adverse Childhood Experiences) Olumsuz Çocukluk Yaşantıları
DDIS	: (The Dissociative Disorders Interview Schedule) Dissosiyatif Bozukluklar İçin Görüşme Çizelgesi
DSM	: (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
SPSS	: (Statistic Packets For Social Sciencences) Sosyal Araştırmalar İçin İstatistiksel Program Paketi
PLS-SEM	: (Structural Equation Modeling with Partial Least Squares) Yapısal Eşitlik Modellemesinde Kısmi En Küçük Kareler Yöntemi
Akt	: Aktaran
Ed	: Editör
sf	: Sayfa
vd	: Ve Diğerleri

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

“Bir kristali yere atarsak kırılır; ama gelişigüzel parçalara ayrılmaz. Yarılma çizgileri boyunca, görünmez olsalar da sınırları kristalin yapısı tarafından önceden belirlenmiş parçalara ayrılır. Akıl hastaları da aynı türden bölünmüş ve kırılmış yapılardır.” (Freud, 1933: 59)

Şizofreni ve dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB) arasındaki örtüşme farkında olunmayan fakat önemli olan bir sorundur. Ross (2004)'un ileri sürdüğü gibi, iki bozukluk arasındaki örtüşme şizofreni alanyazınında göz ardı edilmiştir, şöyle ki Eugen Bleuler'in şizofrenisindeki dissosiyasyonun yaygın ve temel rolü unutulmuş, DKB nadir görülen bir durum olarak kabul edilmiş, dissosiyasyon nevroz kategorisine indirgenmiş ve şizofreni biyomedikal bir beyin bozukluğu olarak tanımlanmıştır.

Histeri de dahil olmak üzere nevrozlar, çağdaş akademik psikiyatrinin kavramsal sistemi içinde psikososyal çevreye verilen tepkilerdir, şizofreni ise çevredeki biyolojik ve fiziksel faktörler tarafından belli bir derecede tetiklenen endojen biyomedikal bir hastalıktır. Ne var ki bugüne kadar şizofreni için belirli bir genetik veya biyolojik kriter ortaya konamamıştır. Hastalığa özgü bir beyin, kan, kromozomal veya metabolik anormallik bulunmadığı gibi, klinik tanıya yardımcı olarak kullanılacak asgari hassasiyet ve özgüllüğe yaklaşan bir biyolojik belirteç de yoktur. Şizofreni için bir laboratuvar testi ve bunun endojen bir biyomedikal bozukluk olduğuna dair kesin bir bilimsel kanıt yoktur. Tek yumurta ikizlerindeki konkordans verileri, şizofreninin öncelikle çevresel kaynaklı bir bozukluk olduğunu kesin olarak kanıtlamaktadır. Bu bilimsel gerçeklere rağmen, şizofreninin endojen biyomedikal kaynaklı bir hastalık olduğu görüşü psikiyatride kanıtlanmış bir gerçekmiş gibi kabul görmektedir. Halk da bu yönde eğitilmektedir.

Günümüz otoriteleri, kendi kavramsal sistemlerinin varsayımlarını göz önünde bulundurarak, şizofreninin bir çocuğun ailesindeki olaylardan kaynaklanamayacağı konusunda hemfikirdir. Bu nedenle, şizofreninin nedenleri üzerine yazılmış iki önemli kitapta çocuklukta yaşanan cinsel istismardan bir kez olsun bahsedilmemiştir (Ross, 2004; Gottesman, 1991; Torrey ve ark., 1994).

Çocukluk çağı travması, çağdaş şizofreni alanyazınında şizofreninin etiyolojisi, seyri, tedavisi veya prognozu ile ilgili temel bir husus olarak görülmesi de mevcut çalışma şizofreninin yüksek düzeyde psikolojik travma ile şekillenen dissosiyatif bir alt tipinin varlığının altını çizmektedir. Bununla ilgili mevcut araştırma verileri bulgular kısmında sunulmuştur. Sonuç olarak Ross'un (2007) dissosiyatif şizofreni teorisinde "kötü ebeveynlik" olarak açıkladığı, on yıllar süren ihmal, şiddet, fiziksel, cinsel, duygusal ve sözlü istismar davranışları, *dissosiyatif şizofreni* riskini belirgin şekilde artırabilir, şizofreninin ağır bir varyantının doğmasıyla sonuçlanabilir gibi görünmektedir.

Bu kısım; araştırmanın problemini, amacını, önemini, yanıtlayıcı gayretini taşıdığı sorularını, varsayımlarını ve sınırlılıklarını içermektedir.

1.1. Problem

Son yüzyılda klinik bir antite olarak şizofreni konseptinin önemli değişimlere uğradığı görülmektedir. Bilindiği üzere Kraepelin, kronik psikozları *dementia praecox* şeklinde tabir ettiği "işlevsel gerilemeden" ve "manik-depresif delilik" diye isimlendirdiği epizodik psikozlardan ayırt etmiştir (Mondimore, 2005). İzleyen alanyazın, psikiyatrik nozolojiye dahil edilmesi konusunda önemli tartışmaların söz konusu olmasına rağmen bu bozukluklar arasında önemli semptomatik örtüşmeye işaret ederek, oldukça zayıf tanımlanmış ve dolayısıyla güvenilirliği düşük olan şizoaffektif bozukluk tanısının doğmasına yol açmıştır (Abrams, 2008). Geçtiğimiz yüzyıl boyunca, bu kategoriler DSM ve Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD) gibi mevcut sınıflandırma sistemlerinde özetlendiği üzere büyük ölçüde aynı kalmıştır (Feighner, 1972).

Psikiyatride bir son ilerleme, 2013'te DSM-5'in; 2022'de ise güncellenmiş haliyle DSM-5'in metin revizyonunun (DSM-5-TR) yayınlanması ile gerçekleşmiştir. Her ne kadar şizofreni ve sair psikotik bozukluklara ilişkin tanımlar neredeyse hiç değişmemiş olsa da tanılardaki sadeliği artırma yönünde gayretler sarf edilmiştir. İlk, şizofreniyi paranoid, dezorganize, katatonik ve farklılaşmamış tiplere ayıran Kraepelci alt tiplendirmesi, bu ayrıştırmanın geçerliliğini destekleyici kanıt eksikliği gerekçesiyle terk edilmiştir. Ardından, katatoni şizofreninin bir alt tipi olmaktan çok hastalık teşhisi açısından önemli bir özellik haline getirilmiştir. Üçüncü olarak, söz konusu tanıya yönelik daha uzunlamasına bir perspektif benimsenmiştir (Haller vd.,

2014). Ayrıca, Schneider'in (1959) "birinci sıra" belirtileri (örneğin düşünce yayılması ve düşünce sokulması sanrıları) ve bizar sanrılar üzerindeki önceki vurgu ortadan kaldırılmıştır (Haller vd., 2014; Schneider, 1959). Tüm bunların kriterlerin kullanım kolaylığını artırmış olduğu ifade edilse de bu sınırların geçerliliğinin büyük ölçüde sorgulanmaya devam ettiği söylenebilmektedir (Haller vd., 2014).

Bu husustaki sorgulamayı yapan bilim insanlarının başında ise Colin A. Ross gelmektedir. Söz gelimi Ross (2004)'a göre DSM kriterleri kullanıldığında, aynı kişi hem dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB) hem de şizofreni tanısı alabilir, zira DSM kuralları birini diğeri için bir dışlama kriteri haline getirmemektedir. Klinisyenler isterlerse DKB, isterlerse şizofreni ya da her ikisini birden teşhis edebilirler. Bilhassa "DKB'ye kıyasla şizofreni tanısı koymaya yönelik önemli ölçüde bir eğilim bulunmasından" ötürü hem DKB hem de şizofreni (veya şizoaffektif bozukluk) kriterlerini karşılayan bireylerin psikoz tanısı alma olasılığı çok daha yüksektir.

Ross (2007) günümüz psikiyatrisine biyomedikal modelin hakim olduğunu ileri sürmektedir. Ona göre mevcut haliyle, "psikiyatrideki biyomedikal model biyoredüksiyonisttir ve majör ruhsal hastalıkların ağırlıklı olarak genom tarafından yönlendirildiğini varsayar. Biyomedikal model daima biyopsikososyal bir model olarak ifade edilse de bu pratikte işleyişinin doğru bir tanımını yansıtmamaktadır. Biyomedikal modele göre şizofreni, majör depresif bozukluk, panik bozukluk, alkolizm ve obsesif kompulsif bozukluk ayrı hastalıklardır. Bunlara farklı genetik anormallikler neden olmaktadır. Bu anormalliklerin tek genlerde, gen bölgelerinde veya gen kümelerinde bulunup bulunmadığı analiz için önemsizdir."

Şizofreni pek çok nedenden dolayı özellikle ilgi çekici bir rahatsızlıktır. İşgücü kaybının yanı sıra sağlık hizmetleri ve diğer sosyal sistem maliyetleri açısından psikiyatrik bozukluklar içerisinde en büyük finansal yükü oluşturan son derece ağır bir psikiyatrik bozukluktur, ayrıca politik ve ideolojik olarak da psikiyatri alanının merkezinde yer aldığı ifade edilmektedir. Bipolar duygudurum bozukluğu ikinci sırada yer alsa da milattan sonra üç binli yılların başlarındaki ana akım akademiye göre şizofreni en temel biyomedikal beyin hastalığıdır. Bu biyolojik vurguya karşılık, Ross (2007) geliştirdiği "Travma Modeli" nde hem şizofreninin hem de genel olarak psikotik belirtilerin büyük ölçüde travma kaynaklı olduğunu savunmaktadır.

Ross (2007)'a göre şizofreninin fenomenolojisi bağlamında, DSM'de yer alan

şizofreni tanımında önemli bir sorun bulunmaktadır. Zira şizofreni aslında *şizofreniler grubunu* ifade etmektedir. Başka bir ifadeyle, şizofreni birden fazla nedeni olabilen, karmaşık ve çeşitlilik gösteren bir grup bozukluğa işaret etmektedir ve bunların hepsinin DSM kriterleri altında bir araya getirildiği görülmektedir.

Bu noktada Ross (2007) genel olarak psikotik belirtilerin fenomenolojisine ilişkin bakış açısını açıklamakta ve bu perspektifin “tek tip bir hastalık” olarak görüldüğünü ileri sürdüğü şizofreniye de uyarlanabilir olduğunu söylemektedir. Söz gelimi, işitsel varsanılar hastada pek çok farklı şekilde ortaya çıkabilmektedir: sesin geldiği kökene göre, örneğin iç kaynaklı ya da dış kaynaklı; ses düzeyine göre, örneğin yüksek sesle ya da sessiz; sayı olarak, örneğin tek, birkaç veya çok sayıda; yaşa göre, örneğin bir çocuk, ergen ya da yetişkin ve cinsiyete göre, örneğin bir erkek sesi ya da bir kadın sesi. Bu sesler cezalandırıcı ya da nazik olabilmekte, etkileşimli veya sabit olabilmekte, kişiyle veya kişi hakkında konuşabilmekte, ayrıca kişinin düşünceleri, duyguları veya eylemleri hakkında yorum yapabilmektedir, dahası sesler tavsiye verebilmekte ya da sadece anlamsız şeyler söyleyebilmektedirler. Duyulan sesler hasta tarafından bir beyin hastalığının belirtileri, ruhani rehberler, şeytanlar, Tanrı'nın konuşması, farklı kişilikler, normal fenomenler ya da beyinlerinin başka bir boyuttan gelen uzaylılar tarafından kontrol edildiğinin kanıtı olarak algılanabilmektedir. Sesi duyan kişinin yakınları onu hastalıklı, ilginç, ele geçirilmiş, ilahi ilham almış, epileptik ya da uyuşturucu madde etkisi altına girmiş biri olarak görebilmektedir. Tüm bu hususlar işitsel varsanıların fenomenolojisinin çeşitli yönlerini ifade etmektedir. Bunlara ilaveten, sesler kişinin bedeninin kontrolünü ele geçirebilmektedir. Bu yürütücü kontrol dönemlerine amnezi eşlik edebilmekte ya da etmeyebilmektedir. Sesler, “kişinin” hatırlayamadığı şeyleri hatırlayabilmektedir ve bu yaşantılar zaman zaman başka belgeler ya da kişiler tarafından da desteklenebilmektedir (Ross, 2007).

Psikozun fenomenolojisinin bugünkü psikiyatrinin ruhsal durum muayenesi prosedürlerinin izin verdiğinden çok daha karmaşık olduğu belirtilmekte ve çağdaş biyomedikal psikiyatrinin içinde yer bulan “işitsel varsanılar psikoz belirtileridir, psikoza bir beyin hastalığı neden olur, bunun tedavisi ise antipsikotik ilaçlar ile mümkündür.” şeklindeki anlayıştan ötürü söz konusu fenomenolojinin zenginliğinin önem taşımadığı öne sürülmektedir (Ross, 2007).

Genel olarak Ross (2007)'un travma modeline göre psikotik belirtiler, travmaya uğrayan hastalarda travmaya uğramayanlara kıyasla daha yaygındır. Travma sayısı

arttıkça psikotik belirtilere daha fazla komorbidite eşlik etmektedir. Özetle travma modelinde şizofreninin pozitif belirtilerine giden iki yolun bulunduğu varsayılmaktadır: bunlardan biri *endojen hastalık yolu*, diğeri ise *travma yoludur*. Bu iki yolun birbirini dışlayıcı nitelik taşımadığı, bilakis birbiriyle etkileşim halinde olduğu ifade edilmektedir.

Travma modeline göre belirli bir vakada travma yolu ne kadar baskınsa, psikotik belirtilerin fenomenolojisinin de o kadar zengin ve karmaşık olacağı savunulmaktadır. Söz gelimi, travma yolu vakalarında, seslerin rasyonel bir konuşmaya dahil olma olasılığının çok daha yüksek olduğu söylenmektedir. Travma vakalarında, muayene eden kişi sese bir soru sorduğunda, ses hastanın kafasının içinde cevap verebilmekte ve hasta bu cevabı yüksek sesle tekrarlayabilmektedir. Bu teknik, dissosiyatif kimlik bozukluğu alanyazınında *talking through* olarak adlandırılmaktadır (Ross, 2007).

Öte yandan, diğer değişkenlerle birlikte, seslerle konuşma girişimleri (*talking through*), muayeneyi yapan kişinin hastayı travma tedavisine veya endojen biyolojik tedaviye yönlendirmesini sağlamaktadır. Yani, seslerin karşılıklı olarak rasyonel bir diyalog kurması, hastalığın etiyojisinin bir göstergesi, komorbidite düzeyinin bir yordayıcısı ve tedavi için bir triyaj kararı olarak işlev görebilmektedir. Ancak, günümüzde psikotik belirtileri dissosiyatif belirtilerden, özellikle de işitsel varsanılardan ayırmak için üzerinde uzlaşmış bir yöntem bulunmamaktadır. Bunun sürekli ve dikkatli bir çalışma gerektiren fenomenolojik bir sorun olduğu düşünülmektedir. Bugüne kadar psikoz alanında yapılan pek çok araştırmanın ve tedavinin, dissosiyasyonun psikoz alanındaki tanınmayan varlığı nedeniyle sekteye uğradığı söylenebilmektedir (Ross, 2007).

Ross (2004), dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB), önceki ismiyle çoklu kişilik bozukluğu (Ross, 2004; Ross, 1989, 1994, 1995, 1997, 2000a,b) olan hastaların sesler duyduklarını, sanrılı düşüncelere sahip olduklarını ve şizofreninin klasik Schneiderian belirtilerinin çoğunu yaşadıklarını belirtmektedir. Bu hastaların üçte ikisinde şizoaffektif bozukluk veya şizofreni için yapılandırılmış görüşme kriterleri karşılanmakla birlikte genellikle hastaların entegrasyonunun sağlanabildiğini ve bu sırada psikozlarının uzun süreli remisyona girdiğini belirtmektedir.

DSM-5-TR'nin farklı bölümlerinde şizofreni ve DKB olarak sıralanan iki ayrı tanı mevcuttur (APA, 2022). Bu bakış açısına göre DKB, psikoterapi ile tedavi edilebilen,

çevreye verilen bir reaksiyondur; şizofreni ise ilaçlarla tedavi edilebilen, biyolojik bir beyin hastalığıdır. Ross (2004)'un ifadeleriyle bu husus mevcut tanı, tedavi ve şizofreni araştırmaları için tartışmanın bittiği noktadır. Şizofreni alanına travma ve dissosiyasyon alanyazını kapsamında dokunulmadığı anlaşılmaktadır. Sözgelisi, şizofrenide “nature versus nurture” sorunsalına oldukça önem atfeden bir kitapta (Ross, 2004; Gottesman, 1991) veya şizofreni üzerine yeni bir gözden geçirme makalesinde (Ross, 2004; Goff, 2002) çocukluk çağı cinsel istismarı ve dissosiyasyondan hiç bahsedilmemektedir (Ross, 2004).

Diğer yandan bunun tersi söylenememektedir. Dissosiyasyon ile psikoz, çoklu kişilik bozukluğu ile şizofreni arasındaki ilişki, yirmi yılı aşkın bir süredir dissosiyatif bozukluklar alanında klinik ve araştırma ilgisinin yanı sıra mühim bir düşünsel konu olmuştur (Ross, 2004; Bliss, 1980; Fink ve Golinkoff, 1990; Gainer, 1994; Kluft, 1987). Dahası dissosiyatif bozukluklar alanında, DKB ve şizofreninin ayırıcı tanısı, tedavi ve prognoz üzerinde önemli etkileri olan karmaşık ve önemli bir sorun olarak görülmektedir (Ross, 2004).

Günümüzde bir hastaya şizofreni tanısı konulması halinde tedavi, öncelikle ilaç tedavisinden, buna ek olarak sosyal destekten ve hastalığın biyolojik doğası hakkında psiko-eğitim verilmesinden ibaret olacaktır, dolayısıyla yoğun ve uzun süreli bireysel psikoterapi olmayacaktır. Halbuki, aynı hasta DKB tanısı alırsa, birincil tedavi psikoterapi olacak; ilaçlar ise yardımcı olacaktır. Antidepresanlar ve anksiyolitikler nöroleptiklerden daha fazla reçete edilecektir. Şizofreni alanında bu bir sorun değildir, zira DKB ayırıcı tanıda dikkate alınmamakta ve tedavi planında yoğun psikoterapi düşünülmemektedir. Ancak bu sorun dissosiyatif bozukluklar alanında mevcuttur. Daha önce şizoaffektif bozukluk veya şizofreni tanısı almış, ancak sonradan DKB tanısı konulan bir grup hastanın uzun süreli bireysel psikoterapiye etkin bir şekilde katıldığı ve aralarında on yıldan uzun bir süredir entegre olmuş durumda olan hastaların bulunduğu belirtilmektedir (Ross, 2004).

Ross (2004), şu anda şizofreni tedavisi alan hastaların yüzde 25 ila 40'ının bozukluğun bir travma-dissosiyasyon alt tipine sahip olabildiğini öne sürmekle birlikte, DKB tedavisi görmekte olup, şizoaffektif bozukluk veya şizofreni için yapılandırılmış görüşme ve DSM kriterlerini karşılayan hastaların psikoterapiye önemli derecede iyi yanıt verdiğini ve işitsel varsanılarının uzun süreli remisyona girdiğini söylemektedir. Dolayısıyla, şizofreninin söz konusu alt tipine sahip olan hastalar için iyileşme

yönünde bir umut olabileceği anlaşılmaktadır. Ulaşılan alanyazın bulguları da psikotik hastalarda dissosiyatif belirtilerin yüksek prevalansına işaret etmekte, sistematik olarak travma öyküsünün alınması ve dissosiyatif bozukluklar için geliştirilen tedavilerin bu hasta grubuna sunulması ihtiyacının altını önemle çizmektedir (Bozkurt, Yanartaş, Zincir ve Semiz, 2014).

Geçmişten günümüze şizofreni tanısının dönüşümü, travma-dissosiyasyon modelinden (Miller, 2016; Moskowitz, 2006; Moskowitz, Schäfer ve Dorahy, 2008) biyolojik diyatez modeline doğru bir kayışla karakterize olmuş ve bu da şizofreni fenomeninin psikolojik bağlamda anlaşılabilir olarak görülmesine yol açmıştır (Miller, 2016; Jaspers, 1913, 1963). Şizofreninin psikolojik faktörlerle temas eden bir patofizyolojik zemini bulunan bir ruhsal bozukluk olarak görülmeye başlanması, bizi Bleuler'in (1906, 1911) "şizofrenilerden" ilk kez bahsettiği 1908 yılında tartışılmakta olan hususlara geri götürmektedir (Miller, 2016; Bleuler, 1906, 1911). Yani, şizofreninin özünde dissosiyasyon dinamiğinin yattığı ve bu dinamiği harekete geçiren gücün de travma olduğu anlayışına geri dönüldüğü söylenebilmektedir (Miller, 2006).

Bleuler (1950 [1911]) şizofreni terimini 1911 yılında yazdığı *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias* başlıklı metninde ortaya atmıştır (Moskowitz ve Heim, 2011). Temel olarak şizofreni "bölünmüş zihin" anlamına gelmektedir. Burada Bleuler, "bölünmenin, hastalığın karmaşık fenomenlerinin çoğunun ortaya çıkmasındaki temel önkoşul olduğunu, tüm semptomatolojiye kendine özgü damgasını vuranın da bu bölünmeden ileri geldiğini" belirtmiş ve sözlerinin devamında "dissosiyasyon teriminin benzer gözlemleri belirtmek için zaten uzun süredir kullanıldığını" dile getirmiştir.

Bleuler için bölünme (splitting) ve dissosiyasyon aynı anlama gelmektedir. Bölünme-dissosiyasyon (splitting-dissociation) Bleuler'in ortaya koyduğu şizofreni tablosunda oldukça yaygındır ve tüm psişik işlevleri bünyesinde barındırabilmektedir. Bleuler söz konusu metninde dikkatin, kişiliğin, düşüncenin, bedensel duyumların, iradenin, belleğin, duygunun, sesin, varsanların, hareketin, ağrının, uyarılmanın, şahsi isimlerin ve kalp atım hızı gibi işlevlerin bölünmesine ilişkin olarak bir dizi klinik örnek sunmaktadır (Ross, 2019; Bleuler, 1950).

Gerçekten de Bleuler'in şizofreni vakalarının birçoğuna ilişkin tanımı, dissosiyatif kimlik bozukluğunun modern tanımına benzemektedir (Putnam, 1989; Ross, 1997).

Söz gelimi Bleuler, hastalarının tipik olarak farklı kimliklerin bedenlerinin kontrolünü ele geçirdiği dönemlerde amnezi yaşadıklarını belirtmektedir. Bunun yanı sıra, hastanın bir parçasının diğer parçalardan üçüncü şahıs olarak bahsettiğini ve hastada yürütücü kontrolün değişmesi durumunda ses, tavır, duruş ve kimlik gibi unsurlarda da değişiklikler görüldüğünü söylemektedir. Ayrıca farklı kimliklerin genellikle farklı isimlere sahip olduğunu da ifade etmektedir (Ross, 2019; Bleuler, 1950).

1911'den günümüze uzanan tarihsel süreç, dissosiyatif bozukluklar üzerine yapılan çalışma, araştırma ve tedaviler ile şizofreni alanyazını arasında neredeyse tam bir dissosiyasyon yaşanmasıyla sonuçlanmıştır. Bu süreçte şizofreni, genel olarak, ilaçla tedavi edilen genetik bir biyomedikal beyin bozukluğu olarak tanımlanmıştır. Psikososyal tedaviler tamamlayıcı nitelikte görülmüş, hastaların ve ailelerin eğitimi hastalık modeli tarafından ve ilaç uyumuna yönelik olarak yürütülmüştür (Foote ve Park, 2008; Tschoeke ve Steinert, 2010). Şizofreni alanında dissosiyatif kimlik bozukluğuna araştırma, yayın, teori ve klinik uygulama üzerindeki etkisi açısından ya oldukça sınırlı bir ilgi gösterilmiş ya da hiç gösterilmemiştir (Ross, 2019). Bununla birlikte, şizofreni alanı ile dissosiyatif bozukluklar alanı arasındaki bu ayrışma simetrik olmamıştır; dissosiyatif bozukluklar alanında 30 yılı aşkın bir süredir dissosiyasyon ve psikoz arasındaki ilişki ciddi bir şekilde ele alınmaktadır (Ross, 2019; Anglin vd., 2015; Bliss, 1980; Dhossche vd., 2012; Fan vd., 2010; Goren vd., 2012; Kluff, 1987; Laddis ve Dell, 2012; Laferre-Simard vd., 2014; Moskowitz, 2012).

Şizofreni alanyazınındaki bu eksiklik, son yıllarda şizofreni ve genel psikiyatri dergilerinde yayınlanan ve dissosiyasyonu ele alan çalışmalar sayesinde giderilmeye başlanmıştır (Bozkurt, Yanartaş, Zincir ve Semiz, 2014; Alderson-Day vd., 2014; Braehler vd., 2013; Deville vd., 2014; Evans vd., 2015; Matheson vd., 2013; Moskowitz ve Heim, 2011). Ross (2004) şizofreni ve dissosiyasyon alanları arasında etkileşimi teşvik etmek amacıyla, *şizofreninin dissosiyatif bir alt tipinin varlığını* öne sürmüştür.

Ross'a (2009) göre, psikolojik travma dissosiyatif fenomenin başlıca nedenidir. Bu görüşe göre kişi, kendisini ayrılmış alt durumlara veya parça benliklere bölerek travmaya uyum sağlar. Bu parça benliklerin etkileşimleri dissosiyatif semptomlar üretir. Travmaya verilen bu psikobiyolojik tepkinin hem dissosiyatif kimlik bozukluğunun hem de ileri sürülen dissosiyatif şizofreni tipinin altında yattığına inanılmaktadır.

Şizofreninin dissosiyatif bir alt tipi olduğunu ileri süren Ross (2019), dissosiyatif tip şizofreninin üç temel özelliğini (1) çocukluk çağı travması, (2) dissosiyatif semptomlar ve (3) yaygın komorbidite olarak açıklamaktadır. Bu üç özelliği sergileyen bireylerin çoğunun, özellikle dissosiyatif bozukluklar, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), borderline kişilik bozukluğu, panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk ve madde kötüye kullanımı olmak üzere çok sayıda başka Eksen I ve II tanısı için tanı kriterlerini de karşılayacakları belirtilmektedir. Yine bu bireylerin çoğunun, cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal ve sözlü istismar, aile içi şiddet, aile dışı şiddet, birincil bakıcıların kaybı, savaşa maruz kalma, kıtlık, aşırı yoksulluk, doğal afetler, ağır hastalıklar gibi bir dizi travmatik olayı içerebilen, kronik olumsuz çocukluk yaşantıları bildirecekleri ileri sürülmektedir. Öne çıkan dissosiyatif semptomlar arasında işitsel varsanılar, amnezi, depersonalizasyon ve farklı kimliklerin veya kişilik durumlarının varlığı yer almaktadır. Burada sesler, genellikle birbirleriyle ve hastanın öne çıkmış parçasıyla etkileşime girmektedir. Ek olarak, seslerin genellikle belirli isimleri, yaşları, cinsiyetleri ve diğer özellikleri vardır ve sesler genellikle dışarıdan bir kişi tarafından doğrudan görüşmeye dahil edilebilir niteliktedir. Bu hasta grubunda genellikle ağır bir bilişsel düzensizlik veya düşünce bozukluğu görülmemektedir (Ross, 2019).

Moskowitz ve arkadaşları (2023) “Psikotik belirtiler köken olarak travmatik ve tür olarak dissosiyatif midir?” isimli bir çalışmalarında psikotik belirtileri olan bazı hastaların aslında travma öykülerinin olduğunu, ancak travmatik anıları zihinlerinden uzaklaştırmak için muhtemelen bilinçdışı bir motivasyonla bu öyküleri perdelediklerini ileri sürülmüşlerdir. Dahası, Jaspers'in ve Freud'un 1896 yılından sonraki tutumlarıyla uyumlu olarak, söz konusu travmaların klinisyenler tarafından genellikle göz ardı edildiğini ve bunun da sıklıkla yanlış tanılarının konulmasına yol açtığını belirtmişlerdir. Yani, bir hastaya konulan tanının belli ölçüde klinisyenin hastanın belirti ve bulgularının altında yatan bağlamı bilip bilmemesine göre değişebildiği ifade edilmektedir, şayet klinisyen travmatik bağlamı bilmekteyse, söz konusu tanının posttravmatik bir nitelik kazanabileceği ancak bağlamın bilinmemesi durumunda tanının psikotik bir yapıya bürünebileceği söylenmektedir (Moskowitz ve ark., 2023).

Yanlış tanının doğurabileceği pek çok risk içerisinde, etkisiz ve potansiyel olarak tehlikeli tedaviler başı çekmektedir. Son on yılda yapılan önemli çalışmalar aşağıdaki

hususları ortaya koymuş olsa da yanlış tanı önemli bir endişe kaynağı olmaya devam etmektedir (Moskowitz ve ark., 2023): (1) bazı psikotik belirtiler, TSSB ve DKB'yi de kapsar şekilde birçok bozuklukta yaygın olarak görülmekte ve bunlar şizofreni gibi psikotik bozukluklarda bulunan benzer belirtilerden büyük ölçüde ayırt edilememektedir (Moskowitz ve ark., 2023; Moskowitz vd., 2017), yanı sıra (2) travma ve dissosiyasyon alanlarında geliştirilen psikolojik tedavi yaklaşımlarının birçok psikotik belirtinin tedavisinde etkili olduğu kanıtlanmıştır (Moskowitz vd., 2023; De Bont vd., 2019; Gonzalez vd., 2019). Keza bu içgörüler, psikoza yönelik travma odaklı BDT gibi yeni yaklaşımların geliştirilmesini de beraberinde getirmiştir (Moskowitz vd., 2023; Morrison, 2013).

1.2. Amaç

Yukarıda sunulan bilgiler ışığında ve Colin A. Ross (2007)'un travma modelinin temel alındığı mevcut çalışmada, genel olarak psikotik bozukluk özel olarak ise şizofreni hastalarının arasında çocukluk çağı travma öyküsü bulunup bulunmamasına göre hastalıklarının doğasının farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi, ortaya çıkan klinik fenomenolojinin dissosiyasyon ile ilişkili olup olmadığı, eğer bir ilişki söz konusuysa şizofreninin dissosiyatif alt türünün saptanıp saptanmadığı, eğer “dissosiyatif şizofreni” tespit edilirse bu alt grubun içerisinde bir grup hastanın dissosiyatif kimlik bozukluğu veya başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk (BTA-DB) tanısı alıp almadığının araştırılması amaçlanmaktadır.

Araştırmanın temel amaçları, psikotik bozukluk tanısı ile takip edilen hastalarda olumsuz çocukluk çağı yaşantılarının ve psikopatolojik belirtilerin incelenmesi yoluyla, ayırıcı tanıyı ön gördürücü psikolojik faktörleri ve bununla ilgili klinik doğurguları ortaya çıkarmaktır. Dolayısıyla bu çalışmada, psikoz hastaları arasında ağır çocukluk çağı travma öyküsü bildirme olasılığı daha yüksek olan, daha yaygın komorbiditesi bulunan ve psikoterapiye yanıt verme olasılığı daha yüksek olan bir alt grubun saptanıp saptanmadığı, bununla birlikte bu alt grup içerisinde bir grup hastanın DKB veya BTA-DB teşhisi alıp almadığı araştırılacaktır.

Mevcut çalışma özü itibariyle şu soruları yanıtlama çabası içerisinde:

1. Çocukluk çağı travması bildiren psikoz hastaları, bildirmeyenlere kıyasla daha az negatif belirti, daha fazla pozitif belirti, daha az düşünce bozukluğu, daha fazla komorbidite, daha fazla travma psikobiyolojisi, daha az endojen psikoz

psikobiolojisi, daha fazla etkileşimli halde olan sesler, yürütücü kontrolü ele alan daha fazla ses, daha fazla yapı ve tanımlanmış ego durumları, daha yüksek dissosiyasyon düzeyi, daha ağır ve kronik çocukluk çağı travması, daha iyi prognoz gösteriyor mu?

2. Psikoz hastalarının, ağır ve kronik nitelikli çocukluk çağı travma öyküsüne sahip olup olmama açısından hastalıklarının klinik fenomenolojisi farklılık gösteriyor mu?

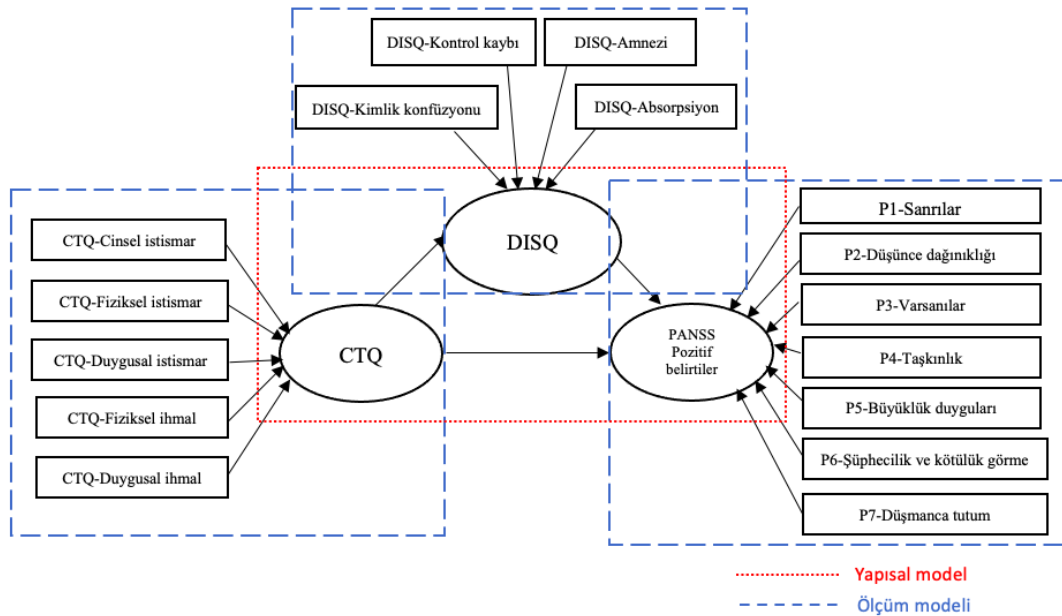
3. Psikoz hastaları arasında ağır çocukluk çağı travma öyküsü bildiren ve dissosiyatif belirtiler gösteren bir grup hasta DKB ya da BTA-DB tanısı alıyor mu?

4. DKB, yanlış pozitif şizofreni tanısı için tedavi gören hastalar arasında yaygın bir gerçek pozitif tanı mı?

5. DKB ve şizofreni yaygın olarak birlikte görülür mü?

6. Şizofreninin dissosiyatif bir alt tipi (dissosiyatif psikoz-dissosiyatif şizofreni) var mı?

7. Çocukluk çağı travması ile şizofreninin pozitif belirtileri arasındaki yordayıcı ilişkide dissosiyasyonun aracı bir rolü var mı? Çocukluk çağı travmalarından şizofreninin pozitif belirtilerine giden yolda dissosiyasyon aracı rol oynuyor mu? (Bknz. Şekil 1.1)



Şekil 1.1: PLS-SEM Medyatör Etki Modeli

Ross'a (2019) göre, psikolojik travma, dissosiyatif fenomenlerin ana nedenidir. Bu görüşe göre, kişi kendisini dissosiyatif olmuştur alt durumlara veya parça benliklere bölerek travmaya uyum sağlar. Bu parçalanmış benliklerin etkileşimleri dissosiyatif semptomlar üretir. Geniş bir alanyazın, psikotik hastaların da yüksek oranda çocukluklarında psikolojik travma yaşadığını göstermiştir. Allen, Coyne ve Console (1997), travmanın neden olduğu dissosiyasyonun kişileri psikotik deneyimlere karşı savunmasız hale getirdiğini öne sürmüştür.

Çocukluk çağı travması ile psikoz arasındaki ampirik ilişkiler oldukça ikna edicidir ve muhtemelen karmaşık psikolojik yolları içermektedir, dolayısıyla bunun da sistematik bir araştırma çabasının konusu haline getirilmesi elzemdir (Newman-Taylor & Sambrook, 2013). Mevcut kanıtlar, bilhassa şizofreninin pozitif belirtilerinin gelişiminde çocukluk çağı travmasının temel bir rol oynadığını ve bu ilişkide dissosiyasyonun önemli bir aracı rolü olduğunu desteklemektedir (Moskowitz ve ark., 2023).

Teori ve mantık temelinde, çocukluk çağı travması ile şizofreninin pozitif belirtileri arasında bir ilişki olduğu bilinmektedir, ancak söz konusu ilişkinin gerçekte nasıl işlediğinden emin olunduğu görülmemiştir. Mevcut çalışma, hastaların çocukluk çağı travmalarını şizofreninin pozitif belirtilerine nasıl dönüştürdüklerini açıklama gayreti de taşımaktadır. Bazen bir kişinin çocukluk çağı travmasına maruz kaldığı, ancak bu durumun psikotik belirtilere yol açmadığı gözlemlenebilir. Bu tür gözlemler kafa karıştırıcı olmakla birlikte çocukluk çağı travmasını psikotik belirtilere dönüştüren başka bir süreç olup olmadığı sorusunu akla getirmektedir.

Yukarıda sunulan şekil 1.1'de, araya giren süreç (medyator-aracı etki) dissosiyasyon olarak modellenmiştir. Bu modele göre, bir hasta çocukluk çağı travmasına maruz kaldıysa, bu maruziyet daha yüksek dissosiyasyon düzeylerine ve nihayetinde şizofreninin pozitif belirtilerinde artışa yol açabilir. Böyle bir durumda, çocukluk çağı travması ile pozitif belirtiler arasındaki ilişki, çocukluk çağı travması -> pozitif belirtiler dizgesi ile açıklanabileceği gibi, çocukluk çağı travması -> dissosiyasyon -> pozitif belirtiler dizgesi ile de açıklanabilir diye düşünülmektedir (Bknz. Şekil 1.1).

Yapısal eşitlik modellemesinin kısmi en küçük kareler yöntemine göre çocukluk çağı travması->pozitif belirtiler zinciri *doğrudan bir ilişki* örneğidir. Buna karşılık,

çocukluk çağı travması-> dissosiyasyon-> pozitif belirtiler ise *dolaylı bir ilişki* örneği olarak ele alınabilmektedir (Hair, Hult, Ringle & Sarstedt, 2014).

Şekil 1.1’de gösterildiği gibi, üçüncü bir değişken veya yapı diğer iki ilgili yapı arasına girdiğinde bir aracılık etkisi oluşur. Ulaşılan alanyazında PLS-SEM’de aracılık etkisinin nasıl işlediğinin anlaşılabilmesi için bir yol modelinin doğrudan ve dolaylı etkiler açısından ele alındığı görülmüştür. Buna göre doğrudan etkiler, iki yapıyı tek bir okla birbirine bağlayan ilişkilerdir; dolaylı etkiler ise en az bir araya giren yapının dahil olduğu bir dizi ilişkiyi içeren ilişkilerdir. Dolayısıyla, bir dolaylı etki, görsel olarak birden fazla okla temsil edilen iki veya daha fazla doğrudan etkinin (bileşik yol) bir dizisidir. Bu dolaylı etki, medyatör (aracı) etki olarak nitelendirilir. Şekil 1.1.’de dissosiyasyon, çocukluk çağı travması ile pozitif belirtiler arasında olası bir aracı olarak modellenmiştir (Hair ve ark., 2016). Değişkenler arasındaki ilişkiler Ross’un (2007) kökeni Eugen Bleuler ve Pierre Janet’ ye uzanan *dissosiyatif şizofreni teorisine* dayanılarak kurulmuştur.

Ulaşılan alanyazın göz önüne alındığında, çocukluk çağı travması ve şizofreninin pozitif belirtileri arasındaki ilişkinin anlaşılmasında dissosiyasyonun önemli bir klinik fenomen olabileceği açıktır. Dolayısıyla mevcut çalışmada son olarak, dissosiyasyonun çocukluk çağı travmasından pozitif belirtilere giden yolu inşa eden ana fenomen olabileceği düşünülmüş ve çocukluk çağı travması ile şizofreninin pozitif belirtileri arasındaki ilişkinin ve bu ilişkide dissosiyasyonun aracı rolünün incelenmesi de amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Önemi

Mevcut çalışma ağır, kronik çocukluk çağı travması, psikoz ve dissosiyasyon fenomenlerini içermektedir. Bu kapsamda mevcut çalışma, psikoz hastalarında ve dissosiyatif bozukluk hastalarında görülen belirti örtüşmelerine odaklanmaktadır, ayırıcı tanıyı ön gördürücü faktörlerin belirlenmesine yönelik klinik incelemeleri ve Ross (2004) tarafından yeni bir klinik antite olarak önerilen *dissosiyatif şizofreni* tanısına dair alanyazın bilgilerini içermektedir.

Mevcut tez konusu şizofreni alanında dissosiyasyonun ciddi bir şekilde incelenmesi gerektiğine dikkat çekmekte; gelecekteki araştırmalar için bir yapı sağlamakta, şizofrenide psikoterapinin rolünün yeniden gözden geçirilmesi çağrısında bulunmakta ve bozukluğun geçerli bir dissosiyatif alt tipi olduğunu öne sürmektedir. Ayrıca

mevcut çalışma, şizofreninin dissosiyatif alt tipi içerisinde bir grup hastanın DKB veya BTA-DB tanısı alacağı yönündeki hipotez ile de yanlış tanı konulması, tanı karışıklığı ve yetersiz tedavi gibi sorunlara dikkat çekmekte ve pratikte karşılaşılabilecek bu sorunların önüne geçilmesine yönelik klinik bir bakış açısı değişikliği sunmaktadır.

Mevcut çalışmanın psikotik hastalar arasında psikoterapiye yanıt verme olasılığı daha yüksek olan bir alt grubu tanımlamasının yanında, antipsikotik ilaç tedavisine yanıt verme olasılığı daha yüksek olan dissosiyatif olmayan (pür psikoz) hastaları belirleme olanağı sunması da ifade edilmeye değerdir. Başka bir deyişle, eğer psikoterapiye daha fazla yanıt veren travma kaynaklı bir alt grup (dissosiyatif şizofreni) tanımlanırsa, dissosiyatif hastalar dışlanarak, ilaç tedavisine daha iyi yanıt veren ve genetik faktörleri de içerebilen endojen patofizyolojiye sahip, şizofreninin ağırlıklı olarak endojen bir alt grubu da tanımlanabilecektir.

Ross (2004) psikotik bozukluklara yönelik bakış açısına etki ettiğini belirttiği bir dizi sorundan bahsetmiştir, bu hususlar aşağıda özetlenmiştir:

- Anaakım psikiyatri uygulamaları, şizofreninin endojen biyomedikal modellerine doğru çok fazla yönelmiştir.
- Şizofreni tedavisinde ilaç tedavisine çok fazla, psikoterapiye ise çok az ağırlık verilmektedir.
- Şizofreninin genetik nedenlerine çok fazla, çevresel nedenlerine ise çok az vurgu yapılmaktadır.
- Bilimsel veriler şizofreninin temelde genetik bir nedeni olduğunu desteklememektedir.
- Bilimsel veriler antipsikotik ilaçların sadece sınırlı ölçüde etkili olduğu sonucunu desteklemektedir.
- Kronik, karmaşık dissosiyatif bozuklukların epidemiyolojisi ve fenomenolojisi çoğu psikiyatrist tarafından yeterince anlaşılamamıştır.
- Dissosiyasyon ve psikoz arasında önemli ölçüde örtüşme vardır; bu durum fenomenoloji, DSM tanı kriterleri ve semptomların ölçümü boyutlarında görülmektedir.
- Dissosiyasyon ve psikoz arasındaki örtüşme şizofreni alanında yeterince göz önünde bulundurulmamaktadır.

- Dissosiyasyon ve psikoz arasındaki örtüşme, fark edilemeyen bir komorbidite sorunundan çok daha fazlasını ifade etmektedir; zira şizofreni ve DKB'nin temel özelliklerinin pek çoğu birbirine benzer niteliktedir. Söz gelimi, şizofreninin pozitif semptomları DKB için şizofreniden daha karakteristiktir. DSM tanı kriterleri, yapılandırılmış tanı görüşmeleri ve semptom ölçümleri birçok vakada iki bozukluğu birbirinden ayırmakta yetersiz kalmakta ve klinisyenler de sıklıkla bu iki bozukluğu birbirinden ayırt etmekte güçlük çekmektedir. Ayrıca, fark edilemeyen DKB vakaları Eugen Bleuler'in “*Dementia Praecox or then Group of Schizophrenias*” adlı metninde açıkça görülmektedir.
- İki bozukluk birbirinden bağımsız kategoriler olmadığından, DKB ve şizofreninin temel özellikleri arasındaki örtüşme bir komorbidite sorununa indirgenemez. İki hastalık birbiriyle komorbid olamaz zira çok yaygın ve çok büyük oranda birbiriyle örtüşmektedir.

Yine Ross (2004) bu hususlara yönelik birtakım önerilerde bulunmaktadır. Bu öneriler de aşağıda maddeler halinde özetlenmiştir:

- Ağır ruhsal bozuklukların nedenselliğinin beyinden zihne ve zihinden beyne olmak üzere iki yönde seyretmesine olanak tanıyan bir beyin-zihin modeli tanımlamak.
- Şizofreninin işevuruk bir dissosiyatif alt tipini tanımlamak.
- Şizofreninin dissosiyatif alt tipinin güvenilirliğini ve geçerliliğini ortaya koyabilecek ölçütler ve metodoloji sunmak.
- Şizofreninin dissosiyatif alt tipi ile başta DKB olmak üzere kronik, karmaşık dissosiyatif bozukluklar arasındaki ilişki açısından iki alternatif şema öne sürmek.
- Şizofreninin dissosiyatif alt tipinin varlığını destekleyen ilgili literatürü ve bulguları gözden geçirmek.

Özetle mevcut çalışmanın yukarıda bahsedilen hususları aydınlatmaya yönelik bir girişim olmasının yanı sıra, şizofreninin çevresel nedenleri, bilhassa çocukluk çağında yaşanan ağır psikolojik travmalar üzerine gelecekte yapılacak olan kapsamlı çalışmaların sayısındaki artışı destekleyeceği; şizofreni hastalarının önemli bir alt grubunun fenomenolojisinde dissosiyasyonun rolünün göz ardı edilemeyeceği gerçeğini ortaya koyacağı; psikotik bozukluk ile dissosiyatif bozukluk arasında örtüşen belirtilerin tanı karışıklığına yol açmak suretiyle hastaların uzun yıllar boyunca yanlış tanı ve yetersiz tedavi ile takip edilmesi gibi olumsuz klinik durumların

gelişmesini önleyecek ayırıcı tanıyı ön gördürücü faktörleri ortaya koyacağı, psikozun psikoterapisine yönelik önemli çalışmaların yürütülmesi için bir gerekçe, destekleyici veriler ve rasyonel bir yapı sağlayacağı ve klinik alanyazına çok mühim katkılar sunacağı beklenmektedir. Bu bağlamda, aşağıdaki hipotezler öne sürülmektedir:

H1: Dissosiyatif psikoz grubundaki şizofreni hastaları Çocukluk Çağı Travmaları (CTQ) ve Olumsuz Çocukluk Yaşantıları (ACE) ölçeklerinden, non-dissosiyatif psikoz grubundakilere göre daha yüksek puan alacaktır.

H2: Dissosiyatif psikoz grubundaki şizofreni hastaları Dissosiyasyon Ölçeğinden (DISQ), non-dissosiyatif psikoz grubundakilere göre daha yüksek puan alacaktır.

H3: Dissosiyatif psikoz grubundaki şizofreni hastaları Somatoform Dissosiyasyon Ölçeğinden (SDQ), non-dissosiyatif psikoz grubundakilere göre daha yüksek puan alacaktır.

H4: Dissosiyatif psikoz grubundaki şizofreni hastaları Borderline Kişilik Envanterinden (BPI), non-dissosiyatif psikoz grubundakilere göre daha yüksek puan alacaktır.

H5: Dissosiyatif psikoz grubundaki şizofreni hastaları Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinde (PANSS) daha fazla pozitif belirti, daha az negatif belirti, daha fazla genel psikopatoloji belirtisi ve daha ağır düzeyde psikoz tablosu ortaya koyacaktır.

H6: Non-dissosiyatif psikoz grubundaki şizofreni hastaları Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinde (PANSS) daha az pozitif belirti, daha fazla negatif belirti, daha az genel psikopatoloji belirtisi ve daha hafif düzeyde psikoz tablosu ortaya koyacaktır.

H7: Dissosiyatif psikoz grubundaki şizofreni hastaları Psikolojik Belirti Tarama Listesi'nin (SCL90-R) genel semptom indeksinden ve alt ölçeklerinden, non-dissosiyatif psikoz grubundakilere göre daha yüksek puan alacaktır.

H8: Dissosiyatif psikoz grubundaki şizofreni hastaları Psikolojik Belirti Tarama Listesi'nin (SCL90-R) psikotizm ve paranoya alt ölçeklerinden, non-dissosiyatif psikoz grubundakilere göre daha yüksek puan alacaktır.

H9: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) pozitif belirti puanı, patolojik dissosiyasyonu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordayacaktır.

H10: Çocukluk çağı travmaları ile pozitif psikoz belirtileri arasındaki yordayıcı ilişkide patolojik dissosiyasyon tam aracı bir rol oynayacaktır.

H11: Şizofreni hastalarının, ağır ve kronik nitelikli çocukluk çağı travma öyküsüne sahip olup olmama açısından hastalıklarının klinik fenomenolojisi farklılık gösterecektir.

H12: Şizofreni hastaları arasında ağır çocukluk çağı travma öyküsü bildiren ve patolojik dissosiyatif belirtiler gösteren bir grup hasta DKB ya da BTA-DB tanısı alacaktır.

H13: DKB, yanlış pozitif şizofreni tanısı için tedavi gören hastalar arasında yaygın bir gerçek pozitif tanı olacaktır.

H14: DKB ve şizofreni yaygın olarak birlikte görülecektir.

H15: Şizofreninin dissosiyatif bir alt tipi (dissosiyatif psikoz-dissosiyatif şizofreni) bulunacaktır.

1.4.Varsayımlar

Araştırma kapsamında uygulanan ölçeklerin ve kullanılan araştırma metodunun geçerli ve çalışmanın gagesine hizmet eder bir nitelik taşıdığı varsayımı kabul edilmiştir. Araştırmada katılımcı olan hastaların ölçeklerde bulunan soruları yanıltıcı yanıtlar vermeden ve klinik tablolarını ortaya koyacak düzeyde cevapladıkları varsayımı kabul edilmiştir.

1.5. Sınırlılıklar

Mevcut çalışmanın çeşitli sınırlılıkları bulunmaktadır. Bunlar arasında örneklemin küçük olması ve tek bir hastaneden alınmış olması bulguların genellenebilirliğini sınırlamaktadır, çocuklukta kötü muameleye ilişkin geriye dönük raporlara dayanılması ve ilk işitsel varsanı gibi psikotik yaşantıların yaşandığı yer ve zamanın raporlanmasının hatırlama yanlılığına maruz kalma olasılığının bulunması sayılabilmektedir. Yine de çalışmalar, travma geçirmiş ve psikotik katılımcılarda belleğe dayalı hatırlamanın genel doğruluğunu desteklemiştir (örn. Goodman ve ark., 1999). Buna ilaveten, DKB ve şizofreni grupları arasında cinsiyet farklılığının yarattığı potansiyel bir karışıklık söz konusu olabilecektir. Çalışmalar DKB popülasyonunda erkeklerden daha fazla kadın (örn., Ross ve Norton, 1989) ve şizofreni popülasyonunda kadınlardan daha fazla erkek (örn., Farhall ve Voudouris, 1996) olduğunu bildirmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

PSİKOZ, ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI VE DİSSOSİYASYON

Bu bölüm psikoz, çocukluk çağı travması ve dissosiyasyon fenomenlerine ilişkin açıklamalarla birlikte tez konusuna ilişkin kuramsal çerçevenin ve ilgili alanyazında yer alan çalışmaların sunulduğu teorik bölümü içermektedir.

2.1. Psikoz

2.1.1. Etimoloji ve Tarihsel Kavramlar

Psikolojik ve davranışsal işlev bozukluğunun ağır biçimleri çok eski zamanlardan beri tanınmış, bunlar “delilik”, “mani” ve “bunama” gibi kavramların gelişmesine yol açmıştır (Moskowitz vd., 2019). “Psikoz” terimi ise on dokuzuncu yüzyılın ortalarında Avusturyalı doktor Ernst von Feuchtersleben tarafından bu kavramlara alternatif bir terim olarak ortaya atılmıştır (Moskowitz vd., 2019; Beer, 1995). Von Feuchtersleben, 1845 tarihli Lehrbuch der Ärztlichen Seelenkunde (İngilizceye The Principles of Medical Psychology olarak çevrilmiştir) adlı kitabında hem beden hem de ruh hastalandığı (yani “insanın bütünü” etkileyen) bir rahatsızlığı ifade etmek için Yunanca “zihin ya da ruh” anlamına gelen “psyche” kelimesinden türetilen “psikoz” terimini kullanmıştır (Moskowitz vd., 2019; von Feuchtersleben, 1845). Bu terim kullanmasının, on dokuzuncu yüzyılın başlarında Alman psikiyatrisinde Psychiker ve Somatiker (akıl hastalığını “ruha” dayandıranlar ve “bedene” dayandıranlar) arasında yaşanan tartışmaya da bir yanıt niteliği taşıdığı söylenmektedir. Bununla birlikte, Feuchtersleben’ in bu yeni terimi, bu iki grup arasında arabuluculuk yapma ve karşıt görüşleri uzlaştırma girişimi olarak da değerlendirilmiştir (Moskowitz vd., 2019).

On dokuzuncu yüzyılın sonları ve yirminci yüzyılın başlarındaki nozoloji, psikotizmin (ve şizofreninin) birincil odağı olarak bu tür bir kişilik anlayışını büyük ölçüde paylaşmaktaydı. Örneğin Kraepelin’ e göre Dementia Praecox bir “kişilik yıkımını” içermekteydi (Moskowitz vd., 2019; Berrios ve Hauser, 1988), diğer yandan Bleuler (1949) ise “bir şizofrenin tek bir psikolojik işlevdeki değişiklikler nedeniyle hasta bir kişiliğe sahip olmadığını” söylemekte ve devamında “bu kişinin kişiliği bir bütün olarak hasta olduğu için onda işlevlerin tek tek değiştiğini fark ederiz” ifadesinde bulunmaktaydı (Moskowitz vd., 2019; Bleuler, 1949).

Yirminci yüzyıl boyunca iki farklı ana eğilimin göze çarptığı belirtilmektedir. Söz gelimi, Avrupa’ da ve özellikle İngiltere’ de Kraepelin’ in dar şizofreni/dementia praecox kavramı geçerli olurken, Amerika Birleşik Devletleri’ nde çok daha geniş bir kavram kullanıldığı söylenmektedir. İkincisinin, Bleuler’ in bozulmuş çağrışımsal süreçleri şizofreninin temelinde görmesinden ve Freud’ un psikoza “gerçeklik algısında” bir bozukluk olarak değerlendirmesinden etkilendiği ifade edilmektedir (Moskowitz vd., 2019). Bu kavramların, yirminci yüzyılın ortalarında ABD’deki psikiyatri camiasında olduğu gibi psikodinamik düşüncenin baskın olduğu ortamlarda yaygın olduğu (Moskowitz vd., 2019; Andreasen, 1989), buralarda şizofreni ve psikotik kavramlarının sınırlarının geniş olduğu ve bu iki kavramın “gerçeklik çarpıtmasını” pek göze çarpmayan şekillerde ortaya koyduğu ifade edilmektedir (Moskowitz vd., 2019).

Bu anlayışlar, ilk Amerikan sınıflandırma sistemlerinde, Ruhsal (Psikolojik) Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı’nın (DSM-I, APA, 1952) ilk baskısında ve DSM-II’ de (APA, 1968) büyük ölçüde yer almıştır; sonuncusu ise, psikoza “bireyin hayatının olağan taleplerini karşılama kapasitesine büyük ölçüde müdahale etmesi” koşulunu eklemiştir (APA, 1980). Yirminci yüzyılın sonlarında, buna karşılık gelen uluslararası tanı sistemi olan Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD), psikoza benzer bir şekilde tanımlamıştır. Örneğin, ICD-9 “psikozları”, “zihinsel işlev bozukluğunun, içgörü, yaşamın bazı olağan taleplerini karşılama veya gerçeklikle yeterli teması sürdürme becerisine büyük ölçüde müdahale edecek derecede geliştiği” zihinsel bozukluklar olarak tanımlamıştır (WHO, 1977). Bununla birlikte, DSM-III (APA, 1980) veya DSM-III-R’nin (APA, 1987) “psikoz” tanımlarında işlevsellik düzeyi vurgulanmamıştır, Moskowitz ve meslektaşlarına göre (2019) bunun nedeni belki de revize edilmiş şizofreni tanısının artık mevcut işlevsellik düzeyinin önceki düzeylerin “belirgin şekilde altında” olduğuna dair kanıt gerektirmesidir. DSM-III “psikotik” i “gerçeklik algısında ağır bozukluk” olarak tanımlarken (APA, 1980), DSM-III-R buna “... ve yeni bir gerçeklik yaratma” yı da eklemiştir (APA, 1987). Belirli psikotik semptomların varlığı psikoza “doğrudan kanıtı” olarak kabul edilmiştir (Moskowitz vd., 2019).

2.1.2. Güncel Kavramlar

DSM-IV (APA, 1994), DSM-5 (APA, 2013) ve ICD-10’ da (WHO, 1992), psikoz kavramı çerçevesinde psikotik semptomları vurgulama eğilimi zirveye ulaşmıştır.

Buradaki psikoz, basitçe belirli psikotik semptomların varlığı olarak tanımlanmaktadır. Bu en açık şekilde ICD-10'da belirtilmiştir (Moskowitz vd., 2019; WHO, 1992). “‘Psikotik’ uygun bir tanımlayıcı terim olarak muhafaza edilmiştir Kullanımı psikodinamik mekanizmalar hakkında varsayımlar içermez, ancak basitçe varsanılar, sanrılar veya aşırı heyecan ve aşırı hareketlilik, belirgin psikomotor retardasyon ve katatonik davranış gibi sınırlı sayıda şiddetli davranış anormalliklerinin varlığını gösterir.” Benzer şekilde DSM-IV’ te (APA, 1994) psikoz, şizofreninin psikotik (veya “pozitif”) semptomlarına atıfta bulunularak (dar kapsamlıdan geniş kapsamlıya doğru) üç versiyonla tanımlanmaktadır: (i) sanrılar ve halüsinasyonlar (içgörü olmadan yaşanan), (ii) sanrılar ve halüsinasyonlar (içgörü ile veya içgörü olmadan) ve (iii) sanrılar, halüsinasyonlar ve dezorganize konuşma veya davranış (Moskowitz vd., 2019; Rudnick, 1997). DSM-5-TR’ de (APA, 2022) “psikoz” tanımlanmamıştır bile, ancak “psikotik özellikler” sanrılar, varsanılar ve düşünce bozukluğu olarak tanımlanmıştır denilebilmektedir (Moskowitz vd., 2019; APA, 2013). Son olarak, önerilen ICD-11 (beta taslağı), yukarıda listelenen psikotik/pozitif semptomlara ek olarak, pasiflik ve kontrol deneyimlerinin (kişinin duygularının, dürtülerinin veya düşüncelerinin bir dış gücün kontrolü altında olduğu deneyimi) birinci sıra semptomlarına vurgu yaparak, bunları sanrılardan ayrı psikotik yaşantılar olarak listelemektedir (DSM-IV ve DSM-5-TR’de, bu tür yaşantılar basitçe “bizar” sanrılarının örnekleri olarak kabul edilmektedir).

Bu değişiklikler, örneğin şizofreni tanısının İngiltere ve ABD'deki psikiyatristler tarafından oldukça farklı uygulandığını ortaya koyan araştırma kanıtlarının ardından, psikiyatri camiasında son yarım yüzyılda psikiyatrik terimlerin güvenilirliği konusunda artan endişeyi yansıtmaktadır (Moskowitz vd., 2019; Kendell ve ark., 1971). Günümüzde “psikotik” olmak artık “psikotik semptomlara sahip olmak” anlamına gelmektedir. Bu nedenle, “psikoz” basitçe sanrılar veya varsanılar gibi belirli psikotik semptomların kısaltması haline gelmiştir. “Psikoz” un bu şekilde kullanımının, bu terimlerin anlamına çok az şey kattığı ve yararlılık ya da geçerlilikten de yoksun olduğu savunulmaktadır (Moskowitz vd., 2019).

Psikoz teriminin resmi tanımı totolojik bir tanım olsa da bu kavramın klinik olarak farklı bir şekilde kullanıldığı açıktır. Heinimaa (2008) psikiyatrik uygulamada “psikoz” ve “psikotik” kelimelerinin kullanımını incelemiş ve bu terimlerin (“sanrılar” gibi psikotik semptomlarla birlikte) “anlaşılmazlık” kavramıyla ilişkili olduğu

sonucuna varmıştır (Moskowitz vd., 2019; Heinimaa, 2008). Jaspers (1913/1963) bir asırdan daha uzun bir süre önce psikotik hezeyanların “psikolojiye indirgenemez” veya “anlaşılamaz” olduğunu ileri sürdüğü için aslında bu görüş kendi başına yeni değildir (Moskowitz vd., 2019; Jaspers, 1913, 1963). Ancak Heinimaa (2008), psikoz kavramının tanı ve tedavi sürecinin siyasi ve sosyal bağlamına başvurulmadan anlaşılamayacağı konusunda ısrar ederek Jaspers’ in ötesine geçmektedir: “‘Anlaşılmazlık’ (ve dolayısıyla ‘psikoz’) ilişkisel kavramlardır ve bu ilişkisel olayları bireyler üzerinden okumaya yönelik her türlü girişim başarısız olmaya mahkumdur” (Moskowitz vd., 2019; Heinimaa, 2008). Psikoz terimi “yetkili” kişiler tarafından, hastanın konuşması veya davranışı anlaşılmadığında kullanılmaktadır. Örnek vermek gerekirse, DSM-5-TR psikotik semptomlar olarak “büyük ölçüde dağınık” davranışı veya “dağınık” konuşmayı sunmaktadır. Fakat bu terimler ne anlama gelmektedir? Davranış ya da konuşma organizasyondan yoksun mudur yoksa görüşmeyi yapan kişi bu organizasyonun ne olduğunun farkında değil midir? Başka bir deyişle, bir kişinin geçmişinden habersizsek ya da o kişi bizim için bu bağlantıyı kuramıyorsa (ya da kurmak istemiyorsa), bir semptomun o kişinin yaşam deneyimleriyle bağlantısız olduğunu nasıl belirleyebiliriz? Eğer bir kişi travmatik bir deneyime geri dönüş yaşıyorsa ve klinisyen bunun farkında değilse (veya hastanın kendisi farkında değilse), davranışları büyük olasılıkla “dağınık” olarak etiketlenecek ve psikotik olarak kabul edilecektir (Moskowitz vd., 2019). Dahası, “psikoz”, hastanın yaşam deneyimleriyle belirgin bir bağlantı kurulabildiği ve semptomun içeriğinin anlaşılabilir görüldüğü durumlarda genellikle bir ön ek (“yarı-psikotik”) veya son ek (“psikotik-benzeri”) eklenerek nitelendirilmektedir (Moskowitz vd., 2019; Brewin ve Patel, 2010).

Son olarak, nadiren üzerinde durulsa da pratikte psikoz neredeyse her zaman bir kişinin davranışlarındaki bir değişikliği tanımlamak için kullanılmaktadır. Daha önce anlaşılabilir olan biri artık “anlaşılamaz” hale gelmiştir. Psikozun “tüm bireyin hastalığı” anlamına geldiği tarihsel gerçek, bizi psikoz kavramının çevreye, sosyal dünyaya ve genel olarak dünyaya atıfta bulunmadan anlaşılamayacağı kabul edilmesine götürmektedir. Bu noktada Freud’ u (1924) tekrarlırsak, “Fenomenolojik bir bakış açısıyla, tam olarak gelişmiş bir psikotik sendromun, yeni bir anlamlılık düzeninin eskisinin yerini aldığı, yeni bir örgütsel birliğin ortaya çıkışını ifade ettiği” söylenebilmektedir (Moskowitz vd., 2019; Freud, 1924).

2.1.3. Önerilen Konsept

Moskowitz ve meslektaşları (2019) psikoz kavramını ilişkisel temelli olarak anlamının klinik önemini vurgulamakta ve buna ilişkin bir dizi önerilerde bulunmaktadırlar, zira onlara göre “psikoz teriminin mevcut resmi anlamı -psikotik semptomlara sahip olmak- klinisyenler veya araştırmacılar için açıkça yararsızdır. Her ne kadar psikoz teriminin uygulamada nasıl kullanıldığına dair bilgimiz -özünde kişiler arası idrak eksikliğini ifade etmesi- yanlış olmasa da böyle bir formülasyonun sınırlı bir faydası vardır. Kişiler arası idrak eksikliği bir dizi kaynaktan ortaya çıkabilir ve tanımın bu sosyal bağlamsal perspektifle sınırlandırılması, bir kişinin davranışı için bir açıklama bulunabildiğinde psikoz kelimesini kullanmaktan kaçınmamızı gerektirecektir. Bu ise ideal bir durum gibi görünmemektedir” (Moskowitz vd., 2019).

Peki, geçerli ve daha kullanışlı bir psikoz kavramı arayışında benlik, anlam ve dünya gibi iç içe geçmiş meseleleri nasıl ele alacağız? İşte, psikozun diğer ilişkiler ve daha geniş bir dünya bağlamında ortaya çıktığını ekleyerek ve “tüm kişinin hastalığı” şeklindeki orijinal psikoz anlayışına geri dönerek başlayabiliriz. Bu tarihsel yorumun geçerliliği kabul edilirse, psikoz tanımlarında kullanılan “gerçeklik” kavramının araştırılması ileriye dönük yeni bir yol olabilir. Yaygın olarak kullanılan ifadeler arasında “gerçeklik testi” veya “gerçeklikle temas kaybı” yer almaktadır. Genellikle yorumlandığı şekliyle bu ifadeler, gerçekliğin “benliğin dışında” olduğunu ve aşağı yukarı bir doğrulukla “test edilebildiğini” ya da kişinin onunla temasını sürdürebildiğini veya kaybedebildiğini ima etmektedir. Bu tür pozitivist bir yaklaşım, kişinin ve dünyanın kolayca dikotomize edilemeyeceğini (Moskowitz vd., 2019; Damasio, 1994) ya da algı gibi temel işlevlerin dahi doğası gereği ilişkisel olduğunu kabul eden çağdaş yapılandırmacı (constructivist) felsefelerle bağdaşmamaktadır. Sözelimi Janet, en temel düzeyde neye tepki verebileceğimizi ya da neyi harekete geçirebileceğimizi gördüğümüz durumlarda algının eylem potansiyeli tarafından yönlendirildiği konusunda ısrar etmiştir (Janet, 1935). Diğerleri de bunu kabul etmiş ve bir “algı-motor eylem döngüsünden” bahsetmiştir (Moskowitz vd., 2019; Hurley, 1998).

Moskowitz ve meslektaşlarının (2019) “gerçeklik validasyonu” şeklinde ifade etmeyi tercih ettikleri gerçeklik algısı (reality testing) kavramı, dış dünyayı objektif olarak değerlendirme ve dış dünya ile iç dünya arasında uygun bir ayırım yapma becerisi olarak tanımlanmaktadır (Blizard, 2019; Stone, 1988). Gerçeklik algısına ilişkin

Blizard (2019)'ın ifadelerine göre gelişimsel açıdan bakıldığında, ilk yöntem duyuşal çapraz doğrulamadır (sensory cross validation): “Eğer görüyorsa, dokunabilir, duyabilir, koklayabilir ya da tadabilir miyim?” Ardından uzlaşmaya dayalı doğrulama (consensual validation) gelmektedir: “Benim gördüğümü sen de gördün mü (duydun mu, hissettin mi)?”. Burada bilişsel doğrulama (cognitive validation) içsel olarak gerekleşebilse de bunun genellikle uzlaşmayla pekiştirilmesi gerekmektedir: “Bu olay mantıklı mıydı, benim, sizin veya toplumun anlayışına göre mümkün olan şeylere uyuyor muydu?”. Blizard (2019)'a göre gerçeklik testi kapasitesi, basit duyuşal çapraz doğrulamanın ötesinde, başkalarıyla olan etkileşime bağlıdır. Örneğin, eğer bir çocuğun birincil bakıcıları onun gerçeklik testi becerilerini kısıtlamışsa ya da başkalarına ilişkin algılarını yaygın bir şekilde arpıtmışsa, çocuğun insanları yorumlama dayanağı da benzer şekilde çarpık olacaktır.

Blizard (2019), ilişkişel travmanın (relational trauma), başkalarına dair algıların parçalanmasına (fragmentation) veya benlik farkındalığının bölünmesine (dissociation) yol açarak gerçeklik algısına müdahale edebileceğini de dile getirmektedir. Ona göre, travmatik yaşıntılar mevcut bilişsel şemalara uymayacak kadar tuhaf olabilmektedir. Bu travmatik yaşıntı, empatik doğrulama (empathic validation) ve söz konusu yaşıntının öyküsel bir tanımını oluşturma fırsatı olmadan, farkındalıktan dışlanabilmektedir. “Bu acıtmaz”, “Baban asla böyle bir şey yapmaz” veya “Böyle bir şey olmadı, sen sadece hayal ettin” gibi ailesel inkarlar, çocuğun kendi deneyiminden şüphe duymasına ve gerçekliğin uzlaşmaya dayalı versiyonunu kabul etmesine neden olabilmektedir (Blizard, 2019).

Bu fikirleri gerçeklik kavramına (dolayısıyla psikoza) uygulamak için faydalı olabilecek bir heuristik model Pierre Janet (1928)' den gelmektedir. Janet (1928), insanların i veya dış olaylara hiyerarşı açısından kavramsallaştırılabilecek bir gerçeklik düzeyi atfettiğini ileri sürmüştür. Bu hiyerarşıye de düşünceler, hayal gücü, eylemler ile geçmişin, şimdinin ve geleceğin çeşitli durumlarını içeren çeşitli kavramları dahil etmiştir (Moskowitz vd., 2019; Janet, 1928). Genellikle yakın gelecek ve yakın geçmiş yüksek gerçeklik düzeyleri olarak kabul edilirken, düşünceler ve fikirler düşük düzeyler olarak kabul edilmiştir. Janet (1928)' nin presentifikasyon olarak adlandırdığı gerçeklik işlevinin en yüksek düzeyi, kişinin geçmiş deneyimlerini ve gelecek planlarını bütünleştirerek şimdiki zamanda tamamen odaklanmış ve

anlamli bir Şekilde hareket etme kapasitesini iÇermektedir (Moskowitz vd., 2019; Van der Hart, Nijenhuis ve Steele, 2006; Janet, 1928).

Akıl sağlığının, Şimdiki zamanda hareket edebilmemiz ve gerekli eylemlere etkili bir Şekilde adapte olabilmemiz iÇin (genellikle) en yŐksek gerÇeklik dŐzeyine sahip olmayı gerektirdiği savunulmaktadır. Şimdiki anın deneyimlenen gerŐekliĐini zayıflatan (orneğin travmatize edici deneyimlerin gerŐekliĐinin kronik olarak Çocukluk dönemi boyunca geŐersiz kılınması-invalide edilmesi) ya da dŐŐuncelerin veya hayal gŐcŐnŐn deneyimlenen gerŐekliĐini gŐŐlendiren (orneğin Şizoid eğilimler veya Şizotipal kişilik) herhangi bir Şeyin, psikolojik veya işlevsel bozulmaya yol aŐabileceĐi savunulmaktadır (Moskowitz vd., 2019). Nitekim Janet (1928) de psikopatolojilerin pek ŐoĐunun, gerÇeklik dŐzeylerinin karıŐtırılması olarak kavramsallaştırılabileceğini savunmuştur; travma sonrası bozukluklarda olduğu gibi, uzak geŐmiŐin Şimdiki zamanda yaŐanıyormuŐ gibi gŐrŐlmesi buna bir örnek teşkil edebilmektedir (Moskowitz vd., 2019; Janet, 1928).

Moskowitz ve meslektaşlarına (2019) göre Janet (1928)' nin fikirleri psikoz kavramına da rahatlıkla uygulanabilir. Bu bağlamda psikoz, dŐŐunceler ya da hayal gŐcŐ gibi iÇsel deneyimlere iÇinde bulunan andan daha fazla gerÇeklik atfedildiğinde ortaya Çıkan bir durum olarak kavramsallaştırılabilmektedir. Bu kavramı aŐıklıĐa kavuŐturmak iÇin, sanrılardan kaynaklanan gerÇeklik dŐzeylerinin permŐtasyonlarını, daha hafif ve geÇici aberasyonlarla karŐılaŐtıran bir örnek aşağıda sunulmuştur.

A Őehrinde yaŐayan bir kiŐi, 500 kilometre uzaklıktaki B Őehrinde bir iŐ baŐvurusunda bulunmuŐtur. KiŐi iŐe baŐvurduktan sonra, ancak mŐlakata alınıp alınmayacağını őrrenmeden őrnce, bir televizyon programında A Őehrinin őrnde gelen spor takımlarından birinin B Őehrine taŐınmaya karar verdiğini gŐrmuŐtur ki bu alıŐılmadıĐ bir olaydır. KiŐi bunun ūzerine dŐŐunerek kendi kendine, pek de ciddi olmayan bir Őekilde, "Bu ilginŐ, acaba bu iŐi alacağıma dair bir 'iŐaret' olabilir mi?" diye sorar. İyi iŐlev gŐsteren pek Őok insan bŐyle bir dŐŐunceye kapılmaz ve kapılanlar da ("bŐyŐlŐ dŐŐunme" diyebileceğimiz tŐrdeki) bŐyle bir dŐŐunceyi oldukŐa hızlı bir Őekilde bir kenara bırakır ve bu dŐŐunceye gŐre hareket etmez. BŐyle geŐici bir dŐŐunme, arzulanana bir geleceğin gerŐekliĐinde geŐici bir artıŐı iŐerecektir. Buna karŐılıĐ, sanrılı bir kiŐi aynı TV haberini gŐrŐp bunun sadece kendisine iŐ teklifi edileceği anlamına gelmediğine, aynı zamanda kendisine bu iŐin zaten teklif edildiğine, ancak (belki de posta kutusunun Őalınması nedeniyle) olağan Őekilde haberdar edilmediğine karar

verebilir. O haberin özellikle kendisine bu bilgiyi vermek için yapıldığına inanabilir (bir referans yanılması). Dahası, bunun gerçekliğine o kadar ikna olmuş olabilir ki A şehrindeki işini bırakıp B şehrine taşınabilir ve iş başvurusunda bulunduğu işyerine giderek “Ne zaman başlıyorum?” diye de sorabilir. Bu elbette ki oldukça basitleştirilmiş ve gerçekçi olmayan bir örnektir (örneğin, sanrılar genellikle eyleme dökülmemektedir), ancak Janet’ nin “gerçeklik hiyerarşisinin” psikoz anlayışımızı nasıl etkileyebileceğini göstermektedir. Bunun ek bir avantajı da kişinin yaşamıyla ilişkilendirilebilecek tuhaf görünen davranışları kapsam dışı bırakmamasıdır. Ayrıca, sanrılar gibi psikotik deneyimlerin özünde hepimizin umut ve korkularından farklı olmayabileceğini, sadece daha güçlü bir gerçeklik düzeyine sahip olduklarını ve dolayısıyla eylemleri yönlendirmelerinin daha muhtemel olduğunu göstermektedir (Moskowitz vd., 2019).

Bu noktada Moskowitz ve meslektaşları (2019), psikoz kavramını ilişkisel temelli olarak anlamının yararlı bir tamamlayıcısının aşağıdakilerin her ikisini de içereceğini ileri sürmektedir, bunlar: (i) “gerçeklik hiyerarşisinde” önemli ve nispeten istikrarlı bir değişimin meydana geldiğinin kabul edilmesi ve (ii) kişinin bir bütün olarak kendisine, diğer insanlara ve dünyaya ilişkin tüm anlayışının temelden değiştiğinin kabul edilmesi şeklinde ifade edilebilmektedir.

2.1.4. Bleuler’in Şizofreni Tanımı

Bu bölüm, birkaç hususu açıklığa kavuşturmayı amaçlamaktadır: Şizofreninin dissosiyatif alt tipi Bleuler’in 1911 tarihli klasik metni “*Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*”da tüm ayrıntılarıyla tanımlanmış ve bu metin 1950 yılında İngilizce’ye çevrilmiştir; Bleuler’in sözünü ettiği şizofrenide dissosiyasyon temel bir fenomen olmuştur; Bleuler’in şizofreni alanının büyükbabası olma özelliği sürerken, onun şizofreni tanımı günümüzde unutulmuştur; ve çoklu kişilik bozukluğu ile şizofreni arasındaki bu dikotominin 1911’den beri psikiyatri alanında varlığını sürdürmekte olduğu söylenebilmektedir (Ross, 2004; Bleuler, 1950, 1911).

