

Disosiyatif Kimlik Bozukluğu: Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ile İlişkili Bir Psikopatoloji

Vedat ŞAR

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Ruh sağlığı bugüne dek çeşitli biçimlerde tanımlanmıştır. Tüm bu tanımlar yapılırken kuşkusuz insanı biyo-psikososyal bir varlık olarak ele almak esastır. Yine de, özgül tedavi amacı söz konusu olduğunda, daha teknik tanımlamalar yapılması ve ayrıntıya inilmesi gerekli olur. Bu açıdan bakıldığında, önemli ruh sağlığı tanımlarından biri de psikotraumatojinin kurucusu sayılan Pierre Janet'e aittir. Bu tanıma göre ruh sağlığının temel ölçütü kişide çeşitli ruhsal işlevlerin birlik ve bütünlük içerisinde çalışmasını sağlayan yüksek bir entegrasyon kapasitesinin varlığıdır. İşte bu yazının konusunu oluşturan disosiyasyon ve disosiyatif bozukluklar, bu kapasitenin azalması ile seyreden psikopatolojik durumlar olarak düşünülmüştür. Ayrılma, bölünme gibi anlamlara gelen ve asosiyasyon, yani bağ kurmanın karşısı olarak düşünülen disosiyasyon kavramı bu anlayıştan doğmuştur.

Disosiyasyonun ortaya çıkmasında özellikle çevreden gelen stres verici etkiler ileri derecede rol oynar. Disosiyatif bozukluklar, genetik ve biyolojik etkenlerin daha fazla rol oynadığı şizofreni ve bipolar duygudurum bozukluğu gibi psikiyatrik tablolardan bu yönden de ayrılır. Hatta, denebilir ki, insanın doğasında bulunan bir reaksiyon türü olarak, belirli stres verici koşullar altında herkesin disosiyatif yaşantılar içersine girmesi olanaklıdır. Tüm psikiyatrik bozukluklar içersinde disosiyatif kimlik bozukluğu (DKB), kronik ve gelişimsel bir çevresel stres etkeni olarak çocukluk çağı travmalarını en yüksek oranda bildiren tanı grubudur. Belirtilerinin yoğunluğu açısından, DKB diğer disosiyatif bozukluklar arasında da en kapsamlı olanıdır.

DKB hastalarında bildirilen travmatik yaşantılar çoğu zaman kişiler arası ilişkiler boyutunda oluşmakta ve erken yaşın doğal özelliği gereği aile ya da bakım sağlayan çevre çerçevesinde gerçekleşmektedir. Çocukluk çağı istismar (cinsel, duygusal, fiziksel) ve ihmali (fiziksel

ya da duygusal), bu gibi travmalar içersinde geniş bir yer tutar. Kişiler arası bağlanma örüntülerini derinden etkileyen bu tür yaşantıların bellek ve bilinç üzerindeki özgül etkileri en nihayet kişinin kimlik duygusuna kadar uzanmaktadır. Kuşkusuz, burada bilinç ile kastedilen sadece uyanıklıkla sınırlı olmayan, çok daha fazla işlevleri barındıran, normalde yüksek bir entegrasyon düzeyi ile çalışan bir ruhsal kapasitedir. Ortaya çıkan psikopatoloji klinik olarak birbirinden farklı kimliklerin, kişilik durumlarının ya da kaynağı dışarıda olarak algılanan ruhsal antitelerin (posesyon, çarpılma, tutulma) aynı kişinin ruhsal dünyasında varlığını sürdürmesi, bunların zaman zaman yarattıkları etkilerle, geniş anlamda bilinci kesintiye uğratması ile karakterizedir. Bu kişilerde çoğu zaman, sıradan unutkanlık ölçülerini aşan psikojen bellek bozuklukları ve tıbbi nedenlerle açıklanamayan bedensel belirtiler de görülür.

Disosiyatif Kimlik Bozukluğunun Dolaylı Belirtileri

DKB hastası genellikle ruhsal durumunu saklı tutar. Erken yaşlardan itibaren içersinde bulunduğundan, durumunun tam olarak farkında olmayabilir ya da uzun bir süre kendi kendisini tedavi etmeye çalışır. Bu sürecin sonucu olarak, DKB hastası klinisyene genellikle, bozukluğun temel özellikleri olan kimlik ya da bellek bozukluğundan yakınlıkla da başvurur. Ancak, zaman içersinde ortaya çıkan dolaylı ya da ikincil belirtiler, sendromlar, komplikasyonlar, kimi zaman eşanıdan kaynaklanan yakınmalar ya da acil durumlar yaratan akut krizler başvuruya neden olur. Bu yakınmalar, kişinin iç dünyası çapında olabileceği gibi, kimi zaman kişiler arası ilişki boyutunda (eş ve evlilik sorunları), iş ya da eğitim sorunları (performans azalması) ile ilgili de olabilir. Kimi vakaların kriminal eylemleri sonucunda

doğrudan adli sisteme girmeleri de olanaklıdır. Psikojen fiziksel belirtiler (konversiyon), migren, ve tubben açıklanamayan fiziksel yakınmalar ise psikiyatri dışı kliniklere başvurulmasına neden olur.

DKB'si olan kişi birbirinden farklı kimliklere geçerek sorunsuz ve mutlu bir yaşam sürdüren bir birey olarak düşünülmemelidir. Tersine, bu durumdaki kişi iç dünyasından kaynaklanan ama kontrol edemediği müdahaleler (alter kişiliklerin etkinlikleri) ve erişilemeyen yetenekler (bellek bozuklukları, bilinç kesintileri vb.) arasında “şaşkın” ya da “konfüzyon halinde” bir yaşam sürmektedir. Ortaya çıkan dolaylı belirtiler aşağıdaki gibidir:¹

1. Alter kişilik etkinliklerinden kaynaklanan belirtiler

Pasif etkilenme: Kişi duygularına, düşüncelerine, davranışlarına kendisi dışında müdahale edildiğini hisseder. Ancak, şizofreniden farklı olarak, bu müdahale dış dünyadaki kişilerden değil, iç dünyada ayrı bir kişi gibi varlıkları hissedilen ve yabancı olarak algılanan alter kişiliklerden gelmektedir. Bu durum, alter kişiliklerin bilincin tam kontrolünü almak yerine birbirlerini ya da evsahibi kişiliği yönetme eğilimlerinden kaynaklanır.^{27,28}

Varsanılar: DKB hastalarının hemen hemen %80'i işitsel varsanılar ya da varsaniya benzer “iç sesler” duyar. Bu “sesler” çoğunlukla alter kişiliklere aittir. İç diyaloglara neden olurlar. Şizofrenideki varsanılardan farklı olarak, çoğu zaman bu sesler kafanın içinde duyulurlar ve görüşmeci ile diyalog kurarlar. Görüşmecinin sorularına “içerden” yanıt verirler. Alter kişiliğin bilincin kontrolünü alması halinde ise, bu durum varsanı olmaktan çıkıp hastanın ağzından konuşmaya dönüşür.

