

163750

T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI
Prof. Dr. Faruk GÜRGEN

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK YAŞANTILARI
VE AİLE İŞLEVLERİNİN RUHSAL BELİRTİ
AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

(UZMANLIK TEZİ)

TEZ YÖNETİCİSİ
Prof. Dr. Mustafa ÖZKAN

Dr. Yunus Emre AYDIN

DİYARBAKIR - 2005

TEŞEKKÜR...

Gerek uzmanlık eğitimim süresince, gerekse tez çalışmama sırasında bana her konuda yol gösteren; bilgi ve tecrübelerinden çok yaralandığım tez yöneticim Prof.Dr. Mustafa ÖZKAN hocama teşekkürü borç bilirim.

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım başta psikiyatri anabilim dalı başkanı Prof. Dr. Faruk GÜRGEN olmak üzere Prof. Dr. Remzi OTO, Prof. Dr. Aytekin SIR, Doç. Dr. Şakir ÖZEN, Yard. Doç. Dr. Saliha ANTAR hocalarıma ayrıca rotasyon yaptığım diğer klinik hocalarıma da teşekkür ederim.

İstatistik verilerinin düzenlenmesi ve değerlendirilmesine yardımlarını esirgemeyen Yard. Doç. Dr. Ali CEYLAN'a teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitim boyunca birlikte çalışmaktan mutlu olduğum asistan arkadaşlarıma, psikiyatri hemşireleri ve personeline, faydalı olmaya çalıştığım ve onlardan çok şey öğrendiğim hastalarım, her zaman yakınlığını hissettiğim ve destek bulduğum arkadaşlarıma, hocalarıma ve aileme ayrıca teşekkür ederim.

İçindekiler:

Giriş.....	1
Gençlik.....	1
Kendilik, Kişilik, Kimlik.....	2
Dissosiyasyonun ve Travma Tarihçesi.....	5
Bir savunma olarak dissosiyasyon.....	9
Çocukluk çağı travmaları.....	10
Dissosiyasyon epidemiyolojisi.....	14
Dissosiyatif bozuklukların sınıflandırması.....	15
Borderline kişilik bozukluğu.....	25
Materyal ve Metot.....	31
Bulgular.....	36
Tartışma.....	58
Özet.....	67
Abstract.....	68
Kaynakça.....	69
Ekler: anket formu.....	79

Giriş

Bir çok kişinin arasından sıyrılarak, büyük bir işi başarmanın ve kendilerini yenileyebilecekleri bir yaşamın kurulabileceği ortama kavuşmanın heyecanıyla üniversiteye adım atan öğrenciler; Aristo'nun söylediği gibi gittikleri yere bedenlerinin yanında ruhlarını da götürürler. Yani daha önceki yaşantılarında çözülmemiş problemlerini ardılları sıra taşırlar. Üniversiteye yeni başlamış olan birinci sınıf öğrencilerinin önceki yaşam olaylarını ve bu yaşam olaylarına müteakip gelişebilecek diğer hastalıkları araştırdığımız çalışmaya 485 kişi katıldı.

Çocukluk çağı travmaları ya da yaşam olayları gelişen bedeni ve ruhu nasıl sarmalayıp düşünce yapısını ve bununla ilgili dizgeleri etkileyip kişiliğin, kimliğin şekillenmesinde büyük rol aldığı konuya aşina olanların bilmedikleri bir şey değil. Ancak yine de literatüre bakılınca bize bunları topluca gösteren çalışmaların azlığı da dikkat çekicidir.

Çocukluk çağı travmaları birkaç nedenden ruh sağlığı çalışanının değinmek istemediği veya üstünde durmadığı bir alan olduğu görülmektedir. Poliklinik şartlarında vakit darlığı, konunun hassasiyeti ve ya gerekli görülmemesi gibi. Bu alanda hizmet veren biz ruh sağlığı çalışanlarının geçmişteki olumsuz yaşantılara değinmemeleri (veya üstünü örtmüş olmaları) zaten bu durumu bastırmaya çalışan ve ret (inkar) eden düşüncenin (toplumun, bireylerin) devamına hizmet etmekten öteye gitmiş olmayız. Bu da toplumun, bireylerin daha çok içine kapanmasına, bir giz içinde yaşamını devam ettirmesine neden olur. Çalışmamız açılıma yardımcı olma amacını da güder.

Bu çalışma tedavi için başvurmamış bir grupta travmatik geçmiş, ruhsal belirti ve bazı yaşantıları araştırmak için yapılmıştır. Klinik veya poliklinik şartlarında yapılacak bir çalışmada daha net verilere ulaşılabilirse de bu çalışma çocukluk çağı travmaları ve sergilenebilecek polisemptomatik durum hakkında yeterli bilgileri verir. Özellikle travma ile ilişkili tutulan dissosiyatif ve borderline bozukluklar, diğer bir çok ruhsal belirti ve bozuk aile ilişkileri gibi.

Kısa bir giriş yaptıktan sonra çalışmamızın öznesi gençliğin tarifi ve sonrasında çok sık karıştırılan kimlik, kendilik ve kişilik kavramları ayrıntılı şekilde anlatılacaktır. Travmanın ve dissosiyasyonun tarihsel gelişimin de, hangi kazanımlar sonrasında dissosiyasyon ve travmaya bakışın değiştiği bu kısımda anlatılıyor. Savunma mekanizması olarak dissosiyasyonun nasıl kullanıldığı ve travmalarda nasıl işe yaradığı konusu da çalışmamız içinde vardır. Çocukluk çağı travmalarını ve bu alanda yapılmış çalışmalara değindikten sonra en çok ilişkilendirilen dissosiyatif ve bordeline bozukluktan bahsedilecektir.

Gençlik

Uluslararası tanımlamalarda delikanlılık ile aynı anlamda tutulan gençler “15 ile 25 yaşları arasında öğrenim gören, hayatını kazanmak için çalışmayan ve ayrı bir konutu bulunmayan kişiler” olarak geçer (72).

Adölesans (delikanlılık); çocuklukla erişkinlik arasında yer alan, sağlık sorunları nedeniyle çocuk olmadıkları için erişkin hekimlerin ilgilenmediği, gelişme, ruhsal olgunlaşma ve yaşama hazırlık dönemidir (72). Çocukluk ve yetişkinlik arasında bir geçiş, bir askıya alma (moratoryum) dönemidir (70).

Gençlik döneminin başlangıcında bireyin psikolojik ve biyolojik yaşamında önemli değişimler olur (29). Ergenlik çağı (ortalama 12-15 yaşlar) bedensel, cinsel ve ruhsal olarak belirgin değişikliklerin olduğu bir dönemdir. Erkek ve kızda delikanlılık, ergenliğin ardından erişkinlik çağına dek uzanan döneme (15-20 yaşlar) denir. Ergenlik erkekte ve kızda hızla büyümenin olduğu, birincil ve ikincil cinsel yapıların hızla geliştiği yaşları kapsar. Delikanlılık çağına da büyüme gelişme genellikle sürer; fakat hızı kesilmiştir (70).

Toplum tarafından ne çocuk ne de tam bir yetişkin olarak kabul edilmeyen genç, bir yandan sosyal çevresine uyum sağlamaya çalışırken bir yandan da sağlıkla ilgili kavramları algılamaya çalışır (116).

Gençlik yalnız olumsuzlukların toplandığı bir çağ olmayıp tatlı hayallerin, tutkuların ve idealizmin filizlendiği, sık arkadaşlıkların ilk sevgililiklerin yaşandığı, yeniliğe ve ileriye doğru adımların atıldığı, kendini kanıtlama ve kendi kimliğini arayıp bulma çabalarının yoğunlaştığı dönemdir (116).

Kendilik (self), Kimlik (identity), Kişilik (personality, character)

Kendilik ruh biliminde kimlik araştırılan, tartışılan ve yer verilen bir konu değildir. Benlik ruhbilimiyle nesne ilişkileri kuramındaysa kimlik ve kendilik aynı ruhsal bütünün birbiriyle içiçe iki bölümü olarak anlaşılmaktadır. Değişik özellikteki bu birimlerin içiçelikleri, ikisini birbirinden ayırmayı ve aynı ruhsal bütünün iki bölümü olarak tanımlamayı güçleştirmektedir. Bu içiçelikte kimlik anlayışının sınırları daralıyor ve ergenlik döneminde özgül özellikleriyle yepyeni bir kimliğin kısa sürede gerçekleşmesi gibi bir olağanüstülük sönükleşiyor (65).

Biliş ve devinim alanlarını da kapsayan süratlenme, artmış dürtüsel gereksinimler, çağrışım zenginliği, duygu yoğunluğu, romantik düşünceler, düşünle gerçek arasındaki dalgalanmalar gençlerin ortak özellikleri. Bu ilginç, ilginç olduğu kadar da çekici özelliklerle yeniden alevlenen ödipal ve preödipal sorunlar, şiddetlenen özsevisel gereksinimler, meslek seçimi ve karşıt cinsle ilişkilerin kurulması ve işlemleri katılıyor. Dönemin sorunlar yumağı içinde bocalayan ergen, bir yandan da kimliğini bulma çabası içinde. Kimliğin yapılanması ise yerine getirilmesi gerekli koşullara bağlıdır (65).

Odağ, Blos P. (1979)'den örnek vererek yerine getirilmesi gereken koşulları dört ana kümeye ayırır ve "ikinci bireyselleşme" diye tanımladığı olguyu bunların en başında sayar. Ergenlik döneminde şiddetlenen gerileme yoluyla birincil nesne ilişkilerin yumuşadığı ve böylece ayrışımın daha kolaylaştığıdır. Bu yolla ergen çocukluk özdeşleşmelerini yeniden araştırıyor, irdeliyor ve onları değiştirme, işine yaramayanları bırakma olanaklarını da kazanmış oluyor. Ardıl örselenmelerin işlenmesi ikinci koşuldur. Bundan da ergenin çocukluğunda gelişimini engelleyen örselenmeleri işleyebilmesi, örselenme konumlarını değiştirebilmesi anlaşılmaktadır. Aile içinde yaşanan çarpıklıkların düzeltilmesi üçüncü koşuldur. "İkinci şans" adı verilen bu dönemde çocukluktaki özümsememiş özdeşleşmelerin yeni bir yapılanmada (kimlik) bütünleşmesi sağlanır. Cinsel kimliğin kazanılması son (dördüncü) koşuldur (65).

Ergen döneminde ne gerileme ne de ayrımlaşma yalnız başına değildir. Gerileme ilerletici (progresif) güçlerin, ayrımlaşma ise bütünleşme süreçlerinin eşliğindedir (65)

Volkan kendilik ve nesne tasarımlarının ayrımlaşması ve ardından bütünleşmiş bir kendilik tasarımının gelişmesiyle en erken çocukluk dönemlerinde kimlik süreçlerinin başladığını söyler. Kendilik tasarımlarının bütünleşmesiyle çocukta bir aynılık duygusu başlar ve bunu "çekirdek kimlik" diye tanımlar. Çekirdek kimliğin üç yaşında başlayıp ödipal ve latens dönemde geliştiği adölesanlarda da kristalleştiğini ekler. Ayrıca çocukluktaki özdeşleşmeler büyük bir ölçüde kendilik tasarımlarında özümseme (absorbe) ve geriye dönük olarak çekirdek kimliği ergenlik dönemine dek etkiler. Ergenlik döneminde bireyler iç dünyalarını yeniden araştırır ve irdeler, böylece çekirdek kimlik kristalize olur ve formasyonu tamamlanarak kalıcı bir aynılık duygusu gelişir (65)

Akhtar ise kimlik özelliklerini aşağıdaki gibi sıralamıştır.

1. kalıcı aynılık duygusu ve değişik kişilere karşı aynı kişilik özelliklerini gösterebilme,
2. kendilik duygusunun sürekliliği,
3. doğallık ve içtenlik,

4. gerçekçi beden imajı,
5. içsel dayanıklılık (stabiliyet) duygusu ve buna bağlı olarak yalnız kalabilme,
6. belirli bir kümenin değerleriyle uyumlu olabilme ve içselleştirilmiş bir üst benliktir.

Volkan'ın görüşleri kimlik gelişmesine hangi ruhsal öge ve işlevlerin önemli olduğuna ışık tutarken, *Akthar* gelişmiş ve yapılanmış kimliğin özgün özelliklerini tanımlamaktadır (65).

Kimlik deyince kişinin kim olduğu ve nereye gittiğini anlıyoruz. Sağlıklı bir kişilik ancak daha önceki dönemler başarıyla atlatılmış ise oluşabilmektedir. Özellikle güven, özerklik, girişkenlik ve çalışkanlık gibi niteliklere sahip olmak, kimlik duygusunun gelişiminde önemlidir. Ebeveynlerinde sağlıklı ve kollayıcı olması işi daha da kolaylaştırmaktadır (62).

Nesne ilişkileri kuramcıları yaşamın temel amacının ilişki kurma olduğunu öne sürüyorlar. *Odağ* ise temel amacın gelişim ve olgunlaşma olduğu, ilişki kurmanın ise gelişim ve olgunluğa yaradığı görüşünü savunur. Kendilik gelişirken kimliğin temel çekirdekleri atılıyor. Ruhsal birimler olarak kendilik ve kimlik arasındaki bir iççelik bunları birbirinden ayırmayı güçleştiriyor. En erken çocukluk döneminde kendilik ve kimlik arasında bir ayırım tümüyle olanaksızken, post adölesan dönemde durum değişip; bireşim (sentez), bütünleşme, özümseme (asimilasyon), yaratıcılık gibi yetilerle üst kimliğin yapılaşmasını etkileyen süreçler ağırlık kazanıyor (65).

Psikozların ve prepsikotik olguların, borderline hastalıkların, ister kendilik, ister benlik bozukluğu olarak anlaşılsınlar, preödüpal dönemden kaynaklandıkları konusunda görüş birliği bulunmaktadır. *Stern* kendilik bütünlüğündeki yetersizliğin (self coherenz) depersonalizasyon sendromu ve psikozlarda dışa vurduğu görüşünde. Yani bu görüşe göre, ağır ruhsal hastalıklarla kendilik bozuklukları arasında bir bağlantı bulunmaktadır (65).

Ergen görünümüyle, ideolojisiyle ve model olarak seçtiği kahramanlarla ilgilidir. Bir grup seçip, o grubun kimliğini alır. Çocuk ahlakından erişkin ahlakına geçişin yollarını arar; ancak, bazı durumlarda bu ikisinin arasında kalır. Bu devrede ergen, seçtiği modelin, arkadaş grubunun baskısı ve değişen vücudunun etkisiyle, birçok rolü (çocuk, kardeş, öğrenci, sporcu, ilerinin sanatçısı, vs.) tek bir kendilik-imgesine (self-image) dönüştürmeye çalışmaktadır. Bu imge sadece içsel denetleme için değil, dışarıdaki gözlerin (sosyal dünya) tahmin edilen beklentilerine de yöneliktir (38).

Ergen, artık erişkinler dünyasının içsel aynılık ve sürekliliğinin duyumu (sense of inner sameness and continuity) olan ego kimliğini geliştirmeye çalışır. Bir başka deyişle, çocuklukta oluşturulmuş olan aynılık, süreklilik ve önceden kestirebilirlik, ergenlik dünyasının yeni katılımlarıyla işlevini kaybetmiş ve denge tekrar kurulana kadar bozulmuştur. Kurulacak bu yeni dengeye ulaşamama ve bir rol karmaşası (role confusion) yaşama olasıdır. Bunun sonucu olarak, cinsel, mesleki ve sosyokültürel belirsizlikler ve kimliğinden şüphe etmeler ortaya çıkabilir (38).

İdentiy crisis (kimlik dönemeci veya bunalımı) adölesanlığın sonunda oluşur ve *Erikson* bu dönemin sonundaki krizi normal bir dönem olarak tarifler (62). Kimlik dönemecinde beliren bunalımlar her delikanlının kendi kimlik duygusunu kazanabilmesi için bilinçli veya bilinçdışı olarak verdiği savaşımların belirtileridir (70)

Kimlik dağınıklığı (identity confusion) gençlik dönemini ağır bunalımlarla aşmaya çalışmak zorunda kaldığı bir durumdur (70). *Erikson'a* göre zaman kavramı ile beceri bozukluğu ve ters kimlik (negativ identity) kimlik dağınıklığının kardinal belirtileridir. Sağlıklı gelişim ile olgun bir kişilik, cinsel yeterlilik ve uyumlu kimlik duygusu gelişir. Yaratıcılık, sevmek, anlamlı amaçlar ve değerler kazanılır (117).

Kişilik

Kişilik (ya da karakter) bir insanın kendine özgü olan genel psikolojik özellikleri, onun yaşam biçimini oluşturan ve huy haline gelmiş olan , bilinçli ya da bilinç dışı bütün düşünce ve davranış kalıplarıdır (52) ve başkalarından ayırt ettiren uyum özelliklerini içerir. Bu özellikler bireyin bilişsel (cognitive) değerlendirmelerine dayanarak iç ve dış dünyaya uyum için geliştirmiş olduğu duyuş, düşünüş, ve davranış örüntülerini içerir. Bu örüntüler, belli durumlarda belli duyuşsal tepki gösterebilme yetileri, engelleme ve çatışmalar karşısında yerleşmiş başetme (coping) biçimleri ve savunma düzenekleridir. Kişilik bireye özgü, kalıcı özellikleri tanımlar, bireyin “nasıl bir kişi” olduğunu betimler; kimlik ise bireyin kişisel, toplumsal konumunu, yani bireyin “kim” olduğunu belirler. Kimlik duygusu bireyin özbenliğinde aynılık, süreklilik taşıyan, “ben kimim” sorusuna karşı bütün yanıtları içeren bir bilişsel duyuşsal algılayıştır (70).

Kişilik bozukluğu diyebilmemiz içinse bireyin toplumsal uyumunda, düzenli iş tutabilmesinde, ilişkilerinde süreklilik sağlayabilmesinde önemli bozuklukların oldukça değişmeyen bir biçimde uzun bir süre bulunması gerekir (70). Ergenlik döneminde veya daha önce ortaya çıkar ve dalgalanmakla birlikte yaşam boyu devam ederler (117). Kişilik bozukları ise genellikle nevrotik hastalardan daha ağır bir klinik tablo gösterirler.

Kendilik (self) *Jung*’dan bu yana daha çok metapsikolojinin konusu olmuştur. Bu bağlamda, değişen anlamlarda olsa da psikanalitik benlik psikolojisi (*Hartman*) ve nesne ilişkileri kuramında (*Kernberg*) yer verilmiştir. Giderek bir psikanalitik kendilik ruhbilimi (*Kohut*) dahi oluşmuştur. *D. Stern* kendilik kavramına bir süt çocuğu gözlemcisi olarak metapsikolojiden uzaklaştırmaya başlamış, daha bilimsel bir çerçevede kullanmıştır. Ancak, kendiliğin (self) parçalanması ya da bütünleşememesinin metapsikolojik bir açıklama olmaktan öte klinik olarak gözlemlenebilir, tanı konabilir bir ruhsal bozukluk olabileceği uzun zaman gözden kaçmıştır (94).

Tablo 1’de DSM-IV’e göre kişilik bozukluğu için olması gereken kriterler verilmiştir.

Tablo 1: Bir Kişilik Bozukluğu için DSM-IV’e göre genel tanı ölçütleri

- | | |
|----|--|
| A. | Kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapan sürekli davranış ve iç yaşantı örüntüsü. Bu örüntü aşağıdaki alanlardan ikisinde (ya da daha fazlasında kendini belli eder: <ul style="list-style-type: none">1) Biliş (kognisyon) (yani, kendini, başka insanları ve olayları algılama ve yorulmam gücü)2) Duygulanım (affektivite) (yani, duygusal tepkilerin görülme aralığı, yoğunluğu, değişkenliği ve uygunluğu)3) Kişiler arası işlevsellik4) Dürtü kontrolü |
| B. | Bu sürekli örüntü, esneklik göstermez ve çok çeşitli kişisel ve toplumsal durumları kapsar. |
| C. | Bu sürekli örüntü, klinik açıdan belirli bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya yol açar. |
| D. | Bu örüntü değişmez, uzun bir süredir vardır ve başlangıcı en azından ergenlik ya da geç erişkinlik dönemine uzanır. |
| E. | Bu örüntü başka bir mental bozukluğun bir görünümü ya da sonucu olarak açıklanamaz. |
| F. | Bu sürekli örüntü bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun (örn: kafa travması) fizyolojik etkilerine bağlı değildir. |

Dissosiyasyon ve travmanın tarihçesi

Dissosiyasyon, bilimsel incelemeye konu olan ilk mental süreçtir (92). Geleneksel olarak dissosiyatif bozukluklarla histeri ve bilinç dışının incelenmesi arasında bağ kurulmuş, bu bozukluklar dinamik psikiyatrinin ve psikanalizin gelişiminde bir kilometre taşı olmuşlardır. Modern dissosiyasyon kuramı ise erken çocukluk çağı ruhsal travmasının patolojik dissosiyasyonun gelişiminde merkezi bir rol oynadığını kabul etmektedir (92).

Hipokrat, histerinin doğaüstü etkenlere bağlı bir bozukluk olmadığını belirtmiş ve hastalığın adını Yunanca'da dölyatağı (rahim) anlamına gelen hysteron sözcüğünden almıştı. Hipokrat, histerideki belirtileri, doyurulmamış dölyatağının kadın bedeninde dolaşarak bedende başka bir yerde yerleşmesine bağlamıştı (70).

Orta Çağ'da, birçok ruhsal hastalık ve bu arada histeri de, şeytana tutulmaya (possession) bağlanmış ve şeytana tutulmuş olan hastalar büyüci olarak görülmüştü (70). Bir çok kültürde bir varlığın diğerinin bedenine girmesi (possession) kavramı vardır (3).

Franz Anton Mesmer (1734-1815) ilaç vermeden "kendi kendine ait enerjiyi hastaya aktarmaya" dayalı yeni bir sağaltım geliştirmişti. Ruh hastalıklarını ve "şeytan tutulmasını" iyileştirmek için "hayvansal manyetizma" adını verdiği bir yöntem kullanıyordu. *James Braid* (1795-1860) manyetik görüngülerdeki, dalma durumunun uykuda olana benzerlik göstermesi ve sinir sisteminde fizyolojik değişiklikler yaratmış olmasından dolayı "nöro-hipnoloji" terimini ortaya atar (56). *Sydenham* 18. yüzyılda bütün süregen hastalıklar arasında en sık görülenin histeri olduğunu belirtmişti (70).

1857'de *Ambroise Tardieu*, o günlerin önemli adli tıp uzmanı olarak çocuklara yönelik cinsel saldırıları anlatan ilk adli tıp kitabını yazmıştı (104).

19. yüzyılın başlarına dek birçok organik hastalık psikonevroz ve histeri kümesi altında sayılıyordu. İlk olarak İngiltere'den *Robert Carter* histerinin oluşunda ruhsal-toplumsal etkenler üzerinde durmuş; duygusal oynaklık (labilite), örseleyici (travmatik) olayların varlığı ve bu olaylarla, onlara ilişkin duygu ve düşünceleri gizleme eğilimini önemli etkenler olarak sıralamıştı. 1859'da Fransız hekimi *Paul Briquet* histerinin klinik belirtileri üzerinde geniş bir çalışma yapmıştır (70). "histeri" belirtileri ile çocukluk tacizi öyküleri arasında bağlar kurmaya başlanmıştı (104).

19. yüzyılın ikinci yarısında Fransız nöroloğu *Jean Martin Charcot* (1825-1893), histerinin yalnız kadınlarda değil erkeklerde ve çocuklarda da görülebileceğini, ruhsal bir bozukluk olduğunu, uyutum (hipnoz) ile histerik belirtilerin ortaya çıkabileceğini ileri sürmüş bu hastalıkta kalıtımla geçen dejeneratif bir sürecin varlığına inanmıştı (o çağda hemen hemen her hastalık dejeneratif olarak görülmüyordu). 19. yüzyılın son dönemlerinde ve 20. yüzyılın başında *Bernheim*, *Babinski*, *Dejerine*, *Pierre Janet* ve *Freud'un* görüşleri önem kazandı. *Bernheim*, *Charcot* gibi histeride hipnozun etkilerini ve eğindirmeye (telkine) yatkınlık konusunu incelemiş; histerinin eğindirimle ortaya çıkan bir hastalık olduğunu ileri sürmüştü. *Babinski* de bu yönden ilerleyerek histerinin eğindirimle ortaya çıkan ve inandırma ile iyileşen bir hastalık olduğunu ileri sürmüş ve hastalığa telkin nörozu anlamını taşıyan "pithiatisme" adını vermişti. Bu dönemde, *Dejerine*'in heyecan kuramı ve psikonevrotik belirtilerin heyecansal sarsıntılardan ileri geldiğine ilişkin görüşü de geniş yankılar uyandırmış olmakla birlikte, en önemli yeri *Pierre Janet* ve *Sigmund Freud* tutmaktadır (70)

Janet'nin Dissosiyasyon Kuramı:

Charcot'nun öğrencilerinden *Pierre Janet* psikonevrozlardaki temel patolojiyi bilinç yapısındaki değişikliklere bağlamıştı. *Janet'nin* ortaya attığı "ruhsal gerilim" (tension psychique) kavramına göre, normalde, kişinin ruhsal enerjileri birleşerek bir amaç çevresinde yoğunlaşmakta ve buna bağlı olarak bilinç, belli bir-güç ve bütünlük göstermektedir. Kalıtım, yorgunluk ya da heyecansal yaşantıların etkisi ile ruhsal gerilimde genel bir düşüklük olabilir. O zaman *psikasteniden* söz edilir. *Janet*, bugünün tanımlanan ile fobik ve obsesif-kompulsif olarak bilinen iki bozukluğu *psikasteniden* başlığı altında toplamıştır. Histeride ise, ruhsal

gerilimde genel bir düşme olmaz, bilinç alanında daralma olur. Hipnozda olduğu gibi, histeride de kişiyi eğindirim altında tutan bir fikir (idee) vardır ve bilinç alanı bu fikir üzerine daralmış, büzülmüştür. Histeriğin imgesel yaşantıları yoğundur; sanki kendi imgeleri onu hipnotize etmiştir. Histeride, "sabit fikir" (*idee fixe*) temel belirtidir. Bu "sabit fikir" bilincin zayıflaması ile ortaya çıkan bütün bilinçsiz güçlerin, yani ruhsal otomatizmanın belirtisidir (70). Entegre olmamış olayların parçaları kendilerini daha sonra stereotipik imajlar, düşünceler ve davranışlar şeklinde "patolojik otomatizm" olarak gösteriyordu (55). Duygular, inançlar, istekler ve anılar özel bir şiddet kazanmakta ve zayıflamış olan bilinçten çözülmemektedir (disosiyasyon). Histerik belirtiler bu "otomatik ayrılma" (*emancipation automatique*) olaylarını temsil etmektedir. Görülüyor ki Janet, temel olarak, histeriyi kişiliğin birleşiminde bir düzensizlik bir çözülme (dissosiyasyon) olarak açıklamaya çalışmıştır (70)

Janet'in psikolojisi bilincin (consciousness) psikolojisiydi. Geçmiş yaşantının farkında olma ve şu andaki durumun doğru algılanmasının kombinasyonu uygun davranışı belirlemekteydi. Travmaların şekillendirdiği kişilik çevre ile adaptif bir ilişkiye giremediğinden tetikleyici etkilerle histerik belirtiler oluşuyordu. Janet travma mağduru olan bu kişilerin travmaya yapışıp kaldıklarını (attached to trauma) söylemişti. Bu kişiler "travmatik belleği entegre edememişlerdir ve sanki kişilikleri bir noktada takılmış ve yeni elemanlarla gelişmeyi bırakmıştır" (104).

Freud'un Psikanalitik Kuramı:

1893'de yayınladıkları "Histerik Olaylarda Ruhsal Düzenek" adlı yazı ve 1895'da yayınlanan "Histeri Üzerine İncelemeler" adlı monografi ile Freud ve arkadaşı Breuer başlangıçta, hipnoz uyguladıkları hastaların, hastalığı kamçılayan olayların anılarını canlı bir biçimde anlattıklarında histerik belirtilerin yok olduğunu gözlemlediler. Bu denemeler, boşalma (*catharsis*), bilinçdışına bastırma (*repression*) ve bilinçdışı kavramlarının ortaya çıkmasını sağladı (70).

Histeri üzerine çalışmalarında Freud'un dört ve Breuer'in bir (*Anna. O.*) vakası vardı. Başlatıcı nedenle hastalıklı görüngü arasında ilişki "simgesel" denilebilecek bir ilişkiydi. Sağlıklı insanların düşlerinde olduğu türden bir ilişki. Çoğu histerik belirtide yalnızca ruhsal zedelenme diye tanımlanabilecek başlatıcı nedenlerin varlığı ortaya çıkmıştır (45).

"Histerik semptomların her biri, kendilerini yaratan olayın anısını ve ona eşlik eden duygulanımı açıkça gün ışığına çıkartmayı başardığımızda ve hasta bu olayı bütün ayrıntısıyla tarif edip duygularını kelimelere döktüğünde, anında ve daimi olarak ortadan kayboldu." (17, 45) "Duygu olmaksızın anımsama neredeyse her zaman hiçbir sonuç vermiyordu" (45).

"Histerik görüngülerin belirleyicileri olan anıların uzun süre şaşırtıcı bir tazelik ve duygusal renkleriyle ısrar eder hale geldiğini; bu yaşantılar hastalar normal bir ruhsal durumdayken belleklerinden tamamen yok olmuştur ya da hayli özetlenmiş bir biçimde bulunurlar. Hipnoz altında sorgulanmadıkça bu anılar yakın geçmişteki bir anının yitmemiş canlılığıyla ortaya çıkmaz." (45).

Anna O. vakasında; aile doktorları olan Breuer, 21 yaşında bekar *Anna*'yı hipnoz altında "duygusal boşaltma yöntemiyle" anılarını ve ona bağlı duygularını ifade etmeye teşvik ederek, onu semptomlarından kurtarmaya çalışır. Çok sayıda semptomlarından kollarda, bacaklarda ve boyun kaslarında (kilitlenme) kısmi felç, belirgin bir şaşılık ve buna bağlı görme bozuklukları, tıkanmaya yol açan sinirsel öksürük, konuşma zorluğu ve şiddetli baş ağrıları vardı. Anadili Almancayı konuşamayıp, dört dilin karışımından inanılmaz sesler çıkarıyordu. Bilinçteki değişiklikler daha çarpıcıydı; iki tür bilinçten söz ediliyor ve bunların sık sık birbirlerinin yerini alıyorlardı. Ara sıra uzun süreli "boşluk"-bellek kaybı- vardı. Ve bu bulgular ciddi çözülme bozukluğuna işaret ediyordu. *Anna*'nın doğmadan önceki kayıpların yükünü taşıyamayan muhafazakar aileye, yenilerinin de eklenmesi ihtimaliyle baş edemiyordu (17).

Freud'un ilk vakası Bayan Emmy'nin semptomlarıyla, hayatındaki travmatik ölümler ve

kayıplar arasındaki ilişkiyi tanımlamıştı. İkinci vakası *Bayan Lucy R.* aşkına karşılık bulamamış birisiydi ve ayrılık fikriyle başedemiyordu. Üçüncü vakası *Bayan Katharina*'ydı. On dört yaşındayken baba cinsel tacizi yaşamıştı ve daha sonrada aynı durum kız kardeşiyle babası arasında gerçekleşmişti. Dördüncü vakası *Bayan Elizabeth von R.* de ise kadın olmanın kendisine getirdiği kısıtlamalarla mücadele etmiş, ölümcül hastalığa yakalanan babasına bakmış ve ablasının ölümünü görmüştü (17, 45).

Çalışmalarındaki vakalar çeşitli semptomlar sergileniyorlardı, "ağlama krizleri, felçler, tıkanma hissi, gırtlaklarında daralma, korkutucu bir erkek yüzü imgesi, asabi öksürük, depresyon, bitkinlik, koku duyusunda bozulma" histeriyi yaratan tek bir neden aramak hata olmuştur. Hastaların her birinin kendine özgü hayatlarında bir dizi etken, belli bir zamanda bir araya gelerek psikolojik bir çöküntü yaratmıştır (17).

Histeri üzerine çalışmalar'daki vaka malzemesi, *Freud*'un gittikçe daha fazla ön plana çıkarttığı kapsayıcı cinsellik teorisini desteklemez (17). Ancak bize travmanın yaşantıları nasıl etkileyebileceğini ve ne kadar değişik ve karmaşık semptomlar dizgesi ile karşımıza çıkabileceğini öğretir.

Eugen Blueler (1857-1939) şizofreni terimini ortaya atmış (1911) ve bu terim literatürde erken bunamanın (*demantia praecox*) yerini almıştır. *Blueler* bu kelimeyi kavramlaştırırken etkilenen hastada düşünce, duygu ve davranış arasındaki bölünmeyi (yarılma-schisme) vurgulamak istemiştir. Buna karşın terim meslekten olmayanlar tarafından kişilik bölünmesi vurgulandığı şekilde büyük ölçüde yanlış anlaşılmıştır. Şimdiki adıyla dissosiyatif kimlik bozukluğu tamamiyle farklı bir hastalık olup DSM-IV diğer dissosiyatif bozukluklar ile sınıflandırılmıştır (52, 70).

Büyük savaş (I. Dünya Savaşı) –"şarapnel şoku", "savaş nevrozu" ya da "savaş psikozu" denen- bir akıl hastalığı salgınına yol açmıştı. Bu askerlerle gazilerin çoğu *Freud*'un 1890'larda üzerinde çalıştığı hastalara –histeriklere- benziyordu (17).

Sandor Ferenczi 1932'de "Yetişkinler ve çocuk arasındaki dil karışıklığı: Tutkunun ve sevecenliğin dili" adlı makalesinde çocuğun ilgi ihtiyacı ve hassasiyetinin cinsel haz amacıyla istismar eden yetişkinle karşılaşması sonrasındaki çaresizliğini ve ancak saldırganla özdeşleşerek baş edebileceğinden bahseder (42, 59, 104).

Abraham Kardiner 1941'de yayınladığı kitabında sadece savaşa bağlı değil tüm travma hastalarına dikkat çeker. Hastalarını çok detaylı tanımlayıp, travma ile ilişkisini anlatmıştır (59, 104). *Kardiner*, travmatik nevrozun spontan bir düzelmeden çok, kalıcı kişilik defektlerine doğru gelişme eğilimi gösterdiği vakalar tanımlamıştır. Bu vakalardaki bütün travmatik nevrozlar için karakteristik olan ego fonksiyonlarındaki azalma veya blokaj, algılamada, yargılamada, dış dünyaya ilgide sürekli bir azalma ve belki de travmanın tekrarlayacağı korkusuna karşılık olan, gerçekte her türlü ilişkiden çekinmeğe bir eğilim yaratır. Sonuç olarak ortaya çıkan tablo, bazı psikotiklerle veya egolarında iz bırakan bir psikoz geçirmiş kimselerle kıyaslanabilir, düşük düzeyde bir yaşam sürdüren çok. kısıtlanmış bir kişilik tablosudur. Böyle düzeltilemeyen tipte birçok vaka tanımlanmıştır. Bu uygun olmayan gelişme, belki de narsistik bir yapının bünyesel ya da psikonevrotik komplikasyonlarına bağlıdır. Bu nedenle bu tip vakalarda psikoanaliz de güç olabilir. Bunlarda travmanın doğurduğu değişiklikler kişiliğe çok derin şekilde kök salmadan, erken bir tedavi gerekir (41).

Otto Fenichel 1945 de yayınladığı kitabının travmatik nevrozlar bölümünde "mental enerjinin tüm ekonomisini alt üst eden ciddi travmalar, zorunlu olarak represe dürtülerle represe eden güçler arasındaki dengeyi de bozarlar. Böyle, bir bozukluğun ilk tipi, genel ve non-spesifik olanıdır. Saldırgan uyarılara gecikmiş bir egemenlik kurma görevini gerçekleştirmek amacıyla, cinselliğin de içinde bulunduğu bütün farklılaşmış mental fonksiyonlar özel enerji yüklerinden sıyrılabilirler; bu özellik represyon çatışmalarının bağladığı enerji yükleri için de doğrudur. Savunma güçlerinin enerji yükleri ilk olarak harekete geçebilir; represe güçlerin travmadan sonra az çok belirli bir biçimde yeniden ortaya

çıkmasının genel nedeni budur. Böylece ortaya çıkan tablo, farklılaşmanın ortadan kalkmasının ve çocukluk bağımlılığına regresyonun egemen olduğu, özgün olmayan bir *kişilik çözülmesi* tablosudur”der (41).

İlk dünya savaşı sırasında ve sonrasında çöküntüler hakkındaki hakim görüş, zaten varolan kişilik zayıflıklarına bağlı olduğu –savaşın kendi stresinin dikkate alınmasına gerek olmadığı- fikri askeri politikada kendine yer edindi. *Freud*, nevrozların etiolojisinde ortaya çıkarıcı faktörle nevrotik yatkınlığın (yani bünye + çocukluk yaşantıları) birbirinin tamamlayıcısı olduklarını ortaya koymuştur (17). *Freud*’un, çocukluktan kaynaklanan yatkınlık savları Vietnam savaşı boyunca psikiyatrik düşünceye hakim olmayı sürdürdü. 1970’lere gelindiğinde feminist hareketin de etkisiyle kadınlara yönelik şiddet ve cinsel taciz gündeme geldi (55). 1971’de savaş karşıtı Vietnam Gazileri, psikiyatr *R. Lifton* ve *C. Shaton*’la “rap grupları” adlı, formel olmayan, demokratik grup terapisi uygulamaya başlamışlardı (17) 1972 yılında *A. Burgess* ve *L. Holstrom* tarafından “rape trauma” sendromunu tanımladılar (55, 56, 104). Bu tanımda mağdur kadınların korkutucu “flashback” ve kabusların savaş sonrası travmalardaki ani andıracak şekilde görülmesi dikkat çekiciydi. Bu yıllarda savaş travması ve sivil şiddete bağlı travma arasında köprüler kuruldu. *Leone Terr*, *Chowchilla* otobüs-kaçırılması ile ilgili makalesini yazmıştı (104). 1978’den sonra amerikan psikiyatrisi yetişkinlikteki travmatik olayların, aylar ya da yıllar sonra ortaya çıkabilecek semptomlara yol açabileceğini kabul etti. Post-travmatik stres bozukluğu bir olgu olarak tanımlandı.

Travma sonrasında gelişen tepkileri *Lenore Terr* ikiye ayırır. İlkin tek sarsıcı olay yaşayan çocuklar olarak tanımlar. (I. Tür) Bu tür durumlar beklenmedik bir olay sonrası gelişir ve en sık görülen travma sonrası stres bozukluğudur. Tür II ise farklı, çok sayıda ve uzun süren (durmaksızın travma geçiren bir çocuk) travmalar sonrası görülen durumdur. İlk seferde şaşırtıcı olsa bile tekrarladıkça beklenti gelişir. Bu nedenle gelişeceği bilinen korku ve zarardan yoğun inkar, represyon, dissosiyasyon, kendi kendine anestezi, self hipnoz, saldırganla özdeşleşme ve kendine yönelmiş agresyon gibi çeşitli savunma ve başa çıkma çabaları sıklıkla derin karakter değişikliklerine yol açar (103, 104). *Pierre Janet* ve *Sigmund Freud* histerik amnezi konusunda görüşlerini aynı dönemde yayınladılar ve ikisi de çözülme ve bastırma dediğimiz iki savunma arasında asla ayırım yapmadılar. *Janet* çözülmenin doğuştan gelen psikolojik zayıflığa dayandığını ve yalnızca ruhsal bozukluğu olan insanlarda görüldüğünü söylüyordu. *Freud* ise bastırmanın hem duygusal olarak sağlıklı hem de ruhsal bozukluğu olan kişilerce kullanıldığını savunuyordu (103).

Aynı zamanlarda 1984’de *Kuzey Amerika Psikiyatri Kliniği* Çoğul Kişilik Bozukluğu (ÇKB) hakkında özel sayı çıkarttığında ÇKB’nin ve dissosiyasyonun epidemiolojisi hakkında hiçbir şey bilinmiyordu. Klinik deneyimlere dayanarak az sayıda psikoterapist 1980 ortasında ÇKBnin nadir olmadığı bilinse de bu bilgiyi doğrulayacak sistematik çalışmalar yoktu. 1987’de DSM-III-R’de ÇKB’nin daha önce düşünüldüğü gibi nadir olmadığı bildirildi ama halen dissosiyatif bozukluklarla ilgili epidemiolojik çalışmalar bulunmamaktaydı. Bu bilgi 1990’lara kadar *Kuzey Amerika Psikiyatri Kliniğinin* bu sayıyı yayınlamadan önce literatürde abstrakt formu haricinde gözlenmedi. 1984’te klinik popülasyonlarda ÇKB insidansının raporları gözlenmeye başlandı. Bunların hiç biri standardize edilmiş anket veya görüşmeleri içermemekteydi. Ama dikkat çekiciydiler. 1980’lerde Kuzey Amerika da ÇKB’ye ilk bağımsız tanı koyan psikiyatristler, hemşireler, non-medikal (tıp dışı) psikiyatristler, psikiyatri asistanları, toplum kuruluşları göze alındığında yaklaşık 10000 profesyonel kuzey Amerikada son 10 yıl içerisinde ÇKB vakalarıyla direkt bağlantı kurmuştur. Bu gelişmeler genel popülasyonda dissosiyatif bozukluğun oldukça sık olduğunu göstermektedir (78).