Bleuler (1950 [1911]) yirminci yüzyıl boyunca şizofreni konusunda önde gelen otoritelerden biri olarak kabul edilmiştir. Onun ortaya koyduğu dört şizofreni alt tipinden üçü DSM-IV-TR’de *paranoid*, *katatonik* ve *hebefrenik* olarak da bilinen *ayrışmamış tip* olarak yer almıştır. Dördüncü alt tipi olan *basit şizofreni (simple*

schizophrenia) ise DSM-IV-TR Küme A kişilik bozuklukları olan *paranoid, şizoid ve şizotipal kişilik bozukluklarına* karşılık gelmektedir (Ross, 2004).

Bleuler, şizofreni terimini ortaya atmasının ve kapsamlı bir fenomenoloji geliştirmesinin yanı sıra, şizofreniye ilişkin “dört A” ile de hatırlanmaktadır: ambivalans (ambivalence), otizm (autism), çağrışımlar (associations) ve duygulanım (affect). Bleuler’e göre bu dört A, şizofrenideki temel fenomen olan zihinsel içeriklerin bölünmesi (splitting) ya da ayrışmasına (dissociation) bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Bleuler’in bu bozukluğa verdiği isim Yunanca’dan türetilmiş olup “bölünmüş zihin bozukluğu” (split-mind disorder) anlamına gelmektedir. Bu terimi, fenomenolojinin özünü yakaladığı için seçmiştir (Ross, 2004).

Blueuler şizofreninin en büyük fenomenologlarından biri olarak kabul edilmektedir, ancak fenomenolojisinin pek çoğu unutulmuştur. Onun şizofreni tanımlaması, düşünce bozukluğu olan vakalar hariç tutulursa, günümüzdeki DKB tanımlamalarıyla aynıdır. Blueuler’in şizofrenisindeki bölünmenin (splitting) rolü, günümüz DKB’sindeki dissosiyasyonun (dissociation) rolüyle aynıdır. Dahası, Bleuler’de bölünme ve dissosiyasyon terimleri aynı anlama gelmektedir (Ross, 2004).

Bleuler’in 1911 tarihli metni, komorbiditesi de dahil olmak üzere DKB’nin açık, zengin ve ayrıntılı bir tablosunu sunmaktadır. Metin, DKB’nin yirminci yüzyılda İsviçre’nin Zürih kentindeki Burgholzli hastanesinde yatan akıl hastaları arasında yaygın olduğuna dair kesin kanıtlar içermektedir. Yani, Bleuler’in şizofreninin dissosiyatif alt tipini çok yakından tanımakta olduğu söylenebilmektedir (Ross, 2004).

2.1.5. Bleuler’in 1911 Tarihli Şizofreni Metninin Analizi

2.1.5.1. Şizofreni Teriminin Kökeni

Eugen Bleuler’in şizofreni terimini seçmesine ilişkin açıklaması alıntılanmaya değerdir “*Dementia praecox’u ‘şizofreni’ olarak adlandırıyorum zira (göstermeyi umduğum gibi) farklı psişik işlevlerin ‘bölünmesi’ (splitting) şizofreninin en önemli özelliklerinden biridir. Kolaylık olması açısından bu kelimeyi tekil olarak kullandım, ancak hastalığın birden fazla türü içerdiği açıktır.*” (Ross, 2004; Bleuler, 1950, 1911).

2.1.5.2. Şizofreninin Etiyolojisi

Bleuler, önceden var olan veya altta yatan bir hastalık olmadan şizofreninin çevreye bir tepki olarak ortaya çıkıp çıkmayacağı konusunda kararsız kalmıştır. Temelde

yatan biyomedikal bir hastalığın hakiki şizofreniyi oluşturduğunu düşünmüş ve hastalığın kalıtsal olduğuna inanmıştır. Ancak Bleuler (1950 [1911], s. 340) şizofreni fenotipinin, fenotipin yokluğunda da ortaya çıkabileceğini açıkça belirtmiştir: *“Herhangi bir kalıtsal kökene sahip olmayan bir şizofreni olabilir mi? Mümkündür.”* (Ross, 2004; Bleuler, 1950, 1911).

Bleuler, 1911 tarihli metninin diğer bölümlerinde şizofreninin yalnızca psikolojik faktörlerden kaynaklanamayacağını belirtmiştir. Ancak Bleuler, bu sonuca yöneldiğinde dahi psikososyal çevrenin, özellikle de travmanın semptomların oluşmasında, hastalığın seyrinde ve uzun vadeli prognozda oynadığı temel rol hakkında uzun uzun yazmıştır. Bleuler’in görüşleri şizofreninin dissosiyatif alt tipi teorisiyle tutarlıdır (Ross, 2004).

Görüşlerinde bazı kararsızlıklar sergilese de Bleuler, şizofreninin neredeyse her zaman altta yatan biyolojik bir hastalığa dayandığına inanıyordu. Bazı vakaların altta yatan bir hastalık olmaksızın çevre tarafından tetiklenebileceğini düşünmüştür. Ancak genel olarak, çevrenin şizofreninin fenomenolojisini, prognozunu ve tedaviye yanıtını, diyatez-stres modeli çerçevesinde “tetikleyici” olarak oynadığı rolden çok daha yaygın ve temel bir şekilde etkilediğine inanıyordu (Ross, 2004).

2.1.5.3. Psikolojik Travmanın Rolü

Bleuler, psikolojik travmanın şizofrenideki yaygın ve temel rolünü pek çok kez dile getirmiştir. Travmayı, hastalarında gözlemlediği dissosiyasyonun birincil nedeni olarak görmüş ve dissosiyasyonu şizofrenideki temel fenomen olarak değerlendirmiştir (Ross, 2004).

Bleuler’e göre, şizofrenide altta yatan hastalık süreci, psişenin kalıtsal bir zayıflığı, yani normal çağrışımları sürdürme yetersizliğidir. Yüksek düzeyde genetik yükü olan bir hastada, çekirdek dissosiyasyon çok az bir çevresel tetiklemeyle veya hiç tetikleme olmadan ortaya çıkabilir. Sürekliliğin diğer ucunda, belirgin bir dissosiyasyon meydana getirmek için yüksek düzeyde travma gereklidir. Bu, endojen dissosiyatif duyarlılığın değişen eşiklerine sahip bir doz-yanıt modelidir. Bleuler, bir şizofreni vakasında travmanın rolü ne kadar fazlaysa prognozun o kadar iyi olacağına inanmıştır (Ross, 2004).

Bleuler, kendisinden sonraki tüm şizofreni araştırmacıları gibi, hastalarında tanısal olarak spesifik bir nedenselliği ve altta yatan biyolojik bir anormalliği

gösterememiştir. Bu nedenle, altta yatan biyomedikal bir hastalık olmadığı olasılığını düşünmüş, ancak sonuçta bunu ne kabul etmiş ne de reddetmiştir. Bleuler psikolojik travmanın rolünü vaka örnekleri ve vinyetler aracılığıyla açıklamıştır. Vinyetlerin hiçbiri genetik ve endojen biyolojiyi katkıda bulunan faktörler olarak göz ardı etmemektedir, ancak metin boyunca birçok farklı vakada ortaya çıkan psikolojik travma temasını tutarlı bir şekilde ortaya koymaktadır (Ross, 2004).

Patolojik dissosiyasyona ilişkin çağdaş literatür, cinsel istismarı dissosiyatif semptomlara neden olan önemli bir travma biçimi olarak vurgulamaktadır (Chu, 1998; Putnam, 1997). Bleuler cinsel travmanın şizofrenideki rolünü açıklamış, ancak buna dissosiyatif bozukluklar literatüründe görülenden daha az vurgu yapmıştır. Günümüz Batı kültürlerine kıyasla 1911’de cinsel istismara gösterilen ilginin çok daha düşük olduğu düşünüldüğünde bu beklenen bir durumdur (Ross, 2004).

Bir hasta, annesinin kendisini babasına şikayet ettiği halüsinasyonunu görmüş; ardından babası “ona çok tuhaf bir şekilde bakmış”. Hastanın karnının alt kısmına bir mızrak saplamış ve aynı zamanda çok tuhaf bir şekilde dans etmiştir. Kapkara ve tamamen çıplakmış. Hasta yatağa sık sık bu şekilde, simsiyah bir halde geliyormuş ve bazen de boğa şeklinde görünüyormuş. Hasta, babasının kendisini sık sık dövdüğünü ve cinsel olarak istismar etmek istediğini anlatmıştır. Babası sık sık cinsel organıyla oynamış ve daha da ileri gittiği olurmuş (Ross, 2004; Bleuler, 1950 [1911], s. 412). Bu vakada görülen halüsinasyonların içerdiği açık anlam, Bleuler’in içeriklerinden bağımsız halüsinasyon olamayacağı yönündeki ifadesiyle (s. 349) birleştiğinde, cinsel travmaların şizofrenideki önemli rolü ortaya çıkmaktadır (Ross, 2004).

2.1.5.4. Düşünce Bozukluğu Üzerine Açıklamalar

Bleuler şizofreninin dissosiyatif alt tipini açık ve ayrıntılı bir şekilde tanımlamıştır. Bleuler, aynı zamanda belirgin düşünce bozukluğu ile ilgili açıklamalar da sunmuştur. Geçici olarak ortaya çıkmadığı sürece, dilin böylesine bariz bir şekilde düzensizleşmesi, şizofreninin dissosiyatif alt tipini dışlamaktadır (Ross, 2004).

Bleuler’in vakalarından alınan aşağıdaki örnek, DKB tedavisi gören hastaların günlüklerinde rastlanabilecek türden değildir: *“Apell düz kilise devletinde, insanlar kısmen glos-imandan alınmış gelenek ve alışkanlıklara sahiptir, çünkü baba yeni bir durumuna girmek istemiştir, çünkü babanın sadece müzikle bir Babeli komedi olduğuna inanıyorlardı. Bu nedenle yüksek Osetion’a ve lahana toprağına ve her türlü*

kötülüğe ve iyi olan her şeye karşı çıktılar. Onların ters Osetion vadisinde gelecek ve içinde baba doğruluktur.” (Ross, 2004; Bleuler, 1950 [1911], s. 156)

Bleuler’in tipolojisindeki sorun, şizofreninin dissosiyatif bir alt tipinin bulunmamasıdır. Yukarıda bahsedilen türden hastalar açıkça farklı bir alt gruba aittir. Dili tutarsız, karmakarışık ve kendine özgü olan biriyle psikoterapi yapma imkanı yoktur. Bununla birlikte, aynı genel şizofreni tanı kategorisindeki diğer hastalar, sözel ve davranışsal müdahalelere ve olumlu, insancıl bir ortama çok iyi yanıt verebilmektedir. Bu durum bugün olduğu gibi Bleuler’in zamanında da geçerli olmuştur (Ross, 2004).

2.1.6. Şizofrenide Dissosiyasyonun Temel Rolü

Bleuler’de bölünme (splitting) ve dissosiyasyon (dissociation) aynı anlama gelmektedir. Dissosiyasyon şizofrenide altta yatan bir hastalık sürecine bağlı olarak, çevreye bir tepki olarak ya da her ikisine birden bağlı olarak ortaya çıkabilir. “Dört A” da dahil olmak üzere şizofreni semptomları dissosiyasyona bağlı olarak ortaya çıkan ikincil semptomlardır (Ross, 2004).

Bleuler birkaç yerde şizofreni ve histeri arasında bir ayrım yapmaya çalışmıştır. Ross (2004)’a göre “‘histeride’ kavramların bölünmesinin hiçbir zaman meydana gelmediği yönündeki kriteri tek kelimeyle yanlıştır; bu durum her DKB vakasında mevcuttur.” Nitekim, kavramlarda, özellikle de kimlik ile ilgili olanlarda bölünme (splitting) olmaksızın bu bozukluğun ortaya çıkması neredeyse imkansızdır (Ross, 2004).

Aynı dönemde yazan Janet (1965 [1907], 1977 [1901]) aynı hasta popülasyonunu tanımlamış, bu hastaları histerik olarak adlandırmış ve dissosiyasyonun histerideki temel fenomen olduğu sonucuna varmıştır. DSM-IV-TR’de, Janet’in histerisinin fragmente olmuş unsurları, öncelikle somatizasyon bozukluğu, konversiyon bozukluğu, histriyonik kişilik bozukluğu ve dissosiyatif bozukluklarda görülmek üzere kılavuzun her yerine dağılmıştır. Ross (2004)’ a göre,

“Bleuler’in şizofreni tanısı koyduğu hastaların büyük bir alt grubu Janet’in histeriklerinden, Breuer ve Freud’un (1986 [1895]) Histeri Çalışmalarında tarif edilen hastalardan ve onun travma programlarında tedavi ettiği hastalardan farklı değildir (Ross, 2004; Ross, 1997; Breuer ve Freud (1986 [1895])). Bleuler’in şizofrenisinin ‘histerik’ unsurları unutulmuştur. Şizofreni ile ilgili günümüz literatüründe, vaka öyküleri dışında, bu unsurlara

rastlanmamakta, bu unsurlar geçiştirilmekte, yorumlanmamakta ya da görmezden gelinmektedir.”

Bleulerian bölünmenin günümüzdeki açıklamaları bunu düşünce ve duygu ya da gerçeklik ve gerçek dışılık arasındaki bir bölünmeyle sınırlandırmaktadır. Oysa bölünme (splitting) veya dissosiyasyon, Bleuler'in (1950 [1911]) şizofrenisinde kişilik de dahil olmak üzere psişik işlevin tüm unsurlarını etkilemektedir (Tablo 2.1) (Ross, 2004; Bleuler, 1950, 1911).

Tablo 2.1: Bleuler'in şizofrenisinde dissosiyeye olmuş psikolojik ve fizyolojik unsurlar

Dikkat	İrade	Hareket
Kişilik	Bellek	Ağrı
Dokunma duyusu	Duygu	Uyarılma
Fikirler	Ses	İsim
Somatik duyular	Halüsinasyon	Fizyolojik işlevler (örn. Kalp atımı)

2.1.7. Psikoz ve Dissosiyasyon

Psikoz ve dissosiyasyon arasındaki ilişki karmaşık olup, şizofreni tedavisi ve bu bozukluk üzerine yapılan araştırmaların çoğunda göz ardı edilen bir konu olmuştur. “Genetik şizofreni” açısından bakıldığında, dissosiyasyon önemlidir çünkü fark edilmeyen travma kaynaklı dissosiyasyon, şizofreninin biyolojisini anlamaya yönelik her çabada suları bulanıklaştırmaktadır. Şizofreninin ağırlıklı olarak genetik vakalardan ağırlıklı olarak travma kaynaklı vakalara kadar bir spektrumda ortaya çıktığını varsayarsak, tanınmayan dissosiyatif bozuklukları şizofreni araştırmalarına dahil etmek, ağırlıklı olarak biyolojik olan alt grupta genetik nedenleri bulmayı ve antipsikotik ilaçlara yanıt veren bir alt grup insanı tanımlamayı daha zor hale getirir. Biyolojik psikiyatri, travma ve dissosiyasyonu göz ardı ederek psikiyatride genetikle ilgili herhangi bir bulguya ulaşmayı zorlaştırmaktadır. Bu durum şizofreni ve DSM-5'in geneli için geçerlidir. Şizofrenide olası genetik faktörler ortama yayılan gürültü tarafından bastırılmaktadır. Bunu hem GWAS araştırmalarındaki küçük olasılık oranlarından hem de şizofrenideki düşük MZ ikiz uyumundan anlamak mümkündür. Bu gürültüyü -travma kaynaklı dissosiyasyon- ortadan kaldırmak genetik bir işareti bulmayı daha kolay hale getirecektir (Ross, 2020).

Ross (2004) şizofreninin dissosiyatif alt tipine ilişkin teorisinde, şizofreninin dissosiyatif alt tipinin nasıl tanımlanabileceğine ilişkin bir dizi test edilebilir bilimsel öngörü tanımlamakta ve alanyazındaki verilerin gözden geçirilmesine dayanarak, bu

alt tipin şizofreni vakalarının %25-%40'ını oluşturduğunu ileri sürmektedir. Dissosiyatif olmayan şizofreni vakalarıyla karşılaştırıldığında, şizofreninin dissosiyatif alt tipine sahip bireyler daha fazla: dissosiyatif semptomlar; işitsel halüsinasyonlar; travmanın psikobiyojisi; psikoterapiye yanıt verme; yüksek hipnotize edilebilirlik skorları; antipsikotik ilaçların ekstrapiramidal yan etkileri; komorbidite; ağır, kronik çocukluk travması; ve yapılandırılmış ego durumları sergilemekte ve daha az: düşünce bozukluğu; endojen psikozun psikobiyojisi; ve ilaç tedavisine yanıt verebilirlik göstermektedirler (Ross, 2020).

Ağır çocukluk travması bildiren şizofreni hastaları, çocukluk travması bildirmeyenlere kıyasla daha fazla pozitif şizofreni belirtisi ortaya koymaktadır. Dissosiyatif kimlik bozukluğu olan kişiler de şizofreni hastalarına kıyasla daha fazla pozitif şizofreni belirtisi göstermektedir. Bunlar ve Ross' ta (2004) gözden geçirilen diğer araştırma verileri, psikoz ve dissosiyasyonun birbirinden ayrı kategoriler olmadığını göstermektedir (Ross, 2020; Ross, 2004). Psikoz ve dissosiyasyon büyük ölçüde örtüşmektedir; çoğu klinisyen aralarındaki farklılığı anlayamamakta ve bu sorun üzerinde düşünmemektedir. Bu da antipsikotik ilaçlara iyi yanıt vermeyen ve travmadan dolayı psikoterapiye yanıt verebilecek pek çok insanın şizofreni kategorisine dahil edilmesine neden olmaktadır (Ross, 2020).

2.1.7.1. Sesler Eşit Değildir Psikoz

İşitsel halüsinasyonları olan insanların pek çoğunda TSSB ve/veya dissosiyatif bozukluk bulunabilir. Seslerin niteliği şizofrenide ya da dissosiyatif kimlik bozukluğunda ortaya çıkmalarına göre farklılık göstermez. Bu sesler benzer şekilde kafanın içinden ya da dışından gelir, benzer şekilde düşmancadır ve benzer şekilde intihara yönelik komut veren halüsinasyonlar şeklinde ortaya çıkar. Psikotik ve dissosiyatif sesler arasında şimdiye kadar tespit edilen tek fark, dissosiyatif kimlik bozukluğu olan kişilerde çocuk seslerinin daha sık görülmesi ve seslerin şizofrenide olduğundan daha erken yaşlarda başlamasıdır (Ross, 2020).

Pek çok psikiyatrist, bir kişi kendisine sesler duyduğunu söylediğinde otomatik olarak psikoz tanısı koymakta ve reçete kağıtlarına uzanmaktadır. Bu iyi bir ayırıcı tanı yöntemi değildir. İşitsel halüsinasyonlar, özellikle de birbirleriyle konuşan sesler ve kişinin davranışları hakkında sürekli yorum yapan sesler, genellikle ayrı bir kimlik duygusuna sahip olan benliğin dissosiyatif olmuş bir parçasından kaynaklanır.

Dissosiyasyon perspektifinden bakıldığında, sesler bir beyin hastalığının belirtisi olmaktan ziyade bilincin kişiyle konuşması gibidir. Dissosiyatif sesler nadir rastlanan bir durum değildir. Ruh sağlığı alanında yaygın olarak görülürler, ancak nadiren fark edilirler (Ross, 2020).

2.2. Travma

2.2.1. Etimoloji ve Tarihsel Kavramlar

Yunanca “yara” anlamına gelen bir kelimedenden türetilen travma terimi, üç yüzyılı aşkın bir süredir fiziksel yaraları veya bedensel yaralanmaları tanımlamak için kullanılmaktadır. On dokuzuncu yüzyılın sonlarında travma ilk kez psikolojik yaralanmaları tanımlamak için kullanılmaya başlanmıştır (Moskowitz vd., 2019). Van der Hart ve Brown (1990) tarafından belirtildiği üzere, Alman nörolog Albert Eulenberg 1878 yılında, terör veya öfke gibi güçlü duyguların artçı etkilerini ifade eden “psişik (psikolojik) şok” kavramının yerine “psişik travma” kavramının kullanılmasının daha uygun olacağını savunmuştur. Ayrıca Eulenberg, “şiddetli duyguların yarattığı ani etkiyi” fiziksel travma sonucu oluşan beyin sarsıntılarına benzer şekilde, beynin gerçek bir moleküler sarsıntısı olarak görmüştür (Moskowitz vd., 2019; Van der Hart ve Brown, 1990; Eulenberg, 1878).

Eulenberg (1878), yoğun duyguların doğrudan beyin hasarına neden olabileceğine inanmasına rağmen psikolojik travmanın ilk kullanımlarında fiziksel yaralanma, psikolojik yaralanma için yalnızca bir metafor işlevi görmüştür (Moskowitz vd., 2019; Eulenberg, 1878). Ancak yoğun ya da şiddetli duyguların deneyimi travmanın merkezinde yer almaktaydı (Moskowitz vd., 2019; Janet, 1889). 1880'lerin sonlarında travma, bilhassa (1889'da Oppenheim tarafından ortaya atılan) travmatik nevroz teşhisinde yaygın olarak kullanılmaya başlandı. Örneğin, Breuer ve Freud 1893 tarihli “Histerik Fenomenlerin Psikolojik Mekanizmaları Üzerine Bir Ön Bildiri” isimli çalışmalarında, travma kavramını travmatik nevrozlardan histeriye kadar genişletmişlerdir: “Travmatik nevrozlarda, hastalığın asıl nedeni sadece önemsiz bir yaralanma değil, ruhsal travmanın yarattığı korkunun etkileridir. Benzer bir şekilde, araştırmalarımız histerik semptomların çoğu için olmasa da birçoğu için sadece psişik travmalar olarak tanımlanabilecek tetikleyici nedenleri ortaya çıkarmaktadır. Korku, endişe, utanç veya fiziksel acı gibi sıkıntı verici duygulanımları çağrıştıran herhangi

bir deneyim bu türden bir travma olarak işleyebilir...” (Moskowitz vd., 2019; Freud 1893).

Breuer ve Freud (1895, 1955)’ un bu erken formülasyonda, bireysel tepkilerin çeşitliliğini hesaba katmadan bir olayın tek başına semptomları açıklayamayacağını, çünkü teorik olarak 'herhangi bir deneyimin' 'travma olarak işleyebileceğini' fark ettikleri açıktır. Diğer önemli bir nokta da “travmanın gerçekleşip gerçekleşmemesi doğal olarak etkilenen kişinin yatkınlığına bağlıdır” şeklindeki açıklamaları olmuştur. Bununla birlikte, dissosiyasyonun konuyla olan ilişkisinin açıkça kabul edildiği de söylenebilmektedir. Bu bağlamda Breuer ve Freud (1895, 1955)’un “Ruhsal travma ya da daha doğrusu travma anısı, bedene girdikten uzun bir süre sonra bile hala aktif olan bir ajan gibi görülmeli ve bunun yabancı bir beden gibi davrandığı varsayılmalıdır...” ifadeleri de dikkate değerdir (Moskowitz vd., 2019; Breuer ve Freud, 1895, 1955).

William James (1894) bir çalışmasında “Histeri daima bir şokla başlar ve bir ‘bellek hastalığıdır’. Şokun bazı anıları subliminal bilince yerleşir ve bunlar yalnızca ‘hipnoid’ durumlarda ortaya çıkartılabilirler. Eğer bu anılar orada (subliminal consciousness) tutulursa, kalıcı “psişik travmalar”, adeta ruha batan dikenler olarak işlev görürler. Bunun tedavisi ise söz konusu travmaları hipnotizmada ortaya çıkarmak, ne kadar şiddetli olursa olsun tüm duygusal etkilerini üretmelerine izin vermek ve kendi kendilerine yok olmalarını sağlamaktır. Böylece ana bilinç ile yeni bir bağlantı kurulur, travma onarılır ve hasta iyileşir.” şeklindeki Breuer ve Freud (1893)’a ait olan ifadeler yer vermiştir (Moskowitz vd., 2019; James, 1894). Sonuç olarak, on dokuzuncu yüzyılın sonlarında, psikolojik travma ile dissosiyasyon kavramlarının kaçınılmaz olarak birbirlerine bağlı olduğu görülmektedir.

Yirminci yüzyılın önemli bir bölümünde ise, ağırlıklı olarak travmatik nevroz bağlamında kullanılan travma kavramının geliştirilmesine acil bir ihtiyaç duyulmadığı belirtilmektedir. Öte yandan, DSM-III’ te (APA, 1980) TSSB tanı kategorisinin kullanılmaya başlanmasıyla birlikte, “travmanın” kesin bir tanımının yapılması önem kazanmıştır. TSSB tanısı yalnızca bir “travma” yaşantısından sonra konulabildiğinden, yeni “travma sonrası” terimi vurguyu bir olaya tepki olarak travmadan, olayın kendisi olarak travmaya kaydırmıştır. Bu “travma” tanımıyla TSSB kategorisinin psikiyatrik tedavi ve sıklıkla cezai ve hukuki yaptırımlar açısından potansiyel sınırlarının da belirlenmiş olduğu söylenmektedir (Moskowitz vd., 2019).

2.2.2. Güncel Kavramlar

1980'den itibaren, TSSB' nin DSM tanısında (DSM-III'ten DSM-IV'e) yer alan travma tanımlamaları, yoğun duygusal tepkileri tetikleyen aşırı bir olaya maruz kalmayı vurgulamıştır. Bu bileşenlerin her ikisinin de önemli olduğu düşünülmüştür. Dolayısıyla, 1980 tarihli DSM-III, travmayı 'olağan insan deneyimlerinin dışında kalan psikolojik olarak sıkıntı verici bir olay' olarak tanımlamış ve bunun 'yoğun korku, dehşet ve/veya çaresizlik' ile yaşandığını belirtmiştir. Olayın türünü tanımlamaya yönelik bir girişim olmamakla birlikte, 'tetikleyici stresörün' kişinin içinde bulunduğu kültürel grubun diğer üyeleri tarafından 'genellikle iyi tolere edilen' bir olay olamayacağı belirtilmiştir (Moskowitz vd., 2019).

Bu tanım, TSSB semptomlarının aile içi şiddet veya tecavüz gibi 'olağan insan deneyimi' aralığının kesinlikle 'dışında' olmayan deneyimlere yanıt olarak gelişebileceği ortaya çıktığında değiştirilmiştir. DSM-IV' teki (APA, 1994) diğer değişiklikler arasında travma olarak nitelendirilebilecek yaşantı türlerinin tanımlanmasının yanı sıra bir kişinin ilgili bilgilere maruz kalabileceği yolların belirlenmesi de yer almaktadır. Travma olarak nitelendirilebilecek olayların "gerçek ya da potansiyel ölüm ya da ciddi yaralanmayı" ya da "kişinin kendisinin ya da başkalarının fiziksel bütünlüğüne yönelik bir tehdidi" içermesi gerekiyordu. Kişi tehlikeyi fiilen yaşamış, bir başkasının tehlikeye maruz kalmasına şahitlik etmiş veya başka türlü yoldan travmatik hadiseyle "yüzleşmiş" olabilir (örneğin, muhtemelen üçüncü bir kişi kendisine bunu anlatmış olabilir). Buna karşılık, ICD-10 (WHO, 1992) belirli olayları tanımlamaktan kaçınmakta, ancak travmayı 'neredeysse herkeste yaygın bir sıkıntıya neden olması muhtemel, olağanüstü tehdit edici veya yıkıcı nitelikte stresli bir olay veya durum' olarak tanımlamaktadır. Ancak tüm bu tanımlarda, güçlü duygusal tepkiler veya yaygın sıkıntı gerekli bileşenler olarak yer almıştır (Moskowitz vd., 2019).

Diğer yandan yukarıda sözü edilen anlayış, 2013 yılında DSM-5'in yayınlanmasıyla birlikte ortadan kalkmıştır (APA, 2013). DSM-5 yazarları, "travma" kelimesinin anlamını dramatik bir şekilde değiştirerek, 'hiçbir faydası olmadığı' gerekçesiyle TSSB travma tanımındaki 'duygusal yanıt' bileşenini çıkarmışlardır. DSM-5'te (APA, 2013) travmatik bir olay ("travmatik stresör" olarak da anılmaktadır) kişinin kendisinin yaşadığı, tanık olduğu veya duyduğu "gerçek veya olası ölüm, ciddi yaralanma veya cinsel şiddet tehdidine" maruz kalmasını içeren bir olay olarak tanımlanmaktadır (çoğu

durumda, bu olay bir “aile üyesinin veya arkadaşın” şiddet içeren veya kazara bir ölüm veya ölüm riski yaşamasını içermelidir). Önerilen ICD-11 TSSB kriterleri ise travmayı 'aşırı derecede tehdit edici ya da korkunç bir olay ya da olaylar dizisi' olarak tanımlamakta ve duygusal tepkilere atıfta bulunmamaktadır. Bununla birlikte, karmaşık TSSB için önerilen kriterlerde ufak ama önemli bir değişiklik bulunmakta ve burada olayın ya da olayların 'aşırı derecede tehdit edici ya da dehşet verici' olarak deneyimlendiği belirtilmektedir. Dolayısıyla, geçtiğimiz yüzyıl içerisinde travmanın tanımı, sıkıntı verici etkiler yaratan “herhangi bir yaşantı” anlayışından, herhangi bir duygusal tepkiye atıfta bulunmayan belirli olayların tanımına doğru dramatik bir şekilde değişmiştir (Moskowitz vd., 2019).

2.2.3. Önerilen Konsept

Daha önce de belirtildiği gibi, DSM-5 travmayı kavramsallaştırırken yüzyılı aşkın bir geleneği reddederek travma terimini fiziksel yaralarla olan metaforik bağından koparmaktadır. Ancak bu durum gerçekten bir sorun teşkil etmekte midir? (Moskowitz vd., 2019). Travma kavramında dışsal olaydan ziyade öznel psikolojik yanıtı odak noktasına almak için makul gerekçeler bulunmaktadır. Örneğin Carlson, Smith ve Dalenberg (2013) önemli bir ilişkinin sona ermesi ya da kişinin evini kaybetmesi gibi herhangi bir fiziksel tehdit ya da tehlike içermeyen duygusal kayıpların TSSB'yi güçlü bir şekilde yordayabileceğini ortaya koymuştur (Moskowitz vd., 2019; Carlson vd., 2013). Yirmi yıl öncesine dayanan ve kişilerin paranoid sanrılar ya da taciz edici sesler gibi psikotik belirtilere karşı gösterdikleri duygusal tepkileri inceleyen geniş bir literatür de mevcuttur. Ancak teknik olarak, TSSB için DSM-5 kriterlerine göre, bu tür yaşantılar travma kapsamına girmemektedir (Moskowitz vd., 2019).

Yine de araştırmacılar, psikotik semptomlara yanıt olarak TSSB semptom kriterlerini gösteren psikotik hastaların, DSM-IV'te tanımlanan bir “travmatik olay” temelinde TSSB kriterlerini gösteren psikotik hastalarla eşit derecede sıkıntılı veya işlev bozukluğu içinde olduğunu bulmuşlardır. Araştırmacılar bulgularının bir dizi başka çalışmayla tutarlı olduğunu ve 'DSM-IV travmatik olay tanımının bilimsel geçerliliğine ilişkin yeni sorular doğurduğunu' belirtmektedirler ((Moskowitz vd., 2019; Lu ve ark., 2011).

Moskowitz ve meslektaşları (2019) söz konusu ikilemin çözümünün, bireyin öyküsü ve özellikleri travmatize olma riskini artırabilir kabulüyle, “travma”yı (bir “yara”

olarak) bireyin içinde sağlam bir şekilde konumlandırmak ya da bunu bireyin kendisi ve dünyası arasındaki bir konuma yerleştirmek olduğunu iddia etmekteledir; doğası gereği “kişiyeye bağılı ve mekansal-zamansal olarak yerleşik” olan olaylar böylelikle az ya da çok 'potansiyel olarak travmatize edici' olarak tanımlanacaktır (Moskowitz vd., 2019; Nijenhuis, 2017).

Van der Hart ve meslektaşları (2006) travmatize edici olaylarla ilgili literatürü gözden geçirmiş ve aşağıdaki gibi bir sonuca varmışlardır. Bazı olaylar diğerlerine göre daha fazla travmatize edici olma potansiyeline sahiptir. Bunlar yoğun, ani, kontrol edilemeyen, öngörülemeyen ve son derece olumsuz deneyimleri içerir. Kişiler arası şiddet içeren ve fiziksel zarar veya yaşam tehdidi içeren olayların travmatize edici olma olasılığı, doğal afetler gibi diğer yüksek stresli olay türlerine göre daha yüksektir. Sonuç olarak, gerçek anlamda yaşamı tehdit etmeyen ancak bağlanma kaybı ve önemli bir bağlanma kişisi tarafından ihanete uğramayı içeren olaylar travmatizasyon riskini arttırmaktadır.

2.2.4. Çocukluk Çağı Travması ve Psikoz

Rosenberg ve arkadaşları (2001) 1970-2000 yılları arasında yayınlanan ağır ruhsal hastalığı olan bireylerde psikolojik travma ile ilgili çalışmalarını gözden geçirmiştir. “Ağır ruhsal hastalığı olan kişilerde travmaya maruz kalmış olma oranı belirgin şekilde yüksektir” sonucuna varmışlardır (s. 1455). Spesifik olarak, hastaların yüzde 34 ila 53'ü çocuklukta fiziksel veya cinsel istismara maruz kaldığını, yüzde 43 ila 81'i ise bir tür mağduriyet yaşadığını bildirmiştir (Ross, 2004; Rosenberg vd., 2001). Ağırlıklı olarak psikotik tanıları olan yatarak veya ayakta tedavi gören kadın hastalarla yapılan dört çalışmada ensest yaygınlığı yüzde 22 ila yüzde 46 arasında bulunmuş ve 397 hastadan toplam 112'si (yüzde 28) ensest yaşadığını bildirmiştir (Ross, 2004; Beck ve Kolk, 1987).

Çocukluk çağı cinsel istismarı ve fiziksel istismarı, genel olarak psikoz ve özel olarak şizofreni araştırma ölçümleriyle önemli ölçüde ilişkilidir. Semptom Kontrol Listesi 90-Revize (SCL-90-R) ile ölçülen “psikotizm”in, yatarak tedavi gören kadın hastalarda, diğer klinik ölçeklerin herhangi birinden daha güçlü bir şekilde istismar öyküsüyle ilişkili olduğu bulunmuştur (Ross, 2004; Bryer ve ark., 1987). “Psikotizm”, çocukken istismara uğrayan ve uğramayan erkekler arasında SCL-90-R'nin diğer ölçeklerinden daha güçlü bir ayırım yapmaktadır ($p < .001$) (Swett, Surrey ve Cohen,

1990). Psikotizm ölçeği ayrıca, diğer SCL-90-R ölçeklerine kıyasla, cinsel ve fiziksel istismar faillerinin sayısı ile daha güçlü bir korelasyon göstermektedir (Ross, 2004; Ellason ve Ross, 1997b).

Yetişkin olarak şizofreni tanısı almış bireylerin evden kaçma (Ross, 2004; Malmberg, Lewis ve Allebeck, 1998), çocuk yetiştirme yurtlarına gönderilme (Ross, 2004; Ambelas, 1992) ve çocuk esirgeme kurumlarına yerleştirilme (Ross, 2004; Cannon ve ark., 2001) durumları genel nüfusa göre önemli ölçüde daha fazladır. Çocuk esirgeme kurumuna başvuran 524 kişi üzerinde yapılan otuz yıllık bir çalışmada, yetişkinliklerinde şizofreni geliştirenlerin yüzde 35'inin ihmal nedeniyle evlerinden uzaklaştırıldığı ortaya çıkmıştır ki bu oran diğer tanı gruplarının iki katıdır (Ross, 2004; Robins, 1966).

Bir çalışmada yatarak tedavi gören şizofreni tanılı kadınların yüzde 60'ının çocukluklarında cinsel istismara maruz kaldığı tespit edilmiştir (Friedman ve Harrison, 1984). Başka bir çalışmada da kronik olarak hastanede yatan psikotik kadınların yüzde 46'sının enseste maruz kaldığı ortaya çıkmıştır (Beck ve van der Kolk, 1987). Şizofreni tanısı konmuş yetişkinlerden oluşan karma cinsiyetli bir örnekleme, hastaların yüzde 83'ünün çocukluklarında cinsel istismara, fiziksel istismara veya duygusal ihmale maruz kaldığı görülmüştür (Honig ve ark. 1998).

Ross ve Joshi (1992) de çocukluk çağındaki fiziksel ve cinsel istismarın, daha sonraki psikotik belirtileri yordayan önemli risk faktörleri olduğuna dair kanıtlar sunmaktadırlar. Alanyazın bulguları çocuklukta cinsel ve fiziksel istismara maruz kalan yatan hastalarda yorum yapan sesler, paranoid düşünce, düşünce ekleme, referans fikirleri, görsel halüsinasyonlar veya başkalarının zihnini okuma gibi semptomların görülme olasılığı diğer yatan hastalara göre önemli ölçüde daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Ross, Anderson ve Clark, 1994). Bununla birlikte, ayaktan hastalarla yapılan bir çalışmada, tüm duyuşsal modalitelerde halüsinasyonların çocukluk çağı cinsel istismar veya fiziksel istismar geçiren hastalarda, geçirmeyenlere kıyasla önemli ölçüde daha yaygın olduğu bulunmuştur (Ross, 2004; Read, 2001). Hollanda'da yapılan bir çalışmada, şizofreni hastalarının yüzde 65'i sesler duymaya başlamalarını savaşta insanların vurulmasına tanık olmak, yakın bir aile üyesinin intiharı, çocuklukta cinsel istismar ve fiziksel istismar gibi travmatik olayların yaşanmasına bağlamıştır. Dahası, "sesler duymanın yol açtığı engellilik, önceki travma ve istismarın (yeniden) aktive olmasıyla ilişkilendirilmiştir" (Honig ve ark., 1998).

Halüsinasyonların özellikle ensest mağdurları arasında yaygın olduğu tespit edilmiştir (Ensink, 1992). Ellenson (1985) kırk kadında halüsinasyonları da içeren bir "ensest sonrası sendrom" tanımlamış ve bunun "yalnızca çocuklukta ensest öyküsüyle ilişkili" olduğunu bildirmiştir (s. 526). Bu durum diğer on ensest vakasında da tekrarlanmıştır (Heins, Gray ve Tennant, 1990). Read ve Argyle (1999), yatarak tedavi gören kadın ensest mağdurlarının tamamının halüsinasyon gördüğünü ve ensest mağdurlarının aile dışı cinsel istismara maruz kalanlara kıyasla halüsinasyon görme ihtimalinin önemli ölçüde daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Bu semptomların halüsinasyon mu yoksa flashback mi olduğu sorulabilir. Bu bir tanım ve bakış açısı meselesidir. Bu belirtiler endojen biyomedikal psikozdan muzdarip olduğu düşünülen bir popülasyonda ortaya çıktığında halüsinasyon olarak sınıflandırılır. Aynı semptomlar travma kaynaklı bozukluklardan muzdarip olduğu düşünülen bir popülasyonda ortaya çıktığında, bunlar flashback olarak sınıflandırılır. Tıpkı psikoz ve dissosiyasyonun ayrı kategoriler olmaması gibi, halüsinasyonlar ve flashbackler de büyük ölçüde örtüşür ve genellikle aynı şeydir (Ross, 2004).

Çocukluk çağı travmasını yaşamın ilerleyen dönemlerinde ortaya çıkan psikotik semptomlara bağlayan yolların araştırılması psikiyatride yüksek öncelikli bir konu olmalıdır. Travma geçirmiş çocukların beyinlerinde ve şizofreni teşhisi konmuş pek çok yetişkinin beyninde bulunan işlev bozukluğu ve hasar arasında dikkate değer benzerlikler olduğu zaten bilinmektedir (Ross, 2004; Read, Perry ve ark., 2001).

Psikozlu bireylerde yüksek oranda psikolojik travma olduğu geniş bir literatür tarafından ortaya konmuştur. Şizofreni için monozigotik ikiz uyumuyla ilgili veriler, çevre faktörünün şizofreninin nedenselliğinde sadece tetikleyici role sahip olmasından öte mühim bir katkısının olduğu anlayışına götürmektedir. TSSB alanyazınında belirtildiği haliyle psikolojik travma, psikoz etiyojisine katkı sağlayan toksik dışsal etkilerin muhtemel bir biçimidir, bundan ötürü araştırma ilgisini hak etmektedir (Ross, 2004).

2.2.5. Travma ve Dissosiyasyonun Psikobiyolojisi

Travma tepkisi ve patolojik dissosiyasyon süreçlerinde, kortizol, endorfin, norepinefrin, nöropeptid Y ve glutamat gibi çok sayıda nörotransmitter ve hormon rol oynamaktadır. Bu süreçlerle en doğrudan ilişkili beyin yapıları arasında hipokampus,

amigdala, talamus, singulat girus, insula ve medial prefrontal korteks bulunmaktadır (Ross, 2004).

Lanius, Williamson ve Menon (2002), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanısı konmuş bireylerin yaklaşık %30'unun, travma görüntüleriyle uyarıldıkları deneylerde dissosiyatif bir tepki sergilediğini bildirmiştir. Örneğin, laboratuvar ortamında geçmiş travmaları yeniden yaşarken, deneklerin yaklaşık %70'i kalp atış hızında artış gösterirken, %30'u azalma sergilemiştir. Dissosiyatif tepki gösteren alt grup, fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) ile ölçülen beyin aktivasyonunda, temporal ve parietal loblar ile medial prefrontal korteks gibi bölgelerde daha yüksek düzeyler ortaya koymaktadır. Buna karşılık, uyarılmış, kaygılı ve dissosiyatif olmayan denekler, ilgili beyin bölgelerinde daha düşük aktivasyon göstermektedir. Bu bulgular, fizyolojik ve psikolojik süreçlerin dissosiyasyonunu sağlayan beyin devrelerinin, uyarılara verilen tepkilerin aktif bir şekilde baskılanması yoluyla işlediğine dair kanıt sunmaktadır (Ross, 2004; Lanius vd., 2002).

Araştırmaların en yoğunlaştığı alanlardan biri, kortizolün hipokampus üzerindeki etkileridir. Akut psikolojik travma, hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) eksenini aktive ederek serum kortizol konsantrasyonlarında artışa yol açar (Ross, 2004; Sapolsky, 2000). Ancak kronik travma, HPA ekseninin tükenmesine veya fonksiyonlarının baskılanmasına neden olabilir; bu durumda serum kortizol düzeyleri düşük kalır ve kortikotropin salgılatıcı faktör (CRF) ile adrenokortikotropik hormon (ACTH) uygulanarak gerçekleştirilen stres tepkisi incelemelerinde organizmanın fizyolojik yanıtları belirgin şekilde zayıflar (Ross, 2004).

Akut travma tepkisi sırasında, yüksek kortizol düzeyleri, hipokampal nöronların hücre zarlarındaki geçirgenlik mekanizmalarını etkileyerek toksik metabolitlerin nöronlara girişine olanak tanır. Bu metabolitler, laboratuvar memelilerinde ölçüldüğü üzere, hipokampal nöronlarda hasara ve/veya yıkıma neden olur (Ross, 2004; Sapolsky, 2000).

Hasar görmüş bir hipokampus, temel işlevi olan duyuşal, duygusal, bilişsel ve diğer girdileri tutarlı deneyimler ve anılar halinde bütünleştirme görevini yerine getiremeyebilir. Klinik olarak bu, bellek, duyum, uyarılma, biliş ve kimlik unsurlarının entegrasyonunda bir başarısızlıkla sonuçlanabilir; yani dissosiyasyona yol açabilir (Ross, 2004; Nijenhuis vd., 2002). Psikolojik travmanın hipokampusa verdiği hasar,

laboratuvar memelilerinde kesin olarak kanıtlanmıştır. Savaş veya çocukluk dönemi cinsel istismarı gibi nedenlerle TSSB tanısı konmuş insan deneklerin manyetik rezonans görüntüleme (MRI) taramaları, hipokampal hacmin TSSB'li bireylerde, sağlıklı kontrollere kıyasla daha küçük olabileceğini öne sürmektedir (Ross, 2004; Stein vd., 1997).

Nijenhuis, Ehling ve Krikke (2002) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu (DKB) tanısı konmuş bireylerde hipokampal hacmin %21 oranında azaldığı saptanmıştır; bu oran, bugüne dek herhangi bir popülasyonda rapor edilen en yüksek hacim kaybıdır. Mevcut öncelik, bu bulguların tekrarlanabilirliğini doğrulamak ve ardından tedaviye yanıt olarak hipokampal hacimde artış olup olmadığını incelemek için ileriye dönük (prospektif) araştırmalar yürütmektir. Alternatif bir hipotez, dissosiyatif entegrasyona ulaşan bireylerin, tedavi öncesinde, diğer Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu tanılı bireylere kıyasla daha büyük hipokampal hacimlere sahip olabileceğidir. Bu durumda, daha büyük hipokampal hacim, tedavinin bir sonucu olarak ortaya çıkan bir değişiklikten ziyade, olumlu tedavi yanıtını öngörebilecek bir biyolojik belirteç rolü oynayabilir (Ross, 2004; Nijenhuis vd., 2002).

Travma ve dissosiyasyonun psikobiyolojisine yönelik araştırmalar henüz başlangıç aşamasındadır ve insan popülasyonları için kesin sonuçlar sunmaktan uzaktır. Bununla birlikte, bu alanın önümüzdeki on yıl boyunca bilimsel incelemelerin temel odak noktalarından biri olacağı öngörülmektedir. Laboratuvar hayvanları üzerinde yürütülen deneylerde, şiddetli ve kronik psikolojik travmaya maruziyet modellenerek, hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) eksenini ile diğer biyolojik sistemlerdeki düzenleme bozuklukları ayrıntılı bir şekilde analiz edilebilmektedir. Genetik olarak homojen deney ve kontrol gruplarının kullanımı, bu tür çalışmalarda nedensel ilişkilerin belirlenmesine olanak sağlamaktadır (Ross, 2004).

Temel hedef, travmanın biyolojik sistemler üzerindeki olumsuz işlevsel ve yapısal etkilerini ortaya koyarak, bu hasarın farmakolojik tedaviler ve/veya psikoterapi yoluyla onarılabileceğini göstermektir. Travma modeli (Ross, 2004; Ross, 20007), psikoterapinin beynin kendi kendini onarma mekanizmalarını harekete geçirebileceğini, özellikle hipokampusta nöronal yenilenmeyi teşvik edebileceğini ve travmanın yol açtığı hatalı geri bildirim döngüleri ile diğer düzenleyici mekanizmaların restorasyonunu sağlayabileceğini öne sürmektedir. Farmakolojik

müdahalelerle de benzer sonuçlar elde edilebilse de en etkili iyileşmenin ilaç tedavisi ile psikoterapinin bir arada uygulanmasıyla sağlanacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda, psikoterapiyle ele alınan semptomlar arasında şizofreninin pozitif semptomları da yer almaktadır (Ross, 2004).

Bu öngörülerin doğrulanması halinde, travma ve dissosiyasyonun psikobiyolojisi, biyolojik psikiyatrinin yerleşik bir tıbbi disiplini haline gelebilir. Bu model çerçevesinde, işlevsel ve yapısal beyin görüntüleme yöntemleri, psikoterapi çalışmalarında tedavi etkinliğini değerlendiren temel ölçütler olarak kullanılacaktır; HPA ekseninin fonksiyonel parametreleri de aynı şekilde değerlendirilecektir (Ross, 2004). Ayrıca, hipokampustaki N-asetil-aspartat (NAA) aktivitesinin proton manyetik rezonans spektroskopisiyle ölçülmesi (Ross, 2004; Villarreal vd., 2002), psikoterapi sonuçlarını değerlendirmede tamamlayıcı bir biyolojik belirteç olarak öne çıkmaktadır. Eğer bu model doğruysa, N-asetil-aspartat aktivite düzeylerinin tedavi başlangıcında düşük olması ve iyileşme süreciyle birlikte normale dönmesi beklenmektedir (Ross, 2004).

Mevcut teknolojik imkanlar ve travma biyolojisine dair birikmiş bilgi düzeyi dikkate alındığında, bu tür araştırmaların önümüzdeki on yıl içinde hayata geçirilmesi mümkün görünmektedir. On beş yıl öncesinde bu çalışmalar uygulanabilir değildi; çünkü o dönemde yeterli semptom değerlendirme araçları mevcut değildi, travmanın psikobiyolojik temelleri yeterince tanımlanmamıştı ve bu tür bir araştırma programını yönlendirecek kavramsal bir çerçeve bulunmamaktaydı. Travma ve dissosiyasyonun psikobiyolojisi, biyolojik psikiyatrinin en dinamik ve umut vadeden alanlarından biri olarak öne çıkmaktadır. Bu alan, travma-dissosiyasyon modelini destekleyen kesin ve güvenilir kanıtlar üretme potansiyeline sahiptir (Ross, 2004).

Travma ve dissosiyasyonun patofizyolojisinin ilgi çekici birkaç yönünü ele almakta fayda vardır. Bu konudaki araştırmaların yoğunlaştığı konulardan biri kortizolün hipokampus üzerindeki etkisidir. Akut psikolojik travma, hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) eksenini aktive ederek serum kortizol düzeylerinde yükselmeye neden olur (Sapolsky, 2000). Ancak kronik travma, hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) ekseninin tükenmesine veya fonksiyonlarının baskılanmasına (down-regulation) yol açabilir. Bu durumda, serum kortizol düzeyleri düşük kalmaya devam eder. Kortikotropin salgılatıcı faktör (CRF) ve adrenokortikotropik hormon (ACTH) kullanılarak yapılan

stres tepkisi incelemelerinde, vücudun beklenen fizyolojik tepkileri önemli ölçüde zayıflar (Ross, 2004).

Akut travma tepkisi sırasında yüksek kortizol düzeyleri, hipokampal nöronların hücre duvarlarındaki kapı mekanizmalarını etkileyerek toksik metabolitlerin nöronlara girmesine neden olur. Bu metabolitler, laboratuvar memelilerinde ölçülen şekilde, hipokampal nöronlarda hasara ve/veya yıkıma yol açar (Ross, 2004; Sapolsky, 2000). Hasar görmüş bir hipokampus, duyuşsal, duygusal, bilişsel ve diğer girdileri tutarlı deneyim ve anılara entegre etme gibi temel görevini yerine getirememelidir. Klinik olarak bu, bellek, duyum, uyarılma, biliş ve kimlik entegrasyonunda bir başarısızlıkla sonuçlanmalı; yani dissosiyasyona yol açmalıdır (Ross, 2004; Nijenhuis vd., 2002). Psikolojik travmanın hipokampusa verdiği hasara dair kanıtlar, laboratuvar memelilerinde kesinleşmiştir. Savaş ve çocukluk dönemi cinsel istismarı nedeniyle TSSB'si olan insan deneklerin MRI taramaları, hipokampüsün TSSB'li bireylerde normal kontrollere kıyasla daha küçük olabileceğini öne sürmektedir (Ross, 2004; Stein vd., 1997).

2.3. Dissosiyasyon

2.3.1. Etimoloji ve Tarihsel Kavramlar

“Dissosiyasyon” terimi Latince “dis” (veya “apart”) ve “sociare” (“bir araya gelmek” veya “ilişkilendirmek”) kelimelerinden gelmektedir (Moskowitz vd., 2019; OED, 2012). İlk olarak on beşinci yüzyılın başlarında “arkadaşlıktan ayrılmak” anlamında kullanılmıştır (ve aslında hala bu şekilde kullanılmaktadır, ancak daha sıklıkla “dis-associate” olarak kullanılmaktadır). Terimin sosyal kullanımı, ısının bileşik maddeleri birincil elementlere ayırma mekanizmasını tanımlamak için kimyacılar tarafından kullanıldığı on dokuzuncu yüzyılın ortalarına kadar sürmüştür. Özellikle, kimyagerler parçalanmanın gerçekleştiği sıcaklık derecesini ayırma (dissociation) noktası olarak adlandırmış ve bunun bileşikten bileşiğe değişiklik gösterdiğini ifade etmişlerdir. Bu kavramın psikolojik deneyimleri tanımlamak için kullanılmaya başlanması ancak ayırmanın sosyal ve kimyasal alanlarda uygulanmasından sonra olmuştur. Ayırma noktası (dissociation point) kavramı da dahil olmak üzere, ayırmanın daha önceki sosyal ve kimyasal anlamları, terimin günümüzdeki psikolojik kullanımına önemli anlam katmanları eklemektedir (Moskowitz vd., 2019).

On dokuzuncu yüzyıl Fransız psikiyatrisinde dissosiyasyon, bilincin ya da kişiliğin bölünmesi ya da bölümlere ayrılması anlamına gelmekteydi ve bu son terim bilincin ötesinde psikobiyojik fenomenlerin söz konusu olduğunu da vurgulamaktaydı. O dönemde revaçta olan diğer bazı terimler kişiliğin ikiye katlanması, çift bilinçlilik, kişiliğin bölünmesi ve psikolojik ayrışma olarak sıralanabilmektedir (Moskowitz vd., 2019; Van der Hart ve Dorahy, 2009). Sözgelimi Pierre Janet, ayrışmayı (disaggregation) ve dissosiyasyonu birbirinin yerine kullanmıştır. Janet dissosiyasyonu, günümüzde TSSB, çeşitli somatoform bozukluklar, borderline kişilik bozukluğu ve dissosiyatif kimlik bozukluğu gibi travma ile ilişkili çeşitli bozuklukları içeren geniş bir psikopatolojik kategori oluşturan histeri tanı kategorisinin temel bir özelliği olarak görmüştür.

Janet dissosiyasyon ile son yıllarda dissosiyasyon olarak adlandırılan diğer bilinç bozuklukları (yani bilinç alanının daralması ya da bilinç düzeyinin düşmesi) arasında net bir ayırım yapmış, “Kişi bir şeyi fark etmediğinde, onunla ilgili bazı çağrışımlar yapmadığında, bunun ‘dissosiyasyon’ olmadığını” belirtmiştir (Moskowitz vd., 2019; Janet, 1927, 2007). Dissosiyasyonu kişiliğin bir bölünmesi (division of the personality) olarak ele alan Janet histeriyi “Bilinç alanının küçülmesi ve kişiliği oluşturan fikir ve işlev sistemlerinin birbirinden ayrılması ve bağımsızlaşması eğilimi ile karakterize edilen bir tür mental depresyon (yani entegrasyon kapasitesindeki bir düşme)” şeklinde tanımlamıştır (Moskowitz vd., 2019; Janet, 1907).

2.3.2. Güncel Kavramlar

Janet'in zamanından bu yana, dissosiyasyonun dar ve geniş olmak üzere iki ana kavramsallaştırması geliştirilmiştir (Moskowitz vd., 2019; Van der Hart ve Dorahy, 2009). On dokuzuncu yüzyıl görüşleriyle tutarlı olan dar kavramsallaştırma, dissosiyasyonu bilincin veya kişiliğin görece bağımsız alt sistemlere bölünmesi olarak görür. Örneğin, Myers (1940) akut travma geçirmiş savaş askerlerine ilişkin gözlemlerine dayanarak, dissosiyasyonun travmaya takılı kalmış duygusal bir kişilik (emotional personality, fixated in trauma) ile günlük yaşam zorluklarına odaklı, görünüşte normal bir kişilik (apparently normal personality, focused on daily life) arasındaki bölünmeyle ilgili olduğunu ileri sürmüştür (Moskowitz vd., 2019; Myers, 1940). Van der Hart ve arkadaşları (2006) da kişiliğin yapısal dissosiyasyonu teorileri (theory of structural dissociation of the personality) için Myers'ın terminolojisini kullanmış, ancak ne kadar bölünmüş veya parçalanmış olursa olsun insanın tek bir

kişiliğe sahip olduğu temelinde “kişilikler” yerine “kişiliğin parçaları”na atıfta bulunacak şekilde bu terminolojiyi düzenlemiştir (Moskowitz vd., 2019).

1980'lerden bu yana, dissosiyasyonun dar kavramsallaştırması, fenomenolojik temelli geniş bir kavramsallaştırma lehine gölgede bırakılmış ve büyük ölçüde göz ardı edilmiştir. Bu geniş bakış açısında, dissosiyasyon sadece psikolojik işlevlerin entegrasyon eksikliğini değil, aynı zamanda dikkat veya bilinçteki çok çeşitli değişiklikleri de kapsamaktadır. Böyle bir tanım, Janet'in bir kişilik bölünmesi olarak dissosiyasyon ile bilinç değişiklikleri arasında yaptığı titiz ayrımı da gölgede bırakmaktadır (Moskowitz vd., 2019; Steele vd., 2009).

Bu geniş perspektifin artan etkisinin, dissosiyasyon tanımının DSM-III'ten (APA, 1980) DSM-5'e (APA, 2013) doğru gelişiminde görülebileceği belirtilmektedir. İlkinde, “dissosiyasyon” “kimlik, bellek veya bilincin normalde entegre işlevlerinde bir değişiklik” olarak tanımlanmıştır (APA, 1980, s. 253). Böyle geniş bir tanım, kişiliğin bölünmesiyle ilişkili olanların ötesinde bir dizi deneyime açıkça izin verirken, tanım DSM-IV'te daha da genişlemiştir (APA, 1994). Burada da dissosiyasyon “bilinç, bellek, kimlik veya çevre algısının genellikle bütünleşik işlevlerinde bir bozulma” olarak tanımlanmıştır. Daha önceki dissosiyasyon tanımlarından dramatik bir değişikliğe yol açan bu son ekleme, kişiliğin bölünmesiyle ilgili olsun ya da olmasın, bir travma sırasında bir olaya yoğun bir şekilde kapılma veya derealizasyon deneyimlerini açık ve net bir şekilde içerecektir. DSM-5'te (APA, 2013) bu tanım daha da genişletilerek “bilinç, bellek, kimlik, duygu, algı, beden temsili, motor kontrol ve davranışın normal entegrasyonunda bir bozulma ve/veya kopukluk” olarak tanımlanmıştır. Moskowitz ve meslektaşlarına (2019) göre burada “ve” kullanımının bu alanların tümünde kopuklukların meydana gelmesi gerektiği ima etmektedir ve bu açıkça bir hatadır. ICD-10 tanımı (WHO, 1992) ise DSM-IV'ten daha geniş, ancak DSM-5'ten daha dardır; örneğin dissosiyasyonu “geçmişin anılar, kimlik ve anlık duyuların farkındalığı ve bedensel hareketlerin kontrolü arasındaki normal entegrasyonun kısmen veya tamamen kaybıdır” şeklinde tanımlamaktadır. Bununla birlikte, yukarıda yer alan tüm tanımların, Janet'in fikirleriyle tutarlı bir şekilde, dissosiyasyon kavramını bir entegrasyon başarısızlığı olarak görmeye devam ettiği söylenebilmektedir.

Moskowitz ve arkadaşları (2019) dissosiyasyon teriminin anlamı üzerine yapılan tartışmaların birbiriyle bağlantılı olan en az dört soruyu ya da gerilimi içerdiğini

belirtmektedir, bunlar: i) kişiliğin bölünmesini içermiyor gibi görünen geçici bilinç değişiklikleri (örneğin absorpsiyon, peritratmatik depersonalizasyon ve derealizasyon) dissosiyatif midir? ii) bir faaliyete yoğun bir şekilde dalma dissosiyasyon terimini (yani normal dissosiyasyonu) gerektirir mi? iii) dissosiyasyon yalnızca travmayla mı ilgilidir (örneğin, kişilik bölünmesini işaret eden post-hipnotik telkinler dissosiyatif midir)? ve iv) dissosiyasyon en iyi şekilde bir savunma, bir kapasite (yani hipnotize edilebilirlikle ilgili) veya bir entegrasyon başarısızlığı olarak kavramlaştırılabilir mi? şeklinde ifade edilebilmektedir. Genel olarak, dissosiyasyonun geniş yorumunun bu sorulara “evet”, “evet”, “hayır” ve savunma (veya kapasite) yanıtlarını verirken, dar yorumunun ise Janet'i takiben, dissosiyasyonu bir entegrasyon başarısızlığı (ve sadece adaptif değeri olan ikincil bir psikolojik savunma) olarak göreceği ve diğer sorulara tam tersi şekilde yanıt vereceği söylenmektedir (Moskowitz vd., 2019).

2.3.3. Önerilen Konsept

Absorpsiyon, depersonalizasyon ve derealizasyon gibi bilinç değişiklikleri dissosiyatif bozukluğu olan kişilerde yaygın olmakla birlikte, birçok kişi bu deneyimleri yaşadığı için bunlar yalnızca bu bozukluklara özgü görülmemektedir. Depersonalizasyon ve derealizasyon çok çeşitli psikiyatrik bozukluklarda yaygındır ve absorpsiyon sıklıkla kişiliğin dissosiyasyonu bağlamı dışında da ortaya çıkmaktadır (Moskowitz vd., 2019; Steele ve ark., 2009). Aslında, absorpsiyon ya da çoğu depersonalizasyon/derealizasyon biçiminin kendi başına kişiliğin dissosiyatif parçalarının ya da sesler duyma gibi dissosiyatif semptomların gelişimine nasıl yol açabileceğini görmek zordur. Araştırma çabaları, yüksek düzeydeki dissosiyasyonun özellikle bölünmüş dikkat (divided attention) olarak adlandırılan ikili işleme kapasitesi ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla, başka bir bilgi işleme akışına dair kanıt yokken belirli bir olaya veya oluşuma yoğun bir şekilde odaklanmak muhtemelen dissosiyasyonu öngörmeyecektir (Moskowitz vd., 2019).

Buna ek olarak, (kişiliğin bölündüğüne dair bir kanıt olmaksızın) kronik depersonalizasyon ve derealizasyon ile karakterize edilen depersonalizasyon bozukluğu ile diğer dissosiyatif bozukluklar arasında istismar öyküleri ve dissosiyasyon ölçümleri puanları açısından önemli farklılıkların mevcut olduğu belirtilmektedir (Moskowitz vd., 2019; Simeon, 2009). Bu durum, bazı çevrelerin depersonalizasyon bozukluğunun dissosiyatif bozukluklardan ziyade kaygı

bozukluklarına daha yakın olduğunu iddia etmesine yol açmıştır (Moskowitz vd., 2019; Baker ve ark., 2003).

Bazı bilişsel kuramcılar da bilinç değişimlerinin kişilik bölünmelerinden temelde farklı mekanizmalar içerdiğini savunmak için mevcut kanıtları bir araya getirmiştir (Moskowitz vd., 2019; Brown, 2006). Bu teorisyenler her iki durumun da “dissosiyasyon” olarak adlandırılması gerektiğini savunurken, ilkinin dissosiyatif kopma (dissociative detachment), ikincisinin ise dissosiyatif kompartmanlaşma (dissociative compartmentalization) olarak adlandırılması gerektiğini ileri sürmektedirler ki Moskowitz meslektaşları (2019) bu görüşe katılmadıklarını söylemektedirler ve yukarıdakilere dayanarak, Janet' nin kişiliğin travmayla ilişkili bir bölünmesi olarak tanımladığı dissosiyasyon anlamına geri dönülmesini savunmaktadırlar. Bu görüş son olarak Van der Hart ve arkadaşları (2006) tarafından kişiliğin bir bölünmesi anlamında kişiliğin yapısal dissosiyasyonu kavramıyla ifade edilmiştir. Daha yakın zamanda ise Nijenhuis ve Van der Hart (2011) yapısal ya da travmaya bağlı dissosiyasyonun aşağıdaki tanımını önermiştir. Buna göre travmaya bağlı dissosiyasyon “Bireyin kişiliğinin, yani karakteristik zihinsel ve davranışsal eylemlerini belirleyen dinamik, biyopsikososyal sistemin bir bütün olarak bölünmesidir. Bu kişilik bölünmesi travmanın temel bir özelliğini oluşturur ... (ve) bireyin olumsuz yaşantıları kısmen ya da tamamen bütünleştirme kapasitesinden yoksun olduğu durumlarda ortaya çıkar ... Bu bölünme iki ya da daha fazla sayıda yeterince entegre olamamış dinamik ancak aşırı derecede stabil alt sistemleri içerir ... Her bir dissosiyatif alt sistem, yani kişiliğin dissosiyatif parçası, asgari düzeyde, en azından ilkel düzeyde kendi birinci şahıs perspektifini içerir. Her bir dissosiyatif parça olarak birey, en azından prensipte, diğer dissosiyatif parçalarla ve diğer bireylerle etkileşime girebilir.” şeklinde ifade edilmektedir (Moskowitz vd., 2019; Nijenhuis ve Van der Hart, 2011).

Fenomenolojik olarak, bir kişilik bölünmesi anlamında dissosiyasyon, negatif (bellek kaybı ve felç gibi işlevsel kayıplar, araba kullanma gibi belirli becerilerin kaybı) veya pozitif (flashbackler veya yorum yapan sesler gibi diğer dissosiyatif parçaların pasif etkisi, düşüncelerin geri çekilmesi veya eklenmesi veya kişinin vücudunun başka biri tarafından kontrol edildiği hissi gibi müdahaleler) olarak kategorize edilebilen dissosiyatif semptomlarla kendini göstermektedir. Hem negatif hem de pozitif dissosiyatif semptomların zihinsel ve fiziksel belirtileri olabilmektedir. Zihinsel

(psikoform) dissosiyatif belirtiler arasında sesler duyma ve kişinin kendisine ait olmayan düşünce veya duyguların 'aniden' zihnine girdiğini hissetmesi yer almaktadır (Schneiderian semptomlar). Fiziksel (somatoform) dissosiyatif belirtiler ise uyuşukluk veya tikler gibi bedensel deneyimleri ya da geçmişte yaşanan bir tecavüzdən kaynaklanan vajinal ağrı gibi travmaya bağlı bedensel hisleri içermektedir (Moskowitz vd., 2019; Nijenhuis ve Van der Hart, 2011; Van der Hart ve ark., 2006).

DSM-5'in dissosiyasyon tanımı öncelikle somatoform dissosiyatif semptomlarla değil psikoform dissosiyatif semptomlarla ilgilidir ve pozitif dissosiyatif semptomlar negatif dissosiyatif semptomlara kıyasla genellikle göz ardı edilmektedir. Bu yanlı bakış açısıyla tutarlı olarak, DSM-5'te TSSB bir bütün olarak dissosiyatif bir bozukluk olarak değerlendirilmezken, DSM-5 TSSB'ye çekirdek TSSB semptomları ile birlikte depersonalizasyon/derealizasyonu da içeren dissosiyatif bir alt tip eklenmiştir. Ancak DSM-5 kriterlerinin, flashback gibi intrüzyon fenomenlerinin (yani pozitif dissosiyasyonun) doğası gereği dissosiyatif olduğunu kabul ettiği ve TSSB'nin kendi başına (sadece bir alt tip olarak değil), kişiliğin travmada 'sıkışmış' bir parçası ile günlük yaşamda işlev görmeye çalışan başka bir parçası arasında bir bölünme göstermesi nedeniyle dissosiyatif bir bozukluk olduğunu ortaya koyduğu söylenebilmektedir (Moskowitz vd., 2019; Dorahy ve Van der Hart, 2015; Nijenhuis, 2017; Van der Hart vd., 2006). Bu nedenle, kişiliğin travma temelli bir bölünmesi olarak dissosiyasyon teriminin orijinal anlamına geri dönülmesi ve dissosiyasyon altında toplanan çeşitli bilinç değişikliklerinin başka şekillerde adlandırılması gerektiği savunulmaktadır (Moskowitz vd., 2019).

2.3.4. Schneiderian Belirtiler Bir Dissosiyasyon mu Yoksa Psikoz mu?

1937'de Kurt Schneider ilk olarak şizofreni teşhisi için oldukça yordayıcı olan dokuz semptom önermiştir. Klinik Psikopatoloji adlı kitabı İngilizceye çevrildikten sonra (Moskowitz vd., 2019; Schneider, 1959), bu belirtiler şizofreni tanısında vurgulanır hale gelmiştir. Bunlar DSM-III ve ICD-9'dan itibaren, şizofreninin temel semptomları olarak kabul edilmişlerdir, ancak bu belirtilerin başta dissosiyatif kimlik bozukluğu olmak üzere dissosiyatif bozukluklarda çok yaygın oldukları bulunmuştur. Belirtilerin birçoğu 'pasiflik fenomeni' olarak adlandırılmaktadır; yani bu, kişinin duygularının, dürtülerinin veya düşüncelerinin bir 'dış gücün' kontrolü altında olduğu deneyimini ifade etmektedir (örneğin, bazı düşüncelerin kişinin zihninden 'çıkartıldığı' veya

zihnine eklendiği hissini içeren 'düşünce geri çekilmesi' veya 'düşünce sokulması' belirtileri) (Moskowitz vd., 2019).

Görünüşe göre, Schneider bu semptomların şizofrenideki 'ego-dünya sınırının' geçirgenliğini yansıttığını düşünmüştür (Moskowitz vd., 2019; Koehler, 1979). Ancak, bunlar DKB'de kişiliğin bir parçasının veya parçalarının kişiliğin başka bir parçasını etkilemesini yansıtmaktadır; bu tür etkileme girişimleri DKB'li kişiler tarafından yaygın olarak bildirilmektedir (Moskowitz vd., 2019; Kluff, 1987). Bu yaşantıları mutlaka sanrısız (bir 'dış güç'e sanrısız bir yorum getirilip getirilmediğine bakılmaksızın - örneğin 'şeytan' ya da 'Gizli Servis' gibi) ve dolayısıyla psikotik olarak tanımlamak oldukça sorunludur zira bunlar sadece ağır dissosiyatif bozukluklarda yaygın olan (ve aslında bu bozuklukların olmazsa olmazı olan) yaşantıların gerçek tanımları olabilmektedir. Aynı deneyimin dissosiyatif veya psikotik olarak tanımlanabilmesi, bu iki kavrama ilişkin anlayışlar arasında temel bir gerilim olduğunu ortaya koymaktadır. Aslında, bu durum, psikozun (veya psikotik 'semptomların' veya 'özelliklerin') mevcut resmi tanımının, dissosiyasyonun yalnızca bilinçteki değişiklikler olarak tanımlanmasını gerektirdiğini ima etmektedir ki bu da kişiliğin bölünmesini olasılık alanından çıkararak bir tanım olmaktadır (Moskowitz vd., 2019). Psikoz ve dissosiyasyonun bu sorunlu tanımları, muhtemelen DKB'li kişilerin şizofreni hastası olarak sıklıkla yanlış teşhis edilmesinin nedenlerinden biri olarak görülmektedir (Moskowitz vd., 2019; Putnam vd., 1986).

2.4. Dissosiyatif Psikoz

Dissosiyatif psikoz (DP) şu anda resmi bir tanı kategorisi olarak kabul edilmese de travma ile ilişkili dissosiyasyon alanındaki bilim insanları bu sendromun tedavi edilmesinin mühim bir klinik değeri olduğunu savunmaktadır (Van der Hart ve Witztum, 2019; Graham ve Thavastoby, 1995; Şar ve Öztürk, 2009; Van der Hart vd., 2006; Van der Hart vd., 1993). Orijinal adı histerik psikoz (HP) olan bu sendromun, travma sonrası stres bozukluğundan (TSSB) dissosiyatif kimlik bozukluğuna (DKB) kadar çeşitli tanımlar alan bir dizi travmatize hastada saptandığı bildirilmektedir (Van der Hart ve Witztum, 2019; Graham ve Thavastoby, 1995; Şar ve Öztürk, 2009; Tutkun, Yargıç ve Şar, 1996; Van der Hart ve Spiegel, 1993; Van der Hart vd., 1993, 2006).

Van der Hart ve Witztum (2009), bir psikotik bozukluk ya da epizodun DP olarak kabul edilebilmesi için travma ile ilişkili olması ve kişiliğin yapısal bir dissosiyasyonuna bağlı ortaya çıkması gerektiği öne sürmüşler ve ayrıca psikozda kişinin kontrol edemediği amaca yönelik eylemlerin ve dissosiyatif belirtilerin de mevcut olması gerektiğini belirtmişlerdir (Van der Hart ve Witztum, 2019; Van der Hart ve vd., 1993, 2006).

DP'nin tanısıl bir sendrom olarak kabul edilebilirliği psikiyatri literatüründe 'psikoz' teriminin geniş bir şekilde tanımlanmasından bir ölçüde etkilenmiştir. Örneğin Jackson (2001)'a göre psikoz, "düşünce sürecinde yaşanan ağır anormalliklerle karakterize edilen geniş bir zihinsel bozukluk kategorisi" anlamına gelmektedir ve bu durum gerçeklik algısının bozulması ile sıklıkla sanrılar, varsanılar ve kişisel kimlik duygusunda bozulmalarla ilişkilidir" (Van der Hart ve Witztum, 2019; Jackson, 2001), dolayısıyla DP tanısı konulduğunda, kişinin gerçeklik dereceleri hiyerarşisi ağır bir şekilde bozulmuş anlamına gelecektir (Janet, 1928; Van der Hart ve ark., 2006).

Normal koşullarda, yer, zaman ve kimlik oryantasyonunun en yüksek gerçeklik düzeyine sahip olduğu bilinmektedir. Ancak, tehdit edici sesler veya travmatize edici olayları yeniden deneyimleyen kişiliğin dissosiyatif parçaları veya bunlarla bağlantılı dehşet verici fanteziler, içinde bulunulan ortamdan daha yüksek bir gerçeklik derecesine sahip olduğunda (yani daha gerçek olarak deneyimlendiğinde), burada bir dissosiyatif psikotik epizodun söz konusu olabileceği belirtilmektedir. Buna ilaveten sürenin de önemli bir belirleyici olduğu söylenmektedir, yani çoğu dissosiyatif psikoz vakası birkaç gün veya daha uzun sürebilirken, (birkaç dakika süren) kısa süreli atakların DP tanısını gerektirmeyeceği belirtilmektedir (Van der Hart ve Witztum, 2019).

2.4.1. Dissosiyatif Psikoz ve Pierre Janet' nin Dissosiyasyon Teorisi

Janet (1907) histeriyi bir tür kimlik bütünlüğü rahatsızlığı, yani "bilinç alanında meydana gelen bir tür zayıflama ile kişiliği oluşturan fikir ve işlevlerin bölünmesi (dissociation) ve bağımsızlaşması eğilimiyle karakterize edilen bir depresyon 'diğer bir deyişle azalmış entegrasyon kapasitesi'" olarak tanımlamıştır (Van der Hart ve Witztum, 2019; Janet, 1907). Janet (1889) açıkça ifade etmese de bu bölünmüş "fikir ve işlev sistemlerinin" kendilerine özgü bir benlik algısı ve aynı zamanda kendilerine özgü bir duygulanım ve davranış yelpazesi olduğunu da düşünmüştür.

Janet (1889) fiziksel hastalıkları, tükenmişliği ve özellikle de travmatik yaşantılar sonucu gelişen yoğun duyguları bu entegrasyon eksikliğinin başlıca nedenleri olarak görmüştür (Van der Hart ve Witztum, 2019; Janet, 1889, 1909, 1911). Bu formülasyona göre, bu dissosiyatif sistemlerin en belirgin olanları, Janet (1919, 1925)'nin başlangıçta birincil ideler (primary idées fixes) ya da birincil duygusal durumlar (primary emotional states) olarak tanımladığı travmatik anıları içermektedir. Bu sistemler, her biri kendi benlik algısına sahip olan “psikolojik ve fizyolojik fenomenlerden, çok biçimli karakterdeki imge ve hareketlerden” oluşmaktadır. İster kabuslarda ister uyanıkken olsun, bu sistemler yeniden devreye girdiğinde, kişilerin “travma esnasında ortaya çıkan eylemi ya da eylem girişimini devam ettirdikleri ve bu sonu gelmeyen tekrarlamalarla kendilerini tükettikleri” söylenmektedir (Van der Hart ve Witztum, 2019; Janet, 1919/1925).

Birincil ideler (yani travmatik anılar) ile ilişkili olarak ikincil ideler ya da ikincil duygusal durumlar söz konusudur (Hart ve Witztum, 2019; Hart ve Friedman, 1989). Bu ideler gerçek olaylara dayanmamakla birlikte onlarla ilişkilidir ve fanteziler ya da rüya ayrıntıları olarak ortaya çıkabilmektedir. Örneğin, bir kişinin travmatik bir yaşantı sırasında veya sonrasında aşırı suçluluk duygusuna bağlı olarak ikincil nitelikte bir cehennemde olma varsanısı geliştirebileceği söylenmektedir (Van der Hart ve Witztum, 2019). Janet (1904)'ye göre, ikincil dissosiyatif durumların temelini oluşturan bu tür ikincil ideler histerik psikozun gelişimi için gereklidir; Janet, travmatik anıların bilince ve davranışa tamamen hâkim olduğu ve kişinin zamana veya mekâna oryante olmadığı zamanlarda dahi, kişide ikincil ideler gelişmediği sürece histerik psikozdan (Van der Hart ve Witztum buna dissosiyatif psikoz demektedir) bahsetmemiştir (Van der Hart ve Witztum, 2019; Janet, 1904).