Çocuksu davranış: DKB hastalarının hemen hepsinde bulunan çocuk yaştaki alter kişiliklerden biri kontrolü aldığı anda bu doğrultuda davranışlar ortaya çıkar. Bu tip davranışların bir kısmı çevre tarafından çok yersiz olarak algılanmayabilir (çocuklarla çocuk gibi oyun oynama, çocuk gibi konuşma vb.). Bazıları rahatsız etse de bu yönde yorumlanmaz (çok miktarda oyuncak satın alma, “şirinlik” yapma türünde davranışlar). Bazıları ise gündelik yaşamla uyumsuzdur (dışkısını ortalık yere yapma, zaman yöneliminin bozulması, o yaşla ilgili travmatik yaşantıların güncel zamanda devam ediyor olduğunu sanma vb.).

2. Genel belirtiler

İmpulsivite ve ani duygudurum değişiklikleri: Bazı DKB hastalarında “kişilik atlamaları” kendini hızlı duygudurum değişiklikleri biçiminde gösterir. Duygudurum değişiklikleri gün içerisinde defalarca yineleyebilir, ani olarak meydana gelir ve hastayı da oldukça rahatsız eder. Kişilik atlamaları impulsif davranışlara da yol açabilir. Bu durum özellikle ergen hastalarda belirgindir ve hastane yatışını gerektirebilir. Bu nedenle 18 yaş altında olup psikiyatri servisine yatırılan hastalarda, erişkin hasta popülasyonuna göre, DKB daha yüksek oranda görülür.

Hatırlanmayan zamanlar ve füğ yaşantıları: Kişinin nasıl geldiğini bilmeden kendini başka bir yerde bulması

olan disosiyatif füğ hallerinin altından sıklıkla DKB çıkar. DKB hastası yapmış olduğu bazı davranışları, konuşmaları hatırlamaz. Günün bir bölümünde hatırlamadan geçirdiği zaman dilimleri olabilir. Bazıları yaşamlarının bir bölümünü, örneğin çocukluğunu hiç hatırlayamaz. Travmatik yaşantılarını da hatırlayamayanlar olabilir. Füğ yaşantıları psikiyatri acil servisine başvuru nedeni olabilir.

Depersonalizasyon: DKB hastası kendine ve çevresine yabancılaşma hali içersindedir. Gerçek kendini algılamakta güçlük çeker. Kendi bedenine dışarıdan bakma, aynaya baktığında yüzünü yabancı bulma gibi klinik depersonalizasyon belirtileri de oldukça sıktır.

Trans: Kişi dalıp gitmekte ve hiçbir şey düşünmeden boşluğa doğru bakarak zaman geçirmektedir. Çocukluktan itibaren DKB hastalarında trans halleri ya da uyurgezerlik çok görülür.

Doğaüstü yaşantılar ve posesyon: Kişinin içine cin girmesi, ruhlarla irtibat kurma, gelecekte olacakları bilme, telepati yapabilme gibi doğaüstü yaşantılar, DKB hastalarında sık görülür. Sanıldığı aksine, bu durum tamamen kültürel nedenlerden kaynaklanmaz. Değişik ülkelerde yapılan çalışmalar benzer sonuç vermekte ve ayrıca, genel toplumda da doğaüstü yaşantıları olan kişilerin çocukluk çağı travmalarını daha sık bildirdikleri görülmektedir.

Bedensel yakınmalar: DKB hastalarında tıbbi olarak nedeni açıklanamayan çok sayıda fiziksel belirti ve yakınma görülür. Bunlar, bir bedenselleştirme (somatizasyon) bozukluğu düzeyine varabilir. Özellikle Türkiye’de, DKB hastalarında konversiyon belirtileri ve bunlar içersinde özellikle epilepsiyi andıran psikojen bayılma-kasılma nöbetleri oldukça sıktır.

3. Post-travmatik belirtiler

“Flashback” yaşantıları: Genellikle travmatik bir yaşantıyla ilgili olarak aniden geçmişe dönerek o durumu ve dönemi yeniden yaşıyor gibi olma halidir. Kişi “flashback” yaşantısına amnezik kalabilir. Dışardan bakıldığında bir “kriz” hali görülür, davranışlardaki uygunsuzluk ve kimi zaman görsel ve işitsel varsanıların tabloya eşlik etmesi kişinin psikotik bir durum içersinde olduğu izlenimini verebilir.

Uyku bozuklukları: Hemen hemen bütün DKB hastaları kronik olarak uyku problemleri yaşarlar. Bu durum genellikle uykuya dalamama ve gece ortası uyanma biçimindedir. Kabuslar görürler, bunların bazıları eski travmatik yaşantıları konusundadır. Bazıları, güvenlik hissini edinemedikleri için, uyumamaya çalışırlar.

4. Kombine Belirtiler

Disosiyatif “kriz”: Birçok DKB hastası, özellikle iç ya da dış stres nedeni ile instabil olduğu dönemlerde, “kriz” hallerine girer. Bu krizler yukarıda tanımlanan alter kişilik çatışmaları, konversiyon belirtileri, “flashback” yaşantıları, amnezi gibi belirtilerin kombine ve akut biçimde ortaya çıkmasından kaynaklanır. Gerek psikiyatri yataklı servislerinde gerekse acil birimlerde bu tip krizlerle sık olarak karşılaşılır.

Disosiyatif Kimlik Bozukluğu Hastalarının Klinisyene Başvuru Biçimleri

DKB çekirdek psikopatoloji açısından genellikle “saklı” bir tablo olduğundan, birbirinden ayrı kimlikleri ya da kişilik durumları çoğu zaman ilk bakışta dikkati çekmez. Bu nedenle DKB hastalarının hangi tanısall kategorilere benzeyen ön görünümle klinisyenin karşısına çıkabileceğini bilmek önemlidir. Bunların sayısı oldukça fazla olsa da, ülkemizde en sık görülenleri aşağıdaki gibidir:

Sekonder depresyon

Her DKB hastası kronik depresif özellikler gösterir. DKB hastasının depresyonu çoğu zaman “ben kendimi bildim bileli böyleyim” biçiminde anlatılır ve başı sonu belirli depresyon epizodları tanımlamakta güçlük çekilir. Yapılan standart biyolojik duygudurum bozukluğu tedavilerine genellikle yanıt alınmaz. Aynı görüşme içerisinde depresyon ile uyuşmayan duygulanımlara tanık olunması tablonun birincil bir depresyondan farklı olduğunu düşündürmelidir. Bu geçişler “kişilik atlaması”ndan (switching) kaynaklanabilir. Disosiyatif bozukluğun başarılı biçimde tedavisi halinde kronik depresyon oldukça hızlı, hatta ani biçimde ortadan kalkar.