Bu konuya olan akademik ilgi Avrupa ve Kuzey Amerika’da 19’uncu yüzyıl sonlarında zirveye ulaşmış ve sonra hızla azalmıştır. Son zamanlarda ortaya çıkan birçok gelişme, dissosiyatif bozuklukların sistematik olarak incelenmesini kolaylaştırmış ve bu bozukluk

kategorisine yeni bir anlam ve önem kazandırmıştır. Dissosiyatif kimlik bozukluğu konusundaki çalışmalarda 1980'lerde görülen hızlı artan araştırmalar bu ilgi yükselişini yansıtmaktadır. Bu alanda 1990'larda ülkemizde de geniş ampirik çalışmalar yürütülmüş ve klinik deneyim birikmiştir (92).

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

Dissosiyatif fenomenler birçok toplumda görülmekle birlikte, insanı temelde bölünmez bir bütün olarak görme eğilimindeki değer sistemleri ve zihin felsefelerinin baskın olduğu kültürlerde yaşamakta olan bilim adamlarınca bir sorun olarak tanımlanmak durumundadır; çünkü dissosiyatif fenomenler bu bakış açısını temelinden sorgularlar. Bu bozuklukların bilimsel olarak incelenmesi, dissosiyatif bozuklukların fenomenolojisine kavramsallaştırmalarında temel bir yer veren kuramsal bakış açılarının yükselme ve gerileme dönemlerine koşut olarak kimi zaman güçlüklerle karşılaşmıştır(92).

Bir savunma olarak dissosiyasyon (çözülme):

Önce Fransız ruhbilimcisi *P. Janet* ortaya atmış, giderek *Freud*, *Breuer* ve daha sonra gelen ruh hekimlerince de işlenmişti. *Janet*, histeride, zihinsel süreçlerin bir parçasının bilincin bütünlüğündeki zayıflama gibi bir durumda, bu düşünce parçacıklarının özerk etkinliği altında bir takım belirtilerin ortaya çıktığını ileri sürmüştür. Örneğin uyurgezerlik, histerik unutmalar, kaçmalar (fugue) ve çoğul kişilik (multiple personality) gibi (70).

Benliğin savunma düzeneklerinden biri olarak çözülme de, bölünme (spliting) gibi oldukça tartışmalı bir konudur. Çoğu zaman ikisi eş-anlam taşımakta, birbirlerinin yerine kullanılabilir. Bunun yanı sıra, histeride *P. Janet*'in tanımladığı çözülmeden ayrı olarak, şizofrenide de bu terim kullanılmakta ve benlik bütünlüğünün dağılması anlamına gelmektedir (70).

Çözülme, zihindeki bir takım düşünce ve duygu kümelerinin ya da karmaşaların bağlı oldukları olay ve yaşantılardan koparak, ayrılarak, özerkleşmeleri ve benliği etkilemeleri sürecidir. *P. Janet*, çözümlemeyi bir savunma düzeneği olarak tanımlamamıştı; fakat bugünkü bilgilerimizle çözülme çatışma ve bunaltıyı yatıştırıcı bir düzenek olarak görmek yerinde olur. Tipik çözülme örnekleri, histerinin çözülme nevrozu (dissosiyatif nevroz) denilen türünde unutmalar, bayılma nöbetleri, uyurgezerlik gibi belirtiler görülür. Bunlarda bir düşünce (idea, fikir) zihnin bütünlüğünden ayrılarak bağımsız ve otomatik bir davranış belirtisini ortaya çıkarmaktadır. İkili ya da çoğul kişilik durumlarında sanki bireyin bir parçası, öbüründen habersiz kendiliğinden işlerlik göstermekte ve öbürünü tanımamaktadır (70).

Histeri nevrozu ile konversiyon ve dissosiyatif bozukluğunun karıştırılmaması gerektiğini vurgulayan *Odağ*; ne döndürme ne de çözülme (dissosiyasyon) günümüzde sadece histerik nevrozda ortaya çıkan ve bu nevroza özgü düzenekler olmadığını söyler. Döndürme psikosomatik hastalıkların temel bir düzeneğidir. Her psikosomatik hastalığı da histerik nevroz olarak tanımlanmaması gerektiğini ekler. Ayrıca pregenital bozukluklarda çözülmenin kullanıldığını ve çözülmenin ağır ruh hastalıklarında daha kötü duruma örneğin, psikozu girmeyi ya da kendini kıymayı önleyici işlevlerini belirtir (65).

Romans ve arkadaşları (1994) çocukluk çağı cinsel istismara uğramış kadınların daha immatür defans tipleri gösterdiğini ve istismarın şiddeti fazlalaştıkça defans tipinin daha da immatürleştiğini ortaya koymuşlardır. Çocukluk çağı cinsel istismarın daha sonraki

psikososyal problemlerin fazlalığı bu immatür mekanizmalara bağlı olabileceğini ileri sürmüşlerdir (77)

Çocukluk çağı travmaları

Travma, bir kimsenin alışılmış uyum şekillerinin başarısız kaldığı bir durumdur; kişi artık yeni ve daha iyi uyum yolları bulmak zorundadır. Bu anlatım, daha önce söylenmiş olanlardan farklı değildir. Uyum, karmaşık bir zaptetme ve ilkel deşarjlar sisteminden başka bir şey değildir. Uyum terimi kullanıldığında, belirli bir yöne, yani egonun aktif rolüne vurgu yapıldığı doğrudur. Gerçekten ego ve egonun uyum örnekleri başarısız kaldığında iki durum ortaya çıkar: 1) Ego aşırı uyarımla boğulmuştur ve egonun kontrolü dışında pasif olarak yaşanan semptomlar meydana gelir; 2) Ego gerektiğinde regresyon yoluyla en arkaik egemenlik ilkelerini uygulamaya kadar giderek, olabildiği ölçüde kontrolünü yeniden kurmağa çalışır (41).

Kötüye kullanım incitilmiş çocuklarda psikiyatrik bozukluk insidansını arttırdığı görülmektedir. Cinsel kötüye kullanıma uğramış çocuklarda artan sıklıkta düşük benlik değeri, depresyon, disosiyatif bozukluklar ve madde kötüye kullanımı görülür. Sürekli kötü davranışın, hassas çocuklarda şiddet ve saldırgan davranışı ortaya çıkardığı görülmektedir (52).

DSM-IV bir bireyin bir başkasını fiziksel, cinsel kötüye kullanmasını veya çocuğun ihmal edilmesini klinik ilgi odağı olabilecek bölümde incelemiştir.

Epidemiyoloji

Amerika'da *Ulusal Çocuk Kötüye Kullanımını Önleme Komitesi*, 1992' de 3 milyon kötüye kullanılan ya da ihmal edilen çocuk olgusunun sosyal kurumlara bildirildiğini, bunlardan 1 milyonunun doğrulandığını belirtmiştir. Bildirilen vakaların %11'i cinsel taciz, %45'i ihmal, %26'sı fiziksel taciz, %3 emosyonel taciz, %16'sı diğer veya ayrımlaşmamış vakalar oluşturmıştır. 18 yaşına gelinceye dek, 3-4 kızdan birinin ve 7-8 erkek çocuktan birinin cinsel kötüye kullanıma uğradığı tahmin edilmektedir. Gerçek oranın tahmin edilenden daha fazla olduğu, çünkü bir çoğunun tanınmadığı ve kötüye kullanımı bildirmede isteksiz olduğu görülmüştür. Fiziksel kötüye kullanılan çocukların %32'si 5 yaşın altında, %27'si 5-9 yaş arasında; %27'si 10-14 yaş arasında, ve % 14'ü 15-18 yaş arasındadır (6, 52, 102).

Etiyoloji

Özellikle yaralayıcı, zarar verici cezalandırma ve eleştiriyle büyüyen anne-babalar aynı geleneği çocuklarıyla sürdürürler. Bazı olgularda, erişkinler bunu disiplini öğretmenin en kolay yolu olduğuna inanırlar. Diğer olgularda, ebeveynler kötü davranışları için ambivalandırlar, ancak nasıl başa çıkacaklarını bilmedikleri için sıklıkla kendilerini anne-babalarının davranışlarını sergilerken bulurlar (52).

Çocuğun Fiziksel Kötüye Kullanımı

Fiziksel kötüye kullanım, bir çocukta yaralar ve çürükler görüldüğünde ve bunlar ebeveynin verdiği öyküyle yeterince açıklanamadığında akla getirilmelidir. Şüpheli fiziksel belirleyiciler arasında, simetrik olarak görülen kızarıklıklar olabilir, yüzün iki yanında, sırtta, kalçalarda ve bacaklarda. Tesadüfen olan yaralanmalar simetrik durum göstermez (52).

Ayrıca fiziksel travma deyince çocuklara yönelik diğer şiddetten de bahsetmek isteriz. *Türkiye İnsan Hakları Vakfına* 1990 yılından 1995 yılına dek işkence gördüklerini belirterek tedavi için başvuran 4662 kişiden 158'inin çocuk olduğu bildirilmiştir (109). Çocuk ve ergen travma kurbanları ile ilgili yapılan çalışmaların sayısı çok azdır (54).

Çocuğun Cinsel Kötüye Kullanımı

Çocuk ve ergenin cinsel kötüye kullanımı, yetişkin bir kimsenin cinsel arzuları ve gereksinimi için çocuk veya ergeni, cinsel bir nesne olarak kullanması olarak tanımlanmaktadır. Cinsel kötüye kullanımın çocuk ve ergenlerde çeşitli olumsuz sonuçları vardır. Cinsel kötüye kullanımın olası sonuçları; cinsellik üzerine etkiler, emosyonel etkiler, depresif duygudurum, anksiyete, davranışsal etkiler, kişilik değişiklikleri ve diğer etkilerdir (108).

Cinsel kötüye kullanım olduğunu ispatlayacak belirli davranış özellikleri bulunmamaktadır. Fakat çocuk şüphe uyandıracak davranışlar gösterebilir. Cinsel eylemlerle ilgili ayrıntılı bilgisi olan küçük çocuklar ya cinsel davranışa tanık olmuşlar ya da buna katılmışlardır. Cinsel anlamda kötüye kullanılan çocuklarda bunu oyuncaklarıyla oynarken görmek mümkündür. Saldırgan davranış istismar edilen çocuklar arasında yaygındır. Erişkinlerden, özellikle erkeklerden korkan çocuklarda cinsel kötüye kullanıma boyun eğme görülebilir (52). Cinsel yönden kötüye kullanılan çocuklarda ortaya çıkan belirti üç başlık altında toplanabilir.

1. Dışa vurum (eksternalizasyon) belirtileri: Saldırganlık, yıkıcı davranışlar, suç içeren davranışlar.
2. İçe atım (internalizasyon) belirtileri: Aşırı ağlama, sosyal çekilme, regresyon, kendine zarar verme davranışları, kabuslar.
3. Cinsel içerikli davranışlar:

Bu belirtilerin varlığında cinsel istismarı araştırılmalıdır (54).

Taneli ve arkadaşları (1999) küçük çocuğun cinsel istismarı ve tanı zorluğu adlı makalelerinde; cinsel tacizin araştırıldığı iki çocuk olguda fiziki muayene ile tanı koydurucu bir bulgunun saptanamamasından, annelerin güvenilirliklerinin yetersizliklerinden ve bedensel temasın her zaman cinsel tacizle ilişkilendirilemeyeceğinden bahseder (102).

Ensest

Ensest aralarında yakın kan bağı olanlar arasında cinsel ilişkilerin görülmesi olarak tanımlanabilir. Daha geniş bir tanımlama ile, resmi veya resmi olmayan bir biçimde aralarında arkadaşlık ilişkisi olanlar arasında ve kültürel anlamda cinsel ilişkinin kabul edilemeyeceği kişiler arasında cinsel ilişkinin görülmesidir (52).

Çocuk İhmali

Eziyet edilen çocuk sıklıkla başlangıçta belirgin olmayan belirtilere meyillidir. Fakat beslenmede azalma, ihmal edilme ve kötüye kullanma zamanla hassasiyetin çeşitli küçük fiziksel belirtilerini gösterir. Çekingen, uyaranlara açık, kötü hijyenli, beslenememiş, yetersiz bakım ve ilgi görmüştür (52). Çocukluk çağı travmaları arasında görece kolay tanınmaları nedeniyle cinsel ve fiziksel taciz daha çok gündeme gelmişken son yıllarda ihmalin önemi de giderek anlaşılmaktadır (92).

Yüksel 1993 yılında ensestin tanınması ve değerlendirilmesi adını taşıyan makalesinde cinsel istismarın uygulanış biçiminde en çok dikkat çeken özelliğin, vajinal penetrasyonun seyrekliği ve bekaretin muhafazasına yönelik çelişkili önemden bahseder. Türkiye’de çok az ensest bildirildiği halde, rutin poliklinik muayenesi sırasında, ilk görüşmede olayın öğrenilebilmesi ilginçtir der. Ayrıca Türkiye’de aile içi şiddetin var olduğuna duyarlı ve konuyla ilgili kişilerce ileri sürülmekte ancak bu varsayımı doğrulayacak toplumsal çalışmalar olmadığını da belirtir. Çalışmasında ensest uygulanması olan olguların yarısında 6 yaş öncesi başladığını ve ergenlikte sonlandığını, 2/3’ünde 2 yıldan uzun bir zaman tekrarlayarak sürdüğünü yazmıştır (118).

Tabi ensestin ya da diğer ihmallerin tabu ölmasını gerektiren toplumun bu yöndeki tutumudur. *Akvardar ve Yüksel*’in (1993) meslek yaşantısı içinde cinsel tecavüze uğramış kişilerle karşılaşabilecek olan tıp fakültesi öğrencilerinin tutumlarına yönelik bir araştırma da

erkek deneklerin cinsel tecavüze uğrayan kadına yönelik olumsuz tavırlarının kadın deneklere göre daha fazla olduğunu bulmuşlardır (1)

Kaptanoğlu ve arkadaşları (1993) cinsel travma öyküsü veren psikiyatrik hastaların çocukluk dönemlerinde yakın çevrelerinden biri tarafından cinsel olarak kötüye kullanılmaları, yıllar sonra bile bireyleri insan ilişkilerinde çekimser, güvensiz, şüpheli bir tutumda olduklarını çalışmalarında belirtirler. Ayrıca olgularının %41'i olaydan kimseye söz etmemiş, %36'sı yakın çevrelerinden kendilerini suçlayıcı olumsuz tepkiler almıştır. Yine %90'nı başlarına gelen olaydan ötürü suçluluk duyduğunu belirtmiştir. *Kaptanoğlu*, saldırganın yakın aile bireylerinden biri olmasının, ortaya çıkabilecek ruhsal sorunları ağırlaştırabileceğini de söyler (53).

Tutkun (1996) klinik çalışmasında; travma türleri arasında bir zamanlar oldukça ender görüldüğü zannedilen enstestin (tanımlandığı sınırlar içerisinde) %10.2'yi bulması çarpıcı olduğunu söyler (kadınlarda %15.5, erkeklerde %2.8). Cinsel, fiziksel travma ve ihmal yaşantıları kadın hastalarda erkeklerden daha sık bulmuştur. Erkeklerde daha sık olan travma çeşidi yoktur. Ancak bu fark büyük olasılıkla travmatik geçmişi olan kadın hastaların daha sık olarak yatırılarak tedavi edildikleri ve erkek hastaların yatışında başka faktörlerin rol oynamış olması ile açıklanabileceğini söyler (104).

Ülkemizdeki kısıtlı çocukluk çağı fiziksel travmalarıyla ilgili araştırmalardan birini *Yalın ve arkadaşları* 1995'te yapmışlardır. Ankara ve Adana illerinde ilköğretim çocuklarının fiziksel örselenme sıklığı incelenmiş ve 11 yaş ve üstü çocukların fiziksel olarak 9-10 yaşındaki çocuklardan daha fazla, kız çocukların erkek çocuklara kıyasla daha az örselendiğini çalışmalarında göstermişlerdir. Biyolojik ana babası ile yaşayan çocukların daha çok örselendiğini bulmuşlar. Bunu ise biyolojik bağın koruma, kollama ve incitme davranışının ortaya çıkmasına bağlamışlardır (111).

Ülkemizde *Şar ve arkadaşlarının* Sivas'ta kadın popülasyon üzerinde yaptıkları bir çalışmada çocukluk dönemine ait fiziksel travma öyküsü oranını %8,9 cinsel travma öyküsü oranını %2,5 olduğunu bildirmişlerdir. *Şar ve arkadaşları* (2004) konversiyon bozukluğu hastalarla yaptıkları başka bir çalışmada ise hastaların %44,7'sinde çocukluk çağı fiziksel kötüye kullanım öyküsü, %26,3'ünde cinsel kötüye kullanım öyküsü saptadıklarını bildirmişlerdir (98). *Arı* (2005) çalışmasında konversiyon bozukluğunun olduğu grupta kontrol grubuna oranla çocukluk çağı fiziksel ve cinsel kötüye kullanım öyküsünün istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır (10). *Şar ve arkadaşları* seksüel kötüye kullanım öyküsü olan konversiyonlu hastalarda intihar girişimi sayısının, hem somatoform hem de psikoform dissosiyasyon puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur (98).

Roelofs ve ark (2002) çocukluk çağı travma öyküsü olanlarda semptomların daha şiddetli olduğu; multipl travmaya maruz kalanlarda (seksüel ve fiziksel) sadece seksüel veya fiziksel travmaya maruz kalanlara oranla daha yüksek DES (Dissociative Experience Scala), Somatoform Dissoasyon Ölçeği ve Pseudo Neurolojik Semptom Ölçeği puanlarının varlıklarını saptadıklarını bildirmişlerdir (75).

Zoroğlu ve arkadaşları (2000) dissosiyatif bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde %65 oranındaki travmayı tedavinin bir sebeple yarım kesilmesinden dolayı az bulurlar. Ve nispeten daha kolay ifade edilen duygusal istismarı %40-75 ile en sık travma türü olarak bulmuşlardır (124).

Zoroğlu ve arkadaşları (1996) adolesan yaştaki 17 Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu (DKB) vakasında hastaların %94'ü en az bir travmatik yaşantı bildirmiş. Sırasıyla %71'i duygusal istismar, %59 fiziksel ve cinsel istismar, %65 uzun süreli ihmal, %53 ise enstest yaşantısı ve en sık da baba enstesti bulunmuş (127).

Draijer N. ve Boon S.'nin (1993) Hollanda'da yaptıkları bir çalışmada seksüel travma, aile içi şiddet ve aileden erken yaşlarda ayrılık hikayesi olanlarda kontrol grubuna oranla daha yüksek dissosiyasyon ölçeği puanları sonuçları bildirilmiştir (32).

Roesler ve McKenzie (1992) çocukluk seksüel travmatik yaşantısı olan ortalama 41 yaşında 188 kişiyi incelemişler. Kadınlar daha çok travmaya maruz kalsa da, erkeklerin kadınlara oranla daha çok etkilendiğini bulmuşlar (76).

Kirby ve arkadaşları (2002) yaptıkları çalışmaya göre ciddi, kronik ve erken istismar, yüksek oranda dissosiyatif semptomun ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (57)

Gregory-Bills ve Rhodeback (1994) aile içi ve dışı cinsel istismara maruz kalmış kadınlarda yaptıkları çalışmada her iki grupta da depresif ve dissosiyatif bozukluk ile karakterize bulunmuş (49).

Draijer ve Langeland'ın (1999) yaptıkları bir çalışmada dissosiyatif semptomları olan psikiyatrik hastaların %26,4'ünde aileden erken yıllarda ayrılık öyküsü, %30'unda aile içi şiddet öyküsü, % 23.6'sında fiziksel travma öyküsü %34.6'sında seksüel travma öyküsü bildirilirken hastaların; %11.7'si 16 yaşından önce tecavüze maruz kalma hikayesi bildirilmişlerdir. Hastaların %42'sinde seksüel veya fiziksel travma hikayesinin mevcut olduğu rapor edilmiştir (34).

Brown ve Anderson (1997) psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda yaptıkları çalışmada bildirilen toplam çocukluk çağı istismarının oranı %18, cinsel istismar %9 (fiziksel istismar ile birlikte veya değil), fiziksel istismar %10 (cinsel istismar ile birlikte veya değil) ve kombine istismar ise %3 olarak bulunmuş. Kadınlardaki istismar oranı, erkeklerdekinden daha yüksek bulunmuş (19).

Çocukluk çağı travma öyküsünün; bir çok psikiyatrik hastalığın oluşumunda risk etkeni olduğu bilinmektedir. *Breslau* (2002) dissosiyatif bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, alkol bağımlılığı, madde bağımlılığı, intihar girişimleri gibi bir çok Eksen I ve Eksen II tanıları ile çocukluk çağı travma öyküsünün varlığı arasındaki ilişki göstermiştir (18). En çok üzerinde durulan hastalıklar ise dissosiyatif bozukluklardır. Bir çok bozuklukta depersonalizasyon gibi dissosiyatif semptomların olması nedeniyle travma öyküsünün üzerinde durulmuştur (*Bowman* 1993, *Chu ve Dill* 1990, *Simeon ve ark* 2001, *Zanarini ve ark* 2002).

Ross psikiyatrik tanıları içinde çocukluk çağı kötüye kullanımı yüzdesini incelemiş. En çok BKB'de %61.5'inde çocukluk çağı kötüye kullanımı bulunmuş. Diğer tanıları ve ne kadar çocukluk çağı travması eşlik ettiği tablo 2'de gösterilmiştir (78). Tablo 2.

Tablo 2: Değişik tanı kategorilerinde çocukluk çağı kötüye kullanımı prevalansı

Tanı	%
Borderline kişilik bozukluğu (BKB) (N=13)	61.5
Dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB) (N=14)	42.9
Depresyon (N=23)	34.4
Madde kullanımı (N=23)	21.7
Toplamda	12.6

Ross çocukluk çağı istismarı olanlarda ve olmayanlarda değişik psikiyatrik tanı kategorileri incelemiştir. İstismarı olanlar %61.5 oranında BKB, %10.5 DKB ve %57.9 Depresyon ve %21.7 madde kullanımı vardı. İstismar hikayesi olmayanlarda ise en yüksek olarak depresyon vardı (78). Tablo 3.

Tablo:3 Çocukluk çağı istismar hikayesi olanlarda ve olmayanlarda tanı kategorileri

Tanı	İstismar var (N=57)	İstismar yok (N=397)
	%	
Borderline kişilik bozukluğu (BKB)	61.5	1.2
Dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB)	10.5	2.0
Depresyon	57.9	15.9
Madde kullanımı	21.7	4.5

Türkiye’de dissosiyatif bozukluğu olan hastaların %46’sında fiziksel kötüye kullanım %33’ünde seksüel kötüye kullanıma rastlandığı bildirilmiştir (98). Özellikle ülkemizdeki betimleyici çalışmalar gerek klinik popülasyonlarda, gerekse klinik dışı popülasyonda çocukluk çağı ihmalinin dissosiyatif bozukluklarla olan ilişkisi açıkça görülmektedir (92). Çocukluk döneminde kötü davranılma öyküsü ile dissosiyatif belirtiler arasında belirgin bir ilişki bulunmaktadır (117). Fiziksel ve cinsel kötü davranılma ne kadar erkense ve ne kadar sıkça dissosiyatif belirti düzeyi de o kadar artmaktadır (117).

Bir çok vakada çocukluk çağı cinsel tacizi ihmal ortamında gerçekleşmektedir (93). Dissosiyatif kimlik bozukluğu olan yetişkinlerin hemen hemen tümünde çocukluk çağında önemli travma, özellikle ensest, fiziksel ve duygusal kötüye kullanım bildirilmiştir. Bu hastalar genellikle tekrarlayan, son derece sadistik, garip özellikli kötüye kullanmaya maruz kalırlar (64).

Dissosiyatif bozuklukların epidemiyolojisi

Dissosiyatif bozukluklarla ilgili epidemiyolojik çalışmalar poliklinik hastaları, yatan hastalar ve alan çalışması olmak üzere 3 çeşittir. Bu çalışmaların çoğunda DES (Dissociative Experience Scale) ve DDIS (Dissociative Disorder Interview Scale) gibi ölçekler kullanılmıştır. DES dissosiyatif kimlik bozukluğu ya da diğer kronik dissosiyatif bozuklukları saptamada yaralı olan geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiş, öz bildirim (self-rating) dayanan ve 28 sorudan oluşan bir ölçme aracıdır. DDIS 131 sorudan oluşan yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. Tüm dissosiyatif bozuklukları formüle eder ve dissosiyatif kimlik bozukluğu için bazı özellikleri araştırır (4).

Dissosiyatif bozukluklar ile ilgili alanda gerçekleştirilmiş üç epidemiyolojik çalışma bulunmaktadır. Bunlardan biri Kanada’da Ross ve arkadaşları diğer ikisi ülkemizde Cumhuriyet Üniversitesi psikiyatri kliniği ile İstanbul Tıp fakültesi grubunun işbirliği ile Sivas’ta yapılmıştır (95). Ülkemiz için genel toplumdaki DES ortalaması 7.67 olarak bulunmuştur (5). Ross’un çalışmasında ise ortalama 10.8, ortanca 7.0 olarak bulunmuştur (78). Ross genel popülasyonun %8.4’ünü 20 DES skoru üzerinde ve %5’inin 30’un üzerinde DES skorunda olduğunu bulmuş. Amacı Sivas il merkezindeki dissosiyatif bozukluğun yaygınlığının saptanması olan çalışma sonuçlarında; toplumda DES puanı %20 ve üzeri olanların oranı %4.83 olarak bulunmuştur (3).

Kanada Manitoba çalışmasında DES ve DDIS kullanılmış, DDIS tanısı olarak DKB sıklığı %3.1, herhangi bir dissosiyatif sıklığı ise %11.2 bulunmuş. DKB hastalarında daha yakın bir incelemede, tipik semptom profilini göstermeyen vakalar ayıklandığında gerçek DKB sıklığı %1 dolayında olduğu sonucuna varılmaktadır (95). Tablo 4.

Ross ve arkadaşları Manitoba çalışmasında DES ortalamasını 10.8 bulmuşlardır. Birinci Sivas çalışmasında bulunan 6.7 biraz daha düşük olmakla birlikte bunda tüm denklere DES’in bir görüşmeci tarafından okunmuş olması (düşük okuma yazma oranı nedeniyle) rol oynamıştır. İkinci Sivas çalışmasında Denekler DES’i kendileri doldurmuş ve bu kez ortalama 11.8 bulunmuştur (95).

Tablo 4: Dissosiyatif bozuklukların genel toplumda (Sivas ve Manitoba çalışmaları) sıklığı (95)

DDIS tanısı	Şar ve ark. (n=628)		Ross ve ark (n=502)
	n	%	%
Dissosiyatif Aamnezi	46	7.3	6.0
Dissosiyatif Füg	1	0.2	0.0
Depersonalizasyon Bozukluğu	9	1.4	2.0
Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu	7	1.1	3.0
B.T.A. Dissosiyatif Bozukluklar	52	8.3	0.2
DKB benzeri durumlar	26	4.1	..
Dissosiyatif trans bozukluğu	4	0.6	..
Derealizasyon (depersonalizasyon olmadan)	7	1.1	..
Diğer (mixt)	15	2.4	
Toplam Kronik Karmaşık Dissosiyatif boz.	59	9.4	3.2
Genel Toplam	115	18.3	12.2

Genel olarak dissosiyatif bozukluk sıklığının hem klinik, hem de alan çalışmalarında %10 ila %20 arasında olduğu anlaşılmaktadır. Dissosiyatif bozukluğun en ağır olan ve üzerinde en çok çalışma yapılmış olan DKB sıklığının ise yataklı servislerde %5, ayaktan izlenen hastalarda %2-2.5 arasında ve alan çalışmalarında %1 dolayında olduğu belirtilmektedir (95). Türkiye’de yapılan bir çalışmada genel toplumda DKB ile birlikte tüm kronik karmaşık dissosiyatif bozuklukların sıklığının %9.4’e erişmesi kronik dissosiyatif bozuklukların önemini DKB ölçütlerini dolduran vakaları aşan boyutta olduğuna dikkat çekmektedir (95).

Dissosiyatif bozuklukların sınıflandırılması

Sağlıklı bir ruh halinde, kişi bir insan olarak bir tek temel kişilikle bölünmez bir kendilik duygusuna sahiptir (52). Dissosiyatif bozuklukların başlıca özelliği genellikle bütünleşmiş bilinç, bellek, kimlik yada çevrenin algılanması işlevlerinin bozulmasıdır, rahatsızlık ani yada yavaş gelişen, geçici yada kronik olabilir (7). Dissosiyatif yaşantılar gündelik yaşamda görülen basit dalgınlık, unutkanlık ve hayal kurma hallerinden başlayarak dissosiyatif kimlik bozukluğuna dek uzanan bir yelpaze üzerinde ağırlıklarına göre sıralanırlar (92). Tüm dissosiyatif bozuklukların genel toplumdaki sıklığı % 11.2 olarak bildirilmektedir (92, 95).

Dissosiyatif bozukluklar için güncel klinik bilgileri dikkate alan bir sınıflandırma Tablo 5’de görülmektedir (92, 93). Dissosiyatif bozukluklar yakın zamanlara dek, ülkemizde de olmak üzere, yineleme eğilimi olabilse de daha çok akut gelişen tablolar olarak düşünülürken, modern psikiyatride, kronik ve karmaşık dissosiyatif durumların tanınması ve öneminin anlaşılması son dönemlere rastlamaktadır (92, 93).

DSM-IV sıralanan her dissosiyatif bozukluk için anlamlı çevresel tetikleyici faktörleri adlandırmaktadır; bunlar arasında çocukluk çağının şiddetli duygusal travmaları, fiziksel yaralanma ve ölüm tehdidi, kabul edilmez dürtü ya da eylemlerin tehdidi ve savaş ya da benzeri durumlardan kaynaklanan şiddetli stresler bulunmaktadır (46).

Tablo 5. Dissosiyatif bozukluklar için bir sınıflandırma.

A. Basit dissosiyatif bozukluklar

1. Dissosiyatif amnezi
2. Dissosiyatif füğ
3. Depersonalizasyon bozukluğu

B. Karmaşık dissosiyatif bozukluklar

- a. Akut karmaşık dissosiyatif bozukluklar
 1. Akut stres bozukluğu
 2. Reaktif dissosiyatif psikoz ("histerik psikoz")
- b. Kronik karmaşık dissosiyatif bozukluklar
 1. Dissosiyatif kimlik bozukluğu (çoğul kişilik bozukluğu)
 2. Başka türlü adlandırılmayan (atipik) dissosiyatif bozukluk

DİSSOSİYATİF AMNEZİ (dissosiyatif unutma, psikojenik amnezi)

"Hiçbir kişi belleğini ya da kimliğini zorlayıcı bir neden olmadan terketmez." (92). Amnezi dissosiyasyonun kara deliğidir. Bulguların varlığı ve doğası var olan etkilerden sadece ayırt edilebilir. Hastalar amnezinin varlığı sosyal yada iş çevresi ile ilgili sıkıntılar beslediği anda fark ederler (90).

Dissosiyatif amnezinin temel özelliği önemli kişisel bilgilerin anımsanamamasıdır. (ŞarTP) Hastada bu durumu açıklayan organik bir bozukluk yoktur (92, 93, 117). Bunun normal bir unutkanlık veya dalgınlıkla açıklanamaması söz konusudur (70). Bu bozukluğun DSM-IV tanı ölçütleri Tablo 6'de görülmektedir (7).

Tablo 6: Dissosiyatif amnezinin DSM-IV'e göre tanı ölçütleri.

- A. Başlıca bozukluk, genellikle travmatik ya da stres yaratıcı özellikte olan önemli kişisel bilgileri, sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde anımsayamama epizod ya da epizodlarının olmasıdır.
- B. Bu bozukluk, Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu, Dissosiyatif Füğ, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Akut Stres Bozukluğu ya da Somatizasyon Bozukluğu sırasında ortaya çıkmamaktadır ve bir maddenin (örneğin kötüye kullanılan bir madde, bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da nörolojik ya da başka bir genel tıbbi duruma (örneğin Kafa Travmasına Bağlı Amnestik Bozukluk) bağlı olarak ortaya çıkmamaktadır.
- C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir strese yada toplumsal, mesleki alanlarda yada işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

Kişisel yaşantılara ilişkin normalde bilinçli zihne çağrılabilen ani grupları, sözel olarak elde edilememekte ya da geçici olarak elde edilse bile bilinçte tam olarak tutulamamaktadır. Yalnız tek başına bazı anı, duygu ve düşünceler değil, büyük anı grupları ve bunlarla bağlantılı duygulara da erişilemeyebilir. Böyle bir durum ani olarak oluşabileceği ve sınırlı bir konuyu kapsayabileceği gibi geçmiş yaşama ilişkin bir dönemi devamlı olarak hatırlamama ya da gündelik yaşam içerisinde yineleyen unutma epizodları biçiminde görece kronik tablolar olarak da görülebilir (92, 93).

Amnezinin kişinin günlük hayatında çok fazla olumsuz etkileri bulunabileceğinden bir çok insan kronik amneziye adaptasyon stratejileri geliştirmiştir. Bunlardan biri de konfobulasyondur. Zaman algılaması bozukluğu amnezi epizodları, kişinin belli zaman dilimlerini algılayamaması ile karakterizedir. Geçmişte hatırlanan anı ile şu an arasında geçiş bozulmuştur (90)

Dissosiyatif amnezi genellikle ani başlar ve biter. Yavaş başlangıç (genellikle baş ağrısıyla birlikte ya da olmaksızın gelişen hafif bir bilinç sislenmesini izleyerek) ve yavaş iyileşmeler (zaman içerisinde ani parçaları ortaya çıkar) de gözlenebilir. Sıklıkla genellenmiş bir amnezinin ardından daha lokalize bir duruma geçilir. İyileşme genellikle kendiliğinden olur. İyileşmenin gerçekten tam olup olmadığı tartışmalıdır. Çoğu vaka görünürde tamamen iyileşir, ama özellikle stres etkenleri devam ediyorsa yinelemeler görülebilir (92).

Dissosiyatif amnezinin değişik klinik tipleri tanımlanmıştır(52, 64, 92, 117).

1-Lokalize ya da sınırlı (circumseribed) tip en sık görülenidir. Belirli ve sınırlı bir zaman dönemi içerisinde, genellikle sarsıcı bir olayı izleyen birkaç saat ile birkaç gün boyunca olanların hiçbirini hatırlanmamaktadır.

2-Seçici amnezide belirli bir zaman döneminde meydana gelen olayların bir bölümü hatırlanmamaktadır.

3-Sistemik amnezi seçici amneziye benzer, yalnız belirli ve birbiriyle ilişkili bazı olaylar hatırlanmamaktadır.

4-Genelleşmiş tipe görece az rastlanır. Kişi yaşamını bütün olarak hatırlamamaktadır.

5-Sürekli amnezide belirli bir zamandan itibaren olan olaylar, şimdiki zamanda olanlar dahil hatırlanmamaktadır, olaylar yaşandıktan hemen sonra unutulmaktadır.

Amnezinin birincil veya ikincil kazançları olabilir. Ölü bebek doğumu nedeniyle amnestik olan bir kadın, kendini acılı emosyonlardan koruyarak birincil kazanç sağlamış olur. Ani amnezisi nedeniyle bir askerin savaştan uzak tutulması, ikincil kazanca bir örnektir (52).

DISSOSİYATİF FÜG (kaçış)

Evden, iş ortamından ani ve beklenmeyen biçimde uzaklaşma, seyahat etme, yeni bir iş ve kimlik edinme ile belirli bir durumdur (117). Yıllarca sürekli bir gezide olabilir(70). Kişi, kendisini birden, nasıl geldiğini bilmediği bir yerde bulur, aradan geçen süreye amneziktir (92). Dissosiyatif amnezili hastaların aksine, genellikle her şeyi unuttuklarının farkında değildirler (52). Dakikalar, saatler ya da günler sürebilen böyle bir füğ dönemi sırasında farklı bir kimlik edinmiş gibi davranır, karmaşık işlevleri yerine getirebilir ve çevresindekilerce durumundaki olağan dışılık fark edilmeyebilir. İyileşme genellikle uyku ardından ani olur (92). Kaçış öncesi kimliğe döndüğünde kaçış sırasındaki kimlik ve yerler de unutulur (70). Bu şahıslar bu deneyimlerinde konfüze veya garip (bizare) değildirler ve dikkati yaygınlaştırmakta güçlük yaşamazlar. Ama bazı durumlarda dissosiyatif füğ durumu geçtikten sonra bile kişi amnestik veya kayıp olabilirler aynı zamanda bir polisten veya lokal yardım kuruluşlarından yardım talep edebilirler (23). DSM-IV dissosiyatif füğ tanı ölçütleri Tablo 7'te yer almaktadır (7).

Tablo 7. Dissosiyatif füğün DSM-IV'e göre tanı ölçütleri.

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

DEPERSONALİZASYON BOZUKLUĞU

Depersonalizasyon bozukluğunun başlıca özelliği kişinin kendiliğinden ayrıldığı ya da yabancılaştığı hissi ile belirli sürekli ya da yineleyen depersonalizasyon epizodlarıdır (7). Başlangıcı genelde ani ve tipik olarak bir anksiyete ortamında meydana gelir. Geçici bir biçimde bireysel gerçeklik duygusunda değişiklikler olur (117). Derealizasyon çoğunlukla depersonalizasyona eşlik eder (64). Kişi, ellerinin, ayaklarının değiştiğini, kendisini tanıyamadığını söyleyebilir. Bu kişiler o sırada duygularını ya da yaşadığını hissedememekten de yakınabilirler (92). Kendilerini mekanik (robotlaşmış), rüyada, filmde veya bedenlerinden ayrı olarak hissedebilirler (7, 52). Kendi varlıklarını veya çevreyi inkar edebilirler (117). Mental süreçlerine, kendi bedenine ya da bedeninin bölümlerine dışardan bir gözlemciymiş gibi bakıyor olduğunu hissetme olabilir (7). Ataklar egodistoniktir ve hastalar semptomların gerçek dışı olduğunu anlarlar (52). Kimi hasta sorulmadığı sürece bu yaşantısını ayrıntılı olarak anlatmaz ya da hiç bildirmez. Zaman zaman gelen bu ruhsal durumu "baş dönmesi" gibi somatik tanımlamalarla adlandıran hastalara da rastlanır (92). Normal kişilerde stres, yorgunluk ve uyku deprivasyonu gibi durumlarda da izlenebilir (117). Semptomlar aniden başlar ve belli bir noktaya geldikten sonra orada kalır ve çok büyük değişiklikler yaşamaz buna rağmen bazı vakalarda tekrarlayan ataklar gözlenir ve bu ataklar arasında herhangi bir semptom oluşmaz (89). Bu bozukluğun DSM-IV tanı ölçütleri Tablo 8'de görülmektedir (7)

Tablo 8: Depersonalizasyon Bozukluğunun DSM-IV'e göre tanı ölçütleri.