Janet (1904), dissosiyatif hastaların travmatik anıları dönüşümlü olarak çok az deneyimleme ile çok fazla deneyimleme durumları arasında yaşadıklarını “Görünüşte zıt olan iki fenomen bir sendrom oluşturmaktadır: Bunlar birbiriyle bağlantılıdır ve rahatsızlık iki eşzamanlı unsurdan oluşur: 1) kişinin anıları bilinçli ve istemli olarak hatırlayamaması ve 2) aynı anıların otomatik, karşı konulmaz ve uygunsuz bir şekilde yeniden üretilmesi” şeklindeki gözlemi üzerinden ifade etmiştir.

Benzer bir örüntü ikincil ideler (ikincil idées fixes) açısından da gözlemlenebilmektedir. Bu örüntü, kişiliğin iki farklı dissosiyatif bölümü olarak adlandırılan bölümler arasındaki bir değişimi içerir: bunlar günlük yaşama dahil olan,

travmatik anı korkusu veya fobisi ile karakterize edilen bir parça (Janet, 1904) ve travmatik anılarla ilgili olan, örneğin travma ile ilgili varsanılar olarak ortaya çıkan ikincil idées fixes içeren başka bir parça şeklindedir. Bu değişkenlik, DP'nin neden genellikle nispeten kısa süreli olduğunu ve birey travmatik deneyimin belirgin hatırlatıcılarıyla karşılaştığında yeniden ortaya çıkmak üzere aniden kaybolabildiğini açıklayabilmektedir.

Janet (1889, 1904, 1928) bu parçaların sadece birbiriyle yer değiştirmekle kalmayıp, travmatik anılar ve/veya ikincil idelerle ilgili olan parçanın günlük yaşamla ilgili olan dissosiyatif parçaya da müdahale edebileceğini gözlemlemiştir. Yine, bu durum özellikle birey travmatize edici olayın belirgin hatırlatıcılarıyla karşılaştığında söz konusu olmaktadır (Van der Hart ve Witztum, 2019; Janet, 1928, 1889, 1904).

Janet (1909)' ye göre, bir birey ne kadar çok travmatize olursa, kişiliğinin parçalanması da o kadar büyük olmaktadır, bunu "Travmalar parçalayıcı etkilerini yoğunlukları, süreleri ve tekrarları ile orantılı olarak üretirler" şeklindeki sözüyle de vurgulamıştır (Janet, 1909). Bu durumda dissosiyatif psikozun, kişiliğin travmaya bağlı dissosiyasyonunun bir parçası olabileceği anlamına gelmektedir. Yakın zamanda geliştirilen kişiliğin yapısal dissosiyasyonu teorisi de temelde Janet' nin öncü dissosiyasyon teorisinin bir uzantısını teşkil etmektedir (Van der Hart ve Witztum, 2019).

2.4.2. Dissosiyatif Psikoz ve Kişiliğin Yapısal Dissosiyasyonu Teorisi

Kişiliğin travmayla ilişkili yapısal dissosiyasyon teorisi (Nijenhuis vd., 2002; Van der Hart vd., 2006), DSM-5 kapsamındaki dissosiyatif bozuklukların çoğu da dahil olmak üzere, travmayla ilişkili çok çeşitli bozuklukların geniş çaplı bir kavramsallaştırmasını ve açıklamasını içermektedir. Bu teoriye göre, travmayla ilişkili bozukluklar, benlik bilincine sahip psikobiyolojik dinamik sistemler olarak görülen kişiliğin iki veya daha fazla dissosiyatif parçası arasındaki yetersiz entegrasyonu içermektedir. Temel olarak, Janet (1909)' nin de gözlemlediği gibi, bir tür dissosiyatif parça olarak işlev gören birey, travmatize edici olay kendisini hiç etkilememiş gibi yaşamına devam etmeye çalışabilir, Van der Hart ve Witztum (2019) buna kişiliğin görünüşte normal parçası (apparently normal part of the personality-ANP) adını vermişlerdir. Öte yandan, kişinin bir parçası ise travmatik anılara saplanıp kalabilir ve bu anıları tekrar tekrar

yaşayabilir, bu durumda ortaya çıkan dissosiyatif parçayı ise kişiliğin duygusal parçası olarak ifade etmişlerdir (Van der Hart ve Witztum, 2019; Hart vd., 2006).

Bu teoriye göre, bahsedilen farklı dissosiyatif parçaların işleyişine, motivasyonel sistemler (Van der Hart ve Witztum, 2019; Fanselow ve Lester, 1988; Lang vd., 1998) veya duygusal işletim sistemleri aracılık etmektedir (Van der Hart ve Witztum, 2019; Panksepp, 1998; Panksepp ve Biven, 2012). Eylem sistemleri kişiliğin ana bileşenlerini oluşturmaktadır (Van der Hart ve Witztum, 2019; Carver vd., 2000; Lang vd., 1998); bunlar zamanla zihinsel olarak sağlıklı bireylerde büyük ölçüde bütünleşmiş hale gelmektedir. Eylem sistemleri iki ana sınıfa ayrılabilir. Eylem sistemlerinin bir sınıfı çekici uyaranlara yaklaşmak içindir (örneğin keşif, enerji yönetimi, oyun, cinsellik/üreme ve belki de sosyal sınıflandırma ve sosyal dayanışma). Bu eylem sistemleri günlük yaşamda işlev göstermeye ve türün hayatta kalmasına hizmet eder. Diğer sınıf ise memeli eylem sistemini ve onun yaşam tehdidine karşı savunma alt sistemlerini içerir (Van der Hart ve Witztum, 2019; Fanselow ve Lester, 1988). Söz konusu eylem sistemleri sınıfı için birincil motivasyonel işlevin, tiksindirici uyaranlardan kaçınmak olduğu ifade edilmektedir. Belirli bir eylem sisteminin etkisi altındayken, bireylerin bu eylem sisteminin amaca ulaşmada yardımcı olacak eylemlerini yürüttükleri, diğer yandan bu amaçlarla çelişen eylemlerden uzak durdukları söylenmektedir. Eylem sistemleri algı, duyum, duygulanım, düşünce ve beden hareketlerini birbirleriyle sürekli ve hızlı bir etkileşim içinde yönlendirmekte ve entegre etmektedir (Van der Hart ve Witztum, 2019; Hurley, 1998).

Yapısal Dissosiyasyonun Prototipleri

Kişiliğin birincil yapısal dissosiyasyonunun, prototipik biçimi, bir ANP ile bir EP arasındaki entegrasyon eksikliği ile ilgilidir. Burada kişinin ANP olarak gerçekleştirdiği davranışlara, ağırlıklı olarak cazip uyaranlara yaklaşma ve dolayısıyla travmatik anılardan kaçınarak günlük yaşamdaki işlevleri yerine getirebilmeye yönelik bir dizi eylem sistemi aracılık eder. Öte yandan EP olarak ise kişinin davranışlarına memeli savunma sistemi ve bağlanma krizi aracılık etmektedir. Travmatik anılara takılı kalan, zaman ve mekan içindeki gerçek konumuna ilişkin yönünü kaybeden bir EP, (algılanan) tehde karşı savunma eylemlerinde bulunmak için yüksek motivasyon içerisindedir. Bu birincil yapısal dissosiyasyon, travma sonrası stres bozukluğunun ve somatoform dissosiyatif bozuklukların (duyu ve harekete ilişkin dissosiyatif

bozukluklar) basit formlarının karakteristik özelliği olarak değerlendirilmektedir (Van der Hart ve Witztum, 2019).

İkincil yapısal disosiyasyon ise, daha karmaşık bir prototipi içermektedir. Bu durum birden fazla EP'yi ve dolayısıyla kaçma, donma, savaşıma, tam teslimiyet (ölü taklidi yapma) gibi savunma alt sistemleri arasında bir tutarlılık eksikliğini içermektedir. İkincil yapısal disosiyasyon karmaşık TSSB, sınırda kişilik bozukluğu ve BTA-DB vakalarını ifade etmektedir. Kişiliğin yapısal disosiyasyonu boyutundaki en karmaşık prototip olan üçüncül yapısal disosiyasyonda (tertiary structural dissociation), EP'ler arasında olduğu kadar günlük yaşama ilişkin farklı eylem sistemleri arasında da entegrasyon eksikliği söz konusudur. Bu organizasyon da disosiyatif kimlik bozukluğunu karakterize etmektedir. Klinik gözlemler, disosiyatif psikozun genellikle ikincil veya üçüncül yapısal disosiyasyon içinde yer aldığını göstermektedir (Hart ve Witztum, 2019; Tutkun vd., 1996; Hart vd., 1987).

Dissosiyatif Psikoz

Dissosiyatif psikoz, psikotik yaşantılarla karakterize edilen ve yürütme kontrolünü ele geçiren ya da ANP' ye yoğun bir şekilde müdahale eden bir veya daha fazla EP' yi içeren bir sendrom olarak tanımlanmaktadır. Ana akım psikiyatride bu kişilere psikotik ya da şizofreni tanısı konulabilmekte ve yüksek dozda antipsikotik ilaçlar, dahası Elektrokonvülsif Terapi (EKT) uygulanabilmektedir; oysa gerçekte bu kişide ANP olarak faili taklit eden parçalara ait sesler ya da psikotik benzeri zihinsel ve davranışsal eylemler sergileyen bir çocuk EP mevcut olabilmektedir. Dissosiyatif bozukluk uzmanları muhtemelen bu yaşantıların/fenomenlerin disosiyatif doğasını tanıyarak bu hastalara BTA-DB veya DKB tanısı koyacak ve tercih edilen tedavi olarak evre odaklı psikoterapi (phase-oriented psychotherapy) önerecektir (Van der Hart ve Witztum, 2019; Ross, 2004; Van der Hart vd., 2006; Şar ve Öztürk, 2009).

Dissosiyatif psikoz, BTA-DB veya DKB gibi karmaşık disosiyatif bozuklukların anlaşılmasına açılan bir pencere olarak görülmektedir (Van der Hart ve Witztum, 2019; Şar ve Öztürk, 2009). Aşağıdaki disosiyatif durumlar bir disosiyatif psikotik epizod örneği olarak değerlendirilebilmektedir: (i) bir ANP'nin tehdit edici ve/veya emredici seslerden ötürü bunalmış hissetmesi; (ii) yürütme kontrolündeki bir EP(ler)in travmatik olayları yeniden deneyimlemesi (Janet'in birincil idées fixes); (iii) yürütme kontrolündeki bir EP(ler)in travmatik yaşantılardan köken alan korkutucu varsanıları

(yeniden) deneyimlemesi (Janet'in ikincil idées fixes); (iv) yeniden aktive olan travmatik anılardan ötürü EP'ler arasında hızlı geçişlerin meydana gelmesi; ve (v) bilhassa mevcut travmatik yaşantının geçmiş travmatik yaşantıyı yeniden aktive ettiği durumlarda ortaya çıkan çifte duygu fenomeni (Van der Hart ve Witztum, 2019; Janet, 1928; Witztum vd., 2002). Van der Hart ve Witztum (2019), dissosiyatif psikozun dikkate alınmasının, burada tanımlanan dissosiyatif fenomenlerin tipik olarak şizofreni veya psikoz tanısıyla sonuçlanacağı ortamlarda uygun bir alternatif sağlayabileceğini savunmaktadırlar.

2.5. Dissosiyatif Şizofreni

Dissosiyatif şizofreni teorisi pek çok bilim insanının kolektif çalışmasına dayanmaktadır. Bleuler 1911'de dementia praecox üzerine metnini yazdığı dönemde bu teorinin ortaya atılmasının neredeyse imkansız olduğu söylenmektedir. 1911'de henüz güvenilir bir tanı sistemi, yapılandırılmış tanı görüşmeleri ve patolojik dissosiyasyonun geçerli ve güvenilir bir ölçümü söz konusu değildi. Ayrıca terapistin seslerle konuşmasına izin veren bir psikoterapi modeli ve travma çalışmaları alanı da mevcut bulunmamaktaydı (Ross, 2004). 1911 yılındaki kültürel ortamın, ruhsal bozukluklar ile ilgili bir travma modeline açık olmadığı söylenebilmektedir. Freud, on dokuzuncu yüzyılın sonlarında sedüksiyon teorisini bir kenara bırakmıştır ve kültür de onun izinden gitmiştir (Ross, 2004; Masson, 1985).

Günümüzde ise söz konusu durum değişmiştir. Şu an çocukluk çağı travması ve bunun sonuçları yaygın olarak kabul görmektedir. Çok sayıda bulgu psikozun travma modelini desteklemektedir. Bleuler için bu faktörlerin hiçbiri onun döneminde mevcut değildi; bu nedenle gözlemlerini bilimsel olarak test edilebilir bir modele sığdıramadığı ifade edilebilmektedir. Ross (2004) dissosiyatif şizofreni teorisini Bleuler'in bir asır önce yürüttüğü klinik çalışmalar üzerine inşa ettiğini belirtmektedir (Ross, 2004).

2.5.1. Yapısal Dissosiyasyon Teorisinin Önerilen Bir Modifikasyonu

Van der Hart, Nijenhuis ve Steele (2006) tarafından tanımlanan yapısal dissosiyasyon teorisi (the theory of structural dissociation), tercih edilen terminolojiye bağlı olarak, ego durumları, modüller, kimlik durumları, benlik parçaları, alter kişilikler veya dissosiyasyon olmuş parçalar içeren, psişedeki dissosiyasyon kompartımanlarının mevcudiyetini gerektirmektedir (Ross, 2013; Van der Hart vd., 2006). Teorinin ilk formüle edildiği

haliyle, dissosiyeye edilmiş psikolojik yapının - benlik parçası veya kimlik durumu - öznel bir benlik duygusuna ve öz farkındalığa sahip olması bir gerekliliktir. Ancak bu gereklilik kaldırıldığında model, DKB'nin ve BTA-DB'nin kapsamlı komorbidite özelliklerini tek bir çatı altında toplayacak ve bunları açıklayacak şekilde genişletilebilecektir (Ross, 2013; Ellason, Ross ve Fuchs, 1996; Ross, 1997).

Kişiliğin yapısal dissosiyasyonu teorisinin (Nijenhuis, Van der Hart ve Steele, 2010) Ross (2013) tarafından sunulan modifiye versiyonu, çok çeşitli ruhsal bozuklukları ve bu bozuklukların aynı hastada birlikte ortaya çıkmasını açıklayabilmektedir. Bu gruba giren bozukluklar DKB, TSSB, somatik belirti bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, birçok şizofreni vakası, dürtü kontrol bozuklukları, birçok parafili ve obsesif kompulsif bozukluk şeklinde ifade edilebilmektedir (Ross, 2013).

Nijenhuis ve arkadaşları (2010) kişiliğin yapısal olarak bölünebilmesi için en azından belli ölçüde ayrı bir benlik duygusuna sahip olan bir duygusal kişiliğin (EP) varlığını şart koşmaktadır. DKB'de ve BTA-DB'de durumun kuşkusuz böyle olduğu söylenebilmektedir. Bununla birlikte Ross (2019), bir bozukluğun doğası gereği dissosiyatif olması için belirgin bir birinci şahıs bakış açısına sahip bir EP'nin varlığının gerekli olduğunu düşünmemektedir. Daha ziyade, dissosiyeye bir kompartımanın bir EP mevcut olmadan da bir duygu, dürtü, anı veya başka bir psikik içeriği barındırabileceğini savunmaktadır.

Ross (2013)' a göre hem kompartımanın boyutunu hem de içeriğinin doğasını sınırlamak için kavramsal ya da klinik bir gereklilik bulunmamaktadır, dolayısıyla modifiye yapısal dissosiyasyon teorisine bir kompartımanın tek bir unsuru da barındırabileceği ve benlik hissine sahip olmasının gerekmediği vurgulanmaktadır. Bu genişletilmiş yapısal teori kapsamında dissosiyeye olmuş bir kompartıman, bir duyguyu, bir dürtüyü, fizyolojik bir hissi, bir düşüncüyü veya Braun'un (1998) belirttiği herhangi bir unsuru bünyesinde barındırabilmektedir (Ross, 2013; Braun, 1998).

Bu genişletilmiş teori, hem DKB ve BTA-DB'nin komorbiditesini hem de her iki bozuklukta görülen dissosiyatif semptomların tamamını tek bir teori içerisinde açıklayabilmektedir. Örneğin, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve dürtü kontrol bozuklukları, ego-yabancı (ego-alien) olan, yürütücü benlik tarafından direnilen ve kaygı uyandıran büyümlü düşüncelerin, kompulsiyonların ve dürtülerin izinsiz girişini (intrusions) içermektedir. Eğer intrüzyona neden olan materyal entegre bir yürütücü

benlikte tutuluyorsa, ego-yabancı intrüzyon semptomları ortaya çıkamayacaktır. Bu durumda söz konusu düşünceler ve dürtüler, ego-sintonik düşünceler ve dürtüler olacak ve ego-yabancı olarak devreye giremeyeceklerdir; yani bunlar benliğin kendisinden kaynaklanıyormuş gibi deneyimlenecektir. Bu, intrüzyonların içeriği ve yapısal dissosiyasyonun etiyojisi ne olursa olsun geçerli bir durumdur. Yapısal bir dissosiyasyon kusurlu bir dizi gen, intrauterin enfeksiyon, doğum travması veya gebe kaldıktan sonra meydana gelen herhangi bir sayıda biyolojik ve psikososyal olaydan da kaynaklanabilmektedir. Bu yapı ister psikolojik terminolojiyle ister beyin yapıları ve sistemleri açısından tanımlansın, temel semptomların ortaya çıkması için yapısal olarak parçalanmış (dissosiyasyon olmuş) bir beyin-zihin alanı gerekmektedir (Ross, 2013).

İşitsel varsanıların ve diğer Schneiderian birinci sıra semptomların şizofreniye kıyasla DKB' de daha yaygın olduğu söylenebilmektedir (Ross, 2004). Diğer yandan, her iki bozuklukta da birinci sıra semptomların pek çoğu intrüzyon (düşünce sokulması; yapılan düşünceler, duygular ve eylemler; pasif etkilenmeler; sesler; sesli düşünceler; başkasının düşüncelerinin düşünülmesi) veya geri çekilme (withdrawal) semptomlarını (thought withdrawals-düşünce geri çekilmesi) oluşturmaktadır. Ross (2013)' un belirttiğine göre yapısal bir dissosiyasyon gerçekleşmeden bu belirtilerin ortaya çıkması mümkün değildir. Bazı şizofreni vakalarının etiyojisinin ağırlıklı olarak genetik olduğu varsayılsa dahi, ilgili beyin sistemleri anormal bir şekilde birbirlerinden kopuk (dissociated) değilse, söz konusu semptomların yine ortaya çıkamayacağı açıktır. Genel olarak, şizofreninin pek çok pozitif semptomunun intrüzyon semptomlarından oluştuğu, negatif semptomlarının ise geri çekilmeden kaynaklandığı ifade edilmektedir (Ross, 2013).

2.5.2. Yapısal Dissosiyasyon ve Dissosiyatif Bozukluklara İlişkin Daha Geniş Bir Kavrayış

Kişiliğin yapısal dissosiyasyonu teorisinin (Nijenhuis, Van der Hart ve Steele, 2010) değiştirilmiş bir versiyonu, çok çeşitli ruhsal bozuklukları ve bu bozuklukların aynı hastada birlikte ortaya çıkmasını açıklayabilmektedir. Bu gruba giren bozukluklar şunları içermektedir: DKB, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), somatik belirti bozukluğu (Ross, 2015), sınırda kişilik bozukluğu (SKB), birçok şizofreni vakası, dürtü kontrol bozuklukları, birçok parafili (Ross, 2008) ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB; Ross, 2013).

Ross (2013)' un sunduğu model, Nijenhuis ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilen kişiliğin yapısal dissosiyasyonu teorisinin bir modifikasyonudur. Onların modelini almış ve içine dahil edilebilecek tanı alanını genişletmiştir. Ross (2007) bu modeli özellikle ağır travma hastalarında görülen yaygın komorbidite sorununu çözmek için kullandığını belirtmektedir. Nijenhuis ve arkadaşları (2010) kişiliğin yapısal olarak bölünebilmesi için en azından belli ölçüde ayrı bir benlik duygusuna sahip olan bir *duygusal kişiliğin (DK)* varlığını şart koşmaktadır. DKB'de ve başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluklarda (BTA-DB) durumun kuşkusuz böyle olduğu söylenmektedir. Bununla birlikte Ross (2019), bir bozukluğun doğası gereği dissosiyatif olması için belirgin bir birinci şahıs bakış açısına sahip bir DK'nın varlığının gerekli olduğunu düşünmemektedir. Daha ziyade, dissosiyasyon bir kompartımanın bir DK mevcut olmadan da bir duygu, dürtü, anı veya başka bir psikik içeriği barındırabileceğini savunmaktadır.

Ross (2019) buna Nijenhuis ve arkadaşları (2010) tarafından tanımlandığı şekliyle kişiliğin yapısal bir dissosiyasyonu (structural dissociation of the personality) değil, kompartımanlaşmaya dayanan yapısal bir dissosiyasyon modeli (structural dissociation model based on compartmentalization) demenin en doğrusu olacağını söylemektedir. Ross (2019) bu değişlikle, birçoğu yaygın olarak DKB' de komorbid bozukluk olarak bulunan çok çeşitli DSM-5 bozukluklarının dissosiyatif olarak değerlendirilebileceğini ve bu bozuklukların geliştirdiği yapısal dissosiyasyon modeliyle kolayca açıklanabileceğini iddia etmekte ve modelini, Nijenhuis ve arkadaşlarının (2010) DKB ve BTA-DB teorisiyle tamamen örtüşmesine rağmen, dissosiyasyon olmuş her kompartımanda duygusal bir kişiliğin varlığını şart koşmayarak dissosiyasyon alanının kapsamını genişlettiğini açıklığa kavuşturmak maksadıyla yapısal dissosiyasyon (structural dissociation) olarak adlandırdığını belirtmektedir.

2.5.3. İnrüzyonlar ve Geri Çekilmeler Yapısal Olarak Dissosiyasyon Olmuş Bir Psikedeki Belirtilerin Başlıca Nedenleridir

Klasik DKB'de karakteristik belirtiler, yüksek düzeyde yapılandırılmış, kişileştirilmiş ve ayırık ego durumları veya alter kişilikler arasında yürütme kontrolünün tam değişiminden (full switches of executive control) kaynaklanmaktadır. Bu alterler tam amnezi bariyerleriyle birbirinden ayrılmaktadır. Ancak aslında, klasik DKB'de dahi, belirtilerin çoğu yürütücü kontrolün tam ve keskin bir şekilde el değiştirmesiyle (full, discrete switches of executive control) oluşmamaktadır. Daha ziyade, bu belirtiler

yürütücü benliği ele geçirme (intrusions into) ve bu benlikten geri çekilme (withdrawals from) süreçleri esnasında ortaya çıkabilmektedir (Ross, 2019).

Tipik olarak, DKB' de dahi, kişilik sisteminin büyük bir kısmı genellikle BTA-DB düzeyinde yapılandırılmakta ve işlev göstermektedir. BTA-DB tanısının DSM-5'te (2013) bir dizi alt tipi mevcuttur, ancak klinik olarak en yaygın görüleni ego durumlarının ayrık olmadığı, yürütme kontrolünün tam olarak değiştirilmediği (no full switching) ve/veya alt benlikler arasında tam amnezi bariyerlerinin oluşmadığı DKB'nin kısmi formlarıdır (Ross, 2019; APA, 2013).

Tam bir geçişten ziyade, daha yaygın olarak kısmi bir izinsiz giriş söz konusudur. Bir düşünce, dürtü, his, anı, uyarılma durumu, biliş, duyum, ses (Ross, 2019; Longden ve ark., 2012) veya başka bir psikik işlev, diğer dissosiyeye edilmiş modüllerden birinden yürütücü benliğe girmektedir. Bunun aksi olarak, yürütücü benlikten düşünce, duygu, anı, motor kontrol veya diğer işlevlerin geri çekilmesi söz konusudur. DSM-5 belirtilerinin geniş bir yelpazesini modifiye yapısal disosiyasyon modeli bünyesinde bir araya getiren bu izinsiz girişler ve geri çekilmelerdir (Ross, 2019).

DKB' de alt benliklerin kişileştirilmesi ve ayrıntılı hale getirilmesi hem bu bozukluğa inananlar hem de inanmayanlar tarafından oldukça sık vurgulanmaktadır (Ross, 2019; Ross, 1997, 2007a). Ancak asıl önemli olan, farklı alt benliklerin ayrı isimlere, yaşlara ve ayrılık yanılsamalarına sahip olup olmadığı değildir. Daha ziyade, temel husus, meydana gelen izinsiz girişlerin sıklığı, yoğunluğu ve türleri ile bunların neden olduğu işlev bozukluğu ve öznel sıkıntı düzeyidir.

Kişiliğin yapısal ayrışması teorisinin aksine, düşüncelerin, duyguların ve dürtülerin ayrılmış bir kompartmandan içeri girmesi için duygusal bir kişiliğin mevcut olması gerekmemektedir. Bu, tüm dissosiyatif şizofreni vakalarında duygusal bir kişiliğin mevcut olması gerektiği anlamına gelmektedir; belirtiler yine de kişinin dissosiyeye bir kompartımından gelen intrüzyonlar olarak anlaşılabilir ve DKB' deki dissosiyatif yapı ve süreçler ile "dissosiyatif şizofrenidekiler" arasında bir süreklilik mevcuttur.

Bu, DKB ve şizofreni arasındaki belirtilerin büyük ölçüde örtüşmesi ve DSM-5 kriterlerinin, yapılandırılmış görüşmelerin ve öz bildirim ölçümlerinin DKB ve şizofreniyi örtüşme olmaksızın iki ayrı kategoriye ayıramamasıyla tutarlıdır (Ross, 2019).

2.5.4. Şizofreninin Dissosiyatif Alt Tipi

DSM-5'te DKB ve şizofreninin ayırıcı tanısına yönelik iki yaklaşım bulunmaktadır, bunlar “bir bozukluk için tanı koyup diğeri için koymamak veya her iki bozukluk için de tanı koymak” olarak açıklanabilmektedir. DSM-5'in şizofreni ile ilgili bölümünde DKB' den bahsedilmemektedir, ancak DKB' nin ayırıcı tanısı ile ilgili bölümde şizofreni tartışılmaktadır. DKB metnindeki tartışma, DKB ve şizofreni arasında nasıl ayırım yapılacağına dair yalnızca genel bilgiler vermekte ancak operasyonel olarak belirlenmiş ölçütler sunmamaktadır. Dolayısıyla tanı koyma işlemi klinik yargıya bağlı kalmaktadır (Ross, 2009).

Klinik uygulamada, şizofreni alanındaki klinisyenlerin çok azı tanısız değerlendirilmelerinde DKB' yi dikkate almaktadır (Ross, 2009; Tschoeke & Steinert, 2010). Dissosiyatif bozukluklar alanında ise genel olarak DKB ve şizofreni ayrı bozukluklar olarak görülmekte ve hangisinin mevcut olduğuna karar vermek bir sorun teşkil etmektedir. DKB tanısının konulması, yardımcı ilaçlarla birlikte birincil tedavi olarak psikoterapi uygulanmasına yol açmaktadır.

Şizofreni tanısının konulması ise birincil tedavi olarak şizofreninin psikofarmakolojik tedavisine yönelmekte, bu tedaviye ek olarak psikoterapi uygulanmakta ya da çoğu zaman uygulanmamaktadır (Ross, 2009). Ancak ortada çözümlenmemiş birkaç problem bulunmaktadır. Şizofreni için DSM-5 tanı kriterleri yalnızca iki semptomun gerekli olduğunu ve bunlardan birinin sanrılar, varsanılar veya dezorganize konuşma olması gerektiğini belirtmektedir. Diğer DSM-5 kriterleri ise altı aylık bir sürenin bulunması ve mesleki ya da sosyal işlevlerde bozulma görülmesi ile ilgilidir. Ayrıca şizoaffektif bozukluk ile duygudurum bozukluğu ve madde/genel tıbbi durum için iki dışlama kriteri bulunmaktadır. İlave bir dışlama kriteri, otizmli bir kişide şizofreni ek tanısı koymak için ya sanrılar ya da varsanıların mevcut olması gerektiğini belirtmektedir (Ross, 2019; APA, 2013). Buna göre DKB hastalarının çoğu DSM-5'in şizofreni kriterlerini neredeyse karşılamaktadır zira söz konusu hastalarda işitsel varsanılar görülmektedir, bozukluk kronik bir seyir izlemektedir, işlevsellikle ilgili sorunlar bulunmaktadır ve hastalığın dışlama kriterleri karşılanmamaktadır. DSM-5'in sanrı tanımına göre, kişinin bedeninde başka insanların yaşadığı inancı bir sanrı olarak sınıflandırılıyorsa, DKB'si olan çoğu hasta şizofreni kriterlerini karşılayabilirdi (Ross, 2019).

Her ne kadar bilimsel olarak kanıtlanmamış olsa da klinik deneyim ve kişisel yargılara dayanılarak DKB' yi şizofreniden güvenilir bir şekilde ayırt edebilen DKB konusunda uzman küçük bir klinisyen grubunun bulunduğu belirtilmektedir. Öte yandan, bu küçük grubun dışında, eğer varsa, kafa karışıklığı ve bilgi eksikliği söz konusudur. DKB ya da şizofreni için DSM-5 kriterlerini takip etmek bu soruna çözüm getirmemektedir. Bu konudaki kafa karışıklığı Bleuler'in "şizofreni" terimini ortaya atmasından beri mevcuttur ve Bleuler' in metninde de açıkça görülmektedir (Ross, 2019).

DKB' yi şizofreniden ayırmak için folklorik temelli kriterler mevcuttur. Bunların örnekleri arasında seslerin kafanın içinde mi (DKB) yoksa dışında mı (psikoz) olduğu, şizofreninin genetik bir beyin hastalığı, DKB' nin ise bir travma bozukluğu olduğu "bilgisi", klinik yargı ve karşı aktarım sezgisi sayılabilmektedir. Bunların hiçbirinin kanıtlanmış bir güvenilirliği veya geçerliliği bulunmamaktadır (Ross, 2019; Dorahy vd., 2009; Honig vd., 1998).

Şizofreninin önerilen dissosiyatif alt tipi, DSM sistemine dahil edilsin ya da edilmesin, çeşitli amaçlara hizmet etmektedir. Şizofreninin dissosiyatif alt tipi işevuruk, bilimsel olarak test edilebilir bir hipotezdir; bu nedenle, ideolojik gerekçelerle buna inanmak ya da inanmamak eldeki sorunun konusu değildir.

Ross (2004) tarafından önerilen DSM tanı kriterleri izleyen satırlarda belirtilmiştir. Klinik tabloya söz konusu kriterler içerisinde en az üçünün yön verdiği bir şizofreni türü mevcuttur:

1. Dissosiyatif amnezi
2. Depersonalizasyon
3. İki veya daha fazla farklı kimliğin veya kişilik durumunun varlığı
4. İşitsel varsanılar
5. Yaygın komorbidite
6. Ağır çocukluk çağı travması

Travma öyküsü gerekliliği mutlak değildir çünkü prensipte bazı dissosiyatif şizofreni vakaları genetik veya fizyolojik kökenli olabilir. Aynı zamanda travma, dissosiyasyon ve psikoz arasındaki ilişki çok yönlü ve karmaşık olduğundan, dissosiyatif şizofreniye katkıda bulunan travma türü ve bir travma türü mevcut olduğunda bu türün katkı

derecesi muhtemelen vakadan vakaya ve toplumdan topluma farklılık gösterecektir (Ross, 2019; Perona-Garcelan vd., 2010; Ross, 2007; Ross ve Keyes, 2004). Ancak pratikte, DKB'li hastaların neredeyse tamamı dissosiyatif şizofreni kriterlerini karşılayacaktır.

Ross (2019)' a göre mevcut DSM kuralları dahilinde, bir klinisyen DKB, şizofreni veya her ikisini birden teşhis etme seçeneğine sahip olabilmektedir. Önerilen şizofreninin dissosiyatif alt tipinin amaçları, şizofreni uzmanlarının dissosiyatif belirtilerin şizofrenide yaygın olduğunu fark etmelerine yardımcı olmak, şizofreninin ayırıcı tanısında DKB' nin dikkate alınmasını teşvik etmek, şizofreninin travma kaynaklı bir alt tipi veya travmanın şizofreniye katkısı olasılığını ortaya çıkarmak ve şizofreni hastalarının bir alt grubu için travma odaklı psikoterapi olasılığını ortaya çıkarmaktır. Bununla birlikte, şizofreni alanının ayırıcı tanılarında ve araştırmalarında DKB' yi dikkate almasını sağlamak kısa vadede ulaşılabilecek bir hedef gibi gözükmemektedir. Bu hedefe ancak bir dizi adımla ulaşmak mümkündür. Şizofreninin dissosiyatif tipi, DSM dilinde ifade edilen ve araştırmaya dayalı, test edilebilir bir bilimsel hipotez olarak formüle edilmiş bir başlangıç adımı sağlamaktadır. Ross (2019) dissosiyatif şizofreninin bilimsel olarak geçerli bir kategori olduğunu iddia etmektedir. Nitekim Bleuler'in 1911 tarihli metninde görülen en yaygın tablo da böyledir (Ross, 2019; Bleuler, 1950, 1911).

Dissosiyatif şizofreni, şizofreninin Schneiderian birinci sıra belirtileri ile daha geniş kapsamlı bir dissosiyatif bozukluk kavramına karşılık gelmektedir (Ross, 2019; Kluft, 1987). İşıtsel varsanılar, düşünce sokulması, düşünce geri çekilmesi, başkalarına atfedilen düşünceler ile zihne yerleştirilen düşünceler, duygular ve dürtüler birer intrüzyon ve geri çekilme bulgusudur. Bunlar, ev sahibi yönetici kendilik ile bağlantısı kesilmiş, dissosiyasyon bir modül olmadıkça ortaya çıkamaz. Dissosiyasyon aynı anda hem doğası gereği psikolojiktir hem de beyin modülleri ve sinir ağı alt sistemleri arasında meydana gelen bir kopukluktur. Bu durum her iki düzeyde de incelenebilmektedir ve beyin alt sistemleri arasında oluşan bu ayrışma psikolojik travma, travmatik beyin hasarı, enfeksiyon, kusurlu genler ya da prensipte herhangi bir etiyolojik faktör veya faktörler dizisi tarafından meydana getirilebilmektedir (Ross, 2019).

Bu modelde düşünce yayımı ve sanrılı düşünme, çocuk kimliklerin yürütücü kimliğe müdahale etmesi sonucu ortaya çıkan bilişsel hatalar ve/veya büyümlü düşünceler olarak tanımlanmaktadır. Dissosiyatif şizofrenideki sanrılar doğası gereği değişmez ve

organik olmaktan ziyade, bilişsel terapi ve DKB tedavisi literatüründen elde edilen tekniklerle tedavi edilebilen durumlardır. DKB, BTA-DB ve dissosiyatif şizofreninin psikoterapisi temelde benzerdir ve söz konusu model tarafından açıklanan tüm bozukluklar için geçerli olan bir tedavi yaklaşımını ifade etmektedir. Örneğin model, tüm vakalarda olmasa da OKB' nin bir alt türünün, dissosiyatif olmuş parça-kimliklerle bir tedavi ittifakı kurulmasını içeren bir psikoterapi ile tedavi edilebileceğini öngörmektedir. Bütünleştirici (integrative) psikoterapi uygulanabilmesi için, parça-kimliklerin veya alt sistemlerin tamamen yapılaşmış bir alter kimlik göstermesi gerekmemektedir (Ross, 2019).

Ross (2007) işitsel varsanılar da dahil olmak üzere şizofreninin pozitif belirtilerinin aslında şizofreniye kıyasla dissosiyatif kimlik bozukluğunda daha yaygın olduğunu ileri sürmektedir. Ross ve arkadaşları (1990) alanyazından alınan geniş çoklu kişilik vakaları (1994 yılında yapılan isim değişikliğinden önceki çalışmalar anılırken çoklu kişilik bozukluğu olarak bahsedilecektir) ve geniş şizofreni vakaları serilerini özetledikleri bir makalede, Şizofreni vakalarına kıyasla çoklu kişilik vakalarının daha büyük bir yüzdesinde bir veya daha fazla şizofreninin Schneiderian birinci sıra belirtisi görüldüğünü ortaya koymuşlardır. Ayrıca araştırma bulgularına göre hasta başına düşen ortalama Schneiderian belirti sayısı yine şizofreniye kıyasla çoklu kişilik bozukluğunda daha fazladır. Önceki çalışmaların Schneiderian belirtilerin şizofreni için patognomonik olmadığını ve diğer psikiyatrik bozukluklarda ve sağlıklı kontrollerde de bulunduğunu göstermesine ilaveten bu çalışmada, söz konusu belirtilerin şizofreniden ziyade ÇKB' nin birinci sıra belirtileri olarak tanımlanmasının daha uygun olduğuna vurgu yapılmıştır (Ross, Miller, Reagor, Bjornson, Fraser ve Anderson, 1990). Bahsi geçen bulgular Tablo 2.2'de aktarılmıştır.

Tablo 2.2: Çoklu kişilik bozukluğu ve şizofrenide psikotik belirtiler (Ross vd., 1990).

	Çoklu kişilik bozukluğu	Şizofreni
Ortalama psikotik özellik sayısı	(N=368) 4.9	(N=1739) 1.3
Bir veya daha fazla psikotik belirtinin prevalansı	(N=368) % 87.0	(N=2576) % 55.5

Başka bir çalışmada, Kanada'nın Manitoba eyaletindeki Winnipeg şehrinde yaşayan 502 yetişkinin oluşturduğu bir örnekleme Dissosiyatif Bozukluklar Görüşme Çizelgesi

(DDIS) uygulanmıştır. Schneiderian birinci sıra belirti bildirmeyenler (N=397) ve yaşam boyu üç veya daha fazla Schneiderian belirti bildirenler (N=35) olmak üzere iki gruba ayrılan katılımcılar arasında; üç veya daha fazla belirtisi olanların %45.7'si çocuklukta fiziksel ve/veya cinsel istismar öyküsü bildirdiği saptanırken, psikotik belirtisi olmayanların bu oranı %8.1 olarak bulunmuştur. Başka bir deyişle, yaşanan cinsel ve fiziksel istismarın bildirilen Schneiderian belirtilerin sayısı üzerinde güçlü bir yordayıcı rolü olduğu görülmüştür (Ross ve Joshi, 1992). Bu bulgular, Schneiderian belirtilerin klinik popülasyonlarda olduğu gibi genel popülasyonda da çocukluk çağı travması ve diğer dissosiyatif belirti kümeleriyle yüksek oranda ilişkili olduğunu göstermekle birlikte, şizofreni de dahil olmak üzere, çeşitli psikiyatrik bozukluklar içerisinde bir travma alt grubunun farklı bir fenomenoloji, aile öyküsü, psikobiyoloji, seyir, prognoz, psikoterapiye ve ilaç tedavisine yanıt sergileyip sergilemediğini belirlemenin önemini ortaya koymaktadır.

Genel popülasyonda ve klinik popülasyonlarda travma ve psikoz arasında güçlü bir ilişkinin bulunduğu görülmektedir. Ross (2007)'a göre bu ilişkilere yönelik veriler *travma yolunun (trauma pathway)*, *endojen hastalık yoluna (endogenous disease pathway)* kıyasla, genel olarak psikozun pozitif belirtilerinin daha büyük bir yüzdesini açıklıyor olabileceğinin göstergesidir. Öne sürülen bu görüşlerin ileri araştırmalarla incelenmesine teori, araştırma ve klinik uygulama açısından mühim bir ihtiyaç duyulduğu anlaşılmaktadır.

Moskowitz ve arkadaşları (2023) da pozitif psikotik belirtilerin gelişiminde çocukluk çağı travmasının merkezi bir rol oynamasının yanı sıra, bu ilişkide hem güvensiz (özellikle korkulu) bağlanma tarzlarının hem de dissosiyasyonun önemli bir aracı rolü olduğunu savunmaktadırlar.

Peki ya şizofreninin negatif belirtileri? Colin A. Ross (2007)'un travma modeli, şizofreninin negatif belirtilerine giden bir ihmal yolu (*neglect pathway*) olduğunu da öngörmektedir. Negatif belirtiler arasında dürtü kaybı, boşluk, sosyal geri çekilme ve duygu eksikliği yer almaktadır. Bunların şizofreni hastasında eksik olduğu açıktır. Pozitif belirtiler ise şizofreni hastalarında bulunan ancak sağlıklı insanlarda bulunmayan belirtilerdir. Bunlar arasında ise varsanılar, sanrılar, ajitasyon ve dezorganize düşünce yer almaktadır.

Travmatik olaylar genellikle ensest, tecavüz, savaş, doğal afetler ve ulaşım felaketleri gibi normal deneyim aralığının dışında kalan olaylar olarak tanımlanmaktadır. Ancak ihmal, hayatın normal akışında meydana gelebilecek iyi olayların yokluğunu ifade etmektedir. İyi olan olaylar, ebeveynler tarafından tutarlı sevgi, bakım, rehberlik, koruma ve sınır koymayı içerir. Travma modeline göre ihmal, en az ensest, fiziksel istismar, savaş ve doğal afetler gibi olaylar kadar travmatik olabilmektedir. İhmal, kötü bir şeyin varlığından ziyade iyi bir şeyin yokluğunu ifade etmektedir, ancak yine de travmatiktir (Ross, 2007). Burada birinci elden Colin Ross (2007)'un "*The Trauma Model: A Solution To The Problem Of Comorbidity In Psychiatry*" isimli kitabında geçen kendi ifadelerine yer vermenin mühim bir katkısı olacağı düşünülmektedir:

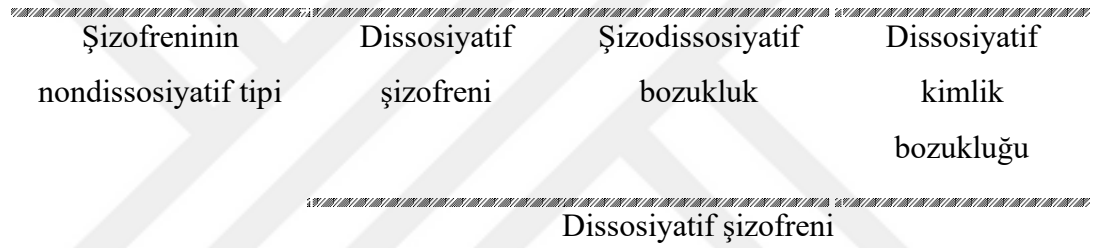
"Bir ihmal ölçümü, aktif travma ölçümünün pozitif belirtileri öngörme gücünden bağımsız olarak şizofreninin negatif belirtilerini öngörmelidir. Aslında ihmal ile şizofreninin negatif belirtileri arasındaki ilişki konvansiyonel psikiyatride de kabul edilmektedir. Hocalarım ve ders kitaplarım bana negatif belirtilerin kronik kurum bakımından kaynaklanabileceğini söylemişti. İhtisasımda bana öğretilen negatif belirtilere giden diğer yollar ise ilaç yan etkileri, eşlik eden depresyon ve şizofreninin endojen hastalık süreci olmuştur. İhtisasım sırasında negatif belirtilere yol açan dört yoldan sadece endojen hastalık yolunun klinik gözlem ve hasta öykülerinden doğrudan çıkarılamayacağını fark ettim. Gelişimsel bozukluklar ve otizmle sınırlanan, tamamen ya da ağırlıklı olarak negatif belirtili bir şizofreni tipi olmalıdır diye düşündüm. Nasıl ki şizofreninin pozitif belirtilerine giden endojen ve travma yolları varsa, negatif belirtilerine giden ihmal ve endojen yolları da olmalıdır. Şizofreninin negatif belirtilerinin aslında ihmalin pozitif belirtileri olduğu söylenebilir. Yetiştirme yurdunda büyümenin etkileri, yetişkinlerde negatif belirtilere yol açan ihmal yolu için en iyi kanıt sağlamaktadır."

Bu düşüncelerin Colin Ross (2007)'u bir spektrumda ortaya çıkabilen şizofreninin dissosiyatif bir alt tipinin varlığını önermeye yönelttiği söylenebilmektedir. Dolayısıyla Ross (2004) söz konusu terimi 1990 yılında ilk kez ortaya atmış ve 2004 yılında yazdığı "*Schizophrenia: Innovations in Diagnosis and Treatment*" isimli kitabında önemli ölçüde dissosiyatif belirtilerle birlikte psikozdan muzdarip olan hastalardan oluşan bir alt grubun klinik tablosunu açıklamak için şizofreninin

dissosiyatif bir alt tipini tanımlamıştır ve bunu izleyen kısımda Şekil 2.1.' de gösterilen bir süreklilik üzerinde yapılandırmıştır.

Ross (2004) bu spektrumun, şizofreninin dissosiyatif alt tipini, sol uçtaki nondissosiyatif şizofreniden (dissosiyatif olmayan şizofreni) ve sağ uçtaki dissosiyatif kimlik bozukluğundan ayırt etmek için geliştirdiğini de belirtmektedir. Burada şizofreninin nondissosiyatif alt tipi Bleuler (1950) tarafından ve aynı zamanda DSM-IV-TR' de tanımlanan paranoid, katatonik ve ayrışmamış gibi formları ifade etmektedir (Ross, 2004; Bleuler, 1950; APA, 2000).

Ayrıca Ross (2004), DKB ile dissosiyatif şizofreni arasında, tıpkı şizofreni ile duygudurum bozuklukları arasında yer alabilen şizoaffektif bozukluğa benzer bir bozukluğun bulunduğunu ileri sürmüştü ve bunu *şizodissosiyatif bozukluk* olarak tanımlamıştır (Ross, 2004).



Şekil 2.1: Şizofreninin dissosiyatif alt tipinin spektrumu

Dissosiyatif rahatsızlıkların dissosiyatif amnezi, dissosiyatif füğ ve depersonalizasyon bozukluğu gibi daha az karmaşık olanları yeterince ağır veya kronik yapıda olmadığından ötürü dissosiyatif şizofreni altında yer almamaktadır. Ancak, başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluğun (BTA-DB) kronik, karmaşık formları dissosiyatif şizofreniye dahil edilebilmektedir zira bunlar genellikle DKB' nin biraz daha hafif biçimleri olarak değerlendirilmektedir (Ross, 2004).

Spektrumun sol ucunda şizofreninin paranoid, katatonik ve farklılaşmamış gibi *dissosiyatif olmayan alt tipleri* yer almaktadır. Sağa doğru ilerlendiğinde, *şizofreninin dissosiyatif alt tipiyle* karşılaşmaktadır. Bunlar şizofrenisi olan ancak belirgin dissosiyatif belirtiler sergileyen hastaların klinik tablosunu açıklamaktadır. Daha sonra *şizodissosiyatif bozukluk* olarak adlandırılan bir ara bozukluk gelmektedir ve en sağda da *dissosiyatif kimlik bozukluğu* yer almaktadır (Ross, 2007).

Belirtiler süreklilik üzerindeki konumlarına göre değişiklik göstermektedir. Sol uca doğru gidildikçe psikozun daha fazla negatif belirtisi, daha az pozitif belirtisi, daha az

psikolojik travma, daha az komorbidite ve psikoterapiye daha az yanıt verme ile karşılaşmaktadır. Sola doğru gidildikçe sesler daha az etkileşimli hale gelmekte ve daha fazla endojen psikotik hastalık biyolojisi görülmektedir (Ross, 2007).

Sürekliliğin sağ ucuna doğru gidildiğinde ise, daha net yapılandırılmış ve farklı ego durumları söz konusu olmaktadır, sesler daha etkileşimlidir, daha fazla komorbidite mevcuttur ve daha az formel düşünce bozukluğu görülmektedir. Ayrıca daha fazla travma biyolojisi ve daha az endojen psikotik hastalık biyolojisi bulunmaktadır. Genel olarak, psikozun daha fazla pozitif ve daha az negatif belirtisi gözlemlenmektedir (Ross, 2007).

Dissosiyatif şizofreni spektrumunda daha sağa doğru gidildikçe karşılaşılan şizodissosiyatif bozukluk ise ağır travmaların, çok sayıda komorbiditenin, seslerin etkileşimli bir niteliğinin ve BTA-DB olarak tanımlanabilecek kadar belirgin ego durumlarının olduğu bir ara antitedir. Bununla birlikte, ego durumları dissosiyatif kimlik bozukluğundaki kadar yapılandırılmış, kişileştirilmiş veya stabil halde değildir. Buna ek olarak tanımlanması zor bir düşünce bozukluğu mevcuttur (Ross, 2007).

Düşünce bozukluğu, sürekliliğin daha solunda bulunanlar kadar belirgin değildir, ancak mutlaka bulunmaktadır. Kişi bilgiyi olağan şekilde işleyememekte, bilgiyi istikrarlı bir şekilde tutamamakta ve deneyimlerinden veya psikoterapiden daha sağdaki biri kadar etkili bir şekilde öğrenememektedir.

Bu sorunların psikotik bir düşünce bozukluğuna bağlamaya çalışmanın güç olduğu zira dissosiyasyon, depresyon, dikkat eksikliği bozukluğu, özgül öğrenme güçlükleri, madde bağımlılığı ve değişime karşı basit bir direncin karıştırıcı etkilerini göz önünde bulundurmak gerektiği belirtilmektedir (Ross, 2004). Colin Ross (2007)'a göre söz konusu süreklilik, *“yirminci yüzyıl sonu akademik psikiyatrisinin kavramsal sistemi çerçevesinde asla ortaya atılmayacak bir dizi test edilebilir hipoteze iyi bir örnek teşkil etmektedir.”*

Şizofreninin dissosiyatif alt tipi Tablo 2.3' te sunulan özelliklere sahiptir. Elbette ki şizofreninin dissosiyatif alt tipinin geçerli olabilmesi için, bu özelliklerin her birinin işevuruk tanımlarının yapılması, geçerli ve güvenilir ölçümlerle incelenmeye tabi tutulması gerekmektedir. Bahsedilen çalışmaların bir kısmının yapıldığı görülmekle birlikte tamamının gerçekleştiği henüz söylenememektedir (Ross, 2004).

Tablo 2.3: Şizofreninin dissosiyatif alt tipinin özellikleri (Ross, 2004)

Şizofreninin dissosiyatif alt tipinin spektrumu üzerinde sağa doğru ilerlendiğinde aşağıdaki özelliklerle karşılaşılır:	
-Şizofreninin daha az negatif belirtileri	-Seslerin rasyonel konuşmalara katılma becerisinin daha fazla olması
-Şizofreninin daha fazla pozitif belirtileri	-Seslerin yürütücü kontrolü ele almasının daha fazla mümkün olması
-Daha az düşünce bozukluğu	-Dissosiyasyon ölçümlerinde daha yüksek puanlar
-Eksen I ve Eksen II' de daha fazla komorbidite (daha fazla dissosiyatif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu dahil)	-Hipnotize edilebilirlik ölçümlerinde daha yüksek puanlar
-Travmanın daha fazla psikobiyolojisi	-Daha ağır ve kronik çocukluk çağı travması
-Endojen psikozun daha az psikobiyolojisi	-Akrabalarda daha fazla dissosiyatif şizofreni
-Psikoterapiye daha fazla yanıt	-Akrabalarda daha az nondissosiyatif şizofreni
-Nöroleptik ilaçlara daha az yanıt	-Daha iyi prognoz
-Okülojirik krizlerin ve ilaçlara karşı distonik reaksiyonların artmış sıklığı	
-Daha fazla yapılaşmış ve tanımlanmış ego durumları (personified ego states)	

Dissosiyatif şizofreninin aslında yeni bir tanı ismi olmadığı, Bleuler'in 1911 tarihli klasik metni "*Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*" ın 1950 tarihli İngilizce çevirisinde iyi bir şekilde tanımlandığı belirtilmektedir. Son yirmi yılda dissosiyasyon üzerine gelişen klinik, araştırma ve psikometrik alanyazın birikiminin şizofreninin dissosiyatif alt tipinin operasyonel hale getirilmesini mümkün kıldığı söylenmekle birlikte bu alt tipin özelliklerinin pek çoğunun Bleuler'in orijinal tanımında açıkça ifade edildiği üzerinde durulmaktadır (Ross, 2004; Bleuler, 1911, 1950). Son psikiyatri alanyazınında da dissosiyatif şizofreni vakalarına rastlandığı ifade edilebilmektedir ve mevcut çalışmanın "ekler" bölümünde yazılı vaka özetlerine yer verilmiştir.

Travma modeline göre psikotik belirtilerin seyri, *etiyojik yolun (etiological pathway) travmadan mı yoksa endojen hastalıktan mı geçtiğine* bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Pür endojen yol vakalarında (pure endogenous pathway cases), prodrom daha az olacaktır, psikotik belirti eğrisinde daha hızlı bir yükseliş, daha az komorbidite, daha belirgin remisyon dönemleri ve zaman içerisinde başlangıç düzeyinden daha az kötüleşme olacaktır. Öte yandan, pür travma yolu vakalarında (pure trauma pathway cases) ise daha karmaşık bir prodrom, psikotik belirti eğrisinde daha aşamalı ve yavaş bir yükseliş, daha fazla komorbidite ve daha az belirgin remisyon dönemleri olacaktır. Dahası, bazı vakalarda başlangıçtan itibaren kötüleşme

olurken bazılarında olmayacaktır. Bu, mevcut sosyal destek, çocuklukta sağaltıcı ve onarıcı kişi ve deneyimlerin varlığı ve doğuştan gelen dayanıklılık gibi bir dizi faktöre bağlı olacaktır. Diğer yandan istismar, ihmal ve endojen hastalıkların çok sayıda permütasyonları olabileceğinden, kesin öngörülerin kanıtlanması zor olacaktır (Ross, 2007).

Endojen biyolojik değişkenler arasında genetik yatkınlık, intrauterin hasar, doğum komplikasyonları ve doğumdan sonra meydana gelen yaralanmalar, enfeksiyonlar ve diğer hastalık süreçleri yer alabilmektedir. Buna kötüye kullanılan maddelerin etkisi ve psikotik belirtilerin Küme A ve B kişilik bozukluklarında ve Eksen I' deki pek çok tanı kategorisinde ortaya çıkabileceği bilgisi de eklendiğinde hiper-karmaşık bir etiyoloji ile karşı karşıya kalınabilecektir. Genel olarak travma modeline göre, en ağır psikotik tablolar hem endojen bir hastalığın hem de bir travma yolunun yüksek dozda etkisini içerecektir (Ross, 2007).

Travma modeline göre, psikiyatrik bozukluklara yol açan genom ve çevre arasındaki etkileşim incelikli, değişken ve karmaşıktır, ayrıca bu etkileşim genom ve çevre arasında çok sayıda çift yönlü geri bildirim döngüsü içermektedir. Belki de küçük bir vaka azınlığı dışında, genetik bileşenin tanısal belirleyiciliği oldukça sınırlıdır ya da hiç yoktur (Ross, 2007).

Ross (2007)' a göre akademik psikiyatride şizofreninin bilinen, yaygın bir psikoterapisi bulunmamaktadır; bunun nedeni ise travma modelinin henüz kabul görmemiş olmasıdır. Travma modeli, antipsikotik ilaç tedavisine yanıt vermeyen hastaların travma yoluna giren vakalar olma eğiliminde olduğunu öngörmektedir. İlaç tedavisine yanıt vermeyen hastaların tedavi planına seslerle konuşmayı da içeren travma psikoterapisinin eklenmesinin tedavinin bu alanda kullanılan standart ölçütlerle ölçülen sonuçlarını da iyileştireceği savunulmaktadır (Ross, 2007).

Travma modelinde psikoza giden travma ve endojen hastalık yollarının reseptör alt tipine göre ayırt edilebilmesinin mümkün olduğu ileri sürülmektedir. Söz gelimi, konvansiyonel nöroleptikler veya antipsikotikler, D2 reseptör alt tipindeki post-sinaptik dopamin reseptör bloke edicileri olarak görev yapmaktadır. Bu D2 reseptör blokerine yanıt veren hastalar şizofreninin dissosiyatif olmayan alt tiplerine sahip olma eğilimindedir. D4 reseptör blokerlerine yanıt veren ancak D2'ye yanıt vermeyen hastalar ise şizofreninin dissosiyatif alt tipine veya şizodissosiyatif bozukluğa sahip

olma eğilimi göstermektedirlerdir. Dolayısıyla “şizodissosiyatif” ve “şizoaffektif bozukluklar” arasındaki örtüşme neredeyse %100 olarak görülmektedir. Bunlara ilaveten, işitsel varsanların belirli bir özelliğinin D2 blokerine yanıt vermemeyi ve travma psikoterapisi eklendiğinde tedavi sonucunun iyileşmesini yordayacağı ileri sürülmektedir: Bu özelliğin, seslerin terapistle ya konuşarak ya da yürütme kontrolünü değiştirerek rasyonel bir konuşma yapabilmesi olduğu söylenmektedir.

Dissosiyatif kimlik bozukluğu olan yatan hastaların yaklaşık üçte ikisinin şizofreni veya şizoaffektif bozukluk için yapılandırılmış görüşme kriterlerini karşıladığı belirtilmekte ve psikoterapi ile tedavi edildiklerinde, bu hastaların psikotik semptomatolojilerinde belirgin bir azalma görüldüğü vurgulanmaktadır (Ross, 2007).

2.6. İlgili Alanyazın

Psikozlar üzerine çalışan birçok araştırmacı, alanın günümüzde bir paradigma değişiminden geçtiğine inanmaktadır. Zira “şizofreni” ve “bipolar bozukluk” gibi tabloların doğası ve kökenleri hakkında uzun süredir devam eden varsayımlar sorgulanmakta ve eski soruları yeni yollarla incelemek için yeni araştırma stratejileri kullanılmaktadır. Yeniden incelenmesi için gecikmiş olan varsayımlardan biri, ağır psikiyatrik bozuklukların fiziksel ve psikolojik çevreden, örneğin kişinin nerede doğduğu, nasıl yetiştirildiği ya da çeşitli olumsuz olaylar yaşama talihsizliğine sahip olup olmadığından neredeyse hiç etkilenmediği fikridir (Bentall, 2006).

İngiliz Psikoloji Derneği Klinik Psikoloji Bölümü tarafından hazırlanan “*Ruhsal hastalıkların ve psikotik deneyimlerin anlaşılmasında son gelişmeler*” isimli raporda, psikotik yaşantıların anlaşılmasında son dönemde kaydedilen gelişmeler açıklanmaktadır. Raporda “şizofreni”, “paranoid şizofreni”, “psikoz”, “manik depresyon” ve “bipolar affektif bozukluk” gibi psikiyatrik tanılara atıfta bulunulmakta ve bu ağır ruhsal bozukluklara ilişkin psikolojik perspektifler sunulmaktadır. Söz konusu derneğin raporda tanımladığı son gelişmeler arasında “psikotik deneyimler yaşayan pek çok kişinin hayatlarının bir noktasında istismar veya travma yaşadıkları” bulgusu yer almaktadır (Kinderman, Cooke ve Bentall, 2000). Giderek artan sayıda araştırmanın ise şizofreni ve çocuk istismarı bağlamında bu bulguyu önemli ölçüde desteklediği görülmektedir.

Ulaşılan alanyazında sunulan kanıtların tutarlı bir şekilde ağır psikiyatrik bozuklukta muzdarip hastaların geçmişlerinde travmanın, özellikle de cinsel istismarın yüksek

yaygınlığına işaret ettiği söylenebilmektedir (Bentall, 2006; Bentall 2003; Goodman ve ark. 1997). Söz gelimi, bir epidemiyolojik çalışma, çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalmış kişilerde şizofreni tanı kriterlerini karşılama riskinin on beş kat arttığını ortaya koymuştur (Bentall, 2006; Bebbington ve ark. 2004). Bu, genetik çalışmalarda şimdiye kadar tespit edilenlerden çok daha büyük bir etkiye tekabül etmektedir (Bentall, 2006). Bununla birlikte, bir çalışmada hastaneye ilk kez başvuran hastalarda yüksek oranlarda istismar bildirimleri tespit edilmiştir (Neria ve ark. 2002) ve cinsel istismarın özellikle halüsinasyonlarla bağlantı gösterdiğine işaret eden tutarlı bulgular vardır (Hammersley vd., 2003; Read vd., 2003; Ross ve ark. 1994).

Çocuk istismarının depresyon, kaygı, TSSB, yemeyle ilgili bozukluklar, madde bağımlılığı, cinsel işlev bozukluğu, kişilik bozuklukları ve dissosiyatif bozukluklarda nedensel bir rolü olduğu gösterilmiştir (Boney-McCoy ve Finkelhor, 1996; Kendler vd., 2000). İstismar ne kadar ağırsa, yetişkinlikte söz konusu rahatsızlıkların görülme olasılığı da o kadar yüksektir (Mullen ve ark. 1993). Ne var ki, genellikle çocuk istismarının genel olarak psikoz ve özel olarak şizofreni gibi daha ağır psikiyatrik bozukluklarla daha az ilişkili olduğu varsayılmaktadır. Bununla birlikte, çocukluk çağı travması ile şizofreni belirtileri arasındaki ilişkinin, çocukluk çağı travması ile daha az ağır olan bozukluklar arasındaki ilişkiler kadar güçlü veya daha da güçlü olduğunu ortaya koyan çok sayıda çalışma vardır.

Çoğu otorite dissosiyasyonun hem patolojik olmayan minör hem de majör veya patolojik formlarda ortaya çıktığını kabul etmektedir (Putnam, 1989; Spiegel, 1963; West, 1967; Hilgard, 1977). Pek çokları bu farklı dissosiyasyon biçimlerini, hayal kurma gibi günlük yaşamın küçük dissosiyasyonlarından çoklu kişilik gibi büyük patolojik biçimlere kadar uzanan bir süreklilik üzerinde kavramsallaştırmaktadır (Putnam, 1989; Bernstein & Putnam, 1986). Dolayısıyla, dissosiyasyon tanımlarının çoğu, öncelikle bir kişinin bilincinin, kimlik duygusunun veya davranışının ne zaman anormal bir süreci yansıtacak düzeyde ayrıştığını ayırdetmekle ilgili olduğu söylenebilmektedir (Putnam, 1989).

Yıllar içinde yine farklı otoriteler, belirli bir dissosiyasyon örneğinin patolojik olup olmadığının belirlenmesinde kilit unsurlar olarak dissosiyatif sürecin farklı yönlerini vurgulamışlardır. Modern zamanlarda, normal bütünleştirici işlevlerin bozulması, dissosiyasyon tanımlarında kritik konu olmuştur (Putnam, 1989). West (1967) dissosiyasyonu “gelen, depolanan veya giden bilginin olağan veya beklenen

çağrışımlarıyla entegrasyondan aktif olarak saptırıldığı psikofizyolojik bir süreç” olarak tanımlamıştır (Putnam, 1989; West, 1967). West (1967), bu tür deneyimlerin hepsinin patolojik olmadığını kabul etmekle birlikte, dissosiyasyon reaksiyonunu “dissosiyasyonun kişinin düşüncelerinde, duygularında veya eylemlerinde fark edilebilir bir değişiklik yarattığı, böylece bir süre için belirli bilgilerin normal veya mantıksal olarak olması gerektiği gibi diğer bilgilerle ilişkilendirilmediği veya bütünleştirilmediği bir yaşantı veya davranış durumu” olarak tanımlamıştır (Putnam, 1989; West, 1967).

John Nemiah (1981) patolojik dissosiyasyonun çoğu biçimini karakterize etmek için kullanılabilecek iki ilke tanımlamıştır. Bunlardan ilki, dissosiyatif reaksiyon geçiren bireyin kimlik duygusunda bir değişiklik yaşamasıdır. Kişisel kimliğin bu şekilde bozulması, örneğin psikojenik amnezi veya füğ durumlarında olduğu haliyle isim ve yaş gibi kendine atıfta bulunan bilgiler için tam amnezi veya DKB'deki gibi otonomi sergileyen pek çok değişken kimliğin varlığı gibi çeşitli şekillerde olabilir. İkinci ilke ise, bireyin dissosiyasyon döneminde meydana gelen olaylara ilişkin belleğinde bir bozulma olacaktır. Bu bellek bozukluğu tam amneziden, olayların kopuk veya rüya gibi hatırlanmasına kadar değişebilir (Putnam, 1989; Nemiah, 1981). Putnam (1989) bu iki ilkenin, DSM’de tanımlandığı şekliyle dissosiyatif bozuklukları karakterize etmek için kullanılabileceğini ve klinik olarak dissosiyatif unsurlara sahip olduğundan şüphelenilen davranışların incelenmesinde son derece mühim olduğunu belirtmektedir (Putnam, 1989).

Dissosiyatif reaksiyonların incelenmesinden doğan üçüncü bir prensip de dissosiyatif rahatsızlıkların ekserisinin travmatik olarak indüklendiğidir zira savaş zamanı amnezik sendromlarının, travma ve dissosiyatif reaksiyonlar arasındaki bağlantıyı gösterdiği belirtilmektedir. Söz gelimi, aşırı stres anlarında bellek kaybı, beden dışı deneyimler ve olayların rüya gibi hatırlanması gibi dissosiyatif yaşantılar sistematik olarak sorgulandığında savaş gazileri tarafından yaygın olarak bildirildiği görülmüştür (Putnam, 1989).

Ross (2019) dissosiyasyon kelimesinin dört farklı anlamı olduğunu ifade etmiştir. Birincisi, dissosiyasyonun genel bir sistem anlamını ifade etmektedir: *bileşik oluşturan süreçlerin zıddı*, yani iki değişken arasında bir kopukluk veya etkileşim eksikliğinin meydana gelmesi olarak açıklanabilmektedir. Örneğin, fiziksel kimyadaki çözülüm katsayısı bu kavram ile ilgilidir. İkinci anlamda, dissosiyasyon deneysel

bilişsel psikolojide kullanılan teknik bir terimi ifade etmektedir. Bilişsel psikolojide dissosiyasyon genellikle bilişsel işleyişin normal bir özelliğidir. Örneğin, pek çok araştırma işlemsel (procedural) ve bildirimsel (declarative) bellek arasındaki dissosiyasyonu göstermiştir (Ross 2019; Cohen ve Eichenbaum, 1993). Üçüncü anlam olarak, dissosiyasyon, klinik psikoloji ve psikiyatride çeşitli ölçütlerle işevuruklaştırılmış fenomenolojik bir terimi ifade etmektedir. Bu anlamda dissosiyasyon, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) (Ross 2009; Bernstein ve Putnam, 1986; Carlson vd, 1993), Dissosiyatif Bozukluklar Görüşme Çizelgesi (DDIS) (Ross 2009; Ross, 1997), DSM-IV Dissosiyatif Bozukluklar için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-D) (Ross 2019; Steinberg, 1995; Steinberg, vd., 1994; Steinberg, vd., 1990) gibi ölçeklerin maddeleriyle ölçülen şeydir. Dördüncü anlam olarak, dissosiyasyon intrapsişik bir savunma mekanizmasını ifade etmektedir.

Dissosiyatif fenomen üretebilecek psikolojik, sosyolojik ve biyolojik mekanizmaların sayısında bir sınır olmadığı ileri sürülmüştür (Ross 2019; Cardeña, 1994). Ross'a (2009) göre, psikolojik travma dissosiyatif fenomenin başlıca nedenidir. Bu görüşe göre kişi, kendisini ayrılmış alt durumlara veya parça benliklere bölerek travmaya uyum sağlar. Bu parça benliklerin etkileşimleri dissosiyatif semptomlar üretir. Travmaya verilen bu psikobiyolojik tepkinin hem dissosiyatif kimlik bozukluğunun hem de ileri sürülen *dissosiyatif şizofreni tipinin* altında yattığına inanılmaktadır.

Şizofreninin dissosiyatif bir alt tipi olduğunu ileri süren Ross (2019)'a göre dissosiyatif tip şizofreninin üç temel özelliği vardır: (1) çocukluk çağı travması, (2) dissosiyatif semptomlar ve (3) yaygın komorbidite. Bu üç özelliği sergileyen bireylerin çoğunun, özellikle dissosiyatif bozukluklar, depresyon, TSSB, sınırda kişilik bozukluğu, OKB, panik bozukluk ve madde kötüye kullanımı olmak üzere çok sayıda başka Eksen I ve II tanısı için tanı kriterlerini de karşılayacakları belirtilmektedir. Yine bu bireylerin çoğunun, cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal ve sözlü istismar, aile içi şiddet, aile dışı şiddet, birincil bakıcıların kaybı, savaşa maruz kalma, kıtlık, aşırı yoksulluk, doğal afetler, ağır hastalıklar gibi bir dizi travmatik olayı içerebilen, kronik olumsuz çocukluk yaşantıları bildirecekleri ileri sürülmektedir. Öne çıkan dissosiyatif semptomlar arasında işitsel varsanılar, amnezi, depersonalizasyon ve farklı kimliklerin veya kişilik durumlarının varlığı yer almaktadır. Sesler genellikle birbirleriyle ve hastanın öne çıkmış parçasıyla etkileşime girmektedir. Ek olarak, seslerin genellikle belirli isimleri, yaşları, cinsiyetleri ve diğer özellikleri vardır. Sesler

genellikle dışarıdan bir kişi tarafından doğrudan görüşmeye dahil edilebilir. Genellikle ağır bilişsel düzensizlik veya düşünce bozukluğu yoktur (Ross, 2019).

Mevcut kanıtlar, psikotik bozuklukların gelişiminde çocukluk çağı travmasının merkezi bir rol oynamasının yanı sıra, bu ilişkide hem güvensiz (özellikle korkulu) bağlanma tarzlarının hem de dissosiyasyonun önemli bir aracı rolü olduğunu desteklemektedir (Moskowitz vd., 2023).

Çocukluk çağı travması yahut daha geniş anlamda çocukluk çağı olumsuzlukları (ihmal, ebeveynler arası şiddete tanıklık, ebeveyn ölümü ya da kaybı ve yoksulluk gibi deneyimleri de içerir), çok çeşitli ruhsal bozukluklarda yaygındır ve etiyolojik bir öneme sahiptir. Yakın zamanda yapılan bir meta-analize göre, şizofreni tanısı konulan hastalar, afektif psikoz, depresyon veya kişilik bozukluğu tanılarında sahip hastalarda görülen düzeyde bir çocukluk dönemi istismarı ve olumsuzluğu yaşamışlardır (Moskowitz vd., 2023; Matheson, Shepherd, Pinchbeck, Laurens ve Carr, 2013).

Geçtiğimiz otuz yıl boyunca, çocukluk çağı travmasına maruz kalma ile psikotik semptomlar geliştirme riski arasında güçlü bir ilişki olduğunu doğrulayan çok sayıda kanıt elde edilmiştir. Söz gelimi, araştırmalar çocukluk çağı travmasının psikotik bozukluk geliştirme açısından 'ultra yüksek riskli' olarak kabul edilen bireyler (yani, psikotik bozukluk için tanı eşiklerini aşmayan düşük düzeyli veya geçici psikotik semptomları olan bireyler; Moskowitz vd., 2023; Yung ve ark., 2005) arasında oldukça yaygın olduğunu doğrulamıştır. Son zamanlarda yapılan sistematik derlemeler ve meta-analizler, psikoz açısından oldukça yüksek risk taşıyan bireylerin ortalama %86.8'inin çocukluk çağı travma öyküsü bildirdiğini ortaya koymaktadır ki bu travmaya maruz kalma düzeyi 'sağlıklı kontrol' örneklerinde gözlemlenenen oldukça yüksektir (Moskowitz vd., 2023; Kraan vd., 2015; Peh vd., 2019). Buna yol açan nedenlerden birinin, çocukluk çağı travmasının yetişkinlikte psikotik bozukluk riskini artıran nörogelişimsel beyin değişikliklerine yol açması olabileceği düşünülmektedir (Moskowitz vd., 2023; Read, Fosse, Moskowitz & Perry, 2014).

Çocukluk çağı travması, halihazırda psikotik bozukluk tanısı olan hastalarda da oldukça yaygın görülmektedir. Bu popülasyonda belirli çocukluk çağı travmalarına ilişkin prevalans oranları, büyük ölçüde metodolojik nedenlerle değişiklik gösterse de, yakın zamanda yapılan konservatif bir meta-analiz, ortalama olarak, psikozlu hastaların yaklaşık %34'ünün duygusal istismar, %39' unun fiziksel istismar ve %26'

sının cinsel istismar öyküsü bildirdiğini ortaya koymuştur (Moskowitz vd., 2023; Bonoldi ve ark., 2013).

Varese ve arkadaşları (2012) 18 vaka-kontrol çalışmasını (2048 psikoz hastası, 1856 psikiyatrik olmayan kontrol), 10 prospektif çalışmayı (41.803 katılımcı) ve sekiz toplum temelli kesitsel çalışmayı (35.546 katılımcı) gözden geçirmiştir ve çocukluk çağı travması ile psikoz gelişme riski arasında güçlü ve iyi tekrarlanan ilişkiler bulmuşlardır; bunlar arasında en yüksek olasılık oranı duygusal istismar (3,40) ve ardından fiziksel istismar (2,95) için saptanmıştır.

Çocukluk çağı travmasıyla psikoz arasındaki bağlantı hem boylamsal çalışmalarda hem de büyük ölçekli toplum temelli araştırmalarda genellikle bir “doz yanıtı” modeli izlemektedir. Doz yanıt ilişkileri, epidemiyolojik verilerdeki potansiyel nedensel ilişkilerin önemli bir belirteci olarak kabul edilir (Bknz. Bradford-Hill kriterleri); söz konusu kriterlerin varlığı, çocuklukta yaşanan travmanın psikoz gelişimi açısından merkezi bir risk unsuru olarak görülmesi gerektiğine dair güveni artırmaktadır (Moskowitz vd., 2023; Bentall & Varese, 2012).

Yakın zamanda yapılan üç sistematik inceleme ve meta-analizin bulguları, çocukluk çağı travması ve psikoz arasındaki ilişkinin karmaşık ve çok yönlü olduğunu ve travmayla ilgili birden fazla sürecin psikotik deneyimlerin geliştirilmesi ve sürdürülmesinde rol oynayabileceğini göstermektedir (Moskowitz vd., 2023; Alameda vd., 2020; Sideli vd., 2020; Williams vd., 2018). Bu konudaki bazı araştırmalar, BDNF Val66Met polimorfizmi (Moskowitz vd., 2023; Alemany ve ark., 2011) gibi belirli genetik alellerin çocukluk çağı travması ile yetişkin psikotik semptomları arasında aracı bir rol oynadığını ortaya koymuş olsa da söz konusu üç meta-analizde genetik değişkenlerin aracı etkisi desteklenmemiştir (Moskowitz vd., 2023).

Dissosiyasyon ve psikoz arasında etiyoloji, semptomatoloji ve endike tedaviler açısından yapılan ayrımlar artık yararlı görülmemektedir (Ross, 2007). Travma ve psikoz arasındaki deneysel ilişkiler oldukça ikna edicidir ve bu ilişkilerin karmaşık psikolojik yollar içermesi muhtemeldir. Dissosiyasyon, bazı hastalarda psikozun gelişiminde ve bu rahatsızlığın sürdürülmesinde kilit bir süreç olabilmektedir. Dolayısıyla bu konunun sistematik bir araştırma çabasının konusu haline getirilmesi elzemdir (Newman-Taylor ve Sambrook, 2013).

Dorahy ve arkadaşları (2009) çocuğa yönelik kötü muamele ve patolojik disosiyasyon ile birlikte ses işitiminin çeşitli yönlerini çocuklukta kötü muamele görmemiş şizofreni hastaları (n = 18), çocuklukta kötü muamele görmüş şizofreni hastaları (n =16) ve DKB (n =29) hastalarından oluşan 3 örneklem üzerinde incelemiştir. Şizofreni gruplarıyla karşılaştırıldığında, DKB örnekleminin 18 yaşından önce başlayan seslere sahip olma, 2'den fazla ses duyma, hem çocuk hem de yetişkin seslerine sahip olma ve taktil ve görsel varsanılar yaşama olasılığı daha yüksek bulunmuştur. Buna rağmen, tüm gruplarda, iç ses duyma dış seslerden daha yaygın görülmüştür. Çarpıcı bir bulgu olarak ise ses içeriği bakımından, kötü muamele görmemiş şizofreniden kötü muamele görmüş şizofreniye ve oradan da DKB'ye uzanan artışların, ses içeriğinin önceki deneyimleri (örneğin etkisi olan kişiyi veya anıyı) yansıtması ve işitsel varsanılar sırasında başka varsanıların da görülmesi açısından belirgin olduğu bulunmuştur. Daha da çarpıcı olanı çocuğa kötü muamele ve patolojik disosiyasyonda görülen ses düzeyi 3 grupta kademeli olarak artarken, tek başına kötü muamele ve kötü muamele ile disosiyasyonun birleşimi ise seslerin 18 yaşından önce başlama olasılığını artırmıştır. Disosiyasyon, en azından kötü muamelenin belirgin olduğu gruplarda, seslerin anlamını kavramada merkezi bir psikolojik değişken gibi görünmektedir.