Konversiyon belirtileri

Disosiyasyon hemen hemen bütün ruhsal işlevleri tutabilen bir olgudur. Dolayısı ile beden üzerinde de etkileri vardır. Özellikle ülkemizde, yaşamının bir döneminde en az bir konversiyon belirtisi, hatta bir psikojen bayılma nöbeti geçirmemiş bir DKB hastası hemen hemen yoktur.² Türkiye’de konversiyon hastaları üzerinde klinik ortamda yapılan çalışmalar, bu kişilerin yaklaşık olarak üçte bir ile yarısında bir disosiyatif bozukluğun açık olarak bulunduğunu göstermektedir.^{3,4} Acil servise gelen disosiyatif bozukluk hastaları arasında konversiyon belirtileri başvuru nedenleri arasında yer almaktadır.⁵ Nöbet benzeri konversiyon belirtileri ruhsal travma kökenli “flashback” yaşantıları ve birbiriyle uyumsuz alter kişilikler arasında egemen olma ya da geçiş mücadelesi sonucu ortaya çıkabilmektedir. Bu gibi durumlar çevre tarafından bir “sinir krizi” biçiminde algılanır.

Sınırdaki (borderline) kişilik bozukluğu görünümü

DKB hastalarının yarısı ya da üçte ikisinin DSM-IV sınırdaki kişilik bozukluğu ölçütlerini doldurabildiği gösterilirken,⁶ sınırdaki kişilik bozukluğu ölçütlerini dolduran kişilerin üçte ikisinde birinci eksende bir disosiyatif bozukluk tanısı konulabileceği ortaya çıkmaktadır.^{7,8} Kanımızca, bu gibi hastalar içerisinde önemli bir bölüm, asıl psikopatoloji DKB olduğu halde, alter kişilik etkinliklerinin davranışlarına yansımaları sonucunda bir sınırdaki kişilik bozukluğu vakası gibi görünebilmektedirler. Örneğin, yineleyen intihar girişimleri, güvensiz bağlanma sorunları, kimlik kargaşası ya da ani duygudurum değişiklikleri gibi ruhsal travma ve alter kişilik

etkinliği ile ilişkili belirtiler bu izlenimi verebilir. Ancak, bu gibi kişilerde, DKB’nin tedavisinin tamamlanması sonucunda sınırdaki kişilik bozukluğu özellikleri, tıpkı kronik depresyonun ortadan kalkması gibi, çok kısa sürede kaybolmakta, yani bir kişilik özelliği olarak devam etmemektedir.⁹

Disosiyatif psikoz

Disosiyatif psikoz DKB hastalarında bozukluğun seyri sırasında bir kriz dönemi olarak ortaya çıkabilmektedir.^{10,11} Bu sırada davranışlarda ileri derecede kontrol kaybı meydana gelmekte, varsanılar tabloya egemen olmakta ve içgörü kaybolmaktadır. Bu gibi tablolar, iç dünyada disosiyatif bariyerlerin herhangi bir nedenle geçici olarak yıkılması sonucu bilincin anksiyete yaratıcı içerikle dolmasıyla oluşabileceği gibi, alter kişilikler arasındaki mücadelenin kızışması nedeniyle kontrolü alma ya da kaçınma çabalarının bir döner kapı krizine yol açması ile de ortaya çıkabilir.^{12,13} Hemen her zaman kapalı servis yatışına yol açan bu tablolar intihar girişimlerine de neden olabilmekte, birkaç günden birkaç haftaya kadar uzayan bir süre içerisinde aniden düzelme ile sonuçlanmaktadır. Çoğu hasta disosiyatif psikoz dönemine amnezik kalmaktadır.

Disosiyatif psikoz her kültürde görülmekle birlikte bizim kültürümüzde oldukça sıktır. Bunun nedenlerinden biri de, travmatik ruhsal içeriğin ifade edilecek başka bir kanal bulamamasıdır. Bunda, travma kökenli psikopatolojiye uygun psikoterapi hizmetinin bulunamayışı da rol oynamaktadır. Bazı hastaların, ara dönemde psikoterapiye şu ya da bu nedenle ulaşamayıp zaman zaman yineleyen disosiyatif psikozlarla kliniğe geldikleri ve ruhsal süreçlerini bu şekilde tamamlamaya çalıştıkları görülebilmektedir.¹⁴ Kuşkusuz, içinde yaşanan kültürün travma kökenli ruhsal içeriği ifade edebilme özgürlüğünü tanıması ve buna bir anlam atfetmesi de bu sürecin bir parçasıdır.

Intihar girişimi ve kendi bedenini yaralama

Hemen hemen bütün DKB hastaları intiharı düşünür, birçoğu birden fazla kez dener; ölümlü sonuçlanan intihar oranı %1-2 dolayındadır.¹⁵ Klinisyen için bu, belki de DKB tedavisinin en fazla meydan okuyan yanısıdır. Disosiyatif bozukluk iyileştiği zaman bu durum ortadan kalkar. Disosiyasyonun intihar düşünce ve arzularını tam olarak hangi yolla yarattığını bilmek zordur. Hastaların hemen hemen hepsinde özellikle intihar edilmesini savunan bir ya da birden fazla alter kişilik bulunur. Bazı alter kişilikler ise bedene zarar verilmesini isterler; ya evsahibi kişiliğe buna zorlar ya da bizzat kontrolü alarak intihar girişimi ya da bedeni yaralama eylemini yaparlar. Hasta bu eyleme amnezik kalabileceği gibi depersonalizasyon hali yaşayarak bir pasif izleyici gibi olanlara tanık kalabilir. Çoğu DKB hastası bu gibi deneyimler sırasında bedensel acı duymamayı başarır.

Bazı çalışmalar, sınırdaki kişilik bozukluğu ölçütlerini de dolduran hastalarda intihar eğiliminin kişilik bozukluğuyla değil, disosiyasyonla ilişkili olduğunu göster-

mektedir.¹⁶ İntihar eğiliminin, tablonun genel ağırlığına koşut seyrettiği, bazı hastalarda bedensel yakınmaların fazlalığıyla da bağıntı gösterdiği görülmektedir.¹⁷ Kendi bedenini yaralama davranışlarının gerek disosiyatif yaşantılarla gerekse çocukluk çağı travmalarıyla birlikte görüldüğü klinik dışı popülasyonlarda¹⁸ ve alkol bağımlılarında¹⁹ da gösterilmiştir.

Cinsel sorunlar

DKB gerek cinsel kimlik ve yönelim gerekse cinsel işlevle ilgili olarak birçok sorunlara yol açabileceği gibi, intim ilişkilerde de güçlükler ve evlilik problemleri nadir değildir. Çocukluk çağı cinsel tacizine sık rastlanan böyle bir hasta topluluğunda cinsel sorunlara sık rastlanması esasen beklendik bir durumdur. Cinsel ilişki sırasındaki davranışlar alter kişilik davranışlarından etkilenmektedir. Örneğin, ilişki sırasında kadında bir erkek alter kişiliğin kontrolü alması, kadının cinsel ilişkiden kaçınmasına ve vajinismus benzeri bir tabloya yol açabilmektedir.²⁰ Kimi zaman ilişki sırasında çocuk alter kişiliği çıkabilmekte, bu durum korku reaksiyonlarına neden olabileceği gibi fark edilmeden de kalabilmektedir. Çoğu hastada bulunan karşı cinsten alter kişilikler, bazı DKB hastalarında ego-distonik homoseksüalite benzeri bir görünüme yol açmaktadır. Öte yandan alter kişiliklerden bazıları kendilerini homoseksüel ya da transseksüel olarak tanımlamakta ve bu gibi durumlar tabloyu daha da karmaşıklaştırmaktadır. Bu gibi durumların cinsel travma ile baş etme çabası içerisinde ortaya çıktığını düşünmek zor değildir. Transseksüellerde de DKB'ye sanıldığından sık rastlandığı yönünde gözlemler bulunmakta, ancak bu konuda yeterli ampirik veriler henüz bulunmamaktadır. Altta yatan DKB nedeni ile oluşan cinsel sorunlar, disosiyatif bozukluğun tedavisi yapılmadıkça çözülmemekte ve klasik tedavilere dirençli olmaktadır. Bu şekilde yıllarca tedavi edilememiş vajinismus vakalarına, terapistlerle hiç paylaşılmamış ensest ve benzeri çocukluk çağı travmalarına ülkemizde rastlanması ender değildir.