- A. Kişinin mental süreçlerinden ya da bedeninden ayrıldığı hissini olduğu ya da sanki bunlara dışarıdan bir gözlemciymiş gibi bakıyor olduğu, sürekli ya da yineleyen yaşantıların olması (örn. rüyadaymış gibi hissetme).
- B. Depersonalizasyon yaşantısı sırasında gerçeği değerlendirme yetisi bozulmaz.
- C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
- D. Depersonalizasyon yaşantısı sadece şizofreni, panik bozukluğu, akut stres bozukluğu ya da diğer bir dissosiyatif bozukluk gibi başka bir mental bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Depersonalizasyon bozukluğunun içeriği, sıklığı, süresi ve predispozan faktörler tablo9 de gösterilmiştir (3)

Tablo 9: Depersonalizasyon bozukluğunun içeriği, sıklığı, süresi ve predispozan faktörler

	Depersonalizasyon yaşantıları		
	İlımlı depersonalizasyon	Geçici depersonalizasyon	Anormal depersonalizasyon
İçerik	izole belirti	izole belirti	diğer dissosiyatif yaşantılarla birlikte
Sıklık	Bir ya da birkaç nöbet	Geçici nöbet	Sık ve tekrarlayıcı nöbet
Süre	Kısa, saniyeler ve dakikalar	Sınırlı süre	Kronik, yıllarca sürer
Predispozan etken	Şiddetli yorgunluk Uyaran eksikliği Uyku yoksunluğu İlaç-alkol intoksikasyonu	Tek ciddi psikolojik travma	Travmanın bir anının anımsanması

Ertunç (2003) panik bozukluğunun alt tiplerini incelediği çalışmada DES puanı ile derealizasyon-depersonalizasyon şiddeti ve parestezi şiddeti arasında ise pozitif korelasyon bulmuştur (39). Bayraktar ve Atalay (1997) Panik Bozukluğu ve Agorafobi araştırdıkları çalışmada da depersonalizasyonu, daha ciddi panik bozukluğu ve agorafobi ile ilişkilendirmişlerdir (13).

Birsöz ve Kahraman psiko ve farmakoterapiye de yanıt vermeyen 22 yaşında bayan depersonalizasyon tanısı koydukları vakalarına 4 kez EKT sonrasında dramatik iyileşme gördükleri hastanın bu durumunun izlemde de devam etmekte olduğunu gözlememişler (15).

REAKTİF DISSOSİYATİF PSİKOZ (HİSTERİK PSİKOZ)

Histerik psikoz konusu genellikle çok tartışmalıdır. Batı ülkelerinde histerik psikozun varlığını kabullenmeyen çok ruh hekimi vardır (70) hiçbir zaman standart sınıflamada yer almamakla günümüze dek varlığını sürdürmüş olan ve klinisyenlerce kullanılan bir kategoridir (70, 92). Ülkemizde bu tür psikozlar seyrek değildir (70). Histerik psikoz olarak bilinen bu tablo reaktif dissosiyatif psikoz, psödopsikoz ya da psödopsikotik dissosiyasyon olarak da adlandırılmıştır (92).

Hasta genellikle acil olarak başvurur. Tablo saatler, günler ya da en çok birkaç hafta sürer. Üzücü bir olay ya da çevresel etkenlerle çok yakından ilgili olarak ani biçimde başlar, gelip geçici ve sınırlı ölçüde düşünce akışı bozukluğu, işitsel ve görsel varsanılar, sanrılar, depersonalizasyon, "regresif belirtiler" ve olağandışı davranışlar görülür (92). Bu belirtilerde genellikle şizofreninin kendine özgü psikoz özellikleri bulunmaz (70).

Bağırıp çağırmak, üstünü başını yırtmak, soyunmak, kendisine fazla zarar vermeden çevresine saldırmak ya da kendini oradan oraya çarpmak, sesler işitmek, hayaller görmek sık görülen belirtilerdendir. Dramatik tablo içerisinde bir miktar yapmacıklık, abartma ve oyunculuk havası vardır. Sanki hasta deliliği oynuyor gibi bir izlenim verir (70).

Tutkun ve ark. histerik psikozun fark edilmemiş bir dissosiyatif bozukluk ve çocukluk çağı travmatik yaşantılarının varlığına işaret edebileceğini belirtirler (107). Aynı çalışmada histerik psikozun Türkiye’de DKB hastalarının önde gelen psikiyatrik başvuru nedenlerinden biri olduğu ve histerik psikozun DKB hastalarında altta yatan kronik kompleks dissosiyatif bozukluk çerçevesinde akut bir kriz durumu olduğu düşünülüyor. Çalışmalarında, histerik psikoz ile kliniklerine başvuran hastanın yatışma sonrası tedavi ekibince izleme sonrasında aynı zamanda DKB oldukları 4 vaka sunulmaktadır (107). Histerik psikoz görülen hastaların ne kadarında zeminde kronik dissosiyatif bozukluğun bulunduğu konusu ise yeni çalışmalar gerektirmektedir. Histerik psikoz dahil geleneksel histeri tanısı alan bir çok hastanın geleneksel histriyonik kişilik özelliği göstermediği bilinmektedir (107).

AKUT STRES BOZUKLUĞU

Ölüm, yaşamı tehdit eden haller ve başka ağır stres yaratan yaşantıların hemen sonrasında ortaya çıkan tablolardır. Olay ardından olanları anımsayamama ya da yeniden yaşıyor gibi olma, gözünün önüne olayla ilgili görüntülerin gelmesi ("flash-back"), depersonalizasyon, dalgınlık, duygusal tepkisizlik, çevrede olan bitenlerin farkında olmama gibi dissosiyatif belirtiler ortaya çıkar. Akut stres bozukluğu DSM-IV’te anksiyete bozuklukları arasında sayılmıştır (92).

DISSOSİYATİF KİMLİK (ÇOĞUL KİŞİLİK) BOZUKLUĞU

Çoğul kişilik 20. yüzyılın sonlarında Kuzey Amerika’da ortaya çıkan çağa özgü bir bozukluk değildir. Tarih öncesinden günümüze kadar olan tüm ırklarda kendiliğin ve kimliğin fregmentasyonuna ilişkin örnekler görülmektedir. Farklı kültürlerde ve tarihsel süreç içerisinde incelenmesi bu kavramın evrenselliğini, dissosiyasyon olgusunun kapsamı ve belirtilerin çeşitliliği üzerine çok şey öğretmektedir (56).

Sendrom ilk kez *Paracelsus* (1493-1541)'un bildirdiği vaka ile anlatılmıştır. Hem “deha” hen de “şarlatan” olarak kabul edilen, tıp doktoru olduğu iddia edilmekle birlikte buna ilişkin kayıt bulunmayan *Paracelsus*, ikinci bir kişiliği olan, meyhanede çalışan bir kızıdan söz etmiştir. “ikinci kendiliğin” uyurgezer bir durumda para çaldığı, odasındaki eşyaları kırdığı oluyormuş. “Orijinal kendilik” bu durumları hatırlamamakla birlikte yaptığına dair kanıtlar buluyormuş (63).

Başka bir varlığın kişinin bedenine egemen olması ya da girmesi olarak düşünülen durumlara birçok kültürde rastlanmıştır. 18'inci yüzyıl sonlarına dek Batı toplumlarında birçok kişi böyle fenomenler göstermiştir. Bu insanların o çağın paradigmatları uyarınca posesyona uğradıkları düşünülmüş ve kültürün onayladığı egzorsizm türleriyle tedavi edilmeye çalışılmışlardır (92).

Travmatik yaşantılara dayanılmaz emasyonel reaksiyonlar bilişteki aşamaların alterasyonu ile sonuçlanabilir. Çünkü Janet bilişteki bu alterasyonun hipnozun bir formu olabileceğini savunmuştur. Hem konversiyon bozukluğu hem de hipnozda dissosiyatif fenomen; saklı veya otomatik enformasyon prosesi hala sağlamken, bilgilerin açığa çıkmasının engellenmesiyle karakterizedir (75).

Freud “ben ve id” adlı makalesinde çoğul kişilik için “Hedefimizden biraz sapmamıza yol açsa da, dikkatimizi bir an için benin nesne özdeşleşmelerine çevirmekten kendimizi alıkoyamıyoruz. Bu özdeşleşmeler üste çıkar, çok çeşitli, güçlü ve birbiriyle uzlaşmaz nitelikte olurlarsa, patolojik bir sonuç bekleyebiliriz. Bu durum tek tek özdeşleşmelerin dirençlerle birbirlerinden kopmaları sonucunda bir ben parçalanmasına yol açabilir; belki de farklı özdeşleşmelerin bilinci işgal ettiği, *çoğul kişilik* denen olguların ardındaki giz budur. İşler bu dereceye varmasa bile, beni bölen, ancak tümüyle patolojik denemeyecek farklı özdeşleşmeler arasındaki çatışmalar sorunu çözülmemiş olarak kalır” der (44).

Uzun yıllardan beri çoğul kişilik bozukluğu olarak bilinen ve ilginç sinema filmlerine konu olan bu sendrom hakkında son yıllarda yayınlar artmıştır (70). Bunun nedeni de tanı ve görüntüleme tekniklerinin gelişmesi ve özellikle dissosiyatif travma sekellerinin daha çok farkında olunmasıdır (73). Dissosiyatif kimlik bozukluğunun temel belirtileri bellek ve kimlikle ilgilidir. Kendi içinde sürekliliği olan, öznel olarak ayrı, birbirinin yerini alabilen kişilik durumları ya da kimlikler aynı kişide birlikte varlığını sürdürmektedir. Birbirine entegre olmayan bu kişilik durumları gündelik yaşamda genellikle kısa sürelerle ve belirli işlevleri yüklenmek üzere etkin olurlar. Bu durumdan kaynaklanan yineleyici amneziler tabloya eşlik eder (92). İki ya da daha fazla farklı kişiliklerin bir kişinin davranışını farklı zamanlarda kontrol altına almasıdır (73). En ciddi dissosiyatif bozukluklardan olduğu göz önüne alınmalıdır (117). Dissosiyatif kimlik bozukluğunun DSM-IV tanı ölçütleri Tablo 10'te verilmektedir (7).

Tablo 10: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun DSM-IV'e göre tanı ölçütleri.

- A. İki ya da daha fazla birbirinden ayrı kimliğin ya da kişilik durumunun varlığı (her birinin kendi içinde oldukça süreklilik gösteren çevre ve benlik algısı, ilişki kurma ve düşünce biçimi vardır).
- B. Bu kimliklerden ya da kişilik durumlarından en az ikisi kişinin davranışlarını zaman zaman denetim altında tutar.
- C. Önemli kişisel bilgileri sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde anımsayamama.
- D. Bu bozukluk bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir. Not: Çocuklardaki semptomlar hayali oyun arkadaşlarına ya da başka tür bir oyun fantezisine dayandırılmaz.

Dissosiyatif kimlik bozukluğu, kimliğin, belleğin ve bilincin çeşitli yönlerini bütünleştirememeyi yansıtır (7). Bir kişide yineleyici biçimde başka bir ya da birden fazla kişiliğin belirmesi, bunların o insanın yaşamına kısa ya da uzun süre egemen olması, bu kişilik ya da kimliklerin birbirini tanımaması, birbirinden habersiz olması ve birbirinin yaptığı eylemleri tümünden unutması bu bozukluğun asıl belirtileridir (70).

Bu hastalar çoğunlukla gelip geçici depresyon, duygu durum değişiklikleri, uyku bozuklukları, kabuslar ve intihar davranışı sergilerler. Sık sık kendine zarar verme ve amnezi içeren, epizodlar halinde hatırlanamayan zaman dilimleri "kayıp zaman" (birkaç saatten birkaç güne kadar süren değişik amnezi epizodları), depersonalizasyon, füğ gibi dissosiyatif semptomlar ve halüsinasyonlar gösterirler (64). Tat, taktil, koku, görsel hallüsinasyon da vardır ama en çok işitsel hallüsinasyon gözlemlenir. Negatif hallüsinasyon ise çok yaygın değildir (73). Anksiyete ve ona eşlik eden nefes darlığı, çarpıntı, göğüs ağrısı, boğulma hissi, halsizlik, titremeler gibi somatik yakınmalar genellikle bir alter kişilik değişimi habercisidir (64). DKB'nin temel görünümü iki ya da daha fazla sayıda çoğul kişiliklerdir. Bu kişiliklerden her birinin ayrı karakteristik kişiliği, özgeçmişi, etkisi, önemi, fonksiyonu mevcuttur. Alter sayısı genellikle 10 civarında, hatta çok daha fazla olabilmektedir (64). Her kişilik durumu ayrı bir kişisel öyküsü, kendilik imgesi ve ayrı bir adı da içeren kimliği varmış gibi yaşanabilir (7).

Geleneksel olarak alter kişilik diye adlandırılan bu antiteler yineleyici biçimde denetimi ele alırlar ve algıladıkları kendilik kavramı ve temsili doğrultusunda davranırlar. Bu antitelerden bazılarının psikofizyolojik ölçümlerde farklı ve ısrar eden bulgular verdikleri yönünde bazı ön çalışmalar vardır. Bu kişilikler belirgin olarak farklı ses, aksan, kelime haznesi, yüz ifadesi, hareket özellikleri, sağ-sol el seçimi, aileni, semptom, gözlük numarası, psikolojik test bulgusu, beyin perfüzyonu ve ilaç yanıtı gösterebilir. Kendilerinin algıladıkları yaş, etnisite, cinsiyet, köken ve fiziksel özellikler çok farklı olabilir (92). Hasta genellikle her bir kişiliği süresince, diğer kişiliğin baskınlığı sırasında yer alan olaylara ve diğer kişiliklerin varlığına amneziktir. Bununla birlikte, bazen bir kişilik durumu bu şekildeki amneziyle sınırlanamaz ve diğer kişiliklerin varlığı, özellikleri ve etkinliklerinden tüm haberdarlığı yitirmez (52).

Semiz ve arkadaşları (2000) DKB'li hastalarda ^{99m}Tc HMPAO SPECT incelemesinde bölgesel kan akımı değişikliklerine bakmışlar; hasta grubunda bilateral frontal loblar ve sol anterior temporal bölgede anlamlı derecede perfüzyon artışı saptamışlar. Alter kişiliklerde ev sahibi kişiliklere göre, bilateral singulat girus ve sol temporal bölgede anlamlı derecede perfüzyon artışı gözlenmiştir. Hem ev sahibi hem de alter kişiliklerde sağ hemisfer anlamlı olarak fazla tutulmuştur (83).

Alter kişilikler bütünün bir parçası olmaktan çok değişik örüntüler olarak düşünüldüğünde sayılarının neden çok fazla olabildiği daha iyi anlaşılır. Genellikle bir hastada birkaç gelişkin alter kişilik ve çok sayıda fragman bulunur. Bazı fragmanlar sadece bir duyguyu ya da bir anıyı taşır, bunların ortaya çıkışı bir "flash-back" tarzında olur (92). Hafıza ile ilişkili dissosiyatif bozukluklar bir çok şekilde ortaya çıkabilir ve genellikle kliniklerde tanı konulabilir. Klinisyen mental durum muayenesini yaparken dikkat etmesi gereken; şahsın kişisel bilgilerini anlatırken bütünlüğünde genel boşluklar konuşma bozuklukları olup olmadığı ve bu tür anamnez verip vermediğini sorgulaması gerekmektedir. Dissosiyatif bozukluğu olan hastaların otobiyografik hafızaları değerlendirildiğinde özellikle çocukluk çağı olayları ile ilgili önemli boşlukların olduğu saptanır. Bu süreçte kişinin genel davranış eğiliminden saptığı bulunmuştur (73).

Sıklıkla kendilerini kendilerinden ve diğerlerinden ayrı bir yerde boşluktaymış gibi hissederler. Dünya onlar için uzak gerçek olmayan sisli bir yaşamdır. Hastalar genellikle kendilerini rüyadan yeni uyanmış birisinin konumunda hissederler (73).

Dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB) hastalar genellikle 20'li yaşların sonuna kadar tanınmaz. Fakat geriye dönük deliller gösterir ki, başlangıç çok daha erken, çoğunlukla çocukluk çağına olmaktadır (64). Dissosiyatif kimlik bozukluğu kronik dissosiyatif bozukluktur ve hemen hemen değişmez bir şekilde travmatik bir olaya, genellikle çocukluk dönemi fiziksel veya cinsel kötüye kullanıma bağlıdır (52). Bu hastalar genellikle tekrarlayan, son derece sadistik, garip özellikli kötüye kullanmaya maruz kalırlar (64). Diğer travmatik olaylar çocukluk döneminde yakın bir akraba ya da arkadaşın ölümü ve bir travma ya da ölüme tanıklık olabilir (52).

Genelde sebep olan 4 tip etken belirlenmiştir: 1) travmatik yaşam olayı, 2) bozukluğu geliştirmeye eğilim, 3) belirleyici çevresel etkenler ve 4) dış desteğin yokluğu (52).

Son 20-30 yılda psikanalitik görüşe dayanmayan çok sayıda yayın çocukluk çağı örselenmelerinin, özellikle çocukların karşılaştığı yasaksevi türünden cinsel saldırı olaylarının çoğul kişilik bozukluğunun oluşunda önemli etken olduğu görüşünü savunmaktadır (70). Hastalar genellikle tanıdan 5-10 yıl öncesine kadar semptomlara sahip olmasına rağmen, ortalama tanı yaşı 30 olmakla birlikte, bozukluk geç ergenlik ve genç erişkin yaşamda en siktir. Bazı araştırmalar bozukluğun genel popülasyona göre birinci derece biyolojik akrabalarda daha sık olduğunu göstermiştir (52).

Dissosiyatif kimlik bozukluğu, kimliğin, belleğin ve bilincin çeşitli yönlerini bütünleştirememeyi yansıtır (7). Bir kişide yineleyici biçimde başka bir ya da birden fazla kişiliğin belirmesi, bunların o insanın yaşamına kısa ya da uzun süre egemen olması, bu kişilik ya da kimliklerin birbirini tanımaması, birbirinden habersiz olması ve birbirinin yaptığı eylemleri tümünden unutması bu bozukluğun asıl belirtileridir (70).

Eşlik eden hastalık, yanlış tanı ve kişilik bozuklukları:

Kızıltan 30 DKB hastasında DSM-III-R ölçütlerine uygun olarak SCID-I ve SCID-II ile birinci eksen ve ikinci eksen tanılarını incelemiştir. Birinci eksen de ortalama 5.3 ve ikinci eksen de 3.9 ve her iki eksen de toplamda 9.3 tanı konulması gerekmektedir (55). Bu tanımlar aynı hastada hem duygudurum, hem anksiyete, hem psikotik, hem de somatoform bozukluklar gibi birbirinden ayrı spektrumlardan olabilir. İkinci eksen de ise aynı hasta hem paranoid, hem sınırda, hem çekingen, hem de obsesif kişilik bozukluğu gösterebilir (55). SCL-90 ile değerlendirildiğinde hemen tüm semptomlarda yükselme gözükür. Özetle çoğulluk sadece alter kişilikler arasında değil tanımlar açısından da vardır (94).

Şahin, Deniz ve Arık'ın 2000 yılındaki makalelerinde dissosiyatif bozuklukların kolaylıkla gözden kaçabileceğini, değişik klinik tablolar gösteren hastalarda dissosiyatif bozukluk olasılığını düşünmenin gereğini ve dissosiyatif bozukluk için yapılandırılmış görüşme çizelgelerin kullanılmasının faydalarından bahseder (91).

Somatoform bozukluk eş tanısı da DKB hastalarında da yüksek oranda rastlanmaktadır. Bunu yaşamış travmatik olayların somatik bellek yoluyla ilişkili olduğu söylenmiştir (96).

Çok sayıda DKB hastası SCID-I üzerinde şizofrenik/psikotik bozukluk yanlış (false positive) tanısı almaları DSM ölçütlerinde var olan önemli sorunlara işaret etmektedir. Schneider belirtileri ve işitsel varsanılara DSM ölçütleri içerisinde ayrılan gereğinden büyük payın bu yanlış tanıya yol açtığı görülmekte ve DSM ölçütlerinde bu alanda en kısa zamanda değişiklik yapılmasının gerekli olduğunu düşündürmektedir (55).

Zoroğlu ve arkadaşları 2000 yayınladıkları makalelerinde Dissosiyatif bozukluğu olan hastalara %53 oranında yanlış tanı konulduğunu ilk 3 tanının sırasıyla %31 ile psikoz, %28 epilepsi ve %19 ile depresyon olarak bulunmuş (124).

Şar çok sayıda DKB hastasını aynı zamanda BKB tanı ölçütlerini de karşıladığını, DSM kurallarına uyulduğunda ayrı eksen de olmaları nedeniyle her iki tanının da aynı anda

konulabileceğinden bahseder. Bu iki bozukluğun ayrı durumlar olduğunu söyler. Ancak DKB hastasında alter kişilik durumlarında çoğunda BKB belirtileri görülmesi halinde gerçek bir komorbiditeden bahsedileceğini ekler (96).

Travmatik olaylarla baş edebilmeye bir defans cevabı olan self hipnosize neden olan travmatize olmuş kişinin hipnotik kapasitesinin kullanılarak oluşan somotoform dissosiyatif semptomlar veya kognitif semptomlar ile çocukluk travmatizasyonu arasında ilginin olduğu teorisi otohipnoz teorisinin temelini oluşturur (75).

DKB ile ilgili Karşıt görüşler

Son yıllarda DKB olgularının yayınlanmasında belirgin artma olmuştur. Bu artmayı yapay iatrojenik etkenlere yani hekimin hasta üzerindeki etkilerine bağlayanlar olduğu gibi, daha iyi inceleme yaptıklarını öne süren çalışmalara bağlayanlar da vardır (70).

Öztürk konversiyon ve dissosiasyon hastaları arasında tipik bir çoğul kişilik olgusu görmediğini belirtir. Şar ve arkadaşlarını ise savlarını bilimsel olarak karşılamaları gerektiğini söyler (70).

Sorias çoğul kişilik bozukluğu tanısının geçerliliğini tartıştığı çalışmasında bu tanının, a) ilk bakış geçerliliği, b) deskriptif geçerlilik, c) ön görücü geçerlilik ve d) yapısal geçerlilik açılarından çok düşük olduğunu; DSM-IV'te ruhsal bozuklukların çoğu için bu geçerlilikler bakımından oldukça tutarlı ve sınırları belli tanı ölçütleri verilmesine karşın, çoğul kişilik bozukluğu için verilen tanı ölçütlerinin ve tanımlamaların çok yetersiz kaldığını, verilen ölçüt ve tanımlamaların da kesinlikten uzak, esnek nitelikte olduklarını açıklamaktadır (86).

Bildirilen kötüye kullanım ve ihmalin oranının, dissosiyatif yaşantıları olan hastaların çocukluk çağı kötüye kullanım ve ihmali yaşantılarına dissosiyatif amnezi geliştirebildikleri dikkate alındığında asgari düzeyi yansıttığı düşünülebilir. Buna karşılık belirli bir oranda "yalancı pozitif" bildirimler de olabilir (112)

Dissosiyasyon Çalışmanın Olası Sonuçları ve karşıt görüşlere yanıt olarak:

Dissosiyatif kimlik bozukluğu kimlik bozukluğu üzerine yapılan çalışmaların psikiyatriyi etkilemesi ve kimi yeniliklere yol açması olasıdır.

1- Yüz yıllık bir aradan sonra bile çözüm getirilememiş vakalar olarak psikiyatrik egemen bakış açısının sorgulanması, şizofreni kategorisinin daralması ve sınır vaka kategorisinin ortadan kalkması ile sonuçlanabilir.

2- Psikanaliz çalışmalarının başlangıç noktasını oluşturmuş olan dissosiyatif bozuklukların ilaç tedavisi olmayan tek psikiyatrik bozukluk kategorisi olarak kalmış olması anlamlıdır.

3- Psikiyatride standart görüşme çizelgelerinin yayılması ile 1980'lerden itibaren klinisyenlerin dinleyici olarak kalma yerine "soru sorma" tutumu, dissosiyatif bozuklukların muayene ve tedavisinde tam olarak yerini bulmuştur.

4- Dissosiyatif bozuklukların yeniden keşfedilmesi ile bir bakıma Pandora'nın kutusu açılmıştır. Günümüzün yüzyıl önceye göre kuşkusuz daha gelişmiş olan bilimsellik, açıklık, özgürlük ortamında ortaya çıkanların artık üstünün örtülmesi de güçtür (94).

Dissosiyatif kimlik bozukluğunun iatrojenetik olarak meydana geldiği öne sürülmüştür. Buna karşın bu bozukluğun bütün klinik özelliklerinin herhangi bir müdahale ile oluşturulabileceği ve sürdürülebileceği yönünde bir kanıt yoktur (92).

Kronik karmaşık dissosiyatif bozukluklarda çocukluk çağı cinsel taciz öyküsünün doğrulanma düzeyini araştıran Şar ve arkadaşları; vakaların önemli bir bölümünde üçüncü kişilerce doğrulandığını bulmuşlardır. 28 vakalık serilerinde 12'sinde doğrulanma sağlandığı gibi, cinsel taciz öyküsü veren hastaların gösterdikleri tanıklar içerisinden bilgileri yalanlayana rastlanmamış. Vakalarının 10'unda ise olayı saldırganla mağdur dışında kimse bilmediğinden üçüncü kişilerce doğrulanma olanağı olmamış. Tacizin tedavi sırasında hatırlanması "yanlış bellek" (false memory) tartışmalarına konu olan bir fenomendir.

Çalışmalarında bununla ilgili başlangıçta travmaya amnezik olan iki kişide öykünün doğrulanmasından bahsedilir(101).

Zoroğlu (1997) henüz aile bağımlılığı devam eden adölesan hasta aile ve çevresel olumsuzluklardan doğrudan etkilenmektedir der ve adölesanlarda tedavi oranları çok düşük ve tedaviyi bırakma oranları çok yüksek olduğunu ekler (126).

Tutkun ve Şar 1995’de ülkemizde ilk kez tamamlanmış DKB olgusunu anlattıkları makalelerinde; 18 yaşında bayan hasta, 110 görüşme ve 15 aylık tedavi sonrasında entegrasyona ulaşılmış ve 8 aylık izleme sonrasında bu durumun korunduğu görülmüş (105). Tedavinin kısa sürede sonlanmasında hastanın uygun özellikleri ve “taktik entegrasyonalist” yaklaşımın önemlidir. Bu yaklaşımda terapist alter kişilikler arasında ilişki kurma, aralarındaki anlaşmazlıkları çözme ve kendilerini hazır hissettiklerinde birleştirme (füzyon) yönünde oldukça aktif davranmakta ve çalışmaları hızlandıracak yöntemleri kullanmaktadır (113).

Bazı çalışmalarda kısmi tedavi edilen yıllarca süren takibi sonucu hastalığın zaman içinde yavaşladığı ve intrapsişik semptomların azaldığı gözlenmiş (73).

Başka Türlü Adlandırılmayan (BTA) DISSOSİYATİF BOZUKLUK

Bu kategori belirli bir dissosiyatif bozukluğun ölçütlerini doldurmayan fakat bu bozukluklara özgü belirtilerin görüldüğü tabloları kapsar (92).

DSM-IV’te dissosiyatif kimlik bozukluğu tanısı için şart koşulan Amnezinin olmadığı fakat, bu dissosiyatif kimlik bozukluğunun tüm diğer belirtilerinin görüldüğü durumlar (eşbilingli dissosiyatif kimlik bozukluğu) da bu kategoriye girmektedir Böyle bir durumda denetimi alan ve kendisini değişik yaş ve cinsiyette bilen birçok alter kişilik olabilir, fakat birbirlerinin her yaptığından haberdardırlar (92).

Diğer Dissosiyatif bozukluklar: Semptomatolojiye kültürel etkileri, sosyal kökenli travmaya karşı aşırı ve dramatik yanıtları dissosiyatif bozukluklardan daha fazla sergileyen bir durum yoktur. Yani dissosiyatif belirtilerin içeriği ve bir dereceye kadar süreçleri kültürlerin çeşitliliğini yansıtmakla beraber, bu belirtilerin altında yatan mekanizmalar evrensel olabilir (27).

Dissosiyatif hallüsinozis: Bir posttravmatik stres bozukluğu formudur. Genellikle fiziksel ve seksüel kötü kullanıma maruz kalan ergenlerde, özellikle yatan hasta ortamlarında görülür. Hastalar çoğunlukla bayandır, tekrarlayıcı deneyimler, dramatik görsel-işitsel halüsinozis epizodları, dissosiyatif translar, otohypnoid durumlar, suicid davranışı ve kendine zarar verme (bilek kesme gibi) vardır. Bu durumdaki bayan hastalar da sıklıkla, aralıklı olarak birden bire patlayıcı tarzda saldırganlık veya kendine zarar verme (bir duvara yumruk atmak gibi) ve dışarıdan çevresindekilere dokunuyor gibi olma vardır. Dissosiyatif epizodlar genellikle tekrar hatırlanan tarvmatik seksüel zorlanma, çaresizlik, utanma, reddedilme ile ilgili anılarıyla hızlanır (64).

Ganser sendromu: Bilinçte bozulma veya bulanık zeminde, basit ve yeni işitilen sorulara yaklaşık yanıtlar verilmesiyle karakterize, temeli iyi anlaşılamamış bir durum olan Ganser sendromu ilk kez 1897 yılında, klasik bir seminerde Sigbert Ganser tarafından tanımlandı. Dört temel klinik özelliği; yaklaşık yanıt, bilinçte bulanıklık, somatik konversiyon özellikleri ve varsanılardır. Psikopatolojisi; azımsanmayacak derecede kanıt, saf biçimdeki Ganser sendromunun kişi tarafından kısıtlayıcı, kaçınılmaz bir durumdan sınırlı olsa da kaçmak üzere harcanan bilinçdışı çabalarının sonucu olan histerik, dissosiyatif bir tepki olduğu görüşünü hala desteklemektedir (36).

Tutulma sendromları; çoğul kişilik bozukluğunda tanının önemli bir parçasını oluşturan çocukluk çağında istismarın tutulma transı ile ilişkisi duyulmamıştır. Çoğul kişilik bozukluğunda bu köken hasta ve tedavi eden kişi tarafından hastanın içinde kabul edilirken, tutulma durumundaki kişi fenomeni tamamen yabancı bir varlığa bağlar (46).

“Kaçış” ya da “koşma” sendromları (*runniğ taxon*). Yörelere göre *Pibloktoq*, *chakore* ve *grisi siknis* adları verilmiş sendrom da aniden yüksek aktivite düzeyinin başlaması, trans benzeri durum, kaçış formunda potansiyel olarak tehlikeli davranışlar ve ardından gelen bitkinlik, uyuma atağı ve atağa özgü amnezi söz konusudur. *Amok* sendromunun farklı özelliği ise kaçışa eşlik eden amaçsız ve rasgele gibi görünen zarar verme ve öldürmedir. Porto Riko’da görülen *ataques de nervios* keder verici bir olayın ya da önemli çatışmanın sosyal olarak kabul gören bir biçimde sergilenmesidir. Titreme, kalp çarpıntısı, göğüsten kafaya yayılan sıcaklık hissi (parestezi), göğüs sıkışması, nefes alma güçlüğü (dispne), baş dönmesi, yorgunluk ve nöbetler görülür. Kişi bağırma, küfür etmeye ve başkalarının üstüne yürümeye başlar, sonra yere düşerek konvülsif beden hareketleri sergiler veya “ölüymüş” gibi yere uzanır (46).

Borderline kişilik bozukluğu ve travma

Psikiyatride “borderline sendrom” terimi ilk kez *Grinker* ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. *Grinker*’e göre bu sendromu olan kişilerin dört özelliği vardır. Bunlar:

1. Yoğun öfke,
2. Kişilerarası ilişkilerde tutarsızlık,
3. Kimlik karmaşası,
4. Yalnızlık duygusunun eşlik ettiği depresyon.

Grinker ve ark. bu hastaların içsel dünyalarını anlama ile ilgilenmemiştir. Bu çalışmadan sonra ilk 10 yıl boyunca *borderline* psikopatolojiyi şizofreniden farklı görme görüşü sürmüştür. 1979’da *Grinker* yeni bir çalışmada *borderline* hastalarda psikotik atakların kısa ve geriye dönüşlü olduğunu bulmuş ve “borderline” sendromun bağımsız bir antite” olduğunu bildirmiştir (110).

DSM’de kişilik bozukluğunun gelişimi:

Kişilik bozuklukların sınıflandırılması çabası *Schneider*’den bu yana sürmektedir. 1952’de Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-I’i yayınladı ve kişilik bozuklukları; kişilik kalıbı bozukluğu (personality pattern disturbance) kişilik özelliği bozukluğu (personality trait disturbance), sosyopatik kişilik bozukluğu diye tanımlandı. 1968 yılında DSM-II’de yer alan astenik ve yetersiz kişilikler 1980’de yayımlanan DSM-III’te yer almadı. DSM-III’te 11 kişilik bozukluğu yer alıyordu ve *borderline* kişilik bozukluğu B kümesinde (dramatik ve kaprisli küme) yer alıyordu (47). 1980’de *borderline* kişilik bozukluğu “resmi” statü olarak DSM-III’e girmiştir. *Borderline* kişilik bozukluğu ile DSM-IV’de yapılan değişiklik, geçici, stresle ilişkili paranoid düşünce veya şiddetli dissosiyatif belirtilerin eklenmesi olmuştur. *Borderline* kişilik bozukluğunun DSM-IV’e göre 9 özelliği vardır (7). Tablo 11.

Hastanın iç dünyasını daha çok anlama ile ilgilenen psikanalistler de *borderline* patolojiyi çalışmıştır ve bu tür psikopatolojisi olanlar için başlangıçta çeşitli terimler kullanmışlardır. Örneğin *Deutsch* “sanki” kişilik terimini kullanmış ve *Fenichel* “acayip (ne olduğu belirsiz) psikopatlar” diye adlandırmıştır. *Knight*, *borderline* hastaların anlaşılmasına açıklık getirmiştir. Ona göre bu tür hastalar nevrotik semptomlar gösterirler ancak bunun altındaki klinik görünüm ciddi ego güçsüzlüğüdür. Daha sonra *Erikson*, *Jacobson* ve *Mahler* *borderline* hastanın içsel dünyası üzerinde durmuşlardır. Bu psikanalitik bulgulara dayanarak *Kernberg* bir yazı yayımlamış ve *borderline* hastanın yapısal olarak hem nevrotik hastalardan, hem de psikotik hastalardan farklı olduklarını örneklerle açıklamıştır. *Kernberg*, *borderline* hastalarda içsel nesne ilişkilerini tanımlamıştır. Volkan, *borderline* hastaların içsel dünyasını ayrıntılı klinik örneklerle açıklamış psikanalitik ortamda nasıl görünebileceklerini anlatmıştır (110)

Tablo 11: Borderline (sınırdan) Kişilik Bozukluğu İçin DSM-IV'e göre tanı Ölçütleri

Aşağıdakilerden beşinin ya da daha fazlasının olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, kişiler arası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüsellik olduğu sürekli bir örüntü:

1. Gerçek ya da hayali bir terk edilmeden kaçınmak için çılgınca çabalar gösterme. Not: 5'inci tanı ölçütünün kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışını buraya sokmayınız.
2. Gözünde aşırı büyütme ve yerin dibine sokma uçları arasında gidip gelen, gergin ve tutarsız kişiler arası ilişkilerin olması
3. Kimlik karmaşası: belirgin olarak ve sürekli bir biçimde tutarsız benlik algısı ya da kendilik duyumu
4. Kendine zarar verme olasılığı yüksek en az iki alanda dürtüsellik. Not: 5'inci tanı ölçütünün kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışını buraya sokamayız.
5. Yineleyen intiharla ilgili davranışlar, girişimler, göz korkutmalar ya da kendine kıyım davranışı.
6. Duygudurumda belirgin bir tepkiselliğin olmasına bağlı affektif instabilite
7. Kendini sürekli olarak boşlukta hissetme
8. Uygunsuz, yoğun öfke ya da öfkesini kontrol altında tutamama
9. Stresle ilgili gelip geçici paranoid düşünce ya da ağır dissosiatif semptomlar.

Kernberg'e Göre Sınırkışilik Organizasyonu Tanısı

Kernberg'e göre bu tanı için üç kriter bulunmaktadır:

- a) Başta ayırma (splitting) olmak üzere ilkel savunmaların yaygın ve sık kullanımı;
- b) Kimlik karmaşası (Identity Diffusion);
- c) Gerçeklik sınavmasının (Reality Testing) kaybolmamış olması.

A) Ayırma

Ayırma süreci, karşıt ego durumlarının değişimli olarak harekete geçmeleri ve kendilerini ifade etmeleridir. Bu mekanizmayla karşıt ego durumları ayrı tutulur ve çatışmalarla bağlantılı kaygı ve suçluluk yaşanmaz. Ayırma savunması kaygıyı ve suçluluğu kontrol eder, ancak egonun gelişmesini önler ve ego zayıflığına yol açar.

Ego zayıflığı,

- a) Kaygıyı tolere edememe,
- b) Dürtüleri kontrol edememe,
- c) Yüceltme (Sublimation) potansiyelinin düşük olması gibi özelliklerde kendini gösterir. Egonun adaptif işlevselliği ve esnekliği azdır.

Kernberg'e (1980) göre nevrotik yapılaşma ile sınırkışilik organizasyonunu ayıran en önemli özellik kullanılan savunmaların farkıdır.

Nevrotikler bastırma (repression), karşıt-tepki kurma (reaction formation), yalıtma (isolation), yapma-bozma (undoing), düşünselleştirme (intellectualization) ve akla uygunlaştırma (rationalization) savunmalarını kullanırken, sınırkışilik organizasyonunda ayırma (splitting) ve bağlantılı olarak, ilkel yüceleştirme (primitive idealization), ilkel yansıma çeşitleri -özellikle yansıtmacı özdeşleşme (projective identification)-, red (denial), herşeye gücü yetme (omnipotence) ve değersizleştirme (devaluation) savunmaları görülür.

Sınırkışilik organizasyonunda kullanılan savunmalar ile psikotiklerde kullanılanlar çoğunlukla benzerdir. Ancak, işlevleri ve gelişimsel çıkış noktalarında farklıdır.

B) Kimlik Karmaşası

Kimlik karmaşası, kendiliğin (self) ve "önemli ötekiler" (significant others) zayıf şekilde bütünleşmiş temsilleri (representation) ile kendini gösterir.

Şu özellikler yaygındır:

- Kronik boşluk, yokluk hissi,
- Karşıt kendilik-algılamaları (self-perception),
- Hastanın duygusal olarak anlamlı bir şekilde birleştiremediği, bütünleyemediği karşıtlik taşıyan davranışlar,
- Kendilik temsillerindeki tutarsızlıklar sonucu, kendilik algılamasındaki devamsızlık ve kesintiler,
- İnsanlarla ilişkilerde eşduyum (empathy), derinlik ve sıcaklık eksikliği; ilişkilerin dengesiz ve tutarsız seyretmesi.

C) Gerçeklik Sınaması

Klinik olarak gerçeklik sınaması şu üç kriterde anlaşılır:

- a) Halüsinasyon veya delüzyonların varlığı veya yokluğu,
- b) Tümünden uygun olmayan veya tuhaf duygulanım, düşünce veya davranışların varlığı veya yokluğu,
- c) Hastanın terapistle aralarında oluşturdukları sosyal ortamda, terapistin hastada gördüğü uygun olmayan veya şaşırtan (beklenmeyen) davranış, duygulanım veya düşünceler üzerindeki gözlemlerine eşduyum duyabilmesi veya duyamaması.

Hastanın bu üç kriterden geçip sağlıklı bir gerçekçilik sınamasına sahip olması için şu üç yetkinliğe ulaşmış olması gerekir:

- a) Kendilik (kendilikte) olanı olmayandan ayırabilme yetkinliği;
- b) İntrapsişik olanı dışardan gelen algılama veya uyaranlardan ayırabilme yetkinliği;
- c) Kendi düşünce, duygu ve hareketlerini ortalama sosyal kurallara göre gerçekçi olarak değerlendirebilme yetkinliğidir (38).

Ayırıcı tanı

Sınırdaki kişilik bozukluğu ile şizotipal, histrionik, narsisistik ve antisosyal kişilik özellikleri çok karışır. Tamı çoğu kez akademik bir tartışma konusudur. Zaman zaman psikoza düşündüren algı bozuklukları, dissosiyatif ya da paranoid belirtiler ortaya çıkabildiğinden şizofreni tanısı olasılığı da uzun süre bir soru olarak kalabilir. Psikoza benzer belirtilerin çok uzun sürmemesi, fırtınalı yaşam stiline ve duygularında aşırılıkların bulunması ve projektif testlerle ayırım yapılabilir. Bazen ayırım yapılamayabilir ve hastaların bir bölümü psikoz-kişilik bozukluğu tanısı arasında kalabilir (70).

Bu kişilik bozukluğuna özgü birçok özellikler daha hafif derecelerde ergenlik-delikanlılık döneminde de sık görülür. Bu dönemde sınırdaki kişilik bozukluğu ile normal delikanlılık fırtınalarını karıştırmamak gerekir. Belirtiler daha ağır ve süregen olduğunda bu tanı düşünülmelidir (70).

Gerek klinik ortamda, gerekse genel popülasyonda sınırdaki kişilik bozukluk ölçütlerini dolduran kişilerde birinci eksende dissosiyatif bozukluğa %70 oranında rastlanmaktadır. Sınırdaki kişilik bozukluğu ölçütlerine uyan kişiler arasında çocukluk çağı travması tanımlayanların çoğu birinci eksende dissosiyatif bozukluk gösterenler arasında yer almaktadır (97).