Schafer ve arkadaşları (2006) şizofreni spektrum bozukluğu olan 30 kadın hastada Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travma Ölçeği'ni kullanarak çocukluk çağı travmasının beş alanı ile dissosiyatif belirtiler arasındaki korelasyonları incelemiştir. Çalışmanın bulgularına göre fiziksel ihmal ve duygusal istismar, hastaneye yatış sırasındaki dissosiyatif belirtilerle anlamlı korelasyonlar göstermiştir. Hastalar yatıştan yaklaşık bir ay sonra stabil duruma geldiğinde, duygusal istismar hala dissosiyatif belirtilerle anlamlı bir korelasyon göstermeye devam etmiştir. Şizofreni spektrumundaki hastalardan oluşan bu örnekte çocuklukta istismar ve ihmal oranlarının yüksek olmasının önceki çalışmaları doğruladığı ifade edilebilmektedir. Bu bulgular şizofreni hastalarında çocukluk çağı travmasının önemini doğrulamakla birlikte, bu popülasyonda disosiyasyonun ölçülmesi için uygun metodolojilerin geliştirilmesi ihtiyacını da ortaya koymaktadır.

Dissosiyatif belirtiler çocukluk çağı travmalarının yaygın bir sonucu olsa da ulaşılan alanyazından anlaşıldığı kadarıyla psikotik hastalarda çocukluk çağı travma öyküsü ile disosiyasyon arasındaki bağlantıyı irdeleyen çok az sayıda çalışma vardır. Bunlardan birinde Goff ve arkadaşları (1991) çocukluk çağı istismar öyküsünün varlığına veya

yokluğuna göre alt gruplara ayırdıkları yatarak tedavi gören 61 kronik psikotik hastayı incelemiş ve hastaların 27'sinde (%43) ocuklukta cinsel veya fiziksel istismar öyküsü tespit etmişlerdir. Çalışma sonucuna göre çocukluk ağı cinsel istismarı, çocukluk ağı fiziksel istismarına kıyasla dissosiyasyon ile daha yüksek korelasyon göstermiştir. Çalışmanın bulguları çocukluk ağı istismarını bildiren hastaların başlangıç yaşının daha erken olduğunu, Dissosiyatif Yaşantılar leği'nden daha yüksek puan aldıklarını, daha fazla amnezi bildirdiklerini ve istismar geçmişlerini bildirmeyen hastalara kıyasla daha sık nks yaşadıklarını göstermektedir. Çocukluk ağı istismarı ve geçmişte uyarıcı madde kullanımı öyküsü ise Dissosiyatif Yaşantılar leği puanını yordamıştır. Dolayısıyla, ocuklukta istismar öyküsünün bazı psikotik hastalarda semptomatolojiye ve hastalığın seyrine mühim bir etkisi olabileceği anlaşılmaktadır.

Aynı zamanda bahsedilen çalışmada, psikotik hastalığı olan bir hastada yüksek dissosiyasyon eğilimi ve çocuklukta istismar öyküsü bir arada görüldüğünde, hastada atipik klinik özelliklere sahip ve daha az stabil seyreden bir psikoz tablosunun söz konusu olabileceği bildirilmektedir. Yanı sıra, çocukluk ağı travmasının etkilerinin anlaşılması ve kronik psikotik hastalarda dissosiyatif belirtilerin tespit edilmesi, bazı atipik psikotik özelliklerin ve hastalığın başlangıç yaşı ve seyrindeki değişkenliğin bir kısmının açıklanmasına yardımcı olabileceği söylenmektedir (Goff vd., 1991).

Başlıca psikiyatrik bozuklukların semptomatolojisinde önemli ölçüde bir heterojenlik mevcuttur. şizofrenide genetik modeller bu heterojenliği ancak kısmen açıklayabilmiştir (Cloninger, 1989; Tsuang ve ark., 1990). Çevresel faktörlerin psikotik hastalıkların gelişimine katkısı hakkında çok az şey bilinmektedir.

Çocukluk ağı travması, yetişkin psikozunda giderek daha fazla dikkat çeken bir çevresel faktör olmuştur. Beck ve van der Kolk (1987) psikofarmakolojik ve psikososyal tedavilere rağmen kronik olarak hastanede yatan ve aktif psikotik belirtileri olan kadın hastaları incelemişler ve hastalardan 12'sinin (%46) ocuklukta ensest öyküsü bildirdiğini ortaya koymuşlardır. Araştırmacılar bu hastaların hastane personeliyle sosyal temas sıklığının diğerlerine göre daha yüksek olduğunu belirtmekle birlikte daha yüksek düzeyde cinsel sanrılar, duygusal belirtiler, madde bağımlılığı, şüpheli organik yapı ve majör ruhsal sorunlar gösterdiklerini ifade etmişlerdir.

Onlarca yıl gölgede kaldıktan sonra, ensesti doğrudan incelemeye alan Gelinas (1983) bu travmatik yaşantının hasta üzerindeki etkisi karşısında dehşete düştüğünü belirttiği bir çalışmada ensest mağdurlarının atipik psikozlarında travmatik anıların yeniden yaşandığı görsel varsanılar tanımlanmıştır. Gelinas (1983), ensestin yaygınlık oranlarının daha önce düşünülenenden çok daha yüksek olduğunu ve hastaların tedaviye başvuruda genellikle karakteristik bir “gizlenmiş sunum” gösterdiklerini belirtmektedir.

Son 30 yıldır yapılan pek çok çalışma, yaşamın erken dönemindeki olumsuzluklar ile psikolojik sıkıntılar arasındaki ilişkilere yönelik anlayışımızda önemli ilerlemeler kaydetmemizi sağlamıştır. Bununla ilgili yapılan ilk araştırmaların odak noktasında cinsel ve fiziksel istismarın rolü olsa da duygusal istismar, ihmal, zorbalık ve kayıp gibi diğer olumsuzlukların önemine yönelik ilgide de giderek bir artış olduğu söylenebilmektedir (Scott ve ark., 2019). Ulaşılan alanyazında, diğer psikososyal risk faktörleri kontrol edildikten sonra çocukluk çağı travmasının, psikoz dahil olmak üzere dissosiyatif bozukluklar, madde bağımlılığı, duygudurum, kaygı, yeme ve kişilik bozuklukları gibi çeşitli ruh sağlığı sorunlarının gelişimi ile ilişkilendirildiği görülmektedir (Scott vd., 2019; Green vd., 2010; Janssen vd., 2004; Kendler vd., 2000; Lardinois vd., 2011; MacMillan vd., 2001; Nelson vd., 2002; Norman vd. 2012; Scott vd., 2010; Varese vd., 2012). Bununla birlikte, çocukluk çağı travmasının ruh sağlığı hizmetine başvuranlardaki somatik belirtiler, kişilerarası sorunlar ve kendine zarar verme gibi bir dizi ek şikâyetle ilişkisi olduğu da belirtilmektedir (Scott vd., 2019; Bentall, 2006; Duhig vd., 2015). Ayrıca, travmanın aynı tanıyı alan hastalarda terapötik müdahalenin başarısını önemli derecede etkilediği de öne sürülmektedir (Scott vd., 2019; Nanni vd., 2012; Nemeroff vd., 2003; Pirard vd., 2005). Yani, çocukluk dönemindeki olumsuz yaşantıların tedavi yanıtını etkileyen önemli bir prognostik faktör olduğu söylenebilmektedir.

Söz konusu alanyazında çocukluk dönemindeki olumsuz yaşantıların, çocuğun gelişimini etkilediği ve yetişkinlikte fiziksel hastalıklara ve psikiyatrik bozukluklara yakalanma riskini arttırdığı bildirilmektedir (Prokopez vd., 2020; Dube vd., 2001; Thompson vd., 2015; Cuijpers vd., 2011; Felitti vd., 1998; Varese vd., 2012; Stumbo vd., 2015; Norman vd., 2012). Olumsuz çocukluk yaşantıları (ACEs), 18 yaşından önce meydana gelen ve bunu yaşayanların güvenlik ve esenlik duygularını olumsuz

etkileyen, kendileri ve dünya hakkındaki inançlarını değiştiren olaylar olarak tanımlanmaktadır (Prokopez ve ark., 2020; Baita ve Moreno 2010).

ACE'lerin etkileri üzerine yapılan araştırmalar umumiyetle fiziksel, cinsel ve duygusal olarak istismar eylemlerini ve fiziksel ve duygusal ihmali içermektedir. Bazı araştırmalar, madde bağımlısı ebeveynlerle yaşamak, ruhsal bozukluğu olan kişilerle birlikte yaşamak, ebeveynin ayrılması, terk etmesi veya boşanması, anne/baba şiddetine tanık olmak veya bir aile üyesinin hapsedilmesi gibi farklı ev içi işlev bozukluklarına maruz kalmayı da içermektedir (Felitti ve ark., 1998).

İncelenen alanyazında, olumsuz çocukluk yaşantılarının genel popülasyondaki sıklığı %30 ila %60 gibi yüksek bir oran ile ifade edilirken (Anda vd., 2006; Felitti vd., 1998; Hussey vd., 2006) bunun, psikozlu hastalarda genel popülasyona göre neredeyse üç kat daha sık olduğu vurgulanmaktadır. Dahası, olumsuz çocukluk olaylarına maruz kalmanın psikotik bozuklukların önemli bir belirleyicisi olduğu ileri sürülmektedir (Varese ve ark., 2012). Ayrıca, gerçeklik algısı, kimlik ve bellekteki değişiklikleri içeren dissosiyatif belirtilerin de çocuklukta travma ile ilişkisi olduğu söylenmektedir (Putnam, 1985).

Prokopez ve arkadaşları (2020) tarafından yürütölen bir çalışmada, şizofreni tanılı 100 hasta ile 50 sağlıklı bireyin oluşturduğu kontrol grubu arasındaki olumsuz çocukluk yaşantılarının (ACEs) prevalansı karşılaştırılmıştır ve çoklu ACE'ye sahip olmanın şizofreninin klinik belirtileri ve intihar davranışı ile ilişkisi incelenmiştir. Araştırmacılar şizofreni hastalarında en az bir ACE prevalansının, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında neredeyse iki kat fazla olduğunu gözlemlemişlerdir. Buna ilaveten, birden fazla ACE, her iki cinsiyette de kalıcı işitsel halüsinasyonlar ve daha düşük negatif semptomlarla ilişkilendirilmiştir. Çalışmada, şizofreni hastalarında gözlenen ACE sıklığı %92 olarak bildirilirken, kadınlar arasında daha yüksek düzeyde ölüm düşüncesi ve daha yüksek sayıda intihar girişimi olduğu belirtilmiştir.

Çoğu çalışmada, psikotik bir hastalığı olan ve çocukluk çağı travma öyküsü bulunan hastaların, çeşitli ölçümlerde olumsuz çocukluk yaşantılarına maruz kalmayanlara kıyasla daha ağır bir hastalık biçimine sahip oldukları gösterilmiştir (Scott vd., 2019). Buna göre, bu hastalarda hastalığın başlangıç yaşı daha erkendir (Scott vd., 2019; Garno vd., 2005; Leverich vd., 2002; Schenkel vd., 2005), daha yüksek sayıda

hastaneye yatış (Scott vd., 2019; Schenkel ve ark., 2005) ve daha şiddetli bir klinik seyir mevcuttur. (Scott vd., 2019; Garino ve ark., 2005; Leverich ve ark., 2002).

Aynı zamanda, çocukluk travması olan hastaların daha sonraki yaşamlarında yeniden mağdur olma olasılığı daha yüksektir (Scott vd., 2019; Dean ark., 2007). Bununla birlikte, bu hastalarda önemli düzeyde TSSB belirtileri (Scott vd., 2019; Brown vd., 2005; Gearon, vd., 2003; Goldberg ve Garino, 2005; Neria, vd., 2002) ve madde kötüye kullanımı mevcuttur (Scott vd., 2019; Brown vd., 2005; Conus vd., 2010; Leverich vd., 2002; Scheller-Gilkey vd., 2004). Bunlara ilaveten, söz konusu hastalarda daha fazla yaşam boyu majör depresyon epizodları görülmektedir (Scott vd., 2019; Brown ve ark., 2005).

Özellikle çocukluk döneminde istismara uğrayanlarda, pozitif psikotik belirtiler (Scott vd., 2019; Ajnakina vd. 2015; Duhig vd. 2015; Van Dam vd. 2015), depresyon ve kaygı düzeyi daha yüksektir (Scott vd., 2019; Duhig vd. 2015; Lysaker ve Salyers, 2007; Scheller-Gilkey ve ark., 2004). Bu hasta grubunun, erken dönem travmatik yaşantı öyküsü olmayan hastalardan daha fazla dissosiyatif belirti yaşadığı söylenebilmektedir (Scott vd., 2019; Holowka vd., 2003; Ross ve Keyes, 2004; Şar vd., 2010; Schäfer vd., 2006). Son olarak, çocuklukta istismara uğramış psikotik hastaların, istismara uğramamış olanlara göre daha fazla intihar düşüncesi ve intihar girişimi bildirdiği ifade edilmektedir (Scott vd., 2019; Brown vd., 2005; Conus vd., 2010; Garino vd., 2005; Romero vd., 2009; Schenkel vd., 2005; Üçok ve Bikmaz, 2007).

Ross, Anderson ve Clark (1994) şizofreni teşhisi olan hastalarla yaptıkları bir çalışmada, çocukluk çağında cinsel veya fiziksel istismardan mustarip olanların önemli ölçüde daha fazla pozitif belirti (halüsinasyonlar, referans fikirleri ve düşünce sokulması) gösterdiklerini bulmuşlardır. Ulaşılan alanyazında çocukluk dönemi travmasıyla sanrılar, düşünce bozukluğu ve negatif belirtiler arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular çelişkili olmakla birlikte (Scott vd., 2019; Hammersley vd., 2003; Janssen vd., 2004; Lysaker vd., 2001; Morrison vd., 2003; Resnick vd., 2003), çocuklukta travmayla halüsinasyonların bağlantısı pek çok kez tekrarlanmıştır (Scott ve ark., 2019).

Şizofreni spektrum bozukluğu olan hastalar arasında dikkati çekecek bir şekilde yüksek düzeyde bir çocukluk çağı cinsel istismarı insidansı bulunmuştur; araştırmalar

genellikle şizofreni spektrum bozukluğu olan kadınların üçte biri ile üçte ikisinin ve erkeklerin dörtte biri ile üçte birinin çocukken cinsel istismara maruz kaldığını belirtmektedir (Lysaker, 2005).

Bu bulguyla uyumlu olarak, ağır psikiyatrik bozukluğu olan ve bunların üçte ikisini şizofreni spektrum bozukluğunun oluşturduğu 700'den fazla katılımcılı bir örnekleme, erkeklerin %29'unun ve kadınların %49'unun çocuklukta cinsel istismar kurbanı olduğunu bildirdiği görülmüştür. Lysaker ve arkadaşları (2005), çocuklukta cinsel istismar öyküsü bildirimlerine göre gruplandıkları şizofreni ya da şizoafektif bozukluk tanılı 65 erkek hasta ile yaptıkları bir çalışmada ise, cinsel istismar grubunun daha yüksek düzeyde halüsinasyon, kaygı ve depresif belirti gösterdiğini ortaya koymuşlardır.

2.6.1. Şizofreni Alanyazınında Şizofreni ve DKB Arasındaki Ayrım

Akademik şizofreni alanyazınının, Tablo 2.4'te yer verilen "internet bilgilerde olduğu gibi", şizofreni ve DKB olmak üzere birbirinden farklı iki kategori benimsediği ileri sürülmektedir (Ross, 2004). Aslında Ross (2004)'a göre şizofreni ve DKB birbirinden farklı değildir, bilakis bunlar büyük ölçüde örtüşmektedir.

Tablo 2.4: Şizofreni alanyazınında ve internette iki farklı kategori: şizofreni ve dissosiyatif kimlik bozukluğu

Şizofreni	Dissosiyatif kimlik bozukluğu
Dissosiyasyon yok	Dissosiyasyon
Psikoz	Psikoz yok
Biyolojik hastalık	Psikososyal çevreye tepki
Nedeni biyolojik	Nedeni psikolojik
Genetik	Öğrenilmiş
İlaç Tedavisi	Psikoterapi
Nüfusun yüzde 1'i	Nadir
Meşru/ana akım	Şüpheli/uçuk

Ross (2004) şizofreni konusundaki çağdaş otoritelerin şizofreninin çoklu kişilik olmadığı konusunda hemfikir olduğunu, ancak bu sonuca ilgili alanyazına başvurmadan ve analiz yapmadan ulaştıklarını ileri sürmektedir. Aslında şizofreni ve DKB arasındaki örtüşme psikiyatride tanınmayan ancak önemli bir sorundur. İki bozukluk arasındaki örtüşmenin şizofreni alanyazınında göz ardı edilmesinin nedeninin Bleuler'in şizofrenisindeki dissosiyasyonun yaygın ve temel rolünün unutulması, "DKB'nin nadir görülmesi", "dissosiyasyonun nevroz kategorisine indirgenmesi" ve "şizofreninin biyomedikal bir beyin bozukluğu olarak tanımlanması"

ile ilgili olabileceği savunulmaktadır. Histeri de dahil olmak üzere nevrozlar, çağdaş akademik psikiyatrinin kavramsal sistemi içinde psikososyal çevreye verilen tepkiler olarak değerlendirilmektedir, şizofreni ise çevredeki biyolojik ve fiziksel faktörler tarafından bir dereceye kadar tetiklenen endojen bir biyomedikal hastalık olarak açıklanmaktadır (Ross, 2004).

Ancak bugüne kadar şizofreni için belirli bir genetik veya biyolojik kriterin bulunmadığı ileri sürülmektedir. Hastalığa özgü bir beyin, kan, kromozomal veya metabolik anormallik bulunmadığı gibi, klinik tanıya yardımcı olarak kullanılabilecek asgari hassasiyet ve özgüllüğe yaklaşan bir biyolojik belirtecin de mevcut olmadığı öne sürülmektedir. Şizofreni için bir laboratuvar testi ve bunun endojen bir biyomedikal bozukluk olduğuna dair kesin bir bilimsel kanıt bulunmadığı belirtilmektedir. Monozigotik ikizlerdeki uyuma ilişkin verilerin ise, şizofreninin öncelikle çevresel kaynaklı bir bozukluk olduğunu kesin olarak kanıtladığı savunulmaktadır (Ross, 2004).

Ross (2004)' a göre bu bilimsel gerçeklere rağmen, şizofreninin endojen biyomedikal nedenselliği psikiyatride kanıtlanmış olarak kabul edilmektedir. Halk da bu yönde eğitilmektedir. Kavramsal sistemlerinin varsayımları göz önüne alındığında, çağdaş otoriteler şizofreninin bir çocuğun ailesindeki olaylardan kaynaklanamayacağı konusunda hemfikirdir. Bu nedenle, şizofreninin nedenleri üzerine yazılmış iki kitapta çocuklukta yaşanan cinsel istismardan bir kez bile bahsedilmemektedir (Ross, 2004; Gottesman, 1991; Torrey ve ark., 1994). Çocukluk çağı travması, çağdaş şizofreni alanyazınında şizofreninin etiyojisi, seyri, tedavisi veya prognozu ile ilgili görülmemektedir (Ross, 2004).

Şizofreninin DKB' den net bir şekilde ayrılması birçok web sitesinde ve kamuya açık bilgi kaynaklarında desteklenmektedir. Örneğin, www.mentalhealth.com adresinde “Şizofreni Nedir?” başlığı altında ziyaretçilere şizofreninin “beyindeki fiziksel ve biyokimyasal değişikliklere bağlı somut ve spesifik belirtileri olan bir beyin hastalığı” olduğu ve “neredeyse her zaman ilaçla tedavi edilebildiği” bilgisi verilmektedir. “Şizofreni Ne Değildir?” başlığı altında ise ziyaretçiye hastalığın “kişilik bölünmesi” olmadığı ve “çocukluk travması, kötü ebeveynlik veya yoksulluktan kaynaklanmadığı” bildirilmektedir. Başka bir (www.schizophrenia.com) web adresinde de ziyaretçiye “Şizofreni kişilik bölünmesi değildir, kişilik bölünmesi nadir görülen ve çok farklı bir hastalıktır. Diyabet gibi şizofreninin de biyolojik bir temeli

vardır; kötü ebeveynlik ya da kişisel zayıflıktan kaynaklanmaz” bilgileri sunulmaktadır.

2.6.2. Şizofreni ve DKB Arasındaki Örtüşmeye İlişkin Veriler

Şizofreni alanyazınında birbirinden farklı olduğu iddia edilen şizofreni ve DKB’ nin (Bknz. Tablo 2.4), aslında birçok belirtiyi ve özelliği paylaştığı görülmektedir. Buna ilişkin çeşitli kaynaklardan gelen kanıtlardan biri de DKB tedavisi gören hastalara önceden konulan şizofreni tanılarınıdır (Bknz. Tablo 2.5). Bu tanılardan hangisi doğru hangisi yanlış olursa olsun, klinik tanı ve tedavi düzeyinde iki kategori arasında önemli ölçüde karışıklığın ve örtüşmenin olduğu savunulmaktadır (Ross, 2004).

Tablo 2.5: İki ÇKB vaka serisinde daha önce şizofreni tanısı ve antipsikotik ilaçlar ve EKT ile tedavi sıklığı (yüzde olarak)

Önceki tanı ve tedavi	Seri 1 (N=236)	Seri 2 (N=102)
Şizofreni tanısı	40.8	26.5
Nöroleptikler ile tedavi	54.5	57.0
EKT ile tedavi	12.1	16.7

EKT = Elektrokonvülsif terapi

Putnam ve arkadaşları (1986) ÇKB’ li 100 hastadan oluşan bir seri sunmuşlardır ve seride yer alan hastaların yaklaşık %50’sinin daha önce bir psikiyatrinden şizofreni tanısı aldığını bildirmişlerdir (Ross, 2004; Putnam ve ark., 1986). Ross ve arkadaşları (1989) da toplamda 203 psikiyatrist, klinik psikolog ve diğer sağlık uzmanları tarafından kendilerine bildirilen 236 çoklu kişilik (ÇKB) vakasını bir araya getirdikleri çalışmalarında, serideki hastaların yüzde 40.8’ine önceden şizofreni tanısı konulduğunu ortaya koymuşlardır.

Bununla birlikte, söz konusu hastaların ÇKB tanısı konulmadan önce ortalama 6.7 yıl boyunca sağlık sisteminde bulduklarını, çocukken yoğun cinsel (%79.2) ve fiziksel (%74.9) istismara maruz kaldıklarını ve raporlama sırasında ortalama 15.7 alter kişilik sergilediklerini bildirmişlerdir. Hastalarda en sık görülen alter kişiliklerin çocuk kişiliği (%86.0), farklı yaştaki kişilik (%84.5), koruyucu kişilik (%84.0) ve persekütör kişilik (%84.0) olduğu da ifade edilmiştir. ÇKB hastalarının yüksek oranda intihara eğilim gösterdikleri, zira vakaların %72’sinin suisid eylem sergilediği ve %2.1’inin ise bunda başarılı olduğu söylenmiştir (Ross, Norton ve Wozney, 1989).

Ross ve arkadaşlarının (1989) serisindeki önceden şizofreni tanısı almış hastalarda yukarıda ifade edilen intihar girişiminin yanı sıra, aşırı doz, kendini yaralama, bilek

kesme, yatarak tedavi görme oranları ile birlikte Tablo 2.6' da gösterildiği gibi antipsikotik ilaçlar, antidepresanlar, nonbenzodiazepin sedatifler, benzodiazepinler, lityum ve elektrokonvülsif terapi ile tedavi görme oranları da oldukça yüksek bulunmuştur.

Ayrıca, daha önce pek çok tanı almış olan bu hastalarda yaygın görülen komorbid tanılar ise duygudurum bozukluğu (%77.1); kişilik bozukluğu (%71,8); kaygı bozukluğu (%51.5); ve madde bağımlılığı (%45.2) olarak açıklanmıştır (Ross; 2004; Ross, vd., 1989; Ross ve Norton, 1988).

Tablo 2.6: Önceki tanısı şizofreni olan çoklu kişilik bozukluğu hastalarının geçmiş dönem tedavileri.

Tedavi	Önceden tanı almış (%) (N=81)	Önceden tanı almamış (%) (N=96)	<i>p</i>
Psikoterapi	89.7	88.5	NS
Yatarak tedavi	88.8	68.8	.002
Nöroleptik	88.5	36.5	.00001
Antidepresan	87.2	62.1	.0001
Nonbenzodiazepin sedatif	75.0	52.6	.008
Benzodiazepin	58.8	56.4	NS
Lityum	36.2	12.8	.00001
Elektrokonvülsif Terapi	20.3	7.5	.05

Daha önce bahsedilen 236 vakalılık serisini önceden şizofreni tanısı almış (N = 81) ve almamış (N = 96) olanlar olarak iki kategoriye ayırmış olan Colin Ross (2004)'a göre, önceden şizofreni tanısı almış olmak daha karmaşık bir tedavi geçmişi anlamına gelmektedir. Bu durum ise hem ÇKB hem de şizofreni tanısı almış olan 81 hastanın şizofreninin ağır bir varyantını temsil ettiğini düşündürmektedir.

Bu noktada Ross (2004), mevcut veriler ışığında aşağıdaki üç sonuca varılabileceğini ileri sürmektedir:

1. DKB, yanlış pozitif şizofreni tanısı için tedavi gören hastalar arasında yaygın bir gerçek pozitif tanıdır.
2. DKB ve şizofreni yaygın olarak birlikte görülür.
3. Şizofreninin dissosiyatif bir alt tipi vardır ve bundan bağımsız bir DKB tanısı gerekli değildir.

Ross (2004) tedavi uygulayan klinisyenlere posta yoluyla yaptırdığı anketlerden vardığı sonuçla (Ross, 2004; Ross ve Norton, 1988), daha önce şizofreni tanısı almış

olan ÇKB hastalarının, daha önce bu tanıyı almamış olanlara kıyasla klinik tablosunun daha karmaşık, daha ağır ve daha zor tedavi edilebilir olduğunu söylemektedir. Ayrıca, Ross (2004) böyle bir anket çalışmasının metodolojik sınırlamaları dahilinde “klinik olarak önceden bildiğim bir hususu yeniden gördüm: aynı hastalar genellikle bir klinisyenden şizofreni tanısı alırken, bir diğerinden ÇKB tanısı almaktadır” ifadesinde bulunmaktadır.

Dahası Ross (2004)' a göre 1980'lerde ÇKB tanısı koymaya açık klinisyen havuzu şizofreni tanısı koymaya açık olanlardan çok daha küçük olduğundan, ruh sağlığı sisteminde muhtemelen yanlış pozitif şizofreni tanısı ve yanlış negatif çoklu kişilik bozukluğu tanısı olan çok sayıda hasta bulunabilmektedir. Bu hastaların birçoğunun, işitsel varsanıları da dahil olmak üzere psikotik belirtilerini tedavi etmek üzere tasarlanmış, süregelen ve yoğun bir psikoterapiye dahil olabilmeleri mümkündür.

Ross ve Joshi (1992) 166 ÇKB hastasını uzun süredir devam eden, istikrarlı klinik şizofreni tanısı olan 83 hasta ile (Ross, Anderson ve Clark, 1994) izleyen satırlarda Tablo 2.7.'de bildirilen üç istismar kategorisi üzerinden karşılaştırmışlardır.

Tablo 2.7: Dissosiyatif Bozukluklar Görüşme Çizelgesi' nde şizofreni ve çoklu kişilik bozukluğu (MPD) karşılaştırması: çocukluk çağı travma geçmişleri

Madde	ÇKB (N=166) Pozitif %	Şizofreni (N=83) Pozitif %	Ki-kare	p
Fiziksel istismar	78.3	31.1	81.831	.00001
Cinsel istismar	84.3	25.3	50.521	.00001
Fiziksel ve/veya cinsel istismar	91.0	44.6	61.884	.001

Tablo 2.7' de ÇKB hastalarının şizofreni hastalarına kıyasla çok daha yüksek oranda çocukluk çağı fiziksel ve cinsel istismarı rapor ettiği açıkça görülmektedir. Bununla birlikte, DDIS' de genel popülasyonda fiziksel ve/veya cinsel istismar için baz oran yüzde 12.6' dır (Ross, 1991). Ross (2004)'a göre şizofreni çocukluk çağı travmasıyla bağlantılıdır, ancak bu ilişki ÇKB'de olduğu kadar güçlü değildir. Travma geçmişlerine dayanarak, çoklu kişilik ayrı bir antite olmaktan ziyade şizofreninin şiddetli bir varyantı olarak görülebilmektedir.

2.6.3. Şizofreni ve DKB'de Pozitif ve Negatif Belirtilere İlişkin Veriler

Mevcut veriler pozitif belirtilerin DKB'de şizofreniye kıyasla daha yaygın olduğunu göstermektedir. Ross (2004) negatif belirtilerle ilgili tablonun daha az net olduğunu zira bugüne kadar yapılan çalışmaların sonuçlarının tutarlı olmadığını söylemektedir.

Her iki yönde de farkı, ayrı kategorilerden ziyade bir derece meselesi olarak görmektedir.

Kurt Schneider (1959) şizofreninin birinci sıra on bir semptomunun şizofreni için patognomonik olduğu söylenmiştir (Ross, 2004; Schneider, 1959). Ross (2004) birinci sıra belirtilerin bu mutlak özgüllüğü terk edilmiş olsa da DSM hala seslerin yorumlanmasını şizofreninin karakteristik bir özelliği olarak görmektedir zira tanı koymak için gereken bir belirti budur. Mevcut veriler, bu belirtinin aslında DKB için bir tanı kriteri olarak üstün duyarlılık ve özgüllüğe sahip olduğunu göstermektedir

Ellason ve Ross (1995) 108 DKB hastasına PANSS uygulamış ve puanları Tablo 2.8’de gösterildiği gibi PANSS el kitabındaki (Kay, Opler ve Fiszbein, 1994) şizofreni normlarıyla karşılaştırmıştır. PANSS’taki bileşik puan, pozitif ve negatif belirti puanlarının toplamıdır. Genel ölçek geniş bir semptomatoloji yelpazesini ölçmektedir- bu ölçekteki puanlar, diğer genel psikopatoloji ölçümlerinde olması gerektiği gibi, şizofreninin dissosiyatif alt tipinde daha yüksek olmalıdır. DKB ve şizofrenide Schneiderian belirtilerin sıklığını daha fazla araştıran alanyazın bilgileri mevcuttur (Ross, Miller, Bjornson ve ark., 1990).

Tablo 2.8: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinde şizofreni ve dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB) karşılaştırması (Ross, 2004; Ellason ve Ross, 1995)

Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği	DKB (N = 108) Ortalama puan	Şizofreni (N = 240) Ortalama puan	<i>t</i>	<i>p</i>
Pozitif	23.8	19.9	5.80	.00001
Negatif	17.1	21.8	7.19	.00001
Birleşik	7.2	-1.9	10.36	.00001
Genel	50.1	39.7	10.02	.00001

Schneiderian belirtilerin yaygınlığı ve/veya sıklığının rapor edildiği on iki şizofreni ve üç ÇKB hasta serisi ile ilgili bulgulara ise Tablo 2.9’da yer verilmiştir. Buna göre, ÇKB’ de Schneiderian belirtilerin ortalama sayısı şizofreniye göre daha yüksektir ve aynı şekilde bir veya daha fazla belirtiyeye sahip olma prevalansının da daha yüksek olduğu söylenebilmektedir. Söz konusu alanyazın taramasının en dikkat çekici bulgularından biri, on iki serideki 2.576 şizofreni hastasının sadece %55.5’inin herhangi bir Schneiderian belirti bildirmiş olmasıdır (Ross, 2004; Ross vd., 1990).

Tablo 2.9: Büyük vaka serilerinde şizofreni ve çoklu kişilik bozukluğunda (ÇKB) Schneiderian belirtilerin yaygınlığı ve sıklığı (Ross, 2004; Ross vd., 1990)

	ÇKB	Şizofreni
Ortalama belirti sayısı	(N = 368) 4.9	(N = 1,739) 1.3
Bir veya daha fazla belirtisi olan denekler	(N = 368) 87.0%	(N = 2,576) 55.5%

Bu bulguları destekleyen bir başka çalışmada ise Laferre-Simard ve arkadaşları (2014) deneysel bir araştırma kapsamında şizofreninin dissosiyatif alt tipini incelemişlerdir. Araştırmacılar, psikotik bozukluğu olan ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeğinde (DES) 15'in üzerinde puan alan (Bernstein & Putnam, 1986) 15 kişilik bir gruba çeşitli ölçekler ve yapılandırılmış görüşmeler uygulamışlardır; Bu 15 katılımcı, 50 kişilik bir başlangıç örneklemini içinden seçilmiştir (geriye kalan 35 kişi DES'de 15'in altında puan almıştır). Araştırmacılar, bu 15 hastanın %24' ünün Ross'un (2004) tanımladığı dissosiyatif şizofreni kriterlerini karşıladığını saptayarak, söz konusu kriterlerin vakaların bir alt kümesi için geçerli olduğunu ortaya koymuşlardır. Bu bulguları da destekler nitelikte, Colin Ross (2019)'un DKB ve şizofreninin birbirinden ayrı kategoriler olmadığını ileri sürerek paylaştığı bir klinik vaka örneği çalışmanın ekler bölümünde EK.11'de sunulmuştur. Ayrıca, şizofreni ve DKB hastalarında örtüşen ve tanısal açıdan farklılık gösterebilen semptomların bir özetini Tablo 2.10 göstermektedir (Steinberg, 2019).

Tablo 2.10: Şizofreni ve dissosiyatif kimlik bozukluğunun (DKB) örtüşen belirtileri ve kendine özgü özellikleri (Steinberg, 2019).

Hem şizofreni hem de DKB' de potansiyel olarak mevcut olan örtüşen semptomlar	Şizofreninin ayırıcı özellikleri	DKB' nin ayırıcı özellikleri
Dissosiyatif belirtiler	Genellikle az veya ara sıra görülen dissosiyatif semptomlar ve SCID-D ile belirlenen dissosiyatif semptomların hafif ila orta şiddette olması. Belirtiler tipik olarak sanrılar veya diğer psikotik belirtiler bağlamında ortaya çıkar.	Rekürren ila persistan dissosiyatif semptomlar ve en az üç SCID-D dissosiyatif semptom için orta dereceden şiddetli dereceye doğru ağırlık. Gerçeklik testi tipik olarak bozulmamıştır.
	Ortalama toplam SCID-D puanı, ortalama = 11,7	Ortalama toplam SCID-D puanı, ortalama = 19,6

Kimlik karmaşası/ rahatsızlığı	Kimlik duygusunun ve kişinin toplumdaki rolünün kaybı veya kimlikteki tek boyutlu geçici değişiklikler	Kişinin kimliğinde rekürren, tutarlı, çok boyutlu ve belirgin değişiklikler.
İç diyaloglar ve/veya işitsel varsanılar	Alter kişiliklerin sesleri dışında varsanılar.	Gözlemleyen ve katılan benlik veya alterler arasındaki konuşmaları temsil eden diyaloglar/halüsinasyonlar. Bu sesler düşünceler ile benzer olarak tanımlanabilir.
Schneiderian semptomlar ve sanrılar	Schneiderian semptomlar mevcuttur. Tuhaf sanrılar, paranoid sanrılar ve başka kişilikleri içermeyen diğer sanrılar (örneğin 'CIA beni yakalamaya çalışıyor') yaygındır.	Schneiderian semptomlar mevcut olabilir. Varsa sanrılar tipik olarak alter kişiliklerin deneyimlenmesiyle ilişkilidir.
Psikoz ile ilişkili diğer semptomlar	Tutarsızlıkla veya çağrışımlarda belirgin zayıflamayla karakterize düşünce. Katatonik davranış. Kronik düz duygulanım.	DKB'de genellikle yoktur. Varsa, genellikle geçici epizodlar şeklindedir. DKB'de nadirdir. DKB'de yoktur.
Gerçeklik algısı	Bozulmuştur.	Gerçeklik algısı bozulmamıştır. “Psikotik benzeri- psychotic-like” semptomlar için “gerçekmiş gibi” şeklindeki tanımlamalar tipiktir.
İçgörü	“Hastalıklarına dair içgörü veya farkındalıktan yoksun olabilirler.... Hastalığın farkında olmamak tipik olarak bir başa çıkma stratejisinden ziyade şizofreninin bir belirtisidir.” (DSM-5, s. 101)	İçgörü genellikle bozulmamıştır.
Komorbid tanılar	“... aktif faz semptomları sırasında duygudurum atakları meydana gelmişse, bunlar rahatsızlığın aktif ve rezidüel dönemlerinin tüm zamanının az bir kısmında mevcut olmuştur.” (DSM-5, s. 99).	Sıklıkla duygudurum bozuklukları ile birlikte görülür. Majör depresyon ve/veya manik epizodlar dissosiyatif sendromla birlikte görülebilir.
İşlevsellikte bozulma	“İş, kişiler arası durumlar veya kendine bakma gibi bir veya	İşlevsellikteki bozulma geçici olabilir ve sonunda

	daha fazla önemli alanda iyilik düzeyi, hastalığın başlangıcından evvelki seviyenin aşağısındadır...” (DSM-5, s. 99)	premorbid işlevsellik düzeyine tam olarak geri dönülebilir.
Semptomların ve sendromun gidişatı	Rahatsızlığın süreğen belirtileri en az 6 ay boyunca devam eder. (DSM-5, s. 99)	Rahatsızlık belirtileri aralıklı olabilir. Semptomlarda, duygudurumda ve işlev bozukluğunun düzeyinde dalgalanmalar yaygındır.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

3.1. Araştırma Modeli

Mevcut tez kapsamında, psikoz tanısı alan hastaların çocukluk çağı travmalarının, dissosiyasyon düzeylerinin ve psikotik belirtilerinin incelenmesi amaçlarıyla betimsel araştırma yönteminde ve ilişkisel tarama modeli bağlamında, belirlenen araştırma değişkenlerinin birbirleriyle ilişkileri incelenmiştir. Dissosiyasyon düzeylerine göre dissosiyatif ve nondissosiyatif olarak belirlenen iki grubun klinik özellikleri karşılaştırılmıştır.

3.2. Örneklem

Çalışmanın örneklemini, bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde yatarak tedavi alan, araştırma kriterlerini karşılayıp, psikiyatristleri tarafından bu çalışmaya dahil edilmeye uygun oldukları düşünülen ve çalışmaya katılmak için gönüllü olan, DSM-5'e göre psikoz tanılı, kısmi veya tam remisyonundaki, yaşları 21-68 (ortalama \pm ss = 40.39 ± 12.29) arasında olan 51 (%58.8'i erkek; %41.2'si kadın) hasta oluşturmuştur. Araştırmada katılımcılara amaçlı örnekleme metodu ile ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılımcı olma özellikleri; DSM5 kriterlerine göre şizofreni, şizoaffektif bozukluk, şizofreniform bozukluk ve kısa psikotik bozukluk gibi şizofreni spektrumunda bir tanıya sahip olan ve yaşları 18 ile 68 arasında değişen hastalar olarak; demans, nörolojik bozukluklar, alkol-madde kullanım bozuklukları veya zeka geriliği olan hastalar ile hamile veya emziren kadınlar değerlendirme dışı bırakılacak şekilde belirlenmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Tez kapsamında sosyodemografik bilgi ve klinik bilgi formlarına ek olarak katılımcılara Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Dissosiyasyon Ölçeği, Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R), Borderline Kişilik Envanteri ve Dissosiyatif Bozukluklar İçin Görüşme Çizelgesi verilmiştir.

3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacının hazırladığı bu form; katılımcıların yaşını, medeni, eğitim, ekonomik ve çalışma durumlarını, toplam hastalık sürelerini, toplam hastaneye yatış sayılarını, tedaviye direnç düzeylerini içerecek şekilde araştırma kapsamında ihtiyaç duyulması öngörülen bilgilere yönelik soruları içermektedir.

3.3.2. Klinik Bilgi Formu

Bu görüşme formu, mevcut çalışmanın katılımcıları olan psikoz hastalarını takip eden klinisyenlere yöneltilecek soruları içermektedir. Form, hastanın mevcut hastalıktan farklı olarak daha önce konulmuş bir tanısının olup olmadığı, herhangi bir suicidal eğilimin kaydedilip kaydedilmediği, hastaneye ilk başvuru tarihi/yaşı, yatış sıklığı, komorbidite gösterip göstermediği, polisemptomatik olup olmadığı gibi klinik bilgileri içeren sorulardan oluşmaktadır. Bu form Colin Ross (2004, 2007)'un travma modeli temel alınarak hazırlanmıştır.

3.3.3. Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği (ACE-Q-10)

Kaiser Permanente sağlık grubunun 1997 yılında geliştirmiş olduğu ACE-Q-10, yaşamın ilk 18 yılındaki aile içi duygusal, fiziksel ve cinsel şiddet, duygusal-fiziksel ihmal ile boşanma gibi negatif içerikli olayları incelemektedir (Felitti, vd., 1998). Ölçek çocukluk çağı travmatik yaşantılarını araştıran 10 soruyu içermektedir. Bunlar yalnızca “evet” olarak yanıtlanmakta, tersi durumda yanıtlanmamaktadır. Ölçekten 0-10 arası bir puan alınabilmektedir. Gündüz ve arkadaşları (2018) tarafından Türkçe'ye kazandırılan ACE'nin yeterli düzeyde güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracı olduğu bildirilmektedir. Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.739 olarak hesaplanmıştır.

3.3.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28)

Bernstein ve meslektaşlarınca (1994) geliştirilen, çocuklukta duygusal, fiziksel, cinsel istismar ile fiziksel ve duygusal ihmal yaşantısını inceleyen 28 soruluk bir öz bildirim aracıdır. Yanıtlar 1-5 arası bir skala üzerinde verilir. 1 “hiçbir zaman doğru değil” anlamına gelirken, 5 “çok sık doğru” anlamına gelmektedir. Alt ölçek puanlarının toplamı CTQ toplam puanını gösterir. Alt test puanları 5 (ihmal ve istismar öyküsü yok) ile 25 (çok ağır ihmal ve istismar öyküsü var) arasında, toplam puan ise 25-125 arasındadır. Ölçeğin beş alt boyutu bulunmaktadır. Bu alt boyutlar istismar (fiziksel-duygusal-cinsel) ve ihmal (fiziksel-duygusal) boyutlarıdır (Tekin ve

Kırlioğlu, 2020; Berstein ve ark., 2003). Dilimize uyarlama alışmaları Tekin ve Kırlioğlu (2020) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin genel Cronbach Alpha değeri 0.849 olarak bulunmuştur; bu değerin alt ölçekler için 0.589-0.909 arasında değiştiği görüşmüştür.

3.3.5. Dissosiyasyon leği (DISQ-63)

Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu ve diğer kronik karmaşık dissosiyatif bozuklukları saptamada kullanılan bir öz bildirim leğidir. DISQ-63, Türkçe 'ye şar ve arkadaşları (1997) tarafından kazandırılmıştır. Dissosiyatif yaşantıları derecelendiren lek, Dissosiyatif Yaşantılar leği' ne göre daha fazla belirti taramakta ve yeme bozukluğu belirtilerini de içermektedir (şar, Kızıltan, Kundakçı, Bakım ve Yargıç, 1997).

Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach's alpha değeri 0.978 olarak elde edilmiştir. Bu sonuca göre ölçek puanının yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilmektedir. Ölçeğin alt testleri olan kimlik konfüzyonu, kontrol kaybı, amnezi ve absorpsiyon için hesaplanan Cronbach's alpha değerleri sırasıyla 0.954, 0.927, 0.888 ve 0.862'dir. Bu sonuç ölçeğin alt boyutlarının da yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

3.3.6. Somatoform Dissosiyasyon leği (SDQ-20)

Nijenhuis ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilmiş olan SDQ-20, somatoform dissosiyasyonun şiddetini değerlendiren 20 maddelik bir değerlendirme aracıdır. Somatoform dissosiyasyon, insanlar ağır travmaya maruz kaldıklarında ve duygularını bilinçli bir düzeyde ifade edemediklerinde ortaya çıkabilen fiziksel tepkilerle ilişkilidir (Nijenhuis, 2015).

Türkçe uyarlama çalışması şar ve meslektaşlarınca (2001) yapılan SDQ-20'nin üç maddesinin Türk hastalar arasında dissosiyatif bozukluklar grubuna dahil olmayı yordadığı belirtilmektedir. Bunlar, bir süreliğine felç geçirme, yakınlardan gelen sesleri çok uzaklardan geliyormuş gibi duyma ve yutma glgdr.

SDQ-20'nin Türkçe versiyonunun güvenilir bir araç olduğu bildirilmektedir. Yanı sıra, somatoform dissosiyasyonun, dissosiyatif bozukluğu olan hastaları diğer psikiyatrik bozuklukları olan hastalardan ayırt etmede psikolojik dissosiyasyon kadar güçlü olduğu ifade edilmektedir (şar ve ark., 2001). Ölçek için Cronbach alfa değeri 0.920 şeklinde hesaplanmıştır.

3.3.7. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS-30)

PANSS-30, klinik görüşme özelliği taşıyan, toplam 30 soruluk bir ölçektir. Yedi puanlı değerlendirmede psikopatolojinin artan düzeyleri görülmektedir. Türkçe uyarlama çalışması Kostakoğlu, Batur, Tiryaki ve Göğüş, (1999) tarafından yapılmıştır. PANSS-30'da 7'si pozitif, 7'si negatif ve 16'sı genel psikopatolojik belirtileri tarayan üç alt ölçek bulunur (Kay, Fiszbein ve Opler, 1987). Mevcut çalışmada ölçeğin genel Cronbach alfa değeri 0.801 olarak elde edilmiştir; bu değer pozitif belirtiler alt testi için 0.757'dir, negatif belirtiler için 0.777'dir ve genel psikopatoloji için ise 0.712'dir.

3.3.8. Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL90-R)

Leonard R. Derogatis (1992) tarafından geliştirilen ve bir dizi psikolojik belirtiyi tespit etmeye yönelik yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Bu belirtiler somatizasyonu, obsesyonu, kişilerarası duyarlılığı, depresyonu, kaygıyı, öfkeyi, fobiyi, paranoya ve psikotizmi kapsar. Ölçeğe ait genel Cronbach alfa değeri 0.984 olarak bulunmuştur; alt ölçekleri bağlamında bu değer 0.828-0.915 arasında değiştiği görülmüştür.

3.3.9. Borderline Kişilik Envanteri (BPI-53)

Borderline kişilik özelliklerini inceleyen 53 soruluk öz-bildirim ölçeğidir. Türkçe uyarlama çalışması Aydemir ve meslektaşlarınca (2006) yapılmıştır. BPI-53, Kernberg'in (1984) borderline kişilik organizasyonu kavramına dayanmaktadır (Kernberg, 1984; Gunderson ve Kolb, 1978). BPI-53, borderline kişilik organizasyonu ve BKB için bir tarama aracı olarak ve Eksen I ve Eksen II bozukluklarında borderline özelliklerin boyutsal araştırması için önerilmektedir (Leichsenring, 1999). Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.947 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç yüksek derecede güvenilirliğe işaret etmektedir.

3.3.10. Dissosiyatif Bozukluklar İçin Görüşme Çizelgesi (DDIS)

Dissosiyatif Bozukluklar Görüşme Çizelgesi (DDIS), 131 maddeden oluşan yapılandırılmış bir klinik görüşmedir. Ross ve arkadaşları (1989) tarafından DSM-IV'e göre somatizasyon, majör depresyon, borderline kişilik bozukluğu ve 5 sınıf dissosiyatif bozukluğu teşhis etmek için tasarlanmıştır. Çizelge ayrıca çocukluk istismarı ve ihmali ile 11 Schneiderian semptomu, DKB' nin 16 ikincil özelliği ve 16 duyudışı/paranormal yaşantı dahil olmak üzere dissosiyatif bozukluklarla ilişkili çeşitli özellikleri sorgulamaktadır (Yargıç, Şar, Tutkun ve Alyanak, 1998).

Aynı zamanda madde kullanımı ve genel psikiyatrik öykü hakkında sorular sormaktadır (Ross, Duffy ve Ellason, 2002). Çizelgenin DKB tanısı için puanlayıcılar arası genel güvenilirliği 0.68 (kappa) olarak bulunmuş olup, DKB tanısı için %90 duyarlılığı ve %100 özgüllüğü olduğu bildirilmiştir (Yargıç ve ark., 1998). Türkçe'ye uyarlama çalışması Yargıç, Şar ve Tutkun (1993) tarafından yapılmıştır (Yargıç ve ark., 1998; Yargıç ve ark., 1993). Klinik olarak tanı konulan 196 vakada DDIS'in DKB tanısı için duyarlılığı %95.4'tür (Ross, 2009).

3.4. Veri Toplamada Kullanılan Ölçeklerin Kesme Puanları

Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği (ACE-Q-10)

Ölçeğin kesme puanı 4'tür. Her bir soruya verilen "Evet" yanıtı toplanarak genel bir ACE-Q puanı (10 üzerinden) elde edilir. Puan ne kadar yüksekse, hasta o kadar fazla olumsuz çocukluk deneyimi yaşamış ve sosyal, zihinsel veya diğer sağlık sorunları için o kadar yüksek risk almış demektir. Tüm yetişkinlerin çoğunluğu (%52-%75) ACE-Q'dan 1 veya daha yüksek puan almaktadır (CDC, 2010; Edwards vd., 2007; Ford vd., 2011; Ramiro vd., 2010; Rothman, Bernstein, Strunin, 2010). 4 veya daha yüksek puanlar klinik olarak anlamlı kabul edilir. Genel toplumun küçük bir bölümü (%5-%10), 4 veya daha fazla puan almaktadır ve bu durumda genel uzun vadeli sağlık sonuçları daha belirgin hale gelmektedir. ACE-Q skoru 0 olan kişilerle karşılaştırıldığında, ACE-Q skoru 4 olan kişilerin sigara içme olasılığı iki kat, depresyon geçirme olasılığı 5 kat, alkolik olma olasılığı 7 kat, uyuşturucu kullanma olasılığı 10 kat ve suisid eyleme girişme olasılığı 12 kat daha çoktur (Hughes ve ark., 2017).

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28)

Ölçeğin kesme noktası 35 ve üzeridir (Şar ve İkikardeş, 2012).

Dissosiyasyon Ölçeği (DISQ-63)

Ölçeğin kesme puanı 2.5'tir. Genel popülasyonda dissosiyatif yaşantıların yaygınlığını incelemek için, öncelikle toplam DIS-Q-63 puanı için bir kesme puanı değerlendirilmiştir: Normal örneklemin (N = 374) puanları, dissosiyatif bozukluğu olan bir hasta grubunun (N = 53) puanları ile karşılaştırılmıştır. Kesme puanı 2.5 olarak alındığında, mükemmel bir duyarlılık (gerçek pozitif vakaları veya dissosiyatif bozukluğu olan kişileri doğru bir şekilde belirleme yeteneği) ve özgüllük (gerçek negatif vakaları veya dissosiyatif bozukluğu olmayan kişileri doğru bir şekilde

belirleme yeteneği) tespit edilmiştir: duyarlılık %91 ve özgüllük %97'dir. Bu veriler bir çalışmadaki 11 deneğin veya toplam örneklemin %2.94'ünün ağır dissosiyatif yaşantılar bildirdiğini göstermiştir. Bu grupta dört deneğin (toplam örneklemin % 1.06'sı) DIS-Q-63 skorları DKB hastalarının skorları kadar yüksek bulunmuştur, bu da onların da ağır bir dissosiyatif bozukluğa sahip olduğunu düşündürmüştür (Ross, 1996).

Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ-20)

Ölçeğin kesme puanı 30'dur. 20 ila 100 arasında değişebilen SDQ-20 puanı, tek tek madde puanlarının toplanmasıyla elde edilir. SDQ-20, dissosiyatif kimlik bozukluğu, BTA-dissosiyatif bozukluk, somatoform bozukluklar ve diğer psikiyatrik tanı kategorileri arasında ayırım yapar. 30'un üzerindeki puanlar somatoform dissosiyasyon varlığını göstermesi açısından anlamlıdır. Bu ölçeğin kullanıldığı çalışmalarda, DKB hastalarının çoğu 50'nin üzerinde; BTA-DB hastalarının çoğu 40'ın üzerinde; Somatoform bozukluğu olan hastaların çoğu 30'un üzerinde puan almıştır (Chu, 2011).

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS-30)

PANSS-30, yedisi pozitif (P), yedisi negatif (N) ve 16'sı genel psikopatoloji (G) alt ölçekleri olmak üzere 30 maddeden oluşmaktadır. Her madde 1 ile 7 arasında puanlanır ve PANSS'in en düşük puanı 30'dur. Leucht ve arkadaşları (2005) PANSS toplam puanlarının klinik anlamına ilişkin yorumlarda bulunmuş ve şizofreni hastalarından oluşan geniş bir örnekleme PANSS puanlarıyla Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI) puanlarının arasında bir bağlantı kurmaya çalışmıştır.

Bu bağlamda PANSS düzeylerini “(<48 ise) normal”; “(48-60 aralığındaysa) akıl hastalığı sınırında”; “(61-78 aralığındaysa) hafif derecede hasta”; “(79-95 aralığındaysa) orta derecede hasta”; “(96-118 aralığındaysa) belirgin derecede hasta”, “ağır hasta” ve “(> 118 ise) ok ağır derecede hasta” olarak belirlemişlerdir (Leucht, Kane, Kissling, Hamann, Etschel & Engel, 2005).

Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)

Puanlar Türk pdr web sitesinde kullanıma sunulan uygulama yardımıyla hesaplanmıştır.

Borderline Kişilik Envanteri (BPI-53)

Ölçeğin kesme puanı 20'dir. Hasta için anlamlı olan ifadeler "1" puanı, anlam ifade etmeyenler ise "0" puanı alır. Puanlamaya son iki soru dahil edilmez (Leichsenring, 1999).

Dissosiyatif Bozukluklar İçin Görüşme Çizelgesi (DDIS)

Her bölüm bağımsız olarak puanlanır. Tüm DSM-5 tanıları DSM-5'teki kurallara göre konur. Görüşmenin tamamı için toplam puan yoktur (Ross, 2009):

Somatik Yakınmalar

Bu değerlendirme DSM-5 kurallarına göre yapılır. DSM-5 kurallarına göre somatik semptom bozukluğu tanısı koyabilmek için 3-37 arasındaki sorulardan bir semptomun pozitif çıkması gerekir. Soru 2 ve soru 3 arasındaki a-c kriterlerinden birinin belirti için geçerli olması gerekir. 38. ve 39. sorular DSM-IV'ten alınmıştır ve DSM-5 puanlaması için göz ardı edilebilir. Bunlar yalnızca DSM-IV ve DSM-5 kurallarını karşılaştırmak amacıyla dahil edilmiştir. Somatizasyon bozukluğu (DSM-IV' teki adıyla somatik belirti bozukluğu) öyküsü DKB'yi şizofreni, yeme bozuklukları ve kontrol grubundan ayırır ancak panik bozukluktan ayırmaz. DKB için 3-37 arasındaki sorulardan pozitif çıkan ortalama semptom sayısı 14.1'dir. 166 deneğin %39.8'i somatizasyon bozukluğu için DSM-III-R kriterlerini karşılamıştır: bu veriler DSM-IV kriterlerine göre yeniden analiz edilmemiştir.

Alkol ve Uyuşturucu Madde Kötüye Kullanımı

Bu bölümdeki herhangi bir soruya "evet" yanıtı vermesi halinde kişi madde kullanımı açısından pozitif olarak değerlendirilir. Madde kullanımı öyküsü DKB'yi şizofreni, yeme bozuklukları, panik bozukluk ve kontrol grubundan ayırmaktadır: 166 DKB deneğinin %51.2'sinde madde kullanımı pozitif çıkmıştır.

Psikiyatrik Öykü

Bu tanımlayıcı bir bölümdür ve bir puan vermemektedir.

Majör Depresyon Dönemi

Bu, DSM-III-R'den DSM-IV'e yalnızca küçük ifade değişikliklerine uğrayan ve DSM-IV'ten DSM-5'e önemli bir değişiklik yapılmayan DSM-5 kurallarına göre puanlanır. Pozitif olması için denek 54. soruya "evet" yanıtını vermelidir. Ayrıca hasta 55-62 arasındaki 4 soruya da "evet" yanıtını vermelidir. Depresyon öyküsü DKB'yi diğer tanı gruplarından ayırmamaktadır: 166 deneğin %89.8'i bir dönem klinik olarak depresyon geçirmiştir.

Şizofreninin Pozitif Belirtileri (Birinci Derece Schneider) Belirtileri

Bu bölümde "evet" yanıtlarının toplam sayısı puanlanmaktadır. Schneiderian semptomlarının toplam sayısı DKB'yi şizofreni dahil olmak üzere incelenen tüm gruplardan pozitif olarak ayırmaktadır. Ortalama pozitif belirti sayısı 166 denek için 6.5'tir.

Trans Halleri, Uyurgezerlik, Hayali Çocukluk Arkadaşları

Bu maddelerin her biri bağımsız olarak puanlanmaktadır. Kişi 67. soruya "evet" cevabı verirse uyurgezerlik, 69. soruya "evet" cevabı verirse translar, 71. soruya "evet" cevabı verirse hayali oyun arkadaşları pozitif olarak değerlendirilir. Bu maddelerin her biri DKB'yi şizofreni, yeme bozukluğu, panik bozukluk ve kontrol grubundan ayırmaktadır.

Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı

Kişi 73. soruya "evet" yanıtı verirse fiziksel istismar için pozitif olarak değerlendirilir. Diğer veriler tanımlayıcı niteliktedir. Fiziksel istismar öyküsü DKB'yi şizofreni, yeme bozukluğu ve panik bozukluktan ayırır. Kişi 78. soruya "evet" yanıtı verirse cinsel istismar açısından pozitif olarak değerlendirilir. Cinsel istismar da DKB'yi diğer üç gruptan ayırmaktadır. 166 deneğin %84,3'ü cinsel istismar, %78,3'ü fiziksel istismar ve %91,0'ı fiziksel ve/veya cinsel istismar bildirmiştir.

Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu İle Bağlantılı Özellikler

Bu bölümdeki yanıtlar toplanarak toplam puan elde edilir. Bu bölümdeki pozitif bir yanıt, sorunun yapısına bağlı olarak ya "evet" ya da "oldukça sık" veya "sık sık" şeklindedir. "Hiçbir zaman" ve "ara sıra" yanıtları ise negatif olarak değerlendirilir. İkincil özellikler DKB'yi panik bozukluk, yeme bozuklukları ve şizofreniden ayırır. DKB'li 166 kişide pozitif bulunan ortalama özellik sayısı 10.2'dir.

Doğüstü Yaşantılar /Posesyon (Tutulma) Yaşantıları /Duyu Ötesi Algı Yaşantıları/ Kültler

Bu bölümde pozitif yanıtlar toplanarak toplam puan elde edilmektedir. Bu yaşantılar DKB'yi diğer gruplardan ayırmaktadır. Ortalama olarak 166 denek için pozitif yanıt sayısı 5.3'tür.

Borderline Kişilik Bozukluğu

Bu değerlendirme DSM-5 kurallarına göre yapılır. Kişinin sınırdaki kişilik kriterlerini karşılaması için 5 maddeye olumlu yanıt vermesi gerekmektedir. Borderline kişilik, panik bozukluğu ve kontroller haricinde DKB'yi bugüne kadar incelenen diğer gruplardan ayırmamaktadır. Ancak, ortalama pozitif borderline kriter sayısı DKB'yi

şizofreniden, yeme bozukluklarından ve panik bozukluktan ayırmaktadır. 166 DKB deneği için bu ortalama 5.1'dir.

Dissosiyatif Amnezi

Kişi 117. soru için “evet”, 118. soru için “hayır” ve 119. soru için “evet” yanıtını vermelidir.

Dissosiyatif Füg

Bu DSM-5 kurallarına göre puanlanır. Kişi 120 ve 121. sorular için evet, 122. soru için hayır ve 123. soru için evet yanıtını vermelidir. DSM-IV'te dissosiyatif amnezi ve dissosiyatif füg ayrı bozukluklardı. DSM-5'te füg, ayrı bir bozukluk değil, dissosiyatif amnezinin bir alt tipi olarak tanımlanmaktadır: füg mevcut olduğunda, dissosiyatif füg ile birlikte dissosiyatif amnezi şeklinde adlandırılmaktadır.

Depersonalizasyon Bozukluğu

Bu DSM-5 kurallarına göre puanlanır. Kişi soru 124a ve b için evet, 125 için hayır ve 126 için evet yanıtını vermelidir. Bu tanı DKB'yi diğer gruplardan çok zayıf bir şekilde ayırır.

Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu

Bu DSM-5 kurallarına göre puanlanır. Kişinin DKB tanısı alabilmesi için 127- 129. sorularda evet, 130. soruda ise hayır yanıtını vermesi gerekmektedir.

Başka Türü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk

Bu, görüşmecinin yargısına göre değerlendirilir. Bir hasta, eğer herhangi başka bir dissosiyatif bozukluğa sahip değilse, başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk açısından pozitif olabilir.

Son Değerlendirme

Bu tanımlayıcı bir sorudur ve puanlanmamaktadır. Çoğu DKB hastası DDIS profilini sergileyecektir ancak bazıları bazı bölümlerde veya tüm bölümlerde normalden daha düşük puan alacaktır. Başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluğu olan bireyler de aynı profile sahiptir ancak tam DKB olanlara kıyasla daha düşük bir derecededir.

Deneklerin hem dissosiyatif amnezi hem de depersonalizasyon bozukluğu kriterlerini karşılaması ve DDIS'in geri kalanında yüksek semptom profillerine sahip olması alışılmadık bir durum değildir: bu kişiler genellikle DSM-5 sistemi tarafından iyi sınıflandırılmayan kronik, karmaşık bir dissosiyatif bozukluğa sahiptir. Bu kişilere DKB'nin kısmi bir formuna (partial form of DID) sahip oldukları teşhisi konulabilir ve başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk olarak sınıflandırılabilirler,

ancak DSM-5 kuralları buna izin vermemektedir. DDIS'de dissosiyatif amnezi ve depersonalizasyon bozukluğu açısından pozitif ancak DKB açısından negatif olan deneklerin, aslında DKB'ye sahip olabilecekleri ve bu durumda DDIS'den yanlış negatif DKB tanısı almış olabilecekleri akılda tutulmalıdır.

3.5. İşlem

Mevcut çalışmayı İZÜ etik kurulu 13.03.2024 tarihinde onaylamıştır; 05.04.2024 tarihinde bulunan ildeki İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu araştırmanın bulunan ilin ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde yürütülmesine onay vermiştir; komisyon kararı gereği çalışmada hastane ismi gizli tutulmuştur. Etik izinler alındıktan sonra 05.04.2024-05.11.2024 tarihleri arasında veri toplama işlemi gerçekleştirilmiştir.

Ülkemizin en büyük ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinden biri olan bulunan ilin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde 5'i erkek, 4'ü kadın olmak üzere toplamda 9 kapalı psikiyatri servisinde ardışık olarak yatan, tedavi gören kısmi veya tam remisyondaki psikotik bozukluk tanılı 88 hastaya, 67 seansı bulan 118 saatlik bir veri toplama emeği ile mevcut çalışmanın ölçekleri uygulanmıştır. Erken taburculuk, işitme-konuşma problemi kaynaklı iletişim güçlükleri, soruları yanıtlamaktan vazgeçme vb. sebeplerle görüşmeye elverişli olmayan 37 hasta ile veri toplama işlemi tamamlanamamış, 51 hastadan veri toplanmıştır.

Sonuç olarak araştırmanın ilk aşamasında toplam 51 (21K, 30E) hastaya tüm araştırma ölçekleri uygulanmıştır. Araştırmanın ikinci aşamasında; yapılan klinik ölçümler sonrasında bu hastalar arasında DISQ'dan (Dissosiyasyon Ölçeği) 2.5'in üzerinde puan alarak klinik olarak anlamlı düzeyde patolojik dissosiyasyon sergilediği tespit edilen 7 (3K, 4E) hastayla Dissosiyatif Bozukluklar Görüşme Çizelgesi (DDIS) kullanılarak ayrıca bir tanısal görüşme yapılmıştır. Görüşmelerin öncesinde hastalara tanısal görüşmeye dair bilgilendirme yapılmış ve katılım için onayları alınmıştır.

Dolayısıyla iki aşamalı bir işlem gerçekleştirilmiştir. İlk aşamada araştırma kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılma hususunda gönüllü olan hastaların bilgilendirilmiş onamları alınmış ve ölçek formlarını cevaplandırmaları istenmiştir. İkinci aşamada ise, ilk aşamada *dissosiyatif psikoz* (Ross (2004)'un teorisindeki ifadeyle *dissosiyatif şizofreni*) özellikleri tespit edilen hastalara yapılandırılmış bir tanı koyma aracı olan DDIS uygulanmıştır.

3.6. Veri Analizi

Veriler IBM SPSS V23 ve SmartPLS V3 ile analiz edilmiştir. Normal dağılım Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. İki kategorili bağımsız gruplarda normal dağılım gösteren nicel verilerin karşılaştırılmasında Bağımsız iki örnek t testi kullanılmıştır. İki kategorili bağımsız gruplarda normal dağılım göstermeyen nicel verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi tercih edilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki bağlantının irdelenmesinde Monte Carlo düzeltilmeli Fisher Exact Testi, Yates düzeltmesi ve Fisher Exact testine başvurulmuştur. Çoklu karşılaştırmalara Bonferroni düzeltilmeli z testi ile bakılmıştır. Yordayıcı değişkenlerin yordanan değişken üzerindeki etkisi için Binary Lojistik Regresyon Analizi yapılmıştır. Nicel değişkenler arasındaki ilişki Spearman's rho korelasyon ile incelenmiştir. Yapısal modelin test edilmesinde Yapısal Eşitlik Modellemesinde Kısmi En Küçük Kareler yöntemi (PLS-SEM) kullanılmıştır. Nicel verilerin gösteriminde ortalama±standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum) kullanılırken, kategorik değişkenlerin gösteriminde n(%) kullanılmıştır. Önem düzeyi $p<0.05$ olarak alınmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde mevcut çalışma kapsamında incelenen psikotik bozukluk tanılı 51 hastanın klinik ve sosyodemografik bilgileri; araştırmada kullanılan ölçeklerin alt boyutlarıyla birlikte toplam puanlarına ve kesme puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler; Dissosiyasyon Ölçeği (DISQ) ile elde edilen puan düzeyine göre patolojik dissosiyasyonu olan ve olmayan psikotik gruplar arasındaki klinik farklara ilişkin bulgular sunulmuştur.

Gruplar arasında patolojik dissosiyasyon durumuna göre: nicel (yaş, hastaneye yatış sayısı, toplam hastalık süresi, kullanılan antipsikotik ilaç sayısı) ve kategorik (cinsiyet, kronik hastalık, daha önce hastaneye yatış, önceki tanı, geçmişte intihar girişimi, EKT deneyimi, yaygın komorbidite, polifarmasi, tedavi direnci) değişken değerlerinin; Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ); Olumsuz Çocukluk Yaşantıları Ölçeği (ACE), Borderline Kişilik Envanteri (BPI), Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL90-R) ve Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) ile elde edilen puanların karşılaştırılmasına ilişkin bulgular sunulmuştur.

Ayrıca, CTQ sonucuna göre çocukluk çağı travması bildiren ile bildirmeyen hastaların BPI, SCL90-R ve PANSS puanları bakımından klinik karşılaştırmalara ilişkin bulgular sunulmuştur. DISQ'nun alt boyut ve toplam puanlarının diğer ölçeklerin puanlarıyla olan korelasyon bulgularına yer verilmiştir. Bunlara ilaveten, çocukluk çağı travması ile pozitif psikoz belirtileri arasındaki yordayıcı ilişkide patolojik dissosiyasyonun aracı rolünü incelemek amacıyla yapısal eşitlik modellemesinde kısmi en küçük kareler yöntemi (PLS-SEM) kullanılarak yapılan analizin sonuçları sunulmuş ve patolojik dissosiyasyonu öngördürücü klinik faktörleri saptamak amacıyla yapılan lojistik regresyon analizinin bulgularına yer verilmiştir.

Son olarak, yapılan uzunlamasına klinik gözlem sonuçları ve patolojik dissosiyasyonu olan hastalara uygulanan Dissosiyatif Bozukluklar İçin Görüşme Çizelgesi (DDIS) raporu sunulmuş, yüksek düzeyde patolojik dissosiyasyon gösteren 7 hastada Ross (2004) tarafından önerilen *Dissosiyatif Şizofreni (295.40 Dissosiyatif Tip)* için karşılanan tanı kriterlerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Aynı zamanda patolojik dissosiyasyon göstermeyen hastaların bir kısmına ait ölçek puanları, demografik ve klinik bilgiler de karşılaştırma açısından sunulmuştur.

4.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgilere İlişkin Bulgular

Mevcut çalışmanın örneklemini, DSM-5'e göre psikotik bozukluğa sahip, yaş ortalaması 40.39 ± 12.29 yıl ve yaş aralığı 21-68 yıl olan 51 hastadan (30 erkek, 21 kadın) oluşmuştur. Veri toplama emeği bağlamında, her bir hasta ile ortalama 2.31 ± 0.86 saat klinik görüşme yapılmış, en az 1.31 ± 0.68 seans gerçekleştirilmiştir. Bunlarla birlikte, hastaların hastaneye yatış sayısına, toplam hastalık süresine, kullandığı antipsikotik ilaç sayısına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri tablo 4.1'de sunulmuştur.

Eğitim durumu bakımından, hastaların %51'i ilköğretim, %37.3'ü lise, %11.8'i ise üniversite düzeyinde olduğunu bildirmiştir. Hastaların %31.4'ü evlidir, %68.6'sı bekarıdır. Hastaların %72.6'sı ailesiyle yaşadığını, %27.5'i ise yalnız yaşadığını belirtmiştir. Hastalar arasında ekonomik durumu düşük olanların oranı %39.2 iken, orta olanların oranı %60.8'dir; kronik hastalığı olmayanların oranı %76.5 iken, kronik hastalığı olanların oranı %23.5'tir (Bknz. Tablo 4.1).

Hastaların %35.3'ü daha önce hastaneye yatmamış iken, %64.7'sinin daha önce hastaneye yatışı olmuştur. Hastaların %80.4'ü daha önce elektrokonvülsif tedavi (EKT) almamıştır, %19,6'sının ise EKT aldığı görülmüştür. Hastaların %17.7'sinde çoklu antipsikotik kullanımı yoktur, %82,4'ünde ise çoklu antipsikotik kullanımı tespit edilmiştir. Hastaların %84.3'ünün önceden aldığı bir tanısının olmadığı görülürken, %15.7'sinin mevcut tanıdan farklı olarak daha önceden aldığı bir tanının olduğu gözlemlenmiştir (Bknz. Tablo 4.1).

Hastaların %88.2'si geçmişte intihar girişiminde bulunmadığını, %11.8'i bulunduğunu bildirmiştir. Hastaların %82.4'ünde yaygın komorbidite gözlemlenmezken, %17.7'inde bu durum gözlemlenmiştir. Hastaların %19.6'sında polifarmasi mevcuttur: antipsikotiğe ilaveten anksiyolitik, antidepresan, antikonvülzan gibi tedaviler alarak çoklu tedavi görmektedir, %80.4'ünde ise polifarmasi durumu yoktur. Hastaların %84.3'ünde tedavi direnci olmadığı, %15.7'sinde ise tedavi direnci bulunduğu görülmüştür (Bknz. Tablo 4.1).

Tedaviye dirençli vakalar Semiz ve meslektaşlarının (2007) bildirdiği kriterlere göre seçilmiştir, buna göre tedaviye dirençli şizofrenide endikasyonu olduğu bilinen klozapin kullanımı, klinik olarak belirgin pozitif semptomların devam etmesi ve polifarmasi gibi kriterlerin karşılanması durumunda mevcut çalışmadaki hastalar tedaviye dirençli olarak değerlendirilmiştir (Bknz. Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Klinik ve sosyodemografik bilgilere ilişkin tanımlayıcı istatistikler

	Ortalama \pm SS	Ortanca (min-mak)
Yaş (yıl)	40.39 \pm 12.29	40 (21 - 68)
Hastalarla görüşme saati	2.31 \pm 0.86	2 (2 - 5)
Hastalarla yapılan seans sayısı	1.31 \pm 0.68	1 (1 - 4)
Hastaneye yatış sayısı	3.15 \pm 3.53	2 (1 - 20)
Toplam hastalık süresi (yıl)	11.94 \pm 8.72	10 (1 - 40)
Kullanılan antipsikotik sayısı	2.75 \pm 1.8	2 (1 - 12)
	Frekans	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	30	58.8
Kadın	21	41.2
Eğitim düzeyi		
İlköğretim	26	51
Lise	19	37.3
Üniversite	6	11.8
Medeni durum		
Evli	16	31.4
Bekar	35	68.6
Birlikte yaşama durumu		
Ailesiyle	37	72.6
Yalnız	14	27.5
Ekonomik durum		
Düşük	20	39.2
Orta	31	60.8
Kronik hastalık durumu		
Yok	39	76.5
Var	12	23.5
Daha önce hastane yatışı		
Yok	18	35.3
Var	33	64.7
EKT deneyimi ¹		
Yok	41	80.4
Var	10	19.6
Önceki tanı/lar durumu		
Yok	43	84.3
Var	8	15.7
Geçmiş intihar girişimi		
Yok	45	88.2
Var	6	11.8
Yaygın komorbidite ²		
Yok	42	82.4
Var	9	17.7
Polifarmasi ³		
Yok	41	80.4
Var	10	19.6
Tedavi direnci ⁴		
Yok	43	84.3
Var	8	15.7

¹Elektrokonvülsif tedavi alanların sayısı; ²SCL90-R puanlarına göre belirlenmiştir; ³Çoklu ilaç kullanımı (antipsikotiğe ilaveten anksiyolitik, antidepresan, antikonvülzan vb.); ⁴Semiz ve meslektaşlarının (2007) bildirdiği kriterlere göre belirlenmiştir.

4.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Alt Boyut Puanları, Toplam Puanları ve Kesme Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Mevcut çalışmada kullanılan ölçeklerin alt boyutları ve toplam puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve ölçeklerin güvenilirlik katsayıları (Cronbach's Alpha) Tablo 4.2'de ve Tablo 4.3'te sunulmuştur.

Tablo 4.2: Ölçek alt boyut ve toplam puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler

	Ortalama±s.sapma	Ortanca (min-mak)	Cronbach's Alpha
ACE¹ toplam	0.82 ± 1.49	0 (0 - 8)	0.739
CTQ²-Genel	38.08 ± 13.01	34 (25 - 123)	0.849
CTQ-Duygusal istismar	7.32 ± 3.48	6 (5 - 25)	0.807
CTQ-Fiziksel istismar	6.03 ± 3.03	5 (5 - 25)	0.900
CTQ-Cinsel istismar	6.41 ± 3.63	5 (5 - 25)	0.909
CTQ-Fiziksel ihmal	7.32 ± 2.85	6 (5 - 23)	0.589
CTQ-Duygusal ihmal	10.31 ± 4.7	9 (5 - 25)	0.855
SCL90-R-Genel³	1.07 ± 0.77	0.95 (0 - 3.68)	0.984
SCL-Somatizasyon	1 ± 0.83	0.83 (0 - 3.75)	0.915
SCL-Obsesyon	1.37 ± 0.89	1.3 (0 - 4)	0.886
SCL-Kişiler arası duyarlılık	1.18 ± 0.92	1 (0 - 4)	0.901
SCL-Depresyon	1.37 ± 0.96	1.25 (0 - 4)	0.920
SCL-Kaygı	0.88 ± 0.85	0.67 (0 - 4)	0.900
SCL-Öfke	0.99 ± 0.9	0.83 (0 - 4)	0.849
SCL-Fobi	0.66 ± 0.76	0.43 (0 - 4)	0.835
SCL-Paranoya	1.19 ± 0.93	1 (0 - 4)	0.828
SCL-Psikotizm	0.73 ± 0.75	0.5 (0 - 3.8)	0.877
SDQ⁴ toplam	28.78 ± 10.51	25 (20 - 75)	0.920

¹Olumsuz çocukluk yaşantıları ölçeği; ²Çocukluk çağı travmaları ölçeği; ³Psikolojik belirti tarama listesi-genel semptom indeksi; ⁴Somatoform dissosiyasyon ölçeği

Olumsuz Çocukluk Yaşantıları Ölçeği (ACE) Cronbach's alfası 0.739 olarak elde edilmiştir, ölçeğin oldukça güvenilir olduğu görülmüştür. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinin (CTQ) Cronbach's alfası 0.849 olarak hesaplanmıştır, bu da ölçeğin diğer alt testlerinde görüldüğü gibi oldukça yüksek güvenilirliktedir. CTQ'nun alt ölçeklerinden Cinsel İstismar alt ölçeği 0.909 ile en yüksek Cronbach's alfa değeri göstermiştir. Somatoform Dissosiyasyon Ölçeğinin (SDQ) Cronbach's alfası 0.920 olarak bulunmuştur, bu ölçeğin de güvenilirliği oldukça yüksektir. Psikolojik Belirti Tarama Listesi Genel Semptom İndeksi (SCL90-R-GSİ) için Cronbach's alfa değeri 0.984 olarak elde edilmiştir ki bu sonuç da yüksek güvenilirliğe işaret etmektedir. SCL90-R'ye ait alt ölçeklerin Cronbach's alfa değerlerinin 0.838-0.920 arasında değiştiği görülmüştür. Çalışmada kullanılan tüm ölçeklerin alt boyutlarıyla birlikte güvenilirlik düzeylerinin yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Bknz. Tablo 4.2).