Başka başvuru biçimleri

Migren: DKB vakalarının birçoğunda gerçek migren bulunmaktadır. Bu birlikteliğin nedeni bilinmemektedir. Ancak nöroloji kliniklerinin baş ağrısı birimlerine gelen hastalar içerisinde disosiyatif bozukluklar ender değildir.²¹ DKB vakalarında uzun yıllar baş ağrısı ilaçları almak zorunda kalma sık rastlanan bir durum olup migren ile olan ilişkinin biyolojik açıdan da incelenmesi bizi önemli bulgulara götürebilecektir. Evlilik ve ilişki sorunları, madde bağımlılığı, posesyon yaşantıları, anksiyete bozuklukları (sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu) ya da aniden artan varsanılar ve herhangi bir uyarının harekete geçirdiği "flashback" yaşantıları da başvuru nedeni olabilir. Bazı DKB hastalarında trans ve füğ halleri ön plana geçmiş olabilir. Disosiyatif füğün, altında bir DKB olmadan görülmesi pek sık rastlanan bir durum değildir. Bazı hastalarda DKB olmaksızın bir disosiyatif trans bozukluğu da bulunabilir.

Disosiyatif Kimlik Bozukluğunun Epidemiyolojisi

DKB'nin genel toplumda ve klinik ortamlarda sıklığını konu alan birçok epidemiyolojik çalışma gerçekleştirilmiştir.²²⁻³⁰ Bunlardan önemli bir bölümü ülkemizde yürütülmüş ve varılan sonuçlar nitelikli uluslararası dergilerde yayınlanmıştır. Bu çalışmalar ülkemizde DKB'nin en sık görüldüğü yerin psikiyatri acil birimleri olduğunu göstermektedir. DKB'nin toplum içerisindeki sıklığı %1 dolayındadır. Bu oran şizofreni ile aynıdır. Yataklı psikiyatri servislerinde DKB sıklığı %5'e turmanmaktadır; genel olarak disosiyatif bozukluk sıklığı ise toplumda ve klinik ortamlarda %10'dan aşağı değildir.

Disosiyatif Kimlik Bozukluğunun Etiyolojisi

Psikojen etkenler

Çocukluk çağı travmaları: Çocukluk çağı istismar ve ihmali ile disosiyasyon arasındaki ilişki hem geriye dönük çalışmalarda belgelere dayanarak, hem de ileriye dönük çalışmalarla gösterilmiştir.^{31,32} Ülkemizde bir vaka serisinde çocukluk çağında cinsel istismar %57.1 (bir bölümü ensest özelliğinde olmak üzere), fiziksel istismar %62.9, duygusal istismar %57.1 ve ihmal % 62.9 olarak bulunmuştur.¹ Vakaların %88.6'sı bunlardan en az birini bildirmiştir. Bu öyküler birçok vakada üçüncü kişilere doğrulanabilmektedir.³³ DKB vakalarında istismar ve ihmal dışında çocukluk çağı travmalarına da rastlanmaktadır. Örneğin, çocukluk çağında acı verici tıbbi girişimlere uzun süre ve yineleyici biçimde maruz kalma, disosiyatif bozukluk nedeni olabilmektedir.³⁴ Çocukluk çağı travmalarının biyolojik etkileri üzerinde de çalışmalar yürütülmektedir.³⁵

Kişiler arası bağlanma sorunları: Disosiyasyonla güvensiz bağlanma sorunları arasında da ilişki kurulmuştur.³⁶ Bebekte dezorganize bağlanma davranışı sonraki yaşamda disosiyasyonun öncülü olarak görülmüştür.^{37,38} Özellikle bakımla yükümlü kişilerden kaynaklanan istismar ve ihmal, travma kurbanı olan kişide kısaca istismarcıya bağlanma olarak adlandırılan bir psikolojik yapılanmaya yol açmaktadır. Bunun başlıca nedeni, erken yaşta canlı için bağlanmanın büyüme için gerekli bir koşul olmasıdır. Disosiyasyona uğrayan birey, iç dünyasında da istismarcının bir kopyasını oluşturmakta ve bu şekilde istismarcıyı kontrol altına alabileceği fantezisini kurmaktadır. Gerçekte ise bu, kontrol odağında kaymaya yol açmakta ve kişi bir süre sonra iç dünyasında kendisine yabancı bir antite olarak varlığını sürdüren iç istismarcının egemenliğine girmektedir. DKB hastalarında görülen bazı alter kişilikler, bu görevi üstlenmişlerdir. Daha bağımlı ve onlara itaat eden alter kişilikler de, sistemde bulunur. O nedenle, DKB tedavisinde başarılı sonuç, ancak iç ve dış istismarcılara bağlanmanın çözülmesi ile olanaklıdır.^{39,40,41}

Aile psikopatolojisi: On yıllar önce, şizofreni etiyojisi için üretilen aile ve iletişim kuramları ("pseudomutua-

lity”, “double-bind”, “marital schism”, şizofrenojen anne, yüksek “expressed emotion”) aslında şizofreniden çok DKB hastalarının aileleri için geçerlidir ve etiyolojik bir öneme sahiptir. Teknolojideki gelişmeler sonucunda şizofreni etiyolojisinde biyolojik ve genetik etkenlerin önemli olduğunun görülmesi ve şizofreni tanımının görece kronik vakalarla sınırlandırılması, ailelerdeki ilişki ve iletişim bozukluklarının disosiyatif bozukluklardaki rolünü öne çıkarmıştır. Şöyle ki, çocukluk çağı travmalarının gerçekleştiği aile ortamının sağlıklı olduğunu varsaymak olanaksızdır.

Şar ve Öztürk,⁴² on yıllar önce şizofreni vakaları için tanımlanmış disfonksiyonel aile tipleri listesine, gizli disosiyasyonun hüküm sürdüğü “görünürde normal” aile kavramını katmışlardır. Bu gibi ailelerin birçok alt tipi bulunmakla birlikte, duygulanım dalgalanma ve öfke patlamaları, gerçeklerin çarpıtılması, aile krizleri, aldatmalar, katı ve tek yönlü görüşlerin egemen kılınması, bu gibi aileler için tipik olup aslında burada bütünüyle “disosiyatif” bir aileden söz edilmektedir. Öte yandan, çocukluk çağı travmaları kuşaklar arası geçiş göstermektedir. Ailede bir kuşağın dıştan gelen etkenlerle travmaya uğraması da, bir sonraki kuşakta travma ile ilişkili psikopatolojilerin çıkmasına yol açabilir.