Ailesel Örüntü

Bu kişilik bozukluğu erken travmatik deneyimlere bağlı geliştiği, temel etiyolojik faktörleri erken travmatik olaylar birlikte çeşitli biyolojik etkilerin kombinasyonundan oluştuğu konusunda bir fikir birliği vardır. Hastaların çocukluk hikayelerinde fiziki ve cinsel istismar ve erken dönemde aile bireylerinin kaybı ve ayrılması gibi durumlar söz konusudur (22). Volkan, erken dönemdeki aile yaşantısının tiplerini belirlemiş ve bunları çocuğun bütünleştirici işlevlerine etkisiyle ilişkilendirmiştir. Örneğin çoklu ve tutarsız ebeveynlik, çoklu ve tutarsız özdeşimlerle sonlanır ve çocuğun bütünleştirici yeteneklerine yüklenir.

Dominant anneyle bire bir ilişkide olan çocuk hem sevgiyi, hem de engelleyici yaşantıları yaşar ve böylece anne olan kişinin doyum sağlamada bazen iyi, bazen de kötü olduğunu öğrenir. Aşırı engellemelere maruz kalmazsa çocuk annenin karşıt tasarımlarını bütünleştirmeye çalışır ve ambivalansla ilişki kurmaya başlar (110).

Çocuğun yaşantısında birden fazla anne varsa biri onu engellediğinde diğerine gider ve böylece ona baskıcı engelleme yapan kişilerle "deneyim" yapmaz. Bu durumda çocuğun "anne"yi bütün bir birey olarak görmesi zordur, eğer bakım veren kişiler birbirlerinden çok farklıysa ya da tutarsızsa çocuğunun bütünleştirme çabaları iyice sorun olmaktadır (110).

Borderline kişilik bozukluğu yine böyle bir bozukluğu olanların birinci derecede biyolojik akrabalarında genel topluma göre yaklaşık beş kat daha sık görülür. Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar, antisosyal kişilik bozukluğu ve duygudurum bozuklukları için de ailesel risk artmıştır (7).

Aksüt (2003) çalışmasında BKB hastalığı olanların ebeveynlerinin, kontrol grubu ebeveynlerine göre daha fazla psikiyatrik öykü bulunmasını ebeveynlerin patolojik ilişki nesne ilişkileri gelişimine zemin hazırlayıcı özelliklere sahip olduğu yönde değerlendirmiş. Aksüt (2003) BKB hastalarını ebeveynlerinin kontrol grubuna göre daha fazla stres yaratıcı yaşam olaylarına maruz kaldıklarını ve bu durumun daha çok gelişme dönemlerinin erken safhasına rastladığını söylemektedir. Aksüt yüksek eğitilmiş olma ile çocuklara ayrılan zaman açısından negatîf bir ilişki bulmuştur. Düşük eğitimin çocuklara maddî ve manevî gereksinimlerini karşılama açısından da olumsuzluğa neden olabileceğini öne sürer (2).

Kişilik bozuklukları epidemiyolojisi ve borderline kişilik bozukluğu

Kişilik bozuklukları seyrek olmadığı gibi, kişiyi, ailesini eş zamanlı görülen diğer psikiyatrik bozuklukların gidişini etkilemektedir. Kişilik bozukluklarının toplumdaki yaygınlığı 1951-1992 yılları arasında yapılan çalışmalarda %0.1 ile %13 arasında değişmektedir. Almanya ve A.B.D.'deki çalışmalarda toplumda en yüksek oranlar şizotipal, paranoid ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunda bulunmuştur. Kişilik bozukluklarının epidemiyolojisi ile ilgili çalışmalarda 90'lı yıllardan sonra PAS (Personality Assessment Schedule), IPDE (İnternational Personality Disorders Inventory) ve SCID-II kullanılmıştır. A.B.D. ve Almanya'da yapılan çalışmalarda 235 ile 1541 örnekleme borderline kişilik bozukluğunun prevalansı en düşük %0.2 ve en yüksek 4.6 bulunmuştur (48).

Borderline Kişilik Bozuklukları ve Örselenme

Şiddetli örselenmelerde ruhsal olguları dönemlere ayırmak güçtür. Şok, etkilenme, toparlanma dönemleri oluş sıralarında bir iç içelik, sürelerinde de değişiklikler gösterebilir. Aslında borderline hastalarının tam yapılaşmamış ve tam örgütlenememiş ruhsal yapıları bu değişiklikleri kolaylaştırmaktadır. O nedenle şok, etkilenme, toparlanma dönemleri sırasına dikkat etme yerine ortaya çıkan belirtileri saptamak çok daha yerindedir. Aslında kendiliğin yapısı ve benliğin gücü örseleyici (travmatik) uyaranlara verilen tepkilerin öncelikli belirleyicisidir. Nesne ilişkileri kuramına göre benliğin gücüne, kendiliğin yapısına bağımlı olarak kişilerin örselenmeye tepkileri de özgül özellikler gösterirler. Borderline kişilik bozukluğu şiddetli uyaranlara özgün nitelikli tepkiler veren hastalıkların başındadır. Bu yapıdaki kişilerin aşırı örselenme konumlarında verdikleri belirtiler dikkat çekici özellikler gösterir. Hastanın ilişki kuruş biçimleri, içselleştirilmiş nesne ve kendilik tasarımları, özetle kendiliğin yapısı ve benlik gücü, örselenmeye verilen tepkilerin belirleyicileridir. Örneğin şok döneminde panik, algılama bozuklukları, derealizasyon/depersonalizasyon sendromları, hatta psikotik belirtiler dikkati çekecek bir çabuklukta ortaya çıkar ve aynı çabuklukta en şiddetli boyutlarına ulaşırlar. Belirtilerin şiddeti terapistte kalıcı bir tablonun varolduğu, bunun değiştirilemeyeceği, durumun daha da kötüleşeceği kaygılarını uyandırır. Ama bu kaygılar zaman içinde genellikle azalır. Görülür ki bu hastaların çoğunda posttravmatik stress

sendromu belirtileri bir süre sonra gerilemekte ve temeldeki borderline kişilik örgütlenmesi sorunları yeniden baskınlaşmaktadır (65).

En erken çocukluk döneminde yaşanan acı deneyimlerin gelişimdeki önemi fazladır. Yakınların yitimi, ilişki nesnelerinin sık sık değişmesi, istenç dışında aileden uzaklaştırılma, ebeveynin biri ya da her ikisi tarafından istenmediği duygusu, aile içinde sevgi veren kişilerin eksikliği bu örseleyici deneyimlerin önemlileridir (65).

Odağ klinikteki hastaları arasında en erken çocukluk dönemlerinde ya da sonraları bir örselenmeye uğramamış olanının olmadığından bahseder. Bu hastalardaki ihmal edilme, cinsel ve bedensel taciz, şiddete uğrama, birisinin öldürülmesi ya da başkasına yapılan şiddetin tanığı olma çocuklukta başlayan aşırı çekingenlik gibi olası örselenmelerin varlığını tümünden doğrulamaktadır. *Odağ* bunlara yakınların yitimi, onlardan zorla ayrılma, yuvada yetişme, sık sık koruyucu nesnelerin değiştirilmesi, ebeveynlerin şiddetli geçimsizlikleri gibi travmatik etkili olguları da ekler. Hatta yasa ve suçluluk duygularına katlanamamak gibi borderline hastalarının özgül özellikleriyle yaşanmış bu örselenmeler arasında kuvvetli bir bağlantının bulunduğu inancını taşır. Yasa ve suçluluk duygularına katlanamamak örselenmenin işlenmesini engellemekte, genellikle olanaksızlaştırmaktadır. Böyle konumlarda borderline hastalar örselenmiş kendiliği, reel kendilikten çözerek (dissosiye ederek) çözüm yolları arar. Süreç hastalarda amnezilerin, anımsama güçlüklerinin ortaya çıkması ya da bölmenin daha şiddetli kullanılmasıyla kendisini belli eder. Borderline hastalarında derealizasyon, depersonalizasyon sendromlarının saptanması da seçilen bu yolun başka bir belirtisidir. Borderline hastalarının büyük bir çoğunluğunun örselenmiş kendiliğe bir uzaklık sağlayarak çözüm aradıklarını göstermektedir. Ne yazık ki sağlanan bu uzaklık hastanın örselenmiş kendiliği ruhsal yapısına bütünleştirememek, onu işleyemeden içinde taşımak sonuçlarını verir. Günlük yaşamda hastalar eski örselenmeden uzaklaşmış görüntüsü verirler ama bu yapay uzaklaşma örselenmenin olumsuz etkilerini yok etmez. Böylesi konumlarda borderline hastalarının çağrışımları şunları örselenme ve onun etkilerini saptamayı olanaklaştırır (65).

Öte yandan yeni yaşanmış güncel bir örselenme bastırılmış, yaşamdan soyutlanmış (izole) ya da çözülmüş (dissosiye edilmiş) eski örselenmeleri etkinleştirmektedir. Bu etkinleştirme salt borderline hastalarına özgü bir süreç de değildir. Ruhsal sağaltımda başka hastalar hatta sağlam gibi görünen kişilerde de güncel bir örselenme işlenmiş eski bir örselenmeyi etkinleştirebilir. Bu etkinleştirme hasta açısından olumsuzluklarla yüklüdür ama terapistlere eski örselenmeleri bu gün işleyebilme olanaklarını kazandırır. Tıpkı eski çatışmaların aktarım süreçlerinde yinelenerek bize onları 'şimdi ve burada' işleme olanaklarını kazandırması gibi (65).

Travmatik yaşantılar ile dissosiyatif ve belirtiler ve BKB arasında güçlü ilişkilerin olduğuna dair ampirik kanıtlar olduğunu söyleyen *Semiz*, kendine zarar verme davranışı ve sık intihar girişimi de bir çok araştırmaya göre BKB'nin en önemli belirtilerindendir der. Çalışmasında BKB grubunda çocukluk çağı travmatik olayları, dissosiyatif yaşantılar ve intihar girişimleri sıklığı beklendiği gibi kontrollere oranlı anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. *Semiz* BKB hastalarında sık görülen çocukluk çağı fiziksel ve ruhsal travmaları, kişinin bedeninden defansif olarak uzaklaşmasına yol açabilirler der (82).

Aslan ve arkadaşları (1997) BKB hastalarının çocukluk örseleyici yaşantı öykülerinin sık olduğunu bulmuşlar. Hastaların %72.2'si en azından bir tür, %41.4'si birden çok türde örselenme ile karşı karşıya kaldıklarını bildirmişlerdir (8).

Zweig-Frank ve Paris (2001) 27 yıl takip edilmiş BKB hastalarının sonuçları değerlendirdikleri çalışmalarında; borderline hastalar iyileştikçe ailelerine bakış değişiyormuş. İyileşen borderline olguları, ailelerinin davranışlarını algılamakta daha uyum geliştiriyorlar ve topluma benzer şekilde ailelerinin ilgi ve şefkati olduğunu söylüyorlar (128).

Zanarini, Ruser ve arkadaşları (1991) borderline hastalarında dissosiyatif semptomatoloji ile ilgili risk faktörlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada 4 risk faktörü bulmuşlar: bakıcı tarafından kesintili tedavi (bakım), bakıcı tarafından cinsel istismar, çocukluğunda cinsel şiddete şahit olmak, yetişkin tecavüz hikayesidir (121).

Simeon ve arkadaşları (2004) BKB'deki dissosiyasyonu araştırdıklarında bunun çocukluk çağı travması ile çok yakın ilişkili olmayıp daha çok çocukluk çağı duygusal ilgisizlikle (özellikle her iki ebeveyn ile olan daha çok) ilişkili bulmuşlardır (85).

Ogata ve arkadaşlarının (2000) borderline kişilik bozukluğu (BKB) olan ile depresif ve borderline bozukluğu olmayan kontrol grubu hastaları üzerinde taciz deneyimleri ve ihmalin etkileri incelendiğinde; depresif hastalara oranla daha fazla çocukluk cinsel tacizi ve tacizin birden fazla olması ve ayrıca tacizin hem fiziksel ve hem de cinsel olduğunu göstermiştir. Çalışmaları BKB'nin dissosiyatif fenomenler (özellikle derealizasyon) ve seksüel kötüye kullanımla birlikteliğini destekler (66).



MATERYAL VE METOD

Uygulama:

Çalışma 2003 Ekim-2004 Mayıs döneminde Dicle Üniversitesi'nin Diyarbakır il merkezinin değişik fakülte ve meslek yüksek okullarının yalnızca birinci sınıflarında gerçekleştirildi. Öğrencilerin uygulama saatinde sınıfta olma oranları %50-90 arasında değişti. Zorunluluk olmadığı, istedikleri kadar yanıtlayacakları ve istedikleri zaman testi bırakabilecekleri sözlü olarak söylendi. Sınıfta olduğu halde çalışmaya katılmak istemeyenlerin oranı %2-5 arasındaydı. Anket formlarına isim yazmamaları ve kendilerine geri dönüşlü bilgi verilmeyeceği, anlamadıkları yerlerde açıklama yapılacağı da eklendi.

Çalışmaya alınan öğrenci grubu çalışma hakkında detaylı olarak bilgilendirildikten sonra başkasının kendilerini görmeyecekleri bir oturma düzeniyle anket kendilerine verildi. Anket doldurma süresi 20-60 dakika arasında değişmekte idi.

İstatistiksel İşlemler:

Anket ile toplanan veriler bilgisayar ortamında değerlendirildi ve istatistik analizleri için SPSS for Windows versiyon 10.0 programı kullanıldı.

Verilerin değerlendirilmesinde ortalama ve ortanca değerler, standart sapma, yüzde dağılımları, bulundu. Ortalamaların karşılaştırmasında one sample T testi, grupların karşılaştırılmasında Ki kare (Chi square). Pearson korelasyon, varyans analizi (ANOVA), Scheffe testi, Lineer regresyon ve logistic regresyon analizleri yapıldı.

Ayrıca SCL-90-R ve Aile Değerlendirme Ölçeği veri girişleri Dr. Ali Savaş Çilli'nin geliştirdiği algoritmalar ile yapılmıştır (24, 25)

UYGULANAN ANKETLER (Ek:1)

1-Hastaların sosyodemografik özelliklerini sorgulayan bizim hazırlamış olduğumuz görüşme formu ve bunun içinde yine bizim hazırlamış olduğumuz anne ve babanın olumlu ve olumsuz özelliklerini sorgulayan bir kısım var. Ebeveynin olumlu özellikleri olarak Hoşgörülü, Samimi, Sakin, Girişken, Çalışkan, Konuşkan ve bu özelliklerin tam zıttı olarak Otoriter, Soğuk, Sinirli, Pasif, Tembel, Suskun konulmuştur. Bu özelliklerin toplam değerlerinin diğer verilerle karşılaştırılması yapılmıştır. Sosyodemografik veriler; yaş, cins, aile ikamet yeri, göç hikayesi, anne ve babanın eğitim durumu, kardeş sayısı, ailenin ortalama aylık geliri, ekonomik durum tarifi, oda sayısı, ebeveyn kaybı, boşanması, üvey ebeveyn ve alışkanlıklar soruldu.

2-DSM-III-R SCID-II'ye göre Borderline Kişilik Bozukluğu Anketi:

Spitzer ve arkadaşları tarafından (1987) geliştirilmiş DSM-III R'a göre yarı yapılandırılmış bir testtir. *Sorias ve arkadaşları* tarafından 1990 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır. Bu test hastaların kişilik patolojilerinin olup olmadığını değerlendirmek için kullanılır. Bu çalışmada sadece Borderline kısmı kullanılmıştır (87, 88)

3-Kısa Fiziksel ve Seksüel Kötüye Kullanım Anketi (KKA):

Marshall ve arkadaşları tarafından kullanılan yarı yapılandırılmış bir ankettir. 16 yaşından önceki travmatik yaşantılar sorgulamaktadır. Bu yaşantılar; bakım verenden 1 aydan fazla süre travmatik ayrılık, ailede madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı olan birey olması, şiddetli cezalandırılma deneyimi (bir cisimle vurma), şiddetli cezalandırılma sonucu kendisi veya kardeşinde yaralanma, anne-baba arasındaki fiziksel şiddete tanık olma, yakınları dışında cinsel (ilişkiye) zorlanma, bir yakını tarafından cinsel (ilişkiye) zorlanma, kendisinde ve/veya ailede ciddi hastalık şeklindeki sorunlardır. Bu yaşantıların varlığında 1 puan, olmaması durumunda 0 puan verilmiştir (60).

4-Belirti Tarama Listesi (Symptom Checklist Revised) (SCL-90-R)

Psikiyatrik belirti ve yakınmaları içeren ve 90 maddeden oluşan SCL-90-R, Derogatis ve arkadaşları (1976) tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte 9 alt boyut ve 3 genel gösterge yer almaktadır. Maddelerin cevaplandırılması 5'li Likert tipi bir ölçek üzerinde yapılmaktadır. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirliği ile ilgili çalışmalar Dağ (1991) tarafından gerçekleştirilmiştir (25, 26,28)

Belirti tarama listesi (SCL-90-R) 11 alt başlıktan oluşuyor. Kısaltma kullanarak SCL1 (S) somatizasyon, SCL2 (A) anksiyete, SCL3 (OK) obsesif-kompulsif özellikler, SCL4 (D) depresyon, SCL5 (KD) kişiler arası ilişkilerde duyarlılık, SCL6 (PS) psikotizm, SCL9 (PD) paranoid düşünce (PD), SCL8 (OFD) öfke ve düşmanlık, SCL9 (FA) fobik anksiyete, ve SCL10 EK skala olmak üzere on ayrı belirti boyutunda değerlendirme yapmak üzere yapılandırılmıştır. Ölçekteki Göstergelerin Tanıtımı ve Değerlendirme:
Ölçek psikiyatrik belirti ve yakınmaları içeren 90 maddesiyle 9 ayrı belirti boyutunda değerlendirme yapmak üzere yapılandırılmıştır.

- 1- **SCL1 (S) somatizasyon boyutu** (1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58. maddeler), çeşitli bedensel işlere ilişkin zorlanmayı (göğüs veya kalp bölgesi ağrıları);
- 2- **SCL2 (A) anksiyete boyutu** (2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86. maddeler), aşırı düzeyde açık kaygı tablosuyla bağlantılı zorlanmayı (dehşet ve panik nöbetleri);
- 3- **SCL3 (OK) obsesif-kompulsif özellikler boyutu** (3,9,10,28,38,45,46,51,55. maddeler), bireyin düşünmekten ve/veya yapmaktan kendini alamadığı istenmeyen düşünce ve davranışların yarattığı zorlamayı (yıkama, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yinleme durumu);
- 4- **SCL4 (D) depresyon boyutu** (5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79. maddeler), depresif ruh hali ve duygulanımla, yaşam ilgilerinin azalması, güdü ve enerji kaybı ve intihar düşünceleri gibi belirtilerden oluşan zorlanmayı (her şeyin yük görülmesi);
- 5- **SCL5 (KD) kişiler arası ilişkilerde duyarlılık boyutu** (6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73. maddeler), kişinin yetersizlik ve kendini aşağılama duygularından kaynaklanan zorlanmayı (başkaları tarafından eleştirilme kaygısı);
- 6- **SCL6 (PS) psikotizm, boyutu** (7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90. maddeler), sosyal çevreden uzaklaşma, şizoid yaşam biçimi ya da şizofrenik sanrı ve varsanılarının belirgin olduğu zorlanmayı (kendisine ait olamayan düşünceler sahip olma);
- 7- **SCL9 (PD) paranoid düşünce boyutu** (8,18,43,68,76,83. maddeler), yansıtıcı, kuşkucu ve düşmanca düşüncelerle grandiyozite ve otonomi kaybı gibi korku ve sanrıların ön plana çıktığı zorlanmayı (çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği duygusu);
- 8- **SCL8 (OFD) öfke ve düşmanlık boyutu** (11, 24, 63, 67, 74, 81. maddeler) öfke, saldırganlık ve kırgınlık duygularından kaynaklanan zorlanmayı (kontrol edilemeyen öfke patlamaları);
- 9- **SCL9 (FA) fobik anksiyete boyutu** (13,25,47,50,70,75,82. maddeler), kaçma ve kaçınma gibi fobik davranışlarla belirginleşen tablonun yarattığı zorlanmayı (çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık duygusu);
- 10- **SCL10 EK**, bu boyutların dışında kalan (19,44,59,60,64,66,89, maddeler), özel bir boyut ölçümlemeyen Ek Belirtiler kümesi olarak tanımlanmıştır.
- 11- **SCL11 (GSİ) Genel semptom indeksi boyutu** boş bırakılanlar dışında tüm maddelerle yapılan derecelemelerin ortalaması olup 0,00 ile 4,00 değerleri arasında değişebilen en önemli göstergedir. Genel olarak iyilik düzeyini ve işlevselliğini gösterir. Tüm alt ölçeklerin toplamalarının 90'a bölünmesiyle elde edilir.

5- Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES):

Dissosiyatif kimlik bozukluğu ve diğer süregelen, karmaşık dissosiyatif bozuklukların saptanmasında kullanılan, geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiş, öz bildirime dayalı bir ölçektir (Bernstein ve Putnam 1986, Carlson 1993). DES dissosiyatif bozuklukları taramada ve dissosiyatif yaşantıları derecelendirmede kullanılır. Tanı koydurucu bir ölçek değildir.

Türkçe versiyonunu Vedat Şar, İlhan Yargıç ve Hamdi Tutkun tarafından oluşturularak geçerlilik ve güvenilirliği gösterilmiştir (Yargıç ve ark. 1995) olan DES Türkiye’de birçok çalışmada kullanılmıştır (Yargıç ve Tutkun 1994, Yargıç ve Şar 1995, Tutkun ve Yargıç 1995, Akyüz 1996, Şar ve Tutkun 1996, Tutkun ve Şar 1996, Zoroğlu 1996). İlk biçimi görsel analog yöntemle dayalı işaretleme gerektiren DES, değerlendirmede kolaylık sağlamak amacıyla sayısal yoldan işaretlenebilir hale getirilerek DES-II olarak bilinen yeni biçimi oluşturulmuştur. DES-II’nin Türkçe versiyonunun geçerlilik güvenilirliği gösterilmiştir.

Toplam 28 soru içermekte ve denek bunların her biri için 0-100 arasında onar puanlık aralarla yanıt puanını işaretlemektedir. Her madde görülüş sıklığına göre 0-100 arasında puanlanır (10,20,30,40...). Bu puanların toplanıp 28’e bölünmesi ile ortalama toplam puan elde edilir. Türkiye’de yapılan çalışmalar sonucunda ortalama toplam puanı 30 ve üzerinde olan psikiyatri hastalarında bir dissosiyatif bozukluk bulunma olasılığı yüksektir (14, 99, 114).

6- Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) (Family assessment Device)

Bir bütün olarak aile sisteminin çeşitli boyutları hakkında bilgi toplamak ve bu bilgiyi direk olarak aile üyelerinden almak üzere Epstein, Bolwin ve Bishop tarafından 1983’de geliştirilmiştir. McMaster Aile İşlevleri Modelinin (MMFF) klinik olarak aile üzerinde uygulanmasıyla elde edilmiştir. Bu ölçek ailenin yapısal ve örgütsel özelliğini ve aile üyeleri arasındaki ilişki ve etkileşimi “sağlıklı” ve “sağlıksız” olarak ayırt edebilecek şekilde tanımlanmıştır. Ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışması ülkemizde Işıl Bulut (1990) tarafından yapılmıştır (20, 24, 37)

60 maddeden ve yedi alt-ölçekten oluşur; problem çözme, iletişim, rollerin dağılımı, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel fonksiyonlar. Bu alt-ölçeklerden 6 tanesi MMFF’de ele alınan alt-ölçeklerdir. 7.si yani genel fonksiyonlar Aile Değerlendirme Ölçeği’nde eklenmiştir ve ailenin sağlıklı olup olmadığını genel olarak değerlendirilmektedir.

Aile Değerlendirme Ölçeği, 12 yaşın üzerindeki tüm aile üyelerine bireysel uygulanır ve soruları son 2 ayı değerlendirerek yanıtlamaları istenir.

1- PROBLEM ÇÖZME (Problem Solving) : Ailenin etkili bir şekilde işlevlerini yerine getirebileceği düzeyde maddi ve manevi sorunlarını çözebilme becerisi olarak açıklanmaktadır. Sorunun ortaya çıkışından çözülmesine kadar olan dönemi kapsar (6 madde ADÖ’nin 2, 12, 24, 38, 50 ve 60. sorularında yer almaktadır).

2- İLETİŞİM (Communication): İletişim, aile üyeleri arasındaki bilgi alışverişi biçiminde tanımlanabilir. Burada ailenin etkili bir iletişim içinde olup olmadığı ölçülmek istenmektedir. Bu nedenle üyeler arası sözlü iletişimin açık olup olmadığı, kişilerin söylemek istediklerini doğrudan doğruya ifade edip edemedikleri üzerinde durulmaktadır. Etkili iletişim açık ve dolaysız olmalıdır (9 madde ADÖ’nin 3, 14, 18, 22, 29, 35, 43, 52 ve 59. sorularında yer almaktadır).

3- ROLLER (Roles): Ailenin maddi ve manevi ihtiyaçlarını karşılayan davranış kalıplarıdır. Ailenin kaynaklarının kullanımı, bakıp büyütmeye, destekleme ve kişisel gelişim sağlama aile sistemini idare etme gibi konularda davranış kalıbı geliştirip geliştirmediğini araştırır. Para, konut, giyim, yeme gibi maddi ihtiyaçların karşılanması rollere bağlı olarak ele alınmaktadır. Bu konuda işlevsel bir aile çocukların ve ebeveynin bakımı, beslenme ve gelişmesini sağlayacak şekilde rollerini benimsemiş olan ailelerdir. İşlevler, para, sağlık gibi konularda kural koymayı ve karar

vermeyi gerektirir (11 madde ADÖ'nin 4, 8, 10, 15, 23, 30, 34, 40, 45, 53 ve 58. sorularında yer almaktadır).

4- DUYGUSAL TEPKİ VEREBİLME (Affective Responsiveness): Aile üyelerini her türlü uyaran karşısında en uygun tepkiyi göstermesi anlamına gelmektedir. Sevgi, mutluluk, neşenin yanı sıra, kızgınlık, üzüntü, korku, utanç gibi duyguların sözle veya davranışlarla ifade edilebilir olması sağlıklılığı gösterir (6 madde ADÖ'nin 9, 19, 28, 39, 49 ve 59. sorularında yer almaktadır).

5- GEREKEN İLGİYİ GÖSTERME (Affective Involvement): Aile üyelerinin birbirine gösterdiği ilgi, bakım ve sevgiyi içerir. En sağlıklı aileler birbirleriyle orta derecede ilgilenirler. Az veya çok ilgilenen aileler, bu konudaki işlevlerini yeterince yerine getirmiyorlar demektir (7 madde ADÖ'nin 5, 13, 25, 33, 37, 42 ve 54. sorularında yer almaktadır).

6- DAVRANIŞ KONTROLÜ (Behavior Control): Aile üyelerinin davranışlarına standart koyma ve disiplin sağlama biçimidir. Bu alt-ölçekte psikolojik ve sosyal tehlike karşısındaki davranışlar değerlendirilir. Ayrıca kontrolün esnek, katı, serbest ve düzensiz oluşu da bu alt-ölçekte ele alınmaktadır (9 madde ADÖ'nin 7, 17, 20, 27, 32, 44, 47, 48 ve 55. sorularında yer almaktadır).

7- GENEL FONKSİYONLAR (General Functions): Yukarıda ifade edilen tüm boyutları kapsayacak şekilde genel bilgi toplamayı amaçlar (11 madde ADÖ'nin 1, 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 46, 51 ve 56. sorularında yer almaktadır).

ADÖ'de seçeneklere 1'den 4'e kadar puanlar verilmektedir. Buna göre, "aynen katılıyorum" seçeneğini işaretleyenler 1 puan, "büyük ölçüde katılıyorum" seçeneğini işaretleyenler 2 puan, "biraz katılıyorum" seçeneğini işaretleyenler 3 puan ve "hiç katılmıyorum" seçeneğini işaretleyenler 4 puan almaktadır.

Ölçekte bazı maddeler olumlu, bazı maddeler olumsuz anlama gelecek biçimde hazırlanmış olduğundan bir kısım sorulara "aynen katılıyorum" cevabı, bir kısmında ise "hiç katılmıyorum" cevabı, sağlıklı olmayı göstermektedir.

ADÖ'nün değerlendirilmesi, belirtilen işlemler tamamlandıktan sonra, bir birey için bir boyuttan alınan toplam puan, o boyuttaki soru sayısına bölünerek ortalama puanın elde edilmesiyle hesaplanmaktadır.

Her alt-ölçek için hesaplanan puan ortalaması 2 ve üzerindeyse bu sağlıksızlık göstergesidir. Bu rakam 4'e yaklaştıkça o işlev açısından sağlıksızlığın arttığı söylenebilir.

Kısaltmalar:

Baba olumlu, anne olumlu: Ebeveynin **OLUMLU** özellikleri olarak: Hoşgörülü, Samimi, Sakin, Girişken, Çalışkan, Konuşkan.

Baba olumsuz, anne olumsuz: Ebeveynin **OLUMSUZ** özellikleri olarak: Otoriter, Soğuk, Sinirli, Pasif, Tembel, Suskun.

16 yaş altı kısa fiziksel ve seksüel kullanım anketindeki bazı kısaltmalarda neler sorulduğu;

KKA 1: Herhangi bir nedenle annenizden 1 aydan fazla süren bir **ayrılık** oldu mu/ olmuş mu?

KKA 2; Ailenizde **alkol veya madde bağımlılığı** olan birey var mı?

KKA 3; Ailenizde şiddetli **cezalandırılma** yaşantınız (bir cisimle vurma şeklinde) oldu mu?

KKA 4; Şiddetli **cezalandırılma** sonucu sizde veya kardeşinizde yaralanma oldu mu?

KKA 5; Anne-babanız arasında fiziksel şiddete **tanık** oldunuz mu?

KKA 6; Yakınlarınız dışında **cinsel taciz** veya cinsel ilişkiye zorlandınız mı?

KKA 7; Bir yakınınız tarafından **cinsel taciz** veya cinsel ilişkiye zorlandınız mı?

KKA 8; Sizde ve/veya ailenizde ciddi **hastalık** oldu mu?

Ayrıca KKA ları kendi aralarında da gruplandırdık.

Aile içi ihmal (KKA 1), alkol (KKA 2), hastalık (KKA 8) öyküsünü bir grupta (**KKA 128**),

Aile dışı (KKA 6) ve içi(ensest) (KKA 7) cinsel kötüye kullanımı bir grupta (**KKA 67**),

Aile içi fiziksel cezalandırılma (KKA 3), yaralanma (KKA 4), ve tanık olmayı (KKA 5) bir grupta (**KKA 345**) topladık.

KKA sorularından kaç tanesine yanıt verdiklerini de 1-2-3-4-5-6-7 olarak **KKA toplamda** gösterdik.

Ayrıca KKA sorularından kaç tanesini işaretledikleri iki gruba ayrılarak bakılmıştır. 1-3 tanesini işaretleyenler ve 4-7 tanesini işaretleyenler şeklinde ayırım yapılmıştır.

Dissosiyatif yaşantı ölçeğinin (DES) değişik grup dağılımlarını yaptık.

DES grup 1 (onluk (0-9,9) (10-19,9) (20- 29,9) (30 ve üstü)),

DES grup 2 olarak (30 altı ve üstü). Böylece dağılımı daha iyi görebildik.

Belirti tarama listesi (SCL-90-R) 11 alt başlıktan oluşuyor. Kısaltma kullanarak SCL1 (S) somatizasyon, SCL2 (A) anksiyete, SCL3 (OK) obsesif-kompulsif özellikler, SCL4 (D) depresyon, SCL5 (KD) kişiler arası ilişkilerde duyarlılık, SCL6 (PS) psikotizm, SCL7 (PD) paranoid düşünce (PD), SCL8 (OFD) öfke ve düşmanlık, SCL9 (FA) fobik anksiyete, SCL10 EK ve SCL11 (GSİ) Genel semptom indeksi olmak üzere kısaltılmıştır.

Aile değerlendirme ölçeği (ADO) içinde tabloda kullanırken bazı kısaltmalar yapılmıştır.

Problem çözme (ADO1 PROB), iletişim (ADO2 İLETİ), roller (ADO3 ROL), duygusal tepki verebilme (ADO4 DUY), gereken ilgiyi gösterme(ADO5 GI), davranış kontrolü(ADO6 DAV), genel fonksiyonlar(ADO7 GEN) şeklinde kısaltılmıştır.

BULGULAR

Sosyodemografik Özellikler: Çalışmaya Dicle Üniversitesinin 2003-2004 döneminde değişik fakülte ve yüksek okullarında öğrenim gören birinci sınıf öğrencileri alındı. Çalışmaya 500 öğrenci gönüllü olarak katıldı. Eksik bilgi, gibi nedenlerden yaklaşık 35 anket değerlendirme dışı bırakıldı. Toplam 485 öğrenci değerlendirmeye alındı. Öğrencilerin 265'i %54.6 erkek, 220'si %45.4 kız öğrenciydi. Araştırmaya katılan öğrencilerin bazı demografik özelliklerinin (yaş grupları, kardeş sayısı ve ebeveyn eğitim düzeyi) cinsiyetlere göre ve toplam dağılımları Tablo 12'de verilmiştir.

Yaş gruplarına göre dağılımları (n=485) 17-18 yaş arasında 28 kişi %5.1, 19-20 yaş arasında 245 kişi %50.5, 21-22 yaş arasında 142 kişi %29.3, 23-24 yaş arasında 50 kişi %10.3, 25 ve üzeri yaş grubunda 20 kişi %4.1 olarak bulundu. Yaş grupları cinsiyetler göre değerlendirildiğinde 17-19 yaş aralığında kızların %61.4'ü bulunurken erkeklerin %41.5'i vardı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($P=0.000$) bulunmuştur ($P<0.05$). Kardeş sayısı açısından dağılımları incelendiğinde (n=477); kardeşi olmayıp tek çocuk olan 13 kişi %2.7, 1 veya 2 kardeşi olan 113 kişi %23.7, 3 veya 4 kardeş olan 140 kişi %29.4, 5 veya 6 kardeşi olan 88 kişi %18.4, 7 veya 8 veya 9 kardeş olan 85 kişi %17.8, 10 veya üzeri kardeşi olan 38 kişi %8.0 olarak bulunmuştur. Kardeş sayısının cinsiyetler göre değerlendirdiğimizde kızların 1-2 kardeşe sahip olma %30.9 iken bu oran erkeklerde %17.7 olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark anlamlı ($P=0.019$) bulunmuştur ($P<0.05$) (Tablo12). Grupların karşılaştırılmasında chi square testi uygulanmıştır.

Tablo 12: Cinsiyetlere göre bazı demografik özelliklerin dağılımı.

		ERKEK		KIZ		TOPLAM	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
YAŞ GRUBU	17-18 yaş	8	3.0	20	9.1	28	5.8
	19-20 yaş	110	41.5	135	61.4	245	50.5
	21-22 yaş	95	35.8	47	21.4	142	29.3
	23-24 yaş	39	14.7	11	5.0	50	10.3
	25 ve üzeri	13	4.9	7	3.2	20	4.1
	Toplam	265	54.6	220	45.4	485	100.0
$P=0.000$							
KARDEŞ SAYISI	Kardeşi yok	7	2.7	6	2.8	13	2.7
	1-2 kardeş	46	17.7	67	30.9	113	23.7
	3-4 kardeş	79	30.2	61	28.1	140	29.4
	5-6 kardeş	50	19.2	38	17.5	88	18.4
	7-9 kardeş	52	20.0	33	15.2	85	17.8
	10 ve üzeri	26	10.0	12	5.5	38	8.0
	Toplam	260	54.5	217	45.5	477	100.0
$P=0.019$							
BABANIN EĞİTİM DÜZEYİ	O-Y değil	32	12.2	12	5.5	44	9.2
	Okur yazar	23	8.8	12	5.5	35	7.3
	İlkokul	78	29.8	58	26.7	136	28.4
	Orta okul	40	15.3	31	14.3	71	14.8
	Lise	58	22.1	55	25.3	113	23.6
	Üniversite	31	11.8	49	22.6	80	16.7
	Toplam	262	54.7	217	45.3	479	100.0
$P=0.005$							
ANNENİN EĞİTİM DÜZEYİ	O-Y değil	126	48.0	67	31.0	193	40.4
	Okur yazar	25	9.5	21	9.7	46	9.6
	İlkokul	75	28.6	63	29.2	138	28.9
	Orta okul	15	5.7	18	8.3	33	6.9
	Lise	17	6.5	36	16.7	53	11.1
	Üniversite	4	1.5	11	5.1	15	3.1
	Toplam	262	54.8	216	45.2	478	100.0
$P=0.000$							

Öğrencilerin babasının eğitim düzeyine göre dağılımı (n=479); okur-yazar değil 44 %9.2, okur-yazar 35 %7.3, ilkokul mezunu 136 %28.4, orta okul mezunu 71 %14.8, lise mezunu 113 %23.6, üniversite mezunu 80 %16.7 şeklinde idi. Babasının eğitim durumunun cinsiyetler göre değerlendirdiğimizde kız öğrencilerin babalarının %22.6'sı üniversiteli iken erkek öğrencilerde bu %11.8 olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark (P= 0.005) bulunmuştur. (P<0.05) Kız öğrencilerin babasının eğitim durumu daha fazla çıkmıştır. (Tablo 12)

Aynı şekilde annenin eğitim düzeyine bakıldığında (n=478); okur-yazar değil 193 %40.4, okur-yazar 46 %9.6, ilkokul mezunu 138 %28.9, orta okul mezunu 33 %6.9, lise mezunu 53 (%11.1), üniversite mezunu 15 (%3.1) şeklinde dağılıyordu. Annenin eğitim durumunun cinsiyetler göre değerlendirdiğimizde kızların annelerinin %5.1'i üniversiteli iken erkeklerde bu %1.5 olup gruplar arasında istatistiksel olarak daha da anlamlı fark (P= 0.000) bulunmuştur. (P<0.05) Kızların annelerinin eğitim düzeyi erkeklerinkinden babanın eğitim durumundaki gibi fazladır. (Tablo 12)

Cinsiyetlere göre ebeveyn özellikleri dağılımı incelendiğinde. (Tablo 13) Ankete katılan öğrencilere ebeveynlerinin evliliklerinin devam ettirip ettirmediği ile ilgili soruya (n=459) anne-babası boşanmış 6 kişi %1.3, anne-babası boşanmamış 453 kişi %98.7 olarak cevap verdiler. Ebeveynlerin evlilik durumları cinsiyetler göre incelendiğinde kız ve erkek gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark (P= 1,0) bulunamamıştır. (P>0.05)

Öğrencilerin ebeveyn kaybı sorulduğunda (n=449); ebeveyn kaybı olmayan 409 kişi %91.1, olan 40 kişi %8.9 olarak bulundu. Cinsiyetler arasında ebeveyn kaybı olup olmadığı incelendiğinde istatistiksel açıdan fark (p=0.9) bulunamamıştır. (p>0,05)

Öğrencilere üvey ebeveyni olup olmadığı sorulduğunda (n=429); üvey ebeveyni olmayan 417 kişi %97.2, olan 12 kişi %2.8 olarak bulundu. Cinsiyetler arasında üvey ebeveyne sahip olup-olmama incelendiğinde istatistiksel açıdan fark (p=0.4) bulunamamıştır. (p>0.05) (Tablo 13) Grupların karşılaştırılmasında chi square testi uygulanmıştır.

Tablo 13: Cinsiyetlere göre ebeveyn özelliklerinin dağılımı.

		ERKEK		KIZ		TOPLAM	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
ANNE-BABA AYRILIĞI	Boşanmamış	248	98.8	205	98.6	453	98.7
	Boşanmış	3	1.2	3	1.4	6	1.3
	Toplam	251	54.7	208	45.3	459	100,0
P=1.0							
EBEVEYN KAYBI	Yok	228	91.2	181	91.0	409	91.1
	Var	22	8.8	18	9.0	40	8.9
	Toplam	250	55.7	199	44.3	449	100.0
P=0.9							
ÜVEY EBEVEYN	Yok	227	96.6	190	97.9	417	97.2
	Var	8	3.4	4	2.1	12	2.8
	Toplam	235	54.8	194	45.2	429	100.0
P=0.4							

Ankete katılan öğrencilerin alışkanlıkları (n=453) incelendi. Buna göre öğrenciler arasında; sigara kullanan 162 kişi %35.8, alkol kullanan 82 kişi %18.1, diğer (uyuşturucu amaçla alınan) 3 kişi %0.66, sigara ve alkolü birlikte alan 66 kişi %14.6, sigara, alkolü ve uyuşturucuyu birlikte alan 2 kişi %0.4 vardır. Sigara ve alkol kullanımı açısından cinsiyetlere göre; kızlarda sigara kullanımı %19.1 ve alkol kullanımı %3.8 iken erkeklerde bu oran sırasıyla %47.1 ve %28.6 olarak bulunmuş olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır. (p=0.000) (p<0.05) (Tablo 14) Grupların karşılaştırılmasında chi square testi uygulanmıştır.