Aşağıda yer verilen Tablo 4.3'te, örnekleme kullanılan diğer ölçeklerin iç tutarlılıklarını değerlendiren Cronbach's Alpha değerleri sunulmuş, mevcut çalışmada kullanılan klinik araçların güvenilirliği gösterilmiştir.

Tablo 4.3: Ölçklere Ait Cronbach's Alpha değerleri

	Cronbach's Alpha
Pozitif negatif sendrom ölçeği toplam (PANSS)	0.801
PANSS-Pozitif belirti	0.757
PANSS-Negatif belirti	0.777
PANSS-Genel Psikopatoloji	0.712
Dissosiyasyon ölçeği toplam (DISQ)	0.978
DISQ-Kimlik konfüzyonu	0.954
DISQ-Kontrol kaybı	0.927
DISQ-Amnezi	0.888
DISQ-Absorpsiyon	0.862
Borderline kişilik envanteri toplam (BPI)	0.947

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) toplam puanı için Cronbach's Alpha değeri 0.801 olarak hesaplanmış; ölçeğin genel iç tutarlılığının yüksek olduğu ve pozitif ($\alpha = 0.757$), negatif ($\alpha = 0.777$) ve genel psikopatoloji ($\alpha = 0.712$) alt boyutlarıyla birlikte klinik değerlendirmelerde güvenilir bir araç olduğu görülmüştür. Bu değerlerle, PANSS'in psikotik bozukluk tanılı hastalarda psikotik belirtileri ölçmedeki tutarlılığının desteklendiği ifade edilebilmektedir (Bknz. Tablo 4.3).

Dissosiyasyon Ölçeği (DISQ) toplam puanı için Cronbach's Alpha değeri 0.978 ile son derece yüksek bir iç tutarlılık elde edilmiş, ölçeğin dissosiyatif belirtileri (kimlik konfüzyonu $\alpha = 0.954$, kontrol kaybı $\alpha = 0.927$, amnezi $\alpha = 0.888$, absorpsiyon $\alpha = 0.862$) ölçmedeki güvenilirliği görülmüştür. Bu yüksek değer, DISQ'nun patolojik dissosiyasyonun değerlendirilmesinde güçlü bir araç olduğunu gösterdiği söylenebilmektedir.

Borderline Kişilik Envanteri (BPI) toplam puanı için Cronbach's Alpha değeri ise 0.947 olarak elde edilmiş ve bu değer de oldukça güvenilir bulunmuştur (Bknz. Tablo 4.3).

Aşağıda yer verilen Tablo 4.4'te mevcut araştırma kapsamında kullanılan dissosiyasyon ölçeği (DISQ), somatoform dissosiyasyon ölçeği (SDQ), çocukluk çağı travmaları ölçeği (CTQ), olumsuz çocukluk yaşantıları ölçeği (ACE), borderline kişilik envanteri (BPI), pozitif ve negatif sendrom ölçeği (PANSS) gibi klinik araçların kesme puanlarına ilişkin dağılımları sunulmuştur.

Tablo 4.4: Ölçek kesme puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler

	Frekans	Yüzde
Dissosiyasyon ölçeği puanı (DISQ)		
Patolojik düzeyde olmayanlar (<2.5)	44	86.3
Patolojik düzeyde olanlar (>2.5)	7	13.7
Somatoform dissosiyasyon ölçeği (SDQ)		
Patolojik düzeyde olmayanlar (<30)	34	66.7
Patolojik düzeyde olanlar (>30)	17	33.3
Çocukluk çağı travmaları ölçeği (CTQ)		
Düşük (<35)	20	39.2
Yüksek (35 ve üzeri)	31	60.8
Olumsuz çocukluk yaşantıları ölçeği (ACE)		
1 puan	12	23.5
2 puan	8	15.7
3 puan	5	9.8
4 ve üzeri puan	26	51
Borderline kişilik envanteri (BPI)		
Borderline kişilik özelliği göstermeyenler (<20)	17	33.3
Borderline kişilik özelliği gösterenler (>20)	34	66.7
Pozitif ve negatif sendrom düzeyi (PANSS)		
Sınırdaki psikoz (48-60 puan)	4	7.8
Hafif derecede psikoz (61-78 puan)	17	33.3
Orta derecede psikoz (79-95 puan)	21	41.2
Ağır derecede psikoz (96-118 puan)	9	17.7

Psikoform dissosiyasyonu değerlendiren DISQ puanlarına göre, patolojik düzeyde dissosiyasyon gösteren hasta oranı %13.7 (n = 7) olarak bulunmuştur; bu çalışmadaki hastaların büyük çoğunluğunun (%86.3, n = 44) patolojik dissosiyasyon göstermediği saptanmıştır. Somatoform dissosiyasyonu değerlendiren SDQ puanlarına göre ise, hastaların %33.3'ünde (n=17) yüksek düzeyde somatoform dissosiyasyon görülmüştür. CTQ puanlarına göre, hastaların %60.8'inin (n = 31) yüksek düzeyde çocukluk çağı travması bildirdiği tespit edilmiştir. CTQ'dan farklı olarak ev içi işlev bozukluğundan kaynaklanan travmatik yaşantıları da değerlendiren ACE puanlarına göre ise hastaların %51'i (n=26) çocukluk çağında olumsuz yaşantılara maruz kalmıştır. BPI puanlarına göre ise hastaların %66.7'si (n=34) ise borderline kişilik özelliği sergilemiştir. PANSS puan dağılımına bakıldığında, hastaların %33.3'ünün (n=17) hafif derecede, %41.2'sinin (n=21) orta derecede ve %17.7'sinin (n=9) ise ağır derecede psikoz gösterdiği saptanmıştır. Çalışmada normal düzeyde PANSS puanı (<48) gösteren hastaya rastlanmamıştır ki bu da örneklemin klinik olarak belirgin psikoz sergileyen hastalardan oluştuğunu ortaya koymuştur (Bknz. Tablo 4.4).

Pozitif ve negatif sendrom düzeylerindeki gruplandırma daha önce Leucht, Kane, Kissling, Hamann, Etschel ve Engel (2005) tarafından yapılan bir çalışmada değerlendirildiği gibi yapılmıştır.

Leucht ve meslektaşları (2005) <48 olan PANSS puanlarını normal düzey olarak rapor etmiş, 48-60 puan arasını sınırdaki, 61-78 puan arasını hafif, 79-95 puan arasını orta ve 96-118 puan arasını ağır psikoz olarak tanımlamıştır (Bknz. Tablo 4.4).

4.3. Patolojik Dissosiyasyon Durumuna Göre Şizofreni Gruplarında Görülen Klinik Farklara İlişkin Bulgular

Mevcut çalışmada yatarak tedavi gören şizofreni tanılı hastalar (n=51), gösterdikleri patolojik dissosiyasyon düzeylerine göre *dissosiyatif psikoz grubu* ve *non-dissosiyatif psikoz grubu* şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Patolojik dissosiyasyon sergileyerek *dissosiyatif psikoz grubuna* giren hastalar (DISQ > 2.5, n = 7, %13.7) ile patolojik dissosiyasyon sergilemeyerek *non-dissosiyatif psikoz grubuna* giren hastaların (DISQ ≤ 2.5, n=44, %86.3) istatistiksel manada anlamlı düzeyde birbirinden farklılaşp farklılaşmadığı çeşitli analizlerle incelenmiştir. Gruplarda görülen klinik farklılıklara ilişkin elde edilen bulgular izleyen başlıklar altında sunulmuştur.

4.3.1. Patolojik Dissosiyasyon Durumuna Göre Şizofreni Gruplarının Nicel Değişken Değerlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Dissosiyatif psikoz grubu ile non-dissosiyatif psikoz grubu yaş, hastaneye yatış sayısı, toplam hastalık süresi, kullanılan antipsikotik ilaç sayısı bakımından karşılaştırılmıştır. Bu iki grubun söz konusu nicel değişken değerleri açısından farklı olup olmadığı incelenmiştir. Yapılan analizlerde, verilerin dağılımına bağlı olarak bağımsız iki örnek t testi (bağımsız gruplar t testi) ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Elde edilen analiz sonuçları Tablo 4.5'te sunulmuştur.

Tablo 4.5: Patolojik dissosiyasyon durumuna göre nicel değişken değerlerinin karşılaştırılması

	Patolojik Dissosiyasyon		Toplam	Test İstatistiği	P
	Yok (n=44)	Var (n=7)			
Yaş	41.59 ± 12.61 41.5 (21 - 68)	32.86 ± 6.57 30 (25 - 43)	40.39 ± 12.29 ^a 40 (21 - 68) ^b	1.784 ^x	0.081
Hastaneye yatış sayısı	2.39 ± 1.62 2 (1 - 8)	6.71 ± 6.99 5 (1 - 20)	3.15 ± 3.53 2 (1 - 20)	80.000 ^y	0.218
Toplam hastalık süresi (yıl)	12.8 ± 9.58 10 (1 - 40)	8.86 ± 3.34 9 (3 - 13)	11.94 ± 8.72 10 (1 - 40)	74.000 ^y	0.562
Kullanılan antipsikotik sayısı	2.34 ± 1.03 2 (1 - 6)	5.29 ± 3.25 5 (2 - 12)	2.75 ± 1.8 2 (1 - 12)	42.500 ^y	0.001*

^x Bağımsız iki örnek t testi; ^y Mann Whitney U testi; ^a Ortalama ± standart sapma; ^b Ortanca (minimum-maksimum); *p<0.05

Dissosiyatif psikoz grubu ile non-dissosiyatif psikoz grubunun yaş değişken değerleri t testi ile karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonucunda dissosiyatif psikoz grubunda yer alan hastaların yaş değişken değerlerinin ($Ort. = 32.86 \pm SS = 6.57$), karşılaştırma grubu olarak non-dissosiyatif psikoz grubunda yer alan hastalarinkinden ($Ort. = 41.59 \pm SS = 12.61$) istatistiksel manada anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür. Yani, dissosiyatif psikoz grubundaki hastaların yaş ortalamasının non-dissosiyatif psikoz grubundakilerden bir miktar düşük olduğu gözlemlense de aradaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı olmadığından patolojik dissosiyasyonun hastaların yaşıyla bağlantısı olmadığı söylenebilmektedir (Bknz. Tablo 4.5).

Dissosiyatif psikoz grubu ile non-dissosiyatif psikoz grubunun hastaneye yatış sayısı, toplam hastalık süresi ve kullanılan antipsikotik ilaç sayısı puanları açısından farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Grupların hastaneye yatış sayısı açısından birbirinden farklı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, dissosiyatif psikoz grubunun hastaneye yatış sayısı puanlarının ($Ortanca = 5$) non-dissosiyatif psikoz grubunun puanlarından ($Ortanca = 2$) istatistiksel manada anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür ($U = 80.000$; $p = 0.218$). Dissosiyatif psikoz grubundaki hastaların hastaneye yatış sayısının daha fazla olduğu gözlemlense de elde edilen sonuca göre bunun istatistiksel manada anlamlı bir farklılığa işaret etmediği söylenebilmektedir. Yani hastaneye yatış sayısı patolojik dissosiyasyon ile bağlantılı bulunmamıştır (Bknz. Tablo 4.5).

Grupların toplam hastalık süresi açısından birbirinden farklı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, dissosiyatif psikoz grubunun toplam hastalık süresi puanlarının ($Ortanca = 9$) non-dissosiyatif psikoz grubunun puanlarından ($Ortanca = 10$) istatistiksel manada anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür ($U = 74.000$, $p = 0.562$).

Grupların kullanılan antipsikotik ilaç sayısı puanlarında farklılık olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, dissosiyatif psikoz grubunun kullanılan antipsikotik ilaç sayısı puanlarının ($Ortanca = 5$) non-dissosiyatif psikoz grubunun puanlarından ($Ortanca = 2$) istatistiksel manada anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($U = 42.500$, $p = 0.001$). Patolojik dissosiyasyon yaşayan şizofreni hastalarının daha fazla antipsikotik ilaç kullandığı söylenebilmektedir (Bknz. Tablo 4.5).

4.3.2. Patolojik Dissosiyasyon Durumu ile Kategorik Değişkenlerin Bağlantısına İlişkin Bulgular

Mevcut çalışmada şizofreni tanılı yatan hastalar (n=51), gösterdikleri patolojik dissosiyasyon düzeylerine göre *dissosiyatif psikoz grubu (n=7)* ve *non-dissosiyatif psikoz grubu (n=44)* şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Hastaların sergilediği patolojik dissosiyasyon (*DISQ > 2.5: patolojik dissosiyasyon var; DISQ ≤ 2.5: patolojik dissosiyasyon yok*) ile kategorik değişkenler (cinsiyet, kronik hastalık durumu, daha önce hastaneye yatış, önceki tanı durumu, geçmişte intihar girişimi, EKT deneyimi, yaygın komorbidite, polifarmasi ve tedavi direnci) arasında bir bağlantı olup olmadığını anlamak amacıyla Fisher Exact testi kullanılmıştır. Yapılan analizler sonucunda patolojik dissosiyasyonun belirtilen klinik özelliklerle olan ilişkisine yönelik elde edilen bulgular Tablo 4.6’da sunulmuştur.

Tablo 4.6: Patolojik dissosiyasyon durumu ile kategorik değişkenlerin bağlantısı

	Patolojik Dissosiyasyon Durumu			Test istatistiği ^x	P
	Yok (n=44)	Var (n=7)	Toplam		
Cinsiyet					
Erkek	26 (86.7)	4 (13.3)	30 (58.8)	--	1.000
Kadın	18 (85.7)	3 (14.3)	21 (41.2)		
Kronik hastalık durumu					
Yok	35 (89.7)	4 (10.3)	39 (76.5)	--	0.334
Var	9 (75)	3 (25)	12 (23.5)		
Daha önce hastaneye yatış					
Yok	15 (83.3)	3 (16.7)	18 (35.3)	--	0.686
Var	29 (87.9)	4 (12.1)	33 (64.7)		
Önceki tanı/lar durumu					
Yok	42 (97.7)	1 (2.3)	43 (84.3)	--	<0.001*
Var	2 (25)	6 (75)	8 (15.7)		
Geçmişte intihar girişimi					
Yok	43 (95.6)	2 (4.4)	45 (88.2)	--	<0.001*
Var	1 (16.7)	5 (83.3)	6 (11.8)		
EKT deneyimi ¹					
Yok	37 (90.2)	4 (9.8)	41 (80.4)	--	0.126
Var	7 (70)	3 (30)	10 (19.6)		
Yaygın komorbidite ²					
Yok	42 (100)	0 (0)	42 (82.4)	--	<0.001*
Var	2 (22.2)	7 (77.8)	9 (17.6)		
Polifarmasi ³					
Yok	40 (97.6)	1 (2.4)	41 (80.4)	--	<0.001*
Var	4 (40)	6 (60)	10 (19.6)		
Tedavi direnci ⁴					
Yok	43 (100)	0 (0)	43 (84.3)	--	<0.001*
Var	1 (12.5)	7 (87.5)	8 (15.7)		

¹Elektrokonvülsif tedavi alanların sayısı; ²SCL90-R puanlarına göre belirlenmiştir; ³Çoklu ilaç kullanımı (antipsikotiğe ilaveten anksiyolitik, antidepresan, antikonvülzan vb.); ⁴Semiz ve meslektaşlarının (2007) bildirdiği kriterlere göre belirlenmiştir; ^xFisher Exact testi; n(%); *p<0.05

Mevcut çalışmadaki erkek hastaların %13.3'ünde (n = 4); kadın hastaların ise %14.3'ünde (n= 3) patolojik dissosiyasyon olduğu tespit edilmiştir. Fisher Exact testi kullanılarak patolojik dissosiyasyonun cinsiyetle bir ilişkisi olup olmadığı kontrol edildiğinde, patolojik dissosiyasyon ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bağlantı olmadığı görülmüştür ($p=1.000$). Başka bir ifadeyle, erkek veya kadın olmanın patolojik dissosiyasyon ile bir bağlantısı bulunmamıştır.

Mevcut çalışmada kronik hastalığı olanların %25'inde (n=3); kronik hastalığı olmayanların ise %10.3'ünde (n=4) patolojik dissosiyasyon olduğu görülmüştür. Kronik hastalığı olanlarda patolojik dissosiyasyonun bir miktar daha fazla olduğu görülse de Fisher Exact testinin sonucuna göre patolojik dissosiyasyon ile kronik hastalık arasında istatistiksel manada anlamlı bir bağlantı bulunmamıştır ($p=0.334$).

Daha önce hastane yatışı olanların %12.1'inde (n=4); daha önce hastane yatışı olmayanların ise %16.7'sinde (n=3) patolojik dissosiyasyon olduğu saptanmıştır. Patolojik dissosiyasyonun daha önce hastane yatışı durumuyla bir bağlantısı olup olmadığı incelendiğinde, patolojik dissosiyasyon ile daha önce hastane yatışı durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bağlantı olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.686$).

İncelenen şizofreni hastaları arasında daha önce mevcut tanısından farklı bir tanı almış olanların %75'inde (n=6) patolojik dissosiyasyon olduğu görülürken, daha önce mevcut tanısından farklı bir tanı almamış olanların yalnızca %2.3'ünde (n=1) patolojik dissosiyasyon olduğu görülmüştür. Patolojik dissosiyasyonun önceki tanı durumuyla bir bağlantısı olup olmadığına bakıldığında, Fisher Exact testinin sonucuna göre patolojik dissosiyasyon ile önceki tanı durumu arasında istatistiksel manada anlamlı bir bağlantı bulunmuştur ($p<0.001$). Diğer bir ifadeyle, daha önce psikiyatrik tanı almış olmakla patolojik dissosiyasyon arasında güçlü bir bağlantı mevcuttur, eğer bir hasta daha önce bir psikiyatrik tanı aldıysa, patolojik dissosiyasyonun görülme ihtimalinin çok yüksek olduğu söylenebilmektedir.

Geçmişte intihar girişiminde bulunduğunu bildiren şizofreni tanılı hastaların %83.3'ünde (n=5) patolojik dissosiyasyona rastlanırken, geçmişte intihar girişiminde bulunmadığını bildiren şizofreni tanılı hastaların yalnızca %4.4'ünde (n=2) patolojik dissosiyasyon görülmüştür. Patolojik dissosiyasyonun intihar girişimiyle bir bağlantısı olup olmadığı incelendiğinde, patolojik dissosiyasyon ile geçmiş intihar girişimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir bağlantı olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Yani,

geçmişte intihar girişiminde bulunmakla patolojik dissosiyasyon arasında güçlü bir bağlantı mevcuttur, eğer bir hasta intihar girişimi öyküsüne sahipse bu hastada patolojik dissosiyasyonun görülme ihtimalinin çok yüksek olduğu ifade edilebilmektedir. EKT açısından bakıldığında, Fisher Exact testinin sonucuna göre patolojik dissosiyasyon ile EKT deneyimi arasında istatistiksel manada anlamlı bir bağlantı olmadığı görülmüştür ($p=1.000$).

Yaygın komorbidite sergileyen şizofreni hastalarının %77.8'inde ($n=7$) patolojik dissosiyasyon görülürken, yaygın komorbiditesi olmayıp patolojik dissosiyasyon gösteren şizofreni hastasına ($n=0$) rastlanmamıştır. Patolojik dissosiyasyonun yaygın komorbidite durumuyla bir bağlantısı olup olmadığı Fisher Exact testi ile incelendiğinde, patolojik dissosiyasyon ile yaygın komorbidite durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir bağlantı olduğu görülmüştür ($p<0.001$). Başka bir ifadeyle, yaygın komorbiditeye sahip olmakla patolojik dissosiyasyon arasında güçlü bir bağlantı mevcuttur, eğer bir hasta yaygın komorbidite gösteriyorsa bu hastada patolojik dissosiyasyona rastlanabileceği söylenebilmektedir.

Polifarmasi durumu olan şizofreni hastalarının %60'ında ($n=6$) patolojik dissosiyasyon bulunurken, polifarmasi durumu olmayanların yalnızca %2.4'ünde ($n=1$) patolojik dissosiyasyon olduğu görülmüştür. Patolojik dissosiyasyonun polifarmasi durumuyla bir bağlantısı olup olmadığına bakıldığında, Fisher Exact testinin sonucuna göre patolojik dissosiyasyon ile polifarmasi durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bağlantıya rastlanmıştır ($p<0.001$). Bu sonuç, antipsikotiğe ilaveten anksiyolitik, antidepresan gibi farklı türdeki tedavilerin aynı anda alınmasıyla patolojik dissosiyasyon arasında güçlü bir bağlantı olduğunu göstermektedir, şayet bir hastanın polifarmasi durumu söz konusuysa bu hastada patolojik dissosiyasyon bulunma ihtimalinin yüksek olduğu söylenebilmektedir.

Mevcut çalışmada tespit edilen tedaviye dirençli şizofreni hastalarının %87.5'inde ($n=7$) patolojik dissosiyasyon görülürken, tedaviye dirençli şizofreni kategorisine girmeyen hastalarda görülen patolojik dissosiyasyon oranı %0 olarak elde edilmiştir. Patolojik dissosiyasyonun tedavi direnciyle bir bağlantısı olup olmadığı Fisher Exact testi ile incelendiğinde, patolojik dissosiyasyon ile tedavi direnci arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir bağlantı olduğu görülmüştür ($p<0.001$). Başka bir ifadeyle, tedavi direncine sahip olmanın patolojik dissosiyasyon ile güçlü bir bağlantısı olduğu söylenebilmektedir.

4.3.3. Patolojik Dissosiyasyon Durumuna Göre Şizofreni Gruplarının Travma Düzeyinin CTQ ve ACE ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Mevcut çalışmada yatarak tedavi gören şizofreni hastaları (n=51), sergiledikleri patolojik dissosiyasyon düzeylerine göre *dissosiyatif psikoz grubu* (n=7) ve *non-dissosiyatif psikoz grubu* (n=44) şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Bu iki grubun çocukluk çağı travmaları açısından farklı olup olmadığı incelenmiştir.

Hastaların çocukluk çağı travmalarını ölçmek amacıyla çocukluk çağı travmaları ölçeği (CTQ) kullanılmıştır. CTQ' nun toplam ve alt boyut (duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal) puanları iki grup arasında Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgular Tablo 4.7'de sunulmuştur.

Tablo 4.7: Patolojik dissosiyasyonun varlığına göre çocukluk çağı travmaları ölçeğinden (CTQ) elde edilen puanların karşılaştırılması

	Patolojik Dissosiyasyon Durumu			Test İstatistiği	p
	Yok (n=44)	Var (n=7)	Toplam		
CTQ ¹ -Duygusal istismar	8.16 ± 3.29 7 (5 - 17)	15.14 ± 5.27 14 (8 - 21)	9.12 ± 4.31 ^a 8 (5 - 21) ^b	36.500 ^x	0.001*
CTQ-Fiziksel istismar	6.61 ± 4.12 5 (5 - 25)	12.29 ± 7.11 12 (5 - 21)	7.39 ± 4.96 5 (5 - 25)	75.000 ^x	0.011*
CTQ-Cinsel istismar	6.05 ± 2.43 5 (5 - 15)	10.71 ± 5.47 10 (5 - 18)	6.69 ± 3.36 5 (5 - 18)	68.000 ^x	0.002*
CTQ-Fiziksel ihmal	8 ± 2.91 7.5 (5 - 16)	8.86 ± 3.08 7 (5 - 13)	8.12 ± 2.92 7 (5 - 16)	123.000 ^x	0.391
CTQ-Duygusal ihmal	9.84 ± 4.18 8 (5 - 20)	13.43 ± 4.69 13 (6 - 20)	10.33 ± 4.38 9 (5 - 20)	87.500 ^x	0.067
CTQ-Genel	38.91 ± 12.84 35.5 (26 - 87)	60.86 ± 19.84 63 (32 - 83)	41.92 ± 15.72 37 (26 - 87)	53.000 ^x	0.006*

¹Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği; ^xMann Whitney U testi; ^aOrtalama±standart sapma; ^bOrtanca (minimum-maksimum); *p<0.05

Dissosiyatif psikoz grubu ile non-dissosiyatif psikoz grubunun duygusal istismar puanları açısından birbirinden farklı olup olmadığını anlamak için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre dissosiyatif psikoz grubunun duygusal istismar puanlarının (*Ortanca* = 14) non-dissosiyatif psikoz grubunun puanlarından (*Ortanca* = 7) istatistiksel manada anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($U = 36.500, p = 0.001$). Patolojik dissosiyasyon yaşayan şizofreni hastalarının (dissosiyatif psikoz grubu) çocukluklarında duygusal istismara, patolojik dissosiyasyon yaşamayan şizofreni hastalarına göre daha fazla maruz kaldığı söylenebilmektedir.

Dissosiyatif psikoz grubu ile non-dissosiyatif psikoz grubunun fiziksel istismar puanlarında farklılık olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, dissosiyatif psikoz grubunun fiziksel istismar puanlarının (*Ortanca* = 12) non-dissosiyatif psikoz grubunun puanlarından (*Ortanca* = 5) istatistiksel bakımdan anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($U = 75.000, p = 0.011$). Patolojik dissosiyasyon yaşayan şizofreni hastalarının çocukluklarında fiziksel istismara daha fazla maruz kaldığı ifade edilebilmektedir.

Grupların cinsel istismar puanlarında farklılık olup olmadığını görmek için yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, dissosiyatif psikoz grubunun cinsel istismar puanlarının (*Ortanca* = 10) non-dissosiyatif psikoz grubunun puanlarından (*Ortanca* = 5) istatistiksel manada anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($U = 68.000, p = 0.002$). Patolojik dissosiyasyon yaşayan şizofreni hastalarının çocukluklarında cinsel istismara daha fazla maruz kaldığı görülmüştür.

Grupların fiziksel ihmal puanları açısından birbirinden farklı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, dissosiyatif psikoz grubunun fiziksel ihmal puanlarının (*Ortanca* = 7) non-dissosiyatif psikoz grubunun puanlarından (*Ortanca* = 7.5) istatistiksel manada anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür ($U = 123.000, p = 0.391$). İki grubun fiziksel ihmal puanlarının hemen hemen aynı olduğu gözlemlense de istatistiksel anlamlılık olmadığından fiziksel ihmal, patolojik dissosiyasyon ile bağlantılı bulunmamıştır.

Grupların duygusal ihmal puanlarında farklılık olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, dissosiyatif psikoz grubunun duygusal ihmal puanlarının (*Ortanca* = 13) non-dissosiyatif psikoz grubunun puanlarından (*Ortanca* = 8) istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmadığı görülmüştür ($U = 87.500, p = 0.067$). Patolojik dissosiyasyon yaşayan şizofreni hastalarının çocukluklarında duygusal ihmale biraz daha fazla maruz kaldığı gözlemlense de bunun da istatistiksel açıdan bir anlamlılık taşımadığı söylenebilmektedir.

Grupların genel travma puanları açısından birbirinden farklı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, dissosiyatif psikoz grubunun genel travma puanlarının (*Ortanca* = 63) non-dissosiyatif psikoz grubunun puanlarından (*Ortanca* = 35.5) istatistiksel manada anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($U = 53.000, p = 0.006$).

Patolojik Dissosiyasyon Durumuna Göre ACE Düzeyinin Karşılaştırılması

Mevcut çalışmada CTQ ile benzerliği bulunsa da daha geniş bir olumsuz çocukluk yaşantı yelpazesini değerlendirdiği için ACE ölçeği de grupların travma düzeyinin incelenmesi sürecine dahil edilmiştir. ACE, 3 türü çocuk istismarını (fiziksel, cinsel ve duygusal istismar) ve 4 türü ev içi işlev bozukluğunu (yakın partner şiddetinin olduğu, aile üyelerinden birinin ruh sağlığı sorunlarının veya madde kullanım sorununun bulunduğu ya da bir bakıcının veya yetişkinin hapsedildiği bir evde büyümeyi) içeren travmatik yaşantıları taramaktadır (Felitti vd., 1998).

Dissosiyatif psikoz grubu ile non-dissosiyatif psikoz grubunun ACE puanları açısından birbirinden farklı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, dissosiyatif psikoz grubunun ACE puanlarının (*Ortanca* = 6) non-dissosiyatif psikoz grubunun puanlarından (*Ortanca* = 2) istatistiksel manada anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($U = 54.5, p = 0.006$), elde edilen analiz sonucu tablo 4.8’de sunulmuştur.

Tablo 4.8: Patolojik dissosiyasyon durumuna göre ACE puanlarının karşılaştırılması

	Patolojik Dissosiyasyon durumu (Ort.±SS)			Test İstatistiği	p
	Yok (n=44)	Var (n=7)	Toplam		
ACE ¹ toplam	2.41 ± 2.41	5.43 ± 2.7	2.82 ± 2.64 ^a	54.5 ^x	0.006*
	2 (0 - 10)	6 (2 - 10)	2 (0 - 10) ^b		

¹Çocukluk çağı olumsuz yaşantılar ölçeği; ^xMann Whitney U testi; ^aOrtalama± standart sapma; ^bortanca (minimum-maksimum); n(%); *p<0.05

Elde edilen sonuca göre, patolojik dissosiyasyon yaşayan şizofreni hastalarının 18 yaşından önce madde bağımlısı ebeveynlerle yaşamak, ruhsal bozukluğu olan kişilerle birlikte yaşamak, ebeveynin ayrılması, terk etmesi veya boşanması, anne/baba şiddetine tanık olmak veya bir aile üyesinin hapsedilmesi gibi farklı ev içi işlev bozukluklarına daha fazla maruz kaldığı söylenebilmektedir.

4.3.4. Patolojik Dissosiyasyon Durumuna Göre Borderline Kişilik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Dissosiyatif psikoz grubu ile non-dissosiyatif psikoz grubunun, borderline kişilik özellikleri açısından farklı olup olmadığı incelenmiştir. Borderline kişilik özelliklerini ölçmek amacıyla Borderline Kişilik Envanteri (BPI) kullanılmıştır. BPI’ nın puanları iki grup arasında Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır (Bknz. Tablo 4.9).

Tablo 4.9: Patolojik dissosiyasyon durumuna göre borderline kişilik envanterine ait puanların karşılaştırılması

	Patolojik Dissosiyasyon Durumu (Ort.±SS)			Test İstatistiği	P
	Yok (n=44)	Var (n=7)	Toplam		
BPI ¹	12.73 ± 9.44 11.5 (1 - 41)	35.43 ± 8.44 32 (23 - 46)	15.84 ± 12.14 ^a 13 (1 - 46) ^b	11.000 ^x	<0.001*

¹ Borderline Kişilik Envanteri toplam puanı; ^x Mann Whitney U testi; ^a Ortalama± standart sapma; ^b Ortanca (minimum-maksimum); n(%), *p<0.05

Grupların borderline kişilik özellikleri puanları açısından birbirinden farklı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, dissosiyatif psikoz grubunun borderline kişilik özellikleri puanlarının (*Ortanca* = 32) non-dissosiyatif psikoz grubunun puanlarından (*Ortanca* = 11.5) istatistiksel manada anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($U = 11.000, p < 0.001$).

4.3.5. Patolojik Dissosiyasyon Durumuna Göre SCL90-R Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Dissosiyatif psikoz grubu ile non-dissosiyatif psikoz grubunun SCL90-R genel ve alt ölçek puanlarında farklılık olup olmadığını incelemek maksadıyla Mann-Whitney U testi ile gruplar karşılaştırılmıştır (Bknz. Tablo 4.10).

Tablo 4.10: Patolojik dissosiyasyon durumuna göre SCL90-R'ye ait puanların karşılaştırılması

	Patolojik Dissosiyasyon Durumu (Ort.±SS)			Test İstatistiği	P
	Yok (n=44)	Var (n=7)	Toplam		
SCL-Som ¹	0.69 ± 0.75 ^a 0.5 (0 - 3.33)	2.6 ± 1.11 3.33 (1 - 3.75)	0.95 ± 1.04 ^a 0.58 (0 - 3.75) ^b	22.000 ^x	<0.001*
SCL- Obsesyon	0.73 ± 0.75 0.45 (0 - 3.5)	2.36 ± 0.92 2.5 (0.9 - 3.8)	0.95 ± 0.95 0.7 (0 - 3.8)	25.000 ^x	<0.001*
SCL-KD ²	0.96 ± 0.87 0.84 (0 - 4)	2.56 ± 1 2.11 (1.22 - 3.89)	1.18 ± 1.04 0.89 (0 - 4)	30.500 ^x	0.001*
SCL- Depresyon	1.24 ± 1 1 (0 - 3.33)	2.87 ± 0.99 3.33 (0.83 - 3.67)	1.46 ± 1.14 1.17 (0 - 3.67)	35.500 ^x	0.001*
SCL-Kaygı	0.7 ± 0.83 0.44 (0 - 2.78)	2.67 ± 1.28 3.22 (0.44 - 3.89)	0.97 ± 1.12 0.44 (0 - 3.89)	33.000 ^x	0.001*
SCL-Öfke	0.52 ± 0.66 0.33 (0 - 2.33)	2.19 ± 1.4 2.17 (0 - 4)	0.75 ± 0.97 0.33 (0 - 4)	45.500 ^x	0.002*
SCL-Fobi	0.53 ± 0.65 0.29 (0 - 2.14)	1.98 ± 1.3 1.57 (0.14 - 4)	0.73 ± 0.9 0.29 (0 - 4)	44.500 ^x	0.002*
SCL- Paranoya	1.1 ± 0.91 1.33 (0 - 3.67)	2.33 ± 0.94 2.83 (1 - 3.5)	1.27 ± 1 1.33 (0 - 3.67)	60.000 ^x	0.01*
SCL- Psikotizm	0.66 ± 0.73 0.4 (0 - 3.3)	2.21 ± 1.2 1.8 (0.2 - 3.7)	0.87 ± 0.96 0.5 (0 - 3.7)	42.500 ^x	0.002*
SCL-GSİ ³	0.81 ± 0.58 0.72 (0.04 - 2.13)	2.42 ± 0.99 2.67 (0.64 - 3.68)	1.03 ± 0.85 0.76 (0.04 - 3.68)	25.000 ^x	<0.001*

¹SCL-somatizasyon alt ölçeği; ²SCL-kişilerarası duyarlılık alt ölçeği; ³SCL-genel semptom indeksi; ^x Mann Whitney U testi; ^a Ortalama± standart sapma; ^b Ortanca (minimum-maksimum); *p<0.05

Dissosiyatif psikoz grubu ile non-dissosiyatif psikoz grubunun Somatizasyon puanlarında farklılık olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, dissosiyatif psikoz grubunun Somatizasyon puanlarının ($Ortanca = 3.33$) non-dissosiyatif psikoz grubunun puanlarından ($Ortanca = 0.5$) istatistiksel manada anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($U = 22.000, p < 0.001$). Patolojik dissosiyasyon yaşayan şizofreni hastalarının diğer gruba göre daha fazla somatik yakınmaları olduğu söylenebilmektedir.

Grupların Obsesyon puanlarında farklılık olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, dissosiyatif psikoz grubunun Obsesyon puanlarının ($Ortanca = 2.5$) non-dissosiyatif psikoz grubunun puanlarından ($Ortanca = 0.45$) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($U = 25.000, p < 0.001$). Patolojik dissosiyasyon yaşayan şizofreni hastalarının diğer gruba göre daha fazla obsesyon belirtisi bildirdiği söylenebilmektedir.

Dissosiyatif psikoz grubu ile non-dissosiyatif psikoz grubunun kişilerarası duyarlılık puanlarında farklılık olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, dissosiyatif psikoz grubunun kişilerarası duyarlılık puanlarının ($Ortanca = 2.11$) non-dissosiyatif psikoz grubunun puanlarından ($Ortanca = 0.84$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($U = 30.500, p = 0.001$).

Dissosiyatif psikoz grubu ile non-dissosiyatif psikoz grubunun depresyon puanlarında farklılık olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, dissosiyatif psikoz grubunun depresyon puanlarının ($Ortanca = 3.33$) non-dissosiyatif psikoz grubunun puanlarından ($Ortanca = 1$) istatistiksel manada anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($U = 35.500, p = 0.001$).

Dissosiyatif psikoz grubu ile non-dissosiyatif psikoz grubunun kaygı puanlarında farklılık olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, dissosiyatif psikoz grubunun kaygı puanlarının ($Ortanca = 3.22$) non-dissosiyatif psikoz grubunun puanlarından ($Ortanca = 0.44$) istatistiksel manada anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($U = 33.000, p = 0.001$).

Dissosiyatif psikoz grubu ile non-dissosiyatif psikoz grubunun öfke puanlarında farklılık olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, dissosiyatif psikoz grubunun öfke puanlarının ($Ortanca = 2.17$) non-dissosiyatif

psikoz grubunun puanlarından (*Ortanca* = 0.33) istatistiksel manada anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($U = 45.500, p = 0.002$).

Dissosiyatif psikoz grubu ile non-dissosiyatif psikoz grubunun fobi puanlarında farklılık olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, dissosiyatif psikoz grubunun fobi puanlarının (*Ortanca* = 1.57) non-dissosiyatif psikoz grubunun puanlarından (*Ortanca* = 0.29) istatistiksel manada anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($U = 44.500, p = 0.002$).

Dissosiyatif psikoz grubu ile non-dissosiyatif psikoz grubunun paranoya puanlarında farklılık olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, dissosiyatif psikoz grubunun paranoya puanlarının (*Ortanca* = 2.83) non-dissosiyatif psikoz grubunun puanlarından (*Ortanca* = 1.33) istatistiksel manada anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($U = 60.500, p = 0.01$).

Dissosiyatif psikoz grubu ile non-dissosiyatif psikoz grubunun psikotizm puanlarında farklılık olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, dissosiyatif psikoz grubunun psikotizm puanlarının (*Ortanca* = 1.8) non-dissosiyatif psikoz grubunun puanlarından (*Ortanca* = 0.4) istatistiksel manada anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($U = 42.500, p = 0.002$).

Dissosiyatif psikoz grubu ile non-dissosiyatif psikoz grubunun Genel Semptom İndeksi (GSİ) puanlarında farklılık olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, dissosiyatif psikoz grubunun Genel Semptom İndeksi (GSİ) puanlarının (*Ortanca* = 2.67) non-dissosiyatif psikoz grubunun puanlarından (*Ortanca* = 0.72) istatistiksel manada anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($U = 25.000, p < 0.001$). Patolojik dissosiyasyon yaşayan şizofreni hastalarının diğer gruba göre daha fazla genel psikopatoloji belirtisi bulunduğu söylenebilmektedir.

4.3.6. Patolojik Dissosiyasyon Durumuna Göre Şizofreninin Pozitif ve Negatif Belirtilerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Dissosiyatif psikoz grubu ile non-dissosiyatif psikoz grubunun Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) toplam ve alt ölçek (pozitif belirti, negatif belirti, genel psikopatoloji) puanlarında farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla, verilerin dağılımına bağlı olarak bağımsız iki örnek t testi ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır (Bknz. Tablo 4.11).

Tablo 4.11: Patolojik dissosiyasyon durumuna göre PANSS değerlerinin karşılaştırılması

	Patolojik Dissosiyasyon Durumu (Ort.±SS)			Test İstatistiği	p
	Yok (n=44)	Var (n=7)	Toplam		
Pozitif belirti	17.36 ± 3.67 17 (9 - 26)	26 ± 3.83 25 (21 - 32)	18.55 ± 4.73 ^a 17 (9 - 32) ^b	16.5 ^x	<0.001*
Negatif belirti	22.84 ± 5.81 23 (11 - 36)	16.29 ± 4.39 17 (9 - 22)	21.94 ± 6.04 22 (9 - 36)	2.85 ^y	0.006*
Genel psikopatoloji	39.7 ± 7.06 40 (28 - 57)	47.43 ± 7.07 46 (40 - 61)	40.76 ± 7.49 41 (28 - 61)	-2.688 ^y	0.010*
PANSS toplam	79.91 ± 13.19 80 (48 - 112)	89.71 ± 9.3 85 (83 - 108)	81.25 ± 13.1 82 (48 - 112)	68.5 ^x	0.019*

^x Mann Whitney U testi; ^y Bağımsız iki örnek t testi; ^a Ortalama± standart sapma; ^b Ortanca (minimum-maksimum); * p<0.05

Dissosiyatif psikoz grubu ile non-dissosiyatif psikoz grubunun pozitif belirti puanlarında farklılık olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, dissosiyatif psikoz grubunun pozitif belirti puanlarının (*Ortanca* = 25) non-dissosiyatif psikoz grubunun puanlarından (*Ortanca* = 17) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($U = 16.5, p < 0.001$).

Dissosiyatif psikoz grubu ile non-dissosiyatif psikoz grubunun negatif belirti puanlarında farklılık olup olmadığını anlamak için yapılan bağımsız iki örnek t testinin sonucuna göre, dissosiyatif psikoz grubunun negatif belirti puanlarının (*Ort.* = 16.29, *S* = 4.39) non-dissosiyatif psikoz grubunun puanlarından (*Ort.* = 22.84, *S* = 5.81) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($t = 2.85, p = 0.006$).

Dissosiyatif psikoz grubu ile non-dissosiyatif psikoz grubunun genel psikopatoloji puanlarında farklılık olup olmadığını anlamak için yapılan bağımsız iki örnek t testinin sonucuna göre, dissosiyatif psikoz grubunun genel psikopatoloji puanlarının (*Ort.* = 47.43, *S* = 7.07) non-dissosiyatif psikoz grubunun puanlarından (*Ort.* = 39.7, *S* = 7.06) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($t = -2.688, p = 0.010$).

Dissosiyatif psikoz grubu ile non-dissosiyatif psikoz grubunun PANSS toplam puanlarında farklılık olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, dissosiyatif psikoz grubunun PANSS toplam puanlarının (*Ortanca* = 85) non-dissosiyatif psikoz grubunun puanlarından (*Ortanca* = 80) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($U = 68.5, p = 0.019$).

4.4. Çocukluk Çağı Travmasına Göre Şizofreni Gruplarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Mevcut çalışmada yatarak tedavi gören şizofreni tanılı hastalar (n=51), gösterdikleri çocukluk çağı düzeylerine göre *travmatik psikoz grubu* ve *non-travmatik psikoz grubu* şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Çocukluk çağı travması bildirerek *travmatik psikoz grubuna* giren hastalar (CTQ \geq 35, n = 31, %60.8) ile çocukluk çağı travması bildirmeyerek *non-travmatik psikoz grubuna* giren hastaların (CTQ < 35, n=20, %39.2) borderline kişilik özellikleri, genel psikopatoloji belirtileri, pozitif psikoz belirtileri, negatif psikoz belirtileri ve genel psikoz düzeyi açısından istatistiksel manada anlamlı düzeyde birbirinden farklılaşıp farklılaşmadığı çeşitli analizlerle incelenmiştir. Gruplarda görülen klinik farklılıklara ilişkin elde edilen bulgular izleyen başlıklar altında sunulmuştur.

4.4.1. Çocukluk Çağı Travmasına Göre Borderline Kişilik Envanteri Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Travmatik psikoz grubu ile non-travmatik psikoz grubunun, borderline kişilik özellikleri açısından farklı olup olmadığı incelenmiştir. Borderline kişilik özellikleri ölçmek amacıyla Borderline Kişilik Envanteri (BPI) kullanılmıştır. BPI' nin puanları iki grup arasında Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır (Bknz. Tablo 4.12).

Tablo 4.12: Çocukluk çağı travmasına göre borderline kişilik envanterine ait puanların karşılaştırılması

	Çocukluk çağı travması (Ort.±SS)			Test İstatistiği	P
	Yok (n=20)	Var (n=31)	Toplam		
BPI ¹ toplam puanı	11.75 ± 9.9 10 (1 - 32)	18.48 ± 12.86 15 (3 - 46)	15.84 ± 12.14 ^a 13 (1 - 46) ^b	208.50 ^x	0.050

¹ Borderline Kişilik Envanteri; ^x Mann Whitney U testi; ^y Yates düzeltmesi; ^aOrtalama± standart sapma; ^bOrtanca (minimum-maksimum); n(%); * p<0.05

Grupların borderline kişilik özellikleri puanları açısından birbirinden farklı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, travmatik psikoz grubunun borderline kişilik özellikleri puanlarının (*Ortanca* = 15) non-travmatik psikoz grubunun puanlarından (*Ortanca* = 10) istatistiksel manada anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür ($U = 208.50, p < 0.050$).

4.4.2.Çocukluk Çağı Travmasına Göre SCL90-R Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Travmatik psikoz grubu ile non-travmatik psikoz grubunun SCL90-R genel ve alt ölçek (Somatizasyon, Obsesyon, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Kaygı, Öfke, Fobi, Paranoya ve Psicotizm) puanlarında farklılık olup olmadığını incelemek amacıyla Mann-Whitney U testi ile gruplar karşılaştırılmıştır (Bknz. Tablo 4.13).

Tablo 4.13: Çocukluk çağı travmasına göre SCL90-R'ye ait puanların karşılaştırılması

	Çocukluk çağı travması durumu			Test İstatistiği	P
	Yok (n=20)	Var (n=31)	Toplam		
SCL-Somatizasyon	0.52 ± 0.78 0.29 (0 – 3.33)	1.23 ± 1.1 1 (0 – 3.75)	0.95 ± 1.04 ^a 0.58 (0 – 3.75) ^b	169.000 ^x	0.006*
SCL-Obsesyon	0.59 ± 0.8 0.25 (0 – 2.8)	1.18 ± 0.98 1 (0 – 3.8)	0.95 ± 0.95 0.25 (0 – 2.8)	170.500 ^x	0.007*
SCL-KD ¹	0.88 ± 0.89 0.56 (0 – 3.22)	1.38 ± 1.09 1.22 (0 - 4)	1.18 ± 1.04 0.89 (0 - 4)	212.000 ^x	0.058
SCL-Depresyon	0.98 ± 1.13 0.33 (0 – 3.33)	1.78 ± 1.04 1.75 (0 – 3.67)	1.46 ± 1.14 1.17 (0 – 3.67)	155.500 ^x	0.003*
SCL-Kaygı	0.53 ± 0.94 0.11 (0 – 3.44)	1.25 ± 1.16 0.67 (0 – 3.89)	0.97 ± 1.12 0.44 (0 – 3.89)	153.500 ^x	0.002*
SCL-Öfke	0.32 ± 0.62 0 (0 – 2.33)	1.03 ± 1.06 0.67 (0 - 4)	0.75 ± 0.97 0.33 (0 - 4)	157.500 ^x	0.002*
SCL-Fobi	0.34 ± 0.63 0 (0 – 1.86)	0.99 ± 0.97 0.57 (0 - 4)	0.73 ± 0.9 0.29 (0 - 4)	142.000 ^x	0.001*
SCL-Paranoya	0.8 ± 0.83 0.67 (0 – 2.83)	1.58 ± 0.99 1.5 (0 – 3.67)	1.27 ± 1 1.33 (0 – 3.67)	166.500 ^x	0.005*
SCL-Psicotizm	0.52 ± 0.77 0.25 (0 – 3.3)	1.1 ± 1.02 0.8 (0 – 3.7)	0.87 ± 0.96 0.5 (0 – 3.7)	187.000 ^x	0.017*
SCL-GSİ²	0.64 ± 0.72 0,38 (0,04 - 2,93)	1.28 ± 0.85 1,24 (0,18 - 3,68)	1.03 ± 0.85 0,76 (0,04 - 3,68)	139.500 ^x	0.001*

¹Psikolojik Belirti Tarama Listesi Kişilerarası duyarlılık alt testi; ²Psikolojik Belirti Tarama Listesi Genel Semptom İndeksi; ^xMann Whitney U testi; ^aOrtalama± standart sapma; ^bOrtanca (minimum-maksimum); *p<0.05

Travmatik psikoz grubu ile non-travmatik psikoz grubunun Somatizasyon puanlarında farklılık olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, travmatik psikoz grubunun Somatizasyon puanlarının (*Ortanca* = 1) non-travmatik psikoz grubunun puanlarından (*Ortanca* = 0.29) istatistiksel manada anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($U = 169.000, p = 0.006$).

Grupların Obsesyon puanlarında farklılık olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, travmatik psikoz grubunun Obsesyon puanlarının (*Ortanca* = 1) non-travmatik psikoz grubunun puanlarından (*Ortanca* = 0.25) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($U = 170.000, p = 0.007$).

Travmatik psikoz grubu ile non-travmatik psikoz grubunun kişilerarası duyarlılık puanlarında farklılık olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, travmatik psikoz grubunun kişilerarası duyarlılık puanlarının (*Ortanca* = 1.22) non-travmatik psikoz grubunun puanlarından (*Ortanca* = 0.56) istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($U = 212.000, p = 0.058$).

Travmatik psikoz grubu ile non-travmatik psikoz grubunun depresyon puanlarında farklılık olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, travmatik psikoz grubunun depresyon puanlarının (*Ortanca* = 1.75) non-travmatik psikoz grubunun puanlarından (*Ortanca* = 0.33) istatistiksel manada anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($U = 155.500, p = 0.003$).

Travmatik psikoz grubu ile non-dissosiyatif psikoz grubunun kaygı puanlarında farklılık olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, travmatik psikoz grubunun kaygı puanlarının (*Ortanca* = 0.67) non-travmatik psikoz grubunun puanlarından (*Ortanca* = 0.11) istatistiksel manada anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($U = 153.500, p = 0.002$).

Travmatik psikoz grubu ile non-travmatik psikoz grubunun öfke puanlarında farklılık olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, travmatik psikoz grubunun öfke puanlarının (*Ortanca* = 0.67) non-travmatik psikoz grubunun puanlarından (*Ortanca* = 0) istatistiksel manada anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($U = 157.500, p = 0.002$).

Travmatik psikoz grubu ile non-travmatik psikoz grubunun fobi puanlarında farklılık olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, travmatik psikoz grubunun fobi puanlarının (*Ortanca* = 0.57) non-travmatik psikoz grubunun puanlarından (*Ortanca* = 0) istatistiksel manada anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($U = 142.000, p = 0.001$).

Travmatik psikoz grubu ile non-travmatik psikoz grubunun paranoya puanlarında farklılık olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, travmatik psikoz grubunun paranoya puanlarının (*Ortanca* = 1.5) non-travmatik psikoz grubunun puanlarından (*Ortanca* = 0.67) istatistiksel manada anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($U = 166.500, p = 0.005$).

Travmatik psikoz grubu ile non-travmatik psikoz grubunun psikotizm puanlarında farklılık olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna

göre, travmatik psikoz grubunun psikotizm puanlarının (*Ortanca* = 0.8) non-travmatik psikoz grubunun puanlarından (*Ortanca* = 0.25) istatistiksel manada anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($U = 187.000, p = 0.017$).

Travmatik psikoz grubu ile non-travmatik psikoz grubunun Genel Semptom İndeksi (GSİ) puanlarında farklılık olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, travmatik psikoz grubunun Genel Semptom İndeksi (GSİ) puanlarının (*Ortanca* = 1.24) non-travmatik psikoz grubunun puanlarından (*Ortanca* = 0.38) istatistiksel manada anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($U = 25.000, p < 0.001$).

4.4.3. Çocukluk Çağı Travmasına Göre PANSS Değerlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Travmatik psikoz grubu ile non-travmatik psikoz grubunun Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) toplam ve alt ölçek (pozitif belirti, negatif belirti, genel psikopatoloji) puanlarında farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla, verilerin dağılımına bağlı olarak bağımsız iki örnek t testi ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır (Bknz. Tablo 4.14).

Tablo 4.14: Çocukluk çağı travmasına göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) değerlerinin karşılaştırılması

	Çocukluk çağı travması durumu			Test İstatistiği	p
	Yok (n=20)	Var (n=31)	Toplam		
Pozitif belirti	16.3 ± 3.31 16 (9 - 23)	20 ± 4.98 18 (11 - 32)	18.55 ± 4.73 ^a 17 (9 - 32) ^b	-3.187 ^x	0.021*
Negatif belirti	23.35 ± 5.37 23 (11 - 35)	21.03 ± 6.35 21 (9 - 36)	21.94 ± 6.04 22 (9 - 36)	1.349 ^y	0.184
Genel psikopatoloji	38.45 ± 7.21 38,5 (28 - 57)	42.26 ± 7.39 42 (29 - 61)	40.76 ± 7.49 41 (28 - 61)	-1.813 ^y	0.076
PANSS toplam	78.1 ± 13.73 80 (48 - 103)	83.29 ± 12.47 83 (59 - 112)	81.25 ± 13.1 82 (48 - 112)	-1.395 ^y	0.169

^x Mann Whitney U testi; ^y Bağımsız iki örnek t testi; ^a Ortalama± standart sapma; ^b Ortanca (minimum-maksimum); * p<0.05

Travmatik psikoz grubu ile non-travmatik psikoz grubunun pozitif belirti puanlarında farklılık olup olmadığını anlamak için yapılan Mann-Whitney U testinin sonucuna göre, travmatik psikoz grubunun pozitif belirti puanlarının (*Ortanca* = 18) non-travmatik psikoz grubunun puanlarından (*Ortanca* = 16) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($U = -3.187, p = 0.021$).

Travmatik psikoz grubu ile non- travmatik psikoz grubunun negatif belirti puanlarında farklılık olup olmadığını anlamak için yapılan bağımsız iki örnek t testinin sonucuna göre, travmatik psikoz grubunun negatif belirti puanlarının (*Ort.* = 21.003, *S* = 6.35) non-travmatik psikoz grubunun puanlarından (*Ort.* = 23.35, *S* = 5.37) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür ($t = 1.349, p = 0.184$).

Travmatik psikoz grubu ile non-travmatik psikoz grubunun genel psikopatoloji puanlarında farklılık olup olmadığını anlamak için yapılan bağımsız iki örnek t testinin sonucuna göre, travmatik psikoz grubunun genel psikopatoloji puanlarının (*Ort.* = 42.26, *S* = 7.39) non-travmatik psikoz grubunun puanlarından (*Ort.* = 38.45, *S* = 7.21) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür ($t = -1.813, p = 0.076$).

Travmatik psikoz grubu ile non-travmatik psikoz grubunun PANSS toplam puanlarında farklılık olup olmadığını anlamak için yapılan bağımsız iki örnek t testinin sonucuna göre, travmatik psikoz grubunun PANSS toplam puanlarının (*Ort.* = 83.29, *S* = 12.47) non-travmatik psikoz grubunun puanlarından (*Ort.* = 78.1, *S* = 13.73) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür ($t = -1.395, p = 0.169$).

4.5. Dissosiyasyon Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Diğer Ölçek Puanları İle Arasındaki Korelasyon Bulguları

Mevcut çalışmada, yatarak tedavi gören 51 şizofreni tanılı hastada, dissosiyasyon düzeyi ile çocukluk çağı travma düzeyi ve diğer psikopatolojik belirtiler arasındaki ilişkileri incelemek maksadıyla bir dizi korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir. Dissosiyasyon Ölçeği (DSSQ) ile elde edilen toplam dissosiyasyon puanı ve alt boyutlar (kimlik konfüzyonu, kontrol kaybı, amnezi, absorpsiyon) ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ), Borderline Kişilik Envanteri (BPI), Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R; somatizasyon, obsesyon, kişilerarası duyarlılık, depresyon, kaygı, öfke, fobi, paranoya, psikotizm alt boyutları) ve Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS; pozitif belirti, negatif belirti, genel psikopatoloji alt boyutları) puanları arasındaki ilişkiler, Spearman'ın sıra korelasyon katsayısı kullanılarak değerlendirilmiştir. Spearman korelasyon analizi sonucunda elde edilen bulgular Tablo 4.15'te sunulmuştur.

Tablo 4.15: Dissosiyasyon ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının diğer ölçek puanları ile arasındaki ilişkinin incelenmesi

	Toplam puan		Kimlik konfüzyonu		Kontrol kaybı		Amnezi		Absorpsiyon	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
CTQ¹ toplam	0.444	0.001	0.518	<0.001	0.447	0.001	0.389	0.005	0.403	0.003[*]
BPI² toplam	0.803	<0.001	0.791	<0.001	0.784	<0.001	0.742	<0.001	0.692	<0.001[*]
SCL-Genel Semptom İndeksi	0.689	<0.001	0.704	<0.001	0.641	<0.001	0.68	<0.001	0.545	<0.001[*]
SCL-Somatizasyon ³	0.597	<0.001	0.609	<0.001	0.53	<0.001	0.553	<0.001	0.561	<0.001[*]
SCL-Obsesyon	0.741	<0.001	0.658	<0.001	0.664	<0.001	0.722	<0.001	0.664	<0.001[*]
SCL-Kişiler arası duyarlılık	0.627	<0.001	0.6	<0.001	0.617	<0.001	0.643	<0.001	0.44	0.001[*]
SCL-Depresyon	0.601	<0.001	0.629	<0.001	0.581	<0.001	0.617	<0.001	0.411	0.003[*]
SCL-Kaygı	0.69	<0.001	0.699	<0.001	0.634	<0.001	0.64	<0.001	0.586	<0.001[*]
SCL-Öfke	0.432	0.002	0.489	<0.001	0.375	0.007	0.437	0.001	0.373	0.007[*]
SCL-Fobi	0.468	0.001	0.509	<0.001	0.463	0.001	0.508	<0.001	0.335	0.016[*]
SCL-Paranoya	0.472	<0.001	0.491	<0.001	0.43	0.002	0.479	<0.001	0.383	0.005[*]
SCL-Psikotizm	0.583	<0.001	0.66	<0.001	0.534	<0.001	0.549	<0.001	0.405	0.003[*]
PANSS toplam	0.268	0.058	0.199	0.162	0.294	0.036	0.219	0.123	0.142	0.319
PANSS-Pozitif belirti ⁴	0.388	0.005	0.357	0.010	0.349	0.012	0.294	0.036	0.426	0.002[*]
PANSS-Negatif belirti	-0.27	0.055	-0.254	0.072	-0.247	0.08	-0.24	0.09	-0.394	0.004[*]
PANSS-Genel psikopatoloji	0.255	0.071	0.168	0.238	0.297	0.034	0.206	0.148	0.098	0.492

¹Çocukluk çağı travmaları ölçeği; ²Borderline kişilik envanteri; ³Psikolojik belirti tarama testi-Somatizasyon alt ölçeği; ⁴Pozitif ve negatif sendrom ölçeği-Şizofreninin pozitif belirtileri alt ölçeği; *Spearman's rho korelasyon p<0.05

Çocukluk çağı travması ve dissosiyasyon arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla Spearman'ın sıralama korelasyon katsayısı hesaplanmıştır (Bknz. Tablo 4.15). Yapılan analiz sonucuna göre çocukluk çağı travması düzeyi ve dissosiyasyon arasında pozitif yönlü istatistiksel manada anlamlı orta şiddette bir ilişki bulunmuştur $r_s(49) = 0.44$; $p = 0.001$.

Çocukluk çağı travması ve dissosiyasyonun alt boyutu olan kimlik konfüzyonu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla Spearman'ın sıralama korelasyon katsayısı hesaplanmıştır (Bknz. Tablo 4.15). Yapılan analiz sonucuna göre çocukluk çağı travması düzeyi ve kimlik konfüzyonu arasında pozitif yönlü istatistiksel manada anlamlı orta şiddette bir ilişki bulunmuştur $r_s(49) = 0.518$; $p < 0.001$.

Çocukluk çağı travması ve dissosiyasyonun alt boyutu olan kontrol kaybı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla Spearman'ın sıralama korelasyon katsayısı hesaplanmıştır (Bknz. Tablo 4.15). Yapılan analiz sonucuna göre çocukluk çağı travması düzeyi ve kontrol kaybı arasında pozitif yönlü istatistiksel manada anlamlı orta şiddette bir ilişki bulunmuştur $r_s(49) = 0.447$; $p = 0.001$.

Çocukluk çağı travması ve dissosiyasyonun alt boyutu olan amnezi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla Spearman'ın sıralama korelasyon katsayısı hesaplanmıştır (Bknz. Tablo 4.15). Yapılan analiz sonucuna göre çocukluk çağı travması düzeyi ve amnezi arasında pozitif yönlü istatistiksel manada anlamlı zayıf şiddette bir ilişki bulunmuştur $r_s(49) = 0.389$; $p = 0.005$.

Çocukluk çağı travması ve dissosiyasyonun alt boyutu olan absorpsiyon arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla Spearman'ın sıralama korelasyon katsayısı hesaplanmıştır (Bknz. Tablo 4.15). Yapılan analiz sonucuna göre çocukluk çağı travması düzeyi ve absorpsiyon arasında pozitif yönlü istatistiksel manada anlamlı orta şiddette bir ilişki bulunmuştur $r_s(49) = 0.403; p = 0.003$.

Borderline kişilik özellikleri ve dissosiyasyon arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla Spearman'ın sıralama korelasyon katsayısı hesaplanmıştır (Bknz. Tablo 4.15). Yapılan analiz sonucuna göre borderline kişilik düzeyi ve dissosiyasyon arasında pozitif yönlü istatistiksel manada anlamlı çok yüksek bir ilişki bulunmuştur $r_s(49) = 0.803; p < 0.001$.

Borderline kişilik özellikleri ve dissosiyasyonun alt boyutları olan kimlik konfüzyonu, kontrol kaybı, amnezi, absorpsiyon arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi amacıyla yapılan Spearman korelasyon analizi sonucuna göre Borderline kişilik özellikleri ve dissosiyasyonun tüm alt boyutları arasında pozitif yönlü istatistiksel manada anlamlı güçlü bir ilişki bulunmuştur, sırasıyla $r_s(49) = 0.791; p < 0.001; r_s(49) = 0.784; p < 0.001; r_s(49) = 0.742; p < 0.001; r_s(49) = 0.692; p < 0.001$.

SCL90-R genel semptom indeksi puanları ve dissosiyasyon arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla Spearman'ın sıralama korelasyon katsayısı hesaplanmıştır (Bknz. Tablo 4.15). Yapılan analiz sonucuna göre genel psikopatoloji düzeyi ve dissosiyasyon arasında pozitif yönlü istatistiksel manada anlamlı güçlü bir ilişki bulunmuştur $r_s(49) = 0.689; p < 0.001$.

SCL90-R genel semptom indeksi puanları ve dissosiyasyonun alt boyutları olan kimlik konfüzyonu, kontrol kaybı, amnezi, absorpsiyon arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi amacıyla yapılan Spearman korelasyon analizi sonucuna göre genel psikopatoloji düzeyi ve dissosiyasyonun tüm alt boyutları arasında yönü pozitif olan istatistiksel manada anlamlılık gösteren ilişkiler bulunmuştur, sırasıyla $r_s(49) = 0.704; p < 0.001; r_s(49) = 0.641; p < 0.001; r_s(49) = 0.68; p < 0.001; r_s(49) = 0.545; p < 0.001$.

Somatizasyon ile dissosiyasyon toplam puanı arasında $r_s(49) = 0.597; p < 0.001$; kontrol kaybı arasında $r_s(49) = 0.53; p < 0.001$; amnezi arasında $r_s(49) = 0.553; p < 0.001$; absorpsiyon arasında $r_s(49) = 0.561; p < 0.001$ istatistiksel olarak anlamlı derecede pozitif yönlü ve orta şiddette bir ilişki tespit edilirken; Somatizasyon ile

kimlik konfüzyonu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve yüksek bir ilişki olduğu tespit edilmiştir $r_s(49) = 0.609; p < 0.001$).

Obsesyon puanları ile dissosiyasyon toplam puanı arasında $r_s(49) = 0.741; p < 0.001$); kimlik konfüzyonu arasında $r_s(49) = 0.658; p < 0.001$); kontrol kaybı arasında $r_s(49) = 0.664; p < 0.001$); amnezi arasında $r_s(49) = 0.722; p < 0.001$); absorpsiyon arasında $r_s(49) = 0.664; p < 0.001$ istatistiksel açıdan anlamlılık belirten pozitif yönde ve yüksek düzeyde bir ilişki olduğu görülmüştür.

Kişiler arası duyarlılık ile dissosiyasyon toplam puanı arasında $r_s(49) = 0.627; p < 0.001$; kimlik konfüzyonu arasında $r_s(49) = 0.6; p < 0.001$; kontrol kaybı arasında $r_s(49) = 0.617; p < 0.001$; amnezi arasında $r_s(49) = 0.643; p < 0.001$ istatistiksel manada anlamlı pozitif yönlü ve yüksek bir ilişki bulunurken; Kişiler arası duyarlılık ile absorpsiyon puanları arasında ise istatistiksel manada anlamlı pozitif yönlü ve orta şiddette bir ilişki bulunmuştur, $r_s(49) = 0.44; p = 0.001$.

Depresyon ile dissosiyasyon toplam puanı arasında $r_s(49) = 0.601; p < 0.001$; kimlik konfüzyonu arasında $r_s(49) = 0.629; p < 0.001$; amnezi arasında $r_s(49) = 0.617; p < 0.001$ istatistiksel bakımdan anlamlılık ortaya koyan pozitif yönde ve yüksek bir bağlantı saptanırken; Depresyon ile kontrol kaybı arasında $r_s(49) = 0.581; p < 0.001$ ve depresyon ile absorpsiyon arasında $r_s(49) = 0.411; p = 0.003$ ise istatistiksel bakımdan anlamlı pozitif yönlü ve orta şiddet içeren bir bağlantı saptanmıştır.

Kaygı ile dissosiyasyon toplam puanı arasında $r_s(49) = 0.69; p < 0.001$; kimlik konfüzyonu arasında $r_s(49) = 0.699; p < 0.001$); kontrol kaybı arasında $r_s(49) = 0.634; p < 0.001$); amnezi arasında $r_s(49) = 0.64; p < 0.001$ istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde ve yüksek düzeyde bir korelasyon olduğu görülürken; Kaygı ile absorpsiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde ve orta şiddetli bir korelasyon olduğu görülmüştür $r_s(49) = 0.586; p < 0.001$.

Öfke ile dissosiyasyon toplam puanı arasında $r_s(49) = 0.432; p = 0.002$); kimlik konfüzyonu arasında $r_s(49) = 0.489; p < 0.001$); amnezi arasında $r_s(49) = 0.437; p = 0.001$ istatistiksel anlamda anlamlılık gösteren pozitif yönde ve orta şiddette bir ilişki bulunurken; Öfke ile kontrol kaybı arasında $r_s(49) = 0.375; p = 0.007$; öfke ile absorpsiyon arasında $r_s(49) = 0.373; p = 0.007$ ise istatistiksel anlamda anlamlılık belirten pozitif yönlü fakat zayıf bir ilişki bulunmuştur.

Fobi ile dissosiyasyon toplam puanı arasında $r_s(49) = 0.468$; $p=0.001$; kimlik konfüzyonu arasında $r_s(49) = 0.509$; $p<0.001$; kontrol kaybı arasında $r_s(49) = 0.463$; $p=0.001$; amnezi arasında $r_s(49) = 0.508$; $p<0.001$ istatistiksel bağlamda anlamlı olan pozitif yöne sahip ve orta düzey şiddetli bir korelasyon görülürken; Fobi ile absorpsiyon puanları arasında istatistiksel bağlamda anlamlı olan pozitif yöne sahip ancak zayıf bir korelasyon bulunmuştur $r_s(49) = 0.335$; $p = 0.016$.

Paranoya ile dissosiyasyon toplam puanı arasında $r_s(49) = 0.472$; $p<0.001$; kimlik konfüzyonu arasında $r_s(49) = 0.491$; $p<0.001$; kontrol kaybı arasında $r_s(49) = 0.43$; $p=0.002$; amnezi arasında $r_s(49) = 0.479$; $p<0.001$ istatistiksel olarak anlamlı olan pozitif yönde ve orta şiddette bir ilişki görülürken; Paranoya ile absorpsiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı olan pozitif yönde fakat zayıf bir ilişki görülmüştür, $r_s(49) = 0.383$; $p = 0.005$.

Psikotizm ile dissosiyasyon toplam puanı arasında $r_s(49) = 0.583$; $p < 0.001$; kontrol kaybı arasında $r_s(49) = 0.534$; $p < 0.001$; amnezi arasında $r_s(49) = 0.549$; $p < 0.001$; absorpsiyon arasında $r_s(49) = 0.405$; $p = 0.003$ istatistiksel bakımdan anlamlılık ifade eden, yönü pozitif olan, orta şiddetli bir ilişkinin olduğu gözlemlenirken; Psikotizm ile kimlik konfüzyonu puanları arasında istatistiksel bakımdan anlamlılık ifade eden yönü pozitif olan ve yüksek düzeyde bir ilişkinin mevcut olduğu gözlemlenmiştir $r_s(49) = 0.66$; $p < 0.001$).

Şizofreninin pozitif belirti puanları ile dissosiyasyon toplam puanları arasında $r_s(49) = 0.388$; $p=0.005$; kimlik konfüzyonu arasında $r_s(49) = 0.357$; $p=0.01$; kontrol kaybı arasında $r_s(49) = 0.349$; $p=0.012$; amnezi arasında $r_s(49) = 0.294$; $p=0.036$ istatistiksel manada anlamlılığı olan, pozitif yönde ortaya çıkan ancak zayıf nitelikte bir ilişki olduğu görülürken; Şizofreninin pozitif belirti puanları ile absorpsiyon puanları arasında istatistiksel manada anlamlılığı olan, pozitif yönde ortaya çıkan ve orta şiddetli nitelik taşıyan bir ilişki olduğu görülmüştür $r_s(49) = 0.426$; $p=0.002$.

Şizofreninin negatif belirti puanları ile absorpsiyon puanları arasında istatistiksel bağlamda anlamlı çıkan, yönü negatif olan, zayıf bir korelasyon bulunurken $r_s(49) = -0.394$; $p=0.004$, kontrol kaybı ile genel psikopatoloji arasında, $r_s(49) = 0.297$; $p=0.034$; kontrol kaybı ile PANSS toplam puanları arasında, $r_s(49) = 0.294$; $p=0.036$ istatistiksel bağlamda anlamlı çıkan, yönü pozitif olan, zayıf bir korelasyon bulunmuştur.

4.6. Şizofreni Hastalarında Yordayıcı Değişkenlerin Patolojik Dissosiyasyon Üzerindeki Etkisine İlişkin Lojistik Regresyon Bulguları

Mevcut çalışmada, yatarak tedavi gören şizofreni tanılı 51 hastada, DISQ ile belirlenen patolojik dissosiyasyonun ($DISQ > 2.5$: patolojik dissosiyasyon var; $DISQ \leq 2.5$: patolojik dissosiyasyon yok) yordayıcılarını ve klinik etkilerini incelemek amacıyla univariate ve multiple olarak binary lojistik regresyon analizleri yapılmıştır; bu analizlerde, çocukluk çağı travmaları, intihar girişimi ve polifarmasi gibi yordayıcı değişkenlerin patolojik dissosiyasyon (dissosiyatif psikoz) üzerindeki etkisi, olasılık oranları (odds ratios) ve güven aralıklarıyla değerlendirilmiştir; elde edilen bulgular tablo 4.16’da sunulmuştur.

Çalışmada yordanan değişken “dissosiyatif psikoz var/yok” olarak belirlenmiştir. Yordayıcı değişkenler ise CTQ, SDQ, BPI, SCL90-R, PANSS (toplam, pozitif belirti, negatif belirti) puanlarını ve intihar girişimi, polifarmasi, tedavi direnci varlığını içermiştir.

Tablo 4.16: Yordayıcı Değişkenlerin Patolojik Dissosiyasyon üzerindeki etkisinin lojistik regresyon ile incelenmesi

Yordayıcı Değişkenler	Univariate		Multiple	
	OR (%95CI)	p	OR (%95CI)	p
CTQ ¹ toplam puan	1.076 (1.024 – 1.13)	0.004	1.047 (0.727 – 1.508)	0.804
SDQ ² toplam	1.203 (1.052 – 1.375)	0.007	1.331 (0.822 – 2.154)	0.245
BPI ³ toplam	1.252 (1.072 – 1.462)	0.005	--	--
SCL90-R GSI ⁴	16.272 (2.493 – 106.225)	0.004	0.392 (0.002 – 88.358)	0.735
PANSS ⁵ toplam	1.063 (0.994 – 1.137)	0.072	1.118 (0.871 – 1.435)	0.382
PANSS-Pozitif belirti ⁶	1.707 (1.195-2.440)	0.003	--	--
PANSS-Negatif belirti ⁷	0.788 (0.651- 0.953)	0.014	--	--
Önceki tanı/lar (referans kategori=Yok)	126 (9.855 – 1610.973)	<0.001	--	--
İntihar girişimi (referans kategori=Yok)	107.5 (8.204 – 1408.656)	<0.001	1.89 (0.008 – 425.889)	0.818
Polifarmasi ⁸ (referans kategori=Yok)	60 (5.703 – 631.225)	0.001	--	--
Tedavi direnci ⁹	--	--	--	--

¹Çocukluk çağı travmaları ölçeği; ²Somatoform dissosiyasyon ölçeği; ³Borderline kişilik envanteri; ⁴Psikolojik belirti tarama testi-genel semptom indeksi; ⁵Pozitif ve negatif sendrom ölçeği; ⁶Pozitif ve negatif sendrom ölçeği-Şizofreninin pozitif belirtileri alt ölçeği; ⁷Pozitif ve negatif sendrom ölçeği-Şizofreninin negatif belirtileri alt ölçeği; ⁸Çoklu ilaç kullanımı (antipsikotiğe ilaveten anksiyolitik, antidepresan, antikonvülzan vb.); ⁹Semiz ve meslektaşlarının (2007) bildirdiği kriterlere göre belirlenmiştir.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ) toplam puanının, patolojik dissosiyasyonun var/yok şeklinde dikotom bir yordanan değişken olarak ele alındığı binary lojistik regresyon analizi ile yordama etkisi incelenmiştir. Univariate modelde, CTQ toplam puandaki bir birimlik artışın patolojik dissosiyasyon olasılığını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde 1.08 kat artırdığı bulunmuştur, $OR = 1.08$, 95% CI [1.02, 1.13], $p = 0.004$. Ancak multiple modelde, CTQ toplam puanın patolojik dissosiyasyonu istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordadığına dair bir sonuç elde edilmemiştir, $OR = 1.05$, 95% CI [0.73, 1.51], $p = 0.804$.

Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ) toplam puanının patolojik dissosiyasyonu yordama kapasitesi, binary lojistik regresyon analizi ile araştırılmıştır. Univariate modelde, SDQ toplam puandaki bir birimlik artışın patolojik dissosiyasyon olasılığını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde 1.20 kat artırdığı saptanmıştır, $OR = 1.20$, 95% CI [1.05, 1.38], $p = 0.007$. Buna karşın, multiple modelde SDQ toplam puanın patolojik dissosiyasyonu istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordadığına dair bir bulgu ortaya çıkmamıştır, $OR = 1.33$, 95% CI [0.82, 2.15], $p = 0.245$.

Borderline Kişilik Envanteri (BPI) toplam puanının patolojik dissosiyasyonu yordama etkisi, binary lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Univariate modelde, BPI toplam puandaki bir birimlik artışın patolojik dissosiyasyon olasılığını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde 1.25 kat artırdığı belirlenmiştir, $OR = 1.25$, 95% CI [1.07, 1.46], $p = 0.005$.

SCL-90-R Genel Semptom İndeksi (GSI) puanının patolojik dissosiyasyonu yordama etkisi, binary lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Univariate modelde, SCL90-R GSI puandaki bir birimlik artışın patolojik dissosiyasyon olasılığını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde 16.27 kat artırdığı bulunmuştur, $OR = 16.27$, 95% CI [2.49, 106.23], $p = 0.004$. Buna karşılık, multiple modelde SCL90-R GSI puanın patolojik dissosiyasyonu istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordadığına dair bir sonuç elde edilmemiştir, $OR = 0.39$, 95% CI [0.00, 88.36], $p = 0.735$.

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) toplam puanının patolojik dissosiyasyonu yordama kapasitesi, binary lojistik regresyon analizi ile araştırılmıştır. Univariate modelde, PANSS toplam puanın patolojik dissosiyasyonu istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordamadığı saptanmıştır, $OR = 1.06$, 95% CI [0.99, 1.14], $p = 0.072$. Aynı şekilde, multiple modelde de PANSS toplam puanın patolojik dissosiyasyonu

istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordadığına dair bir bulgu ortaya çıkmamıştır, $OR = 1.12$, 95% CI [0.87, 1.44], $p = 0.382$.