Toplumun disosiyojen etkisi: DKB etiyolojisinde sosyobilişsel etkenlerin rolü önemlidir.⁴³ Yerel kültürlerin disosiyasyona etkisi bir yana bırakılsa bile, dünyadaki adaletsiz ekonomik ve politik düzenin bireyler üzerindeki etkisi dikkate alındığında, toplumun disosiyojen bir etki yapması beklenen bir durumdur. Güç ve iktidara göre şekillenen günümüz toplumlarında istismar etme ve edilme yaşamın bir parçası olmuştur. Bu duruma direnmek bireyde ruhsal entegrasyon ve özne olma kapasitesini gerektirirken, istismarın sürdürümüne dayanan güç ve iktidar sistemi disosiyasyona uğrayan ve istismarcıya bağlanan bireylere gereksinim duymaktadır. Bu durum toplumda sosyolojik kendiliği baskın, psikolojik kendiliğinden uzak, sistemin gereksinimlerine göre “dönebilen” (reversible), parça bütün ilişkisi kuramayan, istismar etmeye ve edilmeye açık, yaratıcılıktan ve estetik duygusundan uzak, özne olmayan birey tipinin epidemiyolojisi yapmasına neden olmuştur. Bu görünüm klinik disosiyasyonla normal yaşamın disosiyasyonu arasında bir durumdur.⁴⁴

Nörobiyolojik etkenler

Beyin görüntüleme çalışmaları: DKB konusundaki biyolojik çalışmalar henüz başlangıç evresindedir. Beyin görüntüleme çalışmaları iki noktaya odaklanmıştır: Disosiyasyonla ilgili değişkenlerin incelenmesi ve DKB hastalarının sağlıklı kontroller ya da başka psikiyatrik hastalarla karşılaştırılması. Bu alanda, DKB hastalarında kişilik durumları arasındaki farklar,^{45,46} travma sonrası stres bozukluğu hastalarında travma ile ilgili konulara disosiyatif ve disosiyatif olmayan tepkileri;⁴⁷ DKB hastalarında kişilik atlamasından önce ve atlama sırasında meydana gelen beyin perfüzyon değişikliklerini⁴⁸ ve disosiyatif hastalarla normal kontroller arasında beyin perfüzyon farklarını^{49,50} konu alan çalışmalar yapılmıştır.

Orbitofrontal lobun erken psikolojik travmadan etkilenmediği bilinmektedir.⁵¹ Bu noktadan hareketle,⁵² DKB için orbitofrontal bölgeyi merkez alan bir nörobiyolojik model önerilmiştir. DKB hastalarında, Türkiye’de yapılan iki ayrı çalışmada da, orbitofrontal hipoperfüzyon gösterilmiş olması bu düşünceyi desteklemektedir.^{49,50} Ayrıca, DKB hastalarında normal kontrollere göre hipokampus ve amigdalanın küçüldüğü⁵³ ve parahipokampal girusta küçülme ile psikolojik ve bedensel disosiyasyon arasında güçlü bir bağlantı olduğu gösterilmiştir.⁵⁴

Genetik çalışmalar: Disosiyatif bozukluklar üzerinde yapılan genetik çalışmalar sınırlıdır. Bir çalışma, erkek alkol bağımlılarında disosiyasyonla mizaç ve karakter arasında ilişki bulmamıştır.⁵⁵ Grabe ve arkadaşları⁵⁶ ise, disosiyasyon ile yüksek transandans ve düşük kendi merkezli yönetim gibi genetik kökenli özellikler arasında ilişki bulmuştur. OKB hastaları üzerindeki bir çalışma,⁵⁷ monoamin işlevleriyle bağlantılı genetik polimorfizm açısından, yüksek ve düşük disosiyasyonlu alt gruplar arasında fark bulmamıştır. Bunu izleyen bir çalışmada, çocukluk çağı fiziksel ihmali ve 5-HTT genotipinin birlikte disosiyasyon ile bağlantı gösterdikleri ortaya konulmuştur.⁵⁸ Disosiyatif bozukluklar konusundaki genetik çalışmalar henüz ortak bir sonuca varmaktan uzaktır.

Disosiyatif Kimlik Bozukluğunun Komplikasyonları

Madde bağımlılığı: Gerek madde kullananlar arasında disosiyatif bozukluğa, gerekse DKB hastaları arasında madde kullanımına sık rastlanır. Bu eğilim alkolden çok kimyasal madde yönünde olmaktadır.⁵⁹ Alkol dışı madde kullananlarda bir disosiyatif bozukluk görülme sıklığı tedaviye başvuran bir vaka serisinde %26.0 olarak bulunmuştur.⁶⁰ Bir disosiyatif bozukluğu olanların 59.3%’ü bu belirtilerin madde kullanımından ortalama 3.9 yıl önce ortaya çıktığını bildirmişlerdir. Disosiyatif bozukluğu olan grupta kullanılan madde sayısı diğerlerinden fazla olup tedaviyi erken bırakma oranı da anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Alkolizm grubunda disosiyatif bozukluk sıklığı, diğer yataklı psikiyatri servislerindeki den daha sık olmamakla birlikte, bu grup diğer alkolizm hastalarından farklı özellikler göstermektedir.⁶¹

Şiddet: DKB hastalarında şiddet eğilimi olan alter kişiler bulunabilir. Bu durum başkalarının canına zarar verme noktasına dek gelebilir.⁶² Seri cinayetler işleyen katiller arasında DKB’ye ve çocukluk çağı travmalarına sık rastlandığı kanıtlanmıştır.³¹ Terörist örgütlerin DKB’si olan kişileri kullanmaları olasıdır; örneğin “intihar bombacılığı” gibi eylemlerde öne sürülen kişilerin bu özellikte olanlar arasından seçildiği sanılmaktadır. Ülkemizde son yıllarda artan ve kimi zaman ailelerin genç bireyleri tarafından işlenen aile içi cinayetlerde, disosiyatif psikopatolojinin rolü incelenmelidir.

Aidiyet problemi ve marjinal gruplara katılma: Kendine özgü inançları olan tarikat ve benzeri gruplara katılanlarda çocukluk çağı travmaları ve disosiyatif psikopatolojilere daha sık rastlanması beklenir. DKB ve benzeri

tablolarda kendilik algısı ve aidiyet hissindeki bozulmalar, bir “özne” olarak davranamama kişinin bir başka “nesnenin” (kişi, topluluk, fikir, kurum vb.) parçası olma isteğini artırmaktadır. Bu durum, madde kullananlar alt kültüründen mistik görünümlü gruplara, terör örgütlerinden kendine belirli simgeleri bayrak edinmiş gençlik gruplarına dek uzanan değişik örneklerle yönelebilir.