Tablo 14: Cinsiyetlere göre alışkanlık özelliklerinin dağılımları.

		ERKEK		KIZ		TOPLAM	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
SİGARA KULLANIMI	İçmiyor	137	52.9	169	80.9	306	65.4
	İçiyor	122	47.1	40	19.1	162	34.6
	Toplam	259	55.3	209	44.7	468	100.0
P= 0.000							
ALKOL KULLANIMI	İçmiyor	185	71.4	201	96.2	386	82.5
	İçiyor	74	28.6	8	3.8	82	17.5
	Toplam	259	55.3	209	44.7	468	100.0
P= 0.000							

Ailenin ikamet yerine bakıldığında (n=481); ailesi köyde olanlar 56 kişi %11.6, ilçede olanlar 120 kişi %24.9, il merkezinde olanlar 305 kişi %63.4 kadardı. Ailenin ikamet yeri cinsiyetlere göre değerlendirildiğinde; kız öğrencilerin ailelerinin %69.1'i il merkezinde iken erkek öğrencilerde daha dengeli bir dağılım olup fark istatistiksel açıdan anlamlı (p=0.002) bulunmuştur.(p<0.05)

Öğrencilere göç edip etmedikleri sorulduğunda (n=403); 328 kişi %81.4 göç öyküsü vermezken, 75 kişide %18.6 göç öyküsü vardır. Cinsiyetlere göre göç öyküsü değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark (p=0.25) yoktur. (p>0.05)

Ankete katılan öğrencilerin evlerindeki oda sayısı (n=477); 1 odası olanlar 5 kişi %1.0, 2 odası olanlar 38 kişi %8.1, 3 odası olanlar 149 kişi %31.2, 4 odası olanlar 244 kişi %51.2, 5 odası olanlar 41 kişi %8.6'dır. Cinsiyetlere göre oda sayısı incelendiğinde; kız öğrencilerin ailelerinin %59.9'unun evleri 4 odalıyken bu erkek öğrencilerde %43.3 olarak bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı fark (p=0.000) vardır. (p<0.05)

Ankete katılan öğrencilere kendilerine göre ekonomik durumlarını (n=472) üst, orta ve alt olarak değerlendirmeleri istendiğinde; 81 kişi %17.2 alt, 381 kişi %80.7 orta, 10 kişi %2.1 üst ekonomik seviyede olarak tanımladı. Ekonomik durum cinsiyetlere göre analiz edildiğinde; kız öğrencilerin %89.3'ü orta ekonomik düzeyi tariflerken bu erkek öğrencilerde %73.4 olup fark istatistiksel olarak anlamlı (p=0.000) bulunmuştur. (p<0.05) (Tablo 15) Grupların karşılaştırılmasında chi square testi uygulanmıştır.

Tablo 15: Cinsiyetlere göre ailelerinin ikame özellikleri.

		ERKEK		KIZ		TOPLAM	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
AİLENİN İKAMET YERİ	Köy	43	16.3	13	6.0	56	11.6
	İlçe	66	25.0	54	24.9	120	24.9
	İl	155	58.7	150	69.1	305	63.4
	Toplam	264	100.0	217	100.0	481	100.0
P= 0.002							
GÖÇ ÖYKÜSÜ	Yok	173	79.3	155	83.8	328	81.4
	Var	45	20.7	30	16.2	75	18.6
	Toplam	218	54.1	185	45.9	403	100.0
P=0.25							
EVDEKİ ODA SAYISI	1 oda	7	2.7	1	0.4	8	1.7
	2 oda	30	11.4	8	3.7	38	7.9
	3 oda	85	32.3	64	29.5	149	31.0
	4 oda	114	43.3	130	59.9	244	50.8
	5 oda	27	10.3	14	6.5	41	8.5
	Toplam	263	54.8	217	45.2	480	100.0
P=0.000							
EKONOMİK DURUM TARİFİ	Alt	61	23.8	20	9.3	81	17.2
	Orta	188	73.4	193	89.3	381	80.7
	Üst	7	2.8	3	1.4	10	2.1
	Toplam	256	54.2	216	45.8	472	100.0
P=0.000							

Tablo 16’de araştırmaya alınan öğrencilere ait bazı değerlerin ortalama ve ortancaları görülmektedir. Ailenin kaçınıcı çocuğu oldukları (n=434) incelendiğinde; ortalama 3.3 ($\pm$ 2.5 ve ortanca 3) Erkeklerin (n=236) ortalama 3.5 ($\pm$ 2.7 ortanca 3) iken kızların (n=198) ortalama 3.1 ($\pm$ 2.2 ortanca 3) olarak bulundu.

485 katılımcının yaş ortalama 20.6 ($\pm$ 1.9 ve ortanca 20) olarak bulunmuştur. 265 erkek katılımcının yaş ortalama 21.0 ($\pm$ 2.7 ve ortanca 21), 220 kız katılımcının yaş ortalama 20.2 ($\pm$ 1.8 ortanca 20)dir.

Ankete yanıt veren 348 kişinin ailesinin aylık geliri ortalama 724,50 YTL ($\pm$ 579,40 ortanca 600,00)dür. 206 erkek katılımcının ailesinin aylık geliri ortalama 709,60 ($\pm$ 629,60 ortanca 505,00) dir. 142 kız katılımcının aile aylık geliri ortalama 746,20 ($\pm$ 499,10 ortanca 650,00) dir. (Not: Ekim 2003 ile mayıs 2004 arasında dolar 1350,00 ila 1450.00 YTL arasında değişmekteydi.)

480 katılımcının ailelerinin evlerindeki oda sayısı ortalama 3.6 ($\pm$ 0.8 ve ortanca 4) tür. 263 erkek katılımcının ailelerinin evlerindeki oda sayısı ortalama 3.5 ($\pm$ 0.9 ve ortanca 4) tür. 217 kız katılımcının ailelerinin evlerindeki oda sayısı ortalama 3.7 ($\pm$ 0.7 ve ortanca 4) tür. (Tablo 16)

Tablo 16: Araştırmaya alınan öğrencilere ait bazı değerlerin ortalama ve ortancaları.

		ERKEK	KIZ	TOPLAM
AİLENİN KAÇINCI ÇOCUĞU OLDUĞU	n	236	198	434
	Ortalama	3.5	3.1	3.3
	Standart sapma	2.7	2.2	2.5
	ortanca	3	3	3
YAŞ	n	265	220	485
	Ortalama	21.0	20.2	20.6
	Standart sapma	1.8	1.8	1.9
	ortanca	21	20	20
AYLIK GELİR (YTL)	n	206	142	348
	Ortalama	709.60	746.20	724.50
	Standart sapma	629.60	499.10	579.40
	ortanca	505.00	650.00	600.00
EVDEKİ ODA SAYISI	n	263	217	480
	Ortalama	3.5	3.7	3.6
	Standart sapma	0.9	0.7	0.8
	ortanca	4	4	4

Araştırmaya katılan öğrencilere uygulanan testlerden Kısa fiziksel ve cinsel kötüye kullanım anketinin (KKA) değişik alt itemlerinin cinsiyetlere göre dağılımı verilmiştir. Öğrencilerin KKA 2, KKA 3, KKA 4, KKA 5, KKA 7, KKA 8, KKA toplam, KKA128, KKA 345 ve KKA 67 değerlerinin cinsiyetlere göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Ancak erkek öğrencilerde KKA 1 (anneden 1 aydan fazla süren ayrılık) değerleri var olanlar 138 kişi %53.9 olmayan 118 kişi %46.1 iken kız öğrencilerde KKA 1 değerleri var olanlar 86 kişi % 41.5 olmayan 121 kişi %58.5 bulunmuş olup KKA 1 bakımından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak fark vardır($p=0.009$) Aynı şekilde KKA 6’nın cinsiyetlere göre dağılımları incelendiğinde kızların %12.9’u erkeklerinse %7.0’ı yakın dışı cinsel kötüye kullanım tariflemiş olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır($p=0.04$). ($P<0.05$) (Tablo 17) Grupların karşılaştırılmasında chi square testi uygulanmıştır.

Tablo 17: Araştırmaya katılan öğrencilere uygulanan fiziksel ve cinsel kötüye kullanım anketinin (KKA) değişik alt itemlerinin cinsiyetlere göre dağılımı.

		ERKEK		KIZ		TOPLAM	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
KKA 1 (anneden 1 aydan fazla süren ayrılık)	Yok	118	46.1	121	58.5	239	51.6
	Var	138	53.9	86	41.5	224	48.4
	Toplam	256	55.3	207	44.7	463	100.0
P= 0.009							
KKA 2 (alkol/madde kullanan ebeveyn)	Yok	235	90.7	181	87.0	416	89.1
	Var	24	9.3	27	13.0	51	10.9
	Toplam	259	55.5	208	44.5	467	100.0
P=0.2							
KKA 3 (fiziksel cezalandırılma)	Yok	195	75.6	169	80.9	364	77.9
	Var	63	24.4	40	19.1	103	22.1
	Toplam	258	55.2	209	44.8	467	100.0
P= 0.18							
KKA 4 (fiziksel yaralanma)	Yok	227	90.1	181	87.9	408	89.1
	Var	25	9.9	25	12.1	50	10.9
	Toplam	252	55.0	206	45.0	458	100.0
P= 0.4							
KKA 5 (ebeveyn arasındaki şiddete tanıklık)	Yok	172	67.5	130	62.2	302	65.1
	Var	83	32.5	79	37.8	162	34.9
	Toplam	255	55.0	209	45.0	464	100.0
P= 0.2							
KKA6 (yakın dışı cinsel kötüye kullanım)	Yok	239	93.0	183	87.1	422	90.4
	Var	18	7.0	27	12.9	45	9.6
	Toplam	257	55.0	210	45.0	467	100.0
P= 0.04							
KKA 7 (yakınlarının cinsel kötüye kullanım)	Yok	240	93.4	190	93.1	430	93.3
	Var	17	6.6	14	6.9	31	6.7
	Toplam	257	55.7	204	44.3	461	100.0
P=0.9							
KKA8 (aile içinde hastalık öyküsü)	Yok	152	59.6	126	60.0	278	59.8
	Var	103	40.4	84	40.0	187	40.2
	Toplam	255	54.8	210	45.2	465	100.0
P=0.9							
KKA toplam (verilen toplam yanıt sayısı)	Olmayan	49	18.9	48	22.6	97	20.6
	1 yanıt	69	26.6	60	28.3	129	27.4
	2 yanıt	71	27.4	42	19.8	113	24.0
	3 yanıt	35	13.5	35	16.5	70	14.9
	4 yanıt	22	8.5	13	6.1	35	7.4
	5 yanıt	10	3.9	7	3.3	17	3.6
	6 yanıt	2	0.8	4	1.9	6	1.3
	7 yanıt	1	0.4	3	1.4	4	0.8
	Toplam	259	55.0	212	45.0	471	100.0
P=0.3							
KKA 128 (KKA 1,2,8'den en az birine yanıt veren)	Yok	78	30.2	80	37.7	158	33.6
	Var	180	69.8	132	62.3	312	66.4
	Toplam	258	54.9	212	45.1	470	100.0
P=0.8							
KKA 345 (KKA 3,4,5'den en az birine yanıt veren)	Yok	140	54.3	114	54.0	254	54.2
	Var	118	45.7	97	46.0	215	45.8
	Toplam	258	55.0	211	45.0	469	100.0
P= 0.9							
KKA 67 (KKA 6,7'den en az birine yanıt veren)	Yok	232	89.9	180	85.7	412	88.0
	Var	26	10.1	30	14.3	56	12.0
	Toplam	258	55.1	210	44.9	468	100.0
P=0.1							

Araştırmaya katılan öğrencilere uygulanan bazı testlerden Borderline ve DES'in (Dissosiyatif Yaşantı Ölçeği) cinsiyetler göre dağılımları aşağıda verilmiştir.

DSM-III-R'ye göre hazırlanmış SCID-II borderline görüşme çizelgesi sonuçları yok, var ve eşik altı şeklinde değerlendirmeye tabii tutulmuştur. Tablo: 7'de görüldüğü gibi araştırmaya alınan öğrencilerin Borderline kişilik özelliğine bakıldığında, erkek öğrencilerin 147'sinin %55.5 borderline kişilik özelliği olduğu, 75'inin %28.3 eşik altı değerinde, 43'ünde olmadığı %16.2 bulundu. Aynı değerler kadın öğrencilerde ise sırasıyla 128 kişi %58.7, 66 kişi %30.3 ve 24 kişi (%11,0) kadardı. Borderline, DES grup1 ve DES grup2 değerlerinin cinsiyetlere göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$). (Tablo 18) Grupların karşılaştırılmasında chi square testi uygulanmıştır.

Tablo 18: Öğrencilerin Borderline ve DES açısından cinsiyetler göre dağılımları.

ÖZELLİKLER		ERKEK		KIZ		TOPLAM	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
BORDERLINE	Yok	43	16.2	24	11.0	67	13.9
	Var	147	55.5	128	58.7	275	56.9
	Eşik altı	75	28.3	66	30.3	141	29.2
	Toplam	265	54.9	218	45.1	483	100.0
P=0.2							
DES grup1 Dissosiyatif yaşantı	0-9,99	53	21.5	42	21.2	95	21.3
	10-19,99	63	25.5	61	30.8	124	27.9
	20-29,99	59	23.9	41	20.7	100	22.5
	30 ve üstü	72	29.1	54	27.3	126	28.3
	Toplam	247	55.5	198	44.5	445	100.0
P= 0.6							
DES2 grup2 Dissosiyatif yaşantı	0-29,99	175	70.9	144	72.7	319	71.7
	30 ve üstü	72	29.1	54	27.3	126	28.3
	Toplam	247	55.5	198	44.5	445	100.0
P=0.6							

Öğrencilere uygulanan SCL 90-R, DES ve ADO ortalamalarının cinsiyetlere göre karşılaştırılmasında belirti tarama listesinden; SCL1 (S) somatizasyon kızlarda 1.2 ± 0.7 ve erkeklerde 1.0 ± 0.6 olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p=0.000$) SCL2 (A) anksiyete kızlarda 1.2 ± 0.7 ve erkeklerde 1.0 ± 0.7 olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p=0.017$) SCL4 (D) depresyon kızlarda 1.5 ± 0.7 ve erkeklerde 1.2 ± 0.7 olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p=0.000$) SCL5 (KD) kişiler arası ilişkilerde duyarlılık kızlarda 1.5 ± 0.7 ve erkeklerde 1.3 ± 0.7 olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p=0.03$) SCL9 (FA) fobik anksiyete kızlarda 0.6 ± 0.7 ve erkeklerde 0.7 ± 0.6 olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p=0.002$) SCL11 (GSİ) genel semptom indeksi kızlarda 1.3 ± 0.6 ve erkeklerde 1.1 ± 0.5 olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.006$) istatistiksel açıdan anlamlıdır. ($p<0.05$) (Tablo 19)

SCL3 (OK) obsesif-kompulsif özellikler, SCL6 (PS) psikotizm, SCL9 (PD) paranoid düşünce, SCL8 (OFD) öfke ve düşmanlık, SCL10 EK alt ölçeklerinde ise ortalamalarının cinsiyetlere göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark yoktur($p>0.05$).

Aynı şekilde DES ortalamasında da cinsiyetlere göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark yoktur ($p>0.05$).

Aile Değerlendirme Ölçeğinden; duygusal tepki verebilme (ADO4 DUY) ($p=0.002$) ve gereken ilgiyi gösterme (ADO5 GI) ($p=0.007$) istatistiksel açıdan cinsiyetlere göre karşılaştırılmasında anlamlı bulunmuştur. ($p<0.05$).

Ancak Problem çözme (ADO1 PROB) ($p=0.3$), iletişim (ADO2 İLETİ) ($p=0.1$), roller (ADO3 ROL) ($p=0.07$), davranış kontrolü (ADO6 DAV) ($p=0.3$), genel fonksiyonlar (ADO7 GEN) ($p=0.2$) gibi diğer Aile değerlendirme ölçeğinin birimleri ise ortalamalarının cinsiyetlere göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$). (Tablo 19) ortalamaların karşılaştırılmasında one sample T testi uygulanmıştır.

Tablo 19: Öğrencilere uygulanan SCL 90-R, DES ve ADO ortalamalarının cinsiyetlere göre karşılaştırılması

	CİNS	Kişi sayısı (N)	Ortalama	Standart sapma	P
SCL1 (S) Somatizasyon	Erkek	246	1.0	0.6	0.000
	Kız	205	1.2	0.7	
SCL2 (A) Anksiyete	Erkek	252	1.0	0.7	0.017
	Kız	208	1.2	0.7	
SCL3 (OK) Obsesif-kompulsif	Erkek	250	1.4	0.7	0.07
	Kız	206	1.5	0.7	
SCL4 (D) Depresyon	Erkek	250	1.2	0.7	0.000
	Kız	209	1.5	0.7	
SCL5 (KD) Kişiler arası duyarlılık	Erkek	250	1.3	0.7	0.03
	Kız	209	1.4	0.7	
SCL6 (PS) Psikotizm	Erkek	251	0.9	0.6	0.9
	Kız	209	0.9	0.6	
SCL7 (PD) Paranoid düşünce	Erkek	252	1.2	0.7	0.2
	Kız	209	1.3	0.7	
SCL8 (OFD) Öfke ve düşmanlık	Erkek	251	1.1	0.8	0.7
	Kız	209	1.1	0.8	
SCL9 (FA) Fobik anksiyete	Erkek	251	0.7	0.6	0.002
	Kız	209	0.9	0.7	
SCL10 (EK)	Erkek	249	1.3	0.7	0.3
	Kız	208	1.4	0.7	
SCL11 (GSI) Genel semptom indeksi	Erkek	235	1.1	0.5	0.006
	Kız	201	1.3	0.6	
DES	Erkek	247	23.3	16.0	0.4
Dissosiyatif yaşantı	Kız	198	22.2	14.5	
ADO1 PROB Problem çözme	Erkek	233	2.2	0.6	0.3
	Kız	181	2.3	0.7	
ADO2 İLETİ İletişim	Erkek	233	2.2	0.5	0.1
	Kız	182	2.1	0.6	
ADO3 ROL Roller	Erkek	233	2.2	0.4	0.07
	Kız	181	2.2	0.4	
ADO4 DUY Duygusal tepki ver.	Erkek	234	2.4	0.7	0.002
	Kız	181	2.1	0.7	
ADO5 Gİ Gereken ilgiyi gösterme	Erkek	232	2.4	0.4	0.007
	Kız	181	2.3	0.4	
ADO6 DAV Davranış kontrolü	Erkek	232	2.2	0.4	0.3
	Kız	180	2.2	0.4	
ADO7 GEN Genel fonksiyonlar	Erkek	233	1.9	0.6	0.2
	Kız	182	2.1	1.8	

Araştırmaya alınan öğrencilerin cinsiyet özelliklerine göre Belirti tarama Listesiyle (SCL-90-R) değerlerinin karşılaştırılması yapılmıştır. SCL1 (S) somatizasyon değerleri erkek öğrencilerde 0-0.99 arasında olanlar 129 kişi % 52.4, 1-4 arasında olanlar 117 kişi %47.6 iken kız öğrencilerde aynı değerler sırasıyla 79 kişi %38.5 ve 126 kişi % 61.5 olup cinsiyetler arasında somatizasyon özellik açısından fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p=0.003$). SCL4 (D) depresyon değerleri erkek öğrencilerde 1-4 arasında olanlar 149 kişiyle %59.6 iken kız öğrencilerde ise 149 kişiyle %71.3 olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.009$). SCL5 (KD) kişiler arası ilişkilerde duyarlılık değerleri erkek öğrencilerde 1-4 arasında olanlar 163 kişiyle %65.2 iken kız öğrencilerde ise 154 kişiyle %73.7 olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p=0.05$) SCL9 (FA) fobik anksiyete değerleri erkek öğrencilerde 1-4 arasında olanlar 74 kişiyle %29.5 iken kız öğrencilerde ise 88 kişiyle %42.1 olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.005$), ($P<0.05$) (Tablo 20)

Diğer alt birimlerde ise SCL2 (A) anksiyete, SCL6 (PS) psikotizm, SCL7 (PD) paranoid düşünce, SCL8 (OFD) öfke ve düşmanlık, SCL10 (EK) ve SCL11 (GSI) genel semptom indeksi açısından istatistiksel olarak anlamlı değer elde edilememiştir. ($p>0.05$) (Tablo 20) Grupların karşılaştırılmasında chi square testi uygulanmıştır.

Tablo 20: Araştırmaya alınan öğrencilerin cinsiyetlerinin belirti tarama listesi (SCL-90-R) değerleri açısından karşılaştırılması

		ERKEK		KIZ		TOPLAM	
		Sayı	sütun % si	Sayı	sütun % si	Sayı	%
SCL1 (S) Somatizasyon	0-0.99	129	52.4	79	38.5	208	46.1
	1-4	117	47.6	126	61.5	243	53.9
	Toplam	246	54.5	205	45.5	451	100.0
P=0.003							
SCL2 (A) Anksiyete	0-0.99	120	47.6	89	42.8	209	45.4
	1-4	132	52.4	119	57.2	251	54.6
	Toplam	252	54.8	208	45.2	460	100.0
P=0.3							
SCL3 (OK) Obsesif-kompulsif özellikler	0-0.99	62	24.8	36	17.5	98	21.5
	1-4	188	75.2	170	82.5	358	78.5
	Toplam	250	54.8	206	45.2	456	100.0
P=0.058							
SCL4 (D) Depresyon	0-0.99	101	40.4	60	28.7	161	35.1
	1-4	149	59.6	149	71.3	298	64.9
	Toplam	250	54.5	209	45.5	459	100.0
P=0.009							
SCL5 (KD) Kişiler arası ilişkilerde duyarlılık	0-0.99	87	34.8	55	26.3	142	30.9
	1-4	163	65.2	154	73.7	317	69.1
	Toplam	250	54.5	209	45.5	459	100.0
P=0.05							
SCL6 (PS) Psikotizm	0-0.99	134	53.4	121	57.9	255	55.4
	1-4	117	46.6	88	42.1	205	44.6
	Toplam	251	54.6	209	45.4	460	100.0
P=0.3							
SCL7 (PD) Paranoid düşünce	0-0.99	87	34.5	62	29.7	149	32.3
	1-4	165	65.5	147	70.3	312	67.7
	Toplam	252	54.7	209	45.3	461	100.0
P=0.26							
SCL8 (OFD) Öfke ve düşmanlık	0-0.99	113	45.0	96	45.9	209	45.4
	1-4	138	55.0	113	54.1	251	54.6
	Toplam	251	54.6	209	45.4	460	100.0
P=0.84.							
SCL9 (FA) Fobik anksiyete	0-0.99	177	70.5	121	57.9	298	64.8
	1-4	74	29.5	88	42.1	162	35.2
	Toplam	251	54.6	209	45.4	460	100.0
P=0.005							
SCL10 (EK)	0-0.99	76	30.5	62	29.8	138	30.2
	1-4	173	69.5	146	70.2	319	69.8
	Toplam	249	54.5	208	45.5	457	100.0
P=0.86							
SCL11 (GSI) Genel semptom indeksi	0-0.99	101	43.0	69	34.3	170	39.0
	1-4	134	57.0	132	65.7	266	61.0
	Toplam	235	53.9	201	46.1	436	100.0
P=0.065							

Araştırmaya katılan erkek grup için Dissosiyatif Yaşantı Ölçeği (DES) 30 keşim noktası belirlendiğinde (yani 0-29.99 ile 30 ve üstü olarak) borderline (p=0.000), SCL11 GSİ genel semptom indeksi (p=0.000), kısa fiziksel ve cinsel kötüye kullanım anketine verdikleri toplam yanıtların (KKA Toplamda 1-3 arasında olanlar ile 4-7 arasında olanların) karşılaştırıldığında (p=0.015) ve aynı anketin cinsel kötüye kullanımı içeren soruları (KKA 67) ile karşılaştırıldığında (P=0.022) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (p<0,05)

Araştırmaya katılan kız grup için Dissosiyatif Yaşantı Ölçeği (DES) ikiye ayrıldığında (yani 0-29.99 ile 30 ve üstü olarak) borderline (p=0.000), SCL11 GSİ genel semptom indeksi (p=0.000), kısa fiziksel ve cinsel kötüye kullanım anketine verdikleri yanıtların (KKA Toplamda 1-3 arasında olanlar ile 4-7 arasında olanların) karşılaştırıldığında (p=0.002) ve aynı anketin cinsel kötüye kullanımı içeren soruları (KKA 67) ile karşılaştırıldığında (P=0.008) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (p<0.05) (Tablo 21) Grupların karşılaştırılmasında chi square testi uygulanmıştır.

Tablo 21: Öğrencilerin cinsiyetleri ve DES grup2 (30 altı ve üstü) özelliklerinin Borderline, SCL11 GS , KKA 67, KKA Toplamda 1-3 arası işaretleyenler ile 4-7 arası işaretleyenlerin karşılaştırılması.

ÖZELLİK	ERKEK				KIZ				TOPLAM
	DES GRUP				DES GRUP				
	30 üstü		0-29.9 arası		30 üstü		0-29.9 arası		
	Kişi	%	Kişi	%	Kişi	%	Kişi	%	
BORDERLINE									
Yok	4	9.8	37	90.2	0	23.1	21	76.9	62
Var	54	39.7	82	60.3	49	46.7	67	53.3	252
Eşikaltı	14	20.0	56	80.0	5	26.8	55	73.2	130
Toplam	72	16.2	175	39.4	54	12.1	143	32.2	444
P= 0.000					P= 0.000				
SCL GS 11									
0-0.99	9	9.3	88	90.7	3	4.7	61	95.3	161
1-4	60	46.2	70	53.8	50	40.0	75	60.0	255
Toplam	69	16.5	158	37.9	53	12.7	136	32.6	416
P=0.000					P=0.000				
KKA TOPLAM									
1-3 arası	44	27.0	119	73.0	32	25.2	95	74.8	290
4-7 arası	16	48.5	17	51.5	15	56.6	12	44.4	60
Toplam	60	17.1	136	38.8	47	13.4	107	30.5	350
P=0.015					P=0.002				
KKA67 (KKA 6,7'den en az birine yanıt veren)									
Yok	60	27.5	158	72.5	37	23.1	123	76.9	378
Var	12	50.0	12	50.0	14	46.7	16	53.3	54
Toplam	72	16.6	170	39.3	51	11.8	139	32.1	432
P=0.022					P=0.008				

Öğrencilerin DES grup(0-29.9 ile 30 ve üstü) özelliklerinin bazı demografik verilerle: yaş grubu (P= 0.113), kardeş sayısı (P=0.479), baba eğitimi (P=0,1739, anne eğitimi (P=0.144), anne-baba boşanıp-boşanmaması (P=0.322), ebeveyn kaybı (P=0.058), üvey ebeveyn (P= 0.063) alışkanlıklardan sigara içme (P=0.294), Alkol kullanımı (P=0.764), ikamet özelliklerinden Ailenin İkameti (P= 0.486), Göç öyküsü (P= 0.841) ve Evdeki oda sayısı (P=0.137) ile karşılaştırılması sonucunda istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edilememiştir. (p>0.05)

Ancak ekonomik durum (P=0.049) ile karşılaştırmada istatistiksel olarak kısmen anlamlıdır. (p<0.05) (Tablo 22a ve 22b) Grupların karşılaştırılmasında chi square testi uygulanmıştır.

Tablo 22a: Öğrencilerin DES grup (0-29.9) ve (30 ve üstü) özelliklerinin bazı demografik özellikler ile karşılaştırılması

		DES GRUP (0-29.9)		DES GRUP (30 ve üstü)		TOPLAM	
		Kişi	%	Kişi	%	Kişi	%
YAŞ GRUBU	17-18 yaş	17	5.3	10	7.9	27	6.1
	19-20 yaş	156	48.9	69	54.8	225	50.6
	21-22 yaş	94	29.5	36	28.6	130	29.2
	23-24 yaş	35	11.0	9	7.1	44	9.9
	25 ve üzeri	17	5.3	2	1.6	19	4.3
	Toplam	319	71.7	126	28.3	445	100.0
P= 0.2							
KARDEŞ SAYISI	Kardeşi yok	7	70.0	3	30.0	10	2.3
	1-2 kardeş	71	69.6	31	30.4	102	23.3
	3-4 kardeş	92	72.4	35	27.6	127	29.1
	5-6 kardeş	60	70.6	25	29.4	85	19.4
	7-9 kardeş	63	79.7	16	20.3	79	18.1
	10 ve üzeri	21	61.8	13	38.2	34	7.8
	Toplam	314	71.9	123	28.1	437	100.0
P=0.479							
BABANIN EĞİTİM DÜZEYİ	O-Y değil	24	61.5	15	38.5	39	8.9
	Okur yazar	26	83.9	5	16.1	31	7.1
	İlkokul	90	71.4	36	28.6	126	28.6
	Ortaokul	43	69.4	19	30.6	62	14.1
	Lise	83	77.6	24	22.4	107	24.3
	Üniversite	49	65.3	26	34.7	75	17.0
	Toplam	315	71.6	125	28.4	440	100.0
P=0.173							
ANNENİN EĞİTİM DÜZEYİ	O-Y değil	124	70.9	51	29.1	175	39.9
	Okur yazar	35	77.8	10	22.2	45	10.3
	İlkokul	88	69.8	38	30.2	126	28.7
	Ortaokul	23	74.2	8	25.8	31	7.1
	Lise	40	80.0	10	20.0	50	11.3
	Üniversite	5	41.7	7	58.3	12	2.7
	Toplam	315	71.8	124	28.2	439	100.0
P=0.144							
ANNE-BABA AYRILIĞI	Boşanmamış	303	72.3	116	27.7	419	99.1
	Boşanmış	2	50.0	2	50.0	4	0.9
	Toplam	305	72.1	118	27.9	423	100.0
P=0.322							
EBEVEYN KAYBI	Yok	274	72.5	104	27.5	378	90.9
	Var	22	57.9	16	42.1	38	9.1
	Toplam	296	71.2	120	28.8	416	100.0
P=0.058							
ÜVEY EBEVEYN	Yok	276	71.3	111	28.7	387	97.2
	Var	5	45.5	6	54.5	11	2.8
	Toplam	281	70.6	117	29.4	398	100.0
P= 0.063							
SİGARA KULLANIMI	İçmiyor	204	73.4	74	26.6	278	64.5
	İçiyor	105	68.6	48	31.4	153	35.5
	Toplam	309	71.7	122	28.3	431	100.0
P=0.294							
ALKOL KULLANIMI	İçmiyor	252	71.4	101	28.6	353	82.0
	İçiyor	57	73.1	21	26.9	78	18.0
	Toplam	309	71.7	122	28.3	431	100.0
P=0.764							

Tablo 22b: Öğrencilerin DES grup (0-29.9) ve (30 ve üstü) özelliklerinin bazı demografik özellikler ile karşılaştırılması.

		DES GRUP (0-29.9)		DES GRUP (30 ve üstü)		TOPLAM	
		Kişi	%	Kişi	%	Kişi	%
AİLENİN İKAMET YERİ	Köy	34	65.4	18	34.6	52	11.8
	İlçe	77	70.6	32	29.4	109	24.7
	İl	206	73.3	75	26.7	281	63.6
	Toplam	317	71.1	125	28.3	442	100.0
P= 0.486							
GÖÇ ÖYKÜSÜ	Yok	217	71.6	86	28.4	303	81.0
	Var	50	70.4	21	29.6	71	19.0
	Toplam	267	71.4	107	28.6	374	100.0
P= 0.841							
EVDEKİ ODA SAYISI	1 oda	8	100.0	0	0	8	1.8
	2 oda	21	63.6	12	36.4	33	7.5
	3 oda	94	67.1	46	32.9	140	31.8
	4 oda	167	74.9	56	25.1	223	50.7
	5 oda	27	75.0	9	25.0	36	8.2
	Toplam	317	72.0	123	28.0	440	100.0
P=0.137							
EKONOMİK DURUM TARİFİ	Alt	44	62.0	27	38.0	71	16.4
	Orta	258	73.1	95	26.9	353	81.5
	Üst	8	88.9	1	11.1	9	2.1
	Toplam	310	71.6	123	28.4	433	100.0
P=0.049* test ederken 2 ve 3. satırlar birleştirildi							

Çalışmamızda DES yaş ile değerlendirildiğinde yaş arttıkça DES değeri alan azalıyordu. 17-18, 19-20, 21-22, 23-24, 25 ve üstü şeklinde yaş gruplarına bölündüğünde alınan DES ortalamaları sırasıyla 28.4, 23.5, 22.1, 20.8 ve 16.7 şeklindedir. (Tablo 23)

Tablo 23: Yaş gruplarına göre değişen DES ortalaması

YAŞ GRUPLARI	Ortalama	N	Standart sapma
17-18 yaş	28,39	27	19,0385
19-20 yaş	23,51	225	14,1886
21-22 yaş	22,12	130	14,9559
23-24 yaş	20,78	44	14,9412
25 yaş ve üzeri	16,66	19	22,9355
Toplam	22,84	445	15,3308

Tablo 24a'da Öğrencilerin DES grup (0-29.9) ve (30 ve üstü) özelliklerinin borderline ve SCL-90-R'nin alt başlıkları SCL1 (S) somatizasyon, SCL2 (A) anksiyete, SCL3 (OK) obsesif-kompulsif özellikler, SCL4 (D) depresyon, SCL5 (KD) kişiler arası ilişkilerde duyarlılık, SCL6 (PS) psikotizm, SCL9 (PD) paranoid düşünce (PD), SCL8 (OFD) öfke ve düşmanlık, SCL9 (FA) fobik anksiyete, SCL10 EK ve SCL11 (GSİ) Genel semptom indeksi olmak üzere değerlendirilmesi sonucunda tamamında (p=0,000) istatistiksel olarak anlamlıdır. (P<0.05)

Öğrencilerin DES grup (0-29.9) ve (30 ve üstü) özelliklerinin kısa fiziksel ve cinsel kötüye kullanımı anketi (KKA) değerleri ile karşılaştırılması sonucunda: KKA1 (P=0.028), KKA4 (P=0.037), KKA6 (P=0.000), KKA7 (P=0.000), KKA67 (P=0.001), KKA Toplam (1-3 ile 4-7 arası) (P=0.000) ile istatistiksel olarak anlamlıdır. (P<0.05) Öğrencilerin DES grup (0-29.9) ve (30 ve üstü) özelliklerinin KKA2, KKA3, KKA5, KKA8, KKA128, KKA345 ile yapılan karşılaştırılması istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. (P>0.05) (Tablo 24b) Grupların karşılaştırılmasında chi square testi uygulanmıştır.

Tablo 24a: Öğrencilerin DES grup (0-29.9) ve (30 ve üstü) özelliklerinin borderline ve SCL-90-R itemleri ile karşılaştırılması.

		DES GRUP (0-29.9)		DES GRUP (30 ve üstü)		TOPLAM	
		Kişi	%	Kişi	%	Kişi	%
BORDERLINE	0 (yok)	58	93.5	4	6.5	62	14.0
	1 (var)	149	59.1	103	40.9	252	56.7
	2 (eşik altı)	111	85.4	19	14.6	130	29.3
	TOPLAM	318	71.6	126	28.4	444	100.0
P= 0.000							
SCL1 (S) Somatizasyon	0-0,99	172	87.3	25	12.7	197	46.0
	1-4	130	56.3	101	43.7	231	54.0
	TOPLAM	302	70.6	126	29.4	428	100.0
P=0.000							
SCL2 (A) Anksiyete	0-0,99	180	90.5	19	9.5	199	45.2
	1-4	134	55.6	107	44.4	241	54.8
	TOPLAM	314	71.4	126	28.6	440	100.0
P=0.000							
SCL3 (OK) Obsesif-kompulsif	0-0,99	83	91.2	8	8.8	91	20.9
	1-4	226	65.7	118	34.3	344	79.1
	TOPLAM	309	71.0	126	29.0	435	100.0
P=0.000							
SCL4 (D) Depresyon	0-0,99	143	93.5	10	6.5	153	34.9
	1-4	170	59.6	115	40.4	285	65.1
	TOPLAM	313	71.5	125	28.5	438	100.0
P=0.000							
SCL5 (KD)) Kişiler arası duyarlılık	0-0,99	122	91.0	12	9.0	134	30.6
	1-4	190	62.5	114	37.5	304	69.4
	TOPLAM	312	71.2	126	28.8	438	100.0
P=0.000							
SCL6 (PS) Psikotizm	0-0,99	211	86.1	34	13.9	245	55.8
	1-4	103	53.1	91	46.9	194	44.2
	TOPLAM	314	71.5	125	28.5	439	100.0
P=0.000							
SCL7 (PD) Paranoid düşünce	0-0,99	123	86.6	19	13.4	142	32.3
	1-4	191	64.1	107	35.9	298	67.7
	TOPLAM	314	71.4	126	28.6	440	100.0
P=0.000							
SCL8 (OFD) Öfke ve düşmanlık	0-0,99	171	86.8	26	13.2	197	44.9
	1-4	143	59.1	99	40.9	242	55.1
	TOPLAM	314	71.5	125	28.5	439	100.0
P=0.000							
SCL9 (FA) Fobik anksiyete	0-0,99	231	80.8	55	19.2	286	65.2
	1-4	82	53.6	71	46.4	153	34.8
	TOPLAM	313	71.3	126	28.7	439	100.0
P=0.000							
SCL10 (EK)	0-0,99	114	88.4	15	11.6	129	29.6
	1-4	198	64.5	109	35.5	307	70.4
	TOPLAM	312	71.6	124	28.4	436	100.0
P=0.000							
SCL11 (GSI) Genel semptom indeksi	0-0,99	149	92.5	12	7.5	161	38.7
	1-4	145	56.9	110	43.1	255	62.3
	TOPLAM	294	70.7	122	29.3	416	100.0
P=0.000							

Tablo 24b: Öğrencilerin DES grup (0-29,9) ve (30 ve üstü) özelliklerinin KKA ile karşılaştırılması

		DES grup (0-29,9)		DES grup (30 ve üstü)		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
KKA.1 (anneden 1 aydan fazla süren ayrılık)	Yok	167	76.3	52	23.7	219	51.0
	Var	140	66.7	70	33.3	210	49.0
	TOPLAM	307	71.6	122	28.4	429	100.0
P=0.028							
KKA2 (alkol/madde kullanan ebeveyn)	Yok	278	72.4	106	27.6	384	89.1
	Var	31	66.0	16	34.0	47	10.9
	TOPLAM	309	71.7	122	28.3	431	100.0
P=0.355							
KKA3 (fiziksel cezalandırılma)	Yok	243	73.4	88	26.6	331	76.8
	Var	66	66.0	34	34.0	100	23.2
	TOPLAM	309	71.7	122	28.3	431	100.0
P=0.149							
KKA4 (fiziksel yaralanma)	Yok	273	72.8	102	27.2	375	88.6
	Var	28	58.3	20	41.7	48	11.4
	TOPLAM	301	71.2	122	28.8	423	100.0
P=0.037							
KKA5 (ebeveyn arasındaki şiddete tanıklık)	Yok	204	74.2	71	25.8	275	64.1
	Var	105	68.2	49	31.8	154	35.9
	TOPLAM	309	72.0	120	28.0	429	100.0
P=0.184							
KKA6 (yakın dışı cinsel kötüye kullanım)	Yok	288	74.2	100	25.8	388	90.0
	Var	20	46.5	23	53.5	43	10.0
	TOPLAM	308	71.5	123	28.5	431	100.0
P=0.000							
KKA7 (yakınlarının cinsel kötüye kullanım)	Yok	294	74.6	100	25.4	394	92.7
	Var	14	45.2	17	54.8	31	7.3
	TOPLAM	308	72.5	117	27.5	425	100.0
P=0.000							
KKA8 (aile içinde hastalık öyküsü)	Yok	183	72.0	71	28.0	254	59.1
	Var	125	71.0	51	29.0	176	40.9
	TOPLAM	308	71.6	122	28.4	430	100.0
P=0.817							
KKA128 (KKA 1,2,8'den en az birine yanıt veren)	Yok	110	77.5	32	22.5	142	32.7
	Var	200	68.5	92	31.5	292	67.3
	TOPLAM	310	71.4	124	28.6	434	100.0
P=0.052							
KKA345 (KKA 3,4,5'den en az birine yanıt veren)	Yok	173	75.9	55	24.1	228	52.7
	Var	137	66.8	68	33.2	205	47.3
	TOPLAM	310	71.6	123	28.4	433	100.0
P=0.037							
KKA67 (KKA 6,7'den en az birine yanıt veren)	Yok	281	74.3	97	25.7	378	87.5
	Var	28	51.9	26	48.1	54	12.5
	TOPLAM	309	71.5	123	28.5	432	100.0
P=0.001							
KKA toplam (verilen toplam yanıt sayısı)	1-3 arası	214	73.8	76	26.2	290	82.9
	4-7 arası	29	48.3	31	51.7	60	17.1
	TOPLAM	243	69.4	107	30.6	350	100.0
P=0.000							

Tablo 25a ve 25b’de Borderline özellikler (var, yok, eşik altı) ile uygulanan testlerin (DES, KKA ve ADÖ) varyans analizi yapılmıştır. Buna göre borderline özellik olan , olmayan ve eşik altı gruplar arasında DES ($p=0.000$), KKA’lar ve ADO6 DAV dışındaki ADÖ’lar bakımından fark vardır ($P<0.05$).