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) pozitif belirtiler puanının patolojik dissosiyasyonu yordama etkisi, binary lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Univariate modelde, PANSS-Pozitif Belirtiler puandaki bir birimlik artışın patolojik dissosiyasyon olasılığını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde 1.71 kat artırdığı bulunmuştur, $OR = 1.71$, 95% CI [1.20, 2.44], $p = 0.003$.

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) negatif belirtiler puanının patolojik dissosiyasyonu yordama etkisi, binary lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Univariate modelde, PANSS-Negatif Belirtiler puandaki bir birimlik artışın patolojik dissosiyasyon olasılığını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde %21 azalttığı saptanmıştır, $OR = 0.79$, 95% CI [0.65, 0.95], $p = 0.014$.

Önceki tanı durumunun patolojik dissosiyasyonu yordama etkisi, binary lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Univariate modelde, önceki tanı almış olanların patolojik dissosiyasyon olasılığının, önceki tanı almamış olanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde 126 kat arttığı bulunmuştur, $OR = 126.00$, 95% CI [9.86, 1610.97], $p < 0.001$.

İntihar girişiminin patolojik dissosiyasyonu yordama etkisi, binary lojistik regresyon analizi ile araştırılmıştır. Univariate modelde, intihar girişimi öyküsü olanların patolojik dissosiyasyon olasılığının, intihar girişimi olmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde 107.5 kat arttığı belirlenmiştir, $OR = 107.50$, 95% CI [8.20, 1408.66], $p < 0.001$. Buna karşılık, multiple modelde intihar girişiminin patolojik dissosiyasyonu istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordadığına dair bir bulgu ortaya çıkmamıştır, $OR = 1.89$, 95% CI [0.01, 425.89], $p = 0.818$.

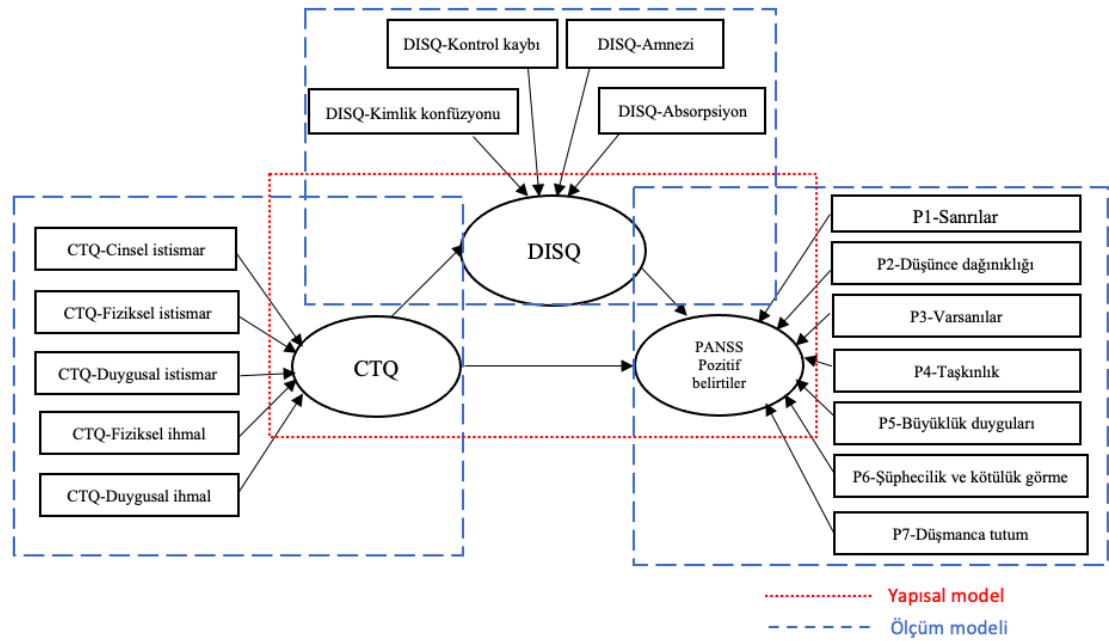
Polifarmasinin patolojik dissosiyasyonu yordama etkisi, binary lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Univariate modelde, polifarmasi varlığında patolojik dissosiyasyon olasılığının, polifarmasi olmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde 60 kat arttığı bulunmuştur, $OR = 60.00$, 95% CI [5.70, 631.23], $p = 0.001$.

Tedavi direnci durumu ise Univariate modelde güven aralıkları hesaplanmadığından dolayı modele dahil edilmemiştir.

4.7. Yapısal Eşitlik Modellemesinde Kısmi En Küçük Kareler Yöntemi (PLS-SEM) ile Test Edilen Araştırma Modeli Bulguları

Mevcut çalışmada, çocukluk çağı travmalarının dissosiyasyon aracılığıyla pozitif psikoz belirtilerini etkileyip etkilemediğini incelemek amacıyla PLS-SEM (Kısmi En Küçük Kareler Yapısal Eşitlik Modellemesi-Partial Least Squares Structural Equation Modeling) analizi kullanılmıştır. Bu bağlamda, çocukluk çağı travmaları ile pozitif psikoz belirtileri arasındaki yordayıcı ilişkide dissosiyasyonun aracı bir rolü olup olmadığı incelenmiştir.

Şekil 4.1’de sunulan *araştırma modeli (yol modeli)* dissosiyasyonun, çocukluk çağı travması ile pozitif psikoz belirtileri arasında olası bir aracı olduğu hipotezi üzerine tasarlanmıştır. Araştırma modelinde yer alan değişkenler arasındaki ilişkiler Ross’un (2007, 2004) *travma modeline* ve *şizofreninin dissosiyatif alt tipi teorisine* dayanılarak kurulmuştur.



Şekil 4.1: Araştırma modeli (yol modeli)

Araştırma modelinde araya giren süreç dissosiyasyon olarak modellenmiştir. Buna göre, bir hasta çocukluk çağı travmasına maruz kaldıysa, bu maruziyet daha yüksek dissosiyasyon düzeylerine ve nihayetinde şizofreninin pozitif belirtilerinde artışa yol açacaktır, PLS-SEM’ de bu ilişki çocukluk çağı travması -> dissosiyasyon -> pozitif belirtiler zinciri ile incelenmiştir.

PLS-SEM yöntemine göre çocukluk çağı travması->pozitif belirtiler zinciri *doğrudan bir ilişki* örneğidir. Buna karşılık, çocukluk çağı travması-> dissosiyasyon-> pozitif belirtiler ise *dolaylı bir ilişki* örneğini temsil etmektedir. PLS-SEM' de bu dolaylı etki *aracı (medyator) etki* olarak nitelendirilmektedir (Hair, Hult, Ringle ve Sarstedt, 2014).

Çalışmada PLS-SEM yöntemiyle test edilen araştırma modelinde (yol modelinde) (Bknz. Şekil 4.1), CTQ ile ölçülen çocukluk çağı travması, DISQ ile ölçülen dissosiyasyon ve PANSS pozitif belirti alt ölçeği ile ölçülen pozitif psikoz belirtileri *formatif değişkenler* olarak tanımlanmıştır. Formatif modellerde, indikatörler (gözlenen değişken) latent (gizil) değişkeni oluşturduğundan cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal indikatörleri çocukluk çağı travmasını oluşturmakta; kimlik konfüzyonu, kontrol kaybı, amnezi ve absorpsiyon indikatörleri dissosiyasyonu oluşturmakta; sanrılar, düşünce dağınıklığı, varsanılar, taşkınlık, büyüklük duyguları, şüphecilik-kötülük görme ve düşmanca tutum indikatörleri ise pozitif psikoz belirtilerini oluşturmaktadır (Hair vd., 2016). Hair, Hult, Ringle ve Sarstedt (2014) formatif değişkeni ölçmek amacıyla kullanılan indikatörlerin (örneğin sanrılar, varsanılar) bir araya gelerek formatif değişkeni (örneğin pozitif psikoz belirtileri) meydana getirdiğini, indikatörde/lerde bir değişimin olmasının, gizil değişkenin değişmesiyle sonuçlandığı belirtmektedirler, söz gelimi sanrılarda bir kötüleşme meydana geldiğinde bunun doğrudan pozitif psikoz belirtilerini etkileyeceği söylenebilmektedir.

Hair ve meslektaşları (2016) PLS-SEM' de yol modelinin (1) gizil değişkenler arasındaki ilişkileri tanımlayan *yapısal model* ve (2) gizil değişkenler ile bunların ölçümleri (yani indikatörleri) arasındaki ilişkileri tanımlayan *ölçüm modeli* şeklinde iki unsurdan oluştuğunu belirtmektedirler, mevcut çalışmada oluşturulan yol modeli Şekil 4.1'de sunulmuştur.

Mevcut çalışmada PLS-SEM yönteminde analizlerin yürütülmesi iki aşamayı içermiştir. İlkinde araştırma modelinde üç farklı ölçüm modelini oluşturan formatif değişkenlerle ilgili geçerlilik varsayımları sınanmış, ölçüm modelinin geçerli olup olmadığı incelenmiştir. Ölçüm modelinin geçerli olduğu anlaşıldıktan sonra ikinci aşamada, yapısal modelin test edilmesine geçilmiş, yapısal modeldeki değişkenlerin ilişki analizleri yapılmıştır. Yürütülen analiz aşamalarında elde edilen bulgular izleyen satırlarda sunulmuştur.

4.7.1. PLS-SEM Ölçüm Modeli Bulguları

Ölçüm modelinde yer alan formatif değişkenlerle ilgili geçerlilik sınamaları, Hair ve meslektaşlarının (2016) önerdiği gibi outer model VIF (dış model VIF) katsayıları, faktör ağırlıklarına ve faktör yüklerine ait p değerleri üzerinden yapılmıştır. Bu bağlamda, ölçüm modelinin geçerliliğini sınamak için aşağıdaki koşullar incelenmiştir (Hair vd., 2016):

1. Outer model VIF katsayıları 10'dan küçük olmalıdır.
2. Faktör ağırlıklarının p değerleri <0.050 olmalıdır: p değeri 0.05'in üstünde olan indikatörlerin (gözlenen değişken) faktör yükleri incelenmeli ve faktör yükü > 0.5 ise veya faktör yüküne ait p değeri <0.05 ise o indikatör modelde tutulmalı, bunun aksi söz konusu ise o indikatör modelden çıkarılmalıdır.

4.7.1.1. Değişkenler Arasındaki Çoklu Bağlantının Bulguları

Mevcut çalışmada PLS-SEM yönteminde belirlenen formatif değişkenlerin geçerlilik varsayımlarının sınanması amacıyla değişkenler arasında çoklu bağlantı sorununun (multicollinearity) olup olmadığı, outer model VIF (Variance Inflation Factor) katsayıları üzerinden kontrol edilmiştir. Tüm VIF değerlerinin 10'dan küçük olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, değişkenler arasında çoklu bağlantı sorununun bulunmadığını göstermektedir. Tablo 4.17'de, CTQ'nun, DISQ'nun ve PANSS-pozitif belirtilerin indikatörlerine ait elde edilen outer model VIF katsayıları sunulmuştur.

Tablo 4.17: Değişkenler arasında çoklu bağlantının incelenmesi

İndikatörler	VIF
CTQ-Duygusal istismar ¹	2.834
CTQ-Fiziksel istismar	2.435
CTQ-Cinsel istismar	1.592
CTQ-Fiziksel ihmal	1.246
CTQ-Duygusal ihmal	2.116
DISQ-Kimlik konfüzyonu ²	5.789
DISQ-Kontrol kaybı	6.955
DISQ-Amnezi	4.508
DISQ-Absorpsiyon	4.280
P1-Sanrılar ³	1.779
P2-Düşünce dağınıklığı	1.126
P3-Varsanılar	2.218
P4-Taşkılık	1.805
P5-Büyüklik Duyguları	1.457
P6-Şüphencilik ve kötülük görme	2.207
P7-Düşmanca tutum	1.667

¹Çocukluk çağı travmaları ölçeğinin duygusal istismar alt ölçeği; ²Dissosiyasyon ölçeğinin kimlik konfüzyonu alt ölçeği; ³Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin pozitif belirtiler alt ölçeğine ait belirti

Analiz sonucuna göre CTQ üzerinden elde edilen VIF değerleri, Duygusal İstismar için 2.834; Fiziksel İstismar için 2.435; Cinsel İstismar için 1.592; Fiziksel İhmal için 1.246; ve Duygusal İhmal için 2.116 olarak hesaplanmıştır.

DISQ açısından ise bu değerler, Kimlik Konfüzyonu için 5.789; Kontrol Kaybı için 6.955; Amnezi için 4.508; ve Absorpsiyon için 4.280 olarak elde edilmiştir.

PANSS üzerinden elde edilen VIF değerleri de Sanrılar için 1.779; Düşünce dağımıklığı için 1.126; Varsanılar için 2.218; Taşkınılık için 1.805; Büyüklük duyguları için 1.457; Şüphencilik ve kötülük görme için 2.207; ve P7 Düşmanca tutum için 1.667 olarak ölçülmüştür (Bknz. Tablo 4.17).

Memon ve arkadaşları (2018), VIF değerlerinin 10'un altında olmasının indikatörlerin modelde kullanılabilirliğini sağladığını belirtmiştir; burada elde edilen bulguların da bu standardı karşıladığı söylenebilmektedir. Modelde yer alan indikatörlere ait VIF değerlerinin tamamı <10 olarak elde edilmiştir. Bu, değişkenler arasında çoklu bağlantı probleminin olmadığını ve indikatörlerin modelde kullanılabilir olduğunu göstermektedir.

Bu sonuçlar, yapısal eşitlik modellemesi analizlerinin güvenilir bir temel üzerine inşa edildiğini desteklemekte ve ilerleyen analizlerde bu değişkenlerin kullanılabilir olduğunu göstermektedir. Mevcut araştırma modelinde yer alan ölçüm modellerinin geçerliliği için birinci varsayımın sağlandığı ifade edilebilmektedir.

4.7.1.2. Değişkenlerin Faktör Ağırlıkları ve Yüklerine İlişkin Bulgular

Ölçüm modelinin geçerliliğini sınamak maksadıyla indikatörlerin faktör ağırlıkları (outer weights) ve faktör yükleri (outer loadings) incelenmiştir. Elde edilen faktör ağırlıklarının istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı p değerleriyle kontrol edilmiştir, $p < 0.05$ olarak saptanan indikatörler anlamlı bulunmuş ve modelde tutulmuştur. Ağırlıklar, hangi indikatörlerin latent değişkeni en çok etkilediğini göstermektedir (Hair vd., 2016), dolayısıyla istatistiksel olarak anlamlı bulunmayan ağırlıklar, modelin doğruluğunu bozabileceği için elenmiştir.

Faktör yükleri ise, indikatörlerin latent değişkenle olan korelasyon gücünü ifade etmektedir (Hair vd., 2016), elde edilen yüklerin de istatistiksel anlamlılığı p değerleriyle kontrol edilmiş, $p < 0.05$ ise yük anlamlı görülmüş ve indikatörün modelde tutarlı bir ilişki sunduğu varsayılmıştır. Hair ve meslektaşları (2016) yüklerin genellikle 0.7'den büyük olması gerektiğini söylemektedir, ancak 0.5-0.6 aralığında

olanları da kabul edilebilir bulmakta ve p değeri anlamlıysa, düşük yüklerin modelde tutulabileceğini belirtmektedirler. Buna göre formatif değişkenlere ait faktör yüklerinin anlamlı olup olmadığı incelendiğinde *fiziksel ihmal*, *düşünce dağınıklığı*, *taşkınlık* ve *düşmanca tutum* indikatörlerinin faktör ağırlıkları ve faktör yükleri istatistiksel manada anlamlı bulunmadığı için bu göstergeler ölçüm modelinden çıkarılmıştır ($p > 0.05$). Diğer göstergelerin faktör ağırlıklarının anlamsız olduğu gözlemlense de faktör yükleri istatistiksel olarak anlamlı olduğundan modelde kalması sağlanmıştır (Hair vd., 2016) (Bknz. Tablo 4.18).

Tablo 4.18: Faktör ağırlık ve yüklerinin incelenmesi

Formatif Değişkenler	Faktör ağırlıkları	P	Faktör yükleri	p
CTQ-Duygusal istismar ¹ -> CTQ toplam ²	0.717	0.016	0.887	<0.001
CTQ-Fiziksel istismar-> CTQ toplam	-0.075	0.805	0.587	0.001
CTQ-Cinsel istismar-> CTQ toplam	0.546	0.012	0.866	<0.001
CTQ-Fiziksel ihmal-> CTQ toplam	-0.160	0.394	0.163	0.394
CTQ-Duygusal ihmal-> CTQ toplam	-0.071	0.740	0.547	0.002
DISQ-Kimlik konfüzyonu ³ -> DISQ toplam ⁴	0.660	0.056	0.968	<0.001
DISQ-Kontrol kaybı-> DISQ toplam	-0.066	0.862	0.888	<0.001
DISQ-Amnezi-> DISQ toplam	-0.067	0.832	0.829	<0.001
DISQ-Absorpsiyon-> DISQ toplam	0.502	0.096	0.947	<0.001
P1-Sanrılar ⁵ -> PANSS-Pozitif belirtiler ⁶	-0.090	0.654	0.578	0.001
P2-Düşünce dağınıklığı-> PANSS-Pozitif belirtiler	-0.049	0.748	0.158	0.352
P3-Varsanılar-> PANSS-Pozitif belirtiler	0.468	0.035	0.871	<0.001
P4-Taşkınlık-> PANSS-Pozitif belirtiler	0.173	0.526	0.433	0.091
P5-Büyüklik Duyguları-> PANSS-Pozitif belirtiler	0.153	0.362	0.517	0.005
P6-Şüphecilik ve kötülük görme->PANSS-Pozitif belirtiler	0.601	0.029	0.842	<0.001
P7-Düşmanca tutum-> PANSS-Pozitif belirtiler	-0.320	0.227	0.024	0.888

¹Çocukluk travmaları ölçeğinin duygusal istismar alt ölçeği; ²Çocukluk travmaları ölçeği toplam puanı; ³Dissosiyasyon ölçeğinin kimlik konfüzyonu alt ölçeği; ⁴Dissosiyasyon ölçeği toplam puanı; ⁵Pozitif ve negatif sendrom ölçeğine ait pozitif belirti; ⁶Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin pozitif belirtiler alt ölçeği

CTQ-Duygusal İstismar → CTQ Toplam için faktör ağırlığı 0.717 ($p = 0.016$) ve yükü 0.887 ($p < 0.001$) olarak elde edilmiştir. CTQ-Fiziksel İstismar → CTQ Toplam için faktör ağırlığı -0.075 ($p = 0.805$) ve yükü 0.587 ($p = 0.001$) olarak; CTQ-Cinsel İstismar → CTQ Toplam için faktör ağırlığı 0.546 ($p = 0.012$) ve yükü 0.866 ($p < 0.001$) olarak; CTQ-Fiziksel İhmal → CTQ Toplam için faktör ağırlığı -0.160 ($p = 0.394$) ve yükü 0.163 ($p = 0.394$) olarak; CTQ-Duygusal İhmal → CTQ Toplam için faktör ağırlığı -0.071 ($p = 0.740$) ve yükü 0.547 ($p = 0.002$) olarak bulunmuştur.

DISQ-Kimlik Konfüzyonu → DISQ Toplam için faktör ağırlığı 0.660 ($p = 0.056$) ve yükü 0.968 ($p < 0.001$) olarak; DISQ-Kontrol Kaybı → DISQ Toplam için faktör ağırlığı -0.066 ($p = 0.862$) ve yükü 0.888 ($p < 0.001$) olarak; DISQ-Amnezi → DISQ Toplam için faktör ağırlığı -0.067 ($p = 0.832$) ve yükü 0.829 ($p < 0.001$) olarak; DISQ-

Absorpsiyon → DISQ Toplam için faktör ağırlığı 0.502 ($p = 0.096$) ve yükü 0.947 ($p < 0.001$) olarak ölçülmüştür. Kimlik konfüzyonu ve absorpsiyon için faktör ağırlıkları 0.050 sınırına yakın olsa da yükler 0.708'in üzerindedir, bu da bu indikatörlerin modele katkısının güçlü olduğunu göstermektedir. Kontrol kaybı ve amnezi için faktör ağırlıkları anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.050$).

PANSS-Pozitif Belirti indikatörleri için, P1-Sannılar → PANSS-Pozitif Belirti için faktör ağırlığı -0.090 ($p = 0.654$) ve yükü 0.578 ($p = 0.001$) olarak; P2-Düşünce Dağınıklığı → PANSS-Pozitif Belirtiler için faktör ağırlığı -0.049 ($p = 0.748$) ve yükü 0.158 ($p = 0.352$) olarak; P3-Varsanılar → PANSS-Pozitif Belirtiler için faktör ağırlığı 0.468 ($p = 0.035$) ve yükü 0.871 ($p < 0.001$) olarak; P4-Taşkınlık → PANSS-Pozitif Belirtiler için faktör ağırlığı 0.173 ($p = 0.526$) ve yükü 0.433 ($p = 0.091$) olarak; P5-Büyüklik Duyguları → PANSS-Pozitif Belirtiler için faktör ağırlığı 0.153 ($p = 0.362$) ve yükü 0.517 ($p = 0.005$) olarak; P6-Şüphencilik ve Kötülük Görme → PANSS-Pozitif Belirtiler için faktör ağırlığı 0.601 ($p = 0.029$) ve yükü 0.842 ($p < 0.001$) olarak; P7-Düşmanca Tutum → PANSS-Pozitif Belirtiler için faktör ağırlığı -0.320 ($p = 0.227$) ve yükü 0.024 ($p = 0.888$) olarak bulunmuştur. Varsanılar ve şüphencilik/kötülük görme için faktör ağırlıkları anlamlıdır ($p < 0.050$), ancak yükler sırasıyla 0.871 ve 0.842 ile güçlü bir katkı sağlamaktadır.

Hair ve meslektaşlarına (2016) göre faktör ağırlıkları, bir gizil (latent) değişkenin göstergelerinin (indikatörlerinin) o değişkeni oluşturmadaki katkısını ortaya koymaktadır, dolayısıyla mevcut çalışmada elde edilen faktör ağırlıkları: dissosiyasyona ait indikatörlerinin (kimlik konfüzyonu, kontrol kaybı, amnezi, absorpsiyon), dissosiyasyonu oluşturmadaki katkısını; Çocukluk çağı travmasına ait indikatörlerin (cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal), çocukluk çağı travmasını oluşturmadaki katkısını; Pozitif psikoz belirtilerine ait indikatörlerin (sannılar, düşünce dağınıklığı, varsanılar, taşkınlık, büyüklik duyguları, şüphencilik-kötülük görme ve düşmanca tutum) pozitif psikoz belirtilerini oluşturmadaki katkısını göstermektedir. Faktör yükleri ise, indikatörlerin latent değişkeni ne kadar iyi temsil ettiğini göstermektedir dolayısıyla anlamlı yüklerin, ölçüm modelinin geçerliliğini desteklediği söylenebilmektedir (Hair vd., 2016).

Elde edilen bu bulgular, CTQ toplam puanında duygusal istismar ve cinsel istismarın, DISQ toplam puanında kimlik konfüzyonu ve absorpsiyonun; PANSS pozitif

belirtilerde varsanılar ve şüphecilik/kötülük görmenin daha belirgin faktörler olduğunu göstermektedir.

Hair ve arkadaşları (2016), faktör ağırlıklarının p değerinin <0.050 olması ve yüklerin 0.708 'in üzerinde olması gerektiğini belirtmiştir; bu standartlara göre, bazı indikatörlerin (örneğin, fiziksel istismar, kontrol kaybı) modele katkısının sınırlı olabileceği söylenebilmektedir. Öte yandan fiziksel ihmal, düşünce dağınıklığı, taşkınlık ve düşmanca tutum indikatörlerinin modele dahil edilmediği bir senaryoda faktör ağırlıkları ve yükleri Tablo 4.19'da sunulmuştur.

Tablo 4.19: Faktör ağırlık ve yüklerinin incelenmesi (fiziksel ihmal, düşünce dağınıklığı, taşkınlık ve düşmanca tutum çıkarıldığında)

Formatif Değişkenler	Faktör ağırlıkları	P	Faktör yükleri	P
CTQ-Duygusal istismar ¹ ->CTQ toplam ²	0.619	0.029	0.898	<0.001
CTQ-Fiziksel istismar->CTQ toplam	-0.033	0.910	0.641	<0.001
CTQ-Cinsel istismar->CTQ toplam	0.553	0.009	0.887	<0.001
CTQ-Duygusal ihmal->CTQ toplam	-0.040	0.849	0.611	<0.001
DISQ-Kimlik konfüzyonu ³ ->DISQ toplam ⁴	0.841	0.006	0.982	<0.001
DISQ-Kontrol kaybı->DISQ toplam	-0.116	0.735	0.876	<0.001
DISQ-Amnezi->DISQ toplam	-0.100	0.711	0.809	<0.001
DISQ-Absorpsiyon->DISQ toplam	0.389	0.146	0.917	<0.001
P1-Sanrılar ⁵ -> PANSS-Pozitif ⁶	-0.041	0.833	0.614	<0.001
P3-Varsanılar->PANSS-Pozitif	0.610	0.001	0.912	<0.001
P5-Büyüklik Duyguları->PANSS-Pozitif	0.124	0.488	0.546	0.004
P6-Şüphecilik ve kötülük görme->PANSS-Pozitif	0.468	0.056	0.859	<0.001

¹Çocukluk travmaları ölçeği duygusal istismar alt ölçeği; ²Çocukluk travmaları ölçeği toplam puanı; ³Dissosiyasyon ölçeği kimlik konfüzyonu alt ölçeği; ⁴Dissosiyasyon ölçeği toplam puanı; ⁵Pozitif ve negatif sendrom ölçeğine ait pozitif belirti; ⁶Pozitif ve negatif sendrom ölçeği pozitif belirtiler alt ölçeği

Fiziksel ihmal, düşünce dağınıklığı, taşkınlık ve düşmanca tutum indikatörlerinin çıkarılmasıyla ölçüm modelinin geçerlilik koşullarının sağlandığı görülmüştür. Değişkenlere ait faktör yüklerinin tamamı istatistiksel manada anlamlı elde edilmiştir ($p < 0.05$). Bu sonuçla birlikte ikinci koşulun da sağlandığı görülmüştür.

Sonuç olarak, araştırma modelinde yer alan tüm indikatörlerin Outer VIF katsayıları 10 'dan küçük bulunmuş ve çoklu doğrusal bağlantı (multicollinearity) sorunu olmadığı doğrulanmıştır (Tablo 4.17). Faktör ağırlıklarının p değerleri <0.05 olarak sağlanmış, istatistiksel olarak anlamsız bulunan indikatörler (örneğin, fiziksel ihmal, $p = 0.394$) faktör yükleri incelenerek değerlendirilmiştir. Faktör yükü <0.5 ve $p > 0.05$ olan indikatörler (örneğin, düşünce dağınıklığı, $p = 0.352$) modelden çıkarılmış, böylece geçerli bir ölçüm modeli elde edilmiştir (Tablo 4.19). Bu, PLS-SEM' de yapısal modelin test edilmesi aşamasına geçilmesini sağlamıştır (Hair vd., 2016).

4.7.2. PLS-SEM Yapısal Model Bulguları

Yapısal modelin test edilmesi için PLS-SEM’ de yol katsayıları (path coefficients), aracı etki (mediation effect) ve modelin açıklayıcılık gücü (R^2) değerlendirilmiştir (Hair vd., 2016). Elde edilen sonuçlar Tablo 4.20’de sunulmuştur.

Tablo 4.20: Model sonucu (Model 1)

	β^a	S. sapma	t	p	VIF	R^2	Düzeltilmiş R^2
CTQ ¹ -> DISQ ²	0.765	0.101	7.541	<0.001*	1.000	0.585	0.577
CTQ -> PANSS-Pozitif belirtiler ³	0.107	0.220	0.486	0.627	2.411	0.645	0.630
DISQ -> PANSS-Pozitif belirtiler	0.718	0.200	3.589	<0.001*	2.411		
Dolaylı Etki (Aracılık Etkisi)							
CTQ -> DISQ -> PANSS-Pozitif belirtiler	0.550	0.182	3.012	0.003*			

^a Standartlaştırılmış beta katsayısı; ¹Çocukluk çağı travmaları ölçeği; ²Dissosiyasyon ölçeği; ³Pozitif ve negatif sendrom ölçeği pozitif belirtiler alt ölçeği; * $p < 0.05$

Yapılan PLS-SEM analizleri sonucunda yapısal modelde, çocukluk çağı travmalarının (CTQ) dissosiyasyon (DISQ) üzerindeki etkisi güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\beta = 0.765$, $t = 7.541$, $p < 0.001$). Dissosiyasyonun (DISQ) pozitif psikoz belirtileri (PANSS-Pozitif) üzerindeki etkisi de güçlü ve anlamlı elde edilmiştir ($\beta = 0.718$, $t = 3.589$, $p < 0.001$). Ancak, çocukluk çağı travmalarının (CTQ) pozitif psikoz belirtileri (PANSS-Pozitif) üzerindeki doğrudan etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\beta = 0.107$, $t = 0.486$, $p = 0.627$) (Bknz. Tablo 4.21, Şekil 1).

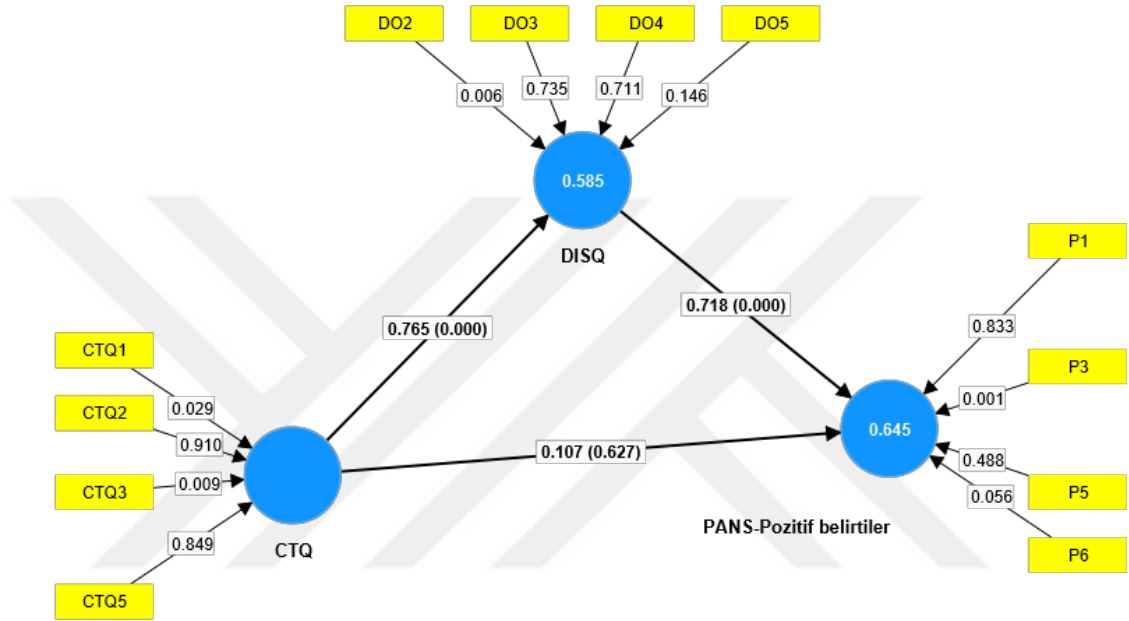
Çocukluk çağı travmalarının (CTQ) dissosiyasyon (DISQ) aracılığıyla pozitif psikoz belirtileri (PANSS-Pozitif) üzerindeki dolaylı etkisinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür ($\beta = 0.550$, $t = 3.012$, $p = 0.003$). Doğrudan etkinin anlamsız olması ($p = 0.627$), dissosiyasyonun (DISQ) tam medyatör rol oynadığını göstermektedir (Tablo 4.20).

Modelin açıklayıcılık gücü değerlendirildiğinde, dissosiyasyon (DISQ) için Düz. $R^2 = 0.577$, çocukluk çağı travmalarının (CTQ) dissosiyasyon varyansının %57.7’sini açıkladığını; pozitif psikoz belirtileri (PANSS-Pozitif) için Düz. $R^2 = 0.630$, çocukluk çağı travmalarının (CTQ) ve dissosiyasyonun (DISQ) birlikte, pozitif psikoz belirtileri varyansının %63’ünü açıkladığını göstermektedir. Bu, modelin orta-yüksek düzeyde bir açıklayıcılık gücüne sahip olduğunu ortaya koymaktadır (Hair vd., 2016).

Sonuç olarak, yapısal model analizi, dissosiyasyonun (DISQ) çocukluk çağı travmaları (CTQ) ile pozitif psikoz belirtileri (PANSS-Pozitif) arasında tam medyatör rol oynadığını göstermiştir (dolaylı etki: $\beta = 0.550$, $p = 0.003$). Pozitif psikoz belirtilerindeki toplam değişimin %63’ü çocukluk çağı travmaları ve dissosiyasyon tarafından açıklanmıştır.

4.7.3. PLS-SEM Yol Modeli Bulguları

Şekil 4.2’de, araştırma modelinin indikatörleri ve örtük değişkenleri arasındaki ilişkiler sunulmuştur (Şekil 1). Ölçüm modelinin geçerliliği, indikatörlerin örtük değişkenlerle ilişkilerini yansıtan yükler (loadings) üzerinden değerlendirilmiştir. Yükler, bir indikatörün örtük değişkeni açıklama derecesini göstermektedir; elde edilen yüksek yükler (örneğin, >0.7), güçlü bir katkıyı, düşük yükler (<0.1) ise sınırlı bir katkıyı ifade etmiştir (Hair vd., 2016).



Şekil 4.2. PLS-SEM Yol Katsayıları. Çocukluk çağı travmaları (CTQ), dissosiyasyon (DISQ) ve pozitif psikoz belirtileri (PANSS-Pozitif) arasındaki ilişkileri ve indikatörlerin örtük değişkenlerle yüklerini (loadings) göstermektedir. Yükler (0.001 ile 0.910 arasında), indikatörlerin örtük değişkenlere katkısını ifade eder (Hair vd., 2016).

Çocukluk çağı travmaları (CTQ) için, fiziksel istismar (CTQ2, yük = 0.910) ve duygusal ihmal (CTQ5, yük = 0.849) yüksek yüklerle etkili bulunmuştur, bu da bu indikatörlerin travma değişkenini açıklamada baskın olduğunu göstermiştir. Ancak, cinsel istismar (CTQ1, yük = 0.029) ve duygusal istismar (CTQ3, yük = 0.009) anlamlı bir etki göstermemiştir. Fiziksel ihmal (CTQ4, yük = 0.000) ölçüm modelinden çıkarıldığı için Şekil 1’de yer alamamıştır.

Dissosiyasyon (DISQ) için, kimlik konfüzyonu (DO2, yük = 0.006) minimal etkiye sahipken, kontrol kaybının (DO3, yük = 0.735) ve amnezinin (DO4, yük = 0.711) yüksek yüklerle önemli katkılar sunduğu saptanmıştır. Absorpsiyon (DO5, yük = 0.146) ise sınırlı bir katkı sağlamışsa da dissosiyasyon değişkeninin bu indikatörler tarafından büyük ölçüde şekillendirildiği söylenebilmektedir.

Pozitif psikoz belirtileri (PANSS-Pozitif için, sanrılar (P1, yük = 0.833) yüksek yükte önemli bir rol oynamış, bu da bu indikatörün psikoz değişkenini açıklamada baskın olduğunu ifade etmiştir. Varsanılar (P3, yük = 0.001) anlamlı bir etki göstermezken, büyüklük duygularının (P5, yük = 0.488) orta düzeyde ve şüphecilik ve kötülük görmenin (P6, yük = 0.056) sınırlı bir katkı sağladığı görülmüştür. Düşünce dağınıklığı (P2), taşkınlık (P4) ve düşmanca tutum (P7) ölçüm modelinden çıkarıldığı için Şekil 1’de yer alamamıştır.

Bu indikatörlerin, araştırma modelinin temel örtük değişkenlerini (yani CTQ, DISQ, PANSS-Pozitif) oluşturmada kritik roller oynadığı ve ölçüm modelinin geçerliliğini desteklediği tespit edilmiştir. Özellikle yüksek yüklerle öne çıkan indikatörler (CTQ2, CTQ5, DO3, DO4, P1), modelin yapısal analizinde dikkate alınmıştır.

Sonuç olarak travmada fiziksel istismarın (%91) ve duygusal ihmalin (%84.9), dissosiyasyonda kontrol kaybının (%73.5) ve amnezinin (%71.1), psikozda ise sanrılarının (%83.3) baskın olduğu saptanmıştır.

4.8. Şizofreni Gruplarında Klinik Değerlendirme ve Uzunlamasına Gözlem Bulguları

4.8.1. Dissosiyatif Psikoz Grubunun Demografik ve Klinik Özellikleri

Dissosiyasyon Ölçeğinden 2.5’in üzerinde puan olarak anlamlı düzeyde patolojik dissosiyasyon sergileyen hastalarla yapılan klinik görüşmelerden elde edilen bulgular tablo 4.21’de sunulmuştur.

Tablo 4.21: Patolojik dissosiyasyon düzeyi yüksek olan hastaların demografik ve klinik bilgileri

Hasta	Dem. bilgi	Kısa öykü	Mevcut tanı	Önceki tanıları	Daha önce hastaneye yatış	Suistidal girişim	Tedavi direnci
H1	25 yaşında kadın hasta.	Sık yatışları olan eski hasta. Son olarak 2 ay önce yatışı olmuş. Kendi kendine konuşmaya başlamış, anne-babasına şiddet uygulamış, ambulans ile acilden yatışı yapılmış. Hasta kafasının içinde devamlı seslerin olduğunu, cinler ve şeytanların ona bir şeyler söylediği söylüyor. Üç şeyi yemediğini söylüyor: saldırganlık, cinsellik, rahim acısı.	Organik Olmayan Psikotik Bozukluklar	BAB, Şizofreni, Kaygı bozukluğu Depresyon Mani	Var	Yok	Var
Aldığı tedaviler							

	1-Aripiprazol 10 mg (Abizol Easytab®) 2-Paliperidon 100 mg (Xeplion®) 3-Olanzapin 10 mg (Rexapin Easytab®) 4-Olanzapin 10 mg (Olfrex®) 5-Paliperidon 6 mg (Paligis®)	6-Paliperidon 3 mg (Paligis®) 7-Haloperidol 10 mg (Norodol®) 8-Amisülpirid 400 mg (Solian®) 9-Ketiapin 300 mg (Serex®)		10-Paliperidon 100 mg (Xeplion®) 11-Aripiprazol 30 mg (Abilify®) 12-Klozapin 25 mg (Clonex ®) 13-EKT			
H2	35 yaşında kadın hasta.	Yakınmaları 3 yıldır mevcutmuş. Eşinin kendisini elti ile aldattığını, ondan çocuğu olduğunu söylüyor. 1 aydır dini hezeyanları başlamış, özel güçleri olduğunu söylüyor. Kendisini koruması için Allah tarafından koruyucu melek gönderildiğini, onunla konuştuğunu söylüyor.	Psikotik Bozukluk	Sanrılı Bozukluk BAB Depresyon Şizofreni	Yok	Yok	Bilgi yok
Aldığı tedaviler							
	1-Haloperidol 10 mg (Norodol®)	2-Olanzapin 5 mg (Ozaprin®)		3-Venlafaksin 75 mg (Efexor XR®)			
H3	28 yaşında erkek hasta.	Fazla para harcama, duygularını, davranışlarını kontrol edememe, yaşadığı olayların etkisinde kalma, kendi kimliğinin değiştiğini hissetme, Allah'ın kendisiyle kendi sesi aracılığıyla konuştuğunu hissetme. Uykusuzluk, umutsuzluk, yetersizlik duygusu. Rahatsızlığı 16 yaşında başlamış, hastaneye ilk yatışı 18 yaşında olmuş.	Şizoaffektif Bozukluk	Depresyon Mani Şizofreni Yaygın Kaygı Boz. OKB, BAB Sosyal Kaygı Boz.	Var	Yok	Var
Aldığı tedaviler							
	1-Paliperidon 100 mg (Xeplion®) 2-Ketiapin 400 mg (KedayXR®) 3-Paliperidon 6 mg (Paligis®)	4-Haloperidol 10 mg (Norodol®) 5-Klozapin 25 mg (Clonex ®) 6-İrbesartan 150 mg- Hidroklorotiyazid 12,5 mg (Co-irda®)		7-Sodyum Valproat 500 mg (DepalexXR®) 8-Propranolol HCl 40 mg (Dideral®)			
H4	40 yaşında erkek hasta.	Yaklaşık 8 yıldır tedavi görüyor. Hastaneye ilk yatışı. Cezaevinden geliyor. Daha önce rahatsızlığına Antisozyal KB, kaygı boz. denilmiş. İçinde doku kaybı, organları yokmuş hissi oluyormuş. "Elimi göğsüme soksam arkadan sırtımdan çıkacakmış gibi korkum var" diyor. Kendisine "hıyar" diyerek kendisiyle konuşan bir sesin olduğunu söyleyen hasta bu antitenin resmini çizmiştir	Psikotik Bozukluk	Psikotik özellikli depresyon Uyum bozukluğu Antisozyal Kişilik Bozukluğu Anksiyete bozukluğu	Var	Yar	Var
Aldığı tedaviler							
	1-Haloperidol 10 mg (Norodol®) 2-Ketiapin 100 mg (Serex®) 3-Ketiapin 50 mg (Keday XR®) 4-Amisülpirid 400 mg (Solian®)	5-Amisülpirid 200 mg (Solian®) 6-Risperidon 2 mg (Ripesil®) 7-Parasetamole 500 mg (Tylol®) 8-Karbamazepin 200 mg (Karazepin®)		9-Karbamazepin 400 mg (Karazepin®) 10-Diazepam 5 mg (Nervium®) 11-Lansoprazol 30 mg (Lansoprol®) 12-Propranolol HCl 40 mg (Dideral®)			
H5	30 yaşında erkek hasta.	Mükerrer yatışları mevcut. 4 ay önce tabureci olmuş. Hastaneye 10.yatışı. İç daralması, gerginlik, huzursuzluk, uykusuzluk, kendi kendine konuşma, saldırganlık, işitsel varsanılar mevcut. Kollarında kesi izleri ve dövme mevcut.	Organik Olmayan Psikotik Bozukluklar	Yok	Var	Var	Var
Aldığı tedaviler							
	1-Ketiapin 400 mg (Keday XR®) 2-Paliperidon 100 mg (Xeplion®)	3-Klorpromazin 100 mg (Largactil®) 4-Aripiprazol 400 mg (Abilify Maintena®)		5-Ketiapin 100 mg (Gyrex®)			
H6	43 yaşında kadın hasta.	Yakınmaları 2017 yılında babasının vefatı sonrası başlamış. Kafasının içinde "kendini bıçakla", "boğazını sık" gibi sesler duyduğunu, sıkıntı, bunalıtı hisleri ifade ediyor. Hastaneye 3.yatışı.	Psikotik Bozukluk	Panik Bozukluk	Var	Yok	Var
Aldığı tedaviler							
	1-Haloperidol 10 mg (Norodol®) 2-Paliperidon 100 mg (Xeplion®)	3-Olanzapin 20 mg (Olfrex®) 4-Venlafaksine 75 mg (Sulinex®)		5-EKT			
H7	29 yaşında erkek hasta.	Hastaneye ilk yatışı.2015'te anksiyete boz tanısı almış. Kullandığı hiçbir ilacın faydalı olmadığını söylüyor. Oyun bağımlılığı var. Aşırı para harcama var. Bizar hezeyanlar, işitsel-görsel varsanılar mevcut. Yatağında 3 canlının olduğunu, bunların vücuduna girdiğini söylüyor. Boşluk-bunalıtı hisleri mevcut. Kolunda kesi izleri mevcut	Psikotik Bozukluk	Anksiyete bozukluğu Duygudurum bozukluğu	Yok	Var	Var
Aldığı tedaviler							

1-Aripiprazol 400 mg (Abilify
Maintena®)
2-Ketiapin 300 mg (Serex®)

3-Olanzapin (Olfrex®)
4-Klozapin 25 mg (Clonex®)

5-Lorazepam 2.5 mg (ativan expidet®)
6-Sodyum Valproat 500 mg (Depalex
XR®)

4.8.2. Dissosiyatif Psikoz Grubunun Ölçek Puanları

Klinik olarak anlamlı düzeyde patolojik dissosiyasyon sergileyen hastaların CTQ, ACE, DISQ, SDQ, PANSS ve SCL90-R ölçeklerinden aldıkları puanlar tablo 4.22’de sunulmuştur.

Tablo 4.22: Patolojik dissosiyasyon Düzeyi Yüksek Olan Hastaların Ölçek Puanları

Hasta	CTQ-28 ¹	ACE-10 ²	DISQ-63 ³	SDQ-20 ⁴	BPI-53 ⁵	PANSS-30 ⁶	SCL90-R ⁷									
							Som.	Kay	Ob	Dep	K	Psi	Par	Öf	Fo	Gen
H1	83	6	4.2	54	31	109 P:33 N:15 G:62	1.7	2	2.5	2.8	2	1.8	2.8	1	3.1	2.2
H2	39	4	2.5	47	23	83 P:28 N:9 G:46	1	0.5	0.8	0.8	1.2	0.2	1.2	0	0.1	0.6
H3	76	7	4.2	84	45	87 P:23 N:18 G:46	3.4	3.7	3.8	3.4	3.9	3.7	3.5	3.7	4	3.8
H4	87	1	3.8	74	46	84 P:29 N:13 G:42	3.7	3.3	3	3.5	3.5	3	3.3	2.2	2.4	3.1
H5	66	6	2.8	83	38	83 P:21 N:17 G:45	3.3	3.9	2.1	3.6	1.9	1.7	2.1	4	1.1	2.7
H6	42	2	2.9	65	32	85 P:23 N:22 G:40	3.3	3.5	2.8	3.2	3.2	3.3	2.8	2.3	1.6	2.9
H7	59	3	2.7	44	27	96 P:24 N:20 G:52	1.7	1.9	1.8	2.5	2.1	1.9	1	2.1	1.4	1.8

¹Çocukluk çağı travmaları ölçeği; ²Olumsuz çocukluk yaşantıları ölçeği; ³Dissosiyasyon ölçeği; ⁴Somatoform dissosiyasyon ölçeği; ⁵Borderline kişilik envanteri; ⁶ Pozitif ve negatif sendrom ölçeği; ⁷Psikolojik belirti tarama listesi alt ölçekleri

4.8.3. Dissosiyatif Psikoz Grubunun Dissosiyatif Bozukluklar İçin Görüşme Çizelgesi (DDIS) Sonucu

Patolojik dissosiyasyon saptanan 7 hastaya (3K, 4 E) Dissosiyatif Bozukluklar İçin Görüşme Çizelgesi (DDIS) uygulanmıştır, söz konusu hastaların DDIS’e göre DKB ve BTA-DB tanısını aldığı görülmüştür, bu hastaların DDIS raporu tablo 4.23’te sunulmuştur.

Tablo 4.23: Patolojik Dissosiyasyon Düzeyi Yüksek Olan Hastaların DDIS Sonucu

Hasta	DDIS Sonucu
H1	Somatik yakınma mevcut, Semp. Say.:22* Majör depresyon dönemi mevcut semp.say.:9 Şizofreninin pozitif belirtileri mevcut, pozitif bel. sayısı: 9* Doğüstü yaşantılar, posesyon yaşantıları mevcut, semp.say.:8* Sınır Kişilik Boz. Mevcut, semp.say.:7* Dissosiyatif amnezi mevcut.

	Uyurgezerlik, translar mevcut* Fiziksel istismar, cinsel istismar mevcut* DKB ile ilgili özellikler mevcut, semp.say.:14*	Depersonalizasyon bozukluğu mevcut. DKB mevcut. Hasta DDIS'e göre DKB tanısı almaktadır.
H2	Somatik yakınma mevcut, Semp. Say.:9* Majör depresyon dönemi mevcut semp.say.:7 Şizofreninin pozitif belirtileri mevcut, pozitif bel. sayısı: 6* Cinsel istismar mevcut* DKB ile ilgili özellikler mevcut, semp.say.:5*	Doğüstü yaşantılar, posesyon yaşantıları mevcut, semp.say.:4* Sınır Kişilik Boz. Mevcut, semp.say.:6* Depersonalizasyon bozukluğu mevcut. DKB mevcut. Hasta DDIS'e göre DKB tanısı almaktadır.
H3	Somatik yakınma mevcut, Semp. Say.:31* Uyuşturucu madde kötüye kullanımı mevcut* Majör depresyon dönemi mevcut semp.say.:9 Şizofreninin pozitif belirtileri mevcut, pozitif bel. sayısı: 10* Uyurgezerlik, translar, çocuklukta hayali oyun arkadaşları mevcut* Fiziksel istismar, cinsel istismar mevcut*	DKB ile ilgili özellikler mevcut, semp.say.:14* Doğüstü yaşantılar, posesyon yaşantıları mevcut, semp.say.:7* Sınır Kişilik Boz. Mevcut, semp.say.:9* Dissosiyatif amnezi mevcut. Depersonalizasyon bozukluğu mevcut. DKB mevcut. Hasta DDIS'e göre DKB tanısı almaktadır.
H4	Somatik yakınma mevcut, Semp. Say.:28* Alkol ve uyuşturucu madde kötüye kullanımı mevcut* Majör depresyon dönemi mevcut semp.say.:9 Şizofreninin pozitif belirtileri mevcut, pozitif bel. sayısı: 8* Translar, çocuklukta hayali oyun arkadaşları mevcut* Fiziksel istismar, cinsel istismar mevcut*	DKB ile ilgili özellikler mevcut, semp.say.:13* Doğüstü yaşantılar, posesyon yaşantıları mevcut, semp.say.:10* Sınır Kişilik Boz. Mevcut, semp.say.:9* Dissosiyatif amnezi mevcut. Dissosiyatif füğ mevcut. DKB mevcut. Hasta DDIS'e göre DKB tanısı almaktadır
H5	Somatik yakınma mevcut, Semp. Say.:21* Alkol ve uyuşturucu madde kötüye kullanımı mevcut* Majör depresyon dönemi mevcut Şizofreninin pozitif belirtileri mevcut, pozitif bel. sayısı: 8* Translar mevcut*	Fiziksel istismar mevcut* DKB ile ilgili özellikler mevcut, semp.say.:14* Sınır Kişilik Boz. mevcut, semp.say.:8* DDIS' e göre hastanın dissosiyatif amnezi, dissosiyatif füğ, depersonalizasyon bozukluğu ve DKB bulguları negatiftir, hasta BTA-DB** tanısı almaktadır.
H6	Somatik yakınma mevcut, Semp. Say.:23* Majör depresyon dönemi mevcut Şizofreninin pozitif belirtileri mevcut, pozitif bel. sayısı: 9* Translar mevcut* Fiziksel istismar mevcut* DKB ile ilgili özellikler mevcut, semp.say.:11*	Doğüstü yaşantılar, posesyon yaşantıları mevcut, semp.say.:1* Sınır Kişilik Boz. mevcut, semp.say.:7* Dissosiyatif amnezi mevcut. Depersonalizasyon bozukluğu mevcut. Hasta DDIS'de dissosiyatif amnezi ve depersonalizasyon bozukluğu açısından pozitif ancak DKB açısından negatiftir. Hastanın DKB'nin kısmi bir formuna (partial form of DID) sahip olduğu değerlendirilmiştir.***
H7	Somatik yakınma mevcut, Semp. Say.:11* Alkol kötüye kullanımı mevcut* Majör depresyon dönemi mevcut Şizofreninin pozitif belirtileri mevcut, pozitif bel. sayısı: 9* Fiziksel istismar negatif, cinsel istismar mevcut.	DKB ile ilgili özellikler mevcut, semp.say.:10* Sınır Kişilik Boz. mevcut, semp.say.:9* Dissosiyatif amnezi mevcut. DKB mevcut. Hasta DDIS'e göre DKB tanısı almaktadır.

* DKB' yi şizofreniden ayırmaktadır (Ross, 2009). **BTA-DB: Başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk ***DKB' nin kısmi formu Ross (2009) tarafından tanımlanmıştır.

DDIS'in uygulanması esnasında hastalar arasından H2'nin belirgin alterleri olduğu tespit edilmiş, ön plana çıkan alter (Koruyucu Y.) ile "talking through" yöntemiyle iletişim kurulmuştur. Benzer şekilde "organik olmayan psikoz" tanılı başka bir hastanın (H1) "cin", "şeytan", "nefis" diye tarif ettiği seslere klinik sorular sorulmuş, sesler hasta aracılığıyla klinisyene cevap vermiştir. Görüşülen hastalardan H4 de kafasının içinden geldiğini tarif ettiği, kendisiyle iletişim kuran sesin zihnindeki imajını çizerek bunu klinisyene göstermek istemiştir. Bu klinik antite, hasta aracılığıyla klinisyene yanıt vermiştir; bir görsel halüsinasyon olmayıp, hastanın zihninde tasavvur ettiği bir görüntü olarak değerlendirilmiştir. Hastanın kendisiyle diyalog kuran sesin hastanın zihnindeki imajı aşağıda sunulmuştur (Bknz. Şekil 4.3).



Şekil 4.3: H4'ün kendisiyle iletişim kuran sesin zihnindeki imajı

Psikotik bozukluğu olan, yatarak tedavi gören ve patolojik dissosiyasyon düzeyleri yüksek saptanan söz konusu hastalardan H7 de DDIS'e göre DKB tanısını karşılamıştır. H5'in ise DDIS' e göre dissosiyatif amnezi, dissosiyatif füğ, depersonalizasyon bozukluğu ve DKB bulguları negatiftir, ancak hasta Ross (2009)'a göre başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk (BTA-DB) tanısı almaktadır.

DDIS uygulanan diğer hasta (H6) ise dissosiyatif amnezi ve depersonalizasyon bozukluğu açısından pozitif ancak DKB açısından negatif bir klinik tablo göstermiştir. Ross (2009) hastaların hem dissosiyatif amnezi hem de depersonalizasyon bozukluğu kriterlerini karşılamasının ve DDIS' in geri kalanında yüksek semptom profillerine sahip olmasının alışılmadık bir durum olmadığını belirtmekte ve bu kişilerin genellikle DSM-5 sistemi tarafından iyi sınıflandırılmayan kronik, karmaşık bir dissosiyatif bozukluğa sahip olabileceklerini ifade etmektedir.

Yine Ross (2009)'a göre bu kişiler DKB'nin kısmi bir formuna (partial form of DID) sahip oldukları yönünde tanı alabilir ve başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk olarak sınıflandırılabilirler, ancak DSM-5 kuralları buna izin vermemektedir. DDIS' de dissosiyatif amnezi ve depersonalizasyon bozukluğu açısından pozitif ancak DKB açısından negatif olduğu tespit edilen hastaların, aslında DKB'ye sahip olabilecekleri ve bu durumda DDIS' den yanlış negatif DKB tanısı almış olabilecekleri ifade edilmektedir (Ross, 2009).

4.8.4. Dissosiyatif Psikoz Grubunda Önerilen Dissosiyatif Şizofreni (295.40 Dissosiyatif Tip) İçin Karşılanan Tanı Kriterleri

Dissosiyasyon Ölçeğinden 2.5'in üzerinde puan alan ve anlamlı düzeyde yüksek patolojik dissosiyasyon sergileyen psikotik bozukluk tanılı 7 hastaya DDIS uygulanmıştır. Uygulanan DDIS sonucuna göre 5 hasta DKB tanısı alırken; 2 hasta BTA-DB tanısını almıştır.

Söz konusu hastalar Ross (2004) tarafından önerilen Dissosiyatif Şizofreni (295.40 Dissosiyatif Tip) tanı kriterleri bağlamında incelenmiş, buna göre (1) dissosiyatif amnezi, (2) depersonalizasyon, (3) iki veya daha fazla farklı kimliğin veya kişilik durumunun varlığı, (4) işitsel varsanılar, (5) yaygın komorbidite ve (6) ağır çocukluk çağı travması kriterlerinden en az üçünü karşılayan bu hastalarda Dissosiyatif Şizofreni (295.40 Dissosiyatif Tip) tespit edilmiştir. Buna ilişkin bulgular tablo 4.24'te sunulmuştur.

Tablo 4.24: Patolojik Dissosiyasyon Saptanan 7 Hastada Önerilen Dissosiyatif Şizofreni (295.40 Dissosiyatif Tip) İçin Karşılanan Tanı Kriterleri

Dissosiyatif Şizofreni (295.40 Dissosiyatif Tip)	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7
1.Dissosiyatif amnezi	-	+	+	+	+	+	-
2.Depersonalizasyon	+	+	-	-	+	+	-
3.İki veya daha fazla farklı kimliğin veya kişilik durumunun varlığı	+	+	+	+	+	-	-
4.İşitsel varsanılar	+	+	+	+	+	+	+
5.Yaygın komorbidite	+	+	+	+	+	+	+
6.Ağır çocukluk çağı travması	+	+	+	-	+	-	+
Önerilen dissosiyatif şizofreni tanısı için karşılanan kriter sayısı ¹	5	6	5	4	6	4	3

¹Ross (2004) tarafından dissosiyatif şizofreni için tanımlanan tanı kriterleri.

Mevcut çalışmada, şizofreninin dissosiyatif alt tipi incelenmiştir. Dissosiyasyon Ölçeğinden 2.5'in üzerinde puan alan psikotik bozukluğu olan 7 hastadan oluşan bir gruba yapılandırılmış bir klinik görüşme olan DDIS uygulanmıştır; bu 7 hasta 51 kişilik örneklemin içinden seçilmiştir (44'ü DISQ'dan 2.5'in altında puan almıştır).

Bu 7 hastanın Ross'un (2004) dissosiyatif şizofreni kriterlerini karşıladığı tespit edilmiştir ve söz konusu kriterlerin psikotik hastaların bir alt grubunda mevcut olduğu ortaya çıkmıştır. Söz konusu 7 hastanın 7'si de Ross'un (2004) önerdiği *dissosiyatif şizofreni (dissosiyatif psikoz)* tanı kriterlerini karşılamıştır. Ayrıca, yapılan klinik değerlendirme ve uzunlamasına gözlem neticesinde *dissosiyatif şizofreni* tanı ölçütlerini karşılayan bu hastalardan 5'inde (H1, H2, H3, H4 ve H7) pür dissosiyatif kimlik bozukluğu olduğu klinik kanaatine varılmıştır.

4.8.5. Non-dissosiyatif Psikoz Grubunun Demografik ve Klinik Özellikleri

Dissosiyasyon Ölçeğinde (DISQ) 2.5'in altında puan alan ve patolojik dissosiyasyon sergilemeyen hastalardan elde edilen klinik bulgular aşağıda yer alan tablo 4.25'te sunulmuştur.

Tablo 4.25: Dissosiyasyon düzeyi düşük olan hastaların demografik ve klinik bilgileri

Hasta	Dem. bilgi	Kısa öykü	Mevcut tanı	Önceki tanıları	Daha önce hastaneye yattı	Suisidal girişim	Tedavi direnci
1	45 yaşında kadın hasta.	Hasta "koç burcu olduğu için Rami Koç'un kendisine hediye olarak koç gönderdiğini" söylüyor.	Şizofreni	Yok	Var	Yok	Yok
		Aldığı tedaviler					
		1-Haloperidol 10 mg (Norodol®) 2-Olanzapin 10 mg (Rexapin®)	3-Ketiapine 300 mg (Serex®) 4-EKT				
2	24 yaşında erkek hasta.	Rahatsızlığı 5-6 yıldır mevcutmuş. Sinirlilik, uyku düzensizliği, kulağa seslenme tarzı sesler geliyor, köydeki düşmanlarının kendisine zarar vereceğini düşünüyor. İlaçlarını içtiği zaman sesler kesiliyormuş.	Psikotik Bozukluk	Yok	Var	Yok	Bilgi yok
		Aldığı tedaviler					
		1-Risperidon 2 mg (Rispestil®)	2-Paliperidon 100 mg (Xeplion®)				
3	45 yaşında erkek hasta.	20 yıl önce eşinden şüphelenmeleri olmuş, eşinin kendisini aldattığını düşünmüş ve kendine zarar vermiş. Agresif hareketleri varmış. Hasta gizli kameralarla izlendiğini söylüyor.	Psikotik Bozukluk	Yok	Yok	Yok	Yok
		Aldığı tedaviler					
		1-Risperidon 2 mg (Rispestil®)					
4	24 yaşında erkek hasta.	Hasta rahatsızlığının ne olduğunu bilmiyor, neden hastanede olduğunu ve hiçbir şey bilmediğini söyledi.	Psikotik Bozukluk	Yok	Yok	Yok	Yok
		Aldığı tedaviler					
		1-Haloperidol 10 mg (Norodol®)	2-Olanzapin 10 mg (Olfrex®)		3-Ketiapin 100 mg (Serex®)		

4.8.6. Non-dissosiyatif Psikoz Grubunun Ölçek Puanları

İzleyen kısımda tablo 4.26'da, dissosiyasyon ölçeğinden aldıkları puana göre patolojik dissosiyasyon göstermeyen hastaların ölçek puanları sunulmuştur.

Tablo 4.26: Dissosiyasyon Düzeyi Düşük Olan Hastaların Ölçek Puanları

Hasta	CTQ-28 ¹	ACE-10 ²	DISQ-63 ³	SDQ-20 ⁴	BPI-53 ⁵	PANSS-30 ⁶	SCL90-R ⁷									
							Som.	Kay	Ob	Dep	KD	Psi	Par	Öf	Fob	Gen
1	35	1	2.0	38	1	78 P:24 N:24 G:30	1.3	2.1	1.9	1.2	1.8	1.5	1.8	2	1.6	1.6
2	41	4	1.3	22	1	73 P:16 N:25 G:32	0.4	0.6	0.4	0.5	0.1	0.6	0.1	0.5	0.6	0.4
3	30	2	1.2	20	6	77 P:18 N:23 G:36	0	0.2	0	0.5	0.5	0	0.7	0	0	0.2
4	30	2	1.4	25	2	69 P:14 N:24 G:31	0.7	1.4	1.2	2.7	2	0.9	1.3	1.2	0.3	1.4

¹Çocukluk çağı travmaları ölçeği; ²Olumsuz çocukluk yaşantıları ölçeği; ³Dissosiyasyon ölçeği; ⁴Somatofom dissosiyasyon ölçeği; ⁵Borderline kişilik envanteri; ⁶Pozitif ve negatif sendrom ölçeği; ⁷Psikolojik belirti tarama listesi alt ölçekleri

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE DEĞERLENDİRME

Bu çalışmada, Colin A. Ross'un (2004, 2007) travma modeli ve şizofreninin dissosiyatif alt tipi teorisi temel alınarak, bir ruh sağlığı hastanesinde yatarak tedavi gören, 21 ila 68 yaş aralığındaki 51 şizofreni tanılı hasta incelenmiştir. Katılımcılar, DSM-5-TR kriterlerine göre şizofreni tanısı almış hastalardan oluşmakta olup, %58.8'i erkek, %41.2'si kadındır. Bu hastalar, patolojik dissosiyasyon düzeylerine göre dissosiyatif psikoz (%13.7, n = 7) ve non-dissosiyatif psikoz (%86.3, n = 44) olarak iki gruba ayrılmıştır. Ayrıca, çocukluk çağı travması öyküsü bulunanlar travmatik psikoz grubu (%60.8, n = 31), bulunmayanlar ise non-travmatik psikoz grubu (%39.2, n = 20) olarak sınıflandırılmıştır.

Çalışmanın temel amacı, patolojik dissosiyasyon ve çocukluk çağı travmaları ışığında şizofreni hastalarının klinik fenomenolojisini değerlendirmektir. Bu doğrultuda aşağıdaki alt amaçlar belirlenmiştir:

1. Patolojik dissosiyasyon ve çocukluk çağı travması öyküsüne göre şizofreni hastalarının fenomenolojik farklılıklarını belirlemek,
2. Psikiyatrik ölçüm araçları ve uzunlamasına klinik gözlemler aracılığıyla patolojik dissosiyasyonun klinik tabloyla ilişkisini incelemek,
3. Şizofreninin dissosiyatif alt tipi teorisini test etmek ve bu alt tipe ilişkin Ross (2004) tarafından önerilen "dissosiyatif şizofreni" ye ait tanı kriterlerini irdelemek,
4. Bu alt tipteki hastaların kronik kompleks dissosiyatif bozukluk (DKB + BTADB) tanılarını karşılayıp karşılamadığını belirlemek,
5. Şizofreninin dissosiyatif alt tipine özgü öngördürücü klinik özellikleri tanımlamak,
6. Çocukluk çağı travmaları ile pozitif psikoz belirtileri arasındaki ilişkide patolojik dissosiyasyonun aracı rolünü test etmek.

Bu çalışma, şizofreninin dissosiyatif alt tipini tanımlamayı, psikozun yalnızca biyolojik açıdan değil aynı zamanda gelişimsel travma ve patolojik dissosiyasyon zemininde de açıklanabileceğini ampirik olarak göstermeyi ve şizofreninin heterojen doğasına yeni bir perspektif sunmayı amaçlamaktadır.

Kökene Eugen Bleuler'ın 1911 yılında sunduğu şizofreni vakalarına dayanan Ross'un (2004, 2007) şizofreninin dissosiyatif alt tipi teorisi ve travma modeli temel alınarak geliştirilen teorik çerçeve, şizofreni tanısı almış hastaların belirli bir alt grubunun kronik çocukluk çağı travması ve patolojik dissosiyasyon temelli psikopatoloji sergilediğini ve bu grubun pozitif psikoz belirtileri açısından baskın ve komorbiditenin yoğun olduğu özgün bir klinik örüntü sunduğunu varsaymaktadır.

5.1. Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikoz Üzerine Değerlendirme

Çalışmada yer alan şizofreni tanılı hastaların %60.8'i, 18 yaş öncesinde ağır ve kronik çocukluk çağı travmalarına maruz kaldıklarını bildirmiştir. Bu psikolojik travmalar; fiziksel, cinsel ve duygusal istismarın yanı sıra fiziksel ve duygusal ihmali kapsamaktadır. Ayrıca hastaların %51'inin ACE (Adverse Childhood Experiences) puanı 4 ve üzerindedir; bu da ciddi düzeyde çocukluk çağı travmasına işaret etmektedir.

ACE çalışmasına (Felitti vd., 1998) göre bu skor, yalnızca istismarı değil; aynı zamanda ev içi işlev bozukluğunu (örneğin, ebeveynlerin madde bağımlılığı, psikiyatrik hastalık, aile içi şiddet, hapis öyküsü gibi) da içermektedir. Mevcut çalışmadaki yüksek ACE düzeyi, şizofreni tanılı hastaların çocukluk çağında istismar ve ihmalin yanı sıra, ağır ev içi işlev bozukluğuna da maruz kaldığını göstermektedir. Psikolojik travmalara ilişkin bu sonuçlar çocukluk çağı travması ile psikoz arasındaki bağa dair giderek güçlenen alanyazını doğrudan desteklemektedir.

Bu bulgu, psikoz gelişiminde çocukluk çağı travmalarının rolünü vurgulayan geniş çaplı alanyazınla örtüşmektedir. Varese ve arkadaşları (2012), 41 çalışmayı içeren meta-analizlerinde çocuklukta travmaya maruz kalan bireylerin, maruz kalmayanlara kıyasla psikoz geliştirme riskinin 2.78 kat daha fazla olduğunu göstermiştir. Ayrıca bu çalışmalardan 10'undan 9'unda bir doz-yanıt ilişkisi tespit edilmiş; travma yoğunluğu arttıkça psikoz gelişme olasılığı da artmıştır. Bu ilişki, Hill'in (1965) nedensellik kriterlerinden biri olarak değerlendirilen doz-yanıt prensibiyle desteklenmektedir.

Özellikle çocuklukta yaşanan ihmal, istismar ve ev içi işlev bozuklukları, yalnızca psikolojik değil, biyolojik izler de bırakmaktadır. Araştırmalar, kronik travmaya maruz kalan bireylerde HPA eksenini disregülasyonu, hipokampal hacim kaybı ve duygusal regülasyon süreçlerinde bozulma olduğunu göstermektedir (Ross, 2004; Sapolsky, 2000; Stein vd., 1997; Nijenhuis vd., 2002).

Lanius ve arkadaşları (2002), TSSB'li bireylerin yaklaşık %30'unun travma tetikleyici uyarılara dissosiyatif yanıt verdiğini ve bu grubun fMRI verilerinde medial prefrontal korteks ve parietal loblarda yüksek aktivasyon gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu bulgular, dissosiyatif tepkinin, nörobiyolojik olarak uyarılmaya karşı inhibitör bir mekanizma tarafından yönetildiğini düşündürmektedir. Travma sonrası, kortizol düzeylerindeki artışın hipokampal nöronlara toksik etkisi olduğu, bu durumun da anıların bütünleştirilememesine ve dissosiyatif semptomların ortaya çıkmasına yol açtığı bilinmektedir (Ross, 2004; Sapolsky, 2000; Bremner, 2002).

Bu nöropsikolojik bozulmalar, psikozda gözlemlenen işitsel halüsinasyonlar ve paranoid düşüncelerle sıklıkla örtüşmekte; dissosiyatif kimliklerin içsel temsilleri, psikotik algı bozuklukları olarak yorumlanabilmektedir (Ross, 2007; Moskowitz vd., 2009). Dolayısıyla, çocukluk çağı travmalarının yüksek prevalansı, yalnızca klinik semptomlarla değil, aynı zamanda psikobiyolojik düzeyde dissosiyatif örüntülerle birlikte de değerlendirilmelidir.

Mevcut çalışmada elde edilen bulgular, şizofreninin etiyolojik olarak heterojen bir yapı taşıdığını ve travmatik yaşantı öyküsünün, özellikle pozitif belirti baskınlığı gösteren hasta alt gruplarında ayırt edici bir faktör olduğunu göstermektedir. Bu durum, şizofreni tanısı altında yer alan patolojik dissosiyatif vakaların sistematik biçimde tanımlanması ve bu gruba yönelik hedeflenmiş müdahale stratejileri geliştirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Varese ve meslektaşları (2012), çocukluk çağı travmalarının toplumda tamamen ortadan kaldırılması durumunda psikoz vakalarının yaklaşık %33'ünün önlenebileceğini öne sürerek, travma odaklı müdahalelerin önemine dikkat çekmektedir. Bu bağlamda, çalışmamızda ortaya çıkan yüksek travma prevalansı, psikotik bozukluklarda önleyici ve tedavi edici yaklaşımların travmatik yaşantıları merkeze alması gerektiğini desteklemektedir.

Sonuç olarak, bu çalışmada elde edilen veriler, şizofreni tanılı hastaların çocukluk dönemlerinde sık ve ağır travmalara maruz kaldıklarını ve bu travmaların psikoz gelişiminde önemli bir risk faktörü oluşturduğunu göstermektedir. Kronik çocukluk çağı travması öyküsü, yalnızca psikozun ortaya çıkmasını değil; aynı zamanda klinik seyri, tedaviye yanıtı ve eşlik eden psikiyatrik belirtileri de etkilemektedir. Bu nedenle, şizofreni tanısı alan hastalarda travmatik yaşantı öykülerinin sistematik biçimde

değerlendirilmesi hem tanısal doğruluk hem de müdahale planlaması açısından kritik öneme sahiptir.

5.2. Patolojik Dissosiyasyon, Yaygın Komorbidite ve Polifarmasi Üzerine Değerlendirme

Araştırmada yer alan psikotik hastaların %13.7'sinde (n = 7) patolojik düzeyde dissosiyatif belirtiler tespit edilmiştir. Bu hastalarda, patolojik dissosiyasyon ile geçmişte konulan tanılar, intihar girişimi öyküsü, yaygın komorbidite, polifarmasi ve tedaviye direnç arasında güçlü bağlantılar saptanmıştır. Özellikle dissosiyatif psikoz grubunun diğer hastalara kıyasla daha fazla antipsikotik ilaç kullandığı ve daha karmaşık tedavi protokollerine ihtiyaç duyduğu gözlenmiştir.

Çalışmada elde edilen verilere göre, dissosiyatif psikoz grubundaki hastalar ortalama 5.29 farklı antipsikotik ilaç kullanırken, non-dissosiyatif grup ortalama 2.34 ilaçla tedavi edilmektedir. Dissosiyatif hastalara reçete edilen ilaçlar arasında Paliperidon, Ketiapin, Haloperidol, Amisülpirid, Risperidon, Klozapin, Olanzapin gibi pek çok farklı antipsikotik ilaç yer almakta, ayrıca bu hastalara sıklıkla elektrokonvülsif terapi de uygulanmaktadır. Ancak Ross (2007), bu hasta grubunun klasik şizofreni protokollerine yanıt vermediğini, çünkü semptomların esas kaynağının patolojik dissosiyasyon olduğunu ileri sürmektedir.

Heald ve meslektaşları (2020), antipsikotik tedavi yoğunluğunun genellikle eşlik eden komorbid bozukluklar tarafından belirlendiğini belirtmiştir. Bu bağlamda, çalışmada kullanılan SCL-90-R ölçeği, somatizasyon, obsesyon, depresyon, kaygı, öfke, fobi, paranoya ve psikotizm gibi dokuz belirti kümesini kapsayarak komorbiditeyi etkin biçimde tespit etmiştir. Bulgular, travma öyküsü bulunan hastaların yaygın komorbid belirtiler sergilediğini ve üçten fazla antipsikotik ilaçla tedavi edildiğini ortaya koymuştur.

Ross'un (2007) travma modeline göre, erken dönemde yaşanan travmalar, yalnızca psikotik belirtileri değil; aynı zamanda komorbid psikopatolojiyi de artırmaktadır. Çalışmamızda, SCL-90-R sonuçları, dissosiyatif psikoz grubunun (ortalama 2.42) non-dissosiyatif gruba (ortalama 0.81) göre daha fazla psikopatolojik belirti gösterdiğini ortaya koymuş ve bu bulgu, çoklu ilaç kullanımının altında yatan klinik karmaşıklığı açıklamıştır.

Dissosiyatif psikoz grubundaki hastaların yalnızca antipsikotik değil, aynı zamanda antidepresan, anksiyolitik, duygudurum dengeleyici ve beta bloker gibi ek ilaçlar (örneğin, Venlafaksin, Sodyum Valproat, Lorazepam, Propranolol, Diazepam) kullandıkları da belirlenmiştir. Bu durum, tedaviye dirençli ve klinik açıdan ağır tabloların patolojik dissosiyasyonla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Ross (2007), polifarmasinin dissosiyatif vakalarda çoğu zaman kaçınılmaz olduğunu, çünkü bu hastaların genellikle birden fazla tanı kriterini karşılayan karmaşık klinik tablolar sergilediğini belirtmektedir. Alanyazında, DKB tanısı alan hastaların genellikle aynı anda 10 veya daha fazla DSM tanı ölçütünü karşılayabildikleri bildirilmiştir (Ross, 1997). Bu nedenle farklı klinisyenlerin farklı dönemlerde bu bireylere çeşitli tanı koyması kaçınılmazdır; esas hata, altta yatan dissosiyatif bozukluğun gözden kaçırılmasıdır.

Çalışmada yer alan dissosiyatif psikoz grubunun önemli bir kısmı DDIS görüşme çizelgesine göre dissosiyatif kimlik bozukluğu (n = 5) veya başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk (n = 2) tanılarını karşılamaktadır. Bu bulgu, yüksek düzeyde patolojik dissosiyasyon sergileyen şizofreni tanılı hastaların aslında kronik kompleks dissosiyatif bozukluk vakaları olabileceğine işaret etmektedir. Aynı zamanda, bu hastaların Ross'un (2004) önerdiği dissosiyatif şizofreni tanı ölçütlerini karşılaması da teorik modelin klinik karşılığını güçlendirmektedir.

Çalışmada, bir grup şizofreni hastasının DKB tanısı alması, dissosiyatif kimlik bozukluğunun sıklıkla şizofreni ile karıştırıldığını bildiren alanyazını da desteklemiştir (Ross, 1997; Putnam vd., 1986; Ross vd., 1990; Ross ve Norton, 1988; Ross, Norton ve Wozney, 1989).

Sonuç olarak, patolojik dissosiyasyonu olan şizofreni hastaları, yalnızca daha yoğun psikoz belirtileri değil, aynı zamanda yaygın komorbidite ve tedaviye dirençli tablolar da sergilemektedir. Bu durum, klinik değerlendirmelerde dissosiyatif belirtilerin sistematik biçimde ele alınmasını gerekli kılmaktadır.

Öte yandan psikobiyolojik alanyazın, tedaviye dirençli dissosiyatif hastaların nöroendokrin ve nörogörüntüleme bulgularıyla da ayırt edilebilir olduğunu göstermektedir. Özellikle HPA ekseninde gözlenen disregülasyon, stresörlere karşı anormal kortizol yanıtı ve buna bağlı olarak hipokampusun inhibitör görevini yeterince yerine getirememesi, dissosiyatif semptomların sürekliliğini sağlamaktadır

(Bremner vd., 2002). Bu biyolojik örüntü hem pozitif hem de komorbid semptomları şiddetlendirmekte ve tedaviye dirençli görünümü desteklemektedir.