Eğitim, iş ve evlilik yaşamı: Özellikle ergenlik döneminde DKB eğitim yaşamını bozabilir. Psikopatolojiyi fark edemeyen aile ve öğretmenler, bu durumu sadece ergenlik sorunları ile açıklama eğiliminde olabilirler. DKB iş yaşamını da aksatabilir ve eşler arasında geçimsizliklere yol açabilir. Ancak, eşlerin bu gibi durumlarda, ayrılmaktan çok soruna çözüm arama arayışı içine girdikleri görülmektedir.

Sağlık maliyeti: Özellikle bedensel disosiyatif fenomenlerin ayırt edici tanı açısından çıkardığı sorunlar, genel tıp kuruluşlarında maliyeti artırırken, tıbbi modele dayalı rutin psikiyatrik tedavilere DKB hastalarının yanıt vermeyerek dirençli vakalara dönüşmeleri ve çok sayıda yatış ve acil ziyaretlerine yol açmaları, psikiyatride maliyeti artırmaktadır.⁶³

İntihar girişimleri: Çok sayıda ve yineleyen intihar girişimleri kişinin özel ve aile yaşamında büyük tedirginliklere yol açar. Alter kişilik dengelerine bağlı olarak, genellikle son anda kurtulunan bu girişimler sırasında, bedende kalıcı zarar görenler ender değildir. Çok daha az da olsa, ölümlü sonuçlanan intihar girişimleri de olabilir.

Zamanla tek alter kişiliğe dönme: Tedavi görmeyen DKB hastalarının kendiliğinden entegrasyona gitmedikleri gözlenmektedir. Örneğin, uzun süreye yayılan bazı gözlemler kimilerinin bilinç alanını daraltarak “tek alter kişiliğe” dönebildiklerini ve böylelikle yaşama sınırlı bir uyum yaptıklarını düşündürmektedir.⁶⁴

Çağsal (epochal) DKB: Kişilik atlaması sık ve yineleyici olmaktan çok, uzun yıllar içersinde sınırlı sayıda da olabilir. Bu durum, o zamana dek belirli kimlik özellikleriyle bilinen kişinin, yaşamının belirli dönemlerinde değişimden geçmesi ve önceki dönemleriyle uyumlu olmayan bir yaşam tarzına yönelmesi biçiminde gözlenir.

Yeniden kurban gitme (revictimization): Kendine zarar veren davranış biçimlerinin öne çıkması, yeni travmalara açık bir durum yaratır. DKB hastası istismara açık bir durumdadır. Örneğin, bazı vakalarda bu durum cinsel alanı etkilemekte ve promisküöz davranışlara rastlanılmaktadır. Terapist tarafından cinsel istismara uğrayan vakalar içersinde de, DKB hastaları ön sırada yer tutar. Bu olgu “kolay hedef” anlamına gelen “sitting duck” deyimıyla bilinmektedir.⁶⁵

Disosiyatif Kimlik Bozukluğunun Adli Yönü

Konuya adli yönden iki biçimde yaklaşılabilir. Bunlardan birincisi suç işleyen kişilerde DKB konusudur. ABD kökenli bir çalışma, seri cinayetler işleyen katillerde DKB

görülmesinin ender olmadığını düşündürmektedir.³¹ Bu çalışma, vakalarda ağır çocukluk çağı travmalarının varlığını da belgelemektedir. Bazı DKB vakalarında içgörü kaybının ileri boyutlara ulaşabildiği görülmektedir. Araya giren trans halleri de riskli dönemler olabilir.^{66,67} Özellikle şiddete eğilimli alter kişiliklerin aniden kontrolü alma ve eğilimlerine uygun davranma olasılıkları vardır. DKB şiddet dışı suçlarda da rol oynayabilir (hırsızlık, askerlik hizmeti sırasında görev yerini terk etme vb.). İkinci yaklaşım ise, istismara maruz kalan kişilerde DKB ve benzeri disosiyatif bozukluk bulunması durumudur. Özellikle çocukluk çağı istismarı kurbanlarında, gerek fiil sırası ve sonrasında disosiyatif belirtiler oluşabileceği gibi, bu gibi durumların uzun dönemdeki etkilerini de dikkate almak gerekmektedir. Bir başka durum ise, DKB olan kişinin ruhsal rahatsızlığı nedeni ile istismara daha açık olması, kendini koruyamaması durumudur. Bu durum gerek çocukta, gerekse erişkinde söz konusu olabilir ve ceza hukuku açısından değerlendirilmesi gerekebilir. Genel olarak DKB'nin şuur ve hareket serbestisini kısmi olarak etkileyebileceğini dikkate almak gerekmektedir. Ancak kimi durumlarda bunu aşan haller ortaya çıkabileceği gibi, tam tersine, kişinin davranışlarından tam sorumlu tutulmasını gerektiren durumlar da olabilir.

Disosiyatif Kimlik Bozukluğunun Tedavisi

DKB uygun ve nitelikli bir jenerik psikoterapi ile tam olarak tedavi edilmektedir. Birçok vakada belirtiler nedeniyle çeşitli ilaç tedavilerine başvurulması kaçınılmaz olmasa da, DKB'nin sadece biyolojik yollarla tedavisi olanaksızdır.⁶⁸ İstabil hastalarda birkaç haftalık hastane yatışı gerekebilmektedir. Tedavinin büyük bölümünün ya da hepsinin ayaktan psikoterapi biçiminde yürütülmesi uygundur. DKB tedavisi çoğu zaman üç evreden oluşur: stabilizasyon, travma çalışması ve entegrasyon. Bu üç evreye ilişkin bileşenler birbiri içine de girebilir. Son yıllarda yapılan çalışmalar, gerek yatarak gerekse ayaktan yürütülen tedavilerden DKB hastalarının yarar gördüğünü göstermektedir.⁶⁹⁻⁷⁶ Ancak, maalesef, Türkiye’de ve birçok başka ülkede psikiyatri uzmanlarının çoğunun bu konudaki eğitimi henüz yeterli olmadığı gibi, var olan psikiyatri yataklı servisleri de psikoterapi gerektiren hastaların gereksinimlerine yanıt verecek özellikte bir hizmet sağlama amacını gütmemekte ve bu durumdan özellikle DKB hastaları zarar görmektedir. İyi eğitim, nitelikli emek, zaman, ve ekip çalışması gerektiren DKB psikoterapisinin, özellikle niceliksel performansla dayalı tedavi sistemlerinde tedavi edilmesi olanaksızdır.

İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı’nda, 1993 yılında, bu satırların yazarı tarafından kurulan Klinik Psikoterapi Birimi ve 1994 yılında aynı birim bünyesinde oluşturulan Disosiyatif Bozukluklar Programı aradan geçen 15 yılda üç binden fazla disosiyatif bozukluk hastasının (çoğunluğu DKB ya da benzeri tablolardan oluşan) ayaktan ve/ya da yatarak tedavisini yürütmüş, bazıları yüzlerce saat psikoterapi gerektiren bu çalışmalar sonucunda pek çok vakada kalıcı iyilik durumu elde edilmiştir.