Tablo 25a: Borderline özellikler ile uygulanan diğer testlerin DES (Dissosiyatif yaşantı ölçeği) ve KKA(kısa fiziksel ve cinsel kötüye kullanım anketi) ile karşılaştırılması.

		Kareler toplamı	df	Kareler ortalaması	F	p
DES Dissosiyatif yaşantı	Gruplar arası	14658.804	2	7329.402	36.131	0.000
	Grup içi	89459.617	441	202.856		
	Toplam	104118.421	443			
KKA128 (KKA 1,2,8’den en az birine yanıt veren)	Gruplar arası	1.900	2	0.950	4.307	0.14
	Grup içi	102.985	467	0.221		
	Toplam	104.885	469			
KKA345 (KKA 3,4,5’den en az birine yanıt veren)	Gruplar arası	1.882	2	0.941	3.827	0.022
	Grup içi	114.558	466	0.246		
	Toplam	116.439	468			
KKA67 (KKA 6,7’den en az birine yanıt veren)	Gruplar arası	1.201	2	0.600	5.803	0.003
	Grup içi	48.099	465	0.103		
	Toplam	49.299	467			
KKA.TOPL (verilen toplam yanıt sayısı)	Gruplar arası	41.689	2	20.845	9.584	0.000
	Grup içi	1017.869	468	2.175		
	Toplam	1059.558	470			
ADO1 PRO Problem çözme	Gruplar arası	8.151	2	4.075	9.807	0.000
	Grup içi	170.790	411	0.416		
	Toplam	178.940	413			
ADO2 İLETİ İletişim	Gruplar arası	5.550	2	2.775	9.664	0.000
	Grup içi	118.315	412	0.287		
	Toplam	123.865	414			
ADO3 ROL Roller	Gruplar arası	4.020	2	2.010	11.146	0.000
	Grup içi	74.123	411	0.180		
	Toplam	78.143	413			
ADO4 DUY Duygusal tepki verme	Gruplar arası	6.839	2	3.420	7.369	0.001
	Grup içi	191.186	412	0.464		
	Toplam	198.025	414			
ADO5 GI Gereken ilgiyi gösterme	Gruplar arası	1.985	2	0.993	5.661	0.004
	Grup içi	71.896	410	0.175		
	Toplam	73.881	412			
ADO6 DAV Davranış kontrolü	Gruplar arası	.823	2	0.412	3.007	0.051
	Grup içi	55.993	409	0.137		
	Toplam	56.816	411			
ADO7 GEN Genel fonksiyonlar	Gruplar arası	10.640	2	5.320	16.698	0.000
	Grup içi	131.259	412	0.319		
	Toplam	141.898	414			

Tablo 25b: Borderline özellikler ile diğer uygulanan Belirti tarama Listesi (SCL-90-R) ile karşılaştırılması.

		Kareler toplamı	df	Kareler ortalaması	F	p
SCL1 (S) Somatizasyon	Gruplar arası	25.481	2	12.741	32.742	0.000
	Grup içi	174.325	448	0.389		
	Toplam	199.806	450			
SCL2 (A) Anksiyete	Gruplar arası	44.740	2	22.370	59.693	0.000
	Grup içi	171.260	457	0.375		
	Toplam	216.000	459			
SCL3 (OK) Obsesif-kompulsif	Gruplar arası	37.860	2	18.930	49.865	0.000
	Grup içi	171.968	453	0.380		
	Toplam	209.827	455			
SCL4 (D) Depresyon	Gruplar arası	66.694	2	33.347	82.413	0.000
	Grup içi	184.513	456	0.405		
	Toplam	251.207	458			
SCL5 (KD) Kişiler arası duyarlılık	Gruplar arası	52.024	2	26.012	60.087	0.000
	Grup içi	197.403	456	0.433		
	Toplam	249.427	458			
SCL6 (PS) Psikotizm	Gruplar arası	27.359	2	13.680	43.294	0.000
	Grup içi	144.397	457	0.316		
	Toplam	171.756	459			
SCL7 (PD) Paranoid düşünce	Gruplar arası	34.276	2	17.138	40.334	0.000
	Grup içi	194.606	458	0.425		
	Toplam	228.882	460			
SCL8 (OFD) Öfke ve düşmanlık	Gruplar arası	53.254	2	26.627	56.922	0.000
	Grup içi	213.776	457	0.468		
	Toplam	267.030	459			
SCL9 (FA) Fobik anksiyete	Gruplar arası	25.196	2	12.598	33.716	0.000
	Grup içi	170.758	457	0.374		
	Toplam	195.953	459			
SCL10 (EK)	Gruplar arası	31.070	2	15.535	40.671	0.000
	Grup içi	173.412	454	0.382		
	Toplam	204.481	456			
SCL11(GSI) Genel semptom	Gruplar arası	37.841	2	18.921	74.875	0.000
	Grup içi	109.416	433	0.253		
	Toplam	147.257	435			

Borderline özelliklere göre varyans analizi sonucunda;

DES (Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği) verileriyle anlamlıdır.(p=0.000) Scheffe testinin sonuçlarına göre borderline tanımlanmayan 62 kişi (ortalaması: 12.79), eşik altı olanlar 130 kişi (ortalaması: 18.41) ve tanımlayanlar 252 kişi (ortalaması: 27.66) olarak hesaplanmıştır.

KKK 128 (anneden bir aydan uzun süren ayrılık, alkol kullanımı ve hastalık öyküsü oluşunun toplandığı bir grupta) verileriyle anlamlıdır.(p=0.014) Scheffe testinin sonuçlarına göre borderline tanımlanmayan 67 kişi (ortalaması: 0.55), eşik altı olanlar 135 kişi (ortalaması: 0.61) ve tanımlayanlar 268 kişi (ortalaması: 0.71) olarak hesaplanmıştır.

KKK 345, (aile içi fiziksel cezalandırılma, yaralanma ve tanık olmanın toplandığı grup) verileriyle anlamlıdır.(p=0.022) Scheffe testinin sonuçlarına göre borderline tanımlanmayan 67 kişi (ortalaması: 0.31), eşik altı olanlar 136 kişi (ortalaması: 0.44) ve tanımlayanlar 119 kişi (ortalaması: 0.73) olarak hesaplanmıştır.

KKK toplam (sorularından kaç tanesine yanıt verdiklerini de 1-2-3-4-5-6-7 olarak KKK toplamda gösterilmiştir) verileriyle anlamlıdır.(p=0.000) Scheffe testinin sonuçlarına göre borderline tanımlanmayan 67 kişi (ortalaması: 1.19), eşik altı olanlar 136 kişi (ortalaması: 1.16) ve tanımlayanlar 266 kişi (ortalaması: 2.03) olarak hesaplanmıştır.

Borderline özelliklere göre varyans analizi sonucunda;

Problem çözme (ADO1 PROB) verileriyle anlamlıdır. ($p=0.000$) Scheffe testinin sonuçlarına göre borderline tanımlanmayan 59 kişi (ortalaması: 1.98), eşik altı olanlar 122 kişi (ortalaması: 2.17) ve tanımlayanlar 233 kişi (ortalaması: 2.36) olarak hesaplanmıştır.

İletişim (ADO2 İLETİ) verileriyle anlamlıdır. ($p=0.000$) Scheffe testinin sonuçlarına göre borderline tanımlanmayan 58 kişi (ortalaması: 1.96), eşik altı olanlar 122 kişi (ortalaması: 2.10) ve tanımlayanlar 233 kişi (ortalaması: 2.27) olarak hesaplanmıştır.

Roller (ADO3 ROL) ile anlamlıdır. ($p=0.000$) Scheffe testinin sonuçlarına göre borderline tanımlanmayan 58 kişi (ortalaması: 2.06), eşik altı olanlar 122 kişi (ortalaması: 2.11) ve tanımlayanlar 234 kişi (ortalaması: 2.29) olarak hesaplanmıştır.

Duygusal tepki verebilme (ADO4 DUY), anlamlıdır. ($p=0.001$) Scheffe testinin sonuçlarına göre borderline tanımlanmayan 58 kişi (ortalaması: 2.00), eşik altı olanlar 122 kişi (ortalaması: 2.20) ve tanımlayanlar 234 kişi (ortalaması: 2.36) olarak hesaplanmıştır.

Gereken ilgiyi gösterme (ADO5 GI), anlamlıdır. ($p=0.004$) Scheffe testinin sonuçlarına göre borderline tanımlanmayan 58 kişi (ortalaması: 2.24), eşik altı olanlar 120 kişi (ortalaması: 2.24) ve tanımlayanlar 235 kişi (ortalaması: 2.40) olarak hesaplanmıştır.

Davranış kontrolü (ADO6 DAV), anlamlı değildir.. ($p=0.051$) Scheffe testinin sonuçlarına göre borderline tanımlanmayan 58 kişi (ortalaması: 2.10), eşik altı olanlar 120 kişi (ortalaması: 2.22) ve tanımlayanlar 234 kişi (ortalaması: 2.23) olarak hesaplanmıştır.

Genel fonksiyonlar (ADO7 GEN) verileriyle anlamlıdır. ($p=0.000$) Scheffe testinin sonuçlarına göre borderline tanımlanmayan 58 kişi (ortalaması: 1.69), eşik altı olanlar 121 kişi (ortalaması: 1.89) ve tanımlayanlar 236 kişi (ortalaması: 2.12) olarak hesaplanmıştır.

Borderline özelliklere göre varyans analizi sonucunda;

Belirti tarama listesi (SCL-90-R)'den SCL1 (S) somatizasyon alt ölçeği anlamlıdır. ($p=0.000$) Scheffe testinin sonuçlarına göre borderline tanımlanmayan 61 kişi (ortalaması: 0.67), eşik altı olanlar 132 kişi (ortalaması: 0.93) ve tanımlayanlar 258 kişi (ortalaması: 1.30) olarak hesaplanmıştır.

Belirti tarama listesi (SCL-90-R)'den SCL2 (A) anksiyete alt ölçeği anlamlıdır. ($p=0.000$) Scheffe testinin sonuçlarına göre borderline tanımlanmayan 63 kişi (ortalaması: 0.56), eşik altı olanlar 132 kişi (ortalaması: 0.85) ve tanımlayanlar 265 kişi (ortalaması: 1.36) olarak hesaplanmıştır.

Belirti tarama listesi (SCL-90-R)'den SCL3 (OK) obsesif-kompulsif özellikler alt ölçeği anlamlıdır. ($p=0.000$) Scheffe testinin sonuçlarına göre borderline tanımlanmayan 63 kişi (ortalaması: 0.97), eşik altı olanlar 131 kişi (ortalaması: 1.21) ve tanımlayanlar 262 kişi (ortalaması: 1.70) olarak hesaplanmıştır.

Belirti tarama listesi (SCL-90-R)'den SCL4 (D) depresyon alt ölçeği anlamlıdır. ($p=0.000$) Scheffe testinin sonuçlarına göre borderline tanımlanmayan 63 kişi (ortalaması: 0.62), eşik altı olanlar 131 kişi (ortalaması: 1.02) ve tanımlayanlar 262 kişi (ortalaması: 1.62) olarak hesaplanmıştır.

Belirti tarama listesi (SCL-90-R)'den SCL5 (KD) kişiler arası ilişkilerde duyarlılık alt ölçeği anlamlıdır. ($p=0.000$) Scheffe testinin sonuçlarına göre borderline tanımlanmayan 63 kişi (ortalaması: 0.72), eşik altı olanlar 133 kişi (ortalaması: 1.07) ve tanımlayanlar 263 kişi (ortalaması: 1.60) olarak hesaplanmıştır.

Belirti tarama listesi (SCL-90-R)'den SCL6 (PS) psikotizm alt ölçeği anlamlıdır. ($p=0.000$) Scheffe testinin sonuçlarına göre borderline tanımlanmayan 63 kişi (ortalaması: 0.52), eşik altı olanlar 133 kişi (ortalaması: 1.72) ve tanımlayanlar 264 kişi (ortalaması: 1.14) olarak hesaplanmıştır.

Belirti tarama listesi (SCL-90-R)'den SCL7 (PD) paranoid düşünce alt ölçeği anlamlıdır. ($p=0.000$) Scheffe testinin sonuçlarına göre borderline tanımlanmayan 63 kişi

(ortalaması: 0.75), eşik altı olanlar 133 kişi (ortalaması: 1.05) ve tanımlayanlar 265 kişi (ortalaması: 1.47) olarak hesaplanmıştır.

Belirti tarama listesi (SCL-90-R)'den SCL8 (OFD) öfke ve düşmanlık alt ölçeği anlamlıdır. (p=0.000) Scheffe testinin sonuçlarına göre borderline tanımlanmayan 63 kişi (ortalaması: 0.44), eşik altı olanlar 133 kişi (ortalaması: 0.88) ve tanımlayanlar 264 kişi (ortalaması: 1.37) olarak hesaplanmıştır.

Belirti tarama listesi (SCL-90-R)'den SCL9 (FA) fobik anksiyete alt ölçeği anlamlıdır. (p=0.000) Scheffe testinin sonuçlarına göre borderline tanımlanmayan 63 kişi (ortalaması: 0.39), eşik altı olanlar 133 kişi (ortalaması: 0.61) ve tanımlayanlar 264 kişi (ortalaması: 0.99) olarak hesaplanmıştır.

Belirti tarama listesi (SCL-90-R)'den SCL10 EK alt ölçeği anlamlıdır. (p=0.000) Scheffe testinin sonuçlarına göre borderline tanımlanmayan 62 kişi (ortalaması: 0.87), eşik altı olanlar 132 kişi (ortalaması: 1.09) ve tanımlayanlar 263 kişi (ortalaması: 1.53) olarak hesaplanmıştır.

Belirti tarama listesi (SCL-90-R)'den SCL11 (GSİ) Genel semptom indeksi alt ölçeği anlamlıdır. (p=0.000) Scheffe testinin sonuçlarına göre borderline tanımlanmayan 59 kişi (ortalaması: 0.66), eşik altı olanlar 126 kişi (ortalaması: 0.96) ve tanımlayanlar 251 kişi (ortalaması: 1.43) olarak hesaplanmıştır.

DES Grup2 (kesim noktası 30 altı ve üstü olarak) olmayı etkileyen faktörler (logistic regresyon) incelenmiştir. Buna göre DES grup 2 özelliğini (%95 güven aralığında) Borderline tanısı (5.6 kat), Genel semptom indeksini (SCL GS 11) 7.2 kat arttırmaktadır. (Tablo 26)

Tablo 26: DES GR2 olmayı etkileyen faktörler: (logistic regresyon)

	B	S.E.	Wald	df	p	Exp(B)	%95 Güven aralığı	
							alt	üst
BORDERLINE yok			10.183	2	0.006			
BORDERLINE var	1.723	0.787	4.794	1	0.029	5.603	1.198	26.201
BORDERLINE eşik altı	0.768	0.829	.859	1	0.354	2.156	0.425	10.939
KKA toplamda 4-7 yanıt veren	0.664	0.360	3.405	1	0.065	1.943	0.960	3.932
SCLGS11 Genel semptomlar	1.987	0.436	20.735	1	0.000	7.293	3.101	17.151
GÖÇ var/yok	0.305	0.371	0.677	1	0.411	1.357	0.656	2.805

Borderline özellikleri ile kısa fiziksel ve seksüel kötüye kullanım anketinin (KKA) alt birimleri, belirti tarama listesinin (SCL-90-R) alt itemleri, dissosiyatif yaşantılar ölçeği (DES) ve aile değerlendirme ölçeğinin (ADÖ) alt itemleri kullanılarak yapılan lineer regresyon analizi sonucunda sadece aile değerlendirme ölçeğinden roller ve davranış kontrolü istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (Tablo 27)

Tablo 27: Borderline Özelliklere Göre lineer regresyon'dan anlamlı değerler.

	B	Standart sapma	Beta	T	p	%95 Güven aralığı	
						alt	üst
ADO.ROL3 Roller	-,226	,111	-,153	-2,032	,043	-,446	-,007
ADO.DAV6 Davranış kontrolü	,223	,107	,130	2,097	,037	,014	,433

Pearson korelasyona göre çeşitli özellikler (KKA Toplam, Genel semptom indeksi, DES ve aile değerlendirme ölçeğinin alt itemleri) incelendiğinde aşağıdaki sonuçlar ortaya çıkmıştır; (Tablo 28)

Fiziksel ve cinsel kötüye kullanım anketine verilen KKA Toplam değerlerine göre babanın olumlu özellikleri azaldıkça ($r = -0.124^{**}$, $p=0.007$) ve olumsuz özellikleri arttıkça ($r = 0.257^{**}$, $p=0.000$) KKA değerleri artmaktadır. Annenin olumlu özellikleri ile KKA arasında korelasyon bulunamamıştır. ($r = -0.028$, $p= 0.538$) Annenin olumsuz artarken KKA değerleri artmaktadır. ($r = 0.219^{**}$, $p=0.000$) Genel semptom indeksi ve DES ile KKA Toplam değerleri arasında korelasyon vardır. Genel semptom indeksi arttıkça KKA toplam değerleri artmaktadır ($r = 0.349^{**}$, $p=0,000$) ve Dissosiyatif yaşantı özellikleri arttıkça KKA toplam değerleri artmaktadır ($r = 0.217^{**}$, $p=0.000$)

Belirti tarama testinden genel semptom indeksi (SCL GSİ 11) değerlerine göre babanın olumlu özellikleri ile ($r = -0.016$, $p=0.737$) korelasyon yoktur. Olumsuz özellikleri arttıkça ($r = 0.139^{**}$, $p=0.004$) genel semptom indeksi değerleri artmaktadır. Annenin olumlu özellikleri ile genel semptom indeksi arasında korelasyon bulunamamıştır. ($r = 0.054$, $p= 0.261$) Annenin olumsuz artarken genel semptom indeksi değerleri artmaktadır. ($r = 0.131^{**}$, $p=0.006$) Genel semptom indeksi ve DES ile genel semptom indeksi değerleri arasında korelasyon vardır. KKA toplam arttıkça değerleri genel semptom indeksi değerleri artmaktadır ($r = 0.349^{**}$, $p=0,000$) ve Dissosiyatif yaşantı özellikleri arttıkça genel semptom indeksi değerleri artmaktadır. ($r = 0.555^{**}$, $p=0.000$)

Dissosiyatif yaşantı özelliklerine (DES) göre babanın olumlu özellikleri azaldıkça ($r = -0.098^{**}$, $p=0.039$) DES değerleri artmaktadır. Olumsuz özellikleri ile DES değerleri arasında korelasyon yoktur. ($r = -0.037$, $p=0.439$) Annenin olumlu özellikleri ile DES arasında korelasyon bulunamamıştır. ($r = -0.008$, $p= 0.859$) Annenin olumsuz özellikleri ile DES arasında korelasyon bulunamamıştır. ($r = 0.048$, $p=0.310$) KKA toplam değerleri ve genel semptom indeksi (SCLGSİ11) ile DES değerleri arasında korelasyon vardır. KKA toplam değerleri arttıkça Dissosiyatif yaşantı özellikleri artmaktadır ($r = 0.217^{**}$, $p=0.000$) ve genel semptom indeksi arttıkça artmaktadır. ($r = 0.555^{**}$, $p=0,000$) (Tablo 28)

Aile Değerlendirme Ölçeğinden problem çözmeye (ADO 1 PROB) göre babanın olumlu özellikleri azaldıkça ($r = -0.198^{**}$, $p=0.000$) problem çözme sayısal değerlerini artırıyor ve babanın olumsuz özellikleri arttıkça problem çözme sayısal değerlerini artmaktadır. ($r = 0.153^{**}$, $p=0.002$) Annenin olumlu özellikleri azaldıkça problem çözme sayısal değerleri artmaktadır. ($r = -0.125^{*}$, $p= 0.011$) Annenin olumsuz özellikleri arttıkça problem çözme sayısal değerlerini artmaktadır. ($r = 0.149^{**}$, $p=0.002$) Analiz verilerine göre annenin ve babanın olumsuz değeri arttıkça ve olumlu özellikleri azaldıkça ailenin problem çözmedeki (maddi ve manevi sorunlarını çözebilme becerisi) başarısı azalmaktadır. KKA toplam

değerleri, genel semptom indeksi (SCLGSİ11) ve dissosiyatif yaşantılar (DES) ile problem çözme değerleri arasında korelasyon vardır. KKA toplam değerleri arttıkça ($r = 0.136^{**}$, $p=0.000$), genel semptom indeksi arttıkça ($r = 0.252^{**}$, $p=0,000$) ve DES değerleri arttıkça ($r = 0.199^{**}$, $p=0,000$) problem çözme sayısal değerleri artmaktadır yani ailenin problem çözme yeteneği azalmaktadır. (Tablo 28)

Aile Değerlendirme Ölçeğinden iletişime (ADO 2 İLETİ) göre babanın olumlu özellikleri azaldıkça ($r = -0.254^{**}$, $p=0.000$) iletişim sayısal değerleri artıyor. Babanın olumsuz özellikleri arttıkça iletişim sayısal değerleri artmaktadır. ($r = 0.229^{**}$, $p=0.000$) Annenin olumlu özellikleri azaldıkça iletişim sayısal değerleri artmaktadır. ($r = -0.120^{*}$, $p=0.014$) Annenin olumsuz özellikleri ile iletişim arasında korelasyon bulunamamıştır. ($r = 0.089$, $p=0.070$) Analiz verilerine göre babanın olumsuz değeri arttıkça, anne ve babanın olumlu özellikleri azaldıkça ailenin iletişim (ailenin etkili bir iletişim içinde olup olmadığı) başarısı azalmaktadır. KKA toplam değerleri, genel semptom indeksi (SCL GSİ 11) ve dissosiyatif yaşantılar (DES) ile iletişim değerleri arasında korelasyon vardır. KKA toplam değerleri arttıkça ($r = 0.169^{**}$, $p=0.000$), genel semptom indeksi arttıkça ($r = 0.300^{**}$, $p=0,000$) ve DES değerleri arttıkça ($r = 0.241^{**}$, $p=0,000$) iletişim sayısal değerleri artmaktadır yani ailenin iletişim kurma yeteneği azalmaktadır.

Aile Değerlendirme Ölçeğinden rollere (ADO 3 ROL) göre babanın olumlu özellikleri azaldıkça ($r = -0.168^{**}$, $p=0.001$) rollerin sayısal değerleri artıyor. Babanın olumsuz özellikleri arttıkça rollerin sayısal değerleri artmaktadır. ($r = 0.141^{**}$, $p=0.004$) Annenin olumlu özellikleri azaldıkça rollerin sayısal değerleri artmaktadır. ($r = -0.120^{*}$, $p=0.014$) Annenin olumsuz özellikleri arttıkça rollerin sayısal değerleri artmaktadır. ($r = 0.122^{*}$, $p=0.002$) Analiz verilerine göre annenin ve babanın olumsuz değeri arttıkça ve olumlu özellikleri azaldıkça aile rollerinin (ailenin maddi ve manevi ihtiyaçlarını karşılayan davranış kalıplarıdır) başarısı azalmaktadır. KKA toplam değerleri, genel semptom indeksi (SCLGSİ11) ve dissosiyatif yaşantılar (DES) ile rollerin değerleri arasında korelasyon vardır. KKA toplam değerleri arttıkça ($r = 0.136^{**}$, $p=0.000$), genel semptom indeksi arttıkça ($r = 0.252^{**}$, $p=0,000$) ve DES değerleri arttıkça ($r = 0.199^{**}$, $p=0,000$) rollerin sayısal değerleri artmaktadır yani ailedeki bireylerin rollerini yerine getirmediği veya benimsemediği anlaşılmakta.

Aile Değerlendirme Ölçeğinden duygusal tepki verebilmeye (ADO 4 DUY) göre babanın olumlu özellikleri azaldıkça ($r = -0.237^{**}$, $p=0.000$) duygusal tepki verebilme sayısal değerleri artıyor. Babanın olumsuz özellikleri attıkça duygusal tepki verebilme sayısal değerleri artmaktadır. ($r = 0.187^{**}$, $p=0.000$) Annenin olumlu özellikleri azaldıkça duygusal tepki verebilme sayısal değerleri artmaktadır. ($r = -0.138^{**}$, $p=0.005$) Annenin olumsuz özellikleri arttıkça duygusal tepki verebilme sayısal değerleri artmaktadır. ($r = 0.134^{**}$, $p=0.002$) Analiz verilerine göre annenin ve babanın olumsuz değeri arttıkça ve olumlu özellikleri azaldıkça ailenin duygusal tepki verebilmedeki (aile üyelerinin her türlü uyaran karşısında en uygun tepkiyi göstermesi) başarısı azalmaktadır. KKA toplam değerleri, genel semptom indeksi (SCLGSİ11) ve dissosiyatif yaşantılar (DES) ile duygusal tepki verebilme değerleri arasında korelasyon vardır. KKA toplam değerleri arttıkça ($r = 0.196^{**}$, $p=0.000$), genel semptom indeksi arttıkça ($r = 0.242^{**}$, $p=0,000$) ve DES değerleri arttıkça ($r = 0.286^{**}$, $p=0,000$) duygusal tepki verebilme sayısal değerleri artmaktadır yani ailenin duygusal tepki verebilme yeteneği azalmakta. (Tablo 28)

Aile Değerlendirme Ölçeğinden gereken ilgiyi gösterme (ADO 5 GI) göre babanın olumlu özellikleri azaldıkça ($r = -0.097^{*}$, $p=0.049$) gereken ilgiyi gösterme sayısal değerleri

artıyor. Babanın olumsuz özellikleri ile gereken ilgiyi gösterme sayısal değerleri arasında korelasyon bulunamamıştır. ($r = 0.059$, $p=0.237$) Annenin olumlu özellikleri azaldıkça gereken ilgiyi gösterme sayısal değerleri artmaktadır. ($r = -0.106^*$, $p= 0.011$) Annenin olumsuz özellikleri arttıkça gereken ilgiyi gösterme sayısal değerleri artmaktadır. ($r = 0.147^{**}$, $p=0.003$) Analiz verilerine göre annenin olumsuz değeri arttıkça, anne ve babanın olumlu özellikleri azaldıkça ailenin gereken ilgiyi göstermedeki (aile üyelerinin birbirine gösterdiği ilgi, bakım ve sevgiyi) alakası azalmaktadır. KKA toplam değerleri, genel semptom indeksi (SCLGSİ11) ve dissosiyatif yaşantılar (DES) ile gereken ilgiyi gösterme değerleri arasında korelasyon vardır. KKA toplam değerleri arttıkça ($r = 0.143^{**}$, $p=0.004$), genel semptom indeksi arttıkça ($r = 0.180^{**}$, $p=0,000$) ve DES değerleri arttıkça ($r = 0.239^{**}$, $p=0,000$) özellikleri ile gereken ilgiyi gösterme sayısal değerleri artmaktadır yani aile üyelerinin birbirine gereken ilgiyi göstermediği anlaşılmaktadır.

Aile Değerlendirme Ölçeğinden davranış kontrolüne (ADO 6 DAV) göre babanın olumlu özellikleri azaldıkça ($r = -0.103^*$, $p=0.038$) davranış kontrolü sayısal değerleri artıyor. Babanın olumsuz ($r = 0.068$, $p=0.169$), annenin olumlu ($r = -0.062 = 0.209$) ve olumsuz ($r = 0.081$, $p=0.099$) özellikleri ile davranış kontrolü sayısal değerleri arasında korelasyon bulunamamıştır. Analiz verilerine göre babanın olumlu özellikleri azaldıkça ailenin davranış kontrolü (aile üyelerinin davranışlarına standart koyma ve disiplin sağlama, psikolojik ve sosyal tehlike karşısındaki davranışlar) başarısı azalmaktadır. KKA toplam değerleri ($r = 0.020$, $p=0.688$) ve genel semptom indeksi (SCL GSİ 11) ($r = 0.098$, $p=0,055$) ile davranış kontrolü değerleri arasında korelasyon yoktur. Dissosiyatif yaşantılar (DES) ile davranış kontrolü değerleri arasında ise korelasyon vardır. DES değerleri arttıkça ($r = 0.145^{**}$, $p=0,003$) davranış kontrolü sayısal değerleri artmaktadır yani ailenin psikolojik ve sosyal durumlar karşısındaki yeteneği zayıftır.

Aile Değerlendirme Ölçeğinden genel fonksiyonlar (ADO7 GEN) göre babanın olumlu özellikleri azaldıkça ($r = -0.269^{**}$, $p=0.000$) genel fonksiyonlar sayısal değerleri artıyor. Babanın olumsuz özellikleri attıkça genel fonksiyonlar sayısal değerleri artmaktadır. ($r = 0.245^{**}$, $p=0.002$) Annenin olumlu özellikleri azaldıkça genel fonksiyonlar sayısal değerleri artmaktadır. ($r = -0.110^*$, $p= 0.025$) Annenin olumsuz özellikleri arttıkça genel fonksiyonlar sayısal değerleri artmaktadır. ($r = 0.121^*$, $p=0.013$) Analiz verilerine göre annenin ve babanın olumsuz değeri arttıkça ve olumlu özellikleri azaldıkça ailenin genel fonksiyonlardaki (aile değerlendirme ölçeğinin tüm boyutlarını kapsar) yani aile değerlendirilmesi olumsuzdur. KKA toplam değerleri, genel semptom indeksi (SCLGSİ11) ve dissosiyatif yaşantılar (DES) ile genel fonksiyon değerleri arasında korelasyon vardır. KKA toplam değerleri arttıkça ($r = 0.196^{**}$, $p=0.000$), genel semptom indeksi arttıkça ($r = 0.353^{**}$, $p=0,000$) ve DES ($r = 0.316^{**}$, $p=0,000$) genel fonksiyonlar sayısal değerleri artmaktadır yani ailenin değerlendirilmesi olumsuzlanmaktadır. (Tablo 28)

Tablo 28: Pearson Korelasyon analizine göre özelliklerin karşılaştırılması

		Baba Olumlu özellikler	Baba Olumsuz özellikler	Anne Olumlu özellikler	Anne Olumsuz özellikler	KKA Toplam	SCLGS11 Genel semptom	DES
KKA toplam (verilen toplam yanıt sayısı)	Pearson Correlation	-0.124**	0.257**	-0.028	0.219**	1,000	0.349**	0.217**
	P	0.007	0.000	0.538	0.000	,	0.000	0.000
	N	468	468	471	470	471	427	435
SCL GSI 11 Genel semptom indeksi	Pearson Correlation	-0.016	0.139**	0.054	0.131**	0.349**	1,000	0.555**
	P	0.737	0.004	0.261	0.006	0.000	,	0.000
	N	432	432	436	435	427	436	416
DES Dissosiyatif yaşantı	Pearson Correlation	-0.098*	0.037	-0.008	0.048	0.217**	0.555**	1,000
	P	0.039	0.439	0.859	0.310	0.000	0.000	,
	N	442	442	445	444	435	416	445
ADO1 PROB Problem çözme	Pearson Correlation	-0.198**	0.153**	-0.125*	0.149**	0.136**	0.252**	0.199**
	P	0.000	0.002	0.011	0.002	0.006	0.000	0.000
	N	410	410	414	413	406	386	410
ADO2 İLETİŞİM	Pearson Correlation	-0.254**	0.229**	-0.120*	0.089	0.169**	0.300**	0.241**
	P	0.000	0.000	0.014	0.070	0.001	0.000	0.000
	N	411	411	415	414	407	387	410
ADO3 ROL Roller	Pearson Correlation	-0.168**	0.141**	-0.120*	0.122*	0.150**	0.264**	0.322**
	P	0.001	0.004	0.014	0.013	0.002	0.000	0.000
	N	410	410	414	413	406	386	409
ADO4 DUY Duygusal tepki verme	Pearson Correlation	-0.237**	0.187**	-0.138**	0.134**	0.196**	0.242**	0.286**
	P	0.000	0.000	0.005	0.006	0.000	0.000	0.000
	N	411	411	415	414	407	387	410
ADO5 Gİ Gereken ilgiyi gösterme	Pearson Correlation	-0.097*	0.059	-0.106*	0.147**	0.143**	0.180**	0.239**
	P	0.049	0.237	0.031	0.003	0.004	0.000	0.000
	N	409	409	413	412	406	385	407
ADO6 DAV Davranış kontrolü	Pearson Correlation	-0.103*	0.068	-0.062	0.081	0.020	0.098	0.145**
	P	0.038	0.169	0.209	0.099	0.688	0.055	0.003
	N	409	409	412	411	405	386	406
ADO7 GEN Genel fonksiyonlar	Pearson Correlation	-0.269**	0.245**	-0.110*	0.121*	0.196**	0.353**	0.316**
	P	0.000	0.000	0.025	0.013	0.000	0.000	0.000
	N	411	411	415	414	407	388	409

** p< 0.001 * p< 0.05

Fiziksel ve cinsel kötüye kullanımın genel semptom indeksi, borderline özellikler ve dissosiyatif yaşantılarla karşılaştırılması incelendiğinde; kötüye kullanım sayıları arttıkça genel semptom indeksi, borderline özellikleri ve dissosiyatif yaşantılar artmakta olup gruplar arası bu değerler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (Tablo 29)

Tablo 29: Fiziksel ve cinsel kötüye kullanımın genel semptom indeksi, borderline özellikler ve dissosiyatif yaşantılarla karşılaştırılması:

			KKA yok	KKA 1-3 arası	KKA 4-7 arası	Toplam
SCL GS 11 Genel semptom indeksi	0-0,99 arası	Sayı	50	108	10	168
		%	56.8	38.4	17.2	39.3
	1-4 arası	Sayı	38	173	48	259
		%	43.2	61.6	82.8	60.7
	Toplam	Sayı	88	281	58	427
		%	100.0	100.0	100.0	100.0
	P=0.000					
	BORDERLINE Kişilik özelliği	Yok	Sayı	22	42	3
%			22.6	13.5	4.8	14.2
Var		Sayı	44	180	44	268
		%	45.4	57.7	71.0	56.9
Eşik altı		Sayı	31	90	15	136
		%	32.0	28.8	24.2	28.9
Toplam		Sayı	97	312	62	471
		%	100.0	100.0	100.0	100.0
P=0.007						
DES Dissosiyatif yaşantılar	0 ile 29.99 arası	Sayı	68	214	29	311
		%	80.0	73.8	48.3	71.5
	30 ve üstü	Sayı	17	76	31	124
		%	20.0	26,2	51.7	28.5
	Toplam	Sayı	85	290	60	435
		%	100.0	100.0	100.0	100.0
	P=0.000					

Aşağıda Fiziksel ve cinsel kötüye kullanım anketine(KKA) verilen yanıtlara göre DES puan ortalama değişikliklerini görüyoruz. KKA'lar içinde en çok cinsel kötüye kullanım yüksek DES ortalamalarına sahip. Ayrıca KKA'ya verilen yanıt arttıkça (en çok 7 yanıt verilmiş) DES ortalaması yükselmekte.Tablo 30

Tablo 30: Fiziksel ve cinsel kötüye kullanıma göre DES Skorlarındaki değişiklikler

	DES ortamalas	N	Standart sapma	Artan KKA yanıtları	DES ortamalas	N	Standart sapma
KKA yok	18.1	85	12.05	yok	18.1	85	12.05
KKA 1-3arası	22.8	290	15.62	1 yanıt	22.5	117	16.72
KKA 4-7arası	30.0	60	15.89	2 yanıt	22.5	106	14.84
KKA 1	25.1	210	15.86	3 yanıt	23.9	67	15.01
KKA 2	25.8	47	19.20	4 yanıt	29.7	34	12.37
KKA 8	23.4	176	14.95	5 yanıt	27.9	16	18.40
KKA128	24.4	292	15.88	6 yanıt	24.3	6	19.17
KKA 3	25.3	100	16.25	7 yanıt	48.9	4	20.29
KKA 4	27.8	48	17.79	Toplam	22.9	435	15.38
KKA 5	24.6	154	14.79				
KKA345	24.6	154	14.79				
KKA.6	32.1	43	17.91				
KKA.7	32.7	31	17.24				
KKA67	30.0	54	17.49				

TARTIŞMA

Çalışmanın kısıtlılıklarından ilki borderline tanısı açısından dır. DSM-III-R, SCID-II' ye göre hazırlanan anket formu öz bildirimli (self-rating) anket olup sonrasında klinik görüşme yapılmadığı için tanının bize sadece bir fikir vermesi açısından yararlı olacağı göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmamızın diğer kısıtlılığı, deneklerin istismar ve ihmal gibi travmatik yaşantılarla ilgili soruları kendi başlarına olmalarına rağmen (diğerin göremeyeceği oturma pozisyonu sağlandı) bir sınıf ortamında yanıtlamalarıydı.

Öncelikle standart ölçekler uygulanmış ve bilgiler anket yardımıyla elde edilmiştir. Travmatik çocukluk yaşantılarıyla ilgili bilgiler yalnızca öğrencilerin kendilerine ait bildirimlere dayanmaktadır yaratabileceği olumsuz sonuçlar nedeniyle bireylerin isim bilgileri alınmamış ve anonim kalması sağlanıp daha çok veriye ulaşmak hedeflenmiştir. Herhangi bir sebeple yardım ihtiyacı duyarlarsa poliklinik hizmeti verileceği bildirilmiştir.

Demografik özelliklere bakıldığında kızların üniversiteli olma yaşı erkeklere göre daha küçük bulundu. 17-20 yaş aralığında kızların %70.5 birinci sınıfta öğrenci iken erkeklerin %44.5'i aynı yaş grubunda idi. Kızların daha erken yaşta üniversiteli oldukları sonucunu çıkarabiliriz.

Kız öğrencilerin ebeveynlerinin eğitim düzeyi erkek öğrencilere göre daha fazlaydı. Kız öğrencilerdeki kardeş sayısı ise erkek öğrencilere göre anlamlı derecede düşüktü. Ailesi il merkezinde ikame eden kızlar (%69.1) büyük çoğunluğu oluştururken erkeklerde ise daha dengeli bir dağılım görülmüyordu. Bu bize köydeki kızların çoğunun okumadığını, üniversiteye gönderilmediğini veya il merkezindekilerin imkanlarının daha yüksek olduğunu gösterebilir. Evdeki oda sayısına bakıldığında kızların öğrencilerin daha büyük odalı evde ikame ediyorlar. Ekonomik durum tariflenmesi istendiğinde erkeklerin %73.4, kızların %89.3 orta düzeyde olduklarını belirtmişlerdir. Buradan gelir düzeyi daha yüksek olan ailelerin kız çocuklarının daha çok üniversite eğitimi aldığı söylenebilir. Kız öğrencilerin ailelerinin eğitim ve ekonomik olarak daha iyi olduklarını diğer verilerle de destekliyoruz. (ebeveyn eğitimi, oda sayısı fazlalığı, ikame edilen yer, ekonomik durum tariflenmesi gibi) Bu verilerle düşük sosyoekonomik düzeydeki kız çocuklarının öğrenimlerinin desteklenmesi gerektiği ortaya çıkmaktadır. Göç öyküsü açısından kız ve erkek öğrenciler arasında anlamlı bir fark yoktur. Demografik verilerle dissosiyatif deneyimler açısından anlamlı bir ilişki bulamadık.