Ayrıca, kontrollü klinik çalışmalar antipsikotik ilaçların genel etkinliğinin sınırlı olduğunu göstermektedir. Ketiapin, olanzapin ve amisülpirid gibi sık reçetelenen ajanlar, yalnızca küçük bir hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı iyileşme sağlamaktadır (Ross, 2004; Arvantis ve Miller, 1997; Volavka vd., 2002). Bu bulgu, çalışmamızdaki polifarmasi örüntüsünün dissosiyatif grupta neden daha yaygın olduğunu açıklamak açısından önemlidir.

Dolayısıyla, dissosiyatif psikoz grubunun tedavisinde farmakolojik yaklaşımların ötesine geçilmesi; psikolojik travma ve patolojik dissosiyasyon odaklı, yapılandırılmış psikoterapilerin temel tedavi stratejisi olarak konumlandırılması gerekmektedir.

5.3. Patolojik Dissosiyatif Belirtiler, Pozitif/Negatif Psikoz Belirtileri ve Klinik Ayırıcılar Üzerine Değerlendirme

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) sonuçlarına göre, patolojik dissosiyasyon sergileyen şizofreni hastalarının (%13.7, n = 7), patolojik dissosiyasyon sergilemeyenlere (%86.3, n = 44) kıyasla daha yoğun pozitif psikoz belirtileri, daha yüksek genel psikopatoloji puanları ve daha düşük negatif belirti düzeyleri olduğu saptanmıştır. Bu durum, şizofreninin dissosiyatif alt tipi kavramsallaştırmasını destekleyen klinik bir örüntü ortaya koymaktadır.

Ellason ve Ross'un (1995) çalışmasında da benzer bulgular rapor edilmiştir. Söz konusu çalışmada, DKB tanıli hastaların PANSS pozitif belirti ve genel psikopatoloji puanları şizofreni hastalarına kıyasla anlamlı biçimde daha yüksek; negatif belirti puanları ise daha düşüktür. Bu farklılaşma, dissosiyatif hastaların daha yoğun psikotik yaşantılar bildirseler de şizofreninin klasik negatif semptomlarını sergilemediklerini göstermektedir.

Bu bulgular, Ross'un (2004) PANSS pozitif belirti ve genel psikopatoloji puanlarının şizofreninin dissosiyatif alt tipinde daha yüksek olacağı öngörüsüyle de örtüşmektedir. Aynı zamanda, çalışmamızda DDIS'e göre kronik kompleks dissosiyatif bozukluk tanısı alan hastaların pozitif belirti baskınlığının yüksek olması, pozitif belirtilerin dissosiyatif doğasına işaret eden teorik yaklaşımları güçlendirmektedir (Moskowitz vd., 2023).

SCL-90-R verileri de bu örüntüyü desteklemektedir. Dissosiyatif psikoz grubunun psikotizm puanı 1.8, non-dissosiyatif grubun ise 0.4'tür. Paranoya puanları sırasıyla 2.83 ve 1.33'tür. Bu farklar, dissosiyatif hastalarda pozitif semptomların daha yoğun yaşandığını göstermektedir. Travma öyküsüne sahip olan psikotik hastalar da benzer biçimde daha yüksek psikotizm (0.8 vs. 0.25) ve paranoya (1.5 vs. 0.67) puanları bildirmiştir. Bu örüntü, Ross'un (2007) travma modelinin öngörülerıyla tutarlıdır.

PANSS verilerine göre, dissosiyatif psikoz grubunun ortalama pozitif belirti puanı 26, negatif belirti puanı 16.29'dur. Non-dissosiyatif grup ise ortalama 17.36 pozitif ve 22.84 negatif belirti puanına sahiptir. Benzer şekilde, travma öyküsü olan grubun pozitif belirti puanı 20, olmayan grubun ise 16.3'tür. Bu bulgular, pozitif belirtilerin patolojik dissosiyatif ve travmatik süreçlerle ilişkili olduğunu, negatif belirtilerin ise biyolojik/endojen kökenli olabileceğini düşündürmektedir (Ross, 2004).

Söz konusu klinik farklılıklar, travma ve patolojik dissosiyasyonun şizofrenide pozitif belirtileri artıran belirleyici faktörler olduğunu göstermektedir. Bu hastalarda görülen işitsel halüsinasyonlar, paranoid sanrılar ve gerçeklikten kopuş halleri, çoğu zaman travmatik yaşantıların yeniden yaşanmasına (flashback) benzemekte ve dissosiyatif nitelik taşımaktadır (Read ve Ross, 2004). Bu nedenle, travmatik öyküye ve patolojik dissosiyatif belirtilere sahip hastalarda görülen pozitif belirtilerin doğrudan psikozdan ziyade dissosiyatif süreçlerden kaynaklanabileceği öne sürülebilir.

Öte yandan çalışmanın korelasyon sonuçlarından bahsetmek gerekirse, SCL-90-R genel semptom indeksi ile patolojik dissosiyasyon arasında güçlü bir korelasyon saptanmıştır ($r = 0.689$); özellikle paranoya ($r = 0.472$) ve psikotizm ($r = 0.583$) alt ölçekleriyle gözlenen orta-yüksek düzey korelasyonlar dikkat çekmektedir. Bu bulgular, dissosiyatif psikoz grubunun SCL-90-R psikotizm ve paranoya puanlarının non-dissosiyatif gruba kıyasla anlamlı derecede yüksek olmasıyla desteklenmektedir. "şizoid yaşam tarzını" ve "şizofreninin birinci dereceden semptomlarını" yansıtan SCL-90-R psikotizm alt ölçeği ile "şüphencilik ve sanrılarını" temsil eden paranoid ideasyon alt ölçeği (Derogatis, 1994), patolojik dissosiyasyon ile sırasıyla $r = 0.583$ ve $r = 0.472$ korelasyon göstermiştir. Bu sonuçlar, Moskowitz ve meslektaşları (2005) tarafından bildirilen, SCL-90-R psikotizm ve paranoid ideasyon alt ölçekleri ile Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) arasındaki güçlü korelasyonlarla tutarlıdır. Moskowitz ve meslektaşları (2005), dissosiyatif süreçlerin psikotik belirtilerle özgül bir ilişkiye sahip olduğunu ve bu bağlantının genel psikopatoloji düzeyinden bağımsız

olduğunu savunmuştur. Alanyazında dissosiyatif yaşantıların psikotik belirtilere dolaylı olarak zemin hazırladığı öne sürülmüşse de (Moskowitz vd., 2005), mevcut çalışma daha doğrudan bir mekanizma önermektedir: Patolojik dissosiyasyon, özellikle işitsel halüsinasyonlar ve sanrılar gibi bazı psikotik belirtiler için temel etiyolojik bir faktör olabilir.

Moskowitz ve meslektaşları (2005), işitsel halüsinasyonların dissosiyatif kimlik bozukluğu ve şizofrenide benzer özellikler sergilediğini ve bu belirtilerin kişiliğin bölünmüş bileşenleri olarak kavramsallaştırılabileceğini belirtmiştir. Bu görüş, çalışmamızda dissosiyatif psikoz grubunda Schneiderian belirtilerin yaygınlığını ve DDIS ile DKB tanısı alan hastaların (n = 5) varlığını desteklemektedir. Bulgularımız, Ross'un (2004) şizofreninin dissosiyatif alt tipi teorisiyle uyumlu olarak, patolojik dissosiyasyonun psikotik belirtilerle örtüşen bir fenomenolojiye sahip olduğunu ve bu alt tipin DSM-5-TR gibi tanı sistemlerinde ayrı bir kategori olarak tanımlanması gerektiğini öne sürmektedir.

Son zamanlarda, şizofreni hastalarında ve özellikle halüsinasyonları olan bireylerde çocukluk çağı travmasının ve dissosiyatif yaşantıların etkilerini incelemeye yönelik yoğun bir ilgi vardır. Psikozlu hastalarla yapılan çeşitli çalışmalarda çocukluk çağı travması ile halüsinasyonlar arasında (Perona-Garcelán vd., 2013; Read vd., 2005) ve aynı zamanda patolojik dissosiyasyon ile halüsinasyonlar arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur (Perona-Garcelán vd., 2013; Kilcommons vd., 2005)

Mevcut çalışmada da söz konusu çalışmalarla tutarlı olarak, patolojik dissosiyasyon ile PANSS pozitif psikoz belirtileri arasında pozitif yönlü bir korelasyon bulunmuştur, bu ilişkinin bilhassa dissosiyasyonun absorpsiyon boyutunda daha güçlü olduğu görülmüştür. Bu bulguları dissosiyatif absorpsiyon ve psikozun anlamını yan yana koyarak değerlendirmek faydalı olacaktır. Bilindiği üzere dissosiyatif absorpsiyon, kişinin farkındalığının içsel veya dışsal bir uyarana kendini kaptırarak çevresinden habersiz olma eğilimidir (Carlson ve Putnam, 1993). Genellikle bu uyarın kişinin hayal dünyası olur, bu da absorbe olmuş kişiler tarafından canlı ve ilgi çekici olarak deneyimlenir ve bu durum gerçeklik konusunda kafa karışıklığına yol açabilir; absorbe olmuş kişiler kendilerini yaptıklarından ya da söylediklerinden bihaber olarak bulabilirler çünkü dikkatleri tamamen başka bir şeyin içine dalmıştır. Aslında, absorpsiyonun normalde entegre olan zihinsel süreçlerin geçici olarak birbirinden ayrılması anlamına geldiği düşünülmektedir (Butler, 2006). Öte yandan, psikoz,

düşünceler veya hayal kurma gibi içsel deneyimlere içinde bulunulan an kadar veya bundan daha fazla gerçeklik atfedildiğinde ortaya çıkan bir durum olarak kavramsallaştırılabilmektedir (Moskowitz, Heinimaa ve van der Hart, 2019). Mevcut çalışmada dissosiyasyonun bir boyutu olan absorpsiyon ile pozitif psikoz belirtileri arasındaki ilişki, bu açıklamalarla birlikte değerlendirildiğinde, bir bakıma pozitif psikoz tablosu ile dissosiyatif absorpsiyonun aslında aynı anlama gelebileceğini söylemek yanlış olmayacaktır (Ross, 2019).

Mevcut çalışmada dissosiyatif bozuklukların belirtilerinden olan kimlik konfüzyonu, kontrol kaybı, amnezi ve absorpsiyon ile pozitif psikoz belirtileri arasında da mühim bir ilişki olduğu görülmüştür. Bleuler'in (1950) tanımladığı çok sayıda şizofreni vakasına baktığımızda, karşımıza dissosiyatif kimlik bozukluğunun modern tanımı çıkmaktadır. Bleuler (1950), hastalarının tipik olarak farklı kimliklerin bedenlerinin kontrolünü ele geçirdiği dönemlerde amnezi yaşadıklarını söylemektedir, hastanın bir parçasının diğer parçalarından üçüncü şahıs olarak bahsettiğini ifade etmekte ve yürütücü kontrolde bir değişim olduğunda hastanın sesinde, tavırlarında, duruşunda ve kimliğinde de değişimlerin meydana geldiğini anlatmaktadır. Bu farklı kimliklerin ise genellikle farklı isimlere sahip olduğunu belirtmektedir (Ross, 2019).

Sonuç olarak hem PANSS hem de SCL-90-R bulguları, dissosiyatif psikoz grubunun daha ağır ve karmaşık bir klinik tablo sunduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgular, dissosiyatif süreçlerin şizofreni içinde ayrı bir alt tip olarak ele alınmasının gerekli olduğunu düşündürmekte ve DSM gibi tanı sistemlerinde bu tür bir ayırımın yer almasının önemini vurgulamaktadır.

5.4. İntihar, Perseküter Alterler ve Patolojik Dissosiyasyonun Klinik Yüzü Üzerine Değerlendirme

Bu araştırmada, dissosiyatif psikoz grubundaki hastaların, non-dissosiyatif gruba kıyasla daha fazla intihar girişimi bildirdiği saptanmıştır. Bu hastaların çoğunun ağır ve kronik çocukluk çağı travmalarına maruz kaldığı ve uygulanan DDIS'e göre dissosiyatif kimlik bozukluğu tanısı aldığı dikkate alındığında, bu bulgu beklenen bir klinik örüntüyü yansıtmaktadır. Nitekim alanyazında, DKB tanılı hastaların intihar davranışlarının yaygın olduğu ve hastane yatışlarının temel nedenlerinden birini oluşturduğu vurgulanmaktadır (Ross, 1997).

Ross'a (1997) göre, bu tür intihar davranışlarının arkasında genellikle "perseküter alter" adı verilen ve kişinin içsel yapısında düşmanca tutum sergileyen kimlik parçaları bulunmaktadır. Bu alterler, ev sahibine yönelik fiziksel zarar verme, tehdit etme, manipüle etme gibi yollarla kendini gösterebilir. Örneğin, sigarayla bedenin yakılması, bileklerin kesilmesi, aşırı dozda ilaç alınması gibi davranışların bu alterlerin etkisiyle meydana geldiği düşünülmektedir.

Çalışmada patolojik dissosiyasyon saptanan ve dissosiyatif psikoz grubunda yer alan şizofreni hastalarından birinin klinik görüşme sırasında aktardığı şu ifade dikkat çekicidir:

"Eşim bir anda bana bağırmağa başladı, boynunu tutuyordu, sanki birisi onu boğazlamış gibiydi... Bana 'Sana üç harfliler dadanmış' dedi, ama ben o ana dair hiçbir şey hatırlamıyorum."

Bu vaka, kayıp zaman (blank spells) olarak bilinen ve DKB'nin ayırt edici özelliklerinden biri olan bilinç boşluklarını göstermektedir. Hastanın, söz konusu davranışı gerçekleştirdiğine dair hiçbir anısının olmaması, olayın dissosiyatif bir epizot esnasında yaşandığını düşündürmektedir. Nitekim bu hastaya yapılan DDIS uygulaması sonucunda hastaya DKB tanısı konulmuştur.

Ross (1997), DKB için belirleyici olan bazı tanısız ipuçlarını sıralamaktadır: kronik çocukluk çağı travması, kadın cinsiyeti, 20–40 yaş aralığı, kayıp zaman yaşantıları, işitsel halüsinasyonlar, borderline kişilik özellikleri, tedaviye direnç, öz yıkıcı davranışlar ve düşünce bozukluğunun olmaması. Mevcut çalışmada dissosiyatif psikoz grubundaki hastalar, bu özelliklerin tamamını göstermektedir.

Bu bağlamda, psikoz belirtileri ile dissosiyatif semptomların sıklıkla örtüştüğü ve klinik ayrımın zorluğu ortaya çıkmaktadır. Özellikle perseküter alterlerin eylemleri, dışarıdan psikotik bir tablo olarak yorumlanabilir. Ancak detaylı değerlendirme yapıldığında bu belirtilerin dissosiyatif kökenli olduğu anlaşılmaktadır. Amnezik dönemler, ani davranış değişiklikleri ve içsel tehdit algısı, dissosiyatif sürecin psikozla karıştırılmasına yol açabilir.

Sonuç olarak, dissosiyatif psikoz grubundaki hastalarda görülen intihar davranışlarının perseküter alter etkisiyle açıklanabileceği, bu hastaların çocukluk çağı travmalarının yanı sıra patolojik dissosiyasyona sahip oldukları ve bu nedenle standart şizofreni tedavilerinden farklı yaklaşımlara ihtiyaç duydukları anlaşılmaktadır.

Bu klinik olguların psikobiyolojik arka planı da giderek daha iyi anlaşılmaktadır. Dissosiyatif hastalarda HPA eksenini düzensizliği, stresörlere karşı anormal kortizol yanıtları ve hipokampal disfonksiyon, öz düzenleme kapasitesini zayıflatmakta ve ani dissosiyatif geçişlere zemin hazırlamaktadır (Ross, 2004; Lanius vd., 2002; Sapolsky, 2000). Bu yapısal ve işlevsel bozulmaların sonucu olarak gelişen içsel parçalanma halinin, hastanın benlik sürekliliğini koruyamamasına ve intihar gibi kendine zarar verici eylemleri kontrol edememesine neden olabileceği düşünülmektedir.

Antipsikotik ilaçların patolojik dissosiyasyona bağlı bu içsel örgütlenmeye müdahale etme kapasitesi sınırlıdır. Zira bu farmakolojik ajanlar, temel olarak dopamin regülasyonuna odaklanmakta; dissosiyatif parçalanmanın altında yatan gelişimsel, travmatik ve yapısal faktörlere dokunmamaktadır (Ross, 2004; Carpenter vd., 2003). Bu nedenle, intihar riski barındıran dissosiyatif hastalarda, antipsikotik ilaçların çoğunlukla semptomatik iyileşme sağlamayacağı; travma ve patolojik dissosiyasyon odaklı psikoterapi yaklaşımlarının hem semptomların hem de riskli davranışların uzun vadeli düzenlenmesinde daha etkili olabileceği düşünülmektedir.

5.5. Pozitif Psikoz Belirtilerinin Patolojik Dissosiyatif Doğası ve Çocukluk Çağı Travmasının Rolü Üzerine Değerlendirme

Bu çalışmanın bulguları, pozitif psikoz belirtilerinin—özellikle halüsinasyon ve paranoid düşüncelerin—şizofreni hastalarında çocukluk çağı travması ve patolojik dissosiyasyonla güçlü biçimde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Gerek PANSS gerekse SCL-90-R verileri, dissosiyatif ve travmatik gruplarda psikotizm ve paranoya puanlarının anlamlı biçimde daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Bu örüntü, Ross'un (2004, 2007) travma modeline dayanmaktadır. Ross'a (2007) göre, çocuklukta yaşanan ağır ve kronik travmalar yalnızca dissosiyasyonu tetiklemekle kalmaz, aynı zamanda dissosiyatif süreçler üzerinden pozitif psikotik belirtilerin ortaya çıkmasına da zemin hazırlar. Özellikle dissosiyatif kimlik bozukluğunda sık gözlenen işitsel halüsinasyonlar, dışarıdan psikotik bir semptom gibi değerlendirilse de çoğu zaman içsel alter kimliklerin sesleri olarak yorumlanmaktadır.

Read ve Ross (2004), bu belirtilerin bir grup hastada halüsinasyon, diğer bir grupta ise flashback olarak tanımlanmasının semptomların içeriğinden değil, tanı sistemlerinin bakış açısından kaynaklandığını öne sürmüştür. Yani aynı belirti, eğer hasta psikoz tanısı almışsa halüsinasyon; travma öyküsü ve dissosiyatif özellikleri varsa flashback

olarak etiketlenmektedir. Bu yaklaşım, pozitif belirtilerin salt psikozla değil, dissosiyatif fenomenolojiyle de bağlantılı olduğunu göstermektedir.

Alanyazındaki birçok çalışma bu görüşü desteklemektedir. Örneğin, Honig ve meslektaşları (1998), şizofreni tanılı hastaların %65'inin işitsel halüsinasyonlarının başlangıcını çocukluk çağı istismarı veya intihar gibi travmatik olaylara bağladığını bildirmiştir. Ensink (1992), özellikle çocuklukta enseste maruz kalan hastalarda halüsinasyonların çok yaygın olduğunu göstermiştir. Read ve Argyle (1999) ise, ensest mağdurlarının diğer cinsel istismar mağdurlarına kıyasla daha fazla halüsinasyon yaşadığını ortaya koymuştur.

Bulgularımıza göre, dissosiyatif psikoz grubunun PANSS pozitif belirti puanları (ort. 26), non-dissosiyatif gruba göre (ort. 17.36) anlamlı biçimde yüksektir. Benzer şekilde, SCL-90-R psikotizm ve paranoya puanları da dissosiyatif grupta sırasıyla 1.8 ve 2.83 iken, non-dissosiyatif grupta 0.4 ve 1.33'tür. Bu durum, patolojik dissosiyasyonun pozitif belirtileri artırdığını açık biçimde göstermektedir.

Ayrıca, dissosiyatif psikoz grubundaki hastaların önemli bir kısmı DKB tanısı almış ve Schneiderian semptomlar (örneğin, düşünce sokulması, işitsel halüsinasyonlar) göstermiştir. Ross ve Joshi' nin (1992) çalışmasında, üçten fazla Schneiderian belirti bildiren bireylerin %45.7'sinin çocuklukta fiziksel veya cinsel istismara uğradığı tespit edilmiştir; bu oran, hiçbir belirti göstermeyenlerde yalnızca %8.1'dir.

Pozitif belirtilerle patolojik dissosiyasyon arasındaki ilişkiyi vurgulayan bir diğer çalışma ise Spitzer ve meslektaşlarına (1997) aittir. Bu çalışmada, pozitif belirti baskın şizofreni hastalarının daha yüksek dissosiyatif semptomlar (DES puanı ort. 21.1) ve daha yüksek psikotizm skorları (1.55) gösterdiği bildirilmiştir. Negatif belirti baskın grupta ise bu değerler sırasıyla 9.2 ve 0.74'tür.

Bir pozitif psikoz belirtisi olarak halüsinasyonları dissosiyatif hadiseler olarak ele almak oldukça önemli bir bakış açısı sunmaktadır (Moskowitz vd., 2023). Schneiderian ve diğer pozitif psikoz belirtileri mantık çerçevesinde bakıldığında yapısal olarak dissosiyeye olmuş bir psişenin varlığından kaynaklanmaktadır. Dissosiyeye olmuş psişede, düşünce, duygu, bellek, irade ve davranışların yürütücü benliğe girmesi işitsel halüsinasyonlara, pasiflik deneyimlerine, ele geçirilme sanrılarına, düşünce sokulmasına ve otomatizmalara yol açabilmektedir. Bunun aksine, dissosiyeye olmuş parça benliklerin psişik unsurları yürütücü benlikten uzaklaştırabileceği ve bunun da

potansiyel olarak düşünce geri çekilmesi, katatoni, motivasyonsuzluk sendromları ve diğer negatif semptomlarla sonuçlanabileceği düşünülebilir (Ross, 2004). Travmatik olayların meydana geldikleri anda entegre edilememesi, kompartımanlara ayrılmış ve bağlamdan bağımsız olarak yaşamın ilerleyen dönemlerinde ortaya çıkan bölünmüş uyaranların devam etmesine neden olabilir (Moskowitz vd., 2023). Şizofrenide yaygın bir halüsinasyon türü olan yorum yapan sesler, DKB hastalarında da çok yaygındır, dahası Ross (1990) Schneiderian belirtilerin DKB için şizofreniden daha karakteristik olduğunu ileri sürmektedir. Hem şizofrenide hem de DKB’de en sık görülen seslerin cezalandırıcı ve düşmanca sesler olduğu söylenmektedir (Read vd., 2005; Hoing vd., 1998).

Sonuç olarak, pozitif psikoz belirtileri yalnızca şizofreniye özgü fenomenler olmayıp, yoğun dissosiyatif süreçlerin ve travmatik öykülerin bir sonucu olarak da ortaya çıkabilmektedir. Bu bulgular, şizofreninin dissosiyatif alt tipi teorisini desteklemekte ve klinik değerlendirmelerde pozitif belirtilerin altında yatan patolojik dissosiyasyonun göz önünde bulundurulması gerektiğini göstermektedir.

5.6. Borderline Kişilik Özellikleri ve Patolojik Dissosiyasyon Arasındaki İlişki Üzerine Değerlendirme

Bu çalışmada, borderline kişilik özelliklerinin patolojik dissosiyatif süreçlerle ilişkisi, Borderline Kişilik Envanteri (BPI) aracılığıyla değerlendirilmiştir. Bulgular, dissosiyatif psikoz grubunun BPI puanlarının (ort. 35.43) non-dissosiyatif gruba (ort. 12.73) kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Bu durum, borderline özelliklerin dissosiyatif bir spektrum içinde değerlendirilebileceğini göstermektedir.

Travma öyküsüne göre yapılan analizde ise, travmatik psikoz grubunun BPI puanı (ort. 18.48), non-travmatik gruptan (ort. 11.75) daha yüksek olmakla birlikte, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu bulgu, çocukluk çağı travmasının borderline kişilik özellikleri üzerindeki etkisinin dolaylı olabileceğine işaret etmektedir. Çocukluk çağı travması ile borderline belirtiler arasındaki ilişkinin, özellikle patolojik dissosiyasyon aracılığıyla daha belirgin hale geldiği düşünülmektedir.

Ross (2007) normal veya mutlu bir çocukluğu olan bir borderline hastayla hiç karşılaşmadığını, “zor” çocukluğun, bu bozukluğun fenomenolojisinin bir parçası

olduğunu, kendine zarar veren, tutarsız ve kendini sabote eden davranışların, borderline kişilik bozukluğunun ayırt edici özellikleri olduğunu söylemekte ve borderline kişilik bozukluğuna yol açan psikolojik travmanın çok boyutlu olduğunu ve bireyin bağlanma sistemlerine derin zararlar verdiğini ileri sürmektedir (Ross, 2007).

Ross (1997), borderline kişilik bozukluğunun kronik çocukluk çağı travmasına verilen insani ve normal bir tepki olduğunu savunmaktadır. Ona göre, borderline bozukluk, geleneksel anlamda bir kişilik patolojisi değil, bir dissosiyatif bozukluk olarak sınıflandırılmalıdır. Dissosiyatif kimlik bozukluğu ile borderline kişilik bozukluğu arasındaki geçişkenlik, bu iki yapının travmaya dayalı ortak bir psikodinamikten beslendiğini düşündürmektedir.

Alanyazın da bu görüşü desteklemektedir. Horowitz ve Braun (1984), DKB hastalarının %70'inin aynı zamanda borderline kişilik kriterlerini karşıladığını belirtmiştir. Şar ve arkadaşları (2003) ise borderline kişilik tanısı alan hastaların %64'ünün aynı zamanda bir dissosiyatif bozukluğa sahip olduğunu bildirmiştir. Ross ve meslektaşları (1989) da benzer şekilde DKB hastalarının ortalama 5.3 borderline kişilik ölçütünü karşıladığını göstermiştir. Putnam'ın (1997) çalışmaları da DKB tanısı alanların %30-70'inin borderline kişilik bozukluğu kriterlerini karşıladığını ortaya koymuştur.

Bu bulgular, borderline kişilik yapılanmasının dissosiyatif bir temel üzerine inşa edildiğini göstermektedir. Howell (2019), borderline kişilik bozukluğundaki "bölünme" (splitting) eğiliminin, dissosiyatif kimlik bozukluğunda görülen alter geçişlerine benzer olduğunu vurgulamaktadır. Ancak, DKB'de bu geçişler belirgin kimlik değişimleri ve amnezi ile karakterize edilirken, borderline kişilikte geçişler daha yüzeysel, süreklilik içeren ve "kısmi dissosiyasyon" düzeyindedir.

Bununla birlikte, borderline kişilik yapılanmasında gözlenen öfke patlamaları, öz-yıkıcı davranışlar, kimlik karmaşası ve ilişkilerde tutarsızlık, dissosiyatif süreçlerin dışavurumları olarak değerlendirilebilir. Schore (2003), bu kişilik yapılanmasının duygu düzenleme kapasitesinin gelişmemesiyle bağlantılı olduğunu ve bunun da erken yaşta maruz kalınan ihmal ve istismarla doğrudan ilişkili olduğunu belirtmektedir.

Howell ve Blizard (2009), borderline kişilik bozukluğunu "kronik ilişkisel travma bozukluğu" olarak yeniden adlandırmayı önermektedir. Bu yaklaşım, dissosiyatif

kimlik bozukluğu ile borderline kişilik bozukluğu arasındaki teorik ve klinik yakınlığı daha anlaşılır kılmaktadır.

Ross (2007) da borderline kişilik bozukluğunu “yetişkinlikte reaktif bağlanma bozukluğu” olarak yeniden adlandırmayı önermektedir. Bu öneri, borderline patolojinin kökeninde yer alan erken dönem bağlanma travmalarını tanısal düzeyde görünür kılmayı amaçlamaktadır. Ona göre, DSM tanı sisteminde çocuklukta görülen davranım bozukluğu nasıl antisosyal kişilik bozukluğuna evriliyorsa, reaktif bağlanma bozukluğu da yetişkinlikte borderline kişilik bozukluğuna dönüşmektedir. Bu yaklaşım, borderline kişilik yapılanmasını gelişimsel bir dissosiyatif bozukluk olarak kavramsallaştırmaktadır.

Ross’a (1997) göre, DSM sistemi içerisinde borderline kişilik bozukluğunun geçmişte Eksen II’de yer almış olması tarihsel olarak biyolojik ve Freudyen yaklaşımların bir uzlaşmasıdır; ancak bu bozukluğun esasen Eksen I’ de, travma temelli bir bozukluk olarak konumlandırılması gerekmektedir, bugün de DSM-5-TR kapsamında aynı görüşlerin savunulması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda dissosiyatif psikoz grubunun BPI’ da anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar alması, borderline kişilik özelliklerinin dissosiyatif spektrum içerisinde yer aldığını ve patolojik dissosiyasyonun bu özellikleri şiddetlendirdiğini ortaya koymaktadır. Dissosiyatif psikoz grubunun yüksek BPI puanları, kimlik dağınıklığı, ilkel savunma mekanizmaları ve yakınlık korkusu (Leichsenring, 1999) gibi borderline özelliklerin, bu grupta yoğun biçimde gözlemlendiğini göstermektedir. DKB’de görülen belirgin kimlik ayrışmaları ve amnezi epizotlarına kıyasla, borderline yapıda bu ayrışma daha yüzeysel, geçici ve farkındalığı koruyan niteliktedir. Bu bağlamda, borderline kişilik bozukluğu, dissosiyatif spektrum içerisinde, kimlik bütünlüğünün daha az bozulduğu ve amnezi bariyerlerinin henüz tam gelişmediği bir düzeyi temsil etmektedir (Howell, 2019).

Borderline kişilik bozukluğunun en belirgin özelliklerinden biri, kişinin genellikle iki temel öz-durum arasında gidip gelmesidir. Örneğin, bir an kendini çaresiz, bağımlı ve sevecen hissederken, bir sonraki an öfkeli, kontrol edici veya mesafeli olabilir. Bu salınım, borderline kişilik bozukluğunun “sabit istikrarsızlık” olarak tanımlanan doğasını açıklar. Bu iki durum arasındaki geçiş, kişinin travmatik geçmişinden (örneğin, istismarcı bir bakıcıyla yaşanan çelişkili ilişkilerden) kaynaklanabilir.

Howell (2019), bunun geleneksel psikanalitik yaklaşımlardaki iyi/kötü ikiliğinden ziyade, kurban ve saldırgan pozisyonları arasında bir dissosiyatif geçiş olduğunu öne sürmektedir.

Borderline kişilik bozukluğundaki bölünme neredeyse sanrılar düzeyine ulaşabilir. Bazı “borderline” hastalar, terapisti bir kurtarıcı melek veya şeytanın ta kendisi olarak değişken bir şekilde gördüklerinde, bu inançların her ikisi de gerçeklikten açıkça kopuktur. Bu geçici “sanrılar”, dışarıdan manipülatif gibi algılansa da kişi bu inançlara gerçekten inanır. Bu yoğun inançlar, diğer insanlarla ilişkilerde çatışmalı roller yaratır ve hem kişisel hem de sosyal düzeyde “bölünme” ye neden olur (Howell, 2019; Ryle, 1997). Ancak, borderline kişilik bozukluğu olan hasta kendini sanrısız olarak görmez ve bellek sürekliliği korur, bu da bu durumu tam bir psikozdan ayırır (Howell, 2019).

Howell (2019), borderline kişilik bozukluğundaki “bölünme” nin (splitting), dissosiyatif kimlik bozukluğunda gözlenen alter geçişlerine benzer bir mekanizmayla işlediğini belirtmektedir. Ancak, borderline kişilerde bu geçişler belleğin sürekliliğini bozmamakta; kişi öfke, çaresizlik veya idealizasyon-değersizleştirme gibi duygusal uçlar arasında hızla geçiş yaparken, davranışlarının farkındalığını kısmen sürdürebilmektedir. Bu geçişler, duygu regülasyonu güçlüğü ile birleştiğinde hem kendilik algısını hem de kişilerarası ilişkileri bozmakta; kişiyi sabit bir kimlik duygusundan uzaklaştırmaktadır.

Aslında borderline kişilik bozukluğunun dissosiyatif kimlik bozukluğunun kısmi bir formu olabileceği ve bunun başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk olarak değerlendirilmesinin klinik olarak yanlış olmayacağı düşünülmektedir. Zira, Ross (1997) dissosiyatif kimlik bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğunun kriterlerinin aynı dissosiyatif kümede yer aldığını savunmaktadır. Bu, fenomenolojik olarak da geçerlidir. Borderline kişilik bozukluğu hastası durumlar arasında geçiş yapar. Bir durumda, diğer durumlardaki duygularını ve davranışlarını reddeder. Sanki duygu ve davranış düzeyinde bir amnezi yaşıyormuş gibidir, ancak bilişsel veya bilgisel düzeyde amnezi söz konusu değildir. Borderline kişilik bozukluğu hastasının durumlar arasında kimlik sürekliliği ciddi şekilde bozulmuştur. Eğer amnezi bariyeri tamamlanırsa ve bölünmüş durumların ayrı kimlik hissi biraz daha geliştirilirse, bir alter kişilikle karşı karşıya kalırdı. Fenomenolojik olarak, alter kişilikler, borderline kişilik bozukluğu bölünmesinin ayrıntılı bir biçimidir (Ross, 1997).

Bu borderline kişilik bozukluğunun dissosiyatif modeli, Braun'un (1988a, 1988b) BASK dissosiyasyon modeliyle uyumludur. BASK modelinde dissosiyasyon, dört süreklilikte meydana gelebilir: davranış, duygu, duyum ve bilgi. Borderline kişilik bozukluğu hastası, bilgi hariç tümünde dissosiyasyon yaşar, ancak bu süreklilikte bile bir bozulma vardır. DKB hastası ise bilginin veya bilgisel farkındalığın dissosiyasyonunu tamamlamıştır. Borderline kişilik bozukluğunun BASK modeli, Gunderson'un (Ross, 1997; Gunderson vd., 1975; Gunderson & Kolb, 1978; Gunderson, Kolb, & Austin, 1981) borderline kişilik bozukluğu hastalarında dissosiyatif özelliklerin sıklığına dair fenomenolojik gözlemleriyle uyumludur.

Ross (1997) 1980'lerde borderline kişilik bozukluğu ile dissosiyasyon veya travma arasında bağlantı kurulmazken, 1990'larda bu durumun değişmeye başladığını belirtmekte, "borderline" teriminin Hoch ve Polatin'in (1949) "psödonörotik şizofreni" vakalarından geldiğini ve bu hastaların aslında DKB'li olduğunu savunmaktadır.

Mevcut çalışmada, borderline kişilik özellikleri (BPI) ile patolojik dissosiyasyon arasında çok yüksek bir korelasyon bulunmuş; dissosiyasyonun alt boyutları (kimlik konfüzyonu, kontrol kaybı, amnezi ve absorpsiyon) ile de güçlü ilişkiler gözlenmiştir. Bu bulgular, Ross'un (1997) borderline kişilik bozukluğunu dissosiyatif bir spektrum bozukluğu olarak kavramsallaştırma önerisiyle doğrudan örtüşmektedir. Özellikle kimlik konfüzyonu ile yüksek korelasyon (0.791), borderline kişilik bozukluğundaki "bölünme" (splitting) mekanizmasının dissosiyatif süreçlerle bağlantılı olduğunu düşündürmektedir. Bu bulgu da Howell'ın (2019) borderline hastadaki duygusal geçişlerin, DKB'deki alter geçişlerine benzer bir dissosiyatif mekanizma ile işlediği görüşünü desteklemektedir. Ancak, borderline hastada amnezi bariyerlerinin tam gelişmediği ve bellek sürekliliğinin korunduğu göz önüne alındığında, çalışmamızdaki amnezi ile daha düşük ancak yine de güçlü korelasyon (0.742) bu ayrımı açıklayabilmektedir.

Sonuç olarak, çalışmamızın bulguları, borderline kişilik özelliklerinin, özellikle patolojik dissosiyasyon ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir. Şizofreni tanılı bir alt grup hastada çocukluk çağı travma öyküsü, patolojik dissosiyasyon aracılığıyla bu özelliklerin gelişimine katkıda bulunmakta ve borderline yapılanmanın, dissosiyatif bozukluklar yelpazesi içinde anlamlandırılmasını mümkün kılmaktadır. Klinik olarak bu bulgular, dissosiyatif semptomlar ve borderline örüntü gösteren

şizofreni hastalarında travma-dissosiyasyon odaklı değerlendirme ve müdahalelerin öncelikli olarak ele alınması gerektiğine işaret etmektedir.

5.7. Lojistik Regresyon ve Yapısal Eşitlik Modellemesinde Kısmi En Küçük Kareler (PLS-SEM) Bulguları Üzerine Değerlendirme

Bu çalışmada, patolojik dissosiyasyonu yordayan klinik değişkenleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilen lojistik regresyon analizi, belirli değişkenlerin dissosiyatif psikoza öngörmede anlamlı bir role sahip olduğunu göstermiştir. Özellikle çocukluk çağı travma öyküsü, borderline kişilik özellikleri, pozitif psikoza belirtileri, geçmişte farklı tanıları almış olma, intihar girişimi öyküsü, yaygın komorbidite ve polifarmasi gibi değişkenlerin, patolojik dissosiyasyonla güçlü biçimde ilişkili olduğu ve patolojik dissosiyasyonu yordadığı saptanmıştır. Bu bulgular, Ross'un (2007) şizofreninin dissosiyatif alt tipi teorisini ve dissosiyatif bozuklukların tanınmaz görünmezliğine ilişkin eleştirilerini doğrular niteliktedir. Lojistik model, patolojik dissosiyatif belirtilerin genellikle yanlış tanıları örtüldüğü ve bu nedenle tedavi karmaşıklığı ile sonuçlandığı yönündeki görüşleri de desteklemektedir.

Lojistik regresyon bulguları ayrıca, dissosiyatif psikoza grubunun yüksek düzeyde farmakolojik müdahaleye maruz kaldığını ve klasik şizofreni tedavilerinin bu grupta yeterli etkiyi göstermediğini de vurgulamaktadır. Bu durum, dissosiyatif yapının klinik olarak "tedaviye dirençli şizofreni" görünümünü yarattığını ve polifarmasiye zemin hazırladığını göstermektedir. Dolayısıyla, bu klinik profilin, farklı tanı kategorilerinde değerlendirilmesinin, tedavi etkinliğini doğrudan etkileyebileceği öne sürülebilir.

Öte yandan, PLS-SEM analizinde, çocukluk çağı travmalarının pozitif psikoza belirtilerine etkisinde patolojik dissosiyasyonun anlamlı bir aracı değişken olduğu gösterilmiştir. Bu bulgu, psikoza sadece biyolojik bir bozukluk olarak değil, aynı zamanda dissosiyatif ve gelişimsel bir süreç olarak da kavramsallaştırılması gerektiğine işaret etmektedir (Moskowitz vd., 2009). Çocuklukta yaşanan travmatik yaşantıların, patolojik dissosiyasyon üzerinden halüsinasyon, paranoid düşünceler gibi pozitif belirtileri tetiklediği bu modelle doğrulanmıştır.

Bu çerçevede, PLS-SEM analizi çalışmanın teorik modelini doğrudan desteklemektedir. Model, travmatik yaşantılar ile pozitif semptomlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir dolaylı ilişki kurmuş ve bu ilişki patolojik dissosiyasyon aracılığıyla açıklanabilir hale gelmiştir. Bu bulgu, dissosiyatif bozuklukların klasik

tanı sistemleri içinde yetersiz temsil edildiği, oysa birçok pozitif belirti sunumunun dissosiyatif mekanizmalarla ilişkili olabileceği yönündeki kuramsal tartışmaları güçlendirmektedir (Ross ve Keyes, 2004).

Sonuç olarak hem lojistik regresyon hem de PLS-SEM analizleri, şizofreninin dissosiyatif alt tipinin yalnızca teorik bir önerme değil, aynı zamanda klinik olarak tanımlanabilir, öngörülebilir ve müdahale edilebilir bir yapıya sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgular, patolojik dissosiyatif belirtilerin sistematik olarak değerlendirilmesini, psikoz spektrumunun yeniden tanımlanmasını ve dissosiyatif yapının DSM başta olmak üzere tanı sistemlerine entegrasyonunu gerekli kılmaktadır.

5.8. Uzunlamasına Klinik Gözlem Bulguları Üzerine Değerlendirme

Bu çalışmada, şizofreni tanısı ile izlenen hastalar arasında yüksek düzeyde patolojik dissosiyasyon gösteren bir grup (%13.7) belirlenmiş ve bu hastalarla yapılan uzunlamasına klinik gözlemler sonucunda, alanyazında özellikle Ross (1997, 2004) tarafından önerilen dissosiyatif şizofreni tanısına özgü örüntüler gözlemlenmiştir. Söz konusu hasta grubunda şizofreninin pozitif belirtileri belirgin biçimde baskınken, negatif belirtilerin daha az görüldüğü; düşünce bozukluklarının minimal düzeyde olduğu ve yaygın komorbidite oranlarının ise yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu hastaların psikofarmakolojik tedavilere—özellikle antipsikotiklere—yanıtlarının sınırlı olduğu, buna karşın psikoterapiye açık oldukları gözlenmiştir. Ayrıca, bu grup hastalarda okülorijik krizler, distonik yanıtlar gibi nöroleptik ilaçlara karşı advers etkilerin daha sık yaşandığı bildirilmiştir. Bu bulgular, klasik şizofreni protokollerinin dissosiyatif yapıya sahip hastalarda yeterli olmadığını ve bu hastaların tedavi planlarının yeniden gözden geçirilmesi gerektiğini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Çalışma kapsamında yapılan klinik görüşmeler sırasında, bu hastaların bir kısmında, klinisyen ile hasta arasında doğrudan ya da dolaylı iletişime giren, farklı bir kimlik duygusuna, beden algısına ve yaşantı sürekliliğine sahip içsel yapılara rastlanmıştır. Bu yapılar, dissosiyatif bozukluklarda “alter” olarak adlandırılan, yapılaşmış egolar şeklinde tanımlanabilecek parçalardır. Bazı vakalarda, bu alter yapılar, klinisyen ile mantıklı, süreklilik arz eden diyaloglar kurmuş; yürütücü kontrolü bir süreliğine devralarak, beden üzerinde tam ya da kısmi kontrol kurmuşlardır. Bu bulgular, klasik psikotik halüsinasyonlardan farklı olarak, dissosiyatif içerikli işitsel yaşantıların/işitsel halüsinasyonların diğer bir deyişle dissosiyatif seslerin varlığına işaret etmektedir.

Ross'un (2004) klinik tanı ölçütleriyle karşılaştırıldığında, çalışmamızdaki hasta grubunun (%13.7) büyük ölçüde şu temel dissosiyatif özellikleri sergilediği görülmüştür: (1) disosiyatif amnezi, (2) depersonalizasyon, (3) iki veya daha fazla kimlik ya da kişilik durumunun varlığı, (4) içsel etkileşimli işitsel halüsinasyonlar, (5) yaygın komorbidite ve (6) ağır çocukluk çağı travması. Bu hastalar tarafından bildirilen travmatik yaşantılar, fiziksel, cinsel ve duygusal istismar; aile içi şiddet; birincil bakım veren kaybı ve ihmal gibi karmaşık ve kronik örüntülerden oluşmaktadır.

Bu bulgular, dissosiyatif semptomların sadece tanı düzeyinde değil, aynı zamanda klinik işlevsellik açısından da özgül bir yapı oluşturduğunu göstermektedir. Dissosiyatif şizofreni alt tipinde gözlemlenen belirtiler, tipik psikotik bozukluklarda sık karşılaşılan bilişsel düzensizlik ve kaotik davranış örüntüsünden ziyade, daha organize bir içsel yapıya dayanmaktadır. Alter yapılarla kurulan rasyonel diyaloglar, bu hastaların bilinç yapılarının parçalanmış ama işlevsel olduğunu göstermekte ve klasik bilişsel dağınıklık tanımıyla örtüşmemektedir.

Klinik gözlemler ayrıca, bu hastaların duyuşsal yaşantılarının (örneğin sesler) yapısal bir içsel sistemden kaynaklandığını düşündürmekte; bu sistemin travmatik çocukluk yaşantılarıyla biçimlendiğini ortaya koymaktadır. Ross (2007), bu yapının klasik şizofreni tanı kategorisi içinde yeterince fark edilmediğini ve DSM'ye "dissosiyatif tip" adı altında ayrı bir alt kategori olarak dahil edilmesi gerektiğini savunmuştur. Mevcut çalışmanın uzunlamasına klinik gözlem bulguları, bu öneriyi klinik gerçeklik zemininde desteklemektedir.

Bu nedenle, şizofreninin dissosiyatif alt tipinin tanınması yalnızca tanısal ayırım açısından değil, aynı zamanda uygun tedavi planlaması, ilaç yükünün azaltılması ve psikoterapötik müdahalelerin etkinliğini artırmak açısından da önem arz etmektedir. Klinik pratikte, işitsel halüsinasyonların yalnızca semptomatik olarak değil, yapısal ve travmatik bağlamda da değerlendirilmesi; hasta ile içsel yapılar arasında kurulabilecek anlamlı ilişkilerin terapötik süreçte kullanılması, bu hasta grubunun tedaviye uyumunu ve iyileşme kapasitesini ciddi ölçüde artırabilir.

SONUÇ

Bu doktora tez çalışması, kronik kompleks dissosiyatif bozuklukların şizofreni tanısı almış hastalardaki görünmezliğini ortaya koymakta ve şizofreninin dissosiyatif bir alt tipi olarak “dissosiyatif psikoz” un hem teorik hem de ampirik temellerini tartışmaktadır. Colin A. Ross’un (2007) travma modeli çerçevesinde yapılandırılan çalışmada, çocukluk çağı travmalarının ve patolojik dissosiyasyonun şizofreni belirtileri üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Araştırmada uygulanan ölçekler ve yapılan klinik değerlendirmeler sonucunda, patolojik dissosiyasyon düzeyi yüksek olan hastaların psikotik belirti profilleri, tedavi öyküleri ve klinik özellikleri açısından belirgin farklılıklar gösterdiği ortaya konmuştur.

Araştırma bulgularına göre, dissosiyatif psikoz grubunda yer alan hastalarda çocukluk çağı travmaları, psikotik belirtiler, yaygın komorbidite, intihar girişimi, polifarmasi ve tedaviye direnç oranı anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu grup, daha fazla sayıda ve daha yüksek dozda antipsikotik ilaç kullanımına rağmen, klinik iyileşme açısından daha sınırlı yanıt vermektedir. Bu durum, antipsikotiklerin patolojik dissosiyatif yapılarıdaki etkililiğinin kısıtlı olduğunu ve bu hastaların farklı bir tedavi paradigmasına ihtiyaç duyduğunu göstermektedir.

Özellikle PLS-SEM yapısal eşitlik modeli sonucunda elde edilen bulgular, çocukluk çağı travmalarının pozitif psikoz belirtilerine etkisinde patolojik dissosiyasyonun anlamlı bir aracı değişken olduğunu göstermiştir. Bu bulgu, pozitif psikoz semptomlarının travmaya bağlı patolojik dissosiyatif süreçlerin sonucu olarak ortaya çıkabileceğini ve psikozun yalnızca biyolojik etkenlerle değil, gelişimsel ve ilişkisel travmalarla da ilişkili olduğunu doğrulamaktadır.

Bu bağlamda araştırmanın ulaştığı temel sonuçlar aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

1. Dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB), yanlış pozitif şizofreni tanısı almış hastalar arasında yüksek oranda görülen gerçek bir tanıdır.
2. DKB ve şizofreni hem tanısal olarak hem de fenomenolojik düzeyde sıkça örtüşmektedir.
3. Şizofreni tanısı almış hastalar arasında, patolojik dissosiyatif belirtilerin baskın olduğu ve kronik kompleks dissosiyatif bozukluklarla (DKB + BTADB) benzer klinik seyir gösteren özgün bir alt grup mevcuttur.

4. Şizofreninin dissosiyatif alt tipi (dissosiyatif şizofreni-dissosiyatif psikoz), DSM tanı sisteminde henüz tanımlanmamış olmakla birlikte hem teorik hem de istatistiksel açıdan geçerli bir klinik yapı ve tanıdır.

Patolojik dissosiyasyonun şizofreni klinik tablolarında bu denli yaygın ancak görünmez olması, tanısız sistemlerin yapısal eksikliğine işaret etmektedir. DSM başta olmak üzere mevcut sınıflandırmaların, çocukluk çağı travmalarına bağlı patolojik dissosiyatif örüntüleri ayırt edememesi, bu hastaların yanlış tanımlarla uzun yıllar boyunca yetersiz veya uygunsuz tedavilere maruz kalmasına neden olmaktadır.

Bulgular ayrıca, patolojik dissosiyatif özelliklere sahip hastaların tedaviye daha yüksek oranda direnç gösterdiğini ve geleneksel farmakolojik müdahalelerden beklenen düzeyde fayda görmediğini göstermektedir. Bu grup hastalarda, antipsikotik ilaçların sınırlı etkinliği, tedaviye eklenen psikofarmakolojik ajanların sayısının artmasına neden olmakta ve bu da klinik yükü daha da artırmaktadır. Oysa bu hastalarda yapılandırılmış, travma ve dissosiyasyon odaklı psikoterapilerin daha etkili ve sürdürülebilir iyileşme sağlayabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak bu doktora tezi, şizofreni başlığı altında yer alan heterojen yapının bir alt grubunun dissosiyatif bir fenomenolojiyi yansıttığını ve bu grubun tanı, tedavi ve klinik yaklaşım açısından farklı bir değerlendirme gerektirdiğini savunmaktadır. Şizofreni tanısı almış hastalarda dissosiyatif örüntülerin sistematik biçimde değerlendirildiği, çocukluk çağı travması öyküsünün detaylı biçimde sorgulandığı ve travma odaklı psikoterapi müdahalelerinin entegre edildiği bir klinik modelin uygulanması, ruh sağlığı alanında daha doğru, etik ve etkili bir tedavi sürecine katkı sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- Abrams, D. (2008). Is schizoaffective disorder a distinct categorical diagnosis? A critical review of the literature. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1089. doi:10.2147/ndt.s4120
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., ... Giles, W. H. (2005). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186. doi:10.1007/s00406-005-0624-4
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.).
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1st ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA) (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., revised ed.). Washington, DC: Author.
- Aleman, A., Kahn, R. S., & Selten, J.-P. (2003). Sex Differences in the Risk of Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 60(6), 565. doi:10.1001/archpsyc.60.6.565
- Beck, J., C. ve van der Kolk, B. (1987). Reports of childhood incest and current behavior of chronically hospitalized psychotic women. (1987). *American Journal of Psychiatry*, 144(11), 1474–1476. doi:10.1176/ajp.144.11.1474
- Bernstein D., P., Fink L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Saperato, E. ve Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American Journal Of Psychiatry*, 151(8):11-23. doi:10.1176/ajp.151.8.1132. PMID: 8037246.

- Bentall, R. P. (2006). The environment and psychosis, Rethinking the evidence. In W. Larkin and A. P. Morrison (Eds). *Trauma and Psychosis, New Directions for Theory and Therapy*. Routledge: New York
- Blizard, R., A. (2019). The Role of Double Binds, Reality Testing, and Chronic Relational Trauma in the Genesis and Treatment of Borderline Personality Disorder. In A. Moskowitz, M. J. Dorahy, I. Schäfer (Eds), *Psychosis, Trauma and Dissociation, Evolving perspectives on severe psychopathology*. (Second Edition), Wiley.
- Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. International Universities Press.
- Boney-McCoy, S. and Finkelhor, D. (1996). Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. DOI: 10.1037//0022-006x.64.6.1406
- Bozkurt Zincir, S., Yanartaş, Ö., Zincir, S., & Semiz, Ü. B. (2014). Clinical Correlates of Childhood Trauma and Dissociative Phenomena in Patients with Severe Psychiatric Disorders. *Psychiatric Quarterly*, 85(4), 417–426.doi:10.1007/s11126-014-9301-y
- Braun, B. G. (1988a). The BASK model of dissociation. *Dissociation*, 1(1), 4–23.
- Braun, B. G. (1988b). The BASK model of dissociation: Clinical applications. *Dissociation*, 1(2), 16–23.
- Butler, L. D. (2006). Normative Dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 45–62. doi:10.1016/j.psc.2005.10.004
- Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation: progress in the dissociative disorders*.
- Cloninger, C.R. (1989). Schizophrenia: Genetic etiological factors. In Kaplan, H.I., ve Sadock, B.J., (Eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*.
- Chu, J. A. (2011). *Rebuilding Shattered Lives: Treating Complex PTSD and Dissociative Disorders*. Second Edition. John Wiley & Sons, Inc.

- Derogatis, L.R. (1992) SCL-90-R: Administration, Scoring & Procedures Manual-II, for the R (Revised) Version and Other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series. 2nd Edition, Clinical Psychometric Research, Inc., Towson.
- Derogatis, L. R. (1994). Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) Administration, Scoring and Procedures Manual (3rd ed). Minneapolis: National Computer Systems.
- Dorahy, M. J., Shannon, C., Seagar, L., Corr, M., Stewart, K., Hanna, D., ... Middleton, W. (2009). Auditory Hallucinations in Dissociative Identity Disorder and Schizophrenia With and Without a Childhood Trauma History. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(12), 892–898. doi:10.1097/nmd.0b013e3181c299e
- Ensink, B. J. (1992). *Confusing realities: A study on child sexual abuse and psychiatric symptoms*. VU University Press.
- Ellenson, G. S. (1985). Detecting a history of incest: A predictive syndrome. *Social Casework*, 66(9), 525–532.
- Eysenck, S. B. G., & Eysenck, H. J. (1968). The Measurement of Psychoticism: a Study of Factor Stability and Reliability. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 7(4), 286–294. doi:10.1111/j.2044-8260.1968.tb00571.x
- Farhall, J., & Voudouris, N. (1996). Persisting Auditory Hallucinations: Prospects for Non-medication Interventions in a Hospital Population. *Behaviour Change*, 13(2), 112–123. doi:10.1017/S0813483900003818
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. doi:10.1016/s0749-3797(98)00017-8
- Feighner, J. P. (1972). Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research. *Archives of General Psychiatry*, 26(1), 57. doi:10.1001/archpsyc.1972.01750190059011
- Freud, S. (1933). *New introductory lectures on psychoanalysis*. London: Karnac.

- Friedman, S., & Harrison, G. (1984). Sexual histories, attitudes, and behavior of schizophrenic and “normal” women. *Archives of Sexual Behavior*, *13*, 555-567.
- Foote, B., & Park, J. (2008). Dissociative identity disorder and schizophrenia: Differential diagnosis and theoretical issues. *Current Psychiatry Reports*, *10*(3), 217–222. doi:10.1007/s11920-008-0036-z
- Gunderson, J. G., & Kolb, J. E. (1978). Discriminating features of borderline patients. *The American Journal of Psychiatry*, *135*(7), 792–796. <https://doi.org/10.1176/ajp.135.7.792>
- Gumley, A. ve Liotti, G. (2019). An Attachment Perspective on Schizophrenia The Role of Disorganized, Attachment, Dissociation, and Mentalization.
- Gündüz, A., Yaşar, A., B., Gündoğmuş, İ., Savran, C. ve Konuk, E. (2018). Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği Türkçe Formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; *19*(1):68-75.
- Gelinas, D. J. (1983). The Persisting Negative Effects of Incest. *Psychiatry*, *46*(4), 312–332. doi:10.1080/00332747.1983.11024207
- Goodman, L. A., Thompson, K. M., Weinfurt, K., Corl, S., Acker, P., Mueser, K. T., & Rosenberg, S. D. (1999). Reliability of reports of violent victimization and posttraumatic stress disorder among men and women with serious mental illness. *Journal of Traumatic Stress*, *12*(4), 587–599. doi:10.1023/a:1024708916143
- Goff, D. C., Brotman, A. W., Kindlon, D., Waites, M., & Amico, E. (1991). Self-reports of childhood abuse in chronically psychotic patients. *Psychiatry Research*, *37*(1), 73–80. doi:10.1016/0165-1781(91)90107-z
- Haller, C., Padmanabhan, J., Lizano, P., Torous, J., & Keshavan, M. (2014). Recent advances in understanding schizophrenia. *F1000Prime Reports*, *6*. doi:10.12703/p6-57
- Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2016). *A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)* (2nd ed.). Sage Publications.

- Hammersley, P., Dias, A., Todd, G., Bowen-Jones, K., Reilly, B., & Bentall, R. P. (2003). Childhood trauma and hallucinations in bipolar affective disorder: preliminary investigation. *British Journal of Psychiatry*, *182*(06), 543–547. doi:10.1192/bjp.182.6.543
- Haugen, M. C., & Castillo, R.J. (1999). Unrecognized Dissociation in Psychotic Outpatients and Implications of Ethnicity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *187*(12), 751-754.
- Heins, T., Gray, A., & Tennant, M. (1990). Persisting Hallucinations Following Childhood Sexual Abuse. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *24*(4), 561–565. <https://doi.org/10.3109/00048679009062913>
- Honig, A., Romme, M. A. J., Ensink, B. J., Escher, S. D. M. A. C., Pennings, M. H. A., & deVries, M. W. (1998). Auditory hallucinations: A comparison between patients and nonpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *186*(10), 646–651
- Horevitz, R. P., & Braun, B. G. (1984). Are multiple personalities borderline? An analysis of 33 cases. *Psychiatric Clinics of North America*, *7*(1), 69–87.
- Howel, E. Ve Blizard, A. (2009). *Chronic Relational Trauma Disorder: A New Diagnostic Scheme for Borderline Personality and the Spectrum of Dissociative Disorders. Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond.* Paul F. Dell, John A. O'Neil. ISBN 978-0-415-95785-4. Routledge, Taylor & Francis Group, LLC
- Hill, A. B. (1965). The environment and disease: Association or causation? *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, *58*(5), 295-300. <https://doi.org/10.1177/003591576505800503>
- Hughes, K., Bellis, M., Hardcastle, K., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, *2*(8), e356–e366. doi:10.1016/s2468-2667(17)30118-4
- Yargıç, I, Şar, V., Tutkun, H., & Alyanak, B. (1998). Comparison of dissociative identity disorder with other diagnostic groups using a structured interview in

- Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 39(6), 345–351. doi:10.1016/s0010-440x(98)90046-3
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261–276. doi:10.1093/schbul/13.2.261
- Kane, J. (1988). Clozapine for the Treatment-Resistant Schizophrenic. *Archives of General Psychiatry*, 45(9), 789. doi:10.1001/archpsyc.1988.01800330013001
- Keshavan, M. S., Duggal, H. S., Veeragandham, G., McLaughlin, N. M., Montrose, D. M., Haas, G. L., & Schooler, N. R. (2005). Personality Dimensions in First-Episode Psychoses. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 102–109. doi:10.1176/appi.ajp.162.1.102
- Kinderman, P., Cooke, A., and Bentall, R. (2000). *Recent advances in understanding mental illness and psychotic experiences*. Leicester, UK: British Psychological Society.
- Koğar, H. (2019). Belirti Tarama Listesi'nin (SCL-90) Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması: Mokken Ölçekleme Analizleri. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 9(54), 689-705.
- Kostakoğlu, A. E., Batur, S., Tiryaki, A. ve Göğüş, A. (1999). Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 14(44), 23-32.
- Laferre-Simard, M.-C., Lecomte, T., & Ahoundova, L. (2014). Empirical testing of criteria for dissociative schizophrenia. *Journal of Trauma and Dissociation*, 15, 91–107.
- Leichsenring, F. (1999). Development and First Results of the Borderline Personality Inventory: A Self-Report Instrument for Assessing Borderline Personality Organization. *Journal of Personality Assessment*, 73(1), 45–63. doi:10.1207/s15327752jpa730104
- Leucht, S., Kane, J., Kissling, W., Hamann, J., Etschel, E., & Engel, R. (2005). What does the PANSS mean? *Schizophrenia Research*, 79(2-3), 231–238. doi:10.1016/j.schres.2005.04.00

- Ludwig, A. M. (1972). The Objective Study of a Multiple Personality. *Archives of General Psychiatry*, 26(4), 298. doi:10.1001/archpsyc.1972.01750220008002
- Lysaker, P. H., Beattie, N. L., Strasburger, A. M., & Davis, L. W. (2005). Reported History of Child Sexual Abuse in Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(12), 790–795. doi:10.1097/01.nmd.0000188970.11916.76
- Lysaker, P. H., Davis, L. W., Gattton, M. J., Herman, S. M. (2005). Associations of Anxiety-Related Symptoms With Reported History of Childhood Sexual Abuse in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Clin Psychiatry* 66:10, DOI: 10.4088/jcp.v66n1010
- Longden, E. Moskowitz, A. Dorahy, M.J. and Perona-Garcelán, S. (2019). Auditory Verbal Hallucinations, Prevalence, Phenomenology, and the Dissociation Hypothesis. *Psychosis, Trauma and Dissociation, Evolving perspectives on severe psychopathology*. (Second Edition), Wiley.
- Li, X., Zhou, W., & Yi, Z. (2022). A glimpse of gender differences in schizophrenia. *General psychiatry*, 35(4), e100823. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2022-100823>
- Memon, M. A., Cheah, J.H., Ramayah, T., Ting, H., & Chuah, F. (2018). Mediation analysis: Issues and recommendations. *Journal of Applied Structural Equation Modeling*, 2(1).
- Miller, P. W. (2016). EMDR Therapy for Schizophrenia and Other Psychoses. Springer Publishing Company, LLC: New York.
- Mondimore, F. M. (2005). Kraepelin and manic-depressive insanity: An historical perspective. *International Review of Psychiatry*, 17(1), 49–52. doi:10.1080/09540260500080534
- Moskowitz, A., Longden, E., Varese, F., Mosquera, D. ve Read, J. (2023). The Nature of Psychotic Symptoms, Traumatic in Origin and Dissociative in Kind? *Dissociation and the Dissociative Disorders, Past, Present, Future (Second Edition)*. Taylor & Francis Group DOI: 10.4324/9781003057314-38

- Moskowitz, A., & Heim, G. (2011). Eugen Bleuler's Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias (1911): A Centenary Appreciation and Reconsideration. *Schizophrenia Bulletin*, 37(3), 471–479. doi:10.1093/schbul/sbr016
- Moskowitz, A., Heinimaa, M. ve Van der Hart, O. (2019). Defining Psychosis, Trauma, and Dissociation, Historical and Contemporary Conceptions. In A. Moskowitz, M. J. Dorahy, I. Schäfer (Eds), *Psychosis, Trauma and Dissociation, Evolving perspectives on severe psychopathology. (Second Edition)*, Wiley.
- Moskowitz, A. K., Barker-Collo, S., & Ellson, L. (2005). Replication of dissociation-psychosis link in New Zealand students and inmates. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(11), 722–727. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000185895.47704.62>
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1993). Childhood Sexual Abuse and Mental Health in Adult Life. *British Journal of Psychiatry*, 163(06), 721–732. doi:10.1192/bjp.163.6.721
- Neria, Y., Bromet, E. J., Sievers, S., Lavelle, J., and Fochtman, L. J. (2002) Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in psychosis: Findings from a first-admission cohort. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. DOI: 10.1037//0022-006x.70.1.246
- Neidhart, M. Mohnke, S. Vogel, B. O. Walter, H. (2024). The architecture of paranoia in the general population: A self-report and ecological momentary assessment study, *Schizophrenia Research*, 271.
- Newman-Taylor, K. ve Sambrook, S. (2013). The role of dissociation in psychosis: implications for clinical practice. In F. Kennedy, H. Kennerley and D. Pearson. *Cognitive Behavioural Approaches to the Understanding and Treatment of Dissociation*. New York, NY: Routledge.
- Niemantsverdriet, M. B. A., Slotema, C. W., Blom, J. D., Franken, I. H., Hoek, H. W., Sommer, I. E. C., & van der Gaag, M. (2017). Hallucinations in borderline personality disorder: Prevalence, characteristics and associations with comorbid symptoms and disorders. *Scientific Reports*, 7(1). doi:10.1038/s41598-017-13108-6

- Nijenhuis, E., van der Hart, O., & Steele, K. (2010). Trauma-related Structural Dissociation of the Personality. *Activitas Nervosa Superior*, 52(1), 1–23. doi:10.1007/bf03379560
- Nijenhuis, E., R., S. (2015). *The Trinity of Trauma: Ignorance, Fragility, and Control, The Evolving Concept of Trauma / The Concept and Facts of Dissociation in Trauma*. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen.
- Perona-Garcelán, S., García-Montes, J. M., Rodríguez-Testal, J. F., López-Jiménez, A. M., Ruiz-Veguilla, M., Ductor-Recuerda, M. J., ... Pérez-Álvarez, M. (2013). Relationship Between Childhood Trauma, Mindfulness, and Dissociation in Subjects With and Without Hallucination Proneness. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(1), 35–51. doi:10.1080/15299732.2013.821433
- Prokopez, C. R., Vallejos, M., Farinola, R., Alberio, G., Caporusso, G. B., Cozzarin, L. G., ... Daray, F. M. (2020). The History of Multiple Adverse Childhood Experiences in patients with schizophrenia is associated with more severe symptomatology and suicidal behavior with gender-specific characteristics. *Psychiatry Research*, 113411. doi:10.1016/j.psychres.2020.11
- Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder*. The Guilford Press: New York
- Putnam, F. W., Carlson, E. B., Ross, C. A., Anderson, G., Clark, P., Torem, M., ... Braun, B. G. (1996). Patterns of Dissociation in Clinical and Nonclinical Samples. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(11), 673–679. doi:10.1097/00005053-199611000-00004
- Ramayah, T., Cheah, J., Chuah, F., Ting, H., & Memon, M. A. (2018). Partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM) using smartPLS 3.0. In *An Updated Guide and Practical Guide to Statistical Analysis*. Pearson.
- Read, J., & Argyle, N. (1999). Hallucinations, delusions, and thought disorder among adult psychiatric inpatients with a history of child abuse. *Psychiatric Services*, 50(11), 1467–1472. <https://doi.org/10.1176/ps.50.11.1467>
- Read, J., Hammersley, P., & Rudegeair, T. (2007). Why, when and how to ask about child abuse. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 101–110.

- Read, J. ve Ross, C. A. (2004). Psychosis and Trauma. In *A Schizophrenia: Innovations in Diagnosis and Treatment*. The Haworth Maltreatment & Trauma Press: New York
- Read, J., Os, J., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330–350. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x
- Ross, C. A. (2020). The Genetics of Schizophrenia, Psychiatry is Over-Emphasizing the Role of Genes in Mental Disorders. Manitou Communications, Inc.
- Ross, C. A., Heber, S., Norton, G. R., Anderson, D., et al. (1989). The Dissociative Disorders Interview Schedule: A structured interview. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 2(3), 169–189.
- Ross, C. A., Duffy, C. M. M., & Ellason, J. W. (2002). Prevalence, Reliability and Validity of Dissociative Disorders in an Inpatient Setting. *Journal of Trauma & Dissociation*, 3(1), 7–17. doi:10.1300/j229v03n01_02
- Ross, C. A., Anderson, G., & Clark, P. (1994). Childhood Abuse and the Positive Symptoms of Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 45(5), 489–491. doi:10.1176/ps.45.5.489
- Ross, C. A., Norton, G. R., & Wozney, K. (1989). Multiple Personality Disorder: An Analysis of 236 Cases. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 34(5), 413–418. doi:10.1177/070674378903400509
- Ross, C. A., Miller, S. D., Reagor, P., Bjornson, L., Fraser, G. A., & Anderson, G. (1990). Schneiderian symptoms in multiple personality disorder and schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 31(2), 111–118. doi:10.1016/0010-440x(90)90014-j
- Ross, C. A., & Joshi, S. (1992). Schneiderian symptoms and childhood trauma in the general population. *Comprehensive Psychiatry*, 33(4), 269–273. doi:10.1016/0010-440x(92)90052-r
- Ross, C. A. (2007). The Trauma Model: A Solution To The Problem Of Comorbidity In Psychiatry. Manitou Communications, Inc.

- Ross, C. A. (2004). *Schizophrenia: Innovations in Diagnosis and Treatment*. The Haworth Maltreatment & Trauma Press: New York
- Ross, C. A. (2013). *Structural Dissociation: A Proposed Modification of the Theory*. Manitou Communications, Inc.
- Ross, C.A. (2019). Dissociative Schizophrenia, A Proposed Subtype of Schizophrenia. In A. Moskowitz, M. J. Dorahy, I. Schäfer (Eds), *Psychosis, Trauma and Dissociation, Evolving perspectives on severe psychopathology*. (Second Edition), Wiley.
- Ross, C. A. (2006). Dissociation and psychosis: The need for integration of theory and practice. In J. O. Johannessen, B. V. Martindale, & J. Cullberg (Eds.), *Evolving psychosis* (pp. 238–254). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Ross, C. A., Anderson, G., & Clark, P. (1994). Childhood abuse and the positive symptoms of schizophrenia. *Hospital & Community Psychiatry, 45*(5), 489–491.
- Ross, C. A. & Keyes, B. B. (2004). Dissociation and schizophrenia. *Journal of Trauma and Dissociation, 5*(3), 69–83.
- Ross, C. A., Anderson, G., Fraser, G. A., Reagor, P., et al. (1992). Differentiating multiple personality disorder and dissociative disorder not otherwise specified. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders, 5*(2), 87–90.
- Ross, C. A. (1997). *Dissociative identity disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment of multiple personality* (2nd ed.). Wiley.
- Sandberg, D., A. ve Lynn, S., J. (1992). Dissociative experiences, psychopathology and adjustment, and child and adolescent maltreatment in female college students. *Journal of Abnormal Psychology, (101)*717–723.
- Schafer, I., Harfst, T., Aderhold, V., Briken, P., Lehmann, M., Moritz, S., ... Naber, D. (2006). Childhood Trauma and Dissociation in Female Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 194*(2), 135–138. doi:10.1097/01.nmd.0000198199.5
- Scharfetter, C. (2019). Ego-Fragmentation in Schizophrenia, A Severe Dissociation of Self-Experience. *Psychosis, Trauma and Dissociation Evolving Perspectives*

- on Severe Psychopathology*. (Second edition), 143–158: John Wiley & Sons Ltd.
- Scott, J. G., Ross, C. A., Dorahy, M. J., Read, J., Schafer, I. (2019). Childhood Trauma in Psychotic and Dissociative Disorders. *Psychosis, Trauma and Dissociation Evolving Perspectives on Severe Psychopathology*. (Second edition), 69–81: John Wiley & Sons Ltd.
- Schore, A. N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York, NY: Norton.
- Semiz, U. B., Cetin, M., Basoglu, C., Ebrinc, S., Uzun, O., Herken, H., ... Ates, A. (2007). Clinical predictors of therapeutic response to clozapine in a sample of Turkish patients with treatment-resistant schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 31(6), 1330–1336. doi:10.1016/j.pnpbp.2007.06.00
- Steinberg, M., Cicchetti, D., Buchanan, J., Rakfeldt, J., ve Rounsaville, B. (1994). Distinguishing Between Multiple Personality Disorder (Dissociative Identity Disorder) and Schizophrenia Using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(9), 495–502. doi:10.1097/00005053-199409000-00004
- Steinberg, M. (2019). Advances in Clinical Assessment, The Differential Diagnosis of Dissociative Identity Disorder and Schizophrenia. In A. Moskowitz, M. J. Dorahy, I. Schäfer (Eds), *Psychosis, Trauma and Dissociation, Evolving perspectives on severe psychopathology*. (Second Edition), Wiley.
- Steinberg, M. (1995). *Handbook for the assessment of dissociation: A clinical guide*. American Psychiatric Association.
- Steinberg, M., Barry, D. T., Sholomskas, D., & Hall, P. (2005). SCL–90 symptom patterns: Indicators of dissociative disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 69(3), 237–249. doi:10.1521/bumc.2005.69.3.237
- Şar, V., Öztürk, E., ve İkikardeş, E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri*, 32(4), 1054-1063. doi: 10.5336/medsci.2011-26947

- Şar, V., Kundakçı, T. ve Kızıltan, E. (1997). Disosiyatif yaşantılar ölçeği'nin (DES-II) geçerlik ve güvenilirliği. 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Tam Metin Kitabı, 55-64.
- Şar, V., Kızıltan, E., İ., Kundakçı, T., Bakım, B. ve Yargıç, İ. (1997). Validity and reliability of the Turkish Version of the Dissociation Questionnaire (DIS-Q). İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Klinik Psikoterapi Birimi, İstanbul.
- Şar, V., Kundakci, T., Kiziltan, E., Bakim, B., & Bozkurt, O. (2001). Differentiating Dissociative Disorders from Other Diagnostic Groups Through Somatoform Dissociation in Turkey. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1(4), 67–80. doi:10.1300/j229v01n04_04
- Şar, V., Kundakci, T., Kiziltan, E., Yargid, I. L., Tutkun, H., Bakim, B., ... Ozdemir, O. (2003). The axis-I dissociative disorder comorbidity of borderline personality disorder among psychiatric outpatients. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4(1), 119–136.
- Tekin H.H., Kırılıoğlu M. (2020). Adaptation of childhood trauma questionnaire (CTQ) to Turkish culture: validity and reliability. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi*, 11(2), 325-335.
- Van der Hart, O. ve Witztum, E. (2019). Dissociative Psychosis, Clinical and Theoretical Aspects. In A. Moskowitz, M. J. Dorahy, I. Schäfer (Eds), *Psychosis, Trauma and Dissociation, Evolving perspectives on severe psychopathology. (Second Edition)*, Wiley.
- Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieveise R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. (2012). Childhood adversities increase the Risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull.* 38(4):661–71.
- World Health Organization (WHO) (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization.

EKLER

EK 1. İZİN TALEBİ



T.C.
SAMSUN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-26521195-604.01-240565400
Konu : Sevda BURAK'ın Doktora Tezi Onayı

05.04.2024

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 20.03.2024 tarihli ve E-34555043-100-2400011653 sayılı yazımız.

İlgi sayılı yazınıza istinaden; İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalında doktora öğrencisi olan Sevda BURAK'ın Prof. Dr. Ümit Başar SEMİZ danışmanlığında yürüteceği "**Psikoz, Çocukluk Çağı Travması ve Dissosiyasyon: Yeni Bir Klinik Antite Olarak Dissosiyatif Psikoz**" konulu doktora tezini Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde yapması Müdürlüğümüz "Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu" tarafından uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim

Uzm. Dr. Mustafa URAS
İl Sağlık Müdürü

Dağıtım:
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Rektörlüğü
Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesine

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 68366689-2474-4E96-91A8-6C2186DD1615

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Adalet Mahallesi 100. Yıl Bulvarı No:232 İLKADIM/SAMSUN 55000
Telefon No: 03623112500
e-Posta: iletisim@amsunism.saglik.gov.tr
Kep Adresi:

Bilgi için: İlknur YILDIRIM
Hemşire
Telefon No: (0362) 311 25 00 - 1520



EK 2. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma Prof. Dr. Ümit Başar SEMİZ danışmanlığında, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Klinik Psikoloji Doktora Programı öğrencisi Klinik Psikolog Sevda BURAK tarafından doktora kapsamında yürütülmektedir.

Bu araştırmanın temel amacı, belirli psikoz türlerini, özellikle de ağır veya travmatik çocukluk deneyimleri olan kişilerin yaşadığı psikozları daha iyi anlamaktır. Bunun için şizofreni, şizoaffektif bozukluk, şizofreniform bozukluk ve kısa psikotik bozukluk gibi şizofreni spektrumunda bir tanıya sahip olan bireyleri değerlendireceğiz. Psikiyatristiniz bu çalışmaya dahil edilmeye uygun olduğunuzu düşündüğü için sizinle irtibata geçiyoruz. Çalışma yaklaşık 1 yıllık bir süre içerisinde gerçekleşecek, ancak her katılımcı birkaç ay içerisinde sadece bir veya iki kez görülecektir.

Bu araştırmaya katılımınız, verdiğiniz bilgilere bağlı olarak her biri yaklaşık 1 ila 2 saat süren ve bir dizi anketi sözlü olarak yanıtlayacağınız iki ayrı oturumda yer almanızı içermektedir.

Araştırmaya katılımınızın sizin için önemli bir rahatsızlık içermemesi gerektiğine inanıyoruz. Ancak, görüşme sırasında konuşulan bazı konuların duygusal açıdan zor olması mümkündür. Böyle bir durumda bunu görüşmeyi yapan kişiyle konuşabilirsiniz. Ayrıca görüşmeleri çok uzun veya bazı soruları çok kişisel bulabilirsiniz. Böyle bir durumda ara vermek, görüşmeye başka bir gün devam etmek veya bu soruları yanıtlamamak her zaman mümkündür.