Sonuç

DKB çevresel stres etkenleri ile yakından ilişkili ve psikoterapi ile tedavi edilebilen bir ruhsal bozukluktur. DKB tedavisinde tam başarı olanağının varlığı ile bunu çok sayıda hastaya sağlamak için gerekli insan gücünün yaratılmayışı arasındaki çelişki, var olan sağlık sisteminde etik bir dilemma yaratmaktadır. Dünyada akademik psikiyatri ve ortalama psikoterapi çevreleri de, bu konuyu kavramaktan genel olarak uzaktır. Şimdilik sürdürülen çabalar, bu gerçeğin bilinçte kalmasını sağlamak ve konuyu ileriye taşımaya istekli araştırmacılara önderlik etmekle sınırlıdır.⁷⁷ Yine de 21. yüzyıla girerken, Türk psikiyatrisinde disosiyasyon alanında ortaya konulmuş çalışmalar, konunun kaderini evrensel ölçekte olumlu yönde etkilemiştir. Bu satırların yazarının, DKB konusunun dünya ölçeğindeki önde gelen bilimsel taşıyıcısı olan Uluslararası Travma ve Disosiyasyon Derneği'nin 25. yılında üyelerin seçimi sonucu genel başkanlığını yapmış olmasını, bu alana emek veren bilim çevreleri tarafından Türk psikiyatrisinin konuya katkısının en üst düzeyde takdir edilmesi olarak saymak ve anlamak gerekir. Kuşku yok ki bu olgu, aynı zamanda, ülkemiz insanı konusundaki kimi psikolojik gerçeklerin de altını çizmektedir.

Kaynaklar

1. Şar V, Yargıç Lİ, Tutkun H. Structured interview data on 35 cases of dissociative identity disorder in Turkey. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1329-1333.
2. Şar V, Akyüz G, Doğan O, et al. The prevalence of conversion symptoms in women from a general Turkish population. *Psychosomatics* 2009; 50: 50-58.
3. Şar V, Akyüz G, Kundakci T, et al. Childhood trauma, dissociation and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 2271-2276.
4. Tezcan E, Atmaca M, Kuloglu M, et al. Dissociative disorders in Turkish inpatients with conversion disorder. *Compr Psychiatry* 2003; 44: 324-330.
5. Şar V, Koyuncu A, Öztürk E, et al. Dissociative disorders in psychiatric emergency ward. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29: 45-50.
6. Kızıltan E, Şar V, Kundakci T, et al. Comorbidity in dissociative identity disorder: a study using SCID-I, SCID-II and SCID-D. Paper presented at the 15th Fall Conference of the International Society for the Study of Dissociation, Seattle, 1998.
7. Şar V, Kundakci T, Kızıltan E, et al. Axis I dissociative disorder comorbidity of borderline personality disorder among psychiatric outpatients. *J Trauma Dissoc* 2003; 4: 119-36.
8. Şar V, Akyüz G, Kugu N, et al. Axis-I dissociative disorder comorbidity of borderline personality disorder and childhood trauma reports. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 1583-1590.
9. Şar V, Öztürk E, Kundakci T. Psychotherapy of an adolescent with dissociative identity disorder: Change in Rorschach patterns. *J Trauma Dissoc* 2002; 3: 81-95.
10. Tutkun H, Yargıç Lİ, Şar V. Dissociative identity disorder presenting as hysterical psychosis. *Dissociation* 1996; 9: 241-49.
11. Van der Hart O, Witztum E, Friedman B. From hysterical psychosis to reactive dissociative psychosis. *J Traumatic Stress* 1992; 6: 43-64.
12. Şar V, Öztürk E. Psychotic presentations of dissociative identity disorder. In: Dell PF, O'Neil J; eds. *Dissociation and dissociative disorders: DSM-V and beyond*. New York: Routledge Press; 2009: 535-545.
13. Şar V, Öztürk E. Psychotic symptoms in complex dissociative disorders. In: Moskowitz A, Schaefer I, Dorahy M; eds. *Psychosis, trauma and dissociation: emerging perspectives on severe psychopathology*. New York: Wiley Press; 2008: 165-175.
14. Şar V, Tutkun H. The treatment of dissociative identity disorder in Turkey: A case presentation. *Dissociation* 1997; 10: 146-152.
15. Kluff RP. Six completed suicides in dissociative identity disorder patients: clinical observations. *Dissociation* 1995; 8: 104-111.
16. Foote B, Smolin Y, Neft D I, et al. Dissociative disorders and suicidality in psychiatric outpatients. *J Nerv Ment Dis* 2008; 196: 29-36.
17. Öztürk E, Şar V. Somatization as a predictor of suicidal ideation in dissociative disorders. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 62: 662-668.
18. Zoroglu SS, Tüzün Ü, Şar V, et al. Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high-school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 57: 119-126.
19. Evren C, Şar V, Evren B. Self-mutilation among male patients with alcohol dependency: the role of dissociation. *Compr Psychiatry* 2008; 49: 489-495.
20. Kuşkonmaz E, Şar V, Kundakci T. Vajinismus ile başvuran bir disosiyatif kimlik bozukluğu vakası ve tedavisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000; 1: 48-57.
21. Yargıç Lİ, Tutkun H, Şar V. Dissosiyatif kimlik bozukluğu hastalarında önde gelen bir yakınma: Baş ağrısı. *Ağrı Dergisi* 1995; 2: 39-43.
22. Şar V, Akyüz G, Doğan O. Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Res* 2007; 149: 169-176.
23. Tutkun H, Şar V, Yargıç Lİ, et al. Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a Turkish university clinic. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 800-805.
24. Modestin J, Ebner G, Junghan M, et al. Dissociative experiences and dissociative disorders in acute psychiatric inpatients. *Compr Psychiatry* 1996; 37: 355-361.
25. Gast U, Rodewald F, Nickel V, et al. Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189: 249-257.
26. Friedl MC, Drajer N. Dissociative disorders in Dutch psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1012-1013.
27. Şar V, H Tutkun, B Alyanak, B et al. Frequency of dissociative disorders among psychiatric outpatients in Turkey. *Compr Psychiatry* 2000; 41: 216-222.
28. Akyüz G, Doğan O, Şar V, et al. Frequency of dissociative identity disorder in the general population in Turkey. *Compr Psychiatry* 1999; 40: 151-159.
29. Ross CA. Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. *Psychiat Clin North Am* 1991; 14: 503-517.
30. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, et al. Dissociative disorders among adults in the community, impaired functioning, and axis I and II comorbidity. *J Psychiatry Res* 2006; 40: 131-140.
31. Lewis DO, Yeager CA, Swica Y, et al. Objective documentation of child abuse and dissociation in 12 murderers with dissociative identity disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1703-1710.
32. Ogawa JR, Sroufe LA, Weinfield NS, et al. Development and the fragmented self: longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology* 1997; 4: 855-879.
33. Şar V, Tutkun H, Yargıç Lİ, et al. Kronik karmaşık disosiyatif bozukluklarda çocukluk çağı cinsel travma öyküsünün doğrulanma düzeyi. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları* 1999; 4: 95-108.
34. De Bellis MD, Keshavan MS, Shifflett H, et al. Brain structures in pediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder: a sociodemographically matched study. *Biol Psychiatry* 2002; 52: 1066-1078.