Ankete katılan öğrencilerin alışkanlıkları incelendiğinde; sigara kullanan 162 kişi %35,8 bulunmuş olup yine 2002'de *Özen ve arkadaşlarının* Dicle Üniversitesi Tıp fakültesinde 63 birinci sınıf öğrencisinde uygulana ankette sigara %35 kullanım oranıyla aynı bulunmuştur.(1) Erkeklerde sigara içimi %47.1 olurken kızlara göre %19.1 ile çok yüksek bulundu. Biz alkol kullanımını %18.1 bulurken, *Özen ve arkadaşlarının* çalışmasında yaşamında en az bir kez alkol deneyimi olanların oranı % 19.1 olup çalışmamız ile uyumludur (69).

Fiziksel, cinsel kötüye kullanım ve ensest

Koten ve arkadaşlarıyla (1996), *Aslan ve Alparslan'ın* (1999) üniversite öğrencilerinde yapılmış iki çalışmalarında yasak-sevi (ensest) öyküsü verenlerin 2/3'ünün erkek, 1/3'ünün ise kız olduğu bildirilmiş olup çalışmamızda ise bu soruyu yanıtlayan 461 kişinin %6.7 sinde ensest öyküsü alınmıştır (9,58). Bunların %55'i erkek ve %45'i kız olup yukarıdaki çalışmalar ile uyumludur. Çalışmamızda yakınları dışında cinsel kötüye kullanımı açısından kız ve erkek gruplar açısından incelendiğinde durum tersine dönmektedir. Bunların %40'ı erkek ve %60'ı da kız öğrenci şeklindedir.

Yargıç ve arkadaşları (1994) üniversite öğrencilerinde yaptıkları araştırmada duygusal ve fiziksel kötüye kullanımın erkek öğrencilerde daha sık görüldüğü, cinsel kötüye kullanım oranlarının ise cinsiyetler arasında farklılık göstermediği bulunmuştur (115).

%70'i güneydoğu Anadolu bölgesinden olan Dicle üniversitesi son sınıf öğrencilerinde *Özen ve arkadaşlarının* (2004) yaptıkları çalışmada çocukluk çağı örselenme yaşantıları araştırılmış %71.5 ile *Aslan ve Alparslan'ın* (1999) Kocaeli üniversitesi öğrencilerinde yaptıkları çalışmada buldukları %64.2 oranından yüksektir (9, 68). Çalışmamızda kısa ve fiziksel kötüye kullanım anketinden en ez bir soruya evet deme oranı %79.4'tür. Cinsel kötüye kullanım %12.0, fiziksel kötüye kullanım ise %45.8, bir ayı geçen ayrılık, aile içi hastalık hikayesi veya ebeveyn alkol/madde kullanımından en az biri ise %66.4 olarak bulunmuştur.

Özen ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada fiziksel örselenmeyi her iki cinste aynı, cinsel ve duygusal örselenmeyi erkek çocuklarda daha yüksek bulmuşlar (68). Kısa Fiziksel ve Seksüel Kötüye Kullanım Anketi (KKA) uyguladığımız çalışmada; aile içi alkol kullanımı ve hastalık öyküsünü, aile içi fiziksel cezalandırılma yaralanma ve tanık olmayı, yakınları dışında cinsel kötüye kullanımı açısından kız ve erkek gruplar açısından anlamlı fark yoktur. Bizde bir aydan uzun süren ayrılık erkek öğrencilerde daha sık bulduk. ($p=0.009$) Yasak-sevi (ensest) açısından erkelerdeki bildirim kızlardakinden fazlaydı ama istatistiksel fark anlamlı değildi. Yakınları dışındaki cinsel kötüye kullanım kızlarda anlamlı olarak yüksekti. ($p=0.04$) Ancak cinsel kötüye kullanımı ayrı bir alt başlıkta topladığımızda (aile içi ve dışı cinsel kötüye kullanım birleştirilip değerlendirildiğinde) cinsiyetler arasında anlamlı fark yoktur.

Singapur ve ABD'deki bayan kolej öğrencilerindeki çocuk seksüel ve fiziksel istismarı araştıran *Back ve arkadaşlarının* 2001'de yaptıkları çalışmada Singapur'da %4.5 ve ABD'de %15.4 çocukluk çağı seksüel kötüye kullanım hikayesi tariflenmiş. Çocukluk çağı seksüel kötüye kullanım hikayesi olan Singapurlu öğrencilerin olmayanlara ve olan ABD'li öğrencilere göre daha yüksek oranda psikolojik semptomlar tespit edilmiştir. Singapur kolej öğrencileri ABD'li yaşlıtlarına göre yüksek oranda yaralanmaya neden olan fiziksel istismar hikayesi belirtmesine rağmen semptomatolojide önemli bir fonksiyon bozukluğuna rastlanmamıştır (11). *Zoroğlu'nun* 2001 yılında İstanbul'da 839 lise öğrencisinde travmatik yaşantıları araştırdığı çalışmada fiziksel %13.5 ve ensestinde dahil olduğu cinsel istismarı %10.7 ve yalnızca ensesti %4.4 bulmuştur (125). Çalışmamızda ise fiziksel kötüye kullanımı %45.8, ensestinde dahil olduğu cinsel istismarı %12.0 ve yalnızca ensesti %6.7 bulduk. Çalışmamıza baktığımızda fiziksel travmayı çok yüksek buluruz bunu üniversite öğrencilerinin daha iyi tanımlaması olabileceği gibi belki de bu konuda bölgenin şiddet ağırlıklı olduğu yorumunu yapabiliriz.

Dong ve arkadaşları (2004) çocukluk çağı istismarını ve diğer kötü çocukluk çağı deneyimlerini ayrı ayrı incelenmiş ve 8629 yetişkinde yaptıkları çalışmada katılımcıların 2/3'ü en azından bir çocukluk çağı istismarını ve diğer kötü çocukluk çağı deneyimi bildirmiş; en az bir kötü deneyimi olanların %81-98'i bir tane daha bildirmiştir. Dong çalışmasında artan kötü deneyimlerin davranışlar, emosyonel, sosyal durum ve fiziksel sağlık üzerine etkilerinin kümülatif olduğu üzerinde durur (31). *Edgardh ve Ormstad* (2003) İsveç'te kız ve erkeklerinin %2'sini temsil eden 1943 öğrenci, 210 okula gitmeyen 17 yaşındaki katılımcıda çocukluk çağı kötüye kullanım oranını, erkeklerde %3.1, kızlarda %11.2 olarak bulmuşlardır. Okula gitmeyen kız çocuklarında çocukluk çağı seksüel kötüye kullanım prevelansı oldukça yüksek bulunmuş. Bir çoğu istismara bağlı ciddi psikiyatrik semptomlara sahip olsa da, bu konu hakkında hiçbir profesyonel ile görüşmemiş. Bu da adölesanların sosyal, medikal ve psikiyatrik hikayesinde, çocukluk çağı kötüye kullanımı dikkatli ve ısrarlı bir biçimde sorgulanması gerekliliğini göstermektedir (35). Ülkemizde de çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantılarının yaygınlığına ilişkin toplumsal tarama çalışmalarının da sayısı azdır (111).

Ayrıca çalışmamız şunu destekler ki ruh sağlığı alanında çalışanların tanı ve tedavilerinde ne kadar kişisel hikaye ile ilgilendikleri ve çocukluk çağı yaşantılarının var olan semptomlar üzerine ne kadar çok kümülatif etki yarattığını araştırmaları gerekmektedir.

Fleming, (1999) Avusturalya toplumunda rasgele seçilen 710 kadında çocukluk çağı kötüye kullanım prevalansı; 144 kadın (%20) olarak bulunmuştur (43). *Mullen ve arkadaşlarına* (1999) göre genel toplum araştırmasında kadınların çocukluk çağında seksüel kötüye kullanım %10 ila %30 arasında değişmekteyken, cinsel teması içeren çocukluk çağı seksüel kötüye kullanımı oranı %9.9 olmaktadır. Çalışmamızdaki kız öğrencilerin %46.0'ı fiziksel kötüye kullanım, %14.3'ü ise cinsel kötüye kullanımı tarifliyor (61).

Robin ve arkadaşlarının (1997) Amerikan yerlilerinde yaptıkları araştırmada çocukluk çağı cinsel kötüye kullanım oranlarını erkeklerde %14, kadınlarda ise %49 bulmuşlar ve kötüye kullanımın %78'inden aile içi üyeler sorumluymuş. Cinsel kötüye kullanılanlarda çoklu psikiyatrik tanı ve aile disfonksiyonu saptanmış (74). Çalışmamızda kısa ve fiziksel kötüye kullanıma verilen yanıt arttıkça aile değerlendirilmesi bozuluyor, dissosiyatif yaşantılar artıyor ve genel semptom indeksi puanları yükseliyordu. 467 öğrencinin 45'i %9.6 yakın dışı cinsel kötüye kullanım tariflerken, 461 öğrencinin 31'i %6.7'si yakınlarının cinsel kötüye kullanımını tarifliyordu. Yani öğrencilerin cinsel istismarında %40.8'i gibi bir yüzde ile aile içi üyeler sorumludur.

Dissosiyasyon

Dissosiyatif bozukluklar ile ilgili alanda gerçekleştirilmiş üç epidemiyolojik çalışma bulunmaktadır. Bunlardan biri Kanada'da *Ross ve arkadaşları* diğer ikisi ülkemizde Cumhuriyet üniversitesi psikiyatri kliniği ile İstanbul Tıp fakültesi grubunun işbirliği ile Sivas'ta yapılmıştır. Ülkemiz için genel toplumdaki DES ortalaması 7.67 olarak bulunmuştur. *Ross*'un çalışmasında ise ortalama 10.8, ortanca 7.0 olarak bulunmuştur (5, 78).

Yargıç ve arkadaşları (1994) tedavi görmemiş üniversite öğrencilerinde bu oran 14.3, *Gündoğdukur'an* (1999) Van Yüzüncü Yıl üniversitesinde öğrencilerin yeme alışkanlıkları ve dissosiyatif deneyimler üzerine yapılan çalışmada DES ortalaması kızlarda 13.1 erkeklerde 12.2 ve ortalama 12.4 bulunmuş. *Zoroğlu ve arkadaşları* (2001) İstanbul'da 839 lise öğrencisindeki çocukluk dönemi istismar ve ihmalini araştırdıkları çalışmada DES ortalaması 21.3'tür (50, 115, 125).

Şar ve arkadaşları (2000) genel psikiyatri polikliniğinde ayaktan tedavi görenlerin ortalaması 15.3 ve *Yanık ve Özmen* (2002) 13.7 olarak saptanmıştır. *Tutkun ve arkadaşları* (1998) genel psikiyatri servisinde yatan hastalarda ise 17.8, *Evren ve Ögel* (2003) Amatemde yatarak tedavi gören alkol ve madde bağımlılarında 21.6, *Şahin ve arkadaşları* (2000) değişen psikiyatrik tanılar almış hastalarda yapılan dissosiyatif bozukluk araştırmasında çok tanı ve tek tanı grupta DES sırasıyla 16.25 ve 9.45 olarak bulunmuş. *Bakım B.* (1999) çoğul kişilik ve benzeri kronik karmaşık dissosiyatif bozukluğu olan 57 hastanın izlem çalışmasında DES ortalaması 33,2 olarak bulunmuş (12, 40, 91, 100, 106, 112).

Çalışmamızda DES ortalamasını kızlarda 22.2 erkeklerde 23.3, toplamda ise 22.8 olarak bulduk. Bu oranlar *Evren ve Ögel*'in Ametem'deki ve *Zoroğlu ve arkadaşlarının* liseli öğrencilerindeki çalışmalarına yakındır (40, 125).

Şahin ve arkadaşları değişen psikiyatrik tanılar almış hastalarda yapılan dissosiyatif bozukluk araştırmasında DES hastalık süresiyle ilişkisiz, yaş ile negatif yönde ilişkili bulunmuş (91). *Şar* dissosiyasyona eğiliminin çocukluk çağında en üst düzeyde olduğu ve yaşla azaldığını söyler (92). Çalışmamızda DES yaş ile değerlendirildiğinde yaş arttıkça DES değeri alan azalıyordu. 17-18, 19-20, 21-22, 23-24, 25 ve üstü şeklinde yaş gruplarına bölündüğünde alınan DES ortalamaları sırasıyla 28.4, 23.5, 22.1, 20.8 ve 16.7 şeklindedir.

DES farklılığı için birkaç açıklamamız olabilir:

Birincisi, DES değerlerinin yaşla beraber azaldığını hem bizim çalışmamızda hem diğer çalışmalarda gözlemlenmektedir (91, 92). Bu bizi şu sonuçlara götürebilir. Gençlerde ve çocuklarda doğal savunma mekanizmasına bağlı olarak veya DES genç ve çocuklarda daha yüksektir ve değerlendirirken bu göz önünde bulundurulmalıdır diyebiliriz. Ancak DES skor yüksekliği ile korele travmatik yaşantıların, borderline özellikleri, olumsuz aile değerlendirmesi ve yüksek belirti dağılımları bize başka açıklamalar yapmayı gerekli kılar. Yani DES yüksekliği bizi travmatik yaşantılar ve eşlik edebilecek durumlar konusunda ayrıca uyanık davranmaya sevk etmelidir.

İkincisi, bölgemizin özel durumu diyebiliriz. Bölgemiz yapısı itibarı ile aileden bireye, bireyden ve örgütlerden topluma ve devlete yönelik şiddetin yoğun yaşandığı, kapalı, muhafazakar bir bölge olması itibarıyla DES yüksektir yorumunu yapmak ilk başta doğru gelse de, çalışmalar bu söylemi doğrulamaz. Bölgemize beşeri özellikler itibarıyla benzeyen Van ve Sivas örneğinde olduğu gibi buradaki çalışmalarda DES düşük bulunmuştur. Van örneklemini itibarıyla üniversite öğrencileri seçilmiştir. Ayrıca Doğu Batı kıyaslaması yapıldığında da yanılmaktayız *Zoroğlu ve arkadaşlarının* İstanbul'da yaş grubu olarak çok uzak sayılmayacak lise öğrencilerinde yaptığı çalışmada 21.3 DES ortalaması bulunmuştur (3, 50, 125).

Üçüncüsü; Öğrencilerin yaklaşık yarısına yakının anketi doldurdıkları zamanlarda sınav dönemi ve sınav zamanında olmaları, üniversiteye başlamayla birlikte ortaya çıkan uyum problemlerini ve bulunduğu ortamın algılanmakta zorluk çekilmesi gibi nedenlerle bu çalışmadaki hem zorluk hem de bazı verilerin yüksek çıkmasını açıklasa da var olan ölçekler arasında olan korelasyon ve diğer çalışmalarla uyumu bizi bu düşünceden uzaklaştırır.

Bu veriler bize DES değerlerini ve yapılan diğer ölçek ve muayeneleri kendi içinde değerlendirilmesi gerektiğidir. Zaten çalışmamızda bunu göstermekte olup diğer çalışmalar uyumludur.

Dissosiyasyon ve fiziksel ve cinsel istismarla ilgili çalışmalar

Yanık ve Özmen (2002) bu konudaki tüm çalışmalarda çocukluk çağı kötüye kullanım ve ihmali yaşantılarının DES puan ortalamasını istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yükseltmekte olduğunu söylerler (112). Fiziksel ve seksüel kötüye kullanım araştırdığımız çalışmada ankete verilen toplam yanıt sayısı (1-3 yanıt veren 4-7 yanıt veren diye ayırdığımızda) arttıkça DES 30 puan ve üstü olan kişi sayısı anlamlı şekilde artıyordu. (4 ve üstü yanıt verenler DES 30 puanın altında %11.9 iken 30 puanın üstünde %29.0 olarak bulundu.)

Waldinger ve arkadaşları (1994) ayakta tedavi gören kadın hastalar arasında rapor edilmiş cinsel taciz hikayeleri ve dissosiyasyon seviyelerine bakıldığında cinsel taciz uğrayanların 14.7, fiziksel taciz uğrayanların 11.6 ve hiçbir şekilde tacize uğramamış hastalarının oranı 8.3-9.6 şeklinde bulunmuş. Dissosiyatif deneyim skalasının skorlarının, bu grup içinde kullanılan denekler arasında cinsel taciz hikayelerinin ana belirleyicisi olduğu saptanmıştır (119). Çalışmamızda deneklerde fiziksel ve seksüel kötüye kullanım anketinde hiçbir soruya yanıt vermeyenlerde DES 18.1, Fiziksel istismar (KKA345) tarifleyenlerde 26.6, cinsel istismar tarifleyenlerde 30.0 olarak bulduk.

Şahin ve arkadaşları (2000) hastalara konulan tanı sayısı arttıkça DES korele olarak arttığını bulmuşlar ve çoklu tanılu grupta çocukluk çağı travması olanlarda olmayanlara göre daha yüksek DES skorları elde etmişlerdir. Ancak *Şahin ve arkadaşları*, çalışmasında travma varlığının tek başına dissosiyatif belirtiler için yeterli olmadığını söylerler (91). *Sanders ve Giolas* (1996) çalışmasında adölesandaki dissosiyasyonun, önceki stres veya istismara bağlı olduğunu göstermiş. Dissosiyasyon derecesini fiziksel istismar ve cezalandırma, cinsel istismar, psikososyal istismar, ilgisizlik ve olumsuz ev atmosfer ile ilişkili bulmuştur (80). *Zoroğlu ve arkadaşları* (2001) maruz kalınan travma sayısı ile DES'i ilişkilendirmişler, bir

grup lise öğrencisinde yaptıkları çalışmada travmaya maruz kalmayanda DES ortalaması 17.9 olurken maruz kalınan travma sayısı arttıkça DES puanları artmaktadır.3 ve fazlası travmada 30.9 olarak bulunmuştur (125). Çalışmamızda deneklerde fiziksel ve seksüel kötüye kullanım anketinde hiçbir soruya yanıt vermeyenlerde DES 18.1 iken maruz kalınan travma sayısı arttıkça DES anlamlı bir şekilde yükselmekte ve en yüksek değer olarak 48.9 olmaktadır.

DiTomasso ve Routh (1993) üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada istismar değişkenleri ve dissosiyasyon değişkenleri arasında önemli bağlantılar bulunmuş. DES ortalaması 19.48 bulunan çalışmada fiziksel istismarın tersine cinsel istismar prevelansı kız öğrencilerde erkeklerden ciddi oranda yüksek bulunmuştur (30). Çalışmamızda cinsel istismar erkek öğrencilerin %10.1'inde kız öğrencilerin %14.3'ünde vardı ancak bu istatistiksel olarak anlamlı değildi. Fiziksel istismar ise erkek öğrencilerin %45.7'sinde kız öğrencilerin %46.0'ında olup anlamlı bulunmamıştır. Deneklerde fiziksel ve seksüel kötüye kullanım anketinde cinsiyetler arası anlamlı fark sadece anneden bir ay süren ayrılık kısmındadır. Bu erkeklerde %53.9 ve kızlarda ise %41.5 olarak bulunmuştur. (P= 0.009)

Roesler ve McKenzie (1992) dissosiyasyon için belirlenmiş tüm semptom ölçümlerine, cinsel tacizin çok fazla katkıda bulunduğu önemli sayısal değerlerle ortaya çıkarılmıştır (76). Çalışmamızda da DES değerlerini 30 üstü ve altı diye ayırdığımızda en çok anlamlı değerleri cinsel istismar bölümünde alıyoruz.(P=0.000) Borderline özelliklerle kötüye kullanım özellikleri arasında yapılan varyans analizi sonucunda en anlamlı verileri cinsel istismar kısmından alıyoruz.

Borderline, Dissosiyasyon, çocukluk çağı fiziksel ve cinsel istismar

Semiz ve arkadaşları (2005) sınır kişilik bozukluğu hastalarındaki (n=35) DES ortalaması 41.96, ayrıca aynı hasta grubunda çocukluk çağı fiziksel taciz %28.5, cinsel taciz %28.5, duygusal taciz %8.5 ve ihmal %60 olarak bulunmuştur (82) Çalışmamızda borderline özelliklere göre varyans analizi sonucunda DES (Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği) verileriyle anlamlıdır.(p=0.000) Scheffe testinin sonuçlarına göre borderline tanımlanmayan 62 kişi (ortalaması: 12.79), eşik altı olanlar 130 kişi (ortalaması: 18.41) ve tanımlananlar 252 kişi (ortalaması: 27.66) olarak hesaplanmıştır.

Herman, Perry ve van der Kolk (2000) borderline kişilik bozukluğu olan olguların %81'inde önemli çocukluk çağı travma öyküsü bildirmişlerdir. Çalışmalarında %71'inin fiziksel, %67'sinin cinsel istismara uğramış olduğunu ve %62'sinin aile içi şiddete tanıklık ettiğini bulmuşlardır. Sınırdaki kişilik olgularının yarıdan fazlası erken çocukluk çağında travma öyküleri bildirirler. Erken ve çoklu istismar deneyimlerinin yüksek travma skorları oluşturduğu ve bunların genelde borderline hastalarda olduğu görülmüş. Borderline kişilik bozukluğu (BKB) ve çocukluk çağı cinsel kötüye kullanımı arasında güçlü bir ilişki olmasına rağmen tek başına BKB'nin ortaya çıkmasına yeterli olup olmadığının net olmadığını söylüyorlar (51). Aynı makalede yazarlar çocukluk çağı cinsel kötüye kullanımın borderline psikopatolojiden daha fazla dissosiyasyonla ilişkili bulmuşlar (51). Çalışmamızda borderline özelliklerle kötüye kullanım arasında varsans analizi sonucunda anlamlı ilişki vardır. En çok anlamlılık cinsel kötüye kullanım arasındadır.(P=0.003)

Oldham ve arkadaşları (1993) borderline kişilik bozukluğu tanısı olan hastaların %75'inde istismar hikayesi mevcutken, BKB olmayan hastalarda bu oran %33 olarak bulunmuştur.(28) Aynı çalışmada borderline grupta seksüel kötüye kullanım %29.5 iken borderline olmayan grupta tariflenmemiştir (67) Çalışmamızda borderline olan grupta %83.6 oranında çocukluk çağı fiziksel ve cinsel istismar tarifleniyor. Borderline olmayan grupta ise %67.2 olup bulgularımız klinik muayeneye dayanmadığı için sadece fikir vericidir. Borderline özelliklerle fiziksel ve cinsel kötüye kullanımın varyans analizi yapıldığında şunu görüyoruz ki borderline özelliklerle en çok cinsel istismar ilgilidir. (p=0,003)

Brown ve Anderson (1997) Eksen II tanısı ve özellikle borderline kişilik bozukluğu, istismara uğrayanlarda, uğramayanlara göre daha sık gözlenmiş. Kadınlardaki kombine istismar, erkeklerdeki ise fiziksel istismar, aile hikayesinin de (özellikle erkek akrabalarda alkolizm başta olmak üzere) psikiyatrik hastalık mevcudiyeti ile birlikte gözlenmiş (19). Salzman ve arkadaşları (1994) çocukluk çağı istismar hikayesi tüm hastalarda BKB veya BKB-eşik altında zorunlu kılmamaktadır. Şu hipotez öne sürülmüş: BPD geniş bir semptomatik şiddete sahiptir. Az semptomatiklerin ve eşik altı olanların çocukluk çağı istismar hikayesini sahip olma oranı düşüktür. Daha semptomatik hastaların (kendine zarar verenler gibi) çocukluk çağı fiziksel veya cinsel istismara maruz kalma oranı daha fazladır. Çocukluk çağı istismarının varlığı veya yokluğu BKB tanısıyla ilişkili olmayıp şiddetiyle ilişkilidir (79). Western ve arkadaşları (1990) “tüm cinsel ve fiziksel istismara uğramış olanlar borderline olmayacağı gibi, tüm borderline olanlarda cinsel istismara uğramış değildir” der (120). Zanarini, Yong ve arkadaşları (2000) çocukluk çağı cinsel istismarın şiddeti ile BKB şiddeti arasında ilişki bulmuştur (121). Çalışmamızda borderline olması ile fiziksel ve seksüel kötüye kullanım anketine verilen yanıtlar değerlendirildiğinde; istismar olmayanların %45.4’ünde borderline özellik bulunurken, 1 veya 3 istismar olanlarda %57.7’sinde, 4 veya 7 istismar olanlarda bu %71.0 olup bize borderline ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları arasında bir ilişkinin olduğunu gösterir ve diğer çalışmalarla da uyumludur.

Dissosiyasyon, çocukluk çağı travmaları ve aile

Draijer ve Langeland’in (1993) psikiyatri hastaların dissosiyasyon etiyolojisine yönelik araştırmada maternal disfonksiyon ve çocukluk dönemi travması üzerine odaklanılmıştır. Ciddi fiziksel ve seksüel istismar ve tekrarlayıcı cinsel travma gibi çocukluk çağı stres faktörleriyle dissosiyatif semptomlar ilişkili bulunmuş. Şiddete tanık olmak ve ebeveynlerden erken ayrılmak dissosiyasyon derecesiyle ilişkili bulunmazken ebeveyn kaybı ve ayrılması şiddetli dissosiyatif semptomlarla ilişkili bulunmuş (33). Çalışmalarında dissosiyasyonu travmayla ilişkili olmasına rağmen ihmalden de kaynaklandığını gösterirler.(33) Çalışmamızda yüksek dissosiyasyon oranlarının çocukluk çağı cinsel kötüye kullanımla olduğu kadar anneden bir aydan uzun ayrılıkla da bağlantılıdır. Ayrıca aile değerlendirme ölçeği (ADO) ile DES karşılaştırıldığında; dissosiyasyon puanları yükseldikçe öğrencilerin aile değerlendirmeleri de olumsuzlanmaktaydı. Çalışmamızda ebeveyn kaybı, boşanması ve üvey ebeveyn ile dissosiyasyon skorları arasında korelasyon bulamadık.

Aile değerlendirilmesinin okunması ve çocukluk çağı kötüye kullanımı

Paris ve arkadaşları (1991)erkek boderline hastalarda bazı psikososyal risk faktörleri olan çocukluk çağı cinsel ve fiziksel istismarı, erken ayrılık veya kayıp, anormal aile bağlanması ile ilişkili bulmuşlar (71). Çalışmamızda borderline tanısı alan ailelerin maddi ve manevi sorunlarını çözebilme becerisi, etkili bir iletişim içinde olma, ailenin maddi ve manevi ihtiyaçlarını karşılama, aile üyelerinin her türlü uyaran karşısında en uygun tepkiyi göstermesi, aile üyelerinin birbirine gösterdiği ilgi, bakım ve sevgiyi psikolojik ve sosyal tehlike karşısındaki davranışlar açısından borderline olmayan ve eşik altı gruba göre bu skorları daha kötü bulduk. Borderline ile aile üyelerinin davranışlarına standart koyma ve disiplin sağlama alt başlığı arsında ise ilişki bulunamadı.

Kaptanoğlu ve arkadaşlarının (1993)cinsel travma öyküsü veren psikiyatrik hastalarda ruhsal belirti dağılımının inceledikleri makalede SCL-90-R kişiler arası duyarlılık alt skalasını cinsel travma geçiren grupta kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş (53). Çalışmamızda ise istismar sayısı arttıkça genel semptom indeksinin arttığını bulduk. (Pearson Korelasyon 0.349, p=0.000)

Literartüre baktığımızda her ne kadar cinsel kötüye kullanım çalışmaları az dense de karşılaştırma açısından bakılınca fiziksel kötüye kullanım ve ihmalle ilgili çalışmalar yok denecek kadar azdır. Yada ölçekler nedeniyle hepsinin bir arada kullanıldığı değerlendirmeler vardır.

SONUÇ ve ÖNERİLER :

Herkesin kapıp sürükleyecek, savunma duvarlarını yıkacak 'özel sistem'in alışıldık kalıplarını altüst edecek yaşantıları olabilir. Bu yaşantılar iç ve dış nesnelerin çekim alanına girerek, herşeyin (yaşamın ve insanın) yeniden tanımlanmasını/ yorumlanmasını/ yapılanmasını gerektirebilir. 'Travma' olarak ele alacağımız yaşantılar, ya insanın kendine güvende hissedeceği hiçbir yeni yapılanmaya izin vermeyen, gelişim sürecinde takılmasına (fiksasyon)/gerisin geriye yuvarlanmasına (regresyon), ya da işlevselliği yetersiz (patolojik) çözümler üretmesine neden olan 'yıkıcı',/ketleyici/saptırıcı' yaşantılardır. Yaratıcılığa izin veren ya da yaratıcılık sürecini başlatan yaşantılar ise, eski sistemi 'yıkıcı', ancak yenisini 'yapılandırıcı', ileriye doğru (progresif) eylemliliği içeren yaşantılardır (81).

Ancak yukarıda bahsedilen hem uyum hem de yaratıcılık için ne çocuğun gelişmiş savunma düzenekleri ne de bunları işleyebilecek egosu yeterince güçlüdür. Bu sebeptendir ki travmaya yanıtları ve süreçleri erişkinlerden farklıdır. *Yüksel* 1993 yılında ensest tanınması ve değerlendirilmesi adını taşıyan makalesinde 15-16 yaşına dek çocukların anne-baba veya büyük ana-babaları ile uyumlarının yaygın bir gelenek olduğu ve bunun çocukların cinselliği ile ilgili olmadığı ileri sürülerek Japonya'da resmi kayıtlarda ensest olmadığından ama anonim telefon servisine bildirilen ensest öyküsü ve bunun olumsuz etkilerinden yakınan çok kişinin olduğundan bahseder. Bu bize toplumsal duyarlılığın ve ulusal kimlik kabarmasının (bizde olmaz) bu iş ile uğraşanların önündeki en büyük engel olduğunu göstermektedir. Ve hatta verilerin abartıldığına veya bunlardan çıkar sağlandığına yönelik çalışmacıyı, çalışmayı yok sayıcı ve kaçınıcı tutumlar sergilenebilir. *Yüksel*, Türkiye'nin de çocukluk çağı cinsel istismarına bağlılık olmadığını çalışmasında belirtir (118).

Elimizdeki veriler örseleyici çocukluk yaşantılarıyla dissosiyatif belirtiler ve borderline bozukluk arasında nedensel bir ilişki ortaya koymasa da, örseleyici çocukluk yaşantılarıyla dissosiyatif belirtiler ve borderline bozukluk arasında görece yüksek oranlarda bir ilişki olduğunu desteklemektedir.

Bu çalışmada çocukluk çağı travmatik yaşantıları öğrencilerin öz bildirimine dayanılarak ve tanımlandığı biçimi ile saptanmıştır. Dolayısıyla elde edilen bulguların bu popülasyondaki gerçek travmatik yaşantı sıklığını tam olarak bildiğimiz savunulamaz. Ancak bildirilen travma oranının, dissosiyatif yaşantıları olan gençlerin çocukluk çağı travmatik yaşantılarına sıklıkla dissosiyatif belirtilerle yanıt verdikleri aşıkardır. Buna karşılık "yalancı pozitif bildirimler de belirli oranda olabilir.

Esas olarak dissosiyatif psikopatolojiye sahip olan bireylerin, diğer patolojik hasta gruplarından ve normallerden ayırt edilmesi amacıyla geliştirilmiş bir tarama testi olan Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ile elde edilen puanların, psikiyatriye başvurmamayan ve üniversite öğreniminin başındaki gençlerden oluşmuş popülasyonda çocukluk çağı travmalarıyla ilişkili bulunması, çocukluk çağı travmalarının sadece klinik popülasyonda gözlenen ağır ve kronik dissosiyatif bozukların değil, klinik dışı popülasyondaki dissosiyatif yaşantıların etiolojisinde de rol oynadığını göstermektedir.

Travma türlerinin hepsini birden bildiren öğrencilerin DES puanı, borderline özellikler, bozulmuş ruhsal yaşantı ve kötü aile değerlendirmesi ile tüm travmatik olmayanlardan çok daha yüksektir. Bu kişilerin görece patolojik çevre koşullarında yetiştiklerini, daha ağır travmatik geçmişin daha belirgin olarak dissosiyatif patolojiye yol açtığını varsaymak gerekmektedir. Doğaldır ki, üniversite okuyamamış, ailesi bulunmayan kendini ifade etmekte zorlanan, ekonomik olarak daha kötü, çalışmakta olan, psikiyatrik bozukluğu olan, sokakta yaşayan,

kurumda yaşayan, suçlu olarak ıslah evi veya hapishanede bulunan toplulukta ruhsal travma ile karşılaşma olasılığı daha yüksektir. Hem çalışmamızın göstergeleri hem de diğer çalışmalar istismar ve ihmâl ile ilgili çalışmaların daha tüm açılardan, daha geniş ve farklı alanlardaki popülasyonları da kapsayacak şekilde yapılması gereğini ortaya koyar.

Bulgular dissosiyatif bozuklukları değerlendirme ölçme araçları kullanılmadığında hastaların kolaylıkla bir başka tanı alabileceklerini ve bu durum da esas tanının konulmasının güçleştirdiğini düşündürmektedir.

Çalışmalarda çocukluk çağı travmatik yaşam olayları ile dissosiyasyon, borderline, ruhsal belirti dağılımı ve aile değerlendirmesi karşılaştırmaları yapılmış ancak çalışmamız bu değerlendirmelerin hepsini kapsayacak özellikte olup farklıdır.

Çalışmamız diğer çalışmalar gibi gençlerin çocukluk çağı travmatik yaşam olaylarını ifade edebildiklerini göstermektedir. Ancak muayenelere yansıyan bilgi bu kadar yüksek değildir. Bunu ismin yazılmaması ve birbirine bakamayacağı oturma düzeni ve daha kötüsü ya ruh sağlığı çalışanlarına güvensizliği veya ruh sağlığı çalışanlarının bu anamnezi almaktaki isteksizliği olarak değerlendirilebilir. Bu ruh sağlığı alanında çalışanları hastanın var olan semptomlarıyla ilişkili veya ilişkisiz olarak çocukluk çağı ile ilgili olarak getirebileceği anıları ayrıntılı şekilde alınması ve anamnezimizi bu yaşam olaylarını da kapsayacak şekilde değiştirmemiz şeklinde bizi uyarır. Özellikle toplum tarafından ne çocuk ne de tam bir yetişkin olarak kabul edilmeyen gençlerin kendilerini yenileme ve değiştirme fırsatını yakaladıkları bu dönemde geçmişteki yaşam olaylarını da yeniden işleyebilme gücünü bulabilirler.

Çalışmamız şunu açıkça ortaya koymuştur ki çocukluk çağı travmatik yaşam olayları borderline varlığı, yüksek dissosiyasyon skorları, SCL-90-R'de yüksek ruhsal belirti düzeyleri ve bozuk aile değerlendirilmesi ile birliktedir. Muayeneye bozuk aile ilişkileri, yüksek impulsivite, ambivale düşünceler, değişik dissosiyatif semptomlar ve çok sık değişen veya aynı anda birçok tanıyı düşündüren (taklit eden, barındıran) ruhsal belirtilerle gelen hastalarda çocukluk çağı travmatik yaşam olayları odaklanmamız gereken konuların başında yer almalıdır.

Bunu içindir ki sağlık ekibi kendini travmatik olayları tanımaya ve kendi travmatik yaşam olayları da dahil olmak üzere bu konudaki bilgilerini yenilemeye özen göstermelidir.

Ülkemizde herhangi bir dissosiyatif bozukluğun genel toplumda görülme sıklığı yaklaşık beşte birdir. Bu yüksek görülüş sıklığı nedeniyle dissosiyatif bozukluğun taranması ve tanınması önemlidir. Yeni dissosiyatif bozukluk vakalarının taranması ve tanınması çeşitli evreler gerektirmektedir. DES, geçerliliği ve güvenilirliği yüksek bir dissosiyatif bozukluk tarama aracıdır. Bu tarama sırasında dissosiyatif bozukluk tanısından kuşkulanan kişilere SCID-D'nin uygulanması, ilk tanısall değerlendirme açısından önem taşımaktadır. Tedavi süresince SCID-D ile yapılacak değerlendirmeler özellikle alter kişilikler hakkında daha ayrıntılı bilgi edinmeye yarayacaktır.

Travmatik yaşantılar ağırlaştıkça dissosiyatif bozukluğun iç yapısı karmaşıklaşır. Bunun sonucunda hastanın tedaviyi kabulü, devamı, uyumu ve tedaviye yanıtında sorunlar yaşanabilir. Bununla bağlantılı olarak tedavi süresi değişebilmektedir. Bu gruptaki hastalar öz kıyım girişimleri ve dışı vurum davranışları nedeni ile adli açıdan önemli bir yere sahiptir.

Sonuç olarak travmatik yaşantıların ve bunlarla ilişkili gelişebilecek hastalıklar konusunda, her düzeyde psikiyatri eğitim programları içinde yer alması, tanı ve tedavisi konusunda daha çok tanıtım ve çalışma yapılması hastalarımızın yararı, halk sağlığına katkı açısından da gereklidir.

Dissosiyatif bozuklukların eskiden sanıldığından daha sık olduğu için klinik değerlendirmelerde dissosiyatif bozukluk için sistematik bilgi almanın tanısall değerlendirmede rutin olarak yer alması önerilebilir.

Çocukluk çağı travmatik yaşam olayları kişinin gelişimini sekteye uğratan, yaşama bakışını değiştiren ve etkisini uzun yıllar atamadığı deneyimler topluluğudur. Aynen ağlarını ören örümcek gibi.



Özet:

Amaç:

Bu çalışma; travmatik çocukluk çağı deneyimlerinin dissosiyatif yaşantılar, borderline kişilik bozukluğu, ruhsal belirti dağılımı ve aile işlevleri üzerine etkisinin üniversite öğrencilerinde incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Metot:

Çalışmaya Dicle Üniversitesinin değişik bölümlerden 265'i erkek, 220'si kız 485 birinci sınıf öğrencisi alındı. Öğrencilere sosyodemografik bilgi formu, DSM-III SCID-II'den Borderline kişilik bozukluğu bölümü, Kısa Fiziksel ve Seksüel Kötüye Kullanım Anketi (KKA), Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R), Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) ve Aile Değerlendirme Ölçeğini (ADÖ) de içeren anket verilip doldurulması istendi.

Bulgular:

Deneklerin %79.4'ü en az bir kötüye kullanım tariflemiştir. Fiziksel yaralanma %10.9, fiziksel cezalandırılma %22.1, cinsel istismar (ensest dahil) %12.0, yalnızca enest % 6.7 olarak bulundu. Öğrencilerin %9.6 yakın dışı cinsel kötüye kullanım tariflerken, %6.7'si yakınlarının cinsel kötüye kullanımını tarifliyordu. Öğrencilerin cinsel istismarında %40.8'i gibi bir yüzde ile aile içi üyeler sorumludur.

DES ortalaması kız öğrencilerde 22.2, erkek öğrencilerde 23.3 ve toplamdaki ortalaması 22.8'dir. KKA'ya verilen yanıt arttıkça DES ortalaması artıyordu. Çalışmamızda DES yaş ile değerlendirildiğinde yaş arttıkça DES değeri alan azalıyordu. 17-18, 19-20, 21-22, 23-24, 25 ve üstü şeklinde yaş gruplarına bölündüğünde alınan DES ortalamaları sırasıyla 28.4, 23.5, 22.1, 20.8 ve 16.7 şeklindedir. Sosyodemografik verilerle dissosiyatif deneyimler açısından anlamlı bir ilişki bulamadık.

Borderline özelliği olanlarda DES, KKA, SCL-90-R ve ADÖ değerleri yüksektir.

Sonuç:

Çocukluk çağı travmaları borderline özellikler, yüksek dissosiyasyon düzeyleri, ruhsal belirtilerin tamamında yükselme ve bozuk aile işleviyle ilişkili bulundu. Ayrıca ruhsal belirtilerin yüksek düzeyleri birbirleriyle de ilişkiliydi. Çocukluk çağı travmalı bireylerde daha sonra gelişebilecek psikopatoloji, kimlik ve kişilik özelliklerinde belirleyici olabileceğidir.

Anahtar kelimeler:

Çocukluk çağı travmaları, dissosiyasyon, borderline kişilik bozukluğu, ruhsal belirti dağılımı, aile değerlendirilmesi

Abstract:

Aim:

This study was performed to assess the effect of traumatic childhood experiences on dissociative lives, borderline personality disorder, psychological sign distribution and family functions, among the university students.

Method:

265 male, 220 female, totally 485 first degree student from the different faculties of Dicle University enrolled to the study. All the students asked to complete Sociodemographic Data Form, borderline personality disorder part of DSM-III SCID-II, Short Physical and Sexual Abuse Form, Symptom Checklist Revised (SCL-90-R), Dissociative Experiences Scale (DES), and Family assessment Device (FAD).

Findings:

79.4 % of subjects described at least one form of abuse. Physical wound 10.9 %, physical punishment 22.1 %, sexual abuse (incest included) 12%, and only incest found 6.7 %. 9.6 % of students described sexual abuse from outside of the family, 6.7 % described sexual abuse from closed relatives. Family members were responsible from 40.8 % of sexual abuse of the students.