Katılımcının araştırmaya katılımının olası faydaları

Bu araştırma projesine katılımınızdan herhangi bir kişisel fayda elde edemeyebilirsiniz. Öte yandan, sizi dinlemeye istekli biriyle konuşma fırsatını değerlendirebilirsiniz. Elde edilen sonuçlar bilginin ilerlemesine katkıda bulunacak ve belki de gelecekte daha iyi tedavilere yol açabilecektir.

Katılımcının hakları

Bu çalışmaya katılmayı kabul etmekle haklarınızdan feragat etmiş veya araştırmacıları ya da bu araştırmanın yürütüldüğü kurumu yasal ve mesleki sorumluluktan muaf tutmuş olmamaktasınız.

Araştırmadan çekilme hakkı

Katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu nedenle katılmayı reddetme hakkına sahiptir. Ayrıca bu çalışmadan istediğiniz zaman, sadece sözlü bildirimde bulunarak ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan, kararınızı araştırmacıya bildirerek çekilebilirsiniz.

Gizlilik

Bu araştırmaya katılımınız sırasında, araştırmacı hakkınızda bilgi toplayacak ve bunları bir araştırma dosyasına kaydedecektir. Sadece araştırmanın uygun bir şekilde yürütülmesi için gerekli olan bilgiler toplanacak ve size iletilecektir.

Araştırma sırasında toplanan tüm bilgiler, yasaların izin verdiği ölçüde kesinlikle gizli kalacaktır. Kimliğinizi ve bu bilgilerin gizliliğini korumak amacıyla, sadece bir kod numarası ile tanımlanacaksınız. İsminizi araştırma dosyanıza bağlayan kod anahtarı, araştırma projesinden sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır. Araştırma verileri baş araştırmacı tarafından 7 yıl boyunca saklanacak ve daha sonra imha edilecektir. Bu tarihten sonra, yalnızca kimliğinizin belirlenmesine izin vermeyen veriler yalnızca analiz amacıyla saklanabilir.

İzleme ve kontrol amacıyla, araştırma dosyanıza ilgili makamlar (devlet kurumu, Araştırma Etik Kurulu delegeesi) tarafından başvurulabilir. Tüm bu kişi ve kuruluşlar bir gizlilik politikasına bağlıdır. Araştırmadan elde edilen veriler bilimsel dergilerde yayımlanabilir veya bilimsel tartışmalarda başkalarıyla paylaşılabilir. Hiçbir yayın veya bilimsel iletişimde kimliğinizi ortaya çıkarabilecek herhangi bir bilgi yer almayacaktır.

EK 3. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1-Yaş:

2-Cinsiyet

(...) Kadın (...) Erkek

3-Eğitim düzeyi

(...) Okuryazar değil (...) İlköğretim (...) Lise (...) Lisans (...) Lisansüstü

4-Medeni durum

(...) Evli (...) Bekar

5-Birlikte yaşama durumu

(...) Yalnız (...) Bakıcı ile (...) Ailesi

6-Ekonomik durum

(...) Düşük (...) Orta (...) Yüksek

7-Kronik hastalık durumu

(...) Var (...) Yok Belirtiniz

EK 4. KLİNİK BİLGİ FORMU

Bu görüşme formu, Psikiyatri Profesörü Dr. Colin A. Ross'un (2007) psikotik hastalara yaklaşımda travma modeli teorisi temel alınarak hazırlanmıştır; mevcut çalışmanın katılımcıları olan psikoz hastalarını takip eden klinisyenlere yöneltilen soruları içermektedir.

1.Mevcut tıbbi tanı

Belirtiniz:

2.Hastanın tanısını DSM ölçütlerine göre onaylayan klinisyen

Belirtiniz:

3.Hasta ile yapılan toplam görüşme saati

Belirtiniz:

4.Hasta ile yapılan toplam seans sayısı

Belirtiniz:

5.Daha önce hastane yatışı

(...) Yok (...) Var

6.Hastaneye yatış sayısı:

Belirtiniz:

7.Bugüne kadarki hastalık süresi

Belirtiniz:

8.Önceki tanı/lar durumu

(...) Yok (...) Var Belirtiniz

9.Geçmiş intihar girişimi

(...) Yok (...) Var

10.Daha önce elektrokonvülsif tedavi (EKT) deneyimi

(...) Yok (...) Var

11.Yaygın komorbidite-polisemptomatoloji durumu (daha önce psikoz dışında alınmış tanımlar)

(...) Yok (...) Var Belirtiniz

12.Çoklu antipsikotik kullanımı

(...) Yok (...) Var

13.Kullanılan antipsikotik sayısı

Belirtiniz:

14.Kullanılan antipsikotik ilaçlar

Belirtiniz

15.Çoklu tedavi durumu (antipsikotiğe ilaveten
anksiyolitik/antidepresan/antikonvülzan vb.)

(...) Yok (...) Var

16.Antipsikotiğe ilaveten kullanılan ilaçlar

Belirtiniz:

17.Tedaviye dirençlilik durumu

(...) Yok (...) Var Belirtiniz

18.Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü

(...) Yok (...) Var Belirtiniz

EK 5. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ (CTQ-28)

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

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1	2	3	4	5
Hiçbir Zaman	Nadiren	Kimi Zaman	Sık Olarak	Çok Sık

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.	1	2	3	4	5
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.	1	2	3	4	5
3. Ailemdedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.	1	2	3	4	5
6. Yırtık, sökkük ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
7. Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
11. Ailemdedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
13. Ailemdedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	1	2	3	4	5
14. Ailemdedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
16. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farketdiği oluyordu.	1	2	3	4	5
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5

19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.	1	2	3	4	5
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5

EK 6. ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACE-10)

Yetişmeniz sırasında, hayatınızın ilk 18 yıllık döneminde:

1. Anne-babanız veya ev halkından bir yetişkin sıklıkla veya çok sıklıkla... a. Size küfreder miydi, hakaret eder miydi, aşağılar ya da küçük düşürür müydü? veya b. Fiziksel olarak zarar göreceğiniz korkusu doğuracak şekilde davranır mıydı?	Evet	Hayır	Cevabınız “Evet” ise 1 yazınız: ____
2. Anne-babanız veya ev halkından bir yetişkin sıklıkla veya çok sıklıkla... a. İtip kakar, tokatlar ya da size bir şey fırlatır mıydı? veya b. Hiç vücudunuzda iz kalacak ya da yaralayacak şiddette vurdu mu?	Evet	Hayır	Cevabınız “Evet” ise 1 yazınız: ____
3. Bir yetişkin veya sizden en az 5 yaş büyük birisi hiç ... a. Size cinsel olarak dokundu ya da okşadı mı veya siz onun bedenine dokundunuz mu? veya b. Sizinle oral, anal veya vajinal ilişkiye kalkıştı ya da gerçekleştirdi mi?	Evet	Hayır	Cevabınız “Evet” ise 1 yazınız: ____
4. Sıklıkla veya çok sıklıkla şu şekilde hissettiğiniz oldu mu? a. Ailenizde hiç kimse sizi sevmedi ya da önemli ve özel olduğunuzu düşünmedi veya b. Aile bireyleri birbirini gözetmedi, desteklemedi ya da yakın hissetmedi	Evet	Hayır	Cevabınız “Evet” ise 1 yazınız: ____
5. Sıklıkla veya çok sıklıkla şu şekilde hissettiğiniz oldu mu? a. Yeterli beslenemediniz, kirli giysiler giymek zorunda kaldınız ve kimse sizi korumadı veya b. Anne-babanız sizin bakımınızı veya ihtiyaç olduğunda doktora götürülmenizi ihmal edecek kadar sarhoş veya ilaç etkisi altındaydı	Evet	Hayır	Cevabınız “Evet” ise 1 yazınız: ____
6. Anne-babanız hiç ayrıldı ya da boşandı mı?	Evet	Hayır	Cevabınız “Evet” ise 1 yazınız: ____
7. Anneniz ya da üvey anneniz: a. Sıklıkla veya çok sıklıkla itilip kakılır, tokatlanır ya da üzerine bir şey fırlatır mıydı? veya b. Bazen, sıklıkla veya çok sıklıkla tekmelenir, ısırılır, yumrukla veya sert bir şeyle dövülür müydü? veya	Evet	Hayır	Cevabınız “Evet” ise 1 yazınız: ____

c. Hiç en az birkaç dakika süreyle dövüldü ya da bıçak veya silahla tehdit edildi mi?			
8.Aşırı içki kullanan veya alkolik veya uyuşturucu kullanan biriyle birlikte yaşadınız mı?	Evet	Hayır	Cevabınız “Evet” ise 1 yazınız: ____
9.Ailenizden birisi depresyonda veya ruh hastası mıydı veya intihar girişiminde bulundu mu?	Evet	Hayır	Cevabınız “Evet” ise 1 yazınız: ____
10.Aile bireylerinden hapse giren oldu mu?	Evet	Hayır	Cevabınız “Evet” ise 1 yazınız: ____



EK 7. DISSOSİYASYON ÖLÇEĞİ (DISQ-63)

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

Örnek

Aşağıda anlatılan durum size ne derecede uymaktadır. İşaretleyiniz.

Kafamı toplamakta güçlük çekiyorum. 1 2 3 4 5

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

1 = Benim durumuma hiç uymuyor

2 = Benim durumuma biraz uyuyor

3 = Benim durumuma orta derecede uyuyor

4 = Benim durumuma çok uyuyor

5 = Benim durumuma tam olarak uyuyor

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

1.Bazen rüyadaymışım gibi geliyor.	1	2	3	4	5
2.Her şeyin gerçek dışı olduğu hissi bende devamlı olarak var.	1	2	3	4	5
3.Zaman zaman vücudumla bağlantım kopmuş gibi oluyor.	1	2	3	4	5
4.Hiç düşünmeksizin tıka basa yediğim oluyor.	1	2	3	4	5
5.Araba kullanırken ya da yolda yürürken birden fark ediyorum ki, yol boyunca neler olduğunu hatırlamıyorum.	1	2	3	4	5
6.Hiçbir neden yokken ve kendim de istemediğim halde gülme ya da ağlama krizi tutuyor.	1	2	3	4	5
7.Bazen sanki bir başkası olmuşum gibi geliyor.	1	2	3	4	5
8.Kimi zaman, bir başkasını dinlerken birden fark ediyorum ki, sanki anlatılanların hiçbirini (ya da bir bölümünü) duymamışım.	1	2	3	4	5
9.Kimi zaman, yorgun olduğumda, sanki dışarıdan yabancı bir güç bana hakim olmuş ve ne yapacağıma karar veriyormuş gibi geliyor.	1	2	3	4	5
10.Olmayı hiç istemediğim durumlara giriyorum.	1	2	3	4	5
11.Zaman zaman, kendimle, düşündüklerim ve yaptıklarım arasında büyük fark hissediyorum.	1	2	3	4	5
12.Bazen tam olarak kim olduğumu bilemiyorum.	1	2	3	4	5
13.Eşyalarım arasında satın aldığımı hatırlamadığım yeni şeyler bulduğum oluyor.	1	2	3	4	5

14.Sıklıkla, aç olmadığım halde bir şeyler yeme isteği duyuyorum.	1	2	3	4	5
15.Hiç istemediğim halde öfkelenmişim oluyor.	1	2	3	4	5
16.Bazen bir şey yapmaya karar vermişken vücudum irademe aykırı olarak tamamen farklı davranıyor.	1	2	3	4	5
17.Zaman zaman şaşkınlıyorum ve kafam karışıyor.	1	2	3	4	5
18.Bazen, bir önceki gün(ya da günlerde) nerede olduğumu hatırlamıyorum.	1	2	3	4	5
19.Zaman zaman aileme ya da arkadaşlarıma sanki yabancıymışlar gibi davrandığım söyleniyor.	1	2	3	4	5
20.Bazı durumlarda kendimi çift kişilikli bir insan gibi görüyorum.	1	2	3	4	5
21.Geçmiş yaşamındaki bazı önemli olayları (örneğin mezuniyet ya da nikah töreni) hiç hatırlamadığım olur.	1	2	3	4	5
22.Bazen bir şey söyleyecek iken ağzından tamamen farklı bir şey çıkıyor.	1	2	3	4	5
23.Ruh halimdeki neşe ya da keyifsizlik gibi belirgin değişiklikler ani geçişler biçiminde olabiliyor.	1	2	3	4	5
24.Bir şeyi aklım başka yerde olarak yaptığım oluyor.	1	2	3	4	5
25.Başkalarının bana söylediği şeyleri hemen unutuyorum.	1	2	3	4	5
26.Bazen bir şey yaparken ne yapmakta olduğunu birden unutuyorum.	1	2	3	4	5
27.Bazen aynaya baktığımda kendimi tanıyamıyorum.	1	2	3	4	5
28.Bazen vücudumun değişmekte olduğu hissini duyuyorum.	1	2	3	4	5
29.Kimi zaman insanların, eşyaların ve çevremdeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyuyorum.	1	2	3	4	5
30.Vücudum sanki bana ait değilmiş gibi geliyor.	1	2	3	4	5
31.Televizyon seyrederken çevremde olan biten hiçbir şeyi fark etmiyorum.	1	2	3	4	5
32.Bazen geçen zamanın bir bölümü aklımda hiç yer etmiyor, öyle ki ben o boşluk sırasında neler yapmış olduğumu hiç hatırlamıyorum.	1	2	3	4	5
33.Eskiden olmuş bir şeyi o kadar canlı hatırlayabiliyorum ki, sanki o olayı baştan yaşıyor gibi oluyorum.	1	2	3	4	5
34.Bazen ne yapacağıma sanki içimdeki bir başkası karar veriyor gibi geliyor.	1	2	3	4	5
35.Kimi zaman hiç hatırlamadığım halde bazı şeyleri yapmış olduğumu fark ediyorum.	1	2	3	4	5
36.Bazı şeyleri yapmaktan kendimi alıkoyamıyorum.	1	2	3	4	5
37.Bazen kendimi nasıl geldiğimi bilmediğim ve tanımadığım bir yerde buluyorum.	1	2	3	4	5
38.Zaman zaman aklıma gelen bazı olaylar gerçekten başımdan geçti mi, yoksa yalnızca rüyamda mı gördüm, karıştırıyorum.	1	2	3	4	5
39.Bazen kendimi, bilinen ama bana yabancı ve bilinmedik gibi gelen bir yerde buluyorum.	1	2	3	4	5
40.Bazı şeyleri neden olduğunu bilmeksizin yaptığımı hissediyorum.	1	2	3	4	5
41.Bazen bir şeyi bana hiç uymayan ve hoşlanmadığım bir tarzda düşünüyor ya da yapıyorum.	1	2	3	4	5
42.Kendimi, yaptığım her şeyde yakından gözlediğimi fark ediyorum.	1	2	3	4	5

43.Kendimi düşüncelere ya da hayallere o kadar kaptırıyorum ki, sanki onlar gerçekten başımdan geçiyormuş gibi geliyor.	1	2	3	4	5
44.Bazen aklımda bir şey olmaksızın gözüm dalıyor.	1	2	3	4	5
45.Hiçbir şey düşünmediğim sık oluyor.	1	2	3	4	5
46.Kötü alışkanlıklarım karşı durmakta çok zorluk çekiyorum.	1	2	3	4	5
47.Bazen bir şeyi nereye koyduğumu unutuyorum.	1	2	3	4	5
48.Yemek yerken aklım başka yerde oluyor.	1	2	3	4	5
49.Kendimi hayallere dalmış durumda bulduğum oluyor.	1	2	3	4	5
50.Kendime daha fazla yön verebilmeyi isterdim.	1	2	3	4	5
51.Yürürken attığım her adımı izliyorum.	1	2	3	4	5
52.Başka durumlarda pek elimden gelmeyen şeyleri kimi zaman kolayca yapıyorum (örneğin spor yaparken ya da çalışırken, insanlarla temas kurarken).	1	2	3	4	5
53.Yemek yerken ağızıma attığım her lokmayı izliyorum.	1	2	3	4	5
54.Zaman kavramını tamamen yitirdiğim (zamandan habersiz olduğun) oluyor.	1	2	3	4	5
55.Bir şeyi yapmayı sadece aklımdan mı geçirdim yoksa gerçekten yaptım mı hatırlayamadığım oluyor.	1	2	3	4	5
56.Bazen kendimi iki farklı şeyi aynı zamanda yapmak istiyor ve hangisinin daha uygun olacağı konusunda tartışırken buluyorum.	1	2	3	4	5
57.Bazen zihnim parçalara bölünmüş gibi hissediyorum.	1	2	3	4	5
58.Eşyalarım arasında yaptığımı hatırlamadığım fakat bana ait olması gereken yazılar, çizimler ya da notlar bulduğum oluyor.	1	2	3	4	5
59.Kendimi aynı anda iki ya da daha fazla kişi olarak hissediyorum.	1	2	3	4	5
60.Bir şey yaparken sıklıkla aklım başka yerde oluyor.	1	2	3	4	5
61.Kafamın içinde ne yapmam gerektiğini söyleyen ya da yaptıklarım hakkında yorumda bulunan sesler duyduğum oluyor.	1	2	3	4	5
62.Kendimi başkalarının gördüğünden farklı gördüğüm oluyor.	1	2	3	4	5
63.Dünyaya bir sis perdesi arkasından baktığımı hissettiğim oluyor, o zaman çevremdeki insanlar ve eşyalar uzakta ve belirsiz görünüyorlar.	1	2	3	4	5

EK 8. SOMATOFORM DISSOSİYASYON ÖLÇEĞİ (SDQ-20)

Açıklama: Lütfen aşağıdaki sorularda belirtilen durumların sizdekine ne kadar uyduğunu değerlendiriniz ve her soru için buna uyan cevabı işaretleyiniz.

1 = Hayır	2 = Biraz	3 = Orta derecede	4 = Çok	5 = Tam
-----------	-----------	-------------------	---------	---------

1. Bazen sanki vücudum ya da vücudumun bir bölümü yok oluyor gibi geliyor.	1	2	3	4	5
2. Bazen bir süre felç oluyorum.	1	2	3	4	5
3. Bazen konuşamaz hale geliyorum veya da ancak güçlükle ya da fısıltı halinde konuşabiliyorum.	1	2	3	4	5
4. Bazen vücudum ya da vücudumun bir bölümü acı hissetmez oluyor.	1	2	3	4	5
5. Bazen idrar yaparken acıyor.	1	2	3	4	5
6. Bazen kısa bir süre için gözlerim görmüyor, sanki kör oluyorum.	1	2	3	4	5
7. Bazen idrar yaparken tutukluk oluyor.	1	2	3	4	5
8. Bazen kısa bir süre için kulaklarım işitmiyor, sanki sağır oluyorum.	1	2	3	4	5
9. Bazen yakınımdaki sesleri sanki çok uzaktan geliyormuş gibi duyuyorum.	1	2	3	4	5
10. Bazen bir süre için her yanıma katılıyorum.	1	2	3	4	5
11. Bazen nezle olmadığı halde koku alma hissi her zamankine göre azalıyor ya da çoğalıyor.	1	2	3	4	5
12. Bazen cinsel organlarımda ağrı oluyor.	1	2	3	4	5
13. Bazen havaleye benzer bir bayılma nöbeti geçiriyorum.	1	2	3	4	5
4. Bazen normalde sevdiğim bir kokudan hoşlanmaz oluyorum.	1	2	3	4	5
15. Bazen normalde sevdiğim bir yiyeceğin tadından hoşlanmaz oluyorum (kadınlarda hamilelik dışında).	1	2	3	4	5
16. Bazen çevremdeki eşyaları her zamankinden farklı görüyorum (örneğin sanki bir tünelden bakıyormuş gibi ya da bakılan şeyin yalnız bir bölümünü görmek gibi).	1	2	3	4	5
17. Bazen gece boyunca uyuyamadığım halde gündüz gayet zinde oluyorum.	1	2	3	4	5
18. Bazen yiyecekleri yutamıyorum ya da yutmakta zorluk çekiyorum.	1	2	3	4	5
19. Bazen insanlar ve eşyalar olduklarından daha büyük görünüyorlar.	1	2	3	4	5
20. Bazen vücudum ya da vücudumun bir bölümü hissiz oluyor.	1	2	3	4	5

EK 9. POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANSS-30)

POZİTİF BELİRTİLER							
	1	2	3	4	5	6	7
P1 Sanrılar							
P2 Düşünce dağınıklığı							
P3 Varsanılar							
P4 Taşkınılık							
P5 Büyüklük Duyguları							
P6 Şüphencilik ve kötülük görme							
P7 Düşmanca tutum							
POZİTİF BELİRTİLER TOPLAM PUANI							
NEGATİF BELİRTİLER							
	1	2	3	4	5	6	7
N1 Duygudurumda küntleşme							
N2 Duygusal içecekilme							
N3 İlişki kurmada güçlük							
N4 Pasif biçimde kendini toplumdandan çekme							
N5 Soyut düşünme güçlüğü							
N6 Konuşmanın kendiliğinden ve akıcılığının kaybı							
N7 Stereotipik düşünme							
NEGATİF BELİRTİLER TOPLAM PUANI							
GENEL PSİKOPATOLOJİ							
	1	2	3	4	5	6	7
G1 Bedensel kaygı							
G2 Anksiyete							
G3 Suçluluk duyguları							
G4 Gerginlik							
G5 Manyerizm							
G6 Depresyon							
G7 Motor yavaşlama							
G8 İş birliği kuramama							
G9 Olağandışı düşünce içeriği							
G10 Yönelim bozukluğu							
G11 Dikkat azalması							
G12 Yargılama ve içgörü eksikliği							
G13 İrade bozukluğu							
G14 Dürtü kontrolsüzlüğü							
G15 Zihinsel aşırı uğraş							
G16 Aktif biçimde sosyal kaçınma							
GENEL PSİKOPATOLOJİ TOPLAM PUANI							
PANSS GENEL TOPLAM PUANI							

EK 10. SCL-90-R PSİKOLOJİK BELİRTİ TARAMA LİSTESİ

ADI, SOYADI: YAŞ: CİNSİYET (E/K): MESLEĞİ:

AÇIKLAMA: Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınmaların ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bu gün de dahil olmak üzere son üç ay içerisinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak işaretleyiniz.

Hiç : 0 Örnek: 1. (2) Baş ağrısı
Çok az : 1
Orta derecede : 2
Oldukça fazla : 3
İleri derecede : 4

1. () Baş ağrısı
2. () Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. () Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoş gitmeyen düşünceler
4. () Baygınlık ya da baş dönmesi
5. () Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. () Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. () Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. () Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. () Olayları anımsamada güçlük
10. () Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler
11. () Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. () Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar
13. () Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. () Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. () Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. () Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. () Titreme
18. () Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. () İştah azalması
20. () Kolayca ağlama
21. () Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. () Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. () Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. () Kontrol edilemeyen öfke patlamaları

25. () Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. () Olanlar için kendisini suçlama
27. () Belin alt kısmında ağrılar
28. () İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. () Yalnızlık hissi
30. () Karamsarlık hissi
31. () Her şey için çok fazla endişe duyma
32. () Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. () Korku hissi
34. () Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. () Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. () Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. () Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. () İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak
39. () Kalbin çok hızlı çarpması
40. () Bulantı ve midede rahatsızlık hissi
41. () Kendini başkalarından aşağı görme
42. () Adale (kas) ağrıları
43. () Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. () Uykuya dalmada güçlük
45. () Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. () Karar vermede güçlük
47. () Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. () Nefes almada güçlük
49. () Soğuk veya sıcak basması
50. () Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu
51. () Hiçbir şey düşünmeme hali
52. () Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. () Boğazınıza bir yumru takınmış hissi
54. () Gelecek konusunda ümitsizlik
55. () Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. () Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. () Gerginlik veya coşku hissi
58. () Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. () Ölüm ya da ölme düşünceleri

60. () Aşırı yemek yeme
61. () İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. () Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. () Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. () Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. () Yıkama, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. () Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. () Bazı şeyleri kırıp dökme hissi
68. () Başkalarının paylaşım kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. () Başkalarının yanında kendini çok sıkışık hissetme
70. () Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. () Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. () Dehşet ve panik nöbetleri
73. () Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi
74. () Sık sık tartışmaya girme
75. () Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali
76. () Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. () Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. () Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme
79. () Değersizlik duygusu
80. () Size kötü bir şey olacaktı hissi
81. () Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. () Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. () Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. () Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. () Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. () Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. () Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. () Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. () Suçluluk duygusu
90. () Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

EK 11. BORDERLİNE KİŞİLİK ENVANTERİ (BPI-53)

Aşağıdaki cümlelerden size uygun olanlarını işaretleyiniz.

1	Sık sık panik nöbetleri geçiririm.	DOĞRU	YANLIŞ
2	Son zamanlarda beni duygusal olarak etkileyen hiçbir şey olmadı.	DOĞRU	YANLIŞ
3	Çoğu kez gerçekte kim olduğumu merak ederim.	DOĞRU	YANLIŞ
4	Çoğu kez başıma iş açacak risklere girerim.	DOĞRU	YANLIŞ
5	Başkaları bana yoğun ilgi gösterdikleri zaman kendimi boğulmuş hissederim.	DOĞRU	YANLIŞ
6	Bazen içimde bana ait olmayan başka bir kişi ortaya çıkar.	DOĞRU	YANLIŞ
7	Gerçekte olmadığı halde acayip şekiller veya görüntüler gördüğüm oldu.	DOĞRU	YANLIŞ
8	Bazen çevremdeki insanlar ve nesnelerin gerçek olmadığını hissederim.	DOĞRU	YANLIŞ
9	Başkalarına yönelik duygularım bir uçtan bir uca çok hızlı değişir (Ör. Sevgi ve beğeniden, nefret ve hayal kırıklığına)	DOĞRU	YANLIŞ
10	Çoğu kez değersizlik ya da umutsuzluk duygusuna kapılırım.	DOĞRU	YANLIŞ
11	Çoğu kez paramı çarçur ederim ya da kumarda kaybederim.	DOĞRU	YANLIŞ
12	Gerçekte kimse olmadığı halde hakkımda konuşan sesler duyduğum oldu.	DOĞRU	YANLIŞ
13	Eğer 12. maddeye “evet” dediyseniz aşağıdaki cümlelerdensizin için uygun olanını seçiniz: a. Bu sesler benim dışımdan gelmiştir. b. Bu sesler içimden gelmiştir.	DOĞRU	YANLIŞ
14	Yakın ilişkilerde hep incinirim.	DOĞRU	YANLIŞ
15	Bana uymayan biçimde hissettiğim ya da davrandığım oldu.	DOĞRU	YANLIŞ
16	Bir kukla gibi dışarıdan yönetiliyormuş ve yönlendiriliyormuş gibi hissettiğim oldu.	DOĞRU	YANLIŞ
17	Herhangi birine fiziksel olarak saldırıda bulunduğum oldu.	DOĞRU	YANLIŞ
18	Düşüncelerim başkaları tarafından okunuyormuş gibi hissettiğim oldu.	DOĞRU	YANLIŞ
19	Bazen gerçekte suç işlemediğim halde, sanki işlemişim gibi suçluluk hissederim.	DOĞRU	YANLIŞ
20	Bilerek kendime bedensel zarar verdiğim oldu.	DOĞRU	YANLIŞ
21	Bazen gerçekte olmadığı halde insanların ve nesnelerin görünüşlerinin değiştiği hissine kapılırım.	DOĞRU	YANLIŞ
22	Yoğun dini uğraşlarım olmuştur.	DOĞRU	YANLIŞ
23	Duygusal ilişkilerimde çoğunlukla ne tür bir ilişki	DOĞRU	YANLIŞ

	istediğimdenemin olamam.		
24	Bazen bir kâhin gibi gelecekle ilgili özel hislerim olur.	DOĞRU	YANLIŞ
25	Bir ilişki ilerledikçe kendimi kapana kısılmış gibi hissedirim.	DOĞRU	YANLIŞ
26	Gerçekte kimse olmadığı halde bir başka insanın varlığını hissettiğim oldu.	DOĞRU	YANLIŞ
27	Bazen bedenim ya da bedenimin bir kısmı bana acayip veyadeğişmiş gibi görünür.	DOĞRU	YANLIŞ
28	İlişkiler çok ilerlerse, çoğunlukla koparma gereksinimi duyarım.	DOĞRU	YANLIŞ
29	Bazen birilerinin peşimde olduğu hissine kapılırım.	DOĞRU	YANLIŞ
30	Sık sık uyuşturucu kullanırım (esrar, hap gibi).	DOĞRU	YANLIŞ
31	Başkalarını kontrol altında tutmaktan hoşlanırım.	DOĞRU	YANLIŞ
32	Bazen, özel biri olduğumu hissedirim.	DOĞRU	YANLIŞ
33	Bazen dağılıyormuşum gibi hissedirim.	DOĞRU	YANLIŞ
34	Bazen bana bir şeyin gerçekte mi, yoksa yalnızca hayalimde mi olduğunu ayırt etmek zor gelir.	DOĞRU	YANLIŞ
35	Çoğu kez sonuçlarını düşünmeden içimden geldiği gibi davranırım.	DOĞRU	YANLIŞ
36	Bazen gerçek olmadığım duygusuna kapılırım.	DOĞRU	YANLIŞ
37	Bazen bedenim yokmuş ya da bir kısmı eksikmiş hissine kapılırım.	DOĞRU	YANLIŞ
38	Çoğu kez kâbus görürüm.	DOĞRU	YANLIŞ
39	Çoğu kez başkaları bana gülüyormuş ya da hakkımda konuşuyormuş hissine kapılırım.	DOĞRU	YANLIŞ
40	Çoğu kez insanlar bana düşmanmış gibi gelir.	DOĞRU	YANLIŞ
41	İnsanların kendi düşüncelerini benim zihnime soktuklarını hissettiğim oldu.	DOĞRU	YANLIŞ
42	Çoğu kez gerçekten ne istediğimi bilmem.	DOĞRU	YANLIŞ
43	Geçmişte intihar girişiminde bulundum.	DOĞRU	YANLIŞ
44	Bazen ciddi bir hastalığım olduğuna inanırım.	DOĞRU	YANLIŞ
45	“Alkol, uyuşturucu ya da hap alışkanlığım vardır”. Eğer yanıtınız “evet” ise aşağıdakilerden uygun olanlarını işaretleyiniz. a) Alkol b) Uyuşturucu c) Hap	DOĞRU	YANLIŞ
46	Bazen bir rüyada yaşıyormuş ya da yaşamım bir film şeridi gibi gözümün önünden geçiyormuş	DOĞRU	YANLIŞ
47	Çoğu kez bir şeyler çalarım.	DOĞRU	YANLIŞ
48	Bazen öyle açlık nöbetlerim olur ki önüme gelen her şeyi silipsüpürürüm.	DOĞRU	YANLIŞ
49	Aşağıdaki konularla ilgili sorulara çoğu kez kendimirahatsız hissedirim. a) Politika b) Din c) Ahlak (iyi-	DOĞRU	YANLIŞ

	kötü)		
50	Bazen aklımdan birilerini öldürme düşüncesi geçer.	DOĞRU	YANLIŞ
51	Yasalarla başımın derde girdiği oldu.	DOĞRU	YANLIŞ
52	Yukarıdaki maddelerle anılan yaşantılardan herhangi birini ilaç etkisi altında yaşadığınız oldu mu? Eğer yanıtınız “evet” ise ilgili maddelerin numaralarını yazınız: (.....)	DOĞRU	YANLIŞ
53	Yukarıdaki maddelerle anılan yaşantılardan herhangi birini psikoterapi sırasında yaşadığınız oldu mu? Eğer yanıtınız “evet” ise ilgili maddelerin numaralarını yazınız: (.....)	DOĞRU	YANLIŞ



EK 12. DISSOSİYATİF BOZUKLUKLAR İÇİN GÖRÜŞME ÇİZELGESİ DSM-5 VERSİYONU (DDIS-DSM-5)

Dissosiyatif Bozukluklar Görüşme Çizelgesi (DDIS), DSM-5 somatik belirti bozukluğu, sınırda kişilik bozukluğu ve majör depresif bozukluğun yanı sıra tüm dissosiyatif bozuklukların tanısını koyan oldukça yapılandırılmış bir görüşmedir. Şizofreninin pozitif semptomlarını, DKB'nin ikincil özelliklerini, duyu dışı deneyimleri, madde bağımlılığını ve dissosiyatif bozukluklarla ilgili diğer maddeleri sorgulamaktadır.

DDIS genellikle 30-45 dakika içinde uygulanabilmektedir. Kopyalama ve dağıtma izni Colin A. Ross, M.D. tarafından verilmiştir.

DISSOSİYATİF BOZUKLUKLAR GÖRÜŞME ÇİZELGESİ DSM-5 ÖZBİLDİRİM VERSİYONU İÇİN ONAM FORMU

Dissosiyatif bozukluklar üzerine bir araştırma kapsamında mülakat yapılmasını kabul ediyorum. Dissosiyatif bozukluklar belleğe ilişkin problemleri içerir.

Görüşmenin cinsel ve psikolojik öyküm hakkında bazı kişisel sorular içerdiğini biliyorum, ancak verdiğim tüm bilgilerin gizli tutulacağını anlıyorum. Araştırma anketinde ismim yer almayacaktır.

Verdiğim cevapların gelecekte şahsıma yönelik muamele konusunda herhangi bir olumsuz etkisi olmayacağını anlıyorum.

Bu araştırmanın genel sonuçlarının yayınlanacağını ve bu sonuçların ilgili makamlar veya terapistler tarafından kullanılabileceğini anlıyorum.

Görüşmecinin ve diğer araştırmacıların bana tedavi öneremeyeceğini anlıyorum.

Bu görüşmenin amacının araştırma olduğunu ve araştırmacıların dissosiyatif bozuklukları daha iyi anlamalarına yardımcı olduğumu bilmek dışında kendime doğrudan bir fayda beklemediğimi biliyorum.

Görüşmecinin sorularını elimden geldiğince iyi yanıtlamayı kabul ediyorum ancak yanıtlamak istemediğim belirli soruları yanıtlamamakta özgür olduğumu biliyorum.

Bu forma ismimi yazıp imzalamış olsam da, bunun cevaplarımdan ayrı tutulacağını ve cevaplarımın görüşmeci ve araştırma ekibi dışındaki kişiler tarafından isimle ilişkilendirilemeyeceğini biliyorum.

Ayrıca, gelecekte başka dissosiyatif bozukluk görüşmelerine katılmamın istenebileceğini, ancak hayır demekte özgür olacağımı da anlıyorum. Reddettiğim takdirde bunun benim için herhangi bir sonucu olmayacak ve benimle ilgilenen herhangi bir yetkili veya terapist bir daha görüşme yapmama kararından haberdar edilmeyecektir.

İmza:

Şahit:

Tarih:

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER

1.Adı ve Soyadı	Tarih:	
2.Cinsiyet	()	
Kadın = 1	Erkek = 2	
3.Yaş	()	
4.Eğitim durumu (başarılı olarak tamamladığı toplam öğrenim yılı)	()	
5.Medeni durum	()	
Hiç evlenmemiş = 1	Halen evli = 2	Eşinden ayrı yaşıyor = 3
Boşanmış = 4	Eşi ölmüş = 5	
6.Gelir durumu (kendi değerlendirmesi)	()	
Çok muhtaç durumdayım = 1	Ancak geçiniyorum = 2	Orta halli sayılırim = 3
Gelir durumu oldukça iyi = 4	Varlıklı sayılırim = 5	
7.Hane halkı sayısı (kendisi dahil)	()	
8.İş durumu	()	
Ev kadını = 1	Halen tam gün çalışıyor = 2	
Halen yarım gün çalışıyor = 3	Halen işsiz durumda = Öğrenci = 5	
Emekli = 6	4	

DİSSOSİYATİF BOZUKLUKLAR GÖRÜŞME ÇİZELGESİ DSM-5 VERSİYONU

Soruları yöneltirken çizelgedeki sıraya uyulmalıdır. Çizelgedeki maddelerin hepsi değerlendirmeye alınmalıdır. Dissosiyatif bozukluklar, somatik belirti bozukluğu ve sınırdaki kişilik bozukluğu için DSM-5 tanı ölçütleri bunlara dahildir. Farklı görüşmecilerin aldıkları bilgilerin standart olması için soruları aynen yazıldığı gibi yöneltiniz. Bölüm başlıklarını sesli olarak okumayınız. Söze görüşülen kişiye katılımı için teşekkür ederek başlamalı ve şunlar söylenmelidir;

“Soruların çoğunun cevabı EVET, HAYIR ya da EMİN DEĞİLİM biçimindedir. Cevap şekli başka türlü olan sorular olduğunda söyleyeceğim.”

I. Somatik Yakınmalar

1. Baş ağrısı çekiyor musunuz?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

Denek 1.Soruya HAYIR yanıtını verirse 3.Soruya geçiniz:

2. Size bir doktor tarafından migren teşhisi konuldu mu?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

Görüşmeci deneye şu açıklamayı yapmalıdır:

Şimdi vücutla ilgili yakınmaları tek tek soracağım. Bir belirtinin var sayılması ve o spruya EVET yanıtının verilmesi için şunlar olmalıdır;

- a) Bu belirtiyi neden olan vücutta bir hastalık bulunamamıştır.

- b) Bu belirti vücutta bir hastalıktan kaynaklanıyorsa çalışmanızı ve sosyal yaşantınızı beklenenden fazla derecede kötü derecede etkilemiş olmalıdır.
- c) Bu belirti bir ilaç ya da uyuşturucu maddeye bağlı değildir.

Görüşmeci şimdi deneye şu soruyu sormalıdır: “Sizde doktorlar vücutta bir neden bulamadığı halde aşağıdaki belirtilerden herhangi biri hiç oldu mu?”

Görüşmeci, pozitif yanıt aldığı anda deneyin doğru anlayıp anlamadığını kontrol etmek için a, b ve c ölçütlerini gözden geçirmelidir.

3.	Karın ağrısı (adet zamanı dışında)				
	Evet = 1	Hayır = 2	Emin değilim = 3	()	
4.	Bulantı (taşıt tutması dışında)				
	Evet = 1	Hayır = 2	Emin değilim = 3	()	
5.	Kusma (taşıt tutması hariç)				
	Evet = 1	Hayır = 2	Emin değilim = 3	()	
6.	Şişkinlik (gaz)				
	Evet = 1	Hayır = 2	Emin değilim = 3	()	
7.	İshal				
	Evet = 1	Hayır = 2	Emin değilim = 3	()	
8.	Birçok yiyeceğin dokunması				
	Evet = 1	Hayır = 2	Emin değilim = 3	()	
9.	Sırt ağrısı				
	Evet = 1	Hayır = 2	Emin değilim = 3	()	
10.	Eklem ağrısı				
	Evet = 1	Hayır = 2	Emin değilim = 3	()	
11.	Kol ve bacaklarınızda ağrı				
	Evet = 1	Hayır = 2	Emin değilim = 3	()	
12.	Cinsel organınızda ağrı (cinsel ilişki haricinde)				
	Evet = 1	Hayır = 2	Emin değilim = 3	()	
13.	İdrar yaparken ağrı				
	Evet = 1	Hayır = 2	Emin değilim = 3	()	
14.	Diğer ağrılar (baş ağrısı dışında)				
	Evet = 1	Hayır = 2	Emin değilim = 3	()	
15.	Efor (çaba) halinde değilken nefes daralması				
	Evet = 1	Hayır = 2	Emin değilim = 3	()	
16.	Çarpıntı (kalbinizin yerinden çıkacak gibi kuvvetle çarptığı hissi)				
	Evet = 1	Hayır = 2	Emin değilim = 3	()	
17.	Göğüs ağrısı				

	Evet = 1	Hayır = 2	Emin değilim = 3	()
18 Sersemlik hissi				
	Evet = 1	Hayır = 2	Emin değilim = 3	()
19 Yutma güçlüğü				
	Evet = 1	Hayır = 2	Emin değilim = 3	()
20 Ses kaybı				
	Evet = 1	Hayır = 2	Emin değilim = 3	()
21 Sağırılık				
	Evet = 1	Hayır = 2	Emin değilim = 3	()
22 Çift görme				
	Evet = 1	Hayır = 2	Emin değilim = 3	()
23 Bulanık görme				
	Evet = 1	Hayır = 2	Emin değilim = 3	()
24 Körlük				
	Evet = 1	Hayır = 2	Emin değilim = 3	()
25 Bayılma ya da bilinç kaybı				
	Evet = 1	Hayır = 2	Emin değilim = 3	()
26 Bellek bozukluğu, hatılamama (basit unutkanlıklardan farklı olarak başınızdan geçmiş bazı olayları ya da yapmış olduğunuz bazı şeyleri hiç hatırlamama)				
	Evet = 1	Hayır = 2	Emin değilim = 3	()
27 Nöbet geçirme (kasılmalar), katılma ya da havale				
	Evet = 1	Hayır = 2	Emin değilim = 3	()
28 Yürüme güçlüğü				
	Evet = 1	Hayır = 2	Emin değilim = 3	()
29 Felç ya da kas zayıflığı				
	Evet = 1	Hayır = 2	Emin değilim = 3	()
30 İdrar tutukluğu ya da idrar yaparken zorluk				
	Evet = 1	Hayır = 2	Emin değilim = 3	()
31 Uzun zaman cinsel arzu duymama				
	Evet = 1	Hayır = 2	Emin değilim = 3	()
32 Cinsel ilişki sırasında ağrı				

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

Not: Denek erkekse 33.Soruyu sorup 38.Soruya geçiniz. Kadınsa 34.Sorudan devam ediniz.

33 Cinsel organınızın sertleşmemesi

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

34 Adet düzensizliği

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

35 Adetlerin ağrılı olması

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

36 Aşırı adet kanaması

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

37 Bütün hamilelik sırasında kusma

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

38 Vücutta yıllardır (30 yaş öncesinden beri) çok sayıda yakınmanız olmuş mudur? (Bu yakınmalar doktora gidilmesine neden olacak ya da iş ve toplumsal yaşamı kötü etkileyecek kadar belirgin olmalıdır.)

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

39 Anlattığımız belirtileri meydana getirmek için siz bir şey yaptınız mı?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

II Alkol ve Uyuşturucu Madde Kötüye Kullanımı

40 Hiç alkol probleminiz oldu mu?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

41 Hiç uyuşturucu madde kullandığınız bir dönem oldu mu?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

42 Hiç damardan uyuşturucu aldınız mı?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

43 Hiç uyuşturucu ya da alkol problemi nedeniyle tedavi gördünüz mü?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

II Psikiyatrik Öykü

44 Ruhsal bir sorun ya da hastalık nedeniyle hiç tedavi gördünüz mü?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

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

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

46 Size aşağıdaki teşhislerden biri hiç konuldu mu?

- a) Depresyon ()
- b) Mani ()
- c) Şizofreni ()
- d) Anksiyete bozukluğu ()
- e) Başka psikiyatrik bozukluğu ()

Eğer denek 46 e için bir yanıt vermedi ise 48.Soruya geçiniz.

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

- a) Dissosiyatif amnezi ()
- b) Dissosiyatif füğ ()
- c) Dissosiyatif kimlik bozukluğu (çoğul kişilik bozukluğu) ()
- d) Depersonalizasyon bozukluğu ()
- e) Başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk ()

48 Size hiç psikiyatrik ilaç ("sinir ilacı") yazıldı mı?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

49 Aşağıdaki ilaçlardan herhangi biri size hiç yazıldı mı? (Görüşmeci ilaçların ticari isimlerinden örnek vermelidir.)

- a) Antipsikotik ()
- b) Antidepresan ()
- c) Lityum ()
- d) Anksiyolitik ya da uyku ilacı ()
- e) Diğer ()
(belirtiniz).....

50 Size hiç elektroşok (elektrokonvülsif tedavi) yapıldı mı?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

51 Duygusal, ailesel ya da ruhsal sorunlarınız nedeniyle üst üste beş seanstan fazla psikoterapi (konuşma yoluyla tedavi) gördüğünüz oldu mu?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

52 Eğer olduysa ruhsal problem ya da hastalık nedeniyle yaşamınız boyunca toplam olarak kaç terapistle baş vurdunuz?

Emin değilim = 89

Eğer denek 51. ve 52. Soruların her ikisine de HAYIR yanıtı verdi ise 54. Soruya geçiniz.

53 Ruhsal problem ya da hastalık nedeni ile tedavi görüp de yararlanmadığınız oldu mu?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

I Majör Depresyon Dönemi

Bu bölümün amacı deneyin daha önce ya da şimdi bir depresyon dönemi geçirip geçirmediğini belirlemektir.

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

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

Eğer denek 54. Soruya HAYIR yanıtı verdiyse 62. Soruya geçiniz. Eğer denek EVET ya da EMİN DEĞİLİM yanıtı vermişse, görüşmeci şu soruyu sormalıdır: “Bu dönem sırasında şimdi soracağım belirtiler iki hafta boyunca hemen her gün oldu mu?”

55 İştahsızlık ya da belirgin olarak kilo verme (rejim yapmıyorken) ya da iştah artışı ya da belirgin olarak kilo alma

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

56 Çok az ya da çok fazla uyuma

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

57 Vücutça ve zihinsel bakımdan başkalarının fark edeceği kadar yavaşlama ya da huysuz olma

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

58 Her zaman yaptığınız şeylere ilginizi yitirme ve bundan zevk almama ya da cinsel istekte azalma

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

59 Halsizlik, bitkinlik (hemen her gün)

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

60 Değersizlik, kendini hatalı bulma ya da aşırı ya da yersiz suçluluk duyguları (hemen her gün)

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

61 Dikkat toplamada zorluk ya da karar verme güçlüğü

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

62 Tekrarlayan ölüm düşünceleri, intihar düşünceleri, ölmüş olma isteği ya da intihar girişimi

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

İntihar girişiminde bulduysanız bunu aşağıdakilerden hangisi yoluyla yaptınız?

- a) Yüksek dozda ilaç alarak ()
- b) Bileklerinizi ya da vücudunuzun başka bir yerini keserek ()
- c) Vücudunuzu sigarayla yakmak ya da başka şekilde bereleme ()
- d) Tabanca, bıçak ya da başka bir silahla ()

- e) Kendinizi asmaya çalışarak ()
f) Başka bir yöntemle ()

63 Yukarıda tanımlandığı gibi bir depresyon döneminiz olmuşsa, bu Aşağıdakilerden hangisine uymaktadır? ()

- Halen devam ediyor, ilk oluşu = 1
Şu anda iyileşmiş = 2
Halen devam ediyor, tekrarlanmış = 3
Belirsiz = 4
Belirli bir organik nedene bağlı = 5

V. Şizofreninin Pozitif Belirtileri (Birinci Derece Schneider Belirtileri)

64 Sayacağım yaşantılar sizde hiç oldu mu?
(Görüşmeci yanlış pozitif değerlendirmeleri önlemek amacıyla denekten evet yanıtının alınan durumlar için örnek vermesini istemelidir.)

- Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()
a) Kafanızın içinde tartışan sesler ()
b) Davranışlarınız üzerinde yorumda bulunan sesler ()
c) Duyularınızın sizin dışınızda birisi ya da bir şey tarafından oluşturulduğu ya da yönetildiği yaşantısı ()
d) Düşüncelerinizin sizin dışınızda birisi ya da bir şey tarafından oluşturulduğu ya da yönetildiği yaşantısı ()
e) Davranışlarınızın sizin dışınızda birisi ya da bir şey tarafından oluşturulduğu ya da yönetildiği yaşantısı ()
f) Sizin dışınızdaki bazı güçlerin bedeninizi etkilemesi ya da yönetmesi ()
g) Düşüncelerinizin kafanızdan alınması ()
h) Başkalarına ait gibi görünen düşünceleri düşünmeniz ()
i) Düşüncelerinizi yüksek sesle duymak ()
j) Başka insanların sizin düşüncelerinizi sesli olarak söylediyormuş gibi duyması ()
k) Gerçeğe uymayan sanrısız düşünceler ()

Eğer denek şizofreni belirtileri için HAYIR yanıtını verdiyse 67. Soruya geçiniz, aksi takdirde görüşmeci şu soruyu sormalıdır "Eğer yukarıdaki belirtilerin herhangi biri sizde olduysa bunlar sadece şu durumlarda mı ortaya çıkmaktadır?"

65 Sadece ilaç ya da alkol etkisi altında.

- Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

66 Sadece majör depresyon dönemi sırasında.

- Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

V Trans Halleri, Uyurgezerlik, Hayali Çocukluk Arkadaşları

67 Hiç uykuda iken yürüdüğünüz mü?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

Denek 67. Soruya HAYIR yanıtını vermişse 69. Soruya geçiniz.

68 Uykuda yürüme yaklaşık olarak kaç kez olmuştur? ()

1-10 = 1 11-50 = 2 >50 = 3

69 Boşluğa bakarak çevrenizde olup bitenleri ve zamanın geçtiğini fark etmeyecek biçimde dalıp gittiğiniz trans benzeri bir durum sizde hiç olmuş mudur?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

70 Böyle dalma dönemleri sizde kaç kez olmuştur?

1-10 = 1 11- >50 = 4 Emin ()

71 Çocukken zihninizde yarattığınız hayali bir oyun arkadaşınız var mıydı?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

Denek 71. Soruya HAYIR yanıtını vermişse 73. Soruya geçiniz.

72 Hayali oyun arkadaşınızın varlığı kaç yaşına kadar sürdü?

Emin değilim = 3 ()

Deneğin hayali arkadaşları hala varsa, deneğin şimdiki yaşını belirtiniz.

V Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı

73 Çocukluk ya da gençlik döneminizde aşırı şekilde dövölür müydünüz?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

Denek 73. Soruya HAYIR yanıtını vermişse 78. Soruya geçiniz.

74 Bu dayaklar cinsel taciz anıları dışında mı oluyordu?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

75 Kim tarafından dövölüyordunuz?

a) baba ()

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

76 Dövülmeniz başladığında kaç yaşındaydınız?

Belli değil = 89 1 yaşından önceyse 0'ı işaretleyin ()

77 Dövülmeniz kaç yaşında sona erdi?

Belli değil = 89 1 yaşından önceyse 0'ı işaretleyin Devam ediyorsa şimdiki yaşınızı yazınız. ()
 Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

78 Çocukluk ya da ilk gençliğinizde cinsel bakımdan kötüye kullanıldınız mı? Size izniniz olmadan cinsel olarak yaklaşan ya da dokunan ya da cinsel tecavüzde bulunan oldu mu?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

Denek 78. Soruya HAYIR yanıtı vermişse 86. Soruya geçiniz. Eğer denek 78. Soruya EVET ya da EMİN DEĞİLİM yanıtını vermişse, görüşmeciyi cinsel tacizle ilgili diğer sorulara geçmeden önce şunu belirtmelidir:

“Şimdi soracağım sorularda yaşamış olabileceğiniz ya da olmayabileceğiniz cinsel taciz türleri ile ilgili ayrıntılı örnekler yer almaktadır. Konunun hassasiyeti nedeniyle, bu soruların herhangi birine ya da hiçbirine cevap vermeyebilirsiniz. Bunları sormamın nedeni yaşadığımız tacizin derecesini belirlemeye çalışmaktır. Yanıtınız EVET, HAYIR ve EMİN DEĞİLİM biçiminde olabilir ya da yanıt vermeyebilirsiniz.”

79 Eğer cinsel tacize uğradıysanız bunu yapan kimdi?

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

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 Yanıt yok = 4

Denek kadınsa 80. soruyu, erkekse 81. soruyu atlayınız.

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

- a) cinsel bölgenize dokunulması ()
- b) başka türlü elleme ()
- c) bir kadınla cinsel ilişki ()
- d) bir erkekle, siz aktif durumdayken, makattan ilişki ()
- e) bir erkeğin cinsel organını ağızına alma ()
- f) bir kadının cinsel organını ağızına alma ()
- g) bir erkeğin cinsel organınızı ağızına alması ()
- h) bir kadının cinsel organınızı ağızına alması ()
- i) siz pasif durumdayken makattan ilişki ()
- j) hayvanlarla cinsel ilişkiye zorlanma ()
- k) size açık fotoğraflar gösterilmesi/sizin fotoğraflarınızın çekilmesi ()
- l) başka (belirtiniz)..... ()

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 Yanıt yok = 4

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

- a) cinsel bölgenize dokunulması ()
- b) başka türlü elleme ()
- c) bir erkekle cinsel ilişki ()
- d) bir kadınla cinsel ilişki taklit etme ()
- e) bir erkeğin cinsel organını ağızına alma ()
- f) bir kadının cinsel organını ağızına alma ()
- g) bir erkeğin cinsel organınızı ağızına alması ()
- h) bir kadının cinsel organınızı ağızına alması ()
- i) bir erkekle makattan ilişki ()
- j) hayvanlarla cinsel ilişkiye zorlanma ()
- k) size açık fotoğraflar gösterilmesi/sizin fotoğraflarınızın çekilmesi ()
- l) başka (belirtiniz)..... ()

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 Yanıt yok = 4

82 Cinsel taciz başladığında kaç yaşındaydınız?

Belli değil = 89 1 yaşından önceyse 0'ı işaretleyin ()

83 Cinsel taciz kaç yaşında sona erdi?

Belli değil = 89 1 yaşından önceyse 0'ı işaretleyin ()

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

0=1 1-5=2 6-10=3 11-50=4 > Emin değilim=6 ()

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

0=1 1-5=2 6-10=3 11-50=4 > Emin değilim=6 ()

V Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu ile Bağlantılı Özellikler

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

86 Oturduğunuz yerden ya da özel eşyalarınız arasından bazı şeylerin kaybolduğunu fark ettiğiniz hiç oldu mu?

1 = Hiçbir zaman 2 = Nadiren zaman 3 = Zaman zaman 4 = Sık zaman 5 =Emin değilim ()

87 Oturduğunuz yerde bulunan bazı şeylerin oraya nereden ya da nasıl geldiğini bilmediğinizi fark ettiğini hiç oldu mu?

1 = Hiçbir zaman 2 = Nadiren zaman 3 = Zaman zaman 4 5 =Emin değilim ()

88 Yazının belirgin bir biçimde değiştiğini fark ettiğiniz ya da eşyalarınız arasında tanımadığınız bir yazıyla tutulmuş notlar bulduğunuz hiç oldu mu?

1 = Hiçbir zaman 2 = Nadiren zaman 3 = Zaman zaman 4 5 =Emin değilim ()

89 Bazı kimselerin yanınıza gelip sizinle çok iyi tanışmış gibi konuştukları fakat sizin onları tanımadığınızı ya da çok az hatırladığınızı hiç olur mu?

1 = Hiçbir zaman 2 = Nadiren zaman 3 = Zaman zaman 4 5 =Emin değilim ()

90 Çevrenizdeki kişilerin, bazı şeyleri yaptığınızı ya da söylediğinizi belirtmelerine rağmen bunları hatırlayamadığınız hiç olur mu? (Alkol ya da uyuşturucu madde etkisiyle olduysa saymayınız)

1 = Hiçbir zaman 2 = Nadiren zaman 3= Zaman zaman 4 5 =Emin değilim ()

91 Kendinizde olmadığınız ya da boşluk gibi hissettiğiniz, hatırlayamadığınız zamanlar hiç olur mu? (Alkol ya da uyuşturucu madde etkisiyle olduysa saymayınız)

1 = Hiçbir Zaman 2 = Nadiren zaman 3= Zaman zaman 4 5 =Emin değilim ()

92 Kendinizi tanımadığınız bir yerde bulup, kendinize geldiğinizde oraya nasıl gittiğinizi tam olarak bilemediğiniz ve o sırada neler olmuş olduğunu hatırlamadığınız hiç olur mu? (Alkol ya da uyuşturucu madde etkisiyle olduysa saymayınız.)

1 = Hiçbir zaman 2 = Nadiren zaman 3= Zaman zaman 4 5 =Emin değilim ()

93 5 yaşından sonrasına ait çocukluğunuzun hatırlamadığınız uzun dönemleri var mıdır?

1 = Hiçbir zaman 2 = Nadiren zaman 3= Zaman zaman 4 5 =Emin değilim ()

94 Siz istemediğiniz halde bazı anılarınız aniden, zihninizde hücum eder gibi ya da yeniden yaşıyor muşçasına aklınıza gelir mi?

1 = Hiçbir zaman 2 = Nadiren zaman 3= Zaman zaman 4 5 =Emin değilim ()

95 Kendinizi gerçek değilmiş gibi, sanki rüyadaymış ya da gerçekte orada değilmiş gibi hissettiğiniz uzun dönemler olur mu? (Alkol ya da uyuşturucu madde alınan zamanlar dışında)

1 = Hiçbir zaman 2 = Nadiren zaman 3= Zaman zaman 4 5 =Emin değilim ()

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

96 Sizinle zaman zaman konuşan ya da kafanızın içinde konuşan sesler duyar mısınız?

1 = Hiçbir zaman 2 = Nadiren zaman 3= Zaman zaman 4 5 =Emin değilim ()

97 Bu sesler dışarıdan değil de sizin içinizden mi geliyor?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

98 Kendinizden "biz" ya da "bizler" diye bahsettiğiniz hiç olur mu?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

99 İçinizde başka bir kişi ya da kişilerin olduğunu hissettiğiniz hiç olur mu?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

10 İçinizde ismi olan başka bir kişi ya da kişiler var mıdır?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

10 İçinizde başka bir kişi varsa, bu kişinin öne çıkıp vücudunuza hakim olduğu olur mu?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

I Doğaüstü Yaşantılar / Posesyon (Tutulma) Yaşantıları / Duyu Ötesi Algi Yaşantıları / Kültler

10 Herhangi bir doğa üstü yaşantınız [doğa kanunları ile açıklanamayacak türden garip yaşantılarınız] hiç olmuş mudur?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

10 Beş duyu ötesi algılama yaşantılarınız olur mu? Örneğin;

a) Zihinsel telepati (düşünceler yolu başkası ile iletişim kurma) ()

b) Uyanıkken geleceği görme ()

c) Zihinle eşyaları hareket ettirmek ()

d) Rüyanızda geleceği görmek ()

e) Deja vu (yaşamakta olduğunuz bir şeyi daha önce yaşamış olduğunuzu hissetme) ()

f) Diğer (belirtiniz)..... ()

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3

10 İçinizde sayacaklarımdan birinin girdiğini hissettiğiniz olmuş mudur?

a) Cin ya da şeytan ()

- b) Ölmüş bir kişi ()
- c) Hayatta olan bir kişi ()
- d) Başka bir güç ()

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3

10 Sayacaklarımdan herhangi biriyle irtibat kurduğunuz oldu mu?

- a) Hayaletler ()
- b) Ruhlar (ses çıkaran ya da eşyaları hareket ettiren görünmez varlıklar) ()
- c) Diğer (belirtiniz)..... ()

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3

10 Daha önce yaşamış olup tekrar başka bir bedende dünyaya geldiğinizi hissettiğiniz oldu mu?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

10 Kendine özgü, değişik inançları olan tarikat ya da benzeri bir topluluğun faaliyetlerine katıldığınız oldu mu?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

X. Sınır Kişilik Bozukluğu

10 Size zarar vereceğini bildiğiniz halde bazı şeyleri yapmaktan kendinizi alamama. Örneğin aşırı para harcama, uygunsuz cinsel ilişkilere girme, uyuşturucu kullanma, tehlikeli araba kullanma, kontrolsüzce yemek yeme

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

10 İnsanlarla ilişkilerinizin yoğun fakat çalkantılı ve kısa süreli olması, İnsanlar hakkındaki düşüncelerinizin göklere çıkarma ve yerin dibine batırma biçiminde aşırı derecede değişmesi.

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

11 Çok şiddetli öfke ya da öfkenize hakim olamama. Örneğin sık olarak öfke patlamaları, devamlı öfkeli olma, sık sık kavga etme

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

11 Kimliğinizle ilgili belirsizlik hissi. Bu durum şu konularda kendini gösterebilir. Kim ve nasıl biri olduğunuz cinsel eğiliminiz, geleceğe dönük amaçlarınız ya da meslek seçimleriniz gibi konularda belirsizlik hissetme.

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

11 Ruh halinizin birkaç saat ya da birkaç gün için belirgin olarak değişmesi. O sırada kendini üzgün hissetme huzursuzluk ya da bunaltılı hallerin olması.

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

11 Terk edilmekten çok korkma ve terk edilmemek için aşırı derecede çaba sarf etme.

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

11 Tekrarlayan intihar davranışları. Örneğin intihar girişimleri, kendine vücutça zarar verme intihar tehdidinde bulunma.

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

[Eğer kendine vücutça zarar verme davranışları varsa türlerini belirtiniz]

- a) Kollarınızı ya da vücudunuzun diğer yerlerini kesme ya da çizme
- b) Sigara ya da diğer yollarla vücudu yakma
- c) Saçlarınızı yolma
- d) Başınızı, yumruğunuzu ya da diğer beden parçalarınızı şiddetle sert yerlere vurma
- e) Diğer [belirtiniz]

11 Sürekli olan boşluk ve can sıkıntısı hissi.

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

11 Geçici olarak ve stres sonucu ortaya çıkan aşırı derecede şüphecilik halleri (paranoid belirtiler) ya da kendini kaybetme (ağır dissosiyatif belirtiler)

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

X Dissosiyatif Amnezi

11 Kendinize ait bazı önemli bilgileri (özellikle stres verici ya da üzücü konularla ilgili olanları) sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde hatırlayamadığınız hiç oldu mu?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

Eğer denek 117. soruya Hayır veya Emin Değilim cevabını verdiyse 120. soruya geçiniz.

11 Eğer bir önceki soruya EVET cevabını verdiyseniz, bu durum bilinen vücutça bir hastalık (Örneğin beyin damarlarında tıkanma ya da fazla alkol alımına bağlı olarak kendini kaybetme), uyuşturucu madde ya da alkol kullanımı ya da başka bir ruhsal bozukluğa mı bağlıdır?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

11 Bu belirtiler sizde ileri derecede rahatsızlık verdi mi, ya da çalışmalarınızı ya da sosyal yaşamınızı kötü olarak etkiledi mi?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

X Dissosiyatif Füg

12 Geçmişinizi unutup (hatırlayamayarak) birden, beklenmedik bir biçimde evinizden ya da alışageldiğiniz çevreden ayrılıp gittiğiniz oldu mu?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

12 Bu sırada, kimliğiniz konusunda kafanızda karışıklık ya da kısmen ya da tamamen yeni bir kimliğe bürünme oldu mu?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

Eğer denek 120 ve 121. sorulardan birine veya her ikisine de Hayır cevabını verdiyse 124.soruya geçiniz.

12 Son iki soruya EVET yanıtını verdiyseniz, bu rahatsızlık bilinen vücutça bir hastalığa (örneğin beyin damarlarında tıkanma ya da fazla alkol alımına bağlı kendini kaybetme) mı bağlıydı?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

12 Bu belirtiler size ileri derecede rahatsızlık verdi mi, ya da çalışmanızı ya da sosyal yaşamınızı kötü etkiledi mi?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

X Depersonalizasyon Bozukluğu

12 Görüşmeci şunları söylemelidir: "Şimdi size depersonalizasyon ve derealizasyon hakkında bazı sorular soracağım Depersonalizasyon, kendinizden veya düşüncelerinizden, hislerinizden, duyularınızdan veya eylemlerinizden kopmuş hissetmek veya kendinizi gerçek değilmiş veya orada bulunmuyormuş gibi hissetmek anlamına gelir. Derealizasyon, gerçek dışılık veya bulunduğunuz ortamdan kopma hissi anlamına gelir (örneğin, bireyler veya nesnelere gerçek değilmiş, rüyada görülmüş gibi, sisli, cansız veya görüntüsü değişmiş biçimde deneyimlenir).

a) İş veya sosyal yaşamınızda önemli bir sıkıntıya veya soruna neden olacak kadar bir veya daha fazla depersonalizasyon veya derealizasyon durumu yaşadığınız oldu mu?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

b) Uyuşturucu veya alkol kullanımı dışında, belli bir süre devam eden güçlü bir gerçek dışılık hissi yaşadığınız oldu mu?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

Denek 124. sorunun hiçbir şikkına (a-b) EVET yanıtı vermemişse 127. Soruya geçiniz.

12 Depersonalizasyon/derealizasyon hakkındaki soruların herhangi birine EVET yanıtını verseydiniz bu bozukluk Şizofreni, Bunaltı Bozukluğu ya da Epilepsi (sara), alkol ya da uyuşturucu madde kullanımı ya da vücutça bir hastalığa mı bağlandı?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

12 Depersonalizasyon/derealizasyon dönemleri sırasında gerçek hayattan kopmadan ve mantıklı düşünmenizi sürdürecekt biçimde durumunuzu korudunuz mu?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

X Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu

- 12 Bazı kültürlerde cin musallatı olarak da tabir edilebilen, kendi içinizde iki veya daha fazla farklı kişilik durumunun var olduğu hissine kapıldığınız hiç oldu mu? Kişilik durumları, his, davranış, bilinç, bellek, algı, düşünme veya duyumdaki bozulmalarla birlikte benlik algınızın bozulmasına da neden olur.

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

Denek 127. Soruya HAYIR yanıtı vermişse 131. Soruya geçiniz.

Görüşmeci 128. soruyu kişinin 117. soruya verdiği yanıtı göre puanlamalı ve 128. Soruyu yüksek sesle okumamalıdır.

- 12 Normal bir unutkanlıkla izah edilemeyecek kadar fazla önemli kişisel bilgilerinizi veya yaşadığınız şok edici olayları (travmatik olayları) hatırlayamadığınız oldu mu?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

- 12 Yaşadığımız belirtiler sosyal, mesleki veya diğer işlevsellik alanlarımızda önemli bir sıkıntıya veya bozulmaya neden oldu mu?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

- 13 Farklı kimlikler ve kişiliklerle ilgili sorun uyuşturucu madde ya da alkol alımına (örneğin alkole bağlı kendini kaybetme) ya da vücutça bilinen bir hastalığa mı bağlanmıştır?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

GÖRÜŞMECİ AŞAĞIDAKİ İKİ SORUYU İÇİNDEN OKUMALI VE DEĞERLENDİRMELİDİR:

X Başka Türü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk

- 13 Kişi dissosiyatif bir bozukluk yaşıyor gibi görünmektedir ancak spesifik bir dissosiyatif bozukluk için gereken tanı ölçütlerini tam olarak karşılamamaktadır. Bu tabloya örnek olarak trans benzeri durumlar, depersonalizasyonun eşlik etmediği derealizasyon ve uzun süreli ve yoğun bir şekilde baskı yoluyla ikna (beyin yıkama, düşünce değişikliğine uğratma, tutukluk altında yeni öğreti edindirme) süreçlerine maruz kalan kişilerde ortaya çıkabilen daha uzun süreli dissosiyatif durumlar verilebilir.

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

X Son Değerlendirme

- 13 Görüşme sırasında denek olağan dışı, mantık dışı, idyosenkratik düşünce süreçleri sergiledi mi?

Evet = 1 Hayır = 2 Emin değilim = 3 ()

Görüşmeci, başka sorusu olmadığını belirten kısa bir kapanış konuşması yapmalı ve deneye katılımı için teşekkür etmelidir.

EK 13. DISSOSİYATİF ŞİZOFRENİ VAKA ÖRNEĞİ (Ross, 2004)

Alice Elizabeth H. 35 yaşında, işsiz, 16 yaşında bir kızı olan bekâr bir annedir. Boşanmış annesi ve kızıyla birlikte Amerika Birleşik Devletleri'nin güneyindeki küçük bir kasabada annesinin evinde yaşamaktadır. Alice'in çocukluğunda cinsel istismar, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde ise beş yıldır remisyonda olan ağır madde bağımlılığı öyküsü bulunmaktadır. Bir yıl önce hastane temelli bir travma programına kabul edilmiş ve burada TSSB ve depresyon tedavisi görmüştür. Önceki TSSB tanısı, kişiliğinde yapısal bir dissosiyasyon olmasıyla tutarlıdır. Bu başvuru sırasında kendisini 'Alice' olarak tanımlamış ve başka kimliklere geçiş yapmamıştır. Hastane içindeki olaylar için herhangi bir amnezi bildirmemiştir.

Tekrar hastaneye yatırıldığında Alice kendisini 'Betty' olarak tanımlamış ve önceki yatışı sırasında kendisini 'Alice' olarak tanımladığını reddetmiştir. Dolayısıyla hem kimlik değişimi hem de kendisini farklı bir isimle tanımladığı bir amnezi tablosu sergilemiştir. Ancak önceki başvurusunu da genel olarak hatırlamaktadır. Dokuz ay önce bir tanıdığı tarafından tecavüze uğramıştı. Raporuna göre üç hafta sonra ünlü bir Hollywood aktörüyle çıkmaya başlamıştı ve kendisi, annesi ve kızı artık onun Los Angeles'taki evinde yaşıyordu. Annesi ve kızının hâlâ Betty'nin annesinin evinde yaşadıkları konusunda ısrarcı olmaları Betty'i rahatsız ediyordu. Ayrıca hastanın annesi ve kızı, Betty'nin ünlü erkek arkadaşıyla tanıştıklarını da inkâr ediyorlardı. Betty ile bir bilişsel terapi grubunda bir saat çalıştığımda, tedavi ekibinde onun 'psikotik' mi yoksa 'dissosiyatif' mi olduğu konusunda bir belirsizlik olduğunun farkındaydım. Kesinlikle tuhaf bir sanrısı vardı ve o dönemde yürürlükte olan DSM-IV şizofreni kriterlerini (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994) karşılıyordu; DSM-5-TR kriterlerini de karşılayabilirdi. Düşünce veya konuşmasında ciddi bir düzensizlik sergilemiyordu ve terapi seansına etkin bir şekilde katılabiliyordu. Betty, erkek arkadaşının Los Angeles'taki evinin, duvarlardaki boyaya kadar annesinin eviyle aynı olduğunu söyledi. İki evin de aynı inşaatçıya ait olması gerektiğini söyledi. Hastanenin Teksas'ta mı yoksa Kaliforniya'da mı olduğundan da emin değildi (Teksas'taydı). Pencereden dışarı bakmasını istedim ve buranın Kaliforniya'ya benzemediği konusunda hemfikir oldu. Hastaneye nasıl gittiğini sordum, arabasıyla Kaliforniya'dan geldiğini söyledi; ancak yolu hatırlayamıyordu. Bu noktada muhtemelen Betty, ünlü erkek arkadaş ile içsel bir fantezi dünyasında yaşayan bir alter kimlikti. Eğer durum böyleyse, muhtemelen Alice hastaneye arabayla gitmiştir (Kaliforniya'dan olmasa da)

ve Betty bu süre zarfında amnezi yaşamıştır. Öte yandan, 'Betty' ve erkek arkadaşı psikotik sanrılar olarak daha iyi anlaşılıyorsa, sanrısız düşünce için psikoterapinin tek bir seansta işe yaramayacağı varsayılabilir. Benzer şekilde, azalan duygusal ifade şizofreninin negatif bir belirtisi olarak ya da yapısal dissosiyasyona dayalı bir geri çekilme belirtisi olarak görülebilir; DSM-5-TR kriterleri bu iki olasılığı birbirinden ayıramamaktadır.

Betty ayrıca erkek arkadaşının evindeki mobilyaların bile annesinin evindeki mobilyalarla aynı olduğunu açıkladı. Kaliforniya'da tesadüfen tamamen aynı boya düzenine sahip aynı model bir evde yaşayan bir erkek arkadaşla karşılaşma olasılığını onunla birlikte gözden geçirdim- bu mümkündür, ancak oldukça düşük bir ihtimaldi. Tam olarak aynı mobilyaların tam olarak aynı yerlere yerleştirilmiş olması sonsuz olasılıkları beraberinde getiriyordu.

Betty bunun gerçeklerin mantıklı bir analizi olduğunu kabul etti, ancak yine de birbirinin aynısı iki ev olduğuna inanıyordu. Daha sonra onunla hastaneye yaptığı araba yolculuğu hakkında biraz daha konuştum ve plakasını yakın zamanda yenilediğinden bahsetti; son sekiz aydır Kaliforniya'da yaşadığını iddia etmesine rağmen plakası Kaliforniya'nın değil kendi eyaletinin plakasıydı.

Ayrıca, şu anki yatışı sırasında annesiyle telefonda konuşup konuşmadığını sordum. Konuşmuştu. Daha sonra hangi alan kodunu aradığını sordum; Kaliforniya değil, kendi yaşadığı eyaletin alan koduydu. Daha sonra ona, olayların çok daha basit bir açıklaması olarak, birbirinin aynısı iki ev olmadığını, sadece bir ev, o da annesinin evi olduğunu öne sürdüm. Bu, evlerin neden aynı olduğunu, arabasında neden Kaliforniya plakası olmadığını, hastaneye Kaliforniya'dan gittiğini neden hatırlayamadığını, neden kendi eyaletinin alan kodunu aradığını ve annesi ile kızının neden Kaliforniya'da yaşadıklarını inkar ettiklerini açıklığa kavuşturabilecek bir öneriydi.

Betty bunları düşündü ve sadece tek bir ev olduğunun doğru olması gerektiğini kabul etti. Ardından mutlulukla, "Demek [ünlü erkek arkadaşı] annemin evinde yaşıyor!" diye haykırdı.

Daha önce Betty bana Kaliforniya'daki hayatının 'mükemmel' olduğunu söylemişti. İki evle ilgili sanrısız inancını bir kenara bıraktıktan sonra, Kaliforniya'daki hayatının kendisini memleketindeki üzücü hayattan uzak tutmak için kullandığı bir fantezi olduğunu düşündüğümü söyledim. İki ev fikrinin sanrısız olduğunu tekrar teyit ettim

ancak annesinin evinde yaşayan ünlü erkek arkadaşının gerçekliği konusunda ona meydan okumadım. Ona tek bir ev olduğunu kabul etmesinin önemli bir adım olduğunu söyledim ve bunun sonucunda pek çok kafa karışıklığının ortadan kalkacağına dikkat çektim. Ayrıca, annesi ve kızıyla hangi eyalette yaşadıkları konusunda tartışmak zorunda da kalmayacaktı.

Son olarak, olayların sırasını gözden geçirdim ve tecavüze uğradıktan üç hafta sonra ünlü erkek arkadaşıyla tanıştığımı tekrar teyit ettim. 'Sanrının' savunma işlevi hakkında daha fazla yorum yapmadım çünkü onu çok hızlı bir şekilde çok ileri götürmenin akıllıca olmayacağına karar verdim.

Ancak bir saatten kısa bir süre içinde, iki ev olduğuna ve Kaliforniya'daki evde yaşadığına dair 'sabit' bir sanrıyı parçalara ayırmıştım. Tedavi personeli, erkek arkadaşıyla olan ilişkisinin dış dünyada mı yoksa sadece içerideki fantezi dünyasında mı var olduğuna dair daha nazik ve aşamalı bir analizle devam edecekti. Betty ertesi gün tedavi personeli ile gerçekte Alice olduğu ve Alice olarak yaşadığı hayatla arasına mesafe koymak için göbek adını kullandığı konusunda anlaştı. Görünüşe göre 'Betty' bir savunma aracıydı ancak tam bir alter kişilik değildi. Bilişsel terapi seansının etkisi, kişiliğin yapısal dissosiyasyonu bağlamında, Betty ve Alice arasındaki bariyeri aşındırmak ve yürütme kontrolünün Alice'e geri kaymasını teşvik etmek olmuştur. Birkaç yıl sonraki bir başvuruda Alice kendisini Alice olarak tanımlamış ve Betty olduğunu iddia ettiğine dair çok düzensiz bir hatırlamaya sahip olduğu görülmüştür. 2007'deki sunumunun 'sanrısız' yönü, bir füg haline benzer şekilde, kişiliğin yapısal dissosiyasyonunun geçici bir biçimi olarak görülebilir.

ÖZGEÇMİŞ

Sevda BURAK ERGÜL

A. EĞİTİM

Yüksek Lisans: Marmara Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı,
2019, İstanbul

Lisans: Fatih Üniversitesi Psikoloji Bölümü (%100 İngilizce), 2015, İstanbul

B. MESLEKİ DENEYİM

2019-2020 Klinik Psikolog, Kartal Belediyesi Sanat Akademisi, İstanbul

2019-2020 Klinik Psikolog, Kartal Belediyesi Soğanlık Kültür Merkezi, İstanbul

2018-2019 Klinik Psikolog, Atakum Belediyesi Özgecan Kadın Koordinasyon
Merkezi, Samsun

2022 (halen) Öğretim Görevlisi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Samsun

C. AKADEMİK ÇALIŞMALAR

Burak, S. (2019). *Diyalektik Davranış Terapisi Beceri Eğitim Grubunun Stresle Başaçıkma Becerileri Üzerine Etkisinin İncelenmesi* (Tez No. 599435) [Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.

Burak-Ergül, S., & Semiz, Ü. B. (2025, February 4-5). *The role of dissociation in the relationship between childhood trauma and psychotic symptoms in a non-clinical population in Turkey* [Paper presentation]. 6th International Istanbul Current Scientific Research Congress, İstanbul, Türkiye.

Burak-Ergül, S., & Semiz, Ü. B. (2025, February 4-5). *The effect of intolerance of uncertainty, rumination, mindfulness and psychological flexibility levels on depression, anxiety and stress symptoms* [Paper presentation]. 6th International Istanbul Current Scientific Research Congress, İstanbul, Türkiye.