35. Diseth TH. Dissociation following traumatic medical treatment procedures in childhood: a longitudinal follow-up. *Dev Psychopathol* 2006; 18: 233-251.
36. Barach PM. Multiple personality disorder as an attachment disorder. *Dissociation* 1991; 4: 117-123.
37. Liotti G. Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation* 1992; 5: 196-204.
38. Lyons-Ruth K, Dutra L, Schuder MR, Bianchi I. From infant attachment disorganization to adult dissociation: Relational adaptations or traumatic experiences? *Psychiat Clin North Am* 2006; 29: 63-86.
39. Şar V.. Çoğul kişilik bozukluğunun psikoterapisi. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1998; 6 (Suppl 1): 44-56.
40. Şar V. Dissosiyatif kimlik bozukluğunun psikoterapisi: Krize müdahale ve uzun süreli psikoterapi. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları Dissosiyatif Bozukluklar (II) Sayısı* 1999; 4: 45-68.
41. Şar V. Psikotraumatoloji yönelimli psikoterapi. *Psike Dergisi* (baskıda).
42. Öztürk E, Şar V. 'Apparently normal' family. A contemporary agent of transgenerational trauma and dissociation. *J Trauma Practice* 2005; 4: 287-303.
43. Şar V. Trauma and dissociation in context: personal life, social process, and public health (Editorial). *J Trauma Dissoc* 2008; 9: 1-8.
44. Şar V, Öztürk E. Functional dissociation of the self: a sociocognitive approach to trauma and dissociation. *J Trauma Dissoc* 2007; 8: 69-89.
45. Reinders AA, Nijenhuis ERS, Paans AMJ, et al. One brain, two selves. *NeuroImage* 2003; 20: 2119-2125.
46. Reinders AA, Nijenhuis ER, Quak J, et al. Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder: a symptom provocation study. *Biol Psychiatry* 2006; 60: 730-740.
47. Lanius RA, Williamson PC, Boksman K, et al. Brain activation during script-driven imagery induced dissociative responses in PTSD: a functional magnetic resonance imaging investigation. *Biol Psychiatry* 2002; 52: 305-311.
48. Tsai GE, Condie D, Wu M T, et al. Functional magnetic resonance imaging of personality switches in a woman with dissociative identity disorder. *Harvard Rev Psychiatry* 1999; 7: 119-122.
49. Şar V, Ünal SN, Kızıltan E, et al. HMPAO SPECT study of cerebral perfusion in dissociative identity disorder. *J Trauma Dissoc* 2001; 2: 5-25.
50. Şar V, Ünal SN, Öztürk E. Frontal and occipital perfusion changes in dissociative identity disorder. *Psychiatry Res-Neuroimaging* 2007; 156: 217-223.
51. Shore AN. The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Dev Psychopathol* 1996; 8: 59-87.
52. Forrest K. Toward an etiology of dissociative identity disorder: a neurodevelopmental approach. *Conscious Cogn* 2001; 10: 259-263.
53. Vermetten E, Schmal C, Lindner S, et al. Hippocampal and amygdalar volumes in dissociative identity disorder. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 630-636.
54. Ehling T, Nijenhuis ER, Krikke AP. Volume of discrete brain structures in complex dissociative disorders: preliminary findings. *Prog Brain Res* 2008; 167: 307-310.
55. Evren C, Şar V, Dalbudak E. Temperament, character, and dissociation among detoxified male inpatients with alcohol dependency. *J Clin Psychol* 2008; 64: 717-727.
56. Grabe HJ, Spitzer C, Freyberger HJ. Relationship of dissociation to temperament and character in men and women. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1811-1813.
57. Lochner C, Seedat S, Hemmings SMJ, et al. Dissociative experiences in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: Clinical and genetic findings. *Compr Psychiatry* 2004; 45: 384-391.
58. Lochner C, Seedat S, Hemmings SM, et al. Investigating the possible effects of trauma experiences and 5-HTT on the dissociative experiences of patients with OCD using path analysis and multiple regression. *Neuropsychobiology* 2007; 56: 6-13.
59. Karadağ F, Şar V, Tamar-Gürol D, et al. Dissociative disorders among inpatients with drug or alcohol dependency. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 1247-1253.
60. Tamar-Gürol D, Şar V, Karadağ F, et al. Childhood emotional abuse, dissociation and suicidality among patients with drug dependency in Turkey. *Psychiat Clin Neurosci* 2008; 62: 540-547.
61. Evren C, Şar V, Karadağ F, et al. Dissociative disorders among alcohol-dependent inpatients. *Psychiatry Res* 2007; 152: 233-241.
62. Moskowitz A. Dissociation and violence. A review of the literature. *Trauma Violence Abuse* 2004; 5: 21-46.
63. Ross CA, Dua V. Psychiatric health care costs of multiple personality disorder. *Am J Psychotherapy* 1993; 47: 103-112.
64. Kluft RP. The older female patient with a complex chronic dissociative disorder. *J Women Aging* 2007; 19: 119-137.
65. Kluft RP. Treating the patient who has been sexually exploited by a previous therapist. *Psychiatr Clin North Am* 1989; 12: 483-500.
66. Akyüz G, Kuğu N, Şar V, et al. Trauma and dissociation among prisoners. *Nordic J Psychiatry* 2007; 61: 167-172.
67. Spitzer C, Liss H, Dudeck M, et al. Dissociative experiences and disorders in forensic inpatients. *Int J Law and Psychiatry* 2003; 26: 281-288.
68. Loewenstein RJ. Pharmacological treatments for dissociative identity disorder. *Psychiat Annals* 2005; 35: 666-673.
69. International Society for the Study of Dissociation. Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults (2005). *J Trauma Dissoc* 2005; 6: 69-149.
70. Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K. The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. New York: Norton; 2006.
71. Steele K, Van der Hart O, Nijenhuis ERS. Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: overcoming trauma-related phobias. *J Trauma Dissoc* 2005; 6: 11-53.
72. Ross CA, Burns S. Acute stabilization in a trauma program: A pilot study. *J Psychol Trauma* 2007; 6: 20-28.
73. Ross CA, Ellason JW. Acute stabilization in an inpatient trauma program. *J Trauma Dissoc* 2001; 2: 83-87.
74. Ellason JW, Ross CA. Two-year follow-up of inpatients with dissociative identity disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 832-839.
75. Ross CA, Haley C. Acute stabilization and three month follow-up in a trauma program. *J Trauma Dissoc* 2004; 5: 103-112.
76. Brand B, Classen C, Lanius R, et al. A naturalistic study of dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified patients treated by community clinicians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2009; 1: 153-171.
77. Şar V, Ross CA. A research agenda for the dissociative disorder field. In: Dell PF, O'Neil J; eds. *Dissociation and dissociative disorders: DSM-V and beyond*. New York: Routledge; 2009: 693-708.