The average DES score was 22.2 for the female, 22.3 for the male students and average of the total was 22.8. As the answers for the Short Physical and Sexual Abuse Form increased, DES average was increasing. In our study, when DES evaluated with age; DES was decreasing when age was increased. DES score average of age groups 17-18, 19-20, 21-22, 23-24, 25 and over is found as 28.4, 23.5, 22.1, 20.8 and 16.7. We couldn't find relationship between sociodemographic data and dissociative experiences.

DES, Short Physical and Sexual Abuse, SCL-90-R and FAD scores found high at borderline featured subjects.

Result:

Childhood traumas are found to be related with borderline features, high dissociation levels, increase at all psychological signs, and disturbed family function. Also high levels of psychological signs were related with each other. Psychopathology developing after childhood trauma, can determine the identity and personality features

Key Words:

Childhood traumas, dissociation, borderline personality disorder, psychological sign distribution, family evaluation

KAYNAKLAR:

1. Akdavar Y, Yüksel Ş. (1993) Cinsel tecavüze uğrayan kişilere karşı alınan tavır. Nöropsikiyatri Arşivi; (2) 347-351
2. Aksüt D. (2003) Borderline kişilik bozukluğu olgularında anne-baba kişilik özellikleri ve aile ilişkileri. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, İstanbul
3. Akyüz G. (1996) Sivas il merkezinde dissosiyatif bozuklukların epidemiyolojisi. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Sivas.
4. Akyüz G. (2002) Dissosiyatif bozuklukların epidemiyolojisi. Psikiyatrik epidemiyoloji. Editör: Orhan Doğan. Ege Psikiyatri yayınları İzmir- 75-79.
5. Akyüz G, Doğan O, Şar V, Yargıç Lİ, Tutkun H. (1999) Frequency of dissociative identity disorder in the general population: an epidemiologic study on a representative sample from a city in Central Turkey. Compr Psychiatry; 40:151-159.
6. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997): Practice Parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been pshysical and sexualy abused; Am. Acad. Child Adoles Psychiatry, 36:10, supplement.
7. Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) (çeviri editörü: Köroğlu E.) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1996.
8. Aslan SH, Karlıdağ R, Alparslan ZN, Tamam L, Ünal M. (1997) Borderline kişilik bozukluğunda örseleyici çocukluk yaşantıları ve ruhsal belirti. Düşünen Adam Dergisi cilt:10 sayı:3 SF:33-39.
9. Aslan SH, Alparslan ZN. (1999) Çocukluk örselenme yaşantıları ölçeği'nin bir üniversite öğrencisi örnekleminde geçerlilik, güvenirlik ve faktör yapısı. Türk Psikiyatri Dergisi;275-285.
10. Arı M. (2005) Konversiyon bozukluğunda çocukluk çağı yaşam olayları. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Diyarbakır.
11. Back SE, Jackson JL, Fitzgerald M, Shaffer A, Salstrom S, Osman MM. (2001) Child sexual and physical abuse among college students in Singapore and the United States. Am J Psychiatry. Jul;158(7):1034-9.
12. Bakım B. (1999) Çoğul kişilik ve benzeri kronik karmaşık dissosiyatif bozukluk hastaları üzerinde bir izleme çalışması. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, İstanbul.
13. Bayraktar E, Atalay ND (1997) Panik Bozukluğu ve Agorafobi. Psikiyatri Temel Kitabı, cilt 1, Ed: C Güleç, E Köroğlu (Ed), Ankara, Hekimler Yayın Birliği s. 461-478.

14. Bernstein EM, Putnam PW (1986): Development, reliability and validity of a dissociation scale. J Nerv Ment Dis 174:727-735. tez 2 den
15. Birsöz S, Kahraman T. (1990) Depersonalizasyon bozukluğu ve elektrokonvülsif tedavi: bir olgu sunumu. Türk Psikiyatri Dergisi;1:3 205.
16. Bowman ES (1993) Etiology and clinical course of pseudoseizures. Relationship to trauma, depression and dissociation. Psychosomatics, 34:333-42.
17. Breger L. (2002) Freud görüntünün ortasındaki karanlık. Çeviren: Aslı Biçen. Yapı Kredi yayınları, İstanbul.
18. Breslau N (2002) Psychiatric morbidity in adult survivors of childhood trauma. Semin Clin Neuropsychiatry, 7:80-88.
19. Brown GR, Anderson B. (1997) Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. Child Abuse Negl. Aug;21(8):769-87.
20. Bulut I. (1990) Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) el kitabı. Özgüzel Matbaası, Ankara
21. Chu JA, Dill DL (1990) Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. Am J Psychiatry, 147:887-892.
22. Cloninger CR, Svrakic DM. (2000) Personality disorders. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry II Seventh Edition. Lippincott Williams&Wilkins page 1723-1766
23. Coons MP. Dissociative fuque. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry II Seventh Edition. Lippincott Williams&Wilkins 2000 page 1549-1553
24. Çilli AS. Aile değerlendirme ölçeği için geliştirdiği algoritma 18 Haziran 2004 tarihinde Dr. Ali S. Çilli tarafından Comment Programlaması yapılmıştır. ascilli@selcuk.edu.tr
25. Çilli AS. Belirti tarama listesi (SCL-90-R) için geliştirdiği algoritma Dr. Ali Savaş Çilli® . ascilli@selcuk.edu.tr
26. Dağ İ (1991) Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 2:1,5-12.
27. David S, Etzel C. (1997) Dissosiyatif ve somatoform bozuklukların kültürel çeşitliliği hakkında nazolojik yorumlar. Kültür ve psikiyatrik tanı DSM-IV bakış açısıyla. Editörler: Mezzichi JE, Kleiman A, Fabrega H, Parron DL, Çeviren T.Tunga Tüzer. Compos Mentis yayınları, birinci basım, Ankara, 189-194

28. Derogatis LR. (1977) SCL-90 Administration, Scoring, and Procedure Manual for the Revised Version. Baltimore MD. John Hopkins Univ. School of Medicine, Clin. Psychometrics Unit.
29. Dirican R, Bilgel N. (1993) Gençlerin sağlık sorunları. Halk Sağlığı (toplum hekimliği). Uludağ üniversitesi Basımevi, 419-428 .
30. DiTomasso MJ, Routh DK.(1993) Recall of abuse in childhood and three measures of dissociation. Compr Psychiatry. Jul-Aug;34(4):258-63
31. Dong M, Anda RF, Felitti VJ, Dube SR, Williamson DF, Thompson TJ, Loo CM, Giles WH.(2004) The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. J Personal Disord. Apr;18(2):178-92.
32. Draijer N, Bloon S (1993) Trauma, dissociation and dissociative disorders, in multiple personality in the Netherlands: A study on reliability and validity of the diagnosis. Edited by Boon S, Draijer N, Amsterdam, Swets&Zeitlinger, pp177-194.
33. Draijer N, Langeland W. (1993) Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. Jul-Aug;17(4):477-85
34. Draijer N, Langeland W. (1999) Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. Am J Psychiatry March;156:379-85.
35. Edgardh K, Ormstad K. (2003) Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. Child Abuse Negl. Nov;27(11):1259-75.
36. Enoch D, Ball H. (2002) Az rastlanır psikiyatrik sendromlar. Çeviren: Banu Büyükkal. psikiyatri 13/Okuyan Us yayınları I. Baskı: İstanbul, 103-129.
37. Epstein N.B., Bolwin L.M., Bishop D.S. (1983) The McMaster Family Assessment Device: Journal of Marital and Family Therapy, cilt:9, s:171-180.
38. Erten Y. (2005) Basılmamış ders notları. İçgörü Psikoterapi Merkezi, İstanbul
39. Ertunç N. (2003) Panik Bozukluğunda Klinik farklılıklar. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi. Uzmanlık Tezi, Diyarbakır.
40. Evren C, Ögel K. (2003) Alkol/madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 4:30,37.
41. Fenichel O. (1945) Travmatik nevrozlar. Nevrozların Psikoanalitik Teorisi. Çeviren: Selçuk Tuncer. Ege üniversitesi Matbaası, İzmir, 1974 105-117.

42. Ferenczi S. (1932) Yetişkinler ve çocuk arasında dil karışıklığı: Tutkunun ve sevecenliğin dili. Çev: Alp Tümertekin. Editör: Işık Şimşek. Cogito Güz 1996:109-117.
43. Fleming JM. (1999) Prevalence of childhood sexual abuse in a community sample of Australian women. Child Abuse Negl. Apr;23(4):361-9.
44. Freud S.(1923) Haz ilkesinin ötesinde Ben ve id. Çeviren: Ali Babaoğlu, Ötekini Dinlemek 10/ Metis Yayınları (2001) sf: 91.
45. Freud S, Breuer J. (1895) Histeri üzerine çalışmalar. Çeviren: Emre Kapkın Freud klatplığı/Payel Yayınları birinci basım 2001.
46. Gonzales CA, Griffith EEH. (1997) Somatoform ve dissosiyatif bozukluklarda kültür ve tanı Kültür ve psikiyatrik tanı DSM-IV bakış açısıyla. Editörler: Mezzichi JE, Kleiman A, Fabregega H, Parron DL, Çeviren T.Tunga Tüzer. Compos Mentis yayınları, birinci basım, Ankara, 159-173.
47. Gökalp GP. (1997) Kişilik bozukluğu kavramının tarihsel gelişimi: bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi; 8(3):216-222.
48. Gökalp PG. (2002) Kişilik bozuklukları epidemiyolojisi. Psikiyatrik epidemiyoloji. Editör: Orhan Doğan. Ege Psikiyatri yayınları İzmir- 89-96.
49. Gregory-Bills T, Rhodeback M. (1994) Comparative psychopathology of women who experienced intra-familial versus extra-familial sexual abuse. J Nerv Ment Dis. Nov;182(11):625-30.
50. Gündoğdukan G. (1999) Üniversite öğrencilerinde yeme alışkanlıkları yeme tutum değişiklikleri ve dissosiyatif yaşantılar. Yüzüncü Yıl Üniversitesi sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek lisans tezi, Van.
51. Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA. (2000) Childhood trauma in borderline personality disorder. J Personal Disord. Fall;14(3):264-73.
52. Kaplan HI, Sadock BJ. (2004) Dissosiyatif Bozukluklar. Klinik Psikiyatri. Çeviri Editörü: Ercan Abay. Nobel Tıp Kitabevleri, 235-242
53. Kaptanoğlu C, Aksaray G, Seber G, Tekin D. (1993) Cinsel travma öyküsü veren psikiyatrik hastalarda ruhsal belirti dağılımı. Nöropsikiyatri Arşivi; (2) 297-301
54. Kaya B, Sungur MZ. (1998) Çocuk ve ergenlerde travma sonrası stres bozukluğu. Türk Psikiyatri Dergisi; (2):118-127
55. Kızıltan E. (1998) Çoğul kişilik bozukluğunun yarı yapılandırılmış görüşme çizelgeleri (SCID-I, SCID-II, SCID-D) üzerindeki görünümü. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilin Dalı. Uzmanlık Tezi, İstanbul

56. Kızıltan E, Kundakçı T. (1998) Çoğul kişiliğin yüzyıllık serüveni. Dissosiyatif Bozukluklar-I. Editör: Çelikel A, Konuk Editör: Şar V. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları. cilt:3 sayı:4 Kış 553- 566
57. Kirby JS, Chu JA, Dill DL. (2002) Correlates of dissociative symptomatology in patients with physical and sexual abuse histories. Am J Psychiatry. Nov;159(11):1908-13.
58. Koten Y, Tuğlu C, Abay E. (1996) Üniversite öğrencileri arasında ensest bildirimi. 32. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özet Kitapçığı, GATA, Ankara, s.154.
59. Kundakçı T. (1998) DSM-IV Dissosiyatif bozukluklar için yapılandırılmış görüşme çizelgesinin (SCID-D) geçerlilik ve güvenilirliği. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, İstanbul
60. Marshall RD, Schneier FR, Lin SH ve ark (2000) Childhood trauma and dissociative symptoms in panic disorder. Am J Psychiatry, 157(3):451-3.
61. Mullen PE, Romans-Clarkson SE, Walton VA, Herbison GP. (1999) Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. Child Abuse Negl. Apr;23(4):383-94.
62. Newton DS, Newton PM. Erik H. Erikson. (2000) Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry I Seventh Edition. Lippincott Williams&Wilkins page 607-615.
63. North CS, Ryall J, Ricci DA, Wetzel RD. (1993) Multiple Personalities, Multiple Disorders. New York: Oxford University Press. 56'dan alınmıştır.
64. Nurcombe B. (2003) Dissosiyatif Bozukluklar. Current Psikiyatri Tanı ve tedavi Kitabı. Editörler:Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B. Çeviri editörleri: Birsöz S, Karaman T, çeviren: Aziz Baklacı. Güneş Kitabevi. 385-393.
65. Odağ C. (2001) Nevrozlar -2. Halime Odağ Psikanaliz Psikoterapi Vakfı Yayınları No:2 İzmir.
66. Ogata SN, Silk KR, Goodrich S, Lohr NE, Westen D, Hill EM. (2000) Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. J Nerv Ment Dis. Jan;188(1):26-30.
67. Oldham JM, Skodol AE, Gallaher PE, Kroll ME. (1993) Relationship of borderline symptoms to histories of abuse and neglect: a pilot study. J Consult Clin Psychol. Dec;61(6):1068-75.
68. Özen Ş, Antar S, Özkan M, Sır A. (2004) Çocukluk çağı travmalarının umutsuzluk ve depresif duygudurum üzerine etkisinin son sınıf üniversite öğrencilerinde incelenmesi. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özet Kitapçığı, 316-319.
69. Özen Ş, Arı M, ve ark. (2005) Tıp fakültesinde birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinde sigara ve alkol kullanım sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 6:92-98.

70. Öztürk O. (2001) Nevrotik, stresle ilgili bozukluk ve somatoform bozukluklar. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara (8. basım) sayfa 393-412.
71. Paris J, Zweig-Frank H, Guzder J. (1991) Risk factors for borderline personality in male outpatients. Institute of Community and Family Psychiatry, Sir Mortimer B. Davis-Jewish General Hospital, Montreal, Quebec, Canada. Psychiatr Clin North Am. Sep;14(3):503-17.
72. Pekcan H. (1995) Adölesans (delikanlılık) sağlığı. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Editörler: Bertan M, Güler Ç. Güneş Kitabevi ,Ankara, 189-209
73. Putnam FW, Loewenstein RJ. (2000) Dissociative identity disorder. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry II Seventh Edition. Lippincott Williams&Wilkins page 1553-1564
74. Robin RW, Chester B, Rasmussen JK, Jaranson JM, Goldman D. (1997) Prevalence, characteristics, and impact of childhood sexual abuse in a Southwestern American Indian tribe. Med J Aust. Jan 20;166(2):65-8.
75. Roelofs K, Keijsers GP, Hoogduin KA, Naring GW, Moene FC. (2002) Childhood abuse in patients with conversion disorder. Am J Psychiatry; 159 : 1908-13.
76. Roesler TA, McKenzie N. (1992) Effects of childhood trauma on psychological functioning in adults sexually abused as children. Child Abuse Negl. Nov-Dec;16(6):833-46.
77. Romans SE, Martin JL, Morris E, Herbison GP. (1994) Psychological defense styles in women who report childhood sexual abuse: a controlled community study. J Nerv Ment Dis. Mar;182(3):145-50.
78. Ross CA. (1999) Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. Am J Psychiatry. Mar;156(3):379-85.
79. Salzman JP, Salzman C, Wolfson AN, Albanese M, Looper J, Ostacher M, Schwartz J, Chinman G, Land W, Miyawaki E. (1994) Association between borderline personality structure and history of childhood abuse in adult volunteers. J Nerv Ment Dis. Jul;182(7):375-80.
80. Sanders B, Giolas MH. (1996) Dissociation and childhood trauma in psychologically disturbed adolescents. Psychiatr Q. Winter;67(4):287-95.
81. Saydam B. (1997) Deli dumrul'un bilinci. Metis yayınları.
82. Semiz ÜB, Başoğlu C, Erbinç S, Ergün BM, Noyan CO, Çetin M. (2005) Sınır kişilik bozukluğu hastalarında vücut dismorfik bozukluğu, travma ve dissosiyasyon: bir ön çalışma. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni;15:65-70.
83. Semiz ÜB, Erbinç S, Çetin M, Narin Y, Özgüven MA. (2000) Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu hastalarında 99mTc HMPAO SPECT incelemesinde bölgesel kan akımı değişiklikleri. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, Cilt: 10, Sayı:4.

84. Simeon D ve ark (2001) The rol of childhood interpersonal traumain depersonalization disorder. Am J Psychiatry 158:1027-1033.
85. Simeon D, Nelson D, Elias R, Greenberg J, Hollander E. (2004) Relationship of personality to dissociation and childhood trauma in borderline personality disorder. J Nerv Ment Dis. May;192(5):337-42.
86. Sorias S (2000) Çoğul Kişilik Bozukluğu Tanısının Geçerliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 11(4) 251-268.
87. Sorias S, Saygılı R ve arkadaşları (1990) DSM-III-R Yapılandırılmış klinik görüşmesi- Kişilik bozuklukları formu. Ege Üniversitesi Matbaası. İzmir.
88. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M ve ark (1987) Scructured Clinical Interview For DSM-III-R-Personality (SCID) New York, New York State Psychiatric Institute, Biometric Resarch.
89. Steinberg M. (2000) Depersonalization disorder. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry II Seventh Edition. Lippincott Williams&Wilkins page 1564-1570.
90. Steinberg M. (2000) Discociative amnesia. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry II Seventh Edition. Lippincott Williams&Wilkins page 1544-1549.
91. Şahin AR, Deniz Ö, Arık AC. (2000) Değişen psikiyatrik tanıları almış hastalarda dissosiyatif bozukluklar. Anadolu Psikiyatri Dergisi;78-82.
92. Şar V. (1998) Dissosiyatif bozukluklar. Psikiyatri Temel Kitabı. cilt 1, Editörler: Cengiz Güleç, Ertuğrul Köroğlu, Ankara, Hekimler Yayın Birliği s. 569-590.
93. Şar V. (1998) Dissosiyatif bozukluklar konusuna genel bir bakış. Dissosiyatif Bozukluklar-I. Editör: Çelikel A, Konuk Editör: Şar V. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları. cilt:3 sayı:4 Kış 543-551.
94. Şar V. (1998) Dissosiyatif kimlik (çoğul kişilik) bozukluğunun görünüşleri. Dissosiyatif Bozukluklar-I. Editör: Çelikel A, Konuk Editör: Şar V. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları. cilt:3 sayı:4 Kış 567-578.
95. Şar V. (1998) Dissosiyatif bozuklukların epidemiyolojisi. Dissosiyatif Bozukluklar-I. Editör: Çelikel A, Konuk Editör: Şar V. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları. cilt:3 sayı:4 Kış 613-618
96. Şar V. (1998) Dissosiyatif kimlik bozukluğu: tanı ve nazolojik sorunlar. Klinik Psikiyatri;1(1):13-21.
97. Şar V. (1999) Dissosiyasyon ve travma ile ilgili ruhsal bozukluklar. 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi özek kitapçığı., KTÜ, Trabzon s.93

98. Şar V, Akyüz G, Kundakçı T, Kızıltan E, Doğan O. (2004) Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry* 161:2271-2276.
99. Şar V, Kundakçı T, Kızıltan E ve ark (1997) Dissosiyatif yaşantılar ölçeğinin (DES-II) geçerlilik ve güvenirliliği. 33.Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Tam Metni Kitabı, Antalya s:55-64.
100. Şar V, Tutkun H, Alyanak B, Bakım B Baral I. (2000) Frequency of dissociative identity disorder among psychiatric outpatients in the Turkish university clinic. *Compr Psychiatry*; 215-222.
101. Şar V, Tutkun H, Yargıç Lİ, Kundakçı T. (1999) Kronik karmaşık dissosiyatif bozukluklarda çocukluk çağı cinsel taciz öyküsünün doğrulanma düzeyi. *Dissosiyatif Bozukluklar-II Kitabı*. Editör: Çelikel A, Konuk Editör: Şar V. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları.cilt:4 sayı:1 ilkbahar 95-108.
102. Taneli S, Albayrak EC, Sivrioğlu EY. (1999) Küçük çocuğun cinsel Tacizi ve tanı zorlukları. *Ben Hasta Değilim Kitabı*. Editör: Aysel Ekşi. Nobel Tıp Kitabevleri, 531-541.
103. Terr L. (2002) Zincirinden kurtulan anılar. Çevirenler: Neşenur Domaniç, Nusret Avhan. *litertür yayınlar, birinci basım, İstanbul*.
104. Tutkun H. (1996) Genel psikiyatri servisinde dissosiyatif bozukluklar ve çocukluk çağı tacizleri sıklığı. *İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilin Dalı. Uzmanlık Tezi, İstanbul*.
105. Tutkun H, Şar V. (1995) 110 görüşmede entegrasyon sağlanan bir dissosiyatif kimlik bozukluğu vakası psikoterapisi. *3P Dergisi*;3(3) 196-205.
106. Tutkun H, Şar V, Yargıç Lİ ve ark. (1998)Frequency of dissociative disorder among psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*; 155:800-806.
107. Tutkun H, Yargıç Lİ, Şar V. (1999) Dissosiyatif kimlik bozukluğu ve histerik psikoz. *Dissosiyatif Bozukluklar-II*. Editör: Çelikel A, Konuk Editör: Şar V. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları.cilt:4 sayı:1 ilkbahar 69-83.
108. Türkbay T, Söhmen G, Söhmen T. (1997) Çocuk ve ergenlerde cinsel kötüye kullanım sonuçlarını etkileyen etmenler. *Düşünen Adam*; 10(4):32-34
109. Türkiye İnsan Hakları Vakfı (1995) Türkiye İnsan Hakları Raporu, Ankara. *Türkiye İnsan Hakları Yayınları, S9-14*
110. Volkan V. (1998) Borderline kişilik bozukluğu. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Psikiyatri Temel Kitabı, cilt 1, Editörler: Cengiz Güleç, Ertuğrul Köroğlu, Ankara, Hekimler Yayın Birliği s.751-757
111. Yalın A, Avcı A, Kerimoğlu E, Aslan H. (1995) Çocuklarda fiziksel örselenmenin Ankara ve Adana illerinde görülme sıklığının taranması. *3P Dergisi*; 3 (1)39-43

112. Yanık M, Özmen M. (2002) Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/ihtimal yaşantıları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 3:140-146
113. Yargıç Lİ, Şar V, Bakım B. (1999) Bir dissosiyasyon kimlik bozukluğu vakasında entegrasyon sağlandığı psikoterapi süreci ve izleme (follow-up) sonuçları. *Dissosiyatif Bozukluklar-II*. Editör: Çelikel A, Konuk Editör: Şar V. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları.cilt:4 sayı:1 ilkbahar 85-94
114. Yargıç Lİ, Tutkun H, Şar V (1995): Validity and reliability of the Turkish Version of the Dissociative Experiences Scale. *DISSOCIATION*, 8:10-12 tez 2 den
115. Yargıç Lİ, Tutkun H, Şar V. (1994) Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve erişkinde dissosiyatif belirtiler. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*; 2:338-3476
116. Yörükoğlu A. (1987) Gençlik çağı. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları 4. baskı Ankara
117. Yüksel N. (2001) Dissosiyatif Bozukluklar. *Ruhsal Hastalıklar. Çizgi Tıp Yayınevi* 2, baskı Ankara 346-354.
118. Yüksel Ş. (1993) İnsestin tanınması ve değerlendirilmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*; (2) 352-357.
119. Waldinger RJ, Swett C Jr, Frank A, Miller K. (1994) Levels of dissociation and histories of reported abuse among women outpatients. *J Nerv Ment Dis*. Mar;182(3):145-50.
120. Western D, Ludolph P, Mistle B, Ruffins S, Block J. (1990) Physical and sexual abuse in adolescent girl with borderline personality disorder. *Am J Orthopsychiatry*;60:55-66.
121. Zanarini MC, Yong L, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Marino MF, Vujanovic AA. (2000) Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *Psychol Med*. Jan;30(1):41-52.
122. Zanarini MC, Yong L, Frankenburg FR at al (2002) Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *J Nerv Ment Dis* 190:381-387.
123. Zanarini MC, Ruser TF, Frankenburg FR, Hennen J, Gunderson JG. (1991) Risk factors associated with the dissociative experiences of borderline patients. McLean Hospital and the Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Belmont, Massachusetts 02478, USA. *Am J Psychiatry*. Jan;148(1):50-4.

124. Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Öztürk M, Şar V. (2000) Çocuk ve ergenlerde dissosiyatif bozukluk: 36 olgunun gözden geçirilmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 1(4):197-206.
125. Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Kora ME, Alyanak B. (2001) Çocukluk dönemi istismar ve ihmalin olası sonuçları. Anadolu Psikiyatri Dergisi;2(2):69-78
126. Zoroğlu SS, Yargıç İ, Şar V. (1997) Adölesan yaşta iki dissosiyatif kimlik bozukluğu olgusu. 3P Dergisi; 5(1) 43-52
127. Zoroğlu SS, Yargıç İ, Tutkun H, Tüzün Ü, Şar V. (1996) Adölesan yaşta 17 dissosiyatif kimlik bozukluğu (çoğul kişilik) olgunun sosyodemografik, klinik özellikleri ve travmatik yaşam öyküleri. Düşünen Adam Dergisi Cilt:9, Sayı:2 sf:9-15
128. Zweig-Frank H, Paris J. (2001) Predictors of outcome in a 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. Child Abuse Negl. Aug;25(8):1037-51.



Sevgili gençler, bu araştırmaya katıldığınız için sizlere teşekkür ediyoruz. Araştırma çocukluk çağı hastalıklarıyla ilişkili bazı ruhsal belirtileri taramak için planlanmıştır. Kişisel değerlendirme yapılmayacaktır. Nedenle isim yazmanız da istenmemektedir. Araştırma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için gereken ziliği göstereceğinize inanıyoruz.

Yaş:

Cinsiyet:

Yaşadığınız yerin ikamet yeri: () Köy () İlçe () İl

Göç: () Yok () Var ise, siz kaç yaşındaydınız?.....

Babanın Eğitimi:

() Okur-Yazar değil () Okur-Yazar, () İlkokul, () Ortaokul, () Lise, () Yüksekokul

Babanızı nasıl tanımlarsınız? (birden çok işaretleyebilirsiniz.)

() Otoriter () Hoşgörülü () Soğuk () Samimi () Sinirli () Sakin () Girişken () Pasif,

() Çalışkan () Tembel () Konuşkan () Suskun

Annenin Eğitimi:

() Okur-Yazar değil () Okur-Yazar, () İlkokul, () Ortaokul, () Lise, () Yüksekokul

Annenizi nasıl tanımlarsınız? (birden çok işaretleyebilirsiniz.)

() Otoriter () Hoşgörülü () Soğuk () Samimi () Sinirli () Sakin () Girişken () Pasif,

() Çalışkan () Tembel () Konuşkan () Suskun

Kardeş Sayısı:.....Kız,.....Erkek,ncı. çocuğum.

Ailenin Ortalama Aylık Geliri (milyon TL):

Ekonomik olarak ailenizi/kendinizi hangi düzeyde görüyorsunuz? () Alt () Orta () Üst

Çocukluğunuz/gençliğinizde yetiştiğiniz evde oda sayısı (salon dahil) () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

Anne baba boşanması: () Yok () Var ise, siz kaç yaşındaydınız?.....

Anne kaybı: () Yok () Var ise, siz kaç yaşındaydınız?.....

Baba kaybı: () Yok () Var ise, siz kaç yaşındaydınız?.....

Üvey anne () Yok () Var ise, siz kaç yaşındaydınız?.....

Üvey baba () Yok () Var ise, siz kaç yaşındaydınız?.....

Alışkanlıklar (miktar/gün, süre):

Yok ()

Sigara (.....)

Alkol (.....)

Diğer (.....)

AÇIKLAMA:İlişikte çeşitli konular hakkında cümleler bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, **size uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz.** Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz. **Mümkün olduğu kadar** çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. **Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.**

	Evet	Hayır
1-İnsanlara karşı duygularınızda sık değişimler olur mu? Örneğin, çok sevdiğiniz bir kişiden kısa bir süre sonra nefret ettiğiniz olur mu?		
2a-Aklınıza estiği gibi para harcadığınız, örneğin; nasıl ödeyeceğinizi düşünmeden, gereksiz şeyler aldığınız olur mu?		
2b-Daha yeni tanıştığınız biriyle cinsel yakınlık olur mu?		
2c-Hiç, fazla içki ya da uyuşturucu aldığınız oldu mu?		
2d-Hiç tehlikeli araç kullandığınız oldu mu?		
2e-Hiç aşırı yemek yediğiniz oldu mu?		
2f-Hiç marketlerden ufak tefek bir şeyler aşırduğunuz oldu mu?		
3-Moraliniz sık bozulur mu? Örneğin, sık, sık üzüntülü, sıkıntılı ya da sinirli dönemleriniz olur mu?		
4a-Hiç kendinizi kaybedecek kadar öfkələndiğiniz olur mu?		
4b-Karşınızdakini dövecek ya da kavga edecek kadar kızar mısınız?		
5a-Hiç kendinizi öldürmeye ya da yaralamaya kalkıştınız mı? Ya da böyle bir şeye niyetlendiniz mi?		
5b-Hiç, bilerek kendinize bilerek zarar verebileceğiniz bir kazaya sebep oldunuz mu?		
6a-Değişik yerlerde yada değişik kişilerle beraberken kendinizi farklı biri gibi hissettiğiniz, bu nedenle zaman, zaman kim olduğunuzu bilemediğiniz oldu mu?		
6b-Geleceğiniz, iş planlarınız ya da hayattan ne istediğiniz konusunda karar veremediğiniz ya da ne istediğinizi bilemediğiniz oldu mu?		
6c-Ne gibi insanlarla arkadaşlık etmek istediğinizi bilemediğiniz duygusuna kapılır mısınız?		
6d-Hiç, değer yargılarınız ya da inançlarınız konusunda kuşkuya düştüğünüz oldu mu?		
7-Sık, sık boşluk hissi ya da can sıkıntısı duyar mısınız?		
8-Önem verdiğiniz birinin sizi terk edeceğinden çok korkar mısınız?		
AŞAĞIDAKİ 8 SORUDAN		
16 YAŞ VE ALTINDA YAŞANMIŞ OLANLARI İŞARETLEYİNİZ.		
	Evet	Hayır
1-Herhangi bir nedenle annenizden 1 aydan fazla süren ayrılık oldu mu/olmuş mu?		
2-Ailenizde alkol veya madde bağımlılığı olan birey var mı?		
3-Ailenizde şiddetli cezalandırma yaşıntınız (bir cisimle vurma şeklinde) oldu mu?		
4-Şiddetli cezalandırma sonucu sizde veya kardeşinizde yaralanma oldu mu?		
5-Anne-babanız arasında fiziksel şiddete tanık oldunuz mu?		
6-Yakınlarınız dışında cinsel taciz veya cinsel ilişkiye zorlandınız mı?		
7-Bir yakınınız tarafından cinsel taciz veya cinsel ilişkiye zorlandınız mı?		
8-Sizde ve/veya ailenizde ciddi hastalık oldu mu?		

SCL-90-R

Aşağıda “zaman zaman herkeste olabilecek” yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra her bir durumun, **bugün de dahil** olmak üzere **son on beş gün içinde** sizi ne ölçüde **huzursuz ve tedirgin ettiğini** göz önünde alarak, cevap kağıdında belirtilen tanımlamalardan (**Hiç / çok az / Orta derecede / Oldukça fazla / İleri derecede**) uygun olanın (**yalnızca bir seçeneğin**) altındaki parantez arasına bir (X) işareti koyunuz. Düşüncelerinizi değiştirirseniz ilk yaptığınız işaretlemeyi silmeyi unutmayınız. Lütfen anlamadığınız bir cümle ile karşılaştığınızda uygulamacıya danışınız.

	Hiç	Çok Az	Orta Derece	Oldukça Fazla	İleri Derece
Baş ağrısı	()	()	()	()	()
Sinirlilik ya da içinin titremesi	()	()	()	()	()
Zihinden atamadığınız, yineleyici, hoşla gitmeyen düşünceler	()	()	()	()	()
Baygınlık veya baş dönmesi	()	()	()	()	()
Cinsel arzu veya ilginin kaybı	()	()	()	()	()
Başkaları tarafından eleştirilme duygusu	()	()	()	()	()
Herhangi bir kimsenin düşüncelerimizi kontrol edebileceği fikri	()	()	()	()	()
Sorunlarımızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu	()	()	()	()	()
Olayları anımsamada güçlük	()	()	()	()	()
0. Dikkatsizlik ve sakarlıkla ilgili endişeler	()	()	()	()	()
1. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi	()	()	()	()	()
2. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar	()	()	()	()	()
3. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi	()	()	()	()	()
4. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali	()	()	()	()	()
5. Yaşamınızın sonlanması düşünceleri	()	()	()	()	()
6. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma	()	()	()	()	()
7. Titreme	()	()	()	()	()
8. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi	()	()	()	()	()
9. İştah azalması	()	()	()	()	()
0. Kolayca ağlama	()	()	()	()	()
1. Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi	()	()	()	()	()
2. Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi	()	()	()	()	()
3. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma	()	()	()	()	()
4. Kontrol edilemeyen öfke patlamaları	()	()	()	()	()
5. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu	()	()	()	()	()
6. Olanlar için kendini suçlama	()	()	()	()	()
7. Belin alt kısmında ağrılar	()	()	()	()	()
8. İşlerin yapılmasında erteleme duygusu	()	()	()	()	()
9. Yalnızlık hissi	()	()	()	()	()
0. Karamsarlık hissi	()	()	()	()	()
1. Her şey için çok fazla endişe duyma	()	()	()	()	()
2. Her şeye karşı ilgisizlik hali	()	()	()	()	()
3. Korku hissi	()	()	()	()	()
4. Duyularınızın kolayca incitilebilmesi hali	()	()	()	()	()
5. Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi	()	()	()	()	()
6. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu	()	()	()	()	()
7. Başkalarının sizi sevmediği yada dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi	()	()	()	()	()
8. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapma	()	()	()	()	()
9. Kalbin çok hızlı çarpması	()	()	()	()	()
0. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi	()	()	()	()	()
1. Kendini başkalarından aşağı görme	()	()	()	()	()
2. Adale (kas) ağrıları	()	()	()	()	()

	Hiç	Çok Az	Orta Derece	Oldukça Fazla	İleri Derece
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 ve nesnelerden kaçınma durumu	()	()	()	()	()
51. Hiçbir şey düşünememe hali	()	()	()	()	()
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması	()	()	()	()	()
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış olma hissi	()	()	()	()	()
54. Gelecek konusunda ümitsizlik	()	()	()	()	()
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük	()	()	()	()	()
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi	()	()	()	()	()
57. Gerginlik veya coşku hissi	()	()	()	()	()
58. Kol veya bacaklarda ağırlık hissi	()	()	()	()	()
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri	()	()	()	()	()
60. Aşırı yemek yeme	()	()	()	()	()
61. İnsanların 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. Yılanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yineleme hali	()	()	()	()	()
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama	()	()	()	()	()
67. Bazı şeyleri kırıp dökme hissi	()	()	()	()	()
68. Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması	()	()	()	()	()
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme	()	()	()	()	()
70. Çarşı sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi	()	()	()	()	()
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi	()	()	()	()	()
72. Dehşet ve panik nöbetleri	()	()	()	()	()
73. Toplum içinde yiyip-içerken huzursuzluk hissi	()	()	()	()	()
74. Sık, sık tartışmaya girme	()	()	()	()	()
75. Yalnız bırakıldığında sinirlilik hali	()	()	()	()	()
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu	()	()	()	()	()
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme	()	()	()	()	()
78. Yerinizde duramayacak ölçüde huzursuzluk duyma	()	()	()	()	()
79. Değersizlik duygusu	()	()	()	()	()
80. Size kötü bir şey olacakmış duygusu	()	()	()	()	()
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 asla yakınlık duyamama	()	()	()	()	()
89. Suçluluk duygusu	()	()	()	()	()
90. Aklınızdan bir bozukluğu olduğu düşüncesi	()	()	()	()	()

DİSSOSİYATİF YAŞANTI ÖLÇEĞİ (DES)

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

SORULAR

1. Bazı insanlar yolculuk yaparken, yol boyunca ya da yolun bir bölümünde neler olduğunu hatırlamadıklarını birden fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.
%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100
2. Bazı insanlar zaman, zaman, birisini dinlerken, söylenenlerin bir kısmını ya da tamamını duymamış olduklarını birden fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.
%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100
3. Bazı insanlar kimi zaman, kendilerini nasıl geldiklerini bilmedikleri bir yerde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.
%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100
4. Bazı insanlar zaman, zaman kendilerini, giydiklerini hatırlamadıkları elbiseler içinde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.
%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100
5. Bazı insanlar zaman, zaman eşyaları arasında, satın aldıklarını hatırlamadıkları yeni şeyler bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.
%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100
6. Bazı insanlar, zaman, zaman, yanlarına gelerek başka isimle hitabeden ya da önceden tanıştıklarında ısrar eden, tanımadıkları kişiler ile karşılaşır. Bu durumun sizde ne sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.
%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100
7. Bazı insanlar zaman, zaman, kendilerinin yanı başında duruyor ya da kendilerini bir şey yaparken seyreliyor ve sanki kendilerine karşıdan bakıyormuş gibi bir his duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.
%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100
8. Bazı insanlara, arkadaşlarını ya da aile bireylerini, zaman, zaman tanımadıklarının söylendiği olur. Bu durumun sizde ne sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.
%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100
9. Bazı insanlar, yaşamlarındaki kimi önemli olayları (örneğin nikah ya da mezuniyet töreni) hiç hatırlamadıklarını fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.
%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100
10. Bazı insanlar zaman, zaman, yalan söylemediklerini bildikleri bir konuda, başkaları tarafından, yalan söylenmiş olmakla suçlarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.
%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100
11. Bazı insanlar kimi zaman, aynaya baktıklarında kendilerini tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.
%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100
12. Bazı insanlar kimi zaman, diğer insanların, eşyaların ve çevrelerindeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.
%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100
13. Bazı insanlar, kimi zaman vücutlarının kendilerine ait olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.
%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20. Bazı insanlar kimi zaman, boşluğa bakıp hiçbir şey düşünmeden ve zamanın geçtiğini anlamaksızın oturduklarını fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

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

21. Bazı insanlar, yalnız olduklarında zaman, zaman sesli olarak kendi kendine konuştuklarını fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. **Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür.** Her cümle için 4 seçenek söz konusudur (*Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum*) Her cümlelerin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz. Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz. Mümkün olduğu kadar **çabuk ve samimi cevaplar** veriniz. **Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz.** Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1. Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	()	()	()	()
2. Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	()	()	()	()
3. Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	()	()	()	()
4. Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	()	()	()	()
5. Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.	()	()	()	()
6. Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.	()	()	()	()
7. Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	()	()	()	()
8. Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	()	()	()	()
9. Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
10. Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.	()	()	()	()
11. Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	()	()	()	()
12. Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uyguluyoruz.	()	()	()	()
13. Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.	()	()	()	()
14. Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	()	()	()	()
15. Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	()	()	()	()
16. Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	()	()	()	()
17. Evde herkes başına buyruktur.	()	()	()	()
18. Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	()	()	()	()
19. Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.	()	()	()	()
20. Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	()	()	()	()
21. Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
22. Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	()	()	()	()
23. Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	()	()	()	()
24. Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	()	()	()	()
25. Bizim ailede herkes kendini düşünür.	()	()	()	()
26. Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.	()	()	()	()
27. Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.	()	()	()	()
28. Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.	()	()	()	()
29. Evde herkes her istediğini birinin yüzüne söyleyebilir.	()	()	()	()
30. Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	()	()	()	()

ÖLÇÜMLER:

	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	()	()	()	()
Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.	()	()	()	()
Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	()	()	()	()
Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	()	()	()	()
Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız	()	()	()	()
Evde birbirimizi, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz.	()	()	()	()
Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.	()	()	()	()
Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	()	()	()	()
Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.	()	()	()	()
Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.	()	()	()	()
Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.	()	()	()	()
Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzür.	()	()	()	()
Ailemizde hiçbir kural yoktur.	()	()	()	()
Evde birden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.	()	()	()	()
Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	()	()	()	()
Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.	()	()	()	()
Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.	()	()	()	()
Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.	()	()	()	()
Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	()	()	()	()
Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
Sinirlenince birbirimize küseriz.	()	()	()	()
Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	()	()	()	()
Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.	()	()	()	()
Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler. Çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	()	()	()	()
Aile içinde birbirimize güveniriz.	()	()	()	()
Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	()	()	()	()
İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.	()	()	()	()
Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	()	()	()	()
Probleminizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	()	()	()